

III. БОЛѢЗНИ

фетальныхъ путей кровообращенія.

На 6 недѣлѣ утробной жизни плода начинается закрываться брюшная полость и вмѣстѣ съ тѣмъ образуется пуповина. Въ это время изъ пупочнаго кольца еще выпячиваются петли кишекъ. Въ нормальномъ состояніи, полное закрытіе съ вступленіемъ кишекъ въ брюшную полость происходитъ на 8-й недѣлѣ. Если смыканіе брюшныхъ стѣнокъ бываетъ недостаточно, то вслѣдствіе этого происходятъ различныя уродливости. Брюшныя стѣнки соединяются удоборастяжимою перепонкою, которая позволяетъ выпячиваться брюшнымъ внутренностямъ. Такое выпячиваніе бываетъ или на всемъ пространствѣ брюшныхъ стѣнокъ — *fissura abdominalis*, или, что чаще наблюдается, ограничивается только пупочнымъ кольцомъ, въ послѣднемъ случаѣ происходитъ врожденная пупочная грыжа — *hernia umbilicalis congenita* или правильнѣе — грыжа пупочнаго канатика — *hernia funiculi umbilic.*, *omphalocele congenita*. Она представляется въ-видѣ круглой опухоли, различной величины, находящейся въ области пупка. На ней помѣщается пуповина, между

тѣмъ какъ собственно пупочной складки не существуетъ. Эта опухоль составляетъ мѣшекъ, въ которомъ помѣщается большая или меньшая часть выпавшихъ внутренностей, и состоитъ изъ 2 оболочекъ: наружная образуется изъ амнион, которая съ одной стороны переходитъ непрерывно въ общіе покровы, съ другой образуетъ оболочку пуповины. Внутреннюю оболочку составляетъ перитонеумъ. При значительной степени порока образованія, не только большая часть кишечнаго канала, но также и нѣкоторые паренхиматозные органы брюшной полости выпячиваются. Въ послѣднемъ случаѣ покровы грыжевого мѣшка утончаются въ такой степени, что легко просвѣчиваютъ. Если выпадаетъ большая часть брюшныхъ внутренностей, то во время рожденія плода происходитъ разрывъ оболочекъ грыжевого мѣшка, или же вслѣдствіе прижатія происходитъ смертельный перитонитъ. Выпячиваніе кишечнаго канала въ слабой даже степени представляетъ опасность для жизни, такъ-какъ часто въ подобныхъ случаяхъ наступаетъ воспаленіе грыжевого мѣшка съ исходомъ въ гангрену. Если отдѣленіе пуповины и произошло безъ особенно дурныхъ послѣдствій, то такой недостатокъ очень трудно исправить.

Изъ сказаннаго видно уже, какое различіе имѣетъ этотъ порокъ образованія отъ обыкновенной пупочной грыжи или, правильнѣе сказать, грыжи пупочнаго кольца. Послѣдняя происходитъ послѣ того какъ пупочное кольцо уже образовалось и пуповина отпала, слѣдовательно въ болѣе позднемъ возрастѣ, между тѣмъ какъ первое составляетъ врожденный недостатокъ. Если бы съ самаго начала эту аномалію назвали какъ-нибудь иначе, а не пупочною грыжею, то вѣроятно не такъ-бы часто смѣшивали ее съ пріобрѣтенною пупочною грыжею, и этого тѣмъ болѣе можно желать, что эти двѣ аномаліи существенно отличаются уже тѣмъ, что врожденную пупочную грыжу нельзя излѣчить

или по-крайней-мѣрѣ — только помощью кровавыхъ, опасныхъ операцій, между-тѣмъ-какъ прибрѣтенная излѣчивается въ дѣтскомъ возрастѣ очень легко простыми повязками.

Иногда амниотическая оболочка пуповины переходитъ въ общіе покровы не на мѣстѣ прониканія пупочныхъ сосудовъ въ брюшныя стѣнки, но продолжается еще на нѣкоторое пространство въ окружности; это такимъ образомъ не составляетъ никакого дефекта брюшныхъ стѣнокъ, но только дефектъ одной кожи вокругъ пупка. Съ теченіемъ времени, эта амниотическая оболочка мало-по-малу отдѣляется въ видѣ струпа и подъ ней образуется гнойная поверхность съ грануляціями, которая заживаетъ рубцевымъ стягиваніемъ. Окончательное образованіе рубца происходитъ въ продолженіи недѣль 6 — 8.

Другая аномалія, противоположная сейчасъ изложенной, состоитъ въ продолженіи кожи брюшныхъ стѣнокъ на нижнюю часть пупка; это такимъ образомъ не составляетъ не только никакого дефекта, но даже, на-оборотъ, излишнее распространеніе кожи на сосуды пупка. Эта аномалія случается очень часто, и у насъ ее называютъ *мясистымъ пупкомъ*. Возвышеніе такое мало-по-малу уменьшается и пупочное кольцо дѣлается совершенно нормальнымъ.

Къ числу физиологическихъ процессовъ у новорожденныхъ относится также и *отпаденіе пуповины*. Время отпаденія пуповины различно и зависитъ частью отъ качества пуповины, такъ, на-примѣръ, толстая пуповина съ богатымъ содержаніемъ вартаніевой студени требуетъ для высыханія больше времени, чѣмъ тонкая; частью отъ конституціи дѣтяти — у дѣтей крѣпкаго сложенія, вполне доношенныхъ, пуповина отпадаетъ скорѣе, чѣмъ у слабыхъ и недоношенныхъ. Полное отпаденіе остатковъ пуповины оканчивается между 3 — 10 днями. Чаще всего при нормальныхъ отношеніяхъ это бываетъ на 4-й, 5 или 6 день. *Высыха-*

ніе пуповины случается только у живыхъ дѣтей, у мертвыхъ пуповина подвергается размяченію и затѣмъ гніенію. Такой фактъ, какъ извѣстно, имѣетъ громадное значеніе для судебной медицины. Отпаденіе пуповины происходитъ въ-слѣдствіе облитераціи пупочныхъ сосудовъ и частію въ-слѣдствіе ограниченаго воспаленія съ гніеніемъ на мѣстѣ прониканія пуповины въ брюшныя стѣнки. По изслѣдованію Billard'a, движенія брюшныхъ стѣнокъ соотвѣтственно вдыханію и выдыханію также въ значительной степени способствуютъ отпаденію пуповины. Послѣ отдѣленія остатковъ ея образуется углубленіе пупка; это происходитъ между 10—20 днемъ. Послѣ образованія рубца пупокъ состоитъ изъ двухъ колець — одно большее, верхнее и другое, меньшее, нижнее. Образование складки кожи объясняется лигаментознымъ превращеніемъ пупочной вены и пупочныхъ артерій. Облитерація и лигаментозное превращеніе первой въ *lig. teres* происходитъ въ концѣ 4-й недѣли, превращеніе послѣднихъ въ *chorda umbilicalis* оканчивается на 3-й недѣли. Въ послѣднее время появилось изслѣдованіе Ch. Robin на-счетъ причинъ образованія наружнаго пупочнаго углубленія. По его мнѣнію, это происходитъ въ-слѣдствіе притягиванія облитерированными пупочными артеріями и образованія другихъ волоконъ, которыя, съ одной стороны, входятъ въ *chorda umbilicalis*, съ другой — оканчиваются въ кожѣ пупочной области.

Если отпаденіе пуповины не идетъ вышесказаннымъ образомъ, то являются различнаго рода заболѣванія пупка. Если по чему либо образованіе рубца замедляется, то на мѣстѣ отпавшей пуповины являются *поверхностныя экскаріаціи*, которыя обыкновенно при соблюденіи чистоты и употребленіи вяжущихъ средствъ скоро заживаютъ. Но если условія для заживленія неблагопріятны, то экскаріаціи эти мало-по-малу распространяются изъ

глубины пупка къ периферіи. При дальнѣйшемъ ходѣ процесса пораженныя мѣста начинаютъ отдѣлять слизь и гной, кожа основанія пупка принимаетъ характеръ слизистой оболочки; это состояніе у большинства авторовъ извѣстно подѣ именемъ *bleporrhoea umbilicalis*. При этомъ процессъ большею частью распространяется на части окружающія пупочную складку. *Лѣченіе* ничѣмъ не отличается отъ лѣченія простыхъ экскоріацій; при этомъ часто въ глубинѣ пупочной складки образуются маленькія величиною въ горошину флюктуирующія опухоли — абсцессы пупка. Уколъ булавкою обыкновенно бываетъ достаточенъ для того, чтобы удалить гной.

Если *bleporrhoea* долго продолжается, то она наипаче подастъ поводъ къ образованію грануляцій, которыя не рѣдко развиваются очень быстро; онѣ представляются или въ видѣ широко сидящихъ, или имѣютъ болѣе или менѣе узкое основаніе. Разрощенія эти вырастаютъ изъ глубины пупка, выполняютъ пупочную складку и иногда выпячиваются надъ нею. Это болѣзненное измѣненіе извѣстно подѣ именемъ *fungus umbilicalis*, *sarcomphalus* — *пубчатый пупокъ*. Иногда къ концу 2-й или 3-й недѣли грануляціи находятся уже въ большомъ количествѣ; онѣ обыкновенно или мало, или чаще совсѣмъ не кровоточатъ. *Лѣченіе* различно. Большею частью достаточно прижиганія ляписомъ *in substantia*; гораздо скорѣе ихъ можно удалить помощію отрѣзыванія ножницами или лигатурою, наложенною на узкое основаніе опухоли. Такъ-какъ сосуды большею частію уже облитерированы совершенно, то послѣ операціи кровотеченіе бываетъ очень ничтожное и останавливается употребленіемъ прижиганія или ляписомъ или *liqu. ferris sesquichlor.*; операція эта безболѣзненна и не представляетъ ни малѣйшей опасности.

Если заживленіе экскариціи или въ-слѣдствіе извѣстныхъ причинъ или же въ-слѣдствіе общаго разстройства организма, что случается чаще, замедляется, то потеря субстанціи происходитъ въ большой степени и окружающія ткани припухаютъ значительно. Въ этихъ случаяхъ образуется язва пупка — *ulcus umbilici*. Язва эта отдѣляетъ или крупозный или дифтеритическій экссудатъ. Эти двѣ формы болѣзни чаще всего случаются при заболѣваніяхъ крови новорожденныхъ. Наичаще встрѣчаютъ ее у дѣтей, рожденныхъ отъ матерей, страдавшихъ пуэрперальнымъ процессомъ; это же состояніе — піемія новорожденныхъ — благоприятствуетъ происхожденію *arteriitis* и *phlebitis umbilici*, *omphalorrhagia*, *omphalitis* и *gangrena umbilici*.

Arteriitis umbilicalis. Веберъ своими изслѣдованіями доказалъ, что воспаленію пупочныхъ сосудовъ всегда предшествуетъ воспаленіе подкожной клѣтчатки, что такимъ образомъ оно и есть вторичное заболѣваніе. Что касается до анатомическихъ измѣненій при *arteriitis umbilicalis*, то они состоятъ въ слѣдующемъ: при вскрытіи брюшной полости, на задней поверхности брюшной стѣнки пупочная артерія имѣетъ видъ утолщеннаго канатика. Окружающая клѣтчатка утолщена и уплотнена. Просвѣтъ артерій значительно расширенъ, наполненъ гноемъ или гнилостною жидкостью. Внутреннія оболочки артерій сѣро-краснаго цвѣта; на ней обыкновенно находятъ прилипшій экссудатъ въ-видѣ тонкаго слоя. Чѣмъ дальше продолжался процессъ, тѣмъ больше при вскрытіи находятъ осложненийъ, именно — распаденіе инфильтрированной подкожной клѣтчатки, приращеніе ложными перепонками листковъ брюшины, гнойное или кровяное изліяніе въ брюшную полость.

Диагнозъ не представляетъ затрудненій. Для постановки его нужно только констатировать, что выступающія при давленіи изъ

глубины пупка капли гноя происходят изъ просвѣта пупочныхъ артерій. Легкаго давленія отъ *symphisis ossium pubis* по направленію къ пупку или даже дыхательныхъ движеній бываетъ обыкновенно достаточно, чтобы гной выступалъ изъ сосудовъ. Части, окружающія пупочную складку, оказываются покрасѣвшими, припухшими и на различныхъ мѣстахъ находятся струны засохшаго гноя, желтоватаго или кровянаго цвѣта, которыя нерѣдко производятъ слипаніе пупочныхъ складокъ. Животъ рѣдко бываетъ напряженъ. Болѣзнь большею частью не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ. Такъ-какъ эти симптомы сопровождаютъ большинство болѣзней пупка, при которыхъ бываетъ гное-ніе, — какъ: язвы, экскоріаціи, абсцессы въ глубинѣ пупочной складки, — то для правильной постановки діагноза необходимо *раздвинуть пупочныя складки и тщательно осмотрѣть просвѣтъ сосудовъ*. *Arteriitis* можетъ появиться только тогда, когда артеріальные сосуды еще не превратились въ лигаментозный канатикъ, слѣдовательно только на 1-й недѣлѣ и наичаще вслѣдъ за отпаденіемъ пуповины. *Bednaï* увѣряетъ, что онъ наблюдалъ *arteriitis* въ концѣ 1-го мѣсяца и даже позже; никто другой впрочемъ такихъ случаевъ не видѣлъ. Раздраженіе оставшейся пуповины, недостаточно чистый уходъ за нею служатъ наиболѣе частыми причинами болѣзни; она оканчивается всегда выздоровленіемъ въ продолженіи нѣсколькихъ дней или недѣль. *Arteriitis* никогда не ведетъ за собой піэміи, чѣмъ существенно отличается отъ *phlebitis*. Если въ теченіи болѣзни появляется лихорадка, то это указываетъ на осложненіе; наиболѣе часты — *phlebitis*, *omphalitis*, *omphalorrhagia*, *peritonitis* и гангрена пупка. Летальный исходъ слѣдуетъ только въ такихъ случаяхъ, когда присоединяется сильное воспаленіе брюшины, кровотеченіе изъ пупочныхъ сосудовъ или если *omphalitis* переходитъ въ гангрену.

Лечение состоитъ въ часто повторяемомъ удаленіи гноя помощію легкаго давленія отъ symphisis по направленію къ пупку, въ соблюденіи всевозможной чистоты и въ употребленіи теплыхъ ваннъ.

Phlebitis umbilicalis. При вскрытіи, *v. umbilicalis* ясно оказывается расширенною и наполненною гноемъ, *intima* большею частью окрашена сѣрымъ цвѣтомъ, клочковата, иногда съ плотно приставшими сгустками; окружающая клѣтчатка большею частью находится въ воспалительной инфильтраціи. *Phlebitis* ограничивается или только мѣстомъ отъ пупка до той границы, гдѣ вена переходитъ на поверхность печени, или же она распространяется на глиссонову капсулу, идетъ на *v. porta* и на ея развѣтвленія. Въ послѣднемъ случаѣ въ развѣтвленіяхъ воротной вены вмѣсто крови находятъ створожившіяся сыровидныя массы, окрашенныя желтымъ цвѣтомъ, которыя состоятъ частью изъ фибрина, выдѣливаемаго изъ крови, частью изъ метаморфозированнаго экссудата. Печень или не представляетъ никакихъ измѣненій, или же клѣточка ея показываетъ диффузное слабо желтое окрашиваніе. При большой интенсивности процесса печень представляется въ нѣкоторыхъ мѣстахъ распавшеюся; ткань ея малокровна. При сильно развитомъ процессѣ, кожа почти всегда бываетъ сильно окрашена желтымъ цвѣтомъ такъ-же, какъ и роговая оболочка глаза. Мозгъ рѣдко бываетъ измѣненъ. Въ иныхъ случаяхъ находили *meningitis* и абсцессы, къ наиболѣе частымъ измѣненіямъ въ органахъ грудной полости принадлежатъ: піэміческіе абсцессы въ легкихъ, серозный, кровяной или гнойный экссудатъ въ плеврѣ перикардіума; такихъ же свойствъ экссудатъ находимъ былъ и въ перитонеальномъ мѣшкѣ.

Симптомы. Кожа въ началѣ болѣзни часто представляетъ пятнистую красноту, окрашена желтымъ цвѣтомъ, *t°* повышена.

Въ болѣе позднемъ періодѣ болѣзни, пятна эти дѣлаются синими; t° тѣла уменьшается, подкожная клѣтчатка во многихъ мѣстахъ серозно инфильтрирована. Дыхательныя движенія характерны для этой болѣзни — вдыханія прерывисты, выдыханія удлинены, число дыханій вообще увеличено. Движенія грудной клѣтки и грудобрюшной преграды едва замѣтны. Брюшныя стѣнки очень напряжены и оказываются болѣзненными при дотрогиваніи, какъ при перитонитѣ. Давленіе по направленію пупочной вены производитъ боль, которая у дѣтей выражается плачемъ и нетерпѣливыми движеніями конечностей. При давленіи отъ печени къ пупку по направленію v. umbilicalis не показывается капель гноя. Выпячиваніе основанія пупка, вслѣдствіе накопленія въ венозномъ каналѣ гноя, приводитъ Bednaï какъ характерный признакъ для этой болѣзни. Во все продолженіе ея дѣти бываютъ очень безпокойны, рѣдко наступаетъ сонливость. Весьма рѣдко наблюдаютъ клоническія или тетаническія судороги различныхъ группъ мускуловъ и чаще всего мускуловъ глазного яблока и конечностей. При дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни наступаютъ симптомы піеміи, которые выражаются частію рожистыми воспаленіями, частію перемежнымъ повышеніемъ температуры различныхъ мѣстъ кожи. Воспалительная инфильтрація подкожной клѣтчатки въ подобныхъ случаяхъ обладаетъ большою способностію переходить въ распаденіе, за которымъ слѣдуетъ гангрена кожи. Піемія обыкновенно быстро ведетъ дитя къ смерти. Ея наступленіе происходитъ при явленіяхъ collapsus. Arteriitis и гангрена весьма часто присоединяются къ воспаленію пупочной вены.

Діагнозъ. Phlebitis umbilicalis вначалѣ очень трудно діагностировать, часто удается распознать ее только тогда, когда наступаетъ явленіе піеміи. Желтуха, которая всегда сопрово-

ждасть эту болѣзнь, служить важнымъ признакомъ для діагностики, хотя въ это время она появляется какъ фізіологическое явленіе; эту болѣзнь нужно отличать отъ arteriitis, съ которою она представляетъ поразительный контрастъ въ явленіяхъ: arteriitis не сопровождается лихорадкой, наружные покровы не бываютъ окрашены. Далѣе, при давленіи въ нижней части живота изъ отверстія сосудовъ выступаютъ гнойныя капли, піемія не бываетъ и болѣзнь почти всегда оканчивается благополучно. Phlebitis, напротивъ, сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и эксскезитнымъ окрашиваніемъ кожи, гной не выступаетъ изъ отверстія сосудовъ. При долгомъ продолженіи процесса является піемія большею частію съ летальнымъ исходомъ. Phlebitis продолжается очень короткое время — нѣсколько дней. Исходъ почти всегда летальный и наступаетъ иногда вслѣдствіе конвульсій прежде, чѣмъ начнутся ясно выраженные піемические припадки.

Этіологія. Причины очень темны. Время наступленія болѣзни совпадаетъ часто со временемъ отпаданія пуповины, иногда развивается и позже, однакоже никогда — послѣ облитерациі сосудовъ. *Личеніе* — симптоматическое.

Omphalitis. Уже самое названіе характеризуетъ сущность болѣзни. Пупокъ представляется конически выпяченнымъ; t° его повышена, кожа блестящая, напряжена, безъ складокъ и въ окружности пупка синекраснаго цвѣта. Подкожная клѣтчатка инфильтрирована. Брюшныя стѣнки выпячены, животъ напряженъ, подкожныя вены сильно переполнены кровью. Дѣти почти неподвижно держатъ ноги согнутыми въ колѣняхъ и притянутыми къ животу. Дотрогиваніе къ стѣнкамъ живота очень болѣзненно. Самое легкое покрывало для нихъ мучительно. Передъ испражненіемъ начинаютъ обнаруживать безпокойство. Дыханіе такое же, какъ и при phlebitis.

Этіологія болѣзни. Недостаточный и несоотвѣтственный уходъ за пупкомъ, въ-особенности при отпаденіи его; тѣ незначительныя патологическія измѣненія въ немъ, которыя при благопріятномъ уходѣ быстро исчезаютъ, при дурныхъ условіяхъ часто подають поводъ къ жестокому omphalitis. Болѣзни чаще появляются въ концѣ первой недѣли послѣ отпаденія пуповины и только въ исключительныхъ случаяхъ — по прошествіи мѣсяца. Воспаленіе пупка продолжается нѣсколько дней или недѣль, степень продолжительности болѣзни зависитъ отъ причиннаго момента; исходъ — или въ выздоровленіи или въ смерти. Первое наблюдается не рѣдко въ-особенности если omphalitis — безъ осложненія и дитя крѣпкаго тѣлосложенія. Когда omphalitis оканчивается гнойнымъ абсцессомъ въ глубинѣ пупочной складки, при самостоятельномъ или искусственномъ вскрытіи абсцесса освобождается гной и болѣзнь оканчивается выздоровленіемъ. Если гной образуется въ глубокихъ слояхъ брюшныхъ стѣнокъ, то онъ, проникая до брюшины, отдѣляетъ ее и вслѣдъ за этимъ наступаетъ перитонитъ. Omphalitis оканчивается смертью или вслѣдствіе кровотеченій или вслѣдствіе перитонита. Чувствительность бываетъ столь возвышена, какъ, можетъ быть, ни при какой другой болѣзни.

Лѣченіе. Холодныя примочки въ началѣ воспаленія неудобны въ томъ отношеніи, что дѣти очень трудно переносятъ ихъ при всякой ихъ перемѣнѣ, что необходимо дѣлать часто; дѣти приходятъ въ большое безпокойство. Теплыя примочки дѣйствуютъ гораздо лучше. Нужно помнить, что примочка должна быть очень легкая, лишняя тяжесть переносится дѣтьми очень трудно. Въ случаяхъ, гдѣ воспалительныя явленія въ подкожной клѣтчаткѣ достигли сильныхъ размѣровъ, употребленіе теплыхъ примочекъ противопоказывается; онѣ могутъ ускорить появленіе гангреноз-

наго процесса. Въ этихъ случаяхъ лучше прилагать растворъ изъ вяжущихъ веществъ, необходимо соблюдать всевозможную чистоту раны. Если уже образовался абсцессъ, то слѣдуетъ заранѣе вскрыть его. При дифтеритическомъ и крупозномъ воспаленіяхъ показаны прижигающія средства, чтобы усилить реактивное воспаленіе и способствовать скорѣйшему отдѣленію воспалительныхъ продуктовъ. Если дитя кормится искусственно, то необходимо какъ-можно скорѣе замѣнить это грудью матери или кормилицы, такъ-какъ диспептическія явленія, которыхъ едвали можно избѣжать при искусственномъ кормленіи, неблагоприятно дѣйствуютъ на ходъ болѣзненнаго процесса. Запоры нужно устранять перемѣнами діеты; клистиры въ подобныхъ случаяхъ должно предпочитать внутреннимъ средствамъ: они дѣйствуютъ неблагоприятно въ томъ отношеніи, что усиливаютъ перистальтическое движеніе кишекъ и производятъ напряженіе живота. При сильныхъ боляхъ и при поносахъ показаны опіаты.

Гангрена пупка—*Gangrena umbilicalis*. Картина болѣзни различна смотря по тому, какой изъ патологическихъ процессововъ предшествовалъ; если онъ происходитъ изъ *omphalitis*, то представляется въ слѣдующемъ видѣ. Большею частью на верхушкѣ пупка въ срединѣ его начинаютъ показываться первые слѣды гангренознаго распада; сначала эти мѣста бываютъ незначительной величины, но потомъ распространяются по поверхности и въ глубину. Часто бываетъ достаточно нѣсколькихъ дней, чтобы величина мѣста, пораженного гангреной, достигла величины серебрянаго рубля, чѣмъ далѣе распространяется гангренозный процессъ, тѣмъ болѣе форма пораженного мѣста принимаетъ форму овала, причемъ наибольшій діаметръ будетъ по *linea alba*. Напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, круглая форма живота, просвѣчиваніе венъ въ верхней его части, одематозное

припуханіе, особенно въ окружности *symph. os. pub.* достигаетъ въ такихъ случаяхъ большой степени. Гангренозные мѣста обыкновенно окружаются покраснѣвшею кожею — реактивная гиперемія. Степень лихорадочныхъ припадковъ не соотвѣтствуетъ степени распространенія процесса. Обыкновенно при сильномъ развитіи процесса превалируютъ явленія *collapsus'a*. Вмѣстѣ съ разстройствами на поверхности брюшныхъ стѣнокъ идетъ воспалительный процессъ въ брюшинѣ.

При секціяхъ брюшина паріетальная и висцеральная показываютъ на поверхности гиперемію, воспаление и иногда потерю субстанціи; во всѣхъ почти случаяхъ находили слипаніе обѣихъ брюшныхъ стѣнокъ въ окружности гангренознаго мѣста. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ — капиллярная геморрагія слизистой оболочки кишекъ; даже при сильномъ развитіи процесса на серозной оболочкѣ прекращеніе гангрены пупка происходитъ иногда вслѣдствіе реактивнаго воспаления и образованія грануляцій въ глубинѣ раны. Гангрена можетъ распространяться на различную глубину; въ тѣхъ случаяхъ, когда она даже достигаетъ до перитонеумъ *parietale*, излѣченіе можетъ воспослѣдовать. При образованіи прободенія стѣнки кишки образуется каловая фистула пупка — искусственный задній проходъ. Изъ пупка выходятъ каловыя массы и выпячивается слизистая оболочка кишки. Продолжительность болѣзни: если процессъ оканчивается образованіемъ искусственнаго задняго прохода и если не воспослѣдовало смертельнаго перитонита, то все-таки дѣти въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль умираютъ вслѣдствіе общей атрофіи.

При существованіи сильнаго перитонита летальный исходъ является очень быстро: 1 — 2 дня.

Причина. Всякій процессъ въ пупочномъ кольцѣ можетъ подать поводъ къ происхожденію гангрены; чаще всего она проис-

ходить или вслѣдствіе а) omphalitis или вслѣдствіе б) воспаления пупочныхъ сосудовъ. Последній видъ гангрены существенно отличается отъ перваго тѣмъ, что процессъ начинается въ глубинѣ подкожной клѣтчатки, но не съ поверхности какъ въ первомъ случаѣ. Вслѣдъ за распространеніемъ процесса въ клѣтчаткѣ, покрывающая ее кожа принимаетъ синійцвѣтъ, и за-тѣмъ происходитъ размягченіе ея и превращеніе въ гангренозную кашицу. Такъ-называемая вторичная гангрена является у истощенныхъ дѣтей; между болѣзнями, chol. inf. играетъ первую роль; въ последнемъ случаѣ гангрена отличается тѣмъ, что въ окружности пораженныхъ мѣстъ не находятъ никакой красноты, и кромѣ того тѣмъ, что она распространяется съ поразительною быстротою. Достаточно нѣсколькихъ часовъ, чтобы процессъ распространился поверхностно и въ глубину на значительное пространство. Она появляется у дѣтей, которыя имѣли какія-либо болѣзни пупка. Что этотъ видъ гангрены не является вслѣдствіе воспаления пупочныхъ сосудовъ или omphalitis, доказываютъ случаи, въ которыхъ наблюдали процессъ у здоровыхъ передъ тѣмъ дѣтей на 2 — 3 мѣсяцѣ, когда облитерация сосудовъ вполне окончена. Само собою разумѣется, что предсказаніе зависитъ отъ степени интенсивности процесса и свойства той болѣзни, которая подала поводъ къ происхожденію гангрены. Гангрена, происходящая изъ простыхъ экскоріацій, опухолей пупка допускаетъ благопріятное предсказаніе, менѣе благопріятное при omphalitis и arteriitis, абсолютно смертельное при phl. umb. и секундарной формѣ. Существованіе реактивной красноты позволяетъ болѣе надѣяться на благопріятное окончаніе процесса; отсутствіе ея дѣлаетъ предсказаніе неблагопріятнымъ.

Лѣченіе должно удовлетворять двумъ показаніямъ: 1) ограничить распространенія гангренознаго процесса, и 2) способствовать отдѣленію гангренозныхъ частей. Какъ то, такъ и дру-

гое удастся только тогда, когда будетъ вызвано реактивное воспаление. Если послѣднее уже существуетъ, то ничего болѣе не остается дѣлать какъ поддерживать ее приличными средствами, защищать пораженныя части отъ дѣйствія воздуха, соблюдать чистоту, способствовать удаленію некротическихъ частицъ. Если же реактивная краснота слабо выражена или же совсѣмъ не существуетъ, то вызвать ее помощью прижигающихъ средствъ—arg. nitr., liq. ferri sesquichl. Въ подобныхъ случаяхъ хорошо также дѣйствуетъ смазываніе кисточкой tinct. opii simpl. или ergo-cat., а также camphora (camphora; mucilago gummi arabici an.)—формула, которую особенно рекомендуетъ Веднаѣ. Если уже образовался искусственный задній проходъ, то ничего болѣе не остается дѣлать, какъ поддерживать чистоту и по-возможности дѣйствовать энергически укрѣпляющими средствами.

Кровотеченіе изъ пупка. Весьма часто является въ первыя двѣ недѣли, особенно во время образованія рубца; также при изъязвленіяхъ въ пупочной складкѣ не рѣдко наблюдаютъ незначительныя отдѣленія кровянистой жидкости. Подобнаго рода кровотеченія составляютъ самую обыкновенную болѣзнь у новорожденныхъ. При употребленіи легкихъ кровоостанавливающихъ средствъ и соотвѣтственнаго гигиеническаго содержанія, кровотеченія проходятъ безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Совсѣмъ особый характеръ имѣютъ кровотеченія, наблюдаемыя у дѣтей слабыхъ и истощенныхъ. Въ большинствѣ такихъ случаевъ мы находимъ непрерывное просачиваніе крови изъ пупочной складки. Раздвигая ее, очень рѣдко можно замѣтить зіяющій просвѣтъ сосуда.

Замѣчательно, что въ подобныхъ случаяхъ кровь не створаживается; это утверждаютъ всѣ авторы въ одинъ голосъ. Иногда къ кровотеченіямъ изъ пупка присоединяются кровотеченія изъ

другихъ, слизистыхъ оболочекъ—полости рта, желудка, кишечнаго канала и изъ соединительной оболочки глазного яблока. Замѣчательно, что кровотеченіе изъ пупка можетъ быть ничтожнымъ, а между-тѣмъ болѣзнь оканчивается болшею частію летально, и нужно сказать, что даже при самомъ рациональномъ и энергическомъ лѣченіи — начиная отъ приложенія кровоостанавливающихъ средствъ и кончая лигатурою, изобрѣтенною дю-Буа, — исходъ болшею частію бываетъ смертельный. Рѣдкій очень ребенокъ, у котораго было паренхиматозное кровотеченіе изъ пупка, остается живымъ.

Для примѣра привожу здѣсь вкратцѣ два случая паренхиматозныхъ кровотеченій.

5-го февраля 1876 года былъ доставленъ въ харьковскій пріютъ для подкидышей мальчикъ (пріемнаго журнала № 322) приблизительно 8—10 дней; ребенокъ имѣлъ вѣсъ=3100 grm. Длина тѣла=48½ cent. Окружность головы=34 cent. Окружность груди=31 cent.; ребенокъ слабый; кожа валаа съ сильнымъ шелушеніемъ эпидермиса. Кожа пупочной складки покраснѣвшая, отечная. Изъ пупка выдѣляется слизисто-гнойная жидкость съ примѣсью крови; въ первое время послѣ поступленія въ больницу пріюта, кровотеченіе изъ пупка усилилось, при раздвиганіи пупочной складки въ ней нельзя было замѣтить просвѣта зіяющихъ сосудовъ, животъ напряженъ. На 3-й день наступило кровотеченіе изъ слизистой оболочки полости рта и задняго прохода. Температура тѣла повышена въ туловищѣ, конечности холодны на-ощупъ. Перкуторный тонъ въ нижнихъ частяхъ легкихъ оказался притупленнымъ; здѣсь-же слышны были разсѣянные хрипы. Къ вечеру ребенокъ умеръ.

Вскрытіе. Кожа блѣдная, въ синусахъ мозговыхъ оболочекъ незначительное количество жидкой крови. Существо мозга блѣдно,

мозговые оболочки также малокровны. Лѣвое легкое въ верхнихъ доляхъ содержитъ воздухъ. Нижнія доли его переполнены кровью; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляются оплотненными. Правое легкое съ такими-же измѣненіями, только генатизація нижнихъ долей нѣсколько менѣе значительна. Мускулатура сердца блѣдная. Селезенка увеличена въ объемѣ. Печень не представляетъ никакихъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка и тонкихъ кишокъ слабо инъецирована. Въ толстыхъ кишкахъ—кровоянистое содержимое. Фолликулы значительно припухши, между ними многочисленныя экхимозы. Пупочная артерія наполнена гноевидной жидкостію; въ пупочной венѣ нормальный тромбъ.

27-го февраля этого-же года доставлена была въ пріютъ подкидышей дѣвочка (№ 359) приблизительно 12—14 дней. Вѣсъ = 3,294 grm. Длина тѣла = 48 cent. Окружность головы = 31 cent. Окружность груди = 28 cent. Дитя очень истощенное, кожа иктерически окрашена, пупочное отверстіе не закрыто, изъ него выдѣляется жидкій гной, отверстій сіяющихъ сосудовъ при раздвиганіи пупочной складки незамѣтно. На второй день послѣ пріема, появились кровотеченія въ конъюнктивальный мѣшокъ обоихъ глазъ, хотя до этого времени въ соединительной оболочкѣ глазъ и не было замѣтно никакихъ измѣненій. Кровяной подтекъ въ большей степени можно было замѣтить на правомъ глазѣ. Въ тотъ-же день появилось кровотеченіе изъ пупочнаго отверстія. На другой день дыханіе сдѣлалось затруднительнымъ, ребенокъ пересталъ брать грудь и къ вечеру началъ замѣтно коллабировать. Смерть наступила на 4 день послѣ пріема при явленіяхъ затрудненнаго дыханія.

Вскрытіе. Дитя истощенно. Кожа окрашена желтымъ цвѣтомъ, въ правомъ конъюнктивальномъ мѣшкѣ находится сгустокъ крови. Въ пупочной складкѣ красноватый гной. Существо мозга

блѣдное, плотное. Слизистая оболочка глотки и дыхательнаго горла инъецирована, припухла и покрыта жидкостію, окрашеною кровью. Правое легкое переполнено кровью, на периферіи въ слишкомъ состояніи. Лѣвое легкое покрыто сѣровато-желтымъ экссудатомъ. На легочной плеврѣ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны подтеки. Нижняя доля гепатизирована. Селезенка увеличена. Печень дряблая, желто-бурата цвѣта въ почечныхъ пирамидахъ величиною въ горошину находится нѣсколько кровоизліяній. Слизистая оболочка желудка и кишекъ блѣдная. Фолликулы толстыхъ кишекъ сильно увеличены въ объемѣ.

Причиною такого состоянія Buhl¹ считаетъ острое жировое перерожденіе тканей у новорожденныхъ, которое яснѣе всего обнаруживается въ печени, сердцѣ и почкахъ. По его мнѣнію, такой метаморфозъ тканей, важныхъ для жизни органовъ, наступаетъ чаще всего еще въ утробѣ матери, въ послѣдніе дни передъ рожденіемъ. Какъ слѣдствіе измѣненія органовъ является разстройство какъ кровообращенія, такъ и кроветворенія, обнаруживающееся наклонностію къ геморрагіямъ.

Ritter von Rittershain² (въ Прагѣ), на основаніи своихъ многочисленныхъ изслѣдованій, усматриваетъ большую аналогію между инволюціею матки у родильницъ и инволюціей пупочныхъ сосудовъ у новорожденныхъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ черезъ гніеніе и распаденіе тканей совершается уничтоженіе кровяныхъ путей, которые связывали кровеносную систему матери съ кровеносною системою плода—здѣсь приносящихъ и выносящихъ сосудовъ идущихъ въ брюшную полость, тамъ сосудовъ матки, идущихъ къ плацентѣ. Какъ у родильницъ сосуды слизистой обо-

¹ Hecker und Buhl Klinik der Geburtskunde, p. 296.

² Prof. Dr. Ritter, Die Blutungen im frühesten Kindesalter. Oesterreich. Jahrb. f. Paediatr. 1871. B. II.

лочки матки наичаще служатъ мѣстомъ кровотеченій, такъ у новорожденныхъ, весьма понятно, пупочные сосуды кровоточатъ чаще всего. Слѣдовательно, не смотря на то, что связь плода съ матерью послѣ родовъ прекращается, между ними есть еще много общаго, они ведутъ жизнь сходную. Всѣмъ извѣстно, что у родильницъ въ первые дни послѣ родовъ начинаютъ припухать грудныя железы и происходитъ отдѣленіе молока; почти то-же наблюдаемъ у новорожденныхъ—грудныя железы припухаютъ и при давленіи отдѣляютъ небольшое количество молокообразной жидкости. Даже больше — у новорожденныхъ грудныя железы иногда воспаляются съ исходомъ въ гніеніе, подобно тому какъ это часто наблюдаютъ у родильницъ. Такъ-же точно находимъ мы часто у новорожденныхъ дѣвочекъ бленоррею изъ маточнаго рукава иногда съ чрезвычайно обильнымъ отдѣленіемъ густой бѣлой слизи. Иногда сродство подобныхъ заболѣваній новорожденныхъ съ піэміей родильницъ идетъ такъ далеко, что въ исключительныхъ случаяхъ также слизистая оболочка половыхъ органовъ новорожденныхъ дѣвочекъ служитъ мѣстомъ кровотеченія; эти кровотечения появляются у новорожденныхъ дѣвочекъ при заболѣваніяхъ крови, которыя позволяемъ себѣ, подобно Риттеру, назвать піэміей новорожденныхъ. Подобныя кровотечения прежніе авторы описывали какъ рѣдкіе случаи ранняго появленія мѣсячныхъ очищеній.

Существуютъ также и многія другія заболѣванія новорожденныхъ, вполне аналогичныя тѣмъ принадлежностямъ, которые наблюдаются у пуэрперальныхъ или вообще піэмическихъ больныхъ; обратимъ вниманіе только на рожистый процессъ у новорожденныхъ, на эти особенности въ характерѣ такъ-называемой *erysipelas migrans neonatorum*, на то—какъ она не похожа по своему теченію и исходу на тотъ рожистый процессъ, который бываетъ у

до того совершенно здоровыхъ субъектовъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ на ту аналогію, которую она имѣетъ съ рожею пуэрперальныхъ и піэмическихъ больныхъ. Развѣ не указываетъ на какое-то совершенно особенное состояніе новорожденныхъ то обстоятельство, что малѣйшій уколъ оспопрививательною иглою, въ иныхъ случаяхъ, ведетъ за собою рожистый процессъ иногда съ исходомъ въ гангрену кожи, подкожной клѣтчатки и даже мускуловъ. Не то-же ли самое мы находимъ у пуэрперальныхъ и піэмическихъ больныхъ: малѣйшее раненіе сопровождается рожистымъ процессомъ въ окружности раны или флегмонознымъ воспаленіемъ подкожной клѣтчатки.

Для объясненія этихъ фактовъ, для объясненія случаевъ кровотеченій изъ пупка, которыя, не смотря на такую ничтожную потерю крови, почти всегда оканчиваются летально, мы должны принять какую-то особенную дискразію новорожденныхъ, какое то особенное измѣненіе количественныхъ или качественныхъ отношеній составныхъ частей крови.

Grandidier¹ такое состояніе называетъ временною гемафили; бывающая у взрослыхъ она имѣетъ нѣсколько другой характеръ; у новорожденныхъ кровотеченіе изъ пупка наступаетъ почти всегда произвольно безъ того, чтобы имъ предшествовали различнаго рода механическія поврежденія, какъ-то — удары и тому подобное; у взрослыхъ, страдающихъ гемафили, самостоятельныя кровотечения появляются только исключительно, въ огромномъ же большинствѣ случаевъ они вызываются травматическими поврежденіями. Далѣе извѣстно, что у взрослыхъ, страдающихъ гемафили, весьма легкія раненія и маловажныя операціи, какъ вскры-

¹ Grandidier, Ueber die freiwilligen und secundären Nabelblutungen der neugeborenen Kinder. Journ. f. Kinderkrankh. 1859. N. 5—6.

тіе абсцесса, выриваніе зуба и тому подобное ведетъ часто къ опаснымъ кровотеченіямъ, между-тѣмъ-какъ у дѣтей этого не бываетъ. Риттеръ много разъ вскрывалъ абсцессы у дѣтей, имѣвшихъ кровотеченія изъ пупка, и не замѣчалъ ни разу, чтобы эта операція сопровождалась опасными кровотечениями. Онъ справедливо указываетъ особенно на то, что *circumcisio* у еврейскихъ мальчиковъ, имѣющихъ омфалоррагію, не сопровождается большими кровотечениями.

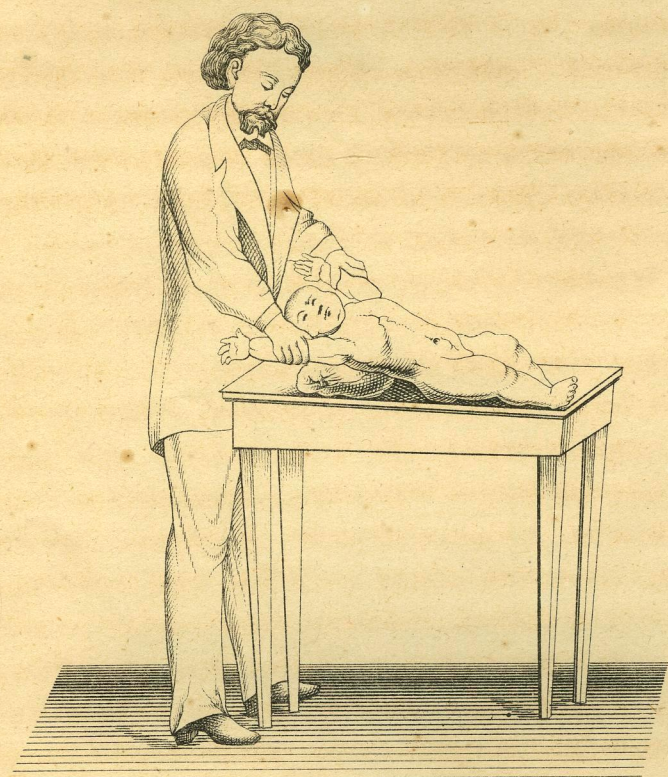
Что касается сущности патологическаго процесса, который служитъ основою общаго заболѣванія организма, то, по настоящее время, мы имѣемъ такое малое число клиническихъ и анатомическихъ изслѣдованій по вопросу о піеміи новорожденныхъ, такъ что нельзя ничего сказать положительнаго. Вопросъ о піеміи новорожденныхъ только поднять въ литературѣ въ недавнее время.

Приобрѣтенная пупочная грыжа (*hernia umbilicalis acquisita*). По отпаденіи пуповины, вслѣдствіе различныхъ причинъ, пупочное кольцо расширяется и петли тонкихъ кишекъ, а иногда и часть сальника, растягивая брюшину и кожу, выпячиваются и образуютъ такъ-называемую пупочную грыжу, или лучше сказать, грыжу пупочнаго кольца, въ отличіе отъ врожденной пупочной грыжи. Приобрѣтенная грыжа очень часто встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и не влечетъ за собою никакихъ опасностей. Ущемленіе грыжи принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Болѣзнь появляется чаще всего черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ рожденія. Вздутіе кишекъ газами, ослабленіе стѣнокъ ихъ — служатъ обстоятельствами, благопріятствующими къ появленію пупочной грыжи. Дѣти съ несоотвѣтственнымъ питаніемъ и особенно искусственно вскормленные наичаще страдаютъ ею. У рахитическихъ дѣтей она встрѣчается очень часто.

20118

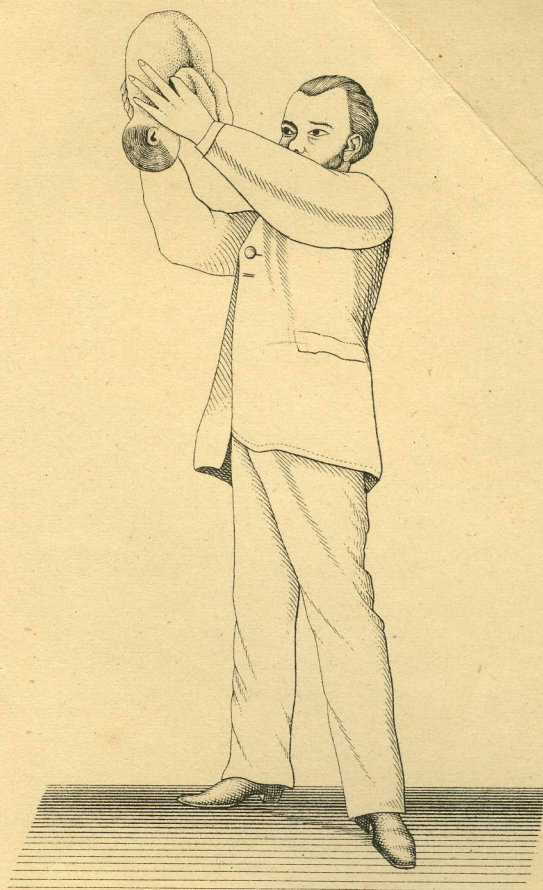
Что касается лѣченія, то предложено было множество повязокъ. Къ числу наилучшихъ способовъ, это — вѣйскій методъ, изобрѣтенный хирургомъ Pitta. Вправивши грыжу, собираютъ кожу въ складку вокругъ пупочной области и удерживаютъ ее въ такомъ положеніи полосками липкаго пластыря. Трехъ-четырехъ недѣль обыкновенно бываетъ достаточно для излѣченія грыжи. Употребляя даже обыкновенные гуттаперчевые бандажи, часто удается излѣчить пупочную грыжу въ довольно короткій промежутокъ времени, особенно если при этомъ соблюдается извѣстнаго рода діета и употребляются приличныя фармацевтическія средства; у дѣтей старшаго возраста, 2—3 лѣтъ, пупочная грыжа почти никогда или очень трудно излѣчивается.











4.

