

МАТЕРІЯЛЫ

КЪ УЧЕНИЮ ОБЪ

ЭПИДЕМИЧЕСКОМЪ ПЕРИШАРОТИТЪ

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

И. В. ТРОИЦКАГО.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

ТИПОГРАФІЯ Л. ТРЕЯ, РАЗЪѢЖАЯ, № 51

1883.

Материалы

къ учению объ

эпидемическомъ перипаротитѣ

Диссертация

на степень доктора медицины

И. В. Троицкого.



Переведено
1886 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ
ТИПОГРАФІЯ И. ТРЕКА, РАЗЪѢЖАЯ, № 51.
1883.

1950

Перечень-60

7-1004 2012

1004 2012

Докторскую диссертацию доктора Троникаго под заглавием «Материалы къ учению объ эпидемическомъ перипаротитѣ», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, октября 12 дня, 1883 года.

Ученый секретарь А. Доброславинъ.



«Res enim adhuc obscura, nec satis completa, multo plures postulat observationes». *Burserius.*

Врядъ-ли найдется другая болѣзнь, которая бы имѣла столь обильное количество синонимовъ, какъ эпидемическій перипаротитъ. Кромѣ чисто научныхъ названій, данныхъ тѣмъ, или другимъ авторомъ, въ силу того, или другого взгляда на описываемое страданіе, каждая страна обладаетъ цѣлымъ рядомъ названій, иногда странныхъ и смѣшныхъ, что объясняется тѣмъ комичнымъ выраженіемъ лица, какимъ надѣлаетъ эта болѣзнь поражаемыхъ ею субъектовъ. Научные синонимы будутъ: parotitis (*Gallen*), parotide или parotidite (*Begün*); parotide; angina maxillaris (*Vogel*), angina externa (*Russel*); cynanche parotideae (*Cullen* и *Sauvages*); parotis spuria (*Lieutaud*), parotitis simplex (*Groffier*); catarrhus bellinsulanus (*Sauvages*); sialadenitis psytica (*Hildenbrand*); empresma parotidis (*Mason-Good*); parotitis polymorpha (*Rilliet*); cynanche maxillaris (*Macbride*); angina parotideae (*I. Frank*); parotide bénigne (*Tourdes*); parotitis idiopathica (*Littre, Robin, Jaccoud, Vogel*). Во Франціи болѣзнь эту называютъ: oreillons, giffles, jotte-gaux, gales, cornudos, corn (*Dumarest*); въ азіятскихъ французскихъ колоніяхъ mal de monten (*Huilliet*). Въ Германіи она носитъ множество и большую часть смѣшныхъ названій: die Klieren, Bäuerwetzeln, Ziegenpeter, wochenstoepl, Tölpchenkrankheit, Ohrenbeulen, geschwollene Ohrendrüsen, Bauerntöpel, Ohrenmidzel, Feifeln. Англичане ее называютъ branks, mumps; итальянцы Gottaze, oreccioni, gattioni, gotoni, gavini; въ Швеціи oirls; въ Голландіи ongenwellen; въ Даніи orebyld; въ Швеціи orboed. Индійцы называютъ эпидемическій перипаротитъ раи-

poisson-winguy (*Huilliet*), что значить сильное желаніе золота; думая, что золото также уважается этою болѣзью, какъ и людьми, они вѣшаютъ на шею больнымъ, страдающимъ этимъ, нѣсколько таинственнымъ недугомъ, куски золота въ надеждѣ смягчить его припадки. Въ Россіи описываемую болѣзнь окрестили заушницей, свиной, причѣмъ оба названія нельзя считать особенно удачными, а первое кромѣ того неправильно, такъ какъ болѣзненный процессъ локализируется въ области околушной железы, которая, какъ известно, за ухомъ никогда не находилась. Что же касается до термина «свинка», то при всемъ моемъ желаніи найти какое либо серьезное для него основаніе, мнѣ не удалось этого сдѣлать; приходится допустить, что субъекты, поражаемые эндемическимъ перипаротитомъ при широкой шеѣ производятъ крайне ограниченныя, боковыя движенія головы, весьма не щедро производимыя вѣстными домашними животными.

Предлагали въ последнее время замѣнить обыкновенный терминъ паротитъ, или какъ я его называю перипаротитъ, другимъ, болѣе повидимому отъѣжающимъ натурѣ описываемаго страданія (напр., *fièvre oreillaire*) но попытка этого рода нельзя назвать удачными, такъ какъ и только что приведенный неологизмъ имѣетъ свои недостатки, не говоря уже о неудобствѣ изгнать изъ употребленія терминъ, ослѣпленный обаяніемъ и всѣми легко понимаемымъ.

Литература.

A.

- Actuarius*, Method. med. lib. VI, cap. 3. — *Aëtius*, Tetrabibl. II Sermo 11, cap. 89. — *Aitken*, Science and Pract. of medic. т. I, стр. 746, 1872. — *Arnoldi*, Rheinsch. medic. Colleg., 1828, 12, см. *Hirsch*.

B.

- Bach*, Essai sur l'orchite parotidienne et rhumatismale. Thèse de Paris, 1871. — *Baillou*, Эпидемія въ Парижѣ 1574—1575. Op. om. 1762, 1, 42, см. Monin. — *Bamberger*, Virchow's Handbuch d. spec. Path. u. Ther. Bd. VI, Aufl. 1, S. 85. 1855. — *Bartels*, Mecklenb. medic. Conversationsblatt, 1841, № 3 см. *Hirsch*. — *Barnier*, Réforme medic. 1867, стр. 78. — *Barrier*, Maladies de l'enfance, 1861, т. II, стр. 174. — *Begin et Roche*, Dictionn. de méd. et chir. prat., т. XII, стр. 281—474. — *Béhier*, Clinique de l'Hôtel de Dieu. Mai 1874. — *Behr*, Hufel. Journ. LXI, Heft 1, 3, 1825. — *Benoit et Carlier*, Gazette des Hôpít., 1854, стр. 74, 113. — *Bérard*, Maladies de la parotide, 1841, см. Monin. — *Beretta*, Epid. de Magenta, 1783, см. Ozanam. — *Bergeron*, y Pinet, стр. 84. — *Bernard*, Klinisch. Mittheil., 1837, Heft. 3, 4, 91, см. *Hirsch*. — *Berneke*, Pollutiones séminales critiquées dans l'oreillon, Soc. de méd. de Bordeaux, 1839, см. Monin. — *Bernstein*, Rheinsch. Medic. Colleg., 1827, 52, см. *Hirsch*. — *Bertrand*, De l'oreillon, cas rare de mort subite. Thèse de Paris, 1839, см. Laveran (a). — *Bertrand*, Gazette des Hôpít. 19 Janv., 1833. — *Besnier*, Gaz. hebdomad., 1875, стр. 330. — *Blondeau et Durosier*, Gaz. des Hôpít., 1870, стр. 315, 371. — *Blum*, *Sahmen u Parrot*, Medic. practische Abhandl. v. deutschen in Russland lebenden Aerzten V. — *Botonius*, y Berserius'a. — *Bouchard*, y Calmette'a. — a) *Bouchut*, Mémoires de l'Académie des sciences 2 Juin, 1873, см. Monin. — b) *Bouchut*, Des oreillons, Gazette des Hôpít., 1853, стр. 200. — c) *Bouchut*, Traité des maladies des enfants, 1867, стр. 844. — *Bougard*, Mort subite dans l'oreillon, Journ. de méd. de Bruxelles, 1866, т. XLII, стр. 22, см. Monin. — *Boursier*, France médicale, 1877, стр. 209. — *Bouteillier*, Des oreillons et de leur métastases chez la femme. Thèse de Paris, 1866. — a) *Boyer*, Malad. chir., 1818, т. XI, стр. 244. — b) *Boyer*, Orch. catarrh. Montpellier méd., 1866, т. XXVI, стр. 128. — *Brennecke*, Anginae parotid. descriptio. Helmst., 1801, см. Laveran (a). — *Bromer et Logier* y Laveran'a. — *Brons*,

Handb., d. pract. Chir., 11, 1, стр. 1053, 1859, см. Monin.—Buck, Americ. Journ. of Otol., 1881, № 1.—Burserius, Instit. medic. pract. Lipsiae 1798, т. III, стр. 328.—Bussard, Эпидемия на о. d'Oleron, см. Laveran (а).

C.

Calmette, Oreillons et fièvres éruptives. Affinités et analogues. Arch. génér. de médéc., 1853, Octobre, ep. 455—467. — *Camerer*, Wartburg, medic. Correspondenzblatt, 1841, X, 3. 23. — *Canstatt*, Spec. Path. u. Ther. Erlangen, 1843, t. IV. Abth. I, ep. 296. — *Capitan et Charrin*, Progrès médical. 1881, ep. 440. — *Carbondel*, Oreillon supprimé. Gaz. des Hôpit., 1864, Févr. — *Carpentier*, Oreillon comme maladie générale et éruptive. Thèse de Paris, 1869. — *Caston*, Traité élémentaire des diathèses, 1867, ep. 9. — *Cavallini*, Epid. de Florence, 1761. Coll. de cas chirurg., ex. Jodard. — *Celsus*, De re medica lib. V, cap. 16. — *Chalmers*, Nachrichten, 11, 101. — *Cm. Hirsch*, — *Chapel*, Oreillons et métastases. Journ. de Malgaigne III, 254. — *Charry*, Thèse de Montpellier, 1810, cm. Laveran (a). — *Chauvard*, Epid. à Baltimore 1812. Journ. génér. de méd. de chir. et de Sedillot, ep. 108, 1812. — *Chavivn*, Recueil de mém. de méd. et. milit., 1876, 3 Série, XXXII, ep. 473. — a) *Chomel*, Pathologie génér. 2 édit., 1856, t. II, ep. 384.—b) *Chomel*, Oreillon avec état typhoïde. Gazette des Hôpit., 1836, Dec. 15. — *Closs*, Wartburg, medic. Correspondenzblatt, 1833, IV, 230. — *Cless*, Wartburg, medic. Correspondenzblatt, 1866, N 15. — c) *Cohen*, Jahresbericht d. gesamm. Medic. v. Canstatt. 1842, ep. 25. — *Cohnheim*, Vorlesungen über Allg. Pathologie, Berlin, 1877, 1, ep. 250. — a) *Colin*, L. Epid. de Joigny, 1855. Etudes cliniques, ep. 163, 1863. — b) *Colin*, L. Etudes sur les épidémies. Gaz. des Hôpit., 1876, N 265. — c) *Colin*, L. Rapports des oreillons avec les fièvres éruptives. Soc. méd. des Hôpit., 25 Fevr. 1876. — *Combeau*, Des oreillons considérées comme maladie générale et de l'atrophie consécutive à l'orchite épidémique. Thèse de Paris, 1867. Confer. Transact. of the state soc. of Pennsylvania IV, cm. Hirsch. — *Cooper* A. Oeuvres chir. Paris, 1835, trad. Chassaignia, ep. 355. — *Consin*, Union médicale, 4 Mai 1869, ep. 679. — *Crobel*, cm. Laveran (a). — *Crociario et Hurbache*, Thèse de Strassburg, 1847. — *Cuvellier*, Révue médicale, 1830, cm. Monin. — *Cullen*, Anfangsgründe d. pract. Arzneiwiss. Leipzig, 1778, I, 213. — *Curling*, Maladies du testicule trad. Gosselin, 1857, ep. 74, 288. cm. Laveran (a). — *Czernecky*, Epid. de Luneville 1874—1875. Recueil de mém. de méd. et. milit. 1875. Медицинскі Вѣстникъ 1875, ep. 163. Gaz. hebdomad., 1875, ep. 214.

D.

Dangnis, Epid., des Antilles 1860, Thèse de Paris.—*Daniel*, cm. Hirsch.—*Debiez*, De l'élat typhoïde dans les oreillons. Thèse de Paris, 1869.—*Decambre* et *Bétiat*, Gaz. Hebdomad., 1859, crr. 227, 617.—*Delens*, Revue médicale de Paris, 1834, 1, 138.—*Denonvillez* et *Gosselin*, Compendium de Médecine, t. III, crr. 785, 1862.—*De-Sauvages*, Des cyanose parotidien de l'écurre, t. III, crr. 493.—*Desbarreaux-Bernard*, Union médicale 1839, N° 87.—*Descanetes*, Journ. de méd. 1810, esp. 104.—*Despres*, Oreille des oreillons. Gazette des Hôpitaux 1879, N° 133, crr. 1059.—*Didoz*, L'ettré à propos du cas de M. Billoir. Gaz. Hebdomad., 1859, crr. 635.—*Diderot*, Encyclop. partie médicale, 1824, t. XI, crr. 171.—*Dionis*, Epid. d'oreillons

supprimés en 1772 par les docteurs de Saint-Cyr. Cours d'opérat. de chir. 3 édit. 1768, exp. 537. — *Dogny*, Transact. médic., III, 26, ex. Pinet, exp. 48. — *Don*, ex. Hirsch. — *Dräffel*, Archiv f. medic. Erfahrung, v. Horn, Nasse etc., 1827, II, 1023. — *Duffay*, The Dublin. journ. of medic. Scienc., 1872, Febr. — *Dukes* Cl. The Incubation-period of scarlatina, varicella, parvotum, measles, etc., 1881 (éd. 1884). — *Dupré*, *Annuaire*, 1876, 1877, 1878, et oreillons sous des règles, Lyon médical, 1876, XXX, 109. — *Duncan*, Edinb. med. and surg. J. VII, 431. — *Dupré*, Leçons de clinique médic., 1867, ex. Laveran (a).

E.

Eckstein, *Schmidt's Jahrbuch.*, III. 227. — *a*) *Eisenmann*, *Häser, Arch. f. ges. med. Medic.*, 1842, *erp.* 275. — *b*) *Eisenmann*, *Die Familie Rheuma, r. III*, *erp.* 374. — *Eklund Fred.* Ueber die epidemische Parotitis und deren vegetabilisches Miasma. *Smidt's Jahrbuch*, 1880, *r.* 187. — *Emery-Desbrousses*, *Epid. de Versailles*, 1875. *Gaz. Hebdomad.*, 1875, *erp.* 330. — *Emond*, *Gaz. des Hôpit.*, 1867, *erp.* 448.

F.

Faure p. Comp. rendues de la soc. méd. de Hannat, 1876, cm. *Lavon* an. *Fusques*, cm. *Pinet*, sept. 98—100.—*Fehr*, Arch. f. klinische Medizin v. Langenbeck, 1876, t. XX, 60.—*Fernel*, *Gazette* 1510. Méd. par. 1855, sept. 110, cm. *Monin*—*Foster*, Maladies regnantes 1866—67 à Lyon. *Gaz. méd. de Lyon*, N^o 2, 11, 27, 28, 40. a) *Fournier*, Oreillons avec manifest. vulvaire, *Currier* méd., 1867, sept. 223, cm. *Monin*.—b) *Fournier*, M. Contribution à l'histoire épidémiologique et clinique des oreillons. Recueil de mém. de médec. ext. milit., 1881, Sept.—Octob.—*Frank Jos.* Praeox med. univ. t. V. *Vanuzina* vs. *Bähr*, 1804, t. V, p. 34. *Trippharie* 27, 1841.—*Fricke*, *Wartemb. med.* Correspondenzblatt, XI, 170.—*Friedlieb*, *Hamburg Magazin* t. *Heilkunde*, XXV, 23, cm. *Hirsch*.—*Fuchs*, *Monat.* d. kr. *Schmalkalden*, 1836, 337, cm. *Hirsch*.

G.

Gaillard, Etude sur la maladie appelée oreillons, Thèse de Montpellier, 1877. — *Gallen*, De comp. med. sec. loc. lib. III, cap. 2. — *Gautier*, Révue médicale de la Suisse romande, 1883. N° 2, crp. 82. — *Gaspari*, Osserv. di med., ex. Ozanam. — *Geissler*, Schmidt's Jahrbuch, 1880, t. 188, crp. 76. — *Gérard*, Recueil de mém. de méd. etc. milit., 1878, crp. 564. — a) *Gerhardt*, Lehrbuch f. Kinderkrankheiten 3 Aufl., 1874, crp. 125. — b) *Gerhardt*, Zur Naturgeschichte der akuten Infectionskrankheiten. Arch. f. klinische Medic., t. XII, crp. 2, 1872. — *Gillet*, Gaz. des Hôpit., 1873, crp. 1122. — *Gills*, De la métastases, Thèse de Strassburg 1869. — *Gintrac*, Gazette des Hôpit., 1839, crp. 83. — *Glos*, De parotide. Thèse de Paris, 1845. — *Gola*, Gazzetta medica Lombarda, 1849, 261, ex. Hirsch. — *Gosselin*, Clinique de la Charité, 1876, t. II, crp. 384. — *Goubaud* ex. Monin, crp. 32. — *Granier*. Des oreillons, des orechites métastatiques et des atrophies testiculaires consécutives, Lyon médicale, 1879, N° 26. — *Gravis* et *Stiecenart*, Bulletin de thérapeutique, t. XXIX, crp. 145. — *Grisolle*, De l'atrophie de testicules consécutive aux oreillons. Gaz. des Hôpit., 1866, N° 56. — *Groffier*, Epid. de Brest en 1779 sur les grenadiers du Dolphin, ex. Monin. — *Groffier*, Epid.

en 1803 dans l'Ain, Saône, Loire etc. Ann. de méd. de Montpellier. Journ. de Baumes, т. VIII, 1806, с. Monin. — a) *Guéneau de Mussy*, Clinique méd., т. II, стр. 2. — b) *Guéneau de Mussy*, Du plegmon parotidienne Gaz. Hebdomad. 1868, стр. 631—676. — c) *Guéneau de Mussy*, Etudes cliniques. Union médicale 10 Juillet 1876. — *Gustav J.*, Bemerk. von Jann. bis März 1864 epidemisch-geronnenen Ohrspeicheldrüsen-Erkrankungen. Berl. klinische Wochenschrift, 1864, № 30.

H.

Hailot, De l'oreillon et de ses complications. Thèse de Paris, 1870. — *Hall W.*, British. medic. Journ., 1881, стр. 966. — *Hamersley*, New-York med. Rep. it. 1822 Juli, 413. — a) *Hamilton*, The Practitioner, 1880, стр. 314. — b) *Hamilton*, Оспа и эпидемия в Омане 1798—1761, см. Pinet, стр. 11. — *Harless*, Hufel. Journ., XII, Heft. I, 132. — *Hatry*, Considérations sur les troubles visuelles observés avec altération de la pupille etc. chez les malades atteints d'oreillons. Ann. d'oculistique, 1876, стр. 263. — *Heller*, Berliner klinische Wochenschrift 1880, № 38. — *Heusinger*, Canstatt's Jahresbericht, 1850, II, 293. — *Hévin*, Cours de path. et de thérapie chir. 3 édit. Paris 1793, т. I, стр. 73. — *Hildenbrandt*, Instit. medic. pract., 1807, т. III, стр. 128. — *Hinze*, Hufel. Journ., I, XII, Heft. 2, 64, см. Hirsch. — *Hippocrates*, Эпидемия на о. Тасос 436—429 до Р. X. lib 1, Ed. Foes, стр. 938. — *Hirsch Aug.*, Handb. d. historisch-geograph. Pathologie 1862—1864, т. II, стр. 182—189. — *Honnans*, American Journal of the medic. scienc., 1853, т. XXI, стр. 56. — *Hopf*, De angina parot. diss. 1799, см. Laveran (a). — *Hopfgärtner*, Denkschr. d. Aerzte Schwab 1, см. Hirsch. — *Horst*, Epid. de Cologne, 1840—1841. Gaz. medic. de Güenr Janv. 1850, см. Monin. — *Houel*, см. Pinet, стр. 25—26. — *Hofland*, Eid Journ. LXI, Heft. 1, 34, см. Hirsch. — *Huillet*, Arch. de méd. navale 1868, Monin, стр. 25—26. — *Hupperts*, De parotide Berlin, 1823, см. Monin.

I.

Isham, Parotitis or mumps. American Journal of medic. Scienc. Octob. 1878. — *Issenard*, Etude sur les parotides, Thèse de Paris, 1876.

J.

Jaccoud, Pathol. interne 5 édit., т. II, стр. 64, 1877. — *Jacob*, Recueil de mém. de méd. etc. milit., 1875, XXXI, стр. 529. — *Jacobi*, De angina parotidea Göttingen, 1796. Diss. см. Laveran (a). — *Jarjavay*, Orchite épidémique Journ. de méd. et de chir. prat. 1866, см. Monin. — *Jarves*, см. Hirsch. — *Johard*, Relation de deux épidémies d'oreillons observées sur les émigrants hindous. Thèse de Paris, 1875. — *Jobert*, Oreillon, suivi d'orchite. Gaz. des Hôp., 1853, стр. 52. — *Jourdan*, Relation d'une épidémie d'oreillons au 28 bataillon de chasseurs à Dax. Recueil de mém. de méd. etc. milit., 1878, стр. 537. — *Juloux*, Contribution à l'étude des oreillons et de l'orchite métastatique, Recueil de mém. de méd. etc. milit., 1876. Sept. Octob.

K.

Klebs, Руководство Патологической анатомии русск. перевод, 1871. Вып. 1, стр. 101. — *Kocher*, Рук. Общ. и частн. Хирургии Пшты-Валь-

рота. Русск. перен., 1877, ч. III, т. II, вып. 7, стр. 320—326. — *König Fr.* Руководство частн. хирургии русск. перевод, 1876, т. I, стр. 378 и т. II, ч. I, стр. 475. — *Kopf*, De angina parotidea. Diss. Göttingen, 1799. — *Kopp*, Denkwürdigkeiten, 1. — *Kragelsstein*, Hufel. Journ., 1835, т. LXXX, 6, 36.

L.

Laghi, Эпидемия в Волонь. Comm. Acad., т. V, 1, 117. — *Lambert*, Ferd., De quelques conséquences de l'atrophie testiculaire chez les adultes. Thèse de Paris, 1878. — *Larrey*, Observ., Union méd., 1850, стр. 468. — a) *Laveran*, Dictionn. encyclopéd. des sciences médicales, т. 17, стр. 2, стр. 310, 1882. — b) *Laveran* A., Maladies et épidémies des armées, 1875, стр. 549. Русск. перен., 1877, стр. 686—699. — c) *Laveran* et *Teissier*, Nouveaux éléments de pathologie et de clinique méd., 1879, стр. 148. — *Laurens*, Note sur une épidémie d'oreillons en 38 rég. de ligne. Recueil de mém. de méd. etc. milit. 1876. Nov. Dec. — *Lecadre*, Epid. du Havre en Mars 1877. Soc. méd. des Hôp. 11 Mai 1877, см. Laveran (a). — *Leichtenstern*, Parotitis epidemica. Gerhard's Handb. d. Kinderkrankheiten, 1877, т. II, стр. 650—674. — *Leitzen*, Hufel. Journ., 1838, LXXXVI, Heft. 4, стр. 101. — *Lemarchand*, Des oreillons chez le soldat. Thèse de Paris, 1876. — *Lepeq de la Cloture*, Epid. de Vire en Automne, 1763, см. Osaniam. — *Lereboullet*, Gazette hebdomad. de méd. et de chir. août, 1877 и The medical Record 1877, стр. 631. — *Lévy*, см. Pinet. — *Liégey*, Un mot sur les adénites. Journ. de méd. de Bruxelles, т. XVIII, стр. 133. — *Lombard*, см. Laveran (a). — *Louyer-Willarnay*, Oreillons terminés par hémorrhagie mortelle. Journ. de connais. médic. prat., 1834. Janvier, см. Monin, стр. 29—30. — *Ludwig*, Advers. medic. pract., т. III, стр. 543. — *Lühe*, Eine Parotitis-Epidemie. Berliner klinische Wochenschrift, 1879, № 40. — *Lury*, Эпид. на Моннеуе см. Rizet. — *Lynch*, On metastasis to the Brain etc. Dublin Journal, 1866, стр. 289.

M.

Machado, Essai sur les oreillons sous-maxillaires. Thèse de Paris, 1880. — *Madamet*, Epid. d'oreillons observée aux hussards en 1877. Recueil de mém. de méd. etc. milit. 1878 стр. 552. — *Maffoni*, Giorn. med. chir. di Torino. 1, 2, см. Hirsch. — *Maher*, см. Sallaud. — *Malabouche*, Etude sur la maladie désignée généralement sous le nom d'oreillons. Thèse de Montpellier, 1867. — *Manby*, British medical Journal, 1878 May 4. — *Mangor*, Hist. Cyn. parotid. Wibourg 1771—1772. Act. reg. soc. méd. Hafn, т. II, 165. — *Marazzani*, см. Jacob. — *Marron*, Arch. de méd. navale, 1867, стр. 293. — *Meinhart*, Beobachtungen über Parotitis, Medic. Zeit. Russland. 1853, № 31. — *Merlini*, Di una parotid. epid. osserv. in Allassio. Annali di Medicina Milano. Febr. Mars, 1861. — *Meynet*, Métastases ovariennes. Gaz. méd. de Lyon, 1866, № 14 и Gaz. hebdomad., 1866, стр. 489. — *Michel*, Thèse de Paris, 1868 см. Monin. — *Miquel*, Arch. f. medic. Erfahr. v. Horn Nasse, Henke, Wagner, 1822, II, 120. — *Mafplatre*, De la parotide aigue. Thèse de Paris, 1864. — *Monneret*, Pathologie génér., 1857, т. II, стр. 229. — *Monin E.*, Essai critique sur la pathogénie et l'étiologie des oreillons. Thèse de Paris, 1877. — *Morchad*, Clinie. researches etc., см. Jobard. — *Morcl*, Bull. de la Soc. de chir. 23 Nov. 1858. — *Möricks*, Entzündung der Ohrspei-

cheldrûsen als Complication von Ovariotomien. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynâcol., 1880, стр. 348.—*Morton R.* Opera medica, Genève 1727, cm. Monin.—*Mourson*. Considération sur les maladies les plus fréquentes à bord de vaisseau-école des canoniers. Archiv. de médecine, navale, 1879, стр. 258. T. 32.—*Murat*, De la glande parotide considérée sous les rapports anat. etc. 1803. Paris.—*Murat*, Dictionn. en 60 vol., t. XXXVIII, 1819, cm. *Laveran* (a).

N.

Niemeyer F., Руководство къ патологии и терапии русск. пер. 1875. Т. 1, вып. 2, стр. 468.—*Noble*, Epid. of sup. parotid. Montevideo 1808. Edinb med. and surg. J. IV, 304. *Nolde*, Beobacht. etc. Halle 1812, 317, cm. *Hirsch*.

O.

Oribasius, De loc. affect. cur. lib. IV. Cap. 44.—*Ouradon*, Эпидемия въ Дье, cm. *Rizet*.—*Ozanam*, Hist. d. malad. épid., 2 édit. 1835, т. 2, стр. 305—316.

P.

Panck, Hamburg. Zeitschr. f. Med., XXVII, 1, 1841.—*Panzani*, Beschreib. d. Kr., 1786, in *Istrian A. d. Ital.* Lûbben 1801, 29, cm. *Hirsch*.—*Paulus*, De re medica lib. III, cap. 23, cm. *Hirsch*.—*Pearson*, Lond. med. Reposit. VII, 215.—*Penada*, Эпидемия въ Benemî 1786—1787r., cm. *Hirsch*.—*Penzoldt*, Thüring. ärztliche Correspondenzblatt 1878, № 9. Deutsche medic. Wochenschr. 1878 № 42.—*Peter*, Parotide suppl. des règles. Gaz. des Hôpit. Mars 28, 1868.—*Pfaff*, Mittheilungen Jahrg. II, Heft II, 233, cm. *Hirsch*.—*Picquel*, De angina parotideâ Wirceb. 1801.—*Pinel*, Nosogr. phil. 1813, т. II, стр. 467, cm. Monin.—*Pinet C.*, De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons. Thèse de Paris 1878.—*Piorry*, Médic. prat. 1844, т. 5, стр. 405.—*Piroux*, Epid. dans le golf du Mexique 1866—1867, Rapport de fin de campagne 1867, cm. Monin.—*Pollak*, Wiener medic. Zeitung 1874, № 12.—*Pommer*, Beiträge zur Heilkunde 1, 53, cm. *Hirsch*.—*Pratolongo Jos.*, Эпидемия въ Тонуѣ. Instit. medic. pract. Lipsiae 1798, III, 334.—*Prieger*, Rheinisch. medic. Colleg. f. d. J. 1827, 53, cm. *Hirsch*.—*Pruner*, cm. *Hirsch*.

Q.

Quandt, Hufel. Journ. 1797, т. 5, стр. 457.

R.

Radcliff, Parotitis Phyladelphie med. Times 1874, cm. *Laveran* (a).—*Reclus* cm. *Laveran* (a).—*Reil*, Fieberlehre II, 180, 1815.—*Rénard*, Union médicale 1869. Mai, cm. *Laveran* (a).—*Bessignier*, Gazette médicale de Montpellier. Mars 1850, стр. 181, cm. *Hirsch*.—*Richter*, Spezielle Therapie I, 457, 1821.—*Rilliet et Barthez*, Traité des maladies des enfants, Paris. 1833, т. II, стр. 609.—*Rilliet*, Epid. de Genève 1848—49. Gazette médicale de Paris № 2, 3, 1850.—*Rizet*, Arch. génér. de méd. 1866, стр. 353—358.—*Roberts*, The Theory and Practice of medicine 1881, стр. 208—210.—*Roche*, *Sanson*, *Lenoir*, Patholog. interne 1844, т. 1, стр. 602.—*Rochev.*, Diction. d. méd. Paris, 1840, т. XXII.—*Rocheard*, Endémie à Belle-Isle-mer. Journ. de méd. VII, стр. 379, 1757.—*Roger*, Journ. d. médec. et de chir. prat. 1863, cm. *Laveran* (a).—*Roosa John*, Врѣшт., 1883, № 27.—

Ropas, Essai sur les oreillons. Thèse de Paris 1869.—*Roques*, Journ. des con. méd. chir. 1833, cm. *Laveran* (a).—*Rose*, Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1877, № 6.—*Rossignoly*, Epid. d. Grasse 1799, cm. Monin.—*Rouband*, Orchite parenchymateuse des oreillons. Union méd. 1847, № 56.—*Russel*, Aecoonia naturae in morbis acutis et chronicis gland. Lond. 1755, стр. 114.—a) *Rust*, Hand. d. Chir. т. XIII, стр. 155.—b) *Rust*, Magazin f. Heilkunde. XX, 570.

S.

Salmes, Abhandl. d. Petersb. Aerzte. V, 31.—*Sallaud*, Des oreillons de leur nature, de leur soi-disant métastases. Thèse de Montpellier, 1868.—*Salsé*, Métast. testis. Journ. d. Chir. Janvier, 1845.—*Sauvécotte*, Epid. de Lunéville hiver, 1785—1786. Mélanges de chir. т. II, стр. 367.—*Schäffer*, Hufel. Journ. VIII, II, 63.—*Schlössner*, Island etc. Kjøbenh. 1849, 49, cm. *Hirsch*.—*Schmidtmüller*, Bayerisches ärztliches Intellig.-blatt. 1858, № 13.—*Schönlein*, Allg. u. spec. Path. u. Ther. 1841, 1, стр. 243.—*Schütter*, Sanitätsbericht f. Schlesien 1831, 59, cm. *Hirsch*.—*Seitz*, Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte 1852, № 19.—*Schligsohn*, Врѣшт., 1883, № 1.—*Servier*, Recueil de mém. de méd. etc. milit. 1876, № 6, стр. 529.—*Séta*, Des oreillons. Thèse de Paris 1869.—*Setterkorn*, Das Auftreten der Parotitis-Epidemie unter dem Militär zu Stettin im Winter 1879—80 und im Frühjahr 1880. Deutsch. Archiv f. klinische Medicin, т. XXVIII, стр. 308—316.—*Siebold*, Syst. saliv. hist. Jéna, 1797.—*Simonin*, Recherches topogr. et méd. sur Nancy, стр. 105, cm. *Hirsch*.—*Sir*, British Med. Journ. 1881, стр. 988.—a) *Soltmann Ott*, Zum Mumpsepidemie in Breslau 1877—1878.—Jahrbuch. f. Kinderheilkunde, т. XII, стр. 409, 1878.—b) *Soltmann*, Real-Encyclopädie Eulenb. т. X, стр. 354, 1882.—*Sorel*, Recueil de mém. de méd. etc. milit. 1877 u. Revue mensuelle de méd. et de chir. 1, стр. 280, 1876.—*Spengler*, Preussische medic. Vereinszeitung 1852, № 32.—*Spire*, Orch. métast. des oreillons. Thèse de Paris 1851.

T.

Tazetti Targ., Эпидемия перипаротита въ Флоренціи 1328—1752. Race. di opus. med. 176, cm. *Pinet*, стр. 10.—*Thierry* de *Maugrass*, Thèse de Montpellier 1851 cm. *Jacob*.—*Tholozan*, De métastases. Thèse d'aggrégation 1857, стр. 10.—*Thomson*, Brit. and for med. chir. Rew. April, 1855, cm. *Hirsch*.—*Tissot*, Avis au peuple sur sa santé. Ed. orig. 1769, т. 1, стр. 130.—*Tott*, Trick's u. Oppenheim's Zeitschr. 1841, Heft. VIII.—*Tourtelles*, Des oreillons. Thèse de Paris 1828, cm. *Pinet*, стр. 64.—*Tralles Alex.* De arte medica lib. III, cap. 7, cm. *Hirsch*.—*Trenel*, Thèse de Strasbourg 12 Mai 1812, cm. *Pinet*, стр. 57—58.—a) *Trousseau*, Clin. méd. de l'Hôtel Dieu, т. 1, 1882, стр. 252.—b) *Trousseau*, Gazette des Hôpit., 1843, стр. 405.—c) *Trousseau*, Клинич. лекц. русск. пер. 1873, т. 1, стр. 191.—d) *Trousseau*, Arch. génér. d. méd. 1854, т. III, стр. 69.—*Tschudi*, cm. *Laveran* (a).

V.

Vahl, Journ. for med. og. chir. 1834, 302, cm. *Hirsch*.—*Valleix*, Guide de méd. prat. etc. Racle et Lorain 1860, т. III, стр. 548.—*Védérans A.*, Recueil d. mém. d. méd. etc. milit. 1882, XXXVIII, стр. 167.—*Vernault*, Vaginalité métastatique. Arch. génér. de médecine т. X, 5 Serie 1857,

стр. 452.—a) *Vogel*, Manuale prax. med. 1790, т. IV.—b) *Vogel*, Ziemsen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. т. VII, 89, 1874.—c) *Vogel A.*, Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ русск. перев. 1864, ч. I, стр. 179.—a) *Vidal*, Epil. en Janvier 1871 sur l'armée du Mens. Thèse de Paris 1871.—b) *Vidal*, Patholog. ext. 1861, т. III, стр. 663.—c) *Vidal*, Recueil de mém. de médec. etc. milit. 1866, стр. 98—99.

W.

Wagner, Zur Incubationszeit d. Parotitis. Jahrb. f. Kinderheilkunde, т. II, стр. 335, 1869.—*Waits*, см. Hirsch.—*Valentine*, Journ. générale de méd. Janv. 1822, т. 43, стр. 109.—*Warburg*, Hamburg. Zeitschr. f. medicin IX, 8, см. Hirsch.—*Warin*, De l'oreillon. Thèse de Paris 1841.—*Warcoceros*, Hufeland Journ. 1838, т. III, стр. 104.—*Weber u. Rindfleisch*, Lehrbuch. d. patholog. Gewebelehre. III Aufl., стр. 508.—*Weber Otto*, Руководства къ хирургии Пятъ—Вальпорта русск. перев. Ч. III, т. I, отд. III, 1868.—*Welpenau*, Dictionn. en 30 Vol. т. XXIX, стр. 468.—*Werncke*, Allgem. Cholera. Zeitung IV, 311, см. Hirsch.—*Wiedemann*, Epidemia въ Ökonomie. Hufel. Journ. 1809, st. X, стр. 67.—*Wichmann*, Bibliot. germanica, т. II, стр. 29.—*Wickmann*, см. Séta.—*Wilkes*, Expl. expedit. IV, 73, см. Hirsch.—*Wirchow*, Annal. d. Charité Krankenhauses 1858, Jahrg. VIII, Heft. 3, стр. 1.—*Wistrand*, Ventensk. Akad. Forhandl. 1857, стр. 124, см. Hirsch.—*Witke*, Medic. Zeitung 1838, стр. 186, см. Fehr.—*Woitler*, Diagnostique médicale. 1862, стр. 620, см. Laveran (a).—*Wolff*, Angina parotidea in Berlin. Medic. Vereinzeitung in Preussen 1836, № 14. *Wooden*, South. med. Reposit II, 337, см. Hirsch.

Z.

Zlati, Epid. de Céphalonie avec scarlatine 1763, см. Monin.

3.

Защипинскій, Протоколы Виленскаго Общ. врачей 1874, № 10, 1875, №№ 2 и 6.

П.

Петровскій, Врачебныя Вѣдомости, 1877, № 77.

P.

Романовскій, Medic. Zeit. Russland. 1849, 153.

D) Edinh. Medic. Versaml. und Bemerk. I. 41, см. Hirsch.—II) Swensk. Läk. Sällsk. Handl. II, Heft 2, 17, III, 3, см. Hirsch.—III) kongl. sundhetskoll berättelse året. 1851, 60; 1852, 38, см. Hirsch.—IV) Nederland Tijdschr. voor Geneesk. III, 199, см. Hirsch. V) Journ. vor medic. og chir. 1833, Januar 74, см. Hirsch. VI) Sanitätsbericht d. medic. Colleg v. Westphalen f. d. J. 184—19, 32, 1844, 34, 36, см. Hirsch.—VII) Rheinische medic. Colleg. f. d. J. 1827, 29; 1834, 41; 1835, 41; 1836, 54; 1839, 53; 1841, 49; 1842, 49; 1843, 36; 1845, 38, см. Hirsch.—VIII) Sanitätsb. d. Kön. berg. medic. Colleg f. d. J. 1837, 1, 17, см. Hirsch.—IX) Oesterreich. medic. Jahrbuch. NST. F. VIII, 343; см. Hirsch.—X) Züricher Gesundh. rath 1838, 33; 1839, 14; 1843, 22, см. Hirsch.—XI) Дневникъ Общ. врачей въ 1872, стр. 47; 1873, стр. 116; 211, 373; 1874, стр. 34, 39, 67, 114.—XII) Jahresbericht Caspalt u. Eisenmann. 1845, т. II, стр. 288.—XIII) Journ. f. Kinderkrankheiten. XXXV, 130.

Сравнивая эпидемическій перипаротитъ съ другими формами по-
валыхъ болѣзней, легко можетъ показаться, что онъ представляетъ
слишкомъ невинное страданіе для того, чтобы о немъ много разговари-
вать. Такое заключеніе тѣмъ болѣе можетъ быть оправдано, что
самъ *Niemeyer* въ известномъ руководствѣ къ частной патологій и
терапии, описывая эпидемическій перипаротитъ, прибавляетъ, что бо-
лезнь эта, не въ примѣръ прочимъ, вызывается со стороны врача и
окружающихъ больного скорѣе улыбку, чѣмъ чувство состраданія.
Съ такого рода заключеніемъ, не смотря на высокой авторитетъ этого
автора, согласиться во всякомъ случаѣ нельзя; такъ какъ въ обшир-
ной поэтому вопросу литературы описано не мало случаевъ, гдѣ эпи-
демическій перипаротитъ протекаетъ съ весьма серьезными признаками,
оканчивался подчасъ даже летально; съ другой стороны, поражаля лю-
дей въ вѣтущемъ возрастѣ, эта болѣзнь въ значительномъ числѣ
случаевъ оставляетъ по себѣ опасныя въ смыслѣ продолженія рода
послѣдствія.

Съ этиологической точки зрѣнія воспалительные процессы въ обла-
сти околушной железы можно раздѣлить на нѣсколько категорій.
Къ первой будутъ относиться воспалительные процессы, имѣвшіеся
прямыхъ слѣдствіемъ травматическихъ вліяній (parotitis traumatica);
во второй воспаленія, которыя нужно разсматривать, какъ продо-
женія воспалительнаго состоянія сосѣднихъ частей (parotitis per con-
tinuitatem при stomatitis ulcerosa, mercurialis и пр.). Каріозный про-
цессъ сосѣднихъ къ этой области частей, или гнойное воспаленіе
внутренняго уха также можетъ перейти на железу и вызвать въ ней
воспалительную реакцію (parotitis per continuitatem); сюда также
можно отнести воспаленіе околушной железы при рожеподобъ про-
цессѣ, всякаго рода воспаленіяхъ и опухоляхъ сосѣднихъ частей. За-

держаніе секрета слюнныхъ железъ въ силу ли облитерациі Стеноза протока, или замыканія его просвѣта посредствомъ слюнныхъ конкрементовъ и всякого рода постороннихъ тѣлъ—все это въ состояніи также вызвать воспаленіе околоушныхъ железъ. Кромѣ этихъ формъ воспаленія, гдѣ этиологическій моментъ легко понятенъ, существуютъ еще двѣ формы, изъ которыхъ одна обыкновенно называется вторичною (parotitis metastatica) и наблюдается сравнительно нѣрѣдко при острыхъ, инфекціонныхъ страданіяхъ (тифъ, скарлатина, оспа, нуклеарная лихорадка, пѣнія, рѣже нѣсколько корь), хотя и въ этихъ случаяхъ иногда играетъ роль одинъ изъ только что упомянутыхъ моментовъ; другая же форма, являющаяся слѣдствіемъ вѣдъ чело-вѣка лежащей причины, поражающая сразу многихъ лицъ, переходя отъ больныхъ на здоровыхъ и заражая посѣднихъ, называется обыкновенно эпидемическимъ паротитомъ. Подобный терминъ, какъ показать дадѣйшее изложеніе, невѣренъ; болѣзнь эту нужно называть эпидемическимъ перипаротитомъ—терминомъ, представляющимъ большое удобство еще и въ томъ отношеніи, что онъ вполнѣ опредѣляетъ это страданіе даже въ томъ случаѣ, если будетъ употребленъ безъ прилагательнаго (просто перипаротитъ). Послѣднюю форму воспаленія я избралъ предметомъ своихъ изслѣдованій въ виду ея большого интереса съ точки зрѣнія этиологіи и профилактики. Описываемая мною ниже пять эпидемій, изъ которыхъ четыре я наблюдалъ въ теченіи 1880—1881 г. во время моей земской службъ, запянуты въ январѣ и февралѣ мѣсяцъ текущаго года здѣсь—въ Петербургѣ, дали мнѣ возможность вполнѣ убѣдиться въ контактноности этого страданія; значительный литературный матеріалъ позволялъ мнѣ сдѣлать не безынтересные выводы въ смыслѣ опасности болѣзни для лицъ, достигшихъ половой зрѣлости. Если мой трудъ хотя отчасти выяснитъ пока спорный вопросъ о контактѣ при этой болѣзни, то цѣль моей работы и личныхъ наблюденій будетъ болѣе, чѣмъ достигнута.

Подъ именемъ эпидемическаго перипаротита при настоящемъ состояніи нашихъ знаній, мы должны разумѣть общее страданіе организма, сходное съ этиологической точки зрѣнія съ группой сыпныхъ лихорадокъ, характеризующееся локализацией въ область околоушныхъ железъ, подчелюстныхъ, грудныхъ и яичекъ; протекающее въ большинствѣ случаевъ довольно легко и не оставляющее никакихъ слѣдствъ у субъектовъ дѣтскаго возраста; могущее въ иныхъ случаяхъ

вызывать и серьезная разстройства, когда болѣзнетворное начало выбираетъ мѣстомъ своего непосредственнаго дѣйствія части организма, неприкосновенность которыхъ есть необходимое жизненное условіе. Эта болѣзнь, наконецъ, оставляетъ весьма серьезныя послѣдствія у лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, или находящихся на пути къ этому.

Историческій обзоръ ученія объ эпидемическомъ перипаротитѣ.

Исторія эпидемическаго перипаротита до крайности поучительна. Кратко и классически точно описанная Гиппократомъ за четыре столѣтія до Христіанской эры, болѣзнь эта мало подвергалась участи быть смѣшиваемою съ другими формами острыхъ заболѣваній. Разсказывая въ первой книгѣ эпидемій о повальной болѣзни, наблюдавшейся имъ на о.Тазосѣ, великій врачъ древности говоритъ, что при описываемой имъ болѣзни опухоль была около ушей и въ большинствѣ случаевъ съ одной стороны, что больные вообще не лихорадили и не покидали въ постель, хотя нѣкоторые изъ нихъ чувствовали легкій жаръ, что опухоль эта исчезала безъ всякихъ послѣдствій, никогда не переходила въ нагноеніе; по характеру она была мягкая, разлитая, безъ признаковъ воспаления и безболѣзненна. Поражались болѣзнию юноши и субъекты въ цвѣтущемъ возрастѣ жизни и почти всѣ тѣ, которые посѣщали учебныя заведенія. У женщинъ, по словамъ Гиппократа, болѣзнь наблюдалась рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ больные ждали сухой кашель; у однихъ тотчасъ же, у другихъ нѣсколько позже появлялось болѣзненное воспаленіе яичекъ, то одного, то двухъ зарѣзъ, при этомъ одинъ имѣлъ лихорадку, другіе были отъ нея свободны и что въ концѣ концовъ больные настолько мало страдали, что не находили нужнымъ обращаться за медицинской помощью.

Это замѣчательное описаніе эпидемическаго перипаротита въ его обыкновенной и доброкачественной формѣ оставалось безъ всякихъ дополненій вплоть до 16-го столѣтія и всѣ врачи древности (Celsus, Aëlius, Paulus, Oribasius, Actuarius, Tralles) высказывались вполнѣ согласно съ мнѣніемъ Гиппократа, признавая за этою болѣзнию полное право на самостоятельное мѣсто въ патологіи и рѣзко различая обыкновенный паротитъ отъ идиопатическаго страданія околоушныхъ железъ. Замѣчательно, что ни у одного изъ этихъ авторовъ нѣтъ указаній на серьезность описываемой болѣзни и

этим, быть может, мы вправе объяснить себѣ то глубокое забвение, какому подверглось учение объ эпидемическомъ перипаротитѣ въ теченіи цѣлыхъ десяти столѣтій. Съ другой стороны, не въ правъ-ли мы допустить, что эта болѣзнь, исторія которой вѣроятно также стара, какъ родъ человѣческій, въ то отдаленное отъ насъ время, протекала можетъ быть действительно болѣе доброкачественно?

Въ теченіи 16 столѣтій было сообщеніе объ эпидеміи перипаротита 1510 г., сдѣланное *Fernel*емъ въ 1751 году; *Bailion* въ 1762 году описалъ эпидемію бывшую въ Парижѣ въ 1574—1575 г. *Gaspari*, описывая эпидемію 1714 года въ Истрин, опредѣляетъ время, когда появляется локализція въ области яичекъ (7-ой день болѣзни) и говоритъ, что обыкновенно заболѣвало яичко тойже стороны, гдѣ былъ перипаротитъ, или же гдѣ послѣдній впервые появился. *Targ. Tazetti* наблюдалъ эпидемію перипаротита зимою 1750 года во Флоренціи; заболѣвалъ почти исключительно дѣтскій возрастъ и были случаи локализцій въ области яичекъ у дѣтей. Около этого времени *Morton* первый высказался за специфичность лихорадки при эпидемическихъ орхитахъ и назвалъ ее *febris testicularis*. *Laghi* подробно описываетъ пандемію перипаротита въ средней Италіи 1752 — 1753 года, говоритъ о локализціяхъ въ большія двстороннія губы у женщинъ, объ осложненіяхъ со стороны желудочно-кишечнаго канала, появляющихся вслѣдъ за разрѣшеніемъ опухолей въ области околушннхъ железъ. Онъ обращаетъ кромя того вниманіе на припуханіе въ теченіи перипаротита подчелюстныхъ железъ, о порядкѣ-же, въ какомъ заболѣваютъ правая и лѣвая области выражается такъ: «рѣже заболѣваютъ сразу обѣ области околушннхъ железъ, гораздо чаще прежде одна, а затѣмъ другая». *Dionis* въ своемъ *Cours d'opérat. de chir.* 1736 г. рассказываетъ про эпидемію перипаротита среди дѣвицъ пансіона *Saint-Cyr* и прибавляетъ, что эпидемія эта носила особенный характеръ: наблюдался довольно часто переходъ опухолей въ нагноеніе. Чтобы объяснить разницу въ интенсивности болѣи у лицъ молодыхъ и стариковъ, этотъ авторъ допускаетъ различную степень плотности секрета слюнныхъ железъ для различныхъ возрастовъ: плотность эта высока въ пожиломъ возрастѣ и сравнительно низка у дѣтей. *Rochard* въ 1757 году защищаетъ эндемичность перипаротита на *Belle-Is-en-mer* и этимъ даетъ поводъ *De-Sauvages*'у придумать для этой болѣзни особенное названіе—*Catarrhus belliusulanus*. *Hamilton* первый

приводитъ два случая послѣдовательной атрофіи яичекъ и высказывается за контагіозность страданія. Онъ описываетъ случай солдата 19 лѣтъ, у котораго перипаротитъ окончился нагноеніемъ; искусственное вскрытіе нарыва показало, что околушная железа совершенно здорова, а болѣзненный процессъ сосредоточенъ только въ околушннхъ клѣтчаткѣ. По поводу атрофіи яичекъ *Hamilton* говоритъ: «удивительнѣе всего то, что правое яичко, о которомъ я только что упомянулъ, было вдвое больше другаго въ то время, когда болѣзнь перешла изъ околушной области въ оба яичка, въ концѣ же болѣзни оно уменьшилось на половину своей нормальной величины. Постепенно оно уменьшалось все больше и больше, пока отъ него не остался пустой мѣшокъ. Железистая часть яичка въ настоящее время совсѣмъ исчезла, даже нельзя оцунуть и придатка». *Cavallini* въ 1764 году наблюдалъ два случая локализцій въ грудныя железы у дѣтсуекъ, страдавшихъ эндемическимъ перипаротитомъ. *Mangor* въ 1772 году первый окончательно высказался въ пользу заразительности описываемой болѣзни. «*Contagium salutavi*», пишетъ онъ, «*nam aliter genealogiam ejus de domo in domum, de homine in hominem explicare nequeo*». *Groffier* (1779) при эпидеміи среди гарнизона въ *Brest* наблюдаетъ случаи, гдѣ орхитъ являлся раньше опухолю въ области околушной железы; какъ осложненіе, въ одномъ случаѣ при перипаротитѣ былъ уретритъ. *Pratolongo* (1782) описалъ случай мелуменія эпидермиса, аласорки и отека мошонки у больного, страдавшаго эндемическимъ перипаротитомъ. На основаніи таковаго факта онъ согласенъ считать послѣдній только модификаціей скарлатины и въ письмѣ къ *Burserius* у онъ ставитъ вопросъ: «*crede vs. che questa malattia possa annoversarsi tra le febres eruptivas*? Не кажется-ли вамъ, что эту болѣзнь можно отнести къ eruptивнымъ лихорадкамъ? *Beretta* въ 1783 году во время эпидеміи перипаротита въ *Magenta* видѣтъ случай съ желчной рвотой, *anxietas* и спалнымъ безпокойствомъ у мальчика 12 лѣтъ, страдавшаго перипаротитомъ. О лихорадкѣ при этой болѣзни онъ говоритъ, что она бываетъ то до опухоли въ области околушной железы, то одновременно съ нею, то послѣ нея. Опухоль въ ннхъ случаяхъ держалась цѣлымъ мѣсяцѣмъ. У больныхъ авторъ наблюдалъ боли въ сочлененіяхъ (*arthriticus cruciatus in universo corpore*), но говоритъ, что не видѣвъ никогда припадковъ, бывающихъ въ теченіи сыпныхъ лихорадокъ. *Botonius* (1785) говоритъ о метастазѣ у женщинъ *ad inguinam*. *Burserius* (1798) под-

робно излагает учение о воспалениях в области околушных железъ съ указаніемъ на бывшую до него по этому вопросу литературу. Онъ дѣлаетъ точный дифференціальный діагнозъ всѣхъ трехъ родовъ воспаленій, бывающихъ въ этой области, говоритъ, что цѣтъ наружныхъ покрововъ при перипаротитѣ едва намѣняется, но что отекъ всегда рѣзко выраженъ. *Louis*, по его словамъ, въ своемъ энциклопедическомъ словарѣ высказалъ мнѣніе, что при этомъ страданіи «*cellularem telam magis, quam glandulae corpus affici*». Изъ симптомовъ, наблюдаемыхъ въ теченіи эпидемическаго перипаротита, *Burserius* указываетъ на боли головы періодическаго характера, кашель, «*anxietas, corporis jactatione comitata*». О лихорадкѣ говоритъ: «*febris continua, inaequalis, plerumque vehemens*» съ рвотою и болью подъ ложечкою. Болѣзнь въ иныхъ случаяхъ оканчивалась носовыми кровотечениями и потомъ. *Saucerotte* во время эпидеміи перипаротита въ Лионѣ въ 1785—1786 гг., наблюдалъ во всѣхъ случаяхъ локализацию въ область ячлечъ (100%); у нѣкоторыхъ орхитъ былъ два раза подъ рядъ. Рагоговаривая съ военными врачами по поводу возвратовъ при этой болѣзни, *Saucerotte* слышалъ отъ одного изъ нихъ о случаѣ настоящаго возврата болѣзни и что больные перипаротитомъ, попавши въ госпиталь, гдѣ ихъ лечили слабительными, обыкновенно умирали. *Schäffer* рассказываетъ, что наблюдавшійся имъ эпидемическій перипаротитъ протекалъ одновременно съ корью и весьма былъ похожъ на легкія формы послѣдней. При перипаротитѣ у нѣкоторыхъ больныхъ была боль въ глазахъ, но признаковъ конъюнктивита не было и этого одного явленія было для автора совершенно достаточно, чтобы опровергнуть у описываемой болѣзни право на самостоятельное ея мѣсто въ патологіи.

Начиная съ этого времени появляются спеціальныя работы по этому вопросу: *Jacobus* (1796), *Kopf* (1799), *Miral* (1803). 49 fructidor an X. 1802. *Rizain* защищаетъ въ Парижѣ диссертацию на эту тему. *Groffier* (1806) описываетъ случай осложненія со стороны предстательной железы, мочеиспускательнаго канала и соединительной оболочки глаза. *Trenel* (1812 г.) приводитъ два случая локализаций въ женскія грудныя железы и два случая смерти у дѣтей при мозговыхъ явленіяхъ. *J. Frank* (1841) говоритъ объ одновременномъ появленіи опухолю въ области околушныхъ железъ и ячлечъ, причемъ имъ ясно констатирована *febris testicularis Morton'a*. У женщинъ, страдавшихъ перипаротитомъ, авторъ наблюдалъ *pruritus va-*

ginae, а въ 1792 г. ему пришлось видѣть психическое разстройство у одного больного перипаротитомъ (*multae ideae mentem agitant*). Цитируя *Pfisterer'a*, наблюдавшаго въ Ostrowa одновременно чуму и эпидемическій перипаротитъ, *J. Frank* настоятельно совѣтуетъ изолировать больныхъ перипаротитомъ отъ здоровыхъ. *Chaurard* при эпидеміи 1811 года въ коллѣжѣ Saint-Marie описываетъ, какъ осложненіе перипаротита у женщинъ, *fluor albus*, приливъ въ маткѣ. У одного солдата послѣ эпидемическаго орхита была водянка ячлечъ. *Cullen* въ 1819 г. высказывается въ пользу несомнѣнной контагиозности страданія: «*cette maladie*», пишетъ онъ, «*est souvent épidémique et évidemment contagieuse*». *Pinel* въ *Nosographie* 1813 г. говоритъ, что эпидемическій перипаротитъ рѣдко поражаетъ два раза одно и то же лице. *Warnecro* на основаніи наблюдавшихся имъ при перипаротитѣ мутненій эпидермиса и анасарки высказывается за большое сходство этой болѣзни съ легкими формами скарлатины. «Болѣзнь эта» (эпидемическій перипаротитъ) говоритъ онъ, «была ничто иное, какъ модификація скарлатины, когда заразительное начало послѣдней (Scharlach-Materie) поражало и околушныя железы». *Miquel* (1822 г.) высказываетъ то положеніе, что общіе симптомы при эпидемическомъ перипаротитѣ бывають тѣмъ слабѣе выражены, чѣмъ больше опухолю въ области околушныхъ железъ. Болѣзнь появилась сразу въ двадцати домахъ и былъ одинъ случай возврата чрезъ пять недѣль. *Pamerslay* въ томъ-же году описываетъ случаи, въ которыхъ весь болѣзненный процессъ выражался только припуханіемъ ячлечъ безъ участія области околушной железы (*orchitis epidemica*). *Dogny* въ 1828 году краснорѣчиво показываетъ серьезность этой болѣзни для лицъ, достигшихъ половой зрѣлости: всѣ болѣвшие солдаты имѣли орхиты и во всѣхъ случаяхъ потомъ констатирована большая, или меньшая степень атрофіи половыхъ железъ. Въ 1833 году *Roques* описываетъ цѣлую эпидемію перипаротита, гдѣ припуханіе ячлечъ предшествовало опухолю въ области околушныхъ железъ. *Louyer-Villermay* (1834) описываетъ случай смерти при перипаротитѣ вслѣдствіе кровотеченій изъ носа, рта и ушей. *Meinhardt* (1835) говоритъ о случаѣ, гдѣ у женщины, страдавшей эпидемическимъ перипаротитомъ, развился гнойный офторитъ. *Chomel* въ 1836 г., обращаетъ вниманіе на припадки тифознаго характера въ теченіи эпидемическаго перипаротита. *Leitzen* (1837) точно указываетъ на занесеніе болѣзни изъ деревни въ городъ учениками, бывшими въ отпускѣ по

случаю праздниковъ. Вслѣдъ за этимъ появляются весьма тщательныя описанія этой болѣзни и цѣлый рядъ диссертаций, посвященныхъ главнымъ образомъ вопросу о сущности страданія. Изъ авторовъ, подробно излагавшихъ эту болѣзнь, можно указать на *Trousseau*, *Rilliet*, *Barthez'a*, *Canstatt'a*, *Vogel'a*, *O. Weber'a*, *Colin'a*, *Jacob'a*, *Fehr'a*, *Leichtenstern'a*, *Soltmann'a*, *Laveran'a* и др. *Carpanlier* (1869) избираетъ предметомъ своей диссертации вопросъ о сущности эпидемическаго перипаротита. *Debise* въ томъ-же году описываетъ тифозныя припадки, наблюдаемые при этой болѣзни. *Dangais* (1860) и *Jobard* (1875) описываютъ эпидеміи перипаротита на корабляхъ во время путешествія. *Bouteillier* (1866) беретъ предметомъ своей диссертации локализацию болѣзни въ области женской половой сферы. Объ осложненіяхъ при эпидемическомъ перипаротитѣ *Naillou* избираетъ темой своей диссертации (1876). *Hatry* подробно излагаетъ въ специальной статьѣ осложненія со стороны внутреннихъ средъ глаза (1876). *E. Monin* посвящаетъ свой трудъ вопросу о патогенія и этиологіи эпидемическаго перипаротита. *Lambert* (1878) пишетъ небольшой трудъ о послѣдствіяхъ атрофіи lymph у взрослыхъ субъектовъ; *Machado* (1880) объ особенной формѣ эпидемическаго перипаротита, когда весь болѣзненный процессъ выражается только въ припуханіи подчелюстныхъ железъ. *Julouze*, *Lawrens*, *Servier*, *Saillaud*, *Fournier* подробно и съ возможно точными указаніями на способы распространенія описали эту болѣзнь среди солдатъ. Наконецъ, *Dukes* прослѣдилъ тщательно инкубационный періодъ для этой болѣзни; *Buck*, *Seitz*, *Seligsohn* обратили вниманіе на осложненія со стороны органа слуха.

Географическое распространіе эпидемическаго перипаротита.

Эпидемическій перипаротитъ наблюдался въ различныхъ странахъ земнаго шара и при различныхъ климатическихъ и почвенныхъ условіяхъ; хотя съ другой стороны нужно признать за прочно стоящее въ наукѣ положеніе, что болѣзнь эта свойственна преимущественно умѣренному и холодному климату и что появленіе ея въ странахъ, чисто тропическихъ, слѣдуетъ считать за исключительное явленіе. Какъ видно изъ прилагаемаго ниже историческаго обзора эпидемій, послѣднія описаны цѣлымъ рядомъ авторовъ въ различныхъ областяхъ умѣренной полосы обихъ полушарій. Болѣзнь эта наблюдалась въ Швеціи, Норвегіи, С. Германіи, Англіи, Россіи съ болѣе холоднымъ

климатомъ; во Франціи, Швейцаріи, Италіи, Турціи, Греціи съ ея островами и съ климатомъ болѣе теплымъ. Въ Европейскаго материка перипаротитъ былъ наблюдаемъ: *Pruner'o*мъ ¹⁾ въ Египтѣ и Аравіи въ началѣ жаркаго времени года; *Daniel'em* на западномъ берегу Африки въ теченіи декабря и января мѣсяцевъ; *Tschudi* въ Перу, Пуштѣ и возвышенностяхъ Сьерры. *Laghi*, рассказывая о томъ, что эпидемическій перипаротитъ не особенно рѣдкое явленіе въ Африкѣ, допускаетъ, что родной описываемой болѣзни нужно считать эту часть свѣта; отсюда то при помощи вѣтра по автору и занесена была болѣзнь на европейскій континентъ. Въ Индіи перипаротитъ неоднократно наблюдали *Morehead* и *Don*; *Waitz* его наблюдалъ въ Индійскомъ архипелагѣ. По *Laveran'u* болѣзнь не рѣдко бываетъ въ Алжирѣ, а *Jarves* описалъ ее на Сандвичевыхъ островахъ. *Thomson* видѣлъ перипаротитъ среди жителей Новой Зеландіи, *Huilliet* нѣсколько случаевъ въ Пондичері. *Pirionx* наблюдалъ эпидемію перипаротита въ Мексикѣ 1866—1867. Изъ 207, описанныхъ въ литературѣ для Европы эпидемій перипаротита, приходится на долю Франціи 78; на долю Германіи 72; Россіи 12; Италіи 9; Австріи 6; Великобританіи 6; Швеціи 6; С. Америки 5; Швейцаріи 4; Дании 3; Исландіи 2; Индіи и Турціи 2. Преобладающими для Франціи и Германіи цифры эпидемій показываютъ, что на болѣзнь эту здѣсь обращали серьезное вниманіе и часто записывали.

Этиологія.

Въ настоящей главѣ я намерѣнъ изложить факторы, играющіе то ближайшую, то болѣе отдаленную, то прямую, то косвенную роль при описываемой болѣзни съ этиологической точки зрѣнія. Воспущать ближайшей причины эпидемическаго перипаротита съ указаніемъ на пути, по которымъ эта причина дѣйствуетъ, — значить рѣшать на основаніи имѣющихся данныхъ вопросъ о сущности страданія. При теперешнемъ состояніи нашихъ знаній нельзя болѣе сомнѣваться въ заразительности перипаротита и несомнѣннаго перехода болѣзни отъ больного на здороваго; но съ другой стороны у насъ нѣтъ по сию пору точныхъ основаній для того, чтобы произнести окончательный приговоръ о натурѣ заразительнаго начала. На мою долю выпадаетъ далеко не легкій трудъ подвести итоги по возможности всѣмъ нако-

¹⁾ Hirsch Aug.

павшими фактамъ и вывести, насколько позволяютъ эти послѣдніе, заключение по этому интересному съ научной точки зрѣнія вопросу. Но прежде, чѣмъ говорить о фактахъ, выясняющихъ самый характеръ болѣзнетворнаго начала, необходимо предварительно коснуться такъ называемыхъ предрасполагающихъ къ заболѣванію моментовъ, сначала индивидуальных, кроющихся въ человѣческомъ организмѣ, а потомъ общихъ, находящихся внѣ послѣдняго.

Возрастъ при этой болѣзни играетъ далеко не маловажную роль, такъ какъ она поражаетъ главнымъ образомъ лицъ дѣтскаго и юношескаго возрастовъ, на что довольно опредѣленно высказался уже *Тиннократъ*. Въ послѣдующіе авторы почти единогласно высказались за такое сильное предрасположеніе къ заболѣванію эпидемическимъ перипаротитомъ юношей и дѣтей. Въ доказательство достаточно привести нѣсколько указаній. *Schäffer* въ прошломъ столѣтіи прямо говоритъ, что чаще всего поражается дѣтскій возрастъ, иногда-же и взрослые. *Miquel* указываетъ на тотъ, имъ подмѣченный фактъ, что новорожденные и лица старше 15 лѣтъ не поражаются. *Canstatt* говоритъ, что болѣютъ преимущественно дѣти и юноши въ возрастѣ 15—20 лѣтъ; въ возрастѣ до 2 лѣтъ болѣзнь наблюдается крайне рѣдко. *Bouchut, Krügelstein, Wolff, Otto Soltmann* и др. выразились въ томъ-же смыслѣ. По *Laveran*'у возрастъ отъ 5 до 15 л. сдѣдуетъ считать наиболее расположеннымъ къ заболѣванію. Вывода среднюю цифру максимумъ и минимумъ изъ указанныхъ въ разное время авторами возрастовъ, получимъ действительно 5—15 л.—цифру *Laveran*'а. Въ 109 изъ приведенныхъ въ историческомъ очеркѣ эпидемій въ точности указанъ возрастъ, къ которому принадлежали болѣвше перипаротитомъ. Изъ этой цифры эпидемія среди солдатъ наблюдалась 53 раза, среди дѣтей 26, среди юношей 11, во всѣхъ возрастахъ 8 и среди взрослыхъ исключительно только 4 раза. Чаще всего эпидемія описана среди солдатъ; въ половину меньше среди дѣтей; число эпидемій для юношескаго возраста составляетъ меньше, чѣмъ половину числа эпидемій для дѣтскаго. Наименьшая цифра выпадаетъ на долю исключительно взрослыхъ. Такая значительная цифра эпидемій, наблюдавшихся среди солдатъ, стоитъ какъ-бы въ противорѣчій съ указаннымъ выше выводомъ относительно возраста, больше другихъ предрасположеннаго къ заболѣванію. Говорю въ противорѣчій потому, что солдаты, не исключая даже самыхъ молодыхъ, уже находятся обыкновенно въ возрастѣ, далеко

перешедшемъ за границу наивысшаго предположенія. «Le soldat arrivant au corps jouit encore, en partie, des prédispositions de l'enfant et de l'adolescent, l'agglomération fait le reste»—говоритъ *Laveran*. Съ этимъ заключеніемъ вполне можно согласиться, принашивъ во вниманіе еще и то обстоятельство, что болѣе всего заболѣваютъ молодые солдаты, т. е. ближе стоящіе къ юношескому возрасту. Большинство изъ наблюдавшихся среди солдатъ эпидемій перипаротита обыкновенно случилось въ казармахъ при благоприятныхъ для развитія болѣзни условіяхъ скученія. Болѣзнь почти никогда не наблюдалась среди новобранцевъ до тѣхъ поръ, пока они жили на частныхъ квартирахъ, не будучи сосредоточены въ большомъ числѣ въ сравнительно ограниченномъ пространствѣ, какъ это бываеъ при казарменной жизни. *Monin* кромѣ того указываетъ еще на одно обстоятельство, могущее служить объясненіемъ столь высокой степени частоты эпидемическаго перипаротита среди солдатъ. Болѣзнь эта часто поражаетъ юношей въ періодъ ихъ половой зрѣлости въ силу особаго свойства болѣзнетворнаго начала локализоваться въ области половыхъ желѣзъ и что такой локализацией способствуетъ самый актъ половой зрѣлости. Молодые солдаты, набираемые изъ крестьянской среды, гдѣ вообще половое развитіе замедленно сравнительно съ жителями городовъ, являются въ казарменную обстановку почти въ періодъ половой зрѣлости, а сдѣдовательно и съ высокой степенью предрасположенія къ заболѣванію. Въ силу только что изложенныхъ мотивовъ устанавливается большое сходство солдатъ съ лицами дѣтскаго и юношескаго возрастовъ съ точки зрѣнія легкости, съ которою всѣ они поддаются вліянію болѣзнетворнаго начала. Въ фактѣ большого предрасположенія солдатъ къ заболѣванію перипаротитомъ кромѣ этого играютъ несомнѣнную роль: перелѣтна обстановка, привычекъ, переходъ самый изъ жизни гражданской въ военную. «L'organisme ne passe pas brusquement des habitudes qu'il avait à d'autres qu'on lui impose tout à coup, sans un effort énergique» (*Lévy*).

Старики крайне рѣдко заболѣваютъ, что объясняется съ одной стороны тѣмъ, что многие перенесли эту болѣзнь въ юношескомъ и дѣтскомъ возрастахъ, наклонность-же къ поражению одного и того-же лица нѣсколько разъ, какъ я укажу ниже, для эпидемическаго перипаротита очень слаба; а съ другой, что върѣдѣ, желѣзистый аппаратъ въ предкоммъ возрастѣ въдѣствіе увяданія органовъ теряетъ способность служить локализацией болѣзненнаго процесса. Что-

же касается детей въ возрастъ до двухъ лѣтъ, то такихъ случаевъ заболѣванія мнѣ удалось найти въ литературѣ только четыре: въ двухъ изъ нихъ возрастъ болѣвшихъ былъ около 2 лѣтъ, и въ двухъ остальныхъ болѣзнь развилась у новорожденныхъ дѣтей, матери которыхъ предъ родами перенесли эпидемическій перипартитъ. *Homans* рассказываетъ, что онъ видѣлъ случай перипартита у новорожденного, мать котораго во время родовъ страдала этою болѣзью. *Gautier* наблюдаетъ случай, гдѣ только что рѣзвившаяся отъ бремени женщина заболѣла эпидемическимъ перипартитомъ; на 12-й день отъ появления у ней характерной опухоли въ области околушной железы заболѣлъ ея ребенокъ рѣзко выраженнымъ «oreillons sous-mallairs» безъ замѣтнаго участія области околушной железы. *Sottmann* видѣлъ случай перипартита у ребенка 1³/₄ года съ припадками энцефалита, *Pengoldt*—у ребенка около 2 лѣтъ острое припухание подчелюстныхъ железъ эпидемическаго характера. Столь рѣдко наблюдаемые случаи этой болѣзни въ первомъ возрастѣ жизни даютъ право допустить то предположеніе, что железистый аппаратъ слабо еще функционирующей у маленькихъ дѣтей, представляетъ неудобную почву для развитія этого болѣзненнаго процесса.

Касательно болѣе точнаго распредѣленія болѣзни по возрастамъ измѣются слѣдующія данныя. *Rillie* и *Lombard* приводятъ для Женевской эпидеміи 1848—1849 гг. такія цифры. Изъ общаго числа 73 больныхъ перипартитомъ приходилось:

отъ рожденія до двухъ лѣтъ	0
» трехъ до пяти лѣтъ	7
» пяти до десяти »	18
» десяти до пятнадцати лѣтъ	19
» пятнадцати до двадцати лѣтъ	8
» двадцати до тридцати лѣтъ	9
» тридцати до сорока лѣтъ	8
» сорока до пятидесяти лѣтъ	2
» пятидесяти до шестидесяти лѣтъ	1
» шестидесяти до семидесяти лѣтъ	4

На возрастъ отъ 5 до 15 лѣтъ приходится болѣе половины всѣхъ случаевъ; на возрастъ отъ 15 до 30 только четверть всего количества заболѣваній. *Шебодаевъ* въ медицинскомъ отчетѣ по Ковотскому уѣду за 1881 годъ приводитъ распредѣленіе по возрастамъ 215 случаевъ эпидемическаго перипартита. Изъ общей цифры на

дою возраста 2—15 лѣтъ приходится 140 случаевъ, т. е., гораздо болѣе половины; возрастъ же отъ 15 и выше даетъ только 75 случаевъ—приблизительно одну треть всего числа заболѣваній. Описывая въ своей диссертациі дѣя эпидеміи перипартита среди эмигрантовъ на корабляхъ «Contest» и «Medouse», *Jobard* говоритъ, что во время эпидеміи на послѣднемъ кораблѣ, гдѣ было 512 человекъ, изъ которыхъ взрослыхъ 481, а дѣтей 31, заболѣло 67 чел.; среди послѣднихъ взрослыхъ было 61, т. е., 12,7%, заболѣваній; дѣтей же переболѣло 6—что составляетъ по отношенію къ ихъ числу 19,3%. *Leitzen* при эпидеміи въ Halle (1837) наблюдалъ всѣхъ случаевъ 645; изъ нихъ дѣтей 620, а юношей только 25. Впрочемъ такая значительная разица въ заболѣваніи этихъ двухъ возрастовъ объясняется тѣмъ, что преобладающей контингентъ больныхъ давали первоначальныя школы для дѣтей.

Spengler—болѣли дѣти болѣею частью 3 лѣтъ. *Gintrac*—возрастъ больныхъ 13—17 лѣтъ. *Eckstein*—возрастъ болѣвшихъ 6—12 лѣтъ. *Drüffel*—болѣли дѣти до періода половой зрѣлости. *Behr*—болѣли болѣею частью дѣти. *Biset*—возрастъ болѣвшихъ солдатъ 20—36 лѣтъ. *Mertini*—болѣли дѣти въ возрастѣ 5—10 лѣтъ; изрѣдка старики. *Cless*—болѣли юноши и дѣти. *Wolff*—болѣли въ возрастѣ 15—18 лѣтъ. *Sottmann*—возрастъ болѣвшихъ дѣтей былъ 3—8 лѣтъ и ни одного случая до 1 года. *Etkund*—грундия дѣти не болѣли. *Schmidt Müller* определяетъ максимумъ возраста для этой болѣзни 55 л., minimum 4 г., у дѣтей, говоритъ онъ, болѣзнь чаще всего. *Servier* определяетъ возрастъ болѣвшихъ солдатъ въ 21—24 г.

По вопросу о томъ, какой полъ чаще заболѣваетъ эпидемическимъ перипартитомъ, существуетъ достаточное количество противорѣчащихъ другъ другу фактовъ, но большинство авторовъ высказываются въ томъ смыслѣ, что мужской полъ заболѣваетъ вообще чаще женскаго. Съ одной стороны *Cooper*, *Miquel* говорятъ, что оба пола заболѣваютъ почти въ одинаковой степени, а *Panck* во время эпидеміи въ Московскомъ воспитательномъ домѣ наблюдаетъ болѣе число заболѣваній среди дѣвочекъ, но цѣлый рядъ другихъ авторовъ (*Vidal*, *Schönlein*, *Schmidt Müller*, *Niemeyer*, *Krügelsstein*) положительно говорятъ, что мужской полъ заболѣваетъ чаще. Во время Женевской эпидеміи на 73 случая заболѣваній было мужчинъ 38, а женщинъ 35 (*Rillie* и *Lombard*). При двухъ эпидеміяхъ *Jobard* на общую цифру мужчинъ 654 было 115 заболѣваній, т. е., 17,5% заболѣваній; на общую цифру женщинъ 257 было только 22 случая заболѣваній, что составляетъ 8,5% заболѣваній. Въ Дневникѣ Общества Казанскихъ

врачей на 67 случаев перипаротита показано 46 мужчин и 31 женщина. Подмеченный уже *Гипократом* факт, что женщины заболевают реже мужчин, быть может объясняется социальным их положением, или родом занятий, носивших в большинстве случаев семейный характер с меньшим риском подвергнуться влиянию моментов, способствующих заболеванию. Такое заключение тем более допустимо, что різкий разницы в степени заболеваемости двух полов в детском возрасте вообще не наблюдается и если бывает в таких случаях неблагоприятная разница для мальчиков, то причину ее нужно искать в преобладании их числа в разного рода школах и пансионах, где эпидемия перипаротита дает наибольшую цифру заболеваний. В пользу этого можно привести еще тот факт, что *Morehead* при эпидемии перипаротита 1837 г. среди школьников в Бомбае наблюдал 74 случая заболеваний среди девочек и только 1 мальчика; тот же автор в 1851 видел 65 случаев заболеваний среди мальчиков, из девочек было только две. Очевидно, что в одном случае преобладали в школе девочки, а в другом мальчики. *Шеболаев* из 215 случаев заболеваний приводит 111 для мужского пола и 104 для женского — разница незначительная, что вполне понятно, в виду указанного этим автором значительного преобладания больных детского возраста. В заключение считаю долгом оговориться. Для окончательных выводов по вопросу о влиянии пола на степень заболеваемости требуется сравнение того и другого при самых разнообразных условиях.

Вряд ли эпидемический перипаротит дѣлает особенное предпочтение тому или другому темпераменту и ни один из них не застраховывает от этой болезни. Только на лимфатическое сложение можно указать, как на благоприятную почву для его развития. *Jobard, Vogel, Malabouche* действительно утверждают, что у лиц, лимфатическая железа которых имѣют значительную склонность к гиперплазии, эпидемический перипаротит развивается скорее и самое разращение опухоли в области околушннхъ желез совершается медленнее. *Panck* замѣтилъ значительную склонность золотушныхъ детей къ заболеванию перипаротитомъ. *Crevoisier d'Hurbache* *) говоритъ, что самые крѣпкіе и сангвиническіе темпераменты скорее

подвергаются простудѣ и скорѣе другихъ заболеваютъ, а *Servier* рядомъ имъ наблюдавшихся фактовъ пришелъ къ тому убѣжденію, что темпераменты не играютъ роли predisposingихъ къ заболеванию моментовъ.

Индивидуальное предрасположеніе болѣе рѣзко выражено, чѣмъ напр., при кори, мало падаящей, какъ извѣстно, дѣтскій возрастъ. Съ одной стороны наблюдались эпидеміи перипаротита, когда заболѣвало большое количество лицъ, а съ другой при одинаковыхъ условияхъ, но въ иное время, число заболеваний по отношенію къ количеству лицъ, среди которыхъ была эпидемія, было до крайности ничтожно. Въ некоторыхъ случаяхъ, гдѣ заболѣвало большое количество лицъ, можно, пожалуй, допустить болѣе сильную концентрацію заразнаго начала; а позже образомъ объясняютъ тотъ фактъ, что въ теченіи извѣстной эпидеміи одні лица поражаются весьма серьезно, тогда какъ у другихъ въ одно и то же время, живущихъ при одинаковыхъ съ первыми условіяхъ, признаки болѣзни до такой степени слабы, что не заставляютъ даже больныхъ сидѣть въ комнатѣ? Наблюдались случаи, когда дѣти, или солдаты незаболѣвали въ теченіи двухъ-трехъ эпидемій, а позже все-таки заболѣвали. Эти факты трудно объяснить чѣмъ-либо инымъ, какъ предположеніемъ, что субъекты эти были мало склонны къ заболеванию во время предыдущихъ, или пережитыхъ эпидемій, но что потомъ склонность эта какъ-бы рѣзче выразилась. *Duncan* рассказываетъ, что три его внука посѣщали школу, гдѣ наблюдались случаи эпидемическаго перипаротита; всѣ они перенесли эту болѣзнь и сообщали ее четвертому, не посѣщавшему школы и никуда изъ дому не выходившему. *Sollaud* говоритъ, что во время эпидеміи перипаротита среди солдатъ Рошфора 1866—1867 г., гдѣ было три отряда изъ трехъ полковъ 30-го, 72-го и 81-го, случаи заболевания наблюдались только въ отрядѣ 81-го полка; въ другихъ-же отрядахъ, бывшихъ съ первымъ въ постоянныхъ отношеніяхъ, въ одинаковыхъ условіяхъ жизни, въ одной и той-же казармѣ, случаевъ заболеваний перипаротитомъ въ это время не было. Но чрезъ 8 мѣсяцевъ послѣ ухода отряда 81-го полка въ Воннажъ развился перипаротитъ въ остальныхъ двухъ отрядахъ и выразился въ значительной цифрѣ случаевъ. *Jordan* наблюдаетъ эпидемію перипаротита среди солдатъ 28-го батальона à Dax въ 1878 году и болѣзнь эта была по автору занесена изъ города; но въ предыдущемъ 1877 году среди тѣхъ-же солдатъ, въ той-же казармѣ и при

*) См. *Monin*, стр. 28.

одинаковой степени сношения съ городомъ не было ни одного случая заболѣванія перипаротитомъ. *Boulevardier* приводитъ такой случай. Одна посѣщавшая школу дѣвочка заболѣла перипаротитомъ, сообщила болѣзнь своей сестрѣ, а потомъ матери, никуда не выходившимъ изъ дому; всѣ же прочія лица этой семьи и многіе другіе, жившіе въ этомъ домѣ, остались пощаженными. *Jobard* во время путешествія вокругъ свѣта 1873—1874 года наблюдалъ случаи, гдѣ одна дама и молодой дѣвушка страдали рѣзко выраженнымъ перипаротитомъ; онѣ спали въ одной комнатѣ съ другими пассажирами различныхъ возрастовъ и никого не заразили. Подобныхъ фактовъ можно привести множество.

Въ отношеніи временъ года и состоянія погоды съ эпидемическимъ перипаротитомъ случилось то же, что и съ другими болѣзнями инфекціоннаго характера. Желая какъ-либо объяснить себѣ темную причину возникновенія болѣзни, наблюдавшіе ее врачи, подмѣтивъ благоприятствующее ея развитію во многихъ случаяхъ вліяніе погоды холодной и сырой, старались съ помощью такого факта выйти изъ того страннаго состоянія, которое такъ полно выражается словомъ «неизвѣстно». Одни назвали болѣзнь чисто катарральнымъ страданіемъ, которое можетъ быть вызвано быстрыми колебаніями температуры и влажности, или же недостаточно постепеннымъ переходомъ одного состоянія воздуха въ другое (значительной сухости его въ состояніи высокаго насыщенія парами); другіе же стали обвинять переменныя въ движеніи вѣтровъ, въ особенности если такіе перемены совершались очень быстро. По однимъ колебанія производятъ вредную специфическую миазму, обуславливающую при поступленіи въ здоровый отъ того организмъ развитіе въ немъ этой болѣзни. По другимъ же эпидемическій перипаротитъ нужно разсматривать какъ болѣзнь, въ происхожденіи которой принимаетъ участіе какой-то болѣзнетворный геній (*Kosmischer Krankheit-process Leichtenstern*).

Прежде чѣмъ приводить въ подробностяхъ взгляды различныхъ авторовъ на этотъ моментъ и доказатъ, въ противоположность мнѣнію многихъ изъ нихъ, что времена года и состояніе погоды могутъ быть отнесены къ категоріи причинъ, только благоприятствующихъ развитію этой болѣзни, я, на основаніи добытыхъ мною въ старой и новой литературѣ данныхъ, постараюсь сдѣлать выводы для временъ года, мѣсяцевъ и состоянія погоды, въ которые перипаротитъ наблюдался

въ томъ, или иномъ количествѣ эпидемій и, сравнивая эти количества, позволю себѣ сдѣлать пропорціональныя ихъ отношенія, принявши за единицу наименьшее изъ нихъ.

Изъ общей цифры 177 эпидемій, гдѣ указано время года, когда эпидемія наблюдалась, въ 109 указано только время года, въ 68 означены въ точности и самые мѣсяцы, а въ 13 изъ послѣднихъ кроетъ того определены и дни, въ которые болѣзнь начиналась. Изъ 109 эпидемій въ теченіи зимы было 4; весны 25; лѣта 4; осени 7; зимы и весны 11; осени и зимы 3; весны, лѣта и осени 2; весны и лѣта 3; зимы, весны и лѣта 1; лѣта и осени 2; лѣта осени и зимы 1; въ теченіи почти всего года 5.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что на долю зимы и весны приходится двѣ трети всего числа эпидемій, на долю осени только около одной шестнадцатой; на лѣто всего $\frac{1}{27}$. Для эпидемій, наблюдавшихся въ теченіи двухъ, или трехъ сезоновъ замѣчается тоже отношеніе на долю зимы — весны, зимы — осени приходится 14 эпидемій — что составляетъ ровно половину общей суммы болѣе продолжительныхъ эпидемій (28). Принимая лѣто за единицу, получимъ слѣдующее пропорціональное отношеніе: лѣто 1,6; осень, 1,3; весна 3,5; зима 5,0. По мѣсяцамъ это отношеніе будетъ: Августъ 1; Сентябрь 1,5; Октябрь 2,0; Ноябрь 3,0; Декабрь 3,5; Январь 4,5; Май 6,5; Декабрь 7,0; Апрель 12,0; Мартъ 14,0; Январь 16,0; Февраль 19,5.

Наибольшая цифра выпадаетъ на долю Февраля, затѣмъ слѣдуютъ Январь, Мартъ и Апрель. Послѣдній лѣтній мѣсяцъ меньше всѣхъ благоприятенъ для развитія перипаротита.

Gerard на 43 случ. перипаротита наблюдалъ: въ теченіи января 14 сл., февраля 15, марта 2, декабря 8, ноября 4. *Selterkorn* на 37 случ. въ теченіи февраля 11, января 8, марта 8, апрѣля 5, декабря 3, мая 2.

Изъ 13 эпидемій, гдѣ указано въ точности начало ихъ, приходится: съ 1-го по 15 Декабря 4, во второй половинѣ Января 2, въ первой половинѣ Февраля 1, въ первой половинѣ Марта 1, въ концѣ Марта 2, въ первой половинѣ Апрѣля 2, въ первой половинѣ Мая 1. Конечъ этихъ эпидемій въ 3 изъ нихъ былъ въ первой половинѣ Марта; въ двухъ концѣ Марта; въ двухъ первая половина Апрѣля; въ четырехъ половина Мая и въ двухъ первая половина Июня.

Что касается до состоянія погоды во время эпидемій, то на 31 эпидемію, гдѣ указано это состояніе, 14 приходится на холодную,

не особенно часто. *Bramel* и *Lodier*¹⁾ говорят тоже: въ отчетѣ мѣстнаго госпиталя за 1876 годъ показанъ только одинъ случай заболѣванія. Эндемичность, защищаемая *Rochard* омъ, только кажущаяся и должна быть объясняема тѣмъ, сильно и рядомъ наблюдающимся фактомъ, что одна эпидемія переходитъ въ другую посредствомъ единичныхъ случаевъ заболѣванія.

Что болѣзнь эта не развивается въ силу однихъ атмосферическихъ условий, за это говорятъ дѣйствія эпидеміи перипаротита, которая наблюдается *Dangais* *) на корабляхъ во время плаванія. Во время первой изъ нихъ были сильные дожди, а въ теченіи второй прекрасная, солнечная погода. Если сравнить мѣсяцы 1829 года, когда *Blumh* описываетъ перипаротитъ въ Петербургѣ съ тѣми же мѣсяцами 1830 и 1834 гг., когда случались этой болѣзни не было, то окажется, что въ теченіи послѣднихъ атмосферическія условия были даже нѣсколько выгоднѣе для развитія болѣзни, чѣмъ въ теченіи первыхъ.

Для сравненія достаточно привести данныя за февраль 1829 и 1830 гг., за июль 1829 и 1832 гг. Февраль 1829 г. имѣлъ 12 дней свѣтлыхъ и 16 пасмурныхъ, февраль же 1830 г., когда не показано случаевъ перипаротита, свѣтлыхъ дней имѣлъ только 7, а пасмурныхъ 21. Среднія темп. февраля 1829 г. была —2°—18°, такая же февраля 1830 г. + 1° до —17°—разница въ колебаніи темп. выражалась рѣзче, чѣмъ въ 1829 г. Направленіе вѣтра и барометрическое давленіе въ обоихъ случаяхъ были почти одинаковы. Въ теченіи юня 1829 г. было 13 дней свѣтлыхъ и 17 пасмурныхъ, въ юнѣ же 1832 года, когда случались перипаротита не показано, свѣтлыхъ дней было только 9, а пасмурныхъ 21. Юнь 1829 г. имѣлъ 6 разъ дождь, а юнь 1832 г. 16 разъ. Направленіе вѣтра и въ томъ и другогъ случаевъ одинаково.

Эндемическій перипаротитъ наблюдался во все времена года. Есть мѣстности въ южномъ и тропическомъ климатѣ, гдѣ повидимому, почти отсутствуютъ тѣ благоприятныя для развитія этой болѣзни условия, которые въ умеренномъ климатѣ даютъ наивысшій процентъ эпидемій перипаротита, однакоже послѣдній наблюдался и въ этихъ мѣстностяхъ. На Сандвичевыхъ островахъ болѣзнь эта бывала въ жаркое время года, *Arnoldi* въ Винчипенѣ, *Prieger* въ Крейцнахѣ, *Dräffel* въ Мюнстерѣ, *Fricker* въ Ротѣ, *Hovel* въ Парижѣ видѣли ее въ лѣтніе мѣсяцы. *Barthez* и *Rilliet* наблюдали перипаротитъ въ теченіи цѣлаго года и въ одинаковой силѣ, какъ въ холодное, такъ и въ теплое время. «Les saisons», по ихъ мнѣнію, «n'ont pas eu d'influence notable sur sa marche». Еще болѣе категорически выражаются *Sal-*

laud и *Gintrac*; первый изъ нихъ утверждаетъ, что барометрическое давленіе не оказываетъ никакого вліянія на появленіе болѣзни, а второй въ томъ смыслѣ говоритъ о временахъ года вообще. *Seuerkorn*, описывая эпидемію перипаротита среди солдатъ въ Штеттинѣ, дѣлаетъ такіе выводы: погода не имѣетъ вліянія (зима была постоянная безъ рѣзкихъ колебаній температуры); направленіе вѣтра также (вторая эпидемія развивалась въ казармѣ, совершенно защищенной отъ рѣзкаго вѣтра); простуду можно было доказать только въ одномъ случаѣ.

Согласиться съ только-что приведенными мнѣніями во всякомъ случаѣ нельзя, такъ какъ большинство описанныхъ въ литературѣ эпидемій наблюдалось въ теченіи января, февраля и марта—время года, когда въ умеренномъ климатѣ бываетъ значительный холодъ при высокой степени влажности. *Eisenmann*, видѣвшій много эпидемій перипаротита при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ погоды, говоритъ, что болѣзнь эта развивается главнымъ образомъ въ холодное и сырое время года. Холодъ и сырость должны быть разсматриваемы, какъ весьма благоприятный моментъ для возникновенія и распространенія этой болѣзни. Въ томъ же смыслѣ высказывается *Reil. Wolff* при эпидеміи среди кадетовъ въ Берлинѣ нашелъ, что вѣтряная и дождливая погода служила одною изъ существенныхъ, predisponirajuschichъ къ заболѣванію причинъ и что съ улучшеніемъ погоды уменьшалось количество больныхъ. *Dogny* обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, что солдаты, спавшіе вблизи оконъ и дверей, заболѣвали скорѣе и въ большемъ количествѣ, чѣмъ ихъ товарищи, кровати которыхъ были расположены въ внутреннихъ стѣнахъ зданія. Солдаты, стоявшіе на караулѣ въ небольшихъ помѣщеніяхъ съ открытыми на уровнѣ головы человѣка окнами заболѣвали сломъ и радомъ, тогда какъ утеръ-офицера, извѣтныя отъ этой обязанности, болѣли сравнительно въ меньшемъ количествѣ. *Jacob* говоритъ, что въ казармахъ, имѣвшихъ окна на югъ и на сѣверъ, большое число заболѣваній вѣсною и лѣтомъ наблюдалось въ комнатахъ, обращенныхъ окнами на сѣверъ, въ комнатахъ же съ окнами на югъ небольшая цифра заболѣваній наблюдалась въ теченіи осени и зимы. Провѣтриваніе казармъ въ теченіи холоднаго времени года производилось чрезъ окна, обращенныя на югъ, вѣсною и лѣтомъ отворились окна сѣверной стороны. *Madamel* также замѣтилъ, что скорѣе всѣхъ заболѣвали солдаты, кровати которыхъ располагались вблизи

1) См. *Laveran* (а).

2) См. *Laveran* (а).

оконь. Эпидемический перипаротит среди солдат Штеттина начался в северной части казарм (*Setterhorn*).

Гигиеническая обстановка играет в этиологии описываемого страдания такую же роль, как и в других повальных болезнях. Большинство эпидемий среди солдат наблюдалось в гарнизонах, расположенных в большинстве случаев в городах, или довольно населенных фортах, при условии значительной скученности, недостаточной чистоты воздуха и вдобавок не всегда удовлетворительного содержания. В доказательство только что сказанного может служить тот факт, что % заболеваемости для гарнизонов аналитически выше, чем этот % для солдат, живущих лагерной жизнью. В то время, как % заболеваемости для первых может быть выражен средним числом 8,88%, для вторых *Fournier* определял процент заболеваний в 7,6%. Закрывая учебные заведения дают больший % заболеваний, чем школы, куда дети являются только на часы занятий, большую же часть суток проводят в своих квартирах. Средний процент заболеваний для закрытых учебных заведений выражается в 49,5%, тогда как для школ с приходящими учениками только 28,3%.

Трудно чем-либо иным, как только неудовлетворительными гигиеническими условиями, объяснить следующее, сдѣланное *Jacob*омъ, наблюдение во время эпидемии перипаротита 1868 г. Среди солдат форта Rosny было 20 случ. заболеваний, в соседнем же с нимъ форте Noisy, находящемся в той же мѣстности, при таких же санитарических условиях, было только два случая перипаротита. В 1875 году повторилось тоже самое: в форте Noisy было 4 случая, в Rosny 21. Нужно при этомъ замѣтить, что оба эти форта были близко одинъ отъ другого и находились в постоянныхъ сношенияхъ. *Madamel* говоритъ, что во время эпидемии среди гусаръ изъ 4 эскадроновъ, помѣщавшихся каждый въ совершенно отдѣльныхъ зданіяхъ, наибольшая цифра заболеваний наблюдалась во 2-мъ эскадронѣ, 4-й же, занимавший лучшее прочихъ помѣщеніе, былъ совершенно пощажѣнъ.

Авторами описаны случаи, когда болѣзнь ограничивалась отдѣльными помѣщеніями, тѣсно стоящими одно возле другаго, а въ иныхъ эпидеміяхъ болѣзнь ограничивалась подчасъ только нѣкоторыми комнатами одного зданія. *Fournier* во время эпидемии въ лагерѣ Saint-Germain de Laye изъ общей цифры больныхъ (24) большую половину

(17) наблюдать исключительно въ 4 баракахъ, расположенныхъ длинникомъ по направленію къ городу, въ остальныхъ же 9 баракахъ было всего семь случаевъ заболевания. Въ условіи жизненной обстановки и мѣстоположеніе для всѣхъ барачковъ были одинаковы. *Servier* замѣтитъ, что болѣзнь предпочитала часто одну комнату другой, сообщеніе, но что распределение болѣзни по казармамъ вообще было равномерно. *Jacob* часто имѣлъ случай наблюдать, что нѣкоторые помѣщенія извѣстнаго зданія давали большую цифру заболеваний, въ другихъ-же болѣзнь разсѣялась, какъ крайне рѣдкое явленіе. Когда 19 батальонъ былъ помѣщенъ въ казармы, состоявшей изъ двухъ половинъ, то изъ 20 случ. перипаротита только 2 были въ правой половинѣ, всѣ же остальные въ лѣвой. При эпидеміи среди солдатъ въ Дижонѣ (*Jubaux*) болѣзнь нѣлыхъ помѣщеній была только во второмъ этажѣ казармъ, гдѣ помѣщались въ количествѣ 7 чел. стрѣлки пѣхоты. Всѣ эти 7 чел. переболѣли перипаротитомъ; для чрезъ 2—3 послѣ этого случая заболевания появились въ нижнемъ этажѣ зданія, гдѣ квартировала пѣхота, причемъ въ теченіи 16 дней болѣли солдаты исключительно одной комнаты. *Gérard* указываетъ на тотъ фактъ, что повидимому совершенно одинаковыя помѣщенія даютъ смотря по времени года различную цифру заболеваний. Такъ напр., въ ноябрѣ и декабрѣ случаи перипаротита были среди солдатъ 1-го и 2-го эскадрона, занимавшихъ отдѣльное помѣщеніе, изъ солдатъ же 3-го и 4-го эскадроновъ въ это время болѣли только одинъ. Въ январѣ и февралѣ болѣли главнымъ образомъ солдаты 3-го и 4-го эскадрона, въ 1-мъ и во 2-мъ цифра заболеваний была незначительна. Общенье солдатъ всѣхъ 4-хъ эскадроновъ въ обоихъ случаяхъ было одинаково. Не играютъ ли здѣсь роль этиологическаго момента самые полы съ почвою, на которой они лежатъ и подпольныя воздушныя пространства?

Въ городахъ, гдѣ скученность достигаетъ высокой степени и гигиеническія условія болѣе неудовлетворительны, чемъ въ деревняхъ, эпидемическій перипаротитъ можетъ развиваться скорѣе и принимать болѣе обширное распространение. *Heusinger* во время Марбургской эпидеміи наблюдая, что эта болѣзнь появлялась прежде всего въ городѣ, въ деревняхъ же, находившихся въ окрестности послѣдняго, она появлялась только въносѣдствіи. Кромѣ того, въ городѣ она приняла обширное распространение, въ деревняхъ же были только единичные случаи заболевания. *Soltmann* въ Бреславльскую эпидемію

1878 г. замѣтить, что въ теченіи послѣдней въ окружающихъ городъ деревняхъ не было случаевъ перипаротита.

Бѣдность населенія остается не безъ вліянія на развитіе и распространеніе болѣзни постольку, поскольку больные при этомъ условіи субъекты пользуются плохимъ уходомъ и пищею; вслѣдствіе же скученности и загрязненности жилищъ болѣзни можетъ протекать съ болѣе серьезными припадками и давать значительную цифру новыхъ случаевъ заболѣванія. *Zausenickий* говорить, что въ г. Вильно наибольшая цифра заболѣваній перипаротитомъ приходится на средній и низшій классы населенія, живущаго въ темныхъ, сырыхъ квартирахъ и разубѣется, прибавлю отъ себя, при далеко неудовлетворительномъ питаніи.

Высота положенія мѣста надъ уровнемъ моря врядъ-ли играетъ особенную роль въ этиологій эпидемическаго перипаротита и болѣзнъ эта одинаково можетъ развиваться на самыхъ различныхъ высотахъ. Впрочемъ въ литературѣ мнѣ удалось найти указанія, говорящія въ пользу наклонности эпидемическаго перипаротита появляться раньше и чаще на мѣстахъ болѣе высокихъ. *Tschudi* говорить, что болѣзнъ эта чаще наблюдается на возвышенностяхъ Сьерры, чѣмъ въ соседнихъ съ послѣдними болѣе низменныхъ мѣстахъ. *Reusinger* наблюдать появленіе случаевъ перипаротита раньше всего на возвышенныхъ мѣстахъ: начавшись въ г. Марбургъ, болѣзнъ распространилась на деревни, лежавшіе выше города и въ дальнѣйшемъ ходѣ она достигла самыхъ высокихъ мѣстъ Тюрингенскаго дѣса. *Servier* разсказываетъ, что во время эпидеміи среди солдатъ Байонны наилучшимъ помѣщеніемъ пользовались артиллеристы, занимавшіе лагерь *Magas*; послѣдній лежитъ въ югу отъ *Saint-Léon*, въ разстояніи 1 kilomtr., на самомъ высокомъ мѣстѣ сравнительно съ другими аданіями, гдѣ жили прочіе отряды солдатъ. Изъ общей цифры больныхъ (105 ч.) на долю лагеря *Magas* пришлось 21 случ. заболѣванія (17,7%), остальные 84 случ. были въ лагерѣ *Chateau-neuf* (8,8%) и среди солдатъ цитадели (1,8%).

Какое вліяніе на развитіе и распространеніе перипаротита имѣютъ почва и почвенная вода при настоящемъ состояніи нашихъ знаній нельзя сказать ничего положительнаго. *Läbe* и *Settekorn* положительно отрицаютъ такое вліяніе, но *Gailhard* наметилъ, что колебанія уровня почвенной воды нужно считать весьма благоприятнымъ моментомъ для развитія этой болѣзни. *Eklund*, описывая эпидемію

перипаротита на морской ст. Стокгольма, обращаетъ вниманіе на очень низкое стояніе во время эпидеміи уровня морской воды. Прибрежныя пространства были едва прикрыты тонкимъ слоемъ воды, заключающей въ себѣ огромное количество протофитовъ. Заболѣвали по автору исключительно лица, жившіе вблизи этихъ стоячихъ водъ, тогда какъ работавшіе на берегу моря, при условіяхъ преднаго вліянія непогоды, не заболѣвали перипаротитомъ.

Береженность не предохраняетъ отъ заболѣванія перипаротитомъ. Въ случаѣ *Notman's* женщина на 8-мъ мѣсяцѣ беременности заболѣла опухолью въ области околушюнныхъ железъ эпидемическаго характера и преждевременно родила. Фактъ этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что такая повидимому легкая болѣзнъ можетъ послужить причиною для преждевременныхъ родовъ. *Gautier* (*Revue médic. de la Suisse romaine* 1883, № 2 p. 82) пришлось наблюдать такой случай.

Одна женщина родила во 2 ой разъ 23 іюля 1882 г. совершенно здороваго ребенка. Въ ночь съ 23 на 24 она жаловалась на сильныя боли въ лѣвомъ ухѣ; боль эта пришла 24 го утромъ, а послѣ обѣда того-же дня появлялась болѣзненная опухоль въ области правой околушюнной железы. Въ теченіи ночи съ 24 го на 25-ое сильнѣйшій видъ всякой причины озноба, продолжавшейся 1/4 часа. 25-го утромъ *Gautier* ясно констатировалъ опухоль въ области правой околушюнной железы безъ участія подчелюстныхъ железъ. Больная не страдала отсутствіемъ аппетита, пульсъ 88, 26-го іюля пульсъ 108; въ вечеръ 38,6°, опухоль значительно увеличилась въ объемъ, сосисъ чувствительны при сосаніи. Слизистая оболочка полости рта нормальная. 27-го пульсъ 84, опухоль уменьшается. 2-го августа больная выздоровѣла. Женщина эта заразилась отъ мальчика 4 л. послѣдноваго школу, гдѣ былъ перипаротитъ и перенесла эту болѣзнъ въ началѣ іюля мѣсяца.

Какъ общее страданіе организма, протекающее нерѣдко при весьма рѣзкихъ припадахъ, эпидемическій перипаротитъ несомнѣнно можетъ имѣть вліяніе на мѣсячныя очищенія, дѣлая послѣднія то обильными, то скудными, то, наконецъ, останавливая ихъ на болѣе, или менѣе продолжительный періодъ времени. *Bouteillier* видѣлъ случаи, когда совершенно до того здоровыя съ правильными регулами женщины во время заболѣванія перипаротитомъ имѣли обильнѣе нормальнаго потери крови и самый періодъ мѣсячныхъ продолжался дольше на цѣлые сутки. *Dumarest* сообщаетъ такіе два наблюденія.

Дѣвушка 16 л., уже годъ жившая нормально протекавшими регулы, потеряла послѣднія на два мѣсяца послѣ того, какъ перенесла перипаротитъ.

Дѣвушка 19 л. всегда правильно менструировавшая, заболѣла перипаротитомъ, какъ разъ въ то время, когда у ней должны были быть очищенія, но послѣднихъ въ этотъ мѣсяцъ совсѣмъ не было.

Служать ли всякого рода острым и хроническим болезням моментами, способствующими заболеванию перипаротитом, трудно сказать что либо положительное; у авторов на этот счет имеются противоречивые указания. А priori конечно нужно допустить, что всякое, происходящее вследствие болезни, истощение организма есть весьма удобная почва к заболеванию вообще и к заболеванию перипаротитом в частности. *Desbarreaux-Bernard* действительно замечал, что заболевали главным образом солдаты — конвалесценты от хирургических и грудных болезней. *Sellerkorn* замечал, что у выходящего от плеврита солдата эпидемический перипаротит протекал при очень сильной лихорадке и резко выраженных симптомах. Но с другой стороны *Lühe* говорит, что при эпидемии перипаротита среди кадетов не было ни одного случая заболевания в больницах, где находились страдавшие другими не заразительными болезнями. Больница эта по автору была в самом кадетском корпусе и посещалась теми же врачами, который пользовались и больными перипаротитом кадетов. *Soltmann* во время Бреславльской эпидемии не видел ни одного случая заболевания в лазаретах и больницах. Наконец *Mörcke* наблюдать, что перипаротит отдавать предпочтение больным, подвергшимся оваритомии, все же страдавшим другими гинекологическими формами не заболевали. Делать на основании таких данных какие либо заключения положительно невозможно. Корь и скарлатина, столь часто наблюдаемая одновременно с эпидемическим перипаротитом, не предохраняют по мнению большинства авторов от заболевания этим последним; а с другой стороны страдающие перипаротитом или только что его перенесшие могут заболеть корью и скарлатиной. *Wülke* наблюдал случаи, где чрез 3—4 дня после разрешения перипаротита развивалась корь со всеми ее характерными симптомами. *Gérard* говорит о двух случаях, когда перенесшие перипаротит драгуны заболевали корью. *Schmidt Müller* видел, что перипаротит охотно поражает лиц, только что перенесших корь, тем являясь до корьного процесса; последний был вообще слабо выражен в этих случаях, когда ему предшествовал перипаротит. По *Lave-ran* у присоединяющейся к корьному процессу перипаротит ухаживает за предсказанием. По отношению к скарлатине *Schönlein* замечал, что в эпидемии 1815 г. в некоторых деревнях почти все дети переболели перипаротитом, но не поражались вокруг сви-

рствовавшей скарлатиной. *Kopp* говорит, что перенесшие последнюю болезнь не заболевали перипаротитом. *Cless, Rillet, Barthes, Eklund* и др. не подтверждают этих наблюдений. Эти авторы часто видели сочетание скарлатины и перипаротита на одном и том же больном; они категорически отрицают взаимную способность этих болезней предохранять лиц, страдающих одною из них от заболевания другою.

Характер и продолжительность эпидемий перипаротита. Отношения их к другим повальным болезням.

Просматривая приводимый мною краткий исторический очерк эпидемий перипаротита в течение последних двух столетий, нельзя не видеть того, бросающегося в глаза факта, что эпидемии эти в прежние времена наблюдались сравнительно редко, но за то они имели характер болезни, поражавшей целые округа, области с огромной цифрой заболеваний. В этом факте нет ничего странного, раз мы допустим, что эпидемический перипаротит сдвинулся популярным в Европе с начала 18-го столетия, когда появились целые ряды систематических его описаний. Помимо этого, вбросного предположения, этому прогрессирующему количеству маленьких эпидемий в последние время можно дать и другое объяснение. В начале и половине прошлого столетия, когда количество населения было гораздо меньше, условия жизни в силу слабой степени скученности были благоприятны, сношения же людей до крайности ограничены, эпидемии перипаротита возникали сравнительно редко. Но раз в какой либо местности, в силу ли местных причин, или случайного занесения, появились первые случаи заболевания, развивалась эпидемия, принимавшая вследствие присутствия большого числа предрасположенных к заболеванию лиц, очень обширное распространение и порождавшая одно селение за другим до тех пор, пока в этой местности не перенесла ее все, наиболее в то время предрасположенные к восприимчивости заразного начала. Сдвинувшись это, эпидемия прекращалась иногда на весьма продолжительный период времени, чтобы при удобном случае и накопившемся годами контингенте предрасположенных лиц явиться в этой же местности снова и с характером большой эпидемии. Когда же, начиная с 1794 года, перипаротит появился в Северной Германии и затем в течение 50 лет успел посетить очень многие пункты Европейского материка, когда снос-

ния людей сдѣлались болѣе оживленными, а условия скученности развились въ высокой степени, съ этихъ поръ болѣзнь эта сдѣлалась настолько обыкновенною и часто наблюдаемою, что распространѣніе ея заразъ на цѣлыя области съ огромною цифрою заболѣваній сдѣлалось болѣе невозможнымъ, такъ какъ то большее количество больныхъ, которое она давала при прежнемъ своемъ характерѣ, теперь распределяется на цѣлый рядъ маленькихъ, часто узко ограниченныхъ эпидемій.

Начиная съ 60-хъ годовъ перипаротитъ почти утрачиваетъ характеръ болѣзни, поражающей всѣ возрасты населенія, какъ это она дѣлала въ прежне время; съ характеромъ эпидеміи она является среди извѣстныхъ группъ людей, гдѣ благоприятныя для ея развитія и распространенія условия достигаютъ высшаго предѣла. Этими я вовсе не думаю сказать, что болѣзнь эта съ успѣхами цивилизаціи становится болѣе рѣдкимъ явленіемъ—совсѣмъ нѣтъ. Въ силу оживленныхъ сношеній и все болѣе возрастающего скученія число недѣлимыхъ, способныхъ къ заболѣванію, не можетъ нарастать въ значительной степени, такъ какъ при постоянномъ занесеніи заразы со всѣхъ сторонъ и являющемся въ силу этого извѣстномъ числѣ случаевъ заболѣванія, количество предрасположенныхъ лицъ постоянно уменьшается. Этотъ можно объяснить наблюдаемые въ извѣстныхъ времена года, такъ называемые спорадические случаи, которые такъ называютъ только потому, что ихъ за разъ наблюдается небольшое число.

Способы возникновенія, теченія и окончанія эпидемій перипаротита не всегда одинаковы. Въ большинствѣ случаевъ дѣло начинается отдѣльными заболѣваніями; затѣмъ число послѣднихъ растетъ все больше и больше: болѣзнь принимаетъ характеръ эпидеміи. Въ такомъ видѣ, съ незначительными подчасъ колебаніями, послѣдняя держится въ теченіи большого, или меньшаго періода времени, чтобы затѣмъ, постепенно ослабѣвая, завершить свой циклъ снова отдѣльными случаями.

Warcroft наблюдалъ спорадические случаи въ теченіи цѣлаго вѣка и затѣмъ число заболѣваній быстро возросло. *Kruegelstein* говоритъ, что въ началѣ эпидеміи были отдѣльные случаи заболѣванія. *Rittfel*, описывая Женеvскую эпидемію, обращаетъ вниманіе на постепенное и медленное прогрессированіе эпидеміи въ теченіи апрѣля мая, въ юнію число заболѣваній резко въ значительной степени; затѣмъ эпидемія въ одинаковой силѣ держалась до января, когда она снова усилилась. Начиная съ февраля число заболѣ-

ній постепенно падало до полного прекращенія болѣзни въ апрѣлѣ. Въ случаѣ *Fehr*'а эпидемія предшествовала двухлѣтнему періоду съ отдѣльными случаями заболѣванія. *Madamet* такъ описываетъ движеніе эпидеміи среди солдатъ Мелана. Болѣзнь началась съ 18-го января въ видѣ отдѣльных случаевъ и на каждый день приходилось среднимъ числомъ по одному больному. Въ теченіи февраля и 27 дней марта каждый день давалъ среднимъ числомъ два заболѣванія, съ 27-го марта по 8 апрѣля такихъ заболѣваній на каждый день было по три. Начиная съ этого времени число больныхъ начало постепенно падать и 2-го мая эпидемія прекратилась. Въ другихъ-же, болѣе рѣдкихъ случаяхъ, болѣзнь появлялась сразу въ значительномъ числѣ случаевъ заболѣваній (*Drüfel, Delens, Pollak*). *Miquel* говоритъ, что во время наблюдавшейся имъ эпидеміи послѣдняя началась сразу 20 случаями заболѣванія.

Кромѣ того, описаны случаи, гдѣ эпидемія протекала въ нѣсколько приемовъ съ промежутками, когда были только отдѣльные случаи заболѣванія, или даже при отсутствіи послѣднихъ. *Tobard* во время эпидеміи среди эмигрантовъ на кораблѣ „*Kontest*“ наблюдалъ 3 періода съ промежутками въ 8—10 дней, когда не было случаевъ заболѣванія. *Fournier* подмѣтилъ критическія эпохи въ теченіи эпидеміи перипаротита. Эпохи эти выражались то въ быстромъ заболѣваніи сразу многихъ лицъ, то быстрымъ выздоравленіемъ не меньшаго ихъ числа. Эпидемія дѣлала перерывы въ теченіи февраля и марта иб-сента.

Интенсивность болѣзни къ концу эпидеміи падаетъ (*Lidhe, Behr* и др.) и самые тяжелые случаи обыкновенно наблюдаются въ началѣ эпидеміи.

Одного изъ характеристикъ особенностей перипаротита по единогласному заявленію авторовъ нужно считать свойство ея протекать эпидемически въ крайне ограниченныхъ районахъ. Не говоря уже о томъ, что эпидемія перипаротита часто не выходитъ изъ предѣловъ одного какого-либо учрежденія, гдѣ сконцентрировано значительное число расположенныхъ въ силу возраста къ заболѣванію субъектовъ; не рѣдко въ одномъ и томъ-же зданіи (*Jacob, Julou, Gérard*) эпидемія ограничивается сравнительно долгое время одною комнатою или однимъ этажемъ зданія. *Hinge* и *Leitzen* кромѣ того, обратили вниманіе на медленность въ распространеніи эпидеміи не только изъ одной мѣстности въ другую, но даже отъ одного дома къ другому. Уже *Laghi* во время большой эпидеміи 17^{52/53} замѣтилъ слишкомъ медленное ея движеніе отъ Больни, чрезъ Феррару, Мантуу до Рима. Въ *Rust's Magazin* говорится въ томъ же смыслѣ по поводу большой эпидеміи 1825 г. въ Саксоніи, когда болѣзнь очень медленно переходила чрезъ большой рядъ городовъ и селеній. Къ сожалѣнію авторы не выясняютъ въ точности, какъ понимать эту медленность движенія.

Періодичность въ появленіи эпидемій перипаротита не имѣетъ той

правильности, какая указана авторами для кори. В то время, как одни местности поражались в теченіи нескольких лѣтъ сразу чуть не ежегодно, другія были свободны отъ эпидемій по несколько лѣтъ, и часто десятилѣтій. Чѣмъ короче были промежутки времени, чрезъ который появлялась эпидемія, тѣмъ послѣдняя слабѣе выражалась и наоборотъ, послѣ большаго промежутка времени обыкновенно развивалось эпидемія большихъ размѣровъ. Эпидеміи перипаротита въ Нанси (*Simonin*) наблюдались въ 1826, 1841, 1845, 1849 и 1850; промежутки между первой и второю 15 лѣтъ, между второю и третью 4 года, такой-же между третьей и четвертой. Италія эпидемія была черезъ одинъ годъ послѣ четвертой. Въ Чарлстонъ она была въ 1744 г. и 1768 г. (*Chalmer*) съ промежуткомъ въ 24 года. По *Hinze* въ Ванденбургѣ эпидемія перипаротита была въ 17⁸⁸/₉₉ и 18²⁹/₃₀; вторая чрезъ 30 л. послѣ первой. Большія эпидеміи въ Швеціи наблюдались въ 18⁸⁸/₀₁, 18¹⁴/₁₅, 18²¹/₂₂, 1856, разстояніе второй отъ первой 9 л., третьей отъ второй 36 л., четвертой отъ третьей только 4 года.

Относительно мѣстности, гдѣ мнѣ пришлось наблюдать эпидемію перипаротита, у меня не имѣется точныхъ данныхъ, которыя бы указывали на промежутки времени, отдѣляющія одну эпидемію отъ другой. Могу сказать одно, что послѣ мною наблюдавшейся эпидеміи 1881 г., въ селеніяхъ этихъ по настоящее время эпидеміи перипаротита не было.

Процентъ заболѣванія эпидемическимъ перипаротитомъ представляетъ значительную разницу смотря по тому, станемъ-ли высчитывать этотъ процентъ для воспитанниковъ учебныхъ заведеній, или же для солдатъ и населенія вообще. Онъ окажется очень высокимъ для первыхъ и въ особенности тѣхъ изъ нихъ, которые живутъ постоянно въ заведеніяхъ, онъ значительно ниже для дѣтей, только приходящихъ въ школу на часы ученія. Средній процентъ заболѣванія для воспитанниковъ учебныхъ заведеній равняется 42,9%, если же взять только тѣ учебныя заведенія, гдѣ воспитанники постоянно живутъ, то % заболѣванія будетъ 58,2%, тогда какъ для приходящихъ учениковъ на основаніи моихъ наблюденій онъ только 28,3%. Наибышій процентъ заболѣванія наблюдалъ *Lühe* во время эпидеміи среди кадетовъ (86,9%), наименьшій *Gintrac* среди воспитанниковъ семинаріи въ Бордо (15,8%). Приведенный процентъ заболѣванія относителен во всѣхъ этихъ случаяхъ къ числу воспитанниковъ того, или

другаго учебнаго заведенія и онъ будетъ значительно ниже только что упомянутого minimum'a, если отнести цифру заболѣваній дѣтей къ общему ихъ количеству въ селеніи. Во время мною описываемыхъ 4 эпидеміи % заболѣванія по отношенію къ общей цифрѣ всѣхъ дѣтей въ возрастѣ 9—12 лѣтъ (большіе дѣти преимущественно въ этомъ возрастѣ) были 11,93%,

Delens въ Парижскомъ пансіонѣ наблюдалъ 30,7% заболѣваній; *Cooper* въ пансіонѣ «*Clarton*» 75%, *Gintrac* въ семинаріи Бордо 15,3%; *Panck* въ Московскомъ Воспитательномъ дохѣ 40,5%; *Lühe* среди кадетовъ 86,9%. Въ Охотненскомъ училищѣ 38,4%, въ Тихоновскомъ 19%, въ Петербургскомъ 27,5%. По отношенію къ общей цифрѣ дѣтей селенія въ 1-ю эпидемію въ Охотненкахъ процентъ заболѣванія былъ 16%⁰; при эпидеміи въ д. Турѣ 15%⁰; во вторую эпидемію въ м. Охотненкахъ 8%⁰; при эпидеміи въ с. Тихоновкахъ 8,8%⁰. Процентъ заболѣванія для всего населенія вообще привелъ *Mangor* охъ (16,6%⁰) и *Harless* охъ (8,8%⁰). Что-же касается процента заболѣванія среди солдатъ, то его нужно принять среднимъ числомъ 8,75%⁰. Наибышій % заболѣванія наблюдалъ *Eisenmann* при эпидеміи среди гарнизона въ Пассау (12,78%⁰), наименьшій *Carlier* въ фортѣ де-Монпужъ (3,26%⁰).

Средняя цифра процентъ выведена изъ слѣдующихъ указаній: *Eisenmann* — 12,78%⁰; *Thierry-de Maugras*—6,3%⁰; *Carlier*—3,26%⁰; *Ouvradon*—11,25%⁰; *Bussard*—11,2%⁰; *Fournier*—7,6%⁰; *Madamel*—7%⁰; *Calmette*—10,5%⁰; *Jourdan*—12,2%⁰; *Servier*—5,5%⁰.

Доброкачественность и злокачественность эпидемій далеко не всегда находится въ строгомъ соотвѣтствіи съ числомъ заболѣваній: наблюдались эпидеміи съ большою цифрою заболѣваній при отсутствіи опасныхъ для жизни припадковъ и осложнений, съ другой стороны эпидемія съ сравнительно небольшимъ числомъ заболѣваній давала не малую цифру случаевъ, протекавшихъ съ опасными припадками, подчасъ оканчивавшимися смертельными исходами. Большинство эпидемій съ опасными симптомами наблюдались среди больныхъ дѣтскаго возраста, для взрослыхъ эта серьезность припадковъ выражалась главнымъ образомъ въ % локализаций болѣзни въ области яичекъ и послѣдовательной ихъ атрофіи. Процентъ атрофій также не находится въ строгой зависимости съ цифрою заболѣваній.

Въ подтвержденіи только что сказаннаго достаточно привести несколько примѣровъ.

Leitzen на 645 сл. заболѣванія не наблюдалъ ни одного съ опасными припадками. *Panck* изъ 162 сл. ни въ одномъ не видѣлъ этихъ припадковъ. *Cooper* на 30 сл. видѣлъ 1 сл. смертельныхъ исходовъ. *Lühe* на 123 сл. наблюдалъ только 1 орхитъ. *Gintrac* на 46 сл. перипаротита также 1 орхитъ. *Goubaud* изъ 10 сл. въ 3 видѣлъ орхиты и въ 3 изъ послѣднихъ послѣдующую атрофію. *Noble* и *Lynch* наблюдали участіе яичекъ во всѣхъ

случаях (100%). *Jacob* п. 22 сл. заболѣваій среди солдатъ только въ 2 наблюдали участіе янчекъ. *Juloux* на 35 сл. въ 14 орхитъ и во всѣхъ случаяхъ послѣдовательную атрофію янчекъ (100%).

Продолжительность эпидемій колеблется въ довольно широкихъ размѣрахъ и притомъ средняя ихъ продолжительность нѣсколько выше въ тѣхъ случаяхъ, когда эпидеміи наблюдались среди населенія и ниже для эпидемій, ограничивавшихся одною какою-либо группою людей, живущихъ въ одинаковыхъ условіяхъ (пансіоны, коллегіи, корпуса и казармы). Изъ 29 эпидемій среди населенія, гдѣ авторами точно указано время продолжительности, средняя цифра этой послѣдней будетъ 3½ мѣсяца. Наибольшая цифра эпидемій (11) наблюдалась съ двухмѣсячною продолжительностью, наименьшая съ 7 мѣсячною. Изъ такого же числа эпидемій среди воспитанниковъ закрытыхъ заведеній и казармъ наименьшая цифра, какъ и въ первомъ случаѣ, выпадаетъ на долю двухмѣсячной продолжительности, наименьшая 14 мѣсячной и цѣлаго года. Средняя продолжительность для второй группы эпидемій выражается въ 3,4 мѣсяцахъ. — При эпидеміяхъ среди населенія самый короткій срокъ продолжительности ихъ былъ въ 4 изъ 29 эпид., одинъ мѣсяцъ; для эпидемій второй группы около трехъ недѣль (*Kocher, Marazzani*). Самый болѣйшій срокъ продолжительности наблюдалъ *Gerard* (16 мѣсяцевъ).

Въ заключеніе отдѣла о характерѣ эпидемій, я считаю не лишнимъ сказать нѣсколько словъ объ отношеніи эпидемическаго перипаротита къ сыпнымъ лихорадкамъ — корѣ и скарлатинѣ. Это тѣмъ болѣе необходимо, что нѣкоторые авторы на основаніи чистаго яко-бы совпаденія эпидемій корѣ и скарлатины съ перипаротитомъ высказывались за большую связь этихъ болѣзней и подчасъ отождествляли послѣдній съ первымъ.

Harless еще въ 1799 году высказалъ на основаніи того, что перипаротитъ появился вслѣдъ за скарлатиною, мнѣніе о несамостоятельности отъ сыпной болѣзни, которая есть не болѣе, какъ модификація скарлатины. *War-nicos* помель въ этомъ отношеніи еще дальше, сказавши, что эпидемическій перипаротитъ происходитъ отъ дѣйствія «Scharlach-Materie», которая послѣдняя локализируется въ области околушнхъ железъ. Правда, *War-nicos* наблюдалъ во время эпидеміи перипаротита случаи, когда у болѣзньхъ появлялось на тѣло характерныя для скарлатины сыни, но это еще ничего не доказываетъ въ виду наблюдавшихся сочетаній двухъ болѣзней въ этомъ организмѣ одновременно. Въ подобномъ же смыслѣ и только на основаніи совпаденія высказались *Fehr, Serrier*.

Не говоря уже о томъ, что изъ 79 эпидемій перипаротита только въ 33 указаны эти отношенія къ корѣ и скарлатинѣ, стоитъ только

изглянуть на прилагаемый краткій историческій очеркъ эпидемій за два послѣднія столѣтія, чтобы убѣдиться въ неосновательности придавать этимъ отношеніямъ какое-либо значеніе съ этиологической точки зрѣнія. Совпаденія перипаротита наблюдались чуть не во всѣхъ, извѣстныхъ намъ, заразныхъ формахъ. Изъ вышеупомянутыхъ 33 случаевъ одинъ разъ за эпидеміей перипаротита слѣдовала корь; два раза предшествовали ему сыпныя лихорадки вообще; три предшествовала корь; четыре — слѣдовала скарлатина; столько-же были одновременно съ эпидеміей перипаротита сыпная лихорадка; въ шести одновременно эпидемія скарлатины и въ десяти одновременно корьная эпидемія. Половина всѣхъ случаевъ (16) дѣйствительно приходится на совпаденіе съ корью и скарлатиною, но это слѣдуетъ объяснять тѣмъ обстоятельствомъ, что оба эти эпидемическія страданія разиваются чаще всего въ тѣ-же времена года, что и эпидемическій перипаротитъ и что отъ всѣхъ этихъ трехъ болѣзней болѣе всего страдаютъ дѣти, носяція въ силу своего возраста maximumъ предрасположенія къ заболѣванію. Можно допускать сочетанія различныхъ эпидемическихъ болѣзней на одномъ больномъ, но отождествлять ихъ мы не имѣемъ въ данное время тѣмъ болѣе никакого основанія, что въ основѣ всякой болѣзни вѣроятно лежатъ специфическія, ее обуславливающія, агенты.

Сущность страданія.

Вѣдь теорія, высказанная о сущности эпидемическаго перипаротита, можно привести къ двумъ главнымъ. По мнѣнію однихъ перипаротитъ представляеть чисто мѣстную болѣзнь, относящуюся съ этиологической точки зрѣнія къ категоріи страданій, происходящихъ а frigore; по мнѣнію другихъ, принятому въ послѣднее время большинствомъ, болѣзнь эта есть общее страданіе организма и обуславливается поступленіемъ въ послѣдній болѣзнетворнаго начала, которое, будучи всорпшито организмомъ, вызываетъ въ немъ характерную совокупность признаковъ съ цѣлымъ рядомъ отдаленныхъ другъ отъ друга, но всегда постоянныхъ, локализаций.

Съ легкой руки *Sydenham* а ¹⁾, видѣнаго въ описываемой болѣзни чисто катарральное страданіе, происходящее исключительно въ силу вліяній той, или иной погоды, цѣлый рядъ авторовъ на основаніи

¹⁾ *Monit.*, стр. 7.

частях совпадений эпидемий перипаротита с чисто простудными болезнями не задумались отнести к этой группе и перипаротит (*Béhier* ²⁾, *Jacob*, *Jaccoud*, *Hailot*, *Chavein*). Такой взгляд весьма систематически изложен в диссертации *Lamoite'a*. Перипаротит по этому автору развивается на почве чисто метеорологических влияний, производящих катаральный процесс. Как все катаральными болезнями он сопровождается общим расстройством организма — лихорадкой катарального характера, хотя может протекать в иных случаях и безлихорадочно. Локализация болезни при перипаротите не больше, как приливы крови; он также поверхностный, как при катаральных процессах; часто исчезает в одном месте, чтобы явиться в другом, являясь иногда сразу во многих местах и окончиваясь обыкновенно путем разрешения.

Вот каким образом излагается взгляд на эту болезнь сторонниками этиологии а frigore. *Chavein* и *Jacob* развитие болезненного процесса в области околушных желез под влиянием простуды стараются объяснить острыми отеками, происходящими от прямого действия холода на поверхность лица; холода, по мнению этих авторов, вызывает гиперемию с последующим серьезным выпотом в вещество железы и окружающую последнюю клетчатку.

Указывая на чистые совпадения эпидемий перипаротита с болезнями чисто простудного характера, приверженцы атмосферической этиологии желают в этом совпадении найти точку опоры для защиты своего мнения. На это прежде всего можно возражать, что эпидемии перипаротита далеко не всегда наблюдаются одновременно с катаральными процессами. *Setterhorn* говорит, что во время имевшейся эпидемии перипаротита среди солдат Штеттина не было совпадений с болезнями простудного свойства и что в течение предшествовавших лет, когда катаральными страдания были в большой силе, случаев заболевания перипаротитом не было. Простуду следует считать только предрасполагающим к заболеванию моментом, но не больше и *L. Colin* (а) совершенно прав, говоря, что «le froid n'amène des oreillons qu'en temps d'épidémie d'oreillons». Во время, как *Jacob* утверждает, что изредка заболевали перипаротитом только те, которые больше других подвергались влиянию холодного воздуха, *Sorel* на основании целого ряда имевшихся

давниших эпидемий не мог убедиться в этом и говорить, что каждый солдат рискует простудиться в одинаковой степени. Даже защищаясь *Rochard* от эпидемичности перипаротита по *Vogelю* (b) скорее говорит в пользу мiasmатичности страдания, чем в пользу атмосферических влияний. Интересен факт, что *Laghi* больше стал думать о том, что не удовлетворился одним влиянием сухой и холодной погоды, а заподозрил в этом другое «не один холод служил причиной болезни, но к нему присоединяется еще что-то».

Эпидемический перипаротит принадлежит к группам общих, а не местных страданий. Характер этих и других далеко не одинаков. *Caston* в своем *Traité élément des diathèses* определяет местное страдание, как процесс, локализирующийся только в одном каком-либо органе, или же путем симпатии вызывающий участие другой болезни, или менее отдаленной области. При перипаротите наблюдается изолированное страдание области околушных желез, но в большинстве случаев, особенно при заболевании взрослых, в болезненный процесс вовлекаются другие органы, и при том так, что всегда заболевают одни и те же, тогда как при чисто катаральных формах такой строгой законности не бывает: болезнь может локализоваться в самых разнообразных органах тела и подметить какой-либо правильности положительно нельзя.

Выходя из той же простудной этиологии старались отнести перипаротит к темной группе ревматизма. *Wittenbrand* первый высказал эту мысль «я подозреваю, что *parotitis psychica* имеет сходство с ревматизмом». Взгляд этот упрямно отстаивали *Miquel*, *Eisenmann*; последняя даже самую болезнь называл *parotitis rheumatica s. polymorpha*. По отношению перипаротита к группам ревматизмов, эти авторы тем самым включили его в категорию общих страданий.

В происхождении эпидемического перипаротита от поступающей к человеческой организм заразы, в настоящее время не может быть никакого сомнения и с этим положением согласно большинство современных авторов, хотя уже и в прошлом столетии высказывались в этом смысле категорические заключения. *Hamilton* в Эдинбургскую эпидемию 1759 года нашел, что болезнь являлась следствием действия на здоровых людей какого-то заразного начала. *Cullen* называет болезнь эту до очевидности контагиозною, а *Mangor*, произнеся свое знаменитое «*contagium salutavi*», приписал убедительные факты в защиту своего мнения (перенос болезни из одного дома в другой, от одного человека к другому.)

2) *Pinet*, стр. 82.

Признавая эпидемический перипаротит за болѣзнь, являющуюся слѣдствіемъ постушения въ человѣческой организмъ заразы, не всѣ авторы однако согласны въ томъ, что зараза эта можетъ переходить отъ больного человѣка на здороваго. Число такихъ авторовъ сравнительно не велико; часть ихъ остается только въ нерѣшительности окончательно признать заразительность, другая же положительно отрицаетъ послѣднюю и относитъ описываемую болѣзнь къ группѣ чисто мiasmатическихъ страданій. *Combeau*, называя перипаротитъ общимъ страданіемъ, никогда не рецидивующимъ, въ заключеніе считаетъ его вѣроятно контагиознымъ. *Jobard* не могъ окончательно убѣдиться въ заразительности, что и выразилъ заключеніемъ: «болѣзнь кажется не контагиозна». *Chauvin* не рѣшается говорить о контагії; *Malabouche* признаетъ эту болѣзнь «катагиозною въ иныхъ случаяхъ», но не всегда. *Niemeyer*, на основаніи тщательныхъ наблюденій, убѣдился въ возможности распространенія болѣзни путемъ зараженія здоровыхъ отъ больныхъ. Въ чемъ же заключается причина этой нерѣшительности авторовъ? Однѣмъ и чутъ не единственнымъ поводомъ къ сомнѣнію они считаютъ то обстоятельство, что перипаротитъ обладаетъ способностью локализоваться въ черзвычайно ограниченныхъ пространствахъ, что въ иныхъ случаяхъ болѣзнь наблюдается только въ одномъ зданіи, не переходя, такъ сказать, за порогъ послѣдняго. Съ одной стороны трудно отказать въ извѣстной долѣ основательности приводимаго этимъ авторами аргумента, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь развивается въ обществѣ людей одинаковаго приблизительно возраста и живущихъ въ одинаковой обстановкѣ; но съ другой стороны подобныя возраженія дѣлались по отношенію къ болѣзнямъ, заразительность которыхъ стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія (напр. корь). Часто приходится видѣть, что послѣдняя, будучи занесена въ больницы и госпитали, распространяется адѣсь не только не въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ среди населенія, но даже въ меньшемъ, тогда какъ всѣ выгодныя условія для ея распространѣнія въ такихъ мѣстахъ весьма выгодны. Причину такого страннаго на первый взглядъ явленія нужно искать, какъ замѣчаетъ *Collin* (b), въ предрасполагающемъ къ заболѣванію вліяніи метеорологическихъ условій, отъ которыхъ болѣе предохранены лица, не оставающіеся больницы, чѣмъ постоянно подвергающіеся этому вліянію обитатели.

Рѣшительные противники заразительности относятъ эпидемическій

перипаротитъ къ группѣ мiasmатическихъ страданій *Vogel* (b) говоритъ по поводу *catarrhus bellinsulanus Rocherida*, прибавляя, что о контагії въ такомъ случаѣ не можетъ быть рѣчи, такъ какъ трудно себѣ объяснить, почему перипаротитъ поражаетъ исключительно солдатъ, стоявшихъ на сторожевыхъ постахъ. «Скорѣе здѣсь нужно допустить такую-же этиологию, какъ при болотной заразѣ, при которой, какъ извѣстно, стояніе на часахъ въ крѣпостныхъ рвахъ и наружныхъ укрѣпленіяхъ производитъ перемежающуюся лихорадку». *Kruggelstein*, описывая эпидемию перипаротита въ Ордруфѣ, дѣлаетъ заключеніе, что болѣзнь эта чисто мiasmатическаго характера, такъ какъ въ иныхъ случаяхъ заболѣваютъ сразу всѣ члены семейства, болѣзньетворное начало по этому автору поступаетъ въ организмъ изъ окружающей среды, служащей почвой для развитія этого начала. *Sellerkorn* не могъ убѣдиться въ зараженіи больными здоровыхъ и занесеніи заразы изъ города въ казармы, хотя положительно высказывается въ пользу заразной этиологіи. *Eklund*, подвергая микроскопическому изслѣдованію стоячія воды на морской станціи Стокгольма, нашелъ въ нихъ особый видъ низшихъ растительныхъ формъ, поступленіе котораго въ здоровый до того человѣческой организмъ вызываетъ въ этомъ послѣднемъ характерную совокупность признаковъ эпидемическаго перипаротита. Эта *vegetabilisches Miasma* по *Eklund* есть *bacillus ulna*, обладающая способностью произвольнаго движенія. Miasma эта можетъ отдѣляться больнымъ организмомъ и находить въ окружающей средѣ удобную почву для своего развитія; но почва, воздухъ и вода играютъ первенствующую роль въ возникновеніи и распространеніи этой миазмы. Въ мочѣ больныхъ перипаротитомъ найдено было множество этихъ бактерий. Поступленіе этихъ организмовъ происходитъ или посредствомъ слизистой оболочки полости рта, а отсюда въ выводные протоки околоушныхъ железъ, или же чрезъ легкія путемъ вдыханія и чрезъ желудокъ съ проглатываемой слюной. Достигнувъ съ кровью въ область околоушной железы, протоциты производятъ закупорку мелкихъ сосудовъ железы, имѣющихъ почти радиальное направленіе. Накопившись въ железахъ они раздражаютъ, а потомъ парализуютъ окончанія тройничнаго и лицеваго нервовъ и слѣдствіемъ всего этого является отекъ ткани. Выходятъ бактерии изъ организма чрезъ лѣвую почечную вену; если же онѣ попадутъ въ лѣвую спинную вену, то происходятъ локализанціи въ

ялки. Теория эта столь определенно высказанная и все, по видимому, объясняющая, нуждается въ самой серьезной проверкѣ.

За полную мазматичность, кромѣ того, высказались *Bouchut*, *Valleix* и др.

Принимая во вниманіе цѣлый рядъ, приводимыхъ ниже фактовъ, говорящихъ въ пользу несомненной заразительности перипаротита, нельзя признать эту болѣзнь только мазматической; но съ другой стороны трудно безусловно отрицать возможность возникновенія болѣзнетворнаго начала въ окружающей средѣ и поступленіе его отсюда въ человѣческаго организмъ безъ всякаго участія другого, носящаго заразу человѣческаго организма. Какъ объяснить случаи, когда болѣзнь появлялась сразу на многихъ лицахъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга значительными разстояніями при отсутствіи между ними всякаго общенія? На подобные факты указали: *Jacob*, *Madamet*, *Drüffel*, *Deville*, *Fournier*, *Lühe*. Впрочемъ *Leichtenstern* для объясненія подобныхъ случаевъ допускаетъ только высокую степень цѣпкости признаваемого имъ при этой болѣзни контактіа, причемъ послѣдній можетъ очень долго оставаться въ латентномъ состояніи и при первыхъ выгодныхъ для его развитія условіяхъ поражать сразу многихъ лицъ.

Что больной перипаротитомъ субъектъ можетъ служить непосредственной причиной новыхъ заболѣваній, что описываемая болѣзнь должна быть отнесена къ группѣ заразительныхъ, то въ этомъ отношеніи литература даетъ намъ цѣлый рядъ вполне убѣдительныхъ фактовъ.

Mangor рассказываетъ, что наблюдавшійся имъ въ Вибургѣ эпидемическій перипаротитъ былъ занесенъ изъ деревни, гдѣ была эпидемія, крестьянами, остановившимися по приѣздѣ въ городъ въ одной гостиницѣ, гдѣ въ то время жили воспитанники университета. Послѣдніе заразились отъ деревенскихъ жителей и распространили потомъ болѣзнь по всему городу. До приѣзда жителей деревни въ г. Вибургъ не было ни одного случая заболѣванія перипаротитомъ.

Duncan во время единбургской эпидеміи 1810 г. наблюдалъ 4 случая заболѣванія на своихъ внукахъ. Трое изъ нихъ посѣщали школу, гдѣ была эпидемія перипаротита, и все переболѣли; а четвертый сидѣлъ постоянно дома, нигде не выходилъ, но спалъ вѣдѣ съ больными братьями; въ непродолжительномъ времени у него также развились рѣзко выраженный двусторонній перипаротитъ.

Behr говоритъ, что въ одной семьѣ заболѣлъ перипаротитомъ мальчикъ 10 л., посѣщавшій школу, гдѣ были случаи этой болѣзни. Черезъ 14 дней послѣ его заболѣванія перипаротитъ развился у отца мальчика и двухъ остальныхъ его дѣтей. Другаго пути зараженія въ данномъ случаѣ не было.

Указывая на этотъ фактъ, какъ на доказательство заразительности этой болѣзни, *Behr* параллельно приводитъ довольно курьезный случай крестьянина 26 л., сиваго вѣкомъ съ женою при явномъ выраженіи у него перипаротита и не зараженіи ея послѣднимъ. *Obschon er Nachts mit seiner jungen Frau, die noch nicht geboren hatte, in einem Bette lag, so wurde letztere doch nicht angesteckt.*

Leitzen. Эпидемія перипаротита въ Halle 1837 г. появилась вслѣдъ за возвращеніемъ учениковъ съ праздниковъ. Первый случай заболѣванія былъ у мальчика, гостившаго на границѣ Мекленбурга, гдѣ въ то время была эпидемія перипаротита. Возвратившись въ Halle, мальчикъ этотъ прежде всего заразилъ своего роднаго брата и мать; затѣмъ заболѣли тѣ изъ учениковъ школы, которые ходили навѣстить больнаго мальчика. Болѣзнь въслѣдствіи распространилась по всему городу, но прежде всѣхъ заболѣвали тѣ лица, которые посѣщали сиротскій домъ, среди воспитанниковъ котораго было достаточное число больныхъ перипаротитомъ дѣтей. Во время праздника пятидесятницы одинъ изъ мальчиковъ школы ходилъ въ деревню, отстоящую отъ Halle на часъ пути, къ своимъ родственникамъ. Скоро послѣ его посѣщенія въ этой семьѣ заболѣли перипаротитомъ сыны и дочь хозяйки; въ самой-же деревнѣ не было ни одного случая заболѣванія.

Trousseau (b) рассказываетъ про одну женщину, которая на пути въ больницу, куда должна была поступить съ цѣлымъ леченіемъ, оставила своего 4 л. ребенка у знакомыхъ. На обратномъ пути изъ больницы, что случилось чрезъ нѣсколько дней, женщина эта зашла къ знакомымъ за своимъ ребенкомъ и тамъ увидѣла, что отецъ этой семьи и его дѣти страдали въ это время перипаротитомъ. Взявъ ребенка, мать возвратилась съ нимъ домой; чрезъ нѣсколько дней у него развился рѣзко выраженный перипаротитъ. Еще не успѣло дитя оправиться, какъ его мать была вынуждена снова поступить въ ту же больницу, но на этотъ разъ она отпиралась туда съ ребенкомъ, у котораго были еще садны опухали. Во время пребыванія въ больницѣ, гдѣ до того не было ни одного случая заболѣванія перипаротитомъ, женщина сама перенесла послѣдній, а ребенокъ ея, постоянно игравшій съ другими, находившимися въ этой больницѣ мальчи-

комъ, заразилъ послѣдняго, заболѣвшаго перипаротитомъ на 10 день отъ поступленія въ больницу мальчика 4 лѣтъ. Эту же авторъ говоритъ, что одна воспитанница пансіона, въ которомъ были случаи заболѣванія перипаротитомъ, пріѣхала гостить въ свою семью и тамъ сообщила болѣзнь другимъ дѣтямъ.

Rolliet въ Женевскую эпидемію 1848/9, наблюдалъ слѣдующій случай. Одна дѣвочка пріѣхала изъ деревни, гдѣ не было ни одного случая заболѣванія перипаротитомъ, въ Женеву и здѣсь проработала одинъ день вмѣстѣ съ своей родственницей, страдавшей въ то время этою болѣзью. Черезъ 8 дней по возвращеніи домой дѣвочка заболѣла перипаротитомъ и заразила брата своего. Въ деревнѣ не было случаевъ заболѣванія перипаротитомъ.

Lombard ¹⁾ говоритъ, что Женевская эпидемія обязана была своимъ происхожденіемъ одному молодому человѣку, пріѣхавшему изъ Парижа въ Женеву съ вполне выраженнымъ перипаротитомъ и давшему начало цѣлому ряду заболѣваній.

Bouteillier. Одна дѣвочка, посѣщавшая школу, гдѣ дѣти болѣли перипаротитомъ, заболѣла сама, затѣмъ сообщила эту болѣзнь сестрѣ своей, не выходявшей нигуда изъ дому; еще позже заболѣла и мать этихъ дѣтей. Интересно, что въ этомъ же домѣ, хотя въ совершенно отдѣльных помѣщеніяхъ, жили и другія семьи, но среди послѣднихъ не было ни одного случая заболѣванія.

Durozier ²⁾ описываетъ случаи перипаротита, гдѣ болѣли двое дѣтей 5—6 л. и скоро за ними два юноши; всѣ эти лица жили вмѣстѣ. Въ этотъ же домъ приходила на довольно продолжительное время одна 36 л. дома и также перенесла двусторонній перипаротитъ.

B. Wagner въ доказательство несомнѣнной заразительности перипаротита приводитъ два такихъ случая. 1) Мальчикъ 5 л. заболѣлъ перипаротитомъ послѣ того, какъ онъ пролежалъ нѣкоторое время въ обществѣ съ другимъ, страдавшимъ этою болѣзью ребенкомъ. Черезъ 12 дней послѣ заболѣванія заразившагося имъ дома мальчика болѣзнь явилась у брата его 3 лѣтъ, а днемъ позже заболѣть и 3-й шести лѣтъ. 2) Дѣвочка 10 лѣтъ страдала легкой формой перипаротита. На 2-ой день отъ появленія у нея опухолей она спала вмѣстѣ съ при-

ѣхавшей изъ мѣстности, гдѣ не было случаевъ этой болѣзни, своей 6-лѣтней сестрой. Черезъ нѣсколько дней по возвращеніи послѣдней въ деревню у нея развился правосторонній перипаротитъ.

Въ диссертациі *Séla* описаны такіе наблюденія.

1) Въ одномъ семействѣ послѣдовательно заболѣли перипаротитомъ трое дѣтей. Домашній врачъ—*Bernutz* посоветовалъ родителямъ не возить дѣтей въ другія семьи въ виду возможности перенести заразу. Въ концѣ 6-ой недѣли отъ начала заболѣванія родители спросили у *Bernutz'a*, могутъ-ли они съ болѣвшими дѣтьми ѣхать въ деревню гостить къ ихъ дядѣ. Домашній врачъ разрѣшаетъ поѣздку, родители съ дѣтьми ѣдутъ въ семейство дяди, двѣ маленькія дѣвочки котораго скоро по пріѣздѣ гостей заболѣваютъ перипаротитомъ. Ошибка домашняго врача стоила ему потери практики сразу въ двухъ домахъ. Случай этотъ можно объяснять или способностью перенесшаго перипаротитъ субъекта служить источникомъ зараженія еще нѣкоторое время по выздоровленіи, или-же посредственнымъ переносомъ заразнаго начала изъ мѣста, гдѣ оно продуцировалось, но не нашла удобной почвы для своего дальнѣйшаго развитія, въ мѣсто, гдѣ нашлась эта удобная почва.

2) Сынъ проф. *Peter'a* провелъ нѣсколько часовъ въ Версалѣ въ обществѣ съ двумя страдавшими перипаротитомъ, двоюродными сестрами; по возвращеніи домой онъ скоро заболѣлъ тою-же болѣзью самъ, а потомъ заразилъ свою бонну, страдавшую въ теченіи цѣлыхъ трехъ недѣль.

3) Два молодыхъ каменщика посѣтили страдавшаго перипаротитомъ товарища и черезъ 8 дней послѣ посѣщенія сами заболѣли, причѣмъ у одного изъ нихъ была и локализация въ оба яичка.

4) Три воспитанника коллегіи только тогда заболѣли перипаротитомъ, когда ихъ изъ дому послали въ учебное заведеніе, гдѣ въ то время было много случаевъ этой болѣзни среди учащихся.

5) *Wickmann* говоритъ, что одна маленькая дѣвочка, посѣщавшая школу, гдѣ были случаи заболѣванія перипаротитомъ, заболѣла этимъ послѣднимъ, а потомъ заразила мать и сестру, не имѣвшихъ никакого общенія съ другими больными перипаротитомъ.

Bretonneau спалъ въ теченіи одной ночи въ одной комнатѣ съ молодымъ человѣкомъ, страдавшимъ перипаротитомъ, заразился отъ послѣдняго и перенесъ въ скоромъ времени ту же болѣзнь (*Lacran*) (a).

Fauquez. Въ концѣ іюня 1878 г. заболѣла 11 1/2 л. воспитанница

¹⁾ *Lacran* (a).

²⁾ Cinq cas d'oreillons. Contagion. Formes variées. Gaz. des Hopit. 1870, стр. 371.

лицей Fontanes'a. Так как у дѣвочки было лихорадочное состояніе съ головною болью и тошнотою, то ее не пустили въ учебное заведеніе и уложили въ постель. Лихорадочное состояніе усиливалось и на 2-й день утромъ явилась характеристическая для перипаротита опухоль въ области обѣихъ околоушныхъ железъ съ значительнымъ затрудненіемъ глотанія. Черезъ 8 дней все проходитъ и дѣвочка поправляется, но тотчасъ же заболѣваетъ перипаротитомъ жившая съ нею въ одномъ домѣ ея двоюродная сестра 10 л., у которой болѣзнь протекаетъ съ менѣе рѣзкими признаками. Какъ только выздоровѣла вторая дѣвочка, заболѣла легкой формой перипаротита ея мать и выздоровѣла въ теченіи 5 дней. Въ это время изъ деревни пріѣхала вторая тетка съ двумя дѣтми — мальчикомъ 11 л. и дѣвочкой 6 л. и провела въ описываемой семьѣ только одинъ день. Она завезла дочь обратно въ деревню, а сама тотчасъ же повезла сына въ Парижъ, гдѣ онъ состоялъ приходившимъ воспитанникомъ лицея св. Людовика. Вечеромъ того же дня, какъ они пріѣхали въ Парижъ, у 11-лѣтн. мальчика явилась лихорадка, головная боль съ потерей аппетита. На слѣдующій день у него двусторонній перипаротитъ: движеніе челюстей трудно и болѣзненно. Выздоровленіе на 8 день. По возвращеніи матери изъ Парижа въ деревню, гдѣ она оставила 6 л. дочь, послѣдняя найдена больною. Оказалось, что три дня тому назадъ у дѣвочки были точно такіе же признаки, какъ у брата ея, болѣвшаго въ Парижѣ, но они были выражены значительно слабѣе, такъ какъ у дѣвочки было сильное лихорадочное состояніе съ тошнотою и рвотою. Мать этихъ дѣтей также перенесла перипаротитъ, протекшій въ теченіи 7 дней при слабо выраженныхъ признакахъ. Въ школѣ Fontanes'a, гдѣ училась первая заболѣвшая дѣвочка, было достаточное количество больныхъ перипаротитомъ дѣтей.

Carpentier говоритъ, что хозяинъ Café du boulevard Saint-Michel страдалъ перипаротитомъ и посѣщавшіе этотъ café лица заразились и перенесли эту болѣзнь.

Madamet. При эпидеміи перипаротита среди солдатъ въ Меленѣ, 18 человекъ послѣднихъ отправлены въ Марсель съ цѣлью отвести въ полкъ лошадей и пробыли тамъ нѣсколько дней. Во время ихъ пребыванія тамъ заболѣли перипаротитомъ два кавалериста (одинъ на 3-й, другой на 6-й день отъ прибытія посланныхъ изъ Мелена солдатъ). Въ Марсель по автору не было въ это время ни одного случая этой болѣзни и стояла прекрасная погода (il faisait du soleil).

Bussard. Первый случай заболѣванія перипаротитомъ наблюдался у солдата, который двѣ недѣли назадъ провелъ нѣсколько часовъ въ комнатѣ, гдѣ было двое больныхъ перипаротитомъ дѣтей. Заболѣвшій солдатъ скоро заразилъ 4 своихъ товарищей, жившихъ съ большими въ одной комнатѣ, а потомъ болѣзнь перешла въ другіе комнаты и дала 28 случ. заболѣваній, появившихся послѣдовательно. Авторъ положительно утверждаетъ, что кромѣ упомянутого выше солдата, посѣщавшаго одно семейство въ городѣ, гдѣ была эпидемія среди дѣтей, никакого другаго пути для перенесенія заразы не было. Въ доказательство онъ прибавляетъ, что кромѣ 250 чел. гарнизона, перенесшаго въ это время эпидемію перипаротита, на лѣвомъ крылѣ крѣпости квартировали отрядъ моряковъ въ 220 чел., подвергавшихся однимъ и тѣмъ же метеорологическимъ вліяніямъ, ежедневно работавшихъ на открытомъ воздухѣ, но совершенно изолированныхъ отъ первой группы солдатъ и не имѣвшихъ, какъ съ послѣдними, такъ и съ городомъ никакихъ сношеній. Въ силу отсутствія всякаго повода къ зараженію ни одинъ изъ моряковъ не заболѣлъ перипаротитомъ.

Sollmann (a) въ Бреславльскую эпидемію видѣлъ несомнѣнный случай зараженія матери отъ ея ребенка, страдавшаго перипаротитомъ. Въ сожалѣнію, авторъ не говоритъ, почему зараженіе въ данномъ случаѣ было внѣ всякаго сомнѣнія.

На амбулаторномъ приѣмѣ больныхъ дѣтей при Маринскомъ Родовспомогательномъ домѣ мнѣ пришлось наблюдать такой случай. 1883 года, 8-го марта по мнѣ за медицинскою помощью явилась дѣвочка 5 1/2 л., у которой былъ вполнѣ выраженный двусторонній перипаротитъ при участіи и подчелюстныхъ железъ. Дѣвочка эта жила въ одномъ домѣ съ другою, такого-же возраста дѣвочкой, посѣщавшей одинъ изъ пріютовъ, гдѣ были случаи заболѣванія перипаротитомъ; явилась-же ко мнѣ на приѣмъ не посѣщала никакого учебнаго заведенія, но проводила большую часть дня съ посѣщавшей пріютъ сестрицей. Ровно черезъ 6 дней послѣ того, какъ послѣдняя заболѣла перипаротитомъ, болѣзнь эта появилась у дѣвочки, не посѣщавшей никакого учебнаго заведенія.

Случай Gaudier, опубликованный въ текущемъ году, интересенъ еще въ томъ отношеніи, что перипаротитъ наблюдался у новорожденнаго ребенка на 12-й день послѣ появленія этой болѣзни у его матери.

Одна женщина родила во 2-й раз 23-го июля 1882 г. совершенно здорового ребенка. В ночь с 23 на 24 стала жаловаться на сильную боль в левом ухе, прекратившуюся впрочем утром 24-го. После обеда того же дня появилась припухлость в области правой окологлазной желтзы. В ночь с 24-го на 25-е без видимой причины у родильницы возобновилось течение четверти часа. Утром 25-го автор констатировал правый перипаротит. Аппетит больной не разстроен, пульс 88; дитя охотно принимает грудь. 26-го пульс 108, темп. вечер. 38,6°; опухоль значительно увеличилась; соски чувствительны при сосании; слезная оболочка рта не воспалена. 27-го, пульс 84; опухоль уменьшается. 2-го августа все прошло. Дитя, вшившее при рождении 3250 грм., имело теперь 3550 грм.; бывшее у него в которое время желтушное окрашивание исчезло. Припухания желез не было. 5-го августа у новорожденной девочки появилась вдруг опухоль на 1 см. ниже края нижней челюсти. Опухоль овальной формы и как-бы раздвlena на 2 половины; покровы без воспаления, болезненности при надавливании умеренна. Дитя берет грудь, имеет нормальный испражнения; но оно возбуждено и часто просыпается. Слезистая оболочка рта не воспалена. 6-го и 7-го явления те же. 8-го и 9-го опухоль уменьшилась на половину. С левой стороны появилась подобная же опухоль. Затем, постепенное разрушение ее и скоро все прошло. Мать этого ребенка заразилась от своего сына, посещавшего школу, где были случаи заболевания перипаротитом, и перенесшего эту болезнь в июле м. сщца.

Подобный же случай заражения новорожденного ребенка от его матери наблюдал *Dangais* ¹⁾.

Несколько курьезный факт сообщает *Bluff* ²⁾. Страдавшая перипаротитом жена заразила мужа своего, причем у последнего развился двусторонний орхит d'emblée.

Рядом только-что приведенных фактов ставить мы всякого сомнения заразительность перипаротита: способность больного служить не посредственной причиной заболевания здоровых.

Каковы же свойства и ближайшая сущность того заразного начала, без поступления которого в человеческий организм не может раз-

виться в последнем описываемый болезненный процесс? Ввиду целого ряда фактов заражения на расстоянии нужно признать летучесть contagia эпидемического перипаротита. Нет надобности, чтобы больной находился в близком общении с здоровым для заражения последнего; достаточно здоровому провести известное количество времени в одной комнате с больным перипаротитом, чтобы самому заболеть этим последним. Но чем ближе расстояние, отделяющее больного от здорового и чем продолжительнее время их совместного пребывания, тем больше шансов на заражение. Описывая эпидемию перипаротита среди солдат лагеря St.-Germain, *Fournier* говорит, что первый случай заболевания был у солдата, временно проживавшего в городе, где была эпидемия перипаротита. Больной солдат явился в лагерь и занял место в одном из бараков (№ 40). Следующие четыре случая были в этом же бараке и при том у солдат, которые находились в ближайшем соседстве с первым больным и в одной и той-же половине барака. Первый случай заболевания в бараке № 41 случился случайно: заразы для новых четырех случаев (ближайшие соседи). Второй и третий случаи заболевания *Lühe* принадлежали двум кадетам, койки которых находились в ближайшем расстоянии от койки первого заболевшего кадета. Затем болезнь перешла в соседнюю комнату и прежде всего заболел кадет, кровати которого находились точно около двери, соединявшей обе комнаты и всегда открытой. *Ch. Dukes* замечает, что скорее всего заболевали те из учеников, которые сидят по соседству с больными, или же в силу дружбы, родства проводили вместе большую часть свободного от занятий времени. Решать в настоящее время вопрос о том, в каких выделениях, или отделениях (экскрементах, секретах) находится обуславливающее болезнь заразное начало, мы не имеем никаких положительных оснований. Слона и слезная жидкость не оказались яко-бы заразительными (*Mertini, Gustave J.*). Мы самому неоднократно приходилось вводить слезную жидкость больным перипаротитом детям в конъюнктивный мешок здоровых, и этим путем мы не удалось произвести заражения. Но такого рода факты только тогда могли бы серьезное значение, когда введение слезной жидкости из глаза больного в здоровый давало бы положительный результат. Может быть больной выделяет из себя предное начало путем выдыхания и кожного испаре-

¹⁾ Jobard, стр. 30.

²⁾ Gräfe u. Walther's Journ., т. 21.

ния въ окружающую среду, откуда оно путемъ вдыханія можетъ попадать въ здоровый организмъ, или же оставаться на окружающихъ предметахъ въ теченіи известнаго времени, чтобы позже выполнить свое назначеніе. Возможно еще путь зараженія чрезъ посредство пищевыхъ веществъ, съ которыми заразное начало попадаетъ въ организмъ чрезъ желудочно-кишечный каналъ.

О ближайшей сущности заразнаго начала описываемой болѣзни въ литературѣ существуютъ слѣдующія указанія. *Capitan* и *Charrin* дѣлали въ 1881 г. докладъ парижскому обществу биологій о найденныхъ ими въ слюнкѣ и крови больныхъ перипаротитомъ особаго вида мельчайшихъ микробахъ, признаваемыхъ этими авторами за форму, свойственную исключительно эпидемическому перипаротиту. Въ мочѣ больныхъ этихъ организмовъ не оказалось. *Védrenes* точно также находилъ въ крови больныхъ большое количество микробовъ, причѣмъ число послѣднихъ уменьшалось съ разрываніемъ опухоли въ области околушной железы. *Bouchard*, подтверждая эти наблюденія, говоритъ, что количество микробовъ въ крови падало въ значительной степени, когда появлялось локализація въ области лицевъ.

Calmel обращаетъ вниманіе на антогонизмъ между вакциной и заразнымъ началомъ перипаротита. Солдаты, которымъ было привита оспа до эпидеміи перипаротита, при заболѣваніи послѣднимъ имѣли очень легкіе припадки при отсутствіи локализацій въ области лицевъ. Тяжелыя формы болѣзни съ локализаціями въ яички наблюдались у тѣхъ, которые не подвергались ревакцинаціи наканунѣ эпидеміи. У лицъ, перенесшихъ перипаротитъ съ тяжелыми припадками, ревакцинація не удалась по ихъ выздоровленію.

Трудно дѣлать какіе-либо окончательные выводы на основаніи столь малочисленныхъ наблюденій. Инкубація съ положительнымъ результатомъ могло-бы имѣть рѣшающее значеніе, но по *Védrenes* у она не удавалась¹⁾.

Въ заключеніе нужно упомянуть вкратцѣ о сходствѣ эпидемическаго перипаротита съ нѣкоторыми изъ заразныхъ формъ, давшихъ основаніе авторамъ (*Rillet*, *Lorain*, *Carpentier*, *Malabouche*, *Tholozan*, *Aitken*, *Morehead*, *Trouessart*) включить его въ группу сыпныхъ лихорадокъ. Въ докладѣ, читанномъ предъ *Société médic. des Hôp* 1876 *I. Colin*омъ (с), этотъ вопросъ былъ изложенъ весьма подробно съ указаніемъ и тѣхъ рѣзкихъ отличій, которыми воишь выделяютъ перипаротитъ какъ страданіе sui generis.

¹⁾ Культивировка крови больныхъ, произведенная *Pasteur*омъ и *Roux*омъ 1881/82, осталась безъ результата (*Védrenes*, стр. 179—180).

I. Colin дѣлитъ сходство на эпидемическія и клиническія (similitudes épidémiques et cliniques).

Сходства эпидемическія. Солдаты и молодые лица predisposedы къ заболѣванію перипаротитомъ и острыми экзантемами, въ особенности при значительной степени скученности. Грудныя дѣти и старики застрахованы отъ всѣхъ этихъ болѣзней. Заболѣваніе въ утробѣ матери возможно для перипаротита (*Dangis*, *Homans*) и для острыхъ сыней. Перипаротитъ, какъ и сыпная лихорадка, заразителенъ; возвраты при первомъ, какъ и при послѣднихъ рѣдко наблюдаются; *impetiginas* свойственна всѣмъ имъ въ одинаковой степени. Зимнее время благоприятствуетъ развитію перипаротита и сыпныхъ лихорадокъ. Всѣ они наблюдались во всекое время года, въ различныхъ климатахъ и на различныхъ высотахъ надъ уровнемъ моря. Перипаротитъ, какъ и сыпная лихорадка, поражаетъ послѣдательно различными группами населенія и переходитъ при занесеніи заразы изъ одного мѣста въ другое. Быстрота возникновенія эпидеміи перипаротита и острыхъ экзантемъ говоритъ за известное сходство конституцій, благоприятствующихъ развитію всѣхъ этихъ болѣзней.

Но сходства эти не даютъ никакого права отождествлять перипаротитъ съ сыпными лихорадками. *Bouchut* говоритъ, что перипаротитъ принадлежитъ къ числу самыхъ старыхъ болѣзней (aussi ancien que les plus anciennes maladies); изъ эруитивныхъ же формъ древнѣе всѣхъ скарлатина, появившаяся въ Европѣ только въ V вѣкѣ. Совпаденіе эпидеміи перипаротита съ сыпными лихорадками наблюдается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Существуютъ страны, гдѣ эпидемическій перипаротитъ не появлялся въ теченіи дѣсятковъ лѣтъ, тогда какъ острыми экзантемами наблюдались довольно часто. Есть страны, гдѣ перипаротитъ наблюдается чуть не ежегодно, тогда какъ острыми экзантемами бываютъ тамъ не чаще, чѣмъ въ другихъ, соседнихъ мѣстностяхъ.

Сходства клиническія. Въ стадіи предвѣтниковъ при эпидемическомъ перипаротитѣ бываютъ: боль въ области поджелудочнаго, часто повторяющаяся рвота, носоны, носовыя кровотечения, боль въ груди, обмороки и пр. т. е., весь комплексъ признаковъ, предшествующихъ острымъ экзантемамъ. Подобно послѣднимъ перипаротитъ имѣетъ періодъ инкубаціи, хотя продолжительность его колеблется въ довольно широкіхъ границахъ. Клиническое сходство выражается въ febris secundaria подобно описанной *Sorel*омъ въ періодъ, предшествующій развитію орхита (febris testicularis *Morton*а). Критическое съ обильнымъ потокомъ окончаніе болѣзни еще болѣе приближаетъ перипаротитъ къ острымъ экзантемамъ. Нѣкоторые изъ авторовъ наблюдали при перипаротитѣ общую сыпь на тѣлѣ съ послѣдующимъ шелушеніемъ кожицы. *Camerer* описалъ два случая, гдѣ до развитія опухоли въ области околушной железы была экзантема, распространявшаяся съ лица на туловище. *Spengler* видѣлъ случаи, когда перипаротиту предшествовала рвота и безсонница въ теченіи 4 дней и затѣмъ на всей поверхности тѣла явилась miliaria rubra. *Krügelslein* говоритъ объ одномъ случаѣ перипаротита съ такою же сыпью на тѣлѣ, какъ при скарлатинѣ. *Rillet* въ Женеvскую эпидемію видѣлъ въ теченіи перипаротита сыпь на тѣлѣ, совершенно похожую на такую при кори; начиналась съ лица, сыпь эта распространялась по всему тѣлу. Пятна были широки, неправильной формы, часто выступали надъ поверхностью кожи. Появленію сыпи часто пред-

пестовала камель, хотя без чихания и покалывания в глазах, как при кори. Протекала такая экзантема при слабо выраженных общих симптомах и оканчивалась очень быстро. В период выздоровления от перипаротита наблюдались отеки и нефриты (*Protolongo, Cousin, Renard, Colin*), как и при острых экзантемах, а также кожные прыщики, то психического, то конвульсивного характера (*Hamilton, Lynch, Jourdan* и др.).

Сходство перипаротита с сыпными лихорадками по *Colin*у выступило еще рельефнее, если предположить, что опухоль в области околоушной железы носит характер сильного прилива крови, посредством которого близнецовое начало как бы выводится на поверхность тела и предположение это может найти оправдание в самом характере и течении опухоли: строго правильный циклический ход, определенная продолжительность, поверхностное положение близнецового процесса, его подвижность, быстрота окончания (*breve et perfecte resolvitur—Burserius*).

Для полноты аналогии авторы старались найти при перипаротите страдания слизистой оболочки рта и глотки. *Gueneau de Mussy (a), Soltmann (b)* утверждают, что им всегда удавалось констатировать это участие у больных перипаротитом. Но *Barthez* и *Rilliet* при самом тщательном осмотре полостей рта и глотки у лиц, страдавших перипаротитом, в различные периоды болезни никогда не видели такого участия.

Осложнение перипаротита экзантемами с прыщиками в почках и анальными прыщиками говорит за возможность комбинации его с сыпными лихорадками, ясно указанную *Gérard*ом для кори, а *Eklund*ом для скарлатины.

Попытка найти сходство перипаротита с тифами должно быть отнесена к весьма неудачным. Высказанная *Julour* на основании часто наблюдаемых при перипаротите: посинений кровотоков, обложенного языка, поноса и свистящих хрипов в легких, аналогия эта не имеет ровно ничего в свою пользу. *Debove* на основании того, что при перипаротите иногда бывает *garçonillement* в правой паховой области, высказывает ни на чем не основанную мысль, что в этих случаях близнецовое начало локализуется в железах мочи, аппарат кишок—Пейеровых бляшках, как это имеет при тифе. В подобных случаях также можно допустить сочетание близнецовых процессов с тифом, что в литературе не имеет на этот счет указания.

Петровский наблюдал сочетание перипаротита с возвратной горячкой.

Periparotitis epid. Orchitis. Febris recurrens.

19-летию молодой человек в конце апреля 1877 г. заболел перипаротитом, которому предшествовали: озноб, рвота и понос, 1° в день заболевания 38°. На 2-й день чувствительность и опухоль уменьшились, появился левый орхит; 1° утр. 37,9°, вечером 38°0. Печень и селезенка не чувствительны при перкуссии, верхняя граница послышана 8-е ребро, размеры первой нормальны. На 6-й день болезни брод и плохой сон. В течение первой нормальны. На 6-й день болезни брод и плохой сон. В течение следующего дня тоже. Еще день позже орхит уменьшился, но появились опухоль в области околоушной железы при 1° 40°. Селезенка увеличена, доходит до 6 ребра, болезненна при ощупывании. Печень чувстви-

тельна и выдается из-за края ребер (Взгорды в это время были случаи перипаротита и возвратной горячки). В течение следующих 6 дней 1° 39° утр. и 40° веч. В ночь с 5 по 6 день посовое кровотечение; на 6-й день пот; 1° и пульс унази ниже нормы и больной начал поправляться. По автору больной сразу заразился двумя болезнями; *febris recurrens* явилась позже потому, что ее инкубационный период больше, чем таковой при перипаротите.

Деять случаев сочетания перипаротита с брюшным тифом наблюдал *Maier* и шесть *Sorel*.

Krügstein, Dechambre, Lühe, Rilliet, Lanoite, Védrenes и др. описали случаи сочетания перипаротита с розей лица, или моншны. Высказанная *Alex. Tralles*ом 1) аналогия между этими двумя процессами имеет только исторический интерес.

Наконец *Bergeron*, признавая заразительность перипаротита, находит аналогию между ним и ревматизмом с клинической точки зрения (возможность локализации, поражение органов, сходных по анатомическому строению, критическое с потоком окончание болезни, редко наблюдаемые исходы в нагноение). *Fournier* ко всему этому еще прибавляет чувствительность обеих стенок болезнен в атмосферическом влиянии и ревматизма боли сочленений, наблюдавшиеся послѣдним автором у лиц, страдавших перипаротитом.

Симптоматология обыкновенных форм.

Продолжительный период при эпидемическом перипаротите характеризуется почти во всех случаях несомненными, ему присущими признаками; определение конца инкубационного периода в силу этого не представляется серьезными затруднениями. Труднее, а подчас совсем невозможно, вычислить день, в который происходило заражение. Причину этого нужно искать в том обстоятельстве, что послѣдовательные случаи заболевания при строго правильном между ними промежутке времени не могут иметь доказательной силы, если они наблюдаются во время эпидемии, а с другой стороны заражаемые субъекты подвергаются обыкновенно продолжительному и повторному влиянию заразительного начала. Впрочем в литературе существуют факты, когда здоровые лица находились вблизи больных перипаротитом очень непродолжительное время и притом один раз, что дает полное основание промежутку времени от момента заражения до развития близнецового процесса высчитать точно и признать его за инкубационный. *Séa* в своей диссертации приводит случай двух каменищиков, постигших один раз близнецового перипаротита товарища и заболевших ровно через 8 дней постѣ посѣще-

1) *Monin*, стр. 21.

ния; у одного из них кровяная опухоль околоушной железы была и локализация в области яичек. Факты эти говорят в пользу заразительности перипаротита в период совершенного развития опухоли. *Madamet* говорит, что во время их наблюдения эпидемия перипаротита среди солдат в Мелане 18 человек последних ходили в Марсель, где в то время по автору не было ни одного случая этой болезни. На третий день после прибытия их в этот город заболели местный кавалерист. *Rilliet* рассказывает случай девочки, жившей в деревне, где не было ни одного случая заболевания перипаротитом, и посетившей жившего в городе родственника, страдавшего уже 6-ть дней характерной опухолью в области околоушной железы. Девочка провела с этим родственником только один день, возвратилась обратно в деревню и заболела перипаротитом ровно через 8 дней после посещения. Через 15 дней от появления болезни у девочки заболел ее родной брат, никаку из дому не выходивший; он мог заразиться только от своей сестры. *Fauquet* наблюдал случай девочки 6 л., которая провела один день в семье, где были случаи перипаротита и заболела на 4-ый день по возвращении в деревню, где не было ни одного случая этой болезни. В. *Wagner* сообщает следующие факты. Мальчик 5 лет за три недели до заболевания перипаротитом был в общении с течением непродолжительного времени с ребенком, страдавшим этою болезнью и заболел после того ровно через 21 день. Через 12 дней от заболевания 5-летнего мальчика появился перипаротит у брата его 3 лет, жившего вместе с ним. Девочка 10 лет, страдавшая двусторонним перипаротитом, проспала в течение одной ночи с своей сестрой 6 лет; последняя не жила вместе с 10-летней девочкой, а только посетила ее. Через 12 дней после этого посещения девочка 10 лет заболела перипаротитом правой стороны.

Средняя продолжительность инкубационного периода на основании всех указанных авторами данных и моих собственных наблюдений, должна быть принята в 12—14 дней, хотя предель, в которых могут колебаться эти цифры, очень широк: был случай, где период этот продолжался только 3—7 дней, а с другой стороны описан ряд наблюдений, где он был 21—25 дней. Факты эти приходится объяснять или заразительностью описываемого страдания во все его периоды, или же особенным влиянием индивиду-

альности и окружающих условий, то способствующих, то задерживающих вредное действие заразительного начала на воспринимаящих его организм.

Dangais, во время эпидемии перипаротита на корабле *Antilles* определяет инкубационный период в 8 дней. По В. *Wagner*у этот период 12—21 день. *Jacob* в трех случаях, точно определил этот период: он оказался равным 18—20 дням. *Lube* считает его в 17—18 дней и высказывает мнение, что болезнь может быть заразительна уже в этом периоде и что субъекты, кажущиеся еще здоровыми, но носители себя заразу, может сообщить эту последнюю другим. *Fournier* проследил этот период в 18 случаях, при чем получил такие результаты. В четырех этот период был 19 дней, в четырех 25 дней, в трех 21 день, в двух 20 дней. Во трех случаях этот период был 24—26 дней, а в двух 16. Средняя продолжительность для всех случаев выразится числом 20. *Squire* (*Transact. of the obstetric Society 1871, t. XII, p. 180*) определяет его в 19 дней. *Gerhard* находит его равным 14 дням. *Niemeyer*, *Sailland*, *Soltmann* (а. *Penzoldt* определяют его в 9—18 д. *Roberts* в 14—22 дня. *Clement-Dukes* на основании 57 случаев перипаротита, наблюдавшегося им среди учащихся юношей и детей в 1873, 1875, 1877, 1878 и 1880 годах, приводит следующие цифры для периода инкубации. На 45 случаев, где по автору ему было в точности известно источник заражения, большее число случаев (20.) имела инкубационный период 18—19 дней; в 6 случаях этот период был 17 дней, в 4 х—20 дней, в 4 х—21 день, в 3 х—14 дней, в 3 х—16 дней, в 2 х—24 дня, в 1 х—23 д., 25 д. и 15 дней. Наибольшая цифра для инкубационного периода по *Dukes*у было 25 дней, наименьшая—14 дней; средняя цифра продолжительности равняется 19 дням. Относительно всех этих данных нужно заметить, что они могут иметь решающее значение только в случаях, когда наблюдения производятся при отсутствии эпидемии. Они имеют значение на столько, на сколько выводы, сделанные на основании этих наблюдений, гармонируют с цифрой указанною большинством авторов для инкубационного периода на основании строго обставленных наблюдений.

В сравнительно редких случаях период инкубации был очень непродолжителен. *Lulow* наблюдает его 7—8 дней, а *Madamet*, цитированный выше, говорит, что несомненный случай заражения наступил уже на третий день по прибытии солдат в Марсель. *Manby* в противоположность этому откровенно сознается в сделанной им однажды жестокой ошибке, когда он сказал, что перипаротит должен развиваться не позже, как через два недели после заражения в точности известного автору. Болезнь развивалась только через три недели, а не через два, как ожидал автор на основании литературных указаний.

Однажды перенесенный перипаротит по заявлению большинства

авторов обыкновенно предохраняют от вторичного заболѣванія. Невосприимчивость къ заболѣванію лицъ, уже перенесших эту болѣзнь, призналъ *Nysten*¹⁾ въ началѣ нынѣшняго столѣтія. *Begin*, *Pinel*, *Lavevan*, *Crévoisier d'Hubache*, *Niemeyer* и др. категорически утверждаютъ, что повторныя заболѣванія перипаротитомъ нужно считать крайне рѣдкимъ явленіемъ; даже *Bekier*, признающій эту болѣзнь за чисто мѣстное страданіе, высказываетъ въ пользу отсутствія вторичныхъ заболѣваній. *Rilliet* и *Barthez* въ руководствѣ къ дѣтскимъ болѣзнямъ приводятъ фактъ, когда въ одной семьѣ во время эпидеміи перипаротита перенесли эту болѣзнь отецъ и его дѣти, мать же, страдавшая раньше перипаротитомъ, въ этотъ разъ не болѣла. Эти же авторы наблюдали дѣтя 8 лѣтъ, перенесшее перипаротитъ за 2 года до Женевской эпидеміи, въ теченіе же послѣдней оно осталось пощаженымъ, тогда какъ всѣ члены семьи, къ которой дѣтя принадлежала, переболѣли въ эту эпидемію. *Saillaud* рассказываетъ, что всѣ 38 человекъ, у которыхъ онъ наблюдалъ перипаротитъ, при точномъ распросѣ удостовѣрили, что раньше они никогда не имѣли этой болѣзни. Повторныя заболѣванія перипаротитомъ нужно вообще считать сравнительно рѣдкимъ явленіемъ подобно тому, какъ это наблюдается при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Описанныя авторами повторныя заболѣванія можно раздѣлить на двѣ категоріи: къ одной принадлежатъ случаи, гдѣ такія повторныя заболѣванія наступали спустя долго время (въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ года, иногда гораздо больше) послѣ перваго заболѣванія; ко второй категоріи нужно отнести тѣ случаи, когда повторныя заболѣванія случались уже чрезъ нѣсколько дней, рѣдко 3 — 4 недѣли послѣ первичаго. Случаи первой категоріи для объясненія своего заставляютъ допустить вторичное поступленіе заразителнаго начала въ развѣ болѣвшаго организмъ; случаи же второй послѣ характеръ настоящихъ рецидивовъ, когда новое зараженіе мало вѣроятно и появленіе этихъ возвратовъ трудно поддается объясненію. Почему впрочемъ не допустить, что послѣдствіе первичаго заболѣванія въ организмѣ можетъ остаться источникомъ для возврата болѣзни. Настоящій случай повторнаго заболѣванія наблюдалъ *Serrier* чрезъ пять лѣтъ послѣ разъ перенесенной болѣзни. Это былъ солдатъ, имѣвшій какъ

слѣдствіе первичаго заболѣванія атрофію лѣваго яичка и у котораго при заболѣваніи перипаротитомъ во второй разъ былъ орхитъ правой стороны. *Jacob* наблюдалъ случай молодого человѣка, страдавшаго перипаротитомъ въ 1874 году и снова перенесшаго эту болѣзнь въ теченіе зимы 1875 года. Тотъ же авторъ приводитъ случай дѣвочки 4-хъ лѣтъ, перенесшей эту болѣзнь первый разъ зимою 1874 года, а во второй разъ лѣтомъ 1875 года. *Fournier* видѣлъ пять случаевъ вторичнаго заболѣванія; въ одномъ изъ этихъ случаевъ болѣзнь была ровно годъ назадъ, что удостовѣрено приѣзною книгой. Возвратъ болѣзни вскорѣ послѣ первичаго заболѣванія наблюдался цѣлымъ рядомъ авторовъ. *Camerer* говоритъ о своемъ ребенкѣ, мальчикѣ 9 лѣтъ, у котораго на 14 дней послѣ перенесшаго имъ перипаротита явился второй приступъ болѣзни въ видѣ принуденія околушныхъ и подчелюстныхъ железъ, продолжавшійся 8 дней. *Lühe* видѣлъ 7 случаевъ возврата, изъ которыхъ 5 явились послѣ совершеннаго излеченія отъ болѣзни, а два при не полной еще разрѣшавшейся опухолѣ. *Gerhardt* наблюдалъ случай, гдѣ чрезъ 19 дней послѣ болѣзни появилась лихорадка и вторичное принуденіе прежде болѣвшаго области околушной железы. *Miquel*, *Polanosckii*, *Krügelsen*, *Fehr* и другіе видѣли подобныя же случаи. Въ *Archiv. générale de méd.* 1883 Juillet, p. 93. *Nimier* приводитъ слѣдующій, имъ наблюдавшійся, но единственный въ знаніи случай возврата. Создать 24 л. заболѣлъ лѣвымъ перипаротитомъ; кромѣ обыкновенныхъ признаковъ было носовое кровотеченіе. Затѣмъ у него развивался опухоль другой стороны. Болѣзнь въ теченіи 8 д. Диагностика подтвердилась тѣмъ, что чрезъ 14 д. послѣ его выздоровленія заболѣлъ другой солдатъ, спавшій около него. Большой *Nimier* уже 4 раза перенесъ перипаротитъ, что удостовѣрилъ пользовавшій его всѣ разы врачъ. Авторъ этотъ наблюдалъ еще 2 случая, гдѣ болѣзнь поражала одно и то же лицо два раза; повторныя заболѣванія случались чрезъ годъ и въ тѣ же мѣсяцы, что и первичныя.

Подобно всѣмъ другимъ заразительнымъ болѣзнямъ эпидемическій перипаротитъ имѣетъ циклическое теченіе и всѣ случаи, гдѣ этотъ циклъ выражается самымъ рельефнымъ образомъ, безъ всякой примѣси локализаций болѣзни въ болѣе или менѣе отдаленныхъ областяхъ тѣла, безъ всякихъ осложненій, исключительныхъ придатковъ, а будучи имѣть въ виду, являлая симптоматику обыкновенныхъ формъ описываемой болѣзни. Такъ какъ дѣтскій возрастъ въ громад-

¹⁾ *Pinel*, стр. 93.

номъ большинства случаевъ переносить эту болѣзнь безъ локализаций въ области половых желѣзъ, то описаніе обыкновенныхъ формъ перипаротита всецѣло будетъ выражать картину болѣзни для этого возраста и только для тѣхъ случаевъ взрослыхъ, когда эпидемическій перипаротитъ строго локализуется, не осложняется серьезными по своимъ послѣдствіямъ для взрослыхъ страданіями половых желѣзъ.

Картина болѣзни предшествуетъ стадій предвѣстниковъ, иногда протекающей для дѣтскаго возраста съ довольно серьезными признаками. Сравнительно слабая реакція организма взрослыхъ въ этомъ періодѣ объясняется тѣмъ замѣченнымъ большинствомъ военныхъ врачей фактомъ, что больные перипаротитомъ солдаты обращаются за медицинской помощью уже тогда, когда вновь выразилась картина болѣзни и область околушной желѣзы отчетливо припухла. Въ иныхъ случаяхъ взрослые предъ заботами перипаротитомъ дѣйствительно не жалуются ни на какие признаки, но это объясняется тѣмъ, что признаки эти, существующіе въ громадномъ большинствѣ случаевъ, бываютъ до того слабо выражены, что больные не обращаютъ на нихъ вниманія и только при тщательныхъ распросахъ удается вызвать признаніе въ томъ, что до появленія опухоли больные дѣйствительно испытывали недомоганіе и не пріятное ощущеніе въ области околушной желѣзы. Совершенно иначе относится дѣтскій возрастъ. Благодаря сильной способности ихъ организма реагировать на самое малѣйшее раздраженіе, дѣти до появленія опухоли въ области околушной желѣзы испытываютъ ясно констатируемая: чувствительность въ этой области, боли при открываніи рта, жеваніи и всякаго рода движеніи нижней челюсти; одновременно съ этимъ онѣ кажутся усталыми, страдаютъ отсутствіемъ аппетита при слабо выраженномъ лихорадочномъ состояніи. Припадки эти, если не все, то по крайней мѣрѣ нѣкоторые, можно наблюдать почти во всѣхъ случаяхъ и если многіе авторы при описаніи эпидемій перипаротита среди воспитанниковъ различныхъ заведеній и не упоминаютъ о нихъ, то это слѣдуетъ объяснить никакъ не отсутствіемъ, а только незначительной продолжительностью ихъ. Что припадки этого періода часто просматриваются, за это говоритъ тотъ фактъ, что у дѣтей, находящихся на глазахъ родителей, при постоянномъ наблюденіи эти припадки бывають во всѣхъ случаяхъ и только у однихъ они выступаютъ болѣе рѣзко, чѣмъ у другихъ. Среди слабыхъ и ин-

тативныхъ дѣтей наблюдаются даже болѣе серьезные симптомы, какъ-то: беспокойный сонъ, конвульсивныя движенія и значительной силы лихорадка. Въ теченіи нѣкоторыхъ эпидемій перипаротита среди дѣтей были наблюдаемы во время продroma стадія гастроэнтерита, сильная рвота, обложенный языкъ и совершенная потеря аппетита. Насколько припадки эти бываютъ различны по своей силѣ, можно судить на основаніи слѣдующихъ указаній. *Rilliet* во время большой Женевской эпидеміи рѣдко наблюдалъ въ періодѣ предвѣстниковъ общее недомоганіе, головокруженіе, лихорадку, такъ что общіе симптомы были вообще мало выражены и продолжались очень короткое время. *Squire* говоритъ, что лихорадочное состояніе было рѣзко выражено въ теченіи 2—3 дней до появленія опухоли (болѣзнь дѣти 10—13 л.). *Krügelsen* наблюдалъ потерю аппетита, сухость во рту, слабость, страхъ, безпокойство, головную боль и безсонницу у больныхъ дѣтей до развитія опухоли. *Wolff*, кромѣ того, видѣлъ повторныя ознобы въ этомъ періодѣ. У взрослыхъ въ періодѣ предвѣстниковъ наблюдались, хотя значительно рѣже, чѣмъ у дѣтей: ознобы, лихорадка, блуждающія боли сочлененій (*Hamilton*); боль при жеваніи и глотаніи съ ознобомъ (*Pearson*); повторные ознобы (*Wolff*); боли въ области околушной желѣзы; головныя боли (*Carlier*); гастрическія разстройства (*Lury*); безсонница съ болями въ сочлененіяхъ. Продолжительность продroma періода бываетъ рѣдко болѣе 3 дней; въ большинствѣ же случаевъ 1—2 дня. *Schönlein* считаетъ продолжительность стадій предвѣстниковъ въ 12—48 час.; *Wolff* въ 12—24 ч.; *Machado* въ 12—24 ч.; въ случаяхъ, мною наблюдавшихся, продолжительность эта не была болѣе 24 час.

Непосредственно за только что описаннымъ періодомъ предвѣстниковъ наступаетъ очень быстро, въ большинствѣ случаевъ въ теченіе одной ночи, сама болѣзнь въ видѣ опухоли въ области околушной желѣзы. Появленіе ея въ иныхъ случаяхъ бываетъ даже большимъ сюрпризомъ для самаго больного, заснувшего совершенно здоровымъ, развѣ только съ легкимъ непріятнымъ ощущеніемъ въ околушной области и проснувшегося съ значительною опухолью, мѣшающею ему не только жевать, глотать, но даже и говорить. Первымъ мѣстомъ локализациі означенной опухоли бываетъ область между сосцевидномъ отросткомъ и нисходящей вѣтвью нижней челюсти, откуда она потомъ распространяется впередъ, вверхъ и внизъ, при-

чем вся ушная раковина отдаляется кнаружи и приподнимается вверх; ее нижняя половина вследствие большей сравнительно с верхней подвижностью уходит значительно назад, так что ушная сережка оказывается отстоящею далеко назад, чѣмъ передній край верхней половины раковины. Съ прогрессирующимъ ростомъ опухоли область предъ наружнымъ слуховымъ проходомъ и позади его, височная область и область сосцевидного отростка выпячиваются все сильнѣе и сильнѣе, пока наконецъ опухоль не достигаетъ края глазницы вверхъ, а угла рта выпячу. Помимо этого, такъ сказать, поверхностнаго движенія опухоли въ области лица она переходитъ захватъ на шею и, не встрѣчая здѣсь серьезнаго для своего распространенія препятствія, можетъ достигать при высокой степени своего развитія края ключицы. Постепенно въ процессъ принимаютъ участіе и подчелюстная область съ подъязычными и подчелюстными железами; отдѣлявшая лицо отъ шеи граница исчезаетъ. Въ случаяхъ, когда болѣзненный процессъ развивается съ обѣихъ сторонъ, голова принимаетъ коммичную, грушевидную форму, такъ какъ шея оказывается шире самой головы. Такой высокой степени опухоль достигаетъ главнымъ образомъ потому, что при этомъ бываетъ отекъ и подкожной клетчатки шеи. Свойствомъ тканей приходитъ при описываемомъ страданіи въ быстрое отчетное состояніе объясняется то чувство тѣсотности, которая возмущается при опуханіи такихъ опухолей пальцами; рѣзкой границы эта опухоль не имѣетъ и носитъ характеръ разлитой, т. е., ткань отчетная не замѣтнмъ образомъ переходитъ въ здоровую. *Niemeyer* находилъ, что опухоль эта на ошупь бываетъ всегда тверже въ центрѣ и мягче въ периферіи.

Rilliet и *Barthez* различаютъ три степени въ силѣ опухоли. При первой изъ нихъ опухоль еще замѣтна и даже можетъ не быть, только существуетъ легкая степень одутловатости, которая даже можетъ ускользнуть отъ взора невнимательнаго наблюдателя. При второй степени въ области окологлазной железы замѣтна припухлость; болѣзненность довольно сильна; кожа въ области опухоли напряжена и блестяща, но сохраняетъ свой нормальный цвѣтъ, только рѣдко бываетъ замѣтно не легко исчезающая подъ пальцемъ розоватая краснота наружныхъ покрововъ. 3-ья степень характеризуется тѣмъ, что опухоль не ограничивается только областью окологлазныхъ железъ, но распространяется на горизонтальную вѣтвь нижней челюсти, захватъ въ область

поднижнечелюстную, боковую шею и дальше до наружнаго края ключицы.

Очень трудно строго разграничивать эти три степени и весьма часто на одномъ и томъ же субъектѣ приходится наблюдать, если не все, то по крайней мѣрѣ двѣ изъ нихъ, хотя нельзя отрицать того, что въ теченіи эпидеміи перинаротита бывають случаи заболѣванія, гдѣ процессъ протекаетъ очень легко и гдѣ опухоль не достигаетъ значительныхъ размѣровъ. Искоторыя авторы наблюдали даже болѣзнь эту при отсутствіи опухоли въ области окологлазной железы (абортивныя формы, о которыхъ рѣчь ниже). Сильное напряженіе и отчетная припухлость, наблюдающаяся при сильно выраженномъ процессѣ, находятъ полное объясненіе въ анатомическомъ положеніи области *gl. parotis*. Кромѣ большаго числа в. в. access. мы здѣсь встрѣчаемъ поверхностную височную вену и внутреннюю челюстную, сѣченіе которыхъ даетъ аремную вену, проникающую чрезъ нину железы въ диагональномъ направленіи. Такой большой и важный путь для оттока крови при опуханіи области окологлазной железы долженъ сдавливаться, а разъ это дѣлается—существуютъ самыя выгодныя условія для транеуданціи вследствие застоя крови въ венозной системѣ, конечно, если при этомъ существуютъ и другія выгодныя для того условія. При движеніи опухоли въ глубину она встрѣчаетъ препятствіе въ *fascia colli profunda* и продолженіи ее *fascia bucco-pharyngea*. Достигши этихъ областей, опухоль останавливается въ дальѣйшемъ движеніи и начинаетъ производить давленіе на боковыя стѣнки глотки, вдавливая внутрь мидалевидныя железки, вследствие чего отверстіе зѣва суживается; въ рѣдкихъ же, исключительныхъ случаяхъ опухоль можетъ придавливать гортань и начало дыхательнаго горла, отчего можетъ наступить стенозъ со всеми его принадлежностями. Развитію послѣдняго часто способствуетъ инфильтрація слизистой оболочки зѣва, мидалевидныхъ железъ, происходящая въ силу препятствія для оттока крови изъ венозныхъ синустовъ. Затрудненіе глотанія иногда достигаетъ такой сильной степени, что болные не въ состояніи принимать жидкостей. Можетъ быть при этомъ нарушается вслѣдствіе коллаateralнаго оттока функція глотательныхъ мышцъ и тѣхъ изъ шейныхъ, которыя назначены для постояннаго удерживанія органовъ въ ихъ нормальномъ положеніи. Впрочемъ вѣроятнѣе всего, что одною изъ самыхъ главныхъ причинъ затрудненія глотанія есть чувство боли, могущей достигать высокой степени. Въ случаяхъ од-

постороннего перипаротита большие обыкновенно держат голову склоненною кь большой стороне; при двустороннем же голова сохраняется неподвижно и прямое положение. Фасции шеи значительно налегают благодаря тому, что грудино-сосковал, лопаточно-подъязычная и поджогная шеи выстѣняются опухолью изъ ихъ нормальныхъ положеній. Такъ какъ опухоль въ области околушной железы при своемъ развитіи въ глубину наполняетъ плотно промежутокъ между соседнимъ отросткомъ и нисходящею вѣтвью нижней челюсти, то движения послѣдней внизъ и назадъ затрудняются до крайности—тѣмъ объясняется невозможность открыванія рта и жеванія. При сильно развитой, двусторонней опухоли, часто можно съ значительнымъ трудомъ и мученіемъ для больного ввести въ полость рта ложку; нисходящій палецъ можетъ быть вводимъ только при сравнительно слабыхъ степеняхъ опухоли. Если прибавить къ этому функциональное страданіе крыловидныхъ, двубрюшной шеи, жевательныхъ и височной мышцъ, вовлекаемыхъ пассивно въ процессъ при высокихъ степеняхъ опухоли, то трудность глотанія станетъ вполне понятной, такъ какъ для нормальной функціи этого физиологическаго акта необходимо содружное участіе всѣхъ глотательныхъ мышцъ. Больные перипаротитомъ жалуются кромѣ того на шумъ, звонъ въ ушахъ и пониженную способность воспринимать звуковыя впечатлѣнія, что нужно объяснить сдавливаніемъ опухолью наружнаго слуховаго прохода, затрудненіемъ кровообращенія въ области слуховаго аппарата, а съ другой стороны припуханіемъ устья Евстахіевой трубы въ полости глотки. Кожа въ области опухоли въ большинствѣ случаевъ бываетъ напряжена, блестяща и въ силу растяженія блѣдна, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ интенсивно окрашена; на ощупь кажется теплѣе окружающихъ частей; иногда рѣзко отека, причемъ отекъ далеко выходитъ за предѣлы опухоли. Рожистая краснота въ области опухоли не составляетъ постояннаго явленія.

Boyer, Schmidt Müller, Wolff, Schönlein наблюдали эту красноту; *Settekorn, Fehr, Niemeyer* говорятъ, что бываетъ только отекъ, краснота же крайне рѣдко и очень слабо выражена.

Что касается слюноотдѣленія и свойствъ слюны при развитіи опухоли въ области околушной железы, то на этотъ счетъ имѣется нѣсколько, довольно противорѣчивыхъ данныхъ. Повышенное отдѣленіе слюнной жидкости наблюдалось сравнительно рѣдко; чаще уменьшеніе, или даже полное его прекращеніе. Не одинаковые взгляды

авторовъ на этотъ предметъ *Pinel* объясняетъ тѣмъ обстоятельствомъ, что наблюденія въ этомъ смыслѣ производились въ различные эпохи болѣзни и могли дать поэтому различные результаты. Въ одномъ періодъ путемъ рефлекса съ первоначально заболѣвшихъ частей на сосуды железистой паренхимы является усиленное отдѣленіе железы, въ другомъ періодѣ, когда опухоль въ области околушной железы при своемъ дальнѣйшемъ прогрессированіи сдавливаетъ перешикъ, отдѣленіе секрета должно падать въ значительной степени; при высшихъ же степеняхъ давленія отдѣленіе слюны можетъ даже совсѣмъ прекратиться. *Boyer* наблюдалъ усиленное отдѣленіе слюны; о качествѣ ея не говоритъ. *Sallaud* наблюдалъ, что слюноотдѣленіе вначалѣ болѣзни уменьшается, а потомъ увеличивается. *Miquel* говоритъ о специфическомъ запахѣ изо рта у больныхъ перипаротитомъ; этотъ запахъ по автору того же характера, какъ при птіализмѣ. *Trousseau* (а) видѣлъ всегда уменьшеніе отдѣленія слюны, вследствие чего слизистая оболочка полости рта была крайне суха. *Mertini* находилъ отдѣленіе слюны то увеличеннымъ, то уменьшеннымъ, то нормальнымъ; реакція слюны была также нормальна и удѣльный ея вѣсъ 1,005—1,006. Способность превращать крахмалъ въ сахаръ была значительно понижена. *Gustav Joseph* не наблюдалъ качественнаго измѣненія слюны, количество же ея въ силу давленія было ниже нормальнаго. *Wolff, Settekorn, Solman* высказываются въ пользу неизмѣненности при эпидемическомъ перипаротитѣ слюны въ качествѣ и количествѣ. *Gerhard* повторно вводилъ въ ductus Stenonianus при перипаротитѣ тонкій катетеръ съ цѣлю получить слюну непосредственно изъ слюнной железы, причемъ онъ наблюдалъ болѣе медленное, чѣмъ въ нормальномъ состояніи истеченіе слюнной жидкости при совершенно нормальныхъ ея свойствахъ и способности превращенія крахмала въ сахаръ. Винонъ одинаковый съ *Gerhard*'омъ результаты получалъ и *Lombard* ¹⁾. По *Niemeyer*'у у отдѣленіе слюны бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ усилено, въ другихъ уменьшено, но часто остается неизмѣненнымъ.

Разъ опухоль въ области околушной железы достигла высшей точки своего развитія, чувство боли принимаетъ самый острый характеръ. Она бываетъ то тупой, то острой, выходящей изъ глубины опухоли; давленіе, производимое на область железы, становится крайне болѣзненнымъ; волнаго рода пассивными и активными движеніями ниж-

1) *Lacaze* (a).

ней челюсти, также значительные повороты головы по причине сильной, или вызываемой боли, становятся положительно не переносимыми для больных. Боли эти, наблюдающиеся при 2-й и 3-й степенях болезни в смысле *Rilliet* и *Barthès'a*, находятся в прямой зависимости от степени опухоли и могут быть объяснены анатомическими отношениями вовлекаемой в процесс области. Ниша, заключающая в себя околоушную железу представляет закрытое со всех сторон неподатливой фиброзной тканью выстиланное, причем расположенная в последнем нервные нити находятся в условиях, аналогичных тому, какое наблюдается при глаукомѣ съ цилиарными нервами глазного яблока¹⁾. В силу давления опухоли находящейся в сумке околоушной железы нервы подвергаются значительному сжатию и путем рефлекса дают болевая ощущения в областях то больше, то меньше отдаленных от места, в котором локализуется болезнь. Три болезненные точки, на которых указывают французские авторы, но которых не признает *Leichtenstern*, находят объяснение в распределении нервов описываемой области. Прежде всего здесь имются два нервные веточки изъ поверхностного шейного сплетения, а именно *ramus auricularis* и *ramus mastoideus*; в случае сжатия этих нервов боли будут ощущаться в области сосцевидного отростка и несколько ниже его. Кроме помеченных нервных нитей в области околоушной железы, проникая последнюю въ томъ или иномъ направлении, проходить: *ramus auriculo-temporalis* изъ п. *maxillaris inferior* и чувствительная въ силу анастомоза съ пп. *glossopharyngeus*, *vagus* и *trigeminus* волокна *nervi facialis*. Волокна *ramitemporo-facialis* дают боли въ *articulatio temporo-maxillaris* и верхнюю часть лица. Наконецъ нижнечелюстная область, получающая волокна отъ *ramus cervico-facialis*, дает третью самую чувствительную болевую точку.

Лихорадка должна быть отнесена къ числу наиболее постоянныхъ симптомовъ обыкновенныхъ формъ эндемического перипаротита и почти во всехъ случаяхъ при тщательномъ наблюдении больныхъ можетъ быть обнаружена термометромъ. Если многие авторы о ней вовсе не упоминали, а другие даже отрицали ее при этой болезни, то происходило это потому, что въ нихъ случаяхъ повышение t° у больныхъ выражается только въ несколькихъ десятыхъ градуса, но и

такое повышение, разъ оно наблюдается въ организмѣ строго послѣдовательно въ теченіи нѣсколькихъ дней, должно быть отнесено къ разряду лихорадочныхъ. Повышение t° начинается еще въ предромальномъ періодѣ и выражается вечерними ее поднятіями еще раньше какихъ бы то ни было явлений со стороны будущей локализациі болезни. Лихорадка, поднимаясь, продолжается обыкновенно до момента, когда опухоль въ области околоушной железы останавливается въ ростѣ; тогда и она прекращается, хотя болезненный процессъ во многихъ случаяхъ далеко не оканчивается. Здѣсь наблюдается, какъ и въ другихъ инфекціонныхъ болезняхъ, то явление, что лихорадка не находится въ строгой зависимости отъ патолого-анатомическаго процесса: послѣдній продолжаетъ часто свое развитіе въ то время, какъ лихорадка прекратилась. Интенсивный перипаротитъ обыкновенно сопровождается интенсивной лихорадкой и степень ихъ интенсивности находится въ прямой, быть можетъ, зависимости отъ количества поступающаго въ организмъ болезнетворнаго начала. Предшествующая развитію опухоли лихорадка по *Canstatt'u* часто не соответствуетъ степени и опасности послѣдующаго аффекта; очень сильная эруптивная лихорадка часто бываетъ предъ незначительнымъ, послѣдующимъ перипаротитомъ; въ другихъ же случаяхъ за очень слабой лихорадкой слѣдуетъ резко выраженная, тяжело протекающая опухоль въ области околоушныхъ железъ. Въ большинствѣ случаевъ лихорадка имѣетъ постепенный типъ съ медленнымъ подліатіемъ впродъ до аспе опухоли; въ случаяхъ же, когда за остановившимся процессомъ въ одной желѣзѣ слѣдуетъ такой же процессъ въ другой, лихорадка снова можетъ подняться и на кривой получается два резко выраженные повышенія t° съ промежуточной между ними апроксией. Продолжительность и интенсивность лихорадки бывають далеко не одинаковы и первую нужно принять среднимъ числомъ, включая и предромальный періодъ болезни, въ 5—7 дней. Въ обыкновенныхъ случаяхъ высота лихорадки въ теченіи всей болезни не превышаетъ 39° съ десятими, причемъ наблюдаются вечернія ее повышенія; въ тяжелыхъ же случаяхъ, о которыхъ рѣчь ниже, t° можетъ достигать высшихъ цифръ (40° и даже выше).

Miquel наблюдаетъ лихорадку ритмирующаго типа съ утренними ожесточеніями; у нѣкоторыхъ она имѣетъ перемежающійся характеръ. *Voysier* видитъ гастрическую, нервозную, послабляющую и перекисную. Лихорадку съ гастрическими признаками описываетъ *Merlini*. *Kruegelstein* наблюдаетъ лихо-

²⁾ *Pinet*, стр. 40.

рад-у ритмирующего характера; въ случаяхъ появляніи ея до онуховъ, она прекращалась, какъ только онуходъ достигала аспіе своего развитія. Если лихорадка появлялась послѣ развитія онуховъ, то продолжалась до спадепія послѣдней; увеличивалась съ увеличеніемъ ея и оканчивалась критически обильнымъ потомъ и носовыми кровотечениями. *Wolff* описываетъ лихорадочное состояніе при перипаритѣ такимъ образомъ: красное лице, большой, полный пульсъ, жажда и очень кислая моча; лихорадка достигала высоты въ теченіи 24 часовъ и продолжалась 2—3 дня. Паденіе лихорадки не всегда совпадало съ паденіемъ онуховъ, продолжавшейся часто нѣсколько дней по прекращеніи всѣхъ лихорадочныхъ признаковъ. *Soltmann* во время Вреславльской эпидеміи замѣтилъ быстрое подніе температуры у заболѣвшихъ перипаритомъ субъектовъ до 39,5°; когда же онуходъ развивался, то температура in ano держалась на 38,2°—38,5°; съ уменьшеніемъ онуховъ наблюдалось паденіе до нормы во всѣхъ случаяхъ. Тотъ же авторъ въ „Real-Encyclopädie“ говоритъ, что 1° не достигается при перипаритѣ выше 39° in ano; но на одно часъ дѣлаетъ скачки, какъ при перемежной лихорадкѣ; въ одномъ случаѣ она была tertiana въ теченіи 12 дней, причемъ 1° по вечеру достигала 39,2°—39,8°, а днемъ падала на 38,2°. Скачки эти происходятъ якобы отъ того, что заболѣваетъ не вся железа разомъ, а отдѣльными дольками аналогично тому, что наблюдается при воспаленіи легкихъ. Объясненіе это сильно противорѣчитъ даннымъ патологической анатоміи: при описываемой болѣзни процессъ сосредоточенъ исключительно въ окололежащей кѣбчаткѣ, а не въ налегающей околоушной желѣзѣ.

Для болѣе нагляднаго уясненія температуры въ теченіи эпидемическаго перипаритита я привожу 8 кривыхъ, изъ которыхъ одна принадлежитъ *Gerhardt*'у (b) и относится къ 5 лѣтней дѣвчкѣ; вторая *Leichtenstern*'у (малышкѣ 12 лѣтъ у котораго было и вторичное повышеніе 1° въ слѣдствіе заболѣванія области околоушной железы другой стороны). Остальныя шесть замѣстованы мною у *Fournier* изъ пространной его статьи объ эпидеміи перипаритита среди солдатъ лагеря Saint-Germain. Относительно кривыхъ 1° послѣдняго автора нужно замѣтить, что только въ трехъ изъ этихъ случаевъ дѣйствительно изображена 1°, которую принято называть лихорадочной, въ остальныхъ же она не выходила изъ предѣловъ нормы въ смыслѣ повышенія, но за то опускалась до низшихъ степеней въ концѣ болѣзни при явленіяхъ высокой чувствительности больныхъ къ холоду (См. эти кривыя на рис. Е.).

Относительно частоты ясны констатированнаго при эпидемическомъ перипаритѣ лихорадочнаго состоянія нужно замѣтить слѣдующее. Эпидемическій перипарититъ въ дѣтскомъ возрастѣ протекаетъ при явленіяхъ, то болѣе, то менѣ интенсивной лихорадки и съ этой стороны общіе симптомы у дѣтей при этомъ страданіи выступаютъ рѣже,

чѣмъ у взрослыхъ, которымъ угрожаетъ локализація въ половыхъ железахъ съ опасными въ смыслѣ продолженія рода послѣдствіями. *Lühe* при эпидеміи среди кадетовъ видѣлъ 39,3° in ano въ 1/4 всѣхъ случаевъ заболѣваній. *Fricker* при эпидеміи среди дѣтей наблюдаетъ лихорадку почти во всѣхъ случаяхъ; высшая степень ея приходилась на 3-й день болѣзни. *Gerhardt* (b) категорически высказывается въ смыслѣ постоянного присутствія лихорадки при этой болѣзни. *Eklund* видѣлъ лихорадку въ 25 случаяхъ изъ всѣхъ 44. По *Chawin*'у лихорадочное состояніе рѣже всего выражалось въ теченіе ночи. У взрослыхъ лихорадочное состояніе выражено гораздо слабѣе и потому часто просматривается. *Jacob* говоритъ, что только 1/10 солдатъ, болѣвшихъ перипарититомъ, имѣла ясно констатированное лихорадочное состояніе. Но цифра эта во всякомъ случаѣ мала, такъ какъ *Granier* справедливо обращаетъ вниманіе на тотъ фактъ, что солдаты обыкновенно поступаютъ въ больницы при вполне выраженной онуховѣ въ области околоушной желѣзы, когда лихорадочныя явленія въ большинствѣ случаевъ проходятъ. Пульсъ при эпидемическомъ перипаритѣ соответствуетъ вообще колебаніямъ температуры и бываетъ выше у больныхъ дѣтскаго возраста, чѣмъ у взрослыхъ. *Schönlein* находилъ его въ 120—130 уд. среднимъ числомъ въ 11, а *Soltmann* въ 120—160 уд. Среди солдатъ, страдавшихъ перипарититомъ безъ рѣзко выраженнаго лихорадочнаго состоянія *Jacob* находилъ пульсъ 76 въ 11. Явленія со стороны внешнего канала бываютъ вообще слабо выражены (*Jacob*, *Lühe*) и наблюдаются при обыкновенныхъ формахъ перипаритита только во время лихорадки; даже аппетитъ бываетъ не всегда разстроенъ (*Jacob*).

Довольно постояннымъ явленіемъ при описываемомъ страданіи нужно считать припуханіе подчелюстныхъ и лимфатическихъ железъ шеи, наступающее, то одновременно съ появленіемъ онуховъ въ области околоушной желѣзы, то вслѣдъ за ея развитіемъ. На явленіе это обратилъ вниманіе уже *Jaghi* при большой эпидеміи 1752—53 годахъ въ средней Италіи. Поклѣ *Laghi* припуханіе подчелюстныхъ железъ наблюдалъ: *Schaffer*, *Duncan*, *Miquel*, *Behr*, *Rust* (b), *Hufeland*, *Camerer*, *Panck*, *Merlini*, *Fabre*, *Lühe*, *Fournier*. *Wolff* видѣлъ участіе подчелюстныхъ железъ во всѣхъ случаяхъ перипаритита; процессъ начинался обыкновенно съ области одной околоушной желѣзы, переходилъ на подчелюстныя желѣзы, а отсюда на область другой околоушной желѣзы. Были впрочемъ эпидеміи, когда

это участие констатировалось далеко не часто. Так, напр., *Jourdan* на 61 случай заболѣваний видѣлъ 15 разъ припухание подчелюстныхъ железъ; *Eklund* на 43 случая наблюдать только одинъ съ припуханиемъ этихъ железъ. *Gerhardt* же принимаетъ это участие за постоянное явленіе во всѣхъ случаяхъ эпидемическаго перипаротита въ детскомъ возрастѣ, а *Trousseau* (а) считаетъ припухание подчелюстныхъ и подязычныхъ железъ въ теченіи опухоли въ области околушной железы настолько постояннымъ явленіемъ, что и самую болѣзнь называетъ страданіемъ всѣхъ слюнныхъ железъ вообще. Одновременно припухание подчелюстныхъ и лимфатическихъ шенописале: *Pearson*, *Widemann*, *Защукинскій*, *Madame*, *Soltmann* (а) наблюдаютъ одновременное участие подчелюстныхъ, подязычныхъ и лимфатическихъ.

Какъ на постоянное явленіе при эпидемическомъ перипаротитѣ авторъ этого указываетъ на катарръ слизистой оболочки полости рта и значительную припухлость вълѣдствіе этого выводнаго протока околушной железы у 2-го кореннаго зуба. Въ статьѣ своей помѣщенной въ «*Real-Encyclopädie*» 1882 г. онъ говоритъ, что при этой болѣзни «niemals wird man zu dieser Zeit, wenn man die Mundhöhle der Kinder untersucht, einen mehr oder weniger intensiven Catarrh (stomatitis erythematosa) vermissen» и что въ наблюдавшемся имъ значительной эпидеміи въ Бреславлѣ, онъ во всѣхъ случаяхъ до появленія у больныхъ лихорадки, наблюдалъ stomatitis erythematosa, follicularis и angina catarrhalis. *Jobard* при эпидеміи среди эмигрантовъ видѣлъ въ теченіи опухоли слухиваніе египтянъ съ слизистой оболочки языка. *Bouchut* утверждаетъ, что при перипаротитѣ бываетъ всегда эритема слизистой оболочки полости рта и зѣва. Но большинство другихъ авторовъ положительно отрицаютъ катарръ слизистой оболочки рта и зѣва до появленія опухоли въ области околушной железы.

Moursson сообщаетъ, что развитіе перипаротита всегда будто бы совпадало съ прорѣзываніемъ зубовъ у дѣтей, а зѣва мудрости у солдатъ и въ доказательство приводитъ фактъ, что у одного солдата во время эпидеміи перипаротита при прорѣзываніи зѣва мудрости развились орхитъ.

Въ наблюдавшихся мною случаяхъ при самомъ тщательномъ осмотрѣ у дѣтей полости рта и зѣва мнѣ удалось констатировать катарръ слизистой оболочки только въ нѣсколькихъ случаяхъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни *Gerhardt* (b) всегда находилъ увеличеніе селезеночной тупости, а *Leichtenstern* также констатировалъ въ иныхъ случаяхъ этотъ весьма интересный симптомъ, для объясненія котораго подчасъ сдѣдуетъ допустить возможность сочетанія.

Мнѣ пришлось наблюдать на одномъ субъектѣ одновременно эпидемическій перипаротитъ и перемежную лихорадку; я дѣйствительно ясно ощущувавъ увеличенную селезенку, перкурсія же дала высокую сравнительно съ нормальнымъ, верхнюю границу приглушенія.

Въ теченіи эпидемическаго перипаротита можно различать три періода: періодъ роста опухоли, statu quo ея и періодъ ея спаденія. Опухоль эта съ мѣстными и общими признаками достигаетъ обыкновенно своей высшей степени на 3—5 день, но чаще всего къ концу третьяго дня. Ростъ ея, впрочемъ, можетъ быть быстро остановленъ появленіемъ локализированной болѣзни въ области яичекъ. На 2—4 день отъ начала заболѣванія въ большинствѣ случаевъ становится болѣзненною и припухаетъ область второй околушной железы, причѣмъ степени опухоли въ обѣихъ областяхъ бываетъ одинакова, или же, что чаще всего наблюдается, заболѣвшая раньше область имѣетъ и въ высшую степень опухоли. Второй періодъ, когда болѣзнь стоитъ на одной степені, очень не продолжителенъ и подчасъ трудно уловимъ, такъ какъ уже на 4—7 день опухоль начинаетъ уменьшаться съ прогрессирующимъ уменьшеніемъ мѣстныхъ принадлежностей. Опухоль обыкновенно развивается, какъ я только что упомянулъ, прежде на одной сторонѣ съ тѣмъ, чтобы чрезъ 2—3 дня перейти на другую и весьма рѣдко процессъ начинается одновременно на двухъ сторонахъ. Положеніе это, еще высказанное въ прошломъ столѣтіи *Laghi*, нужно принять за общее правило. Частая послѣдовательность въ заболѣваніи обѣихъ околушныхъ областей вполне объясняетъ намъ, то превалирующее число двойныхъ опухолей сравнительно съ односторонними, которое отмѣчено большинствомъ авторовъ текущаго столѣтія.

Laveran (а) считаетъ за общее правило послѣдовательное заболѣваніе области околушной железы другой стороны въ теченіи 24—18 час. отъ подьяненія первой опухоли.

Wolff на 52 случая перипаротита наблюдаетъ двустороннюю опухоль въ 46; *Gintras* на 46 случаевъ видѣлъ ее въ 24; *Curlier* на 13 сл. въ 3; *Rizet* на 22 случ. въ 8; *Lury* на 33 случ. въ 19; *Salland* на 40 случ. въ 8; *Fournier* на 24 случ. въ 18; при этомъ въ 8 случаяхъ болѣзнь была выражена болѣе рѣзко съ правой стороны, въ 7 случаяхъ болѣе съ лѣвой и въ остальныхъ 3-хъ равномѣрно съ обѣихъ сторонъ. *Lühe* на 123 случ. въ 116; *Eklund* на 44 въ 35; *Jourdan* на 61 случ. въ 41; *Evermann* ¹⁾ на 83 случ. въ 43; *Setterhorn* на 38 въ 24; *Védrenes* на 25 въ 12.

¹⁾ Ueber epi- und endemische Speicheldrüsenkrankungen. Diss. Berlin, 1881.

Ouradon наблюдал двойную опухоль почти во всех случаях заболѣванія. Въ наблюдавшихся мною эпидеміяхъ, число двойныхъ опухолей составляло $\frac{1}{4}$ всехъ случаевъ. Изъ общей цифры только что приведенныхъ случаевъ 604 на долю двусторонняго перипаротита приходится 397, односторонняго же только 207—что выразится отношеніемъ 1 : 1,8 гдѣ единицею выражены односторонніа заболѣванія. Что касается порядка заболѣванія одной, или другой стороны при двустороннемъ перипаротитѣ, то *Eklund* говоритъ, что въ 15 случаяхъ двусторонней опухоли процессъ начинался съ лѣвой области околушной железы, а въ 11 случаяхъ съ обѣихъ сторонъ одновременно. *Soltmann* (а) наблюдалъ, что въ большинствѣ случаевъ двусторонней опухоли заболѣвала раньше лѣвая область и затѣмъ процессъ переходилъ на правую. При одностороннемъ перипаротитѣ число случаевъ заболѣванія правой и лѣвой сторонъ почти одинаково. *Gintac* видѣлъ правыхъ 11 и лѣвыхъ 11; *Carlier* правыхъ 2, лѣвыхъ 8; *Salland* правыхъ 13, лѣвыхъ 19; *Fournier* правыхъ 4, лѣвыхъ 2; *Ewertmann* (I. c.), правыхъ 29, лѣвыхъ 21; *Eklund* правыхъ 4, лѣвыхъ 5; *A. Védrenes* нашелъ изъ 13 одностороннихъ правыхъ 10, лѣвыхъ 3. Все это составляетъ 69 лѣвыхъ на 73 правыхъ.

Средняя продолжительность эпидемическаго перипаротита въ обыкновенныхъ его формахъ далеко не одинакова для различныхъ возрастовъ. Наименьшая продолжительность приходится на дѣтскій возрастъ до половой зрѣлости и равняется среднимъ числомъ 7 днямъ; такая же цифра уаанава *Combeau*. *Schönlein* опредѣляетъ ее въ 6 дней, *Constat* въ 5 дней, а *Trousseau* въ 7—8 дней. Цифру 7 дней нужно считать наблюдающаеся чаще всего: она мною выведена изъ 18 точно уазанныхъ въ литературѣ эпидемій. Для юношескаго возраста продолжительность болѣзни равна среднимъ числомъ 9, 8 дней, что объясняется встрѣчающимися въ этомъ возрастѣ локализациями въ области яичекъ, вслѣдствіе чего увеличивается продолжительность болѣзни. Напрямая продолжительность болѣзни бываетъ при заболѣваніи солдатъ и равна среднимъ числомъ 10,7 дн., хотя *Lacerau* на основаніи большаго количества своихъ собственныхъ наблюденій опредѣляетъ продолжительность перипаротита для солдатъ въ 11,5 дней. *Eckstein* при эпидеміи среди дѣтей наблюдалъ продолжительность болѣзни 2—3 дня, а *Fournier* среди солдатъ въ одномъ случаѣ 24 дня, а въ другомъ даже 52 дня (*orchite d'embryo*).

Различные авторы приводятъ слѣдующія цифры дней продолжительности

опиываемой болѣзни: *Saucerotte*—10—12 дней; *Schäffer*—9 д.; *Miquel*—8 д.; *Behr*—7—9 д.; *Rust*—5—7 д.; *Dräuff*—7—14 д.; *Kriegelstein*—4—14 д.; *Delens*—5—10 д.; *Eckstein*—2—5 д.; *Wolff*—3—13 д.; *Leitzen*—7—9 д.; *Fricke*—7 д.; *Gintac*—7 д.; *Pomanoskii*—4—12 д.; *Rilliet*—8—10 д.; *Spengler*—7 д.; *Carlier*—11—12 д.; *Colin*—14 д.; *Desbarreaux*—*Bernard*—12—13 д.; *Merlini*—7—11 д.; *Lury*—7—8 д.; *Pollak*—3—8 д.; *Laurens*—5—6 д.; *Halry*—14 д.; *Gérard*—4—17 д.; *Sorel*—5—10 д.; *Madamel*—7—8 д.; *Soltmann*—9 д.; *Eklund*—6 д.; (въ одномъ случаѣ 13 дней, а въ другомъ—3 дни). *Dangais*—8 д.; *Salland*—10—14 д.; *Haillet*—6—10 д.; *Jacob*—18—20 д.; *Julouze*—7—10 д.; *Lühe*—17—18 д.; *Granier*—10—20 д.; *Laveran*—14 д.; *Laveran*—8—15 дней.

Самый обыкновенный и чаще всего наблюдаемый исходъ болѣзни есть разрѣшеніе опухоли, причѣмъ болѣвшія части теряютъ свой отечный характеръ, становятся болѣе мягкими, менѣе напряженными и мало чувствительными къ наружному давленію. Объемъ опухоли быстро уменьшается, пока ложится въ складки, а выдѣривъ въ иныхъ случаяхъ сходить въ видѣ тончайшихъ чешуекъ. *Rilliet* говоритъ, что исчезаніе отека въ иныхъ случаяхъ сопровождается серознымъ выпотомъ въ области бывшей опухоли. Болѣзнь вообще оканчивается критически съ обильнымъ потѣніемъ. (*Frank*, *Fehr*, *Kriegelstein*, *Canstatt*, *Miquel*, *Fricke*, *Jacob*). По *Wolff*'у критическій потъ бываетъ тѣмъ обильнѣе, чѣмъ сильнѣе была лихорадка. Моча въ концѣ болѣзни съ обильнымъ осадкомъ, отдѣленіе слюны обильное (*Frank*). Въ другихъ, менѣе часто встрѣчающихся случаяхъ, болѣзнь приходитъ постепенно (*Spengler*, *Fournier*), причѣмъ опухоль сдвигается медленнѣе, сухость во рту проходитъ (*Kriegelstein*); или же по окончаніи процесса еще на нѣкоторое время остается безболѣзненное задержаніе въ области околушной железы (*Fehr*) и участвовавшихъ въ процессѣ подчелюстныхъ.

Локализациа болѣзни въ области мужскихъ половыхъ железъ.

«У нѣкоторыхъ по истеченіи нѣбольшаго времени появлялось болѣзненное воспаленіе одного яичка, у другихъ же обѣихъ...»

Гипократъ.

Orchitis periparotidea.

Локализация болѣзни при эпидемическомъ перипаротитѣ въ области яичекъ у лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, представляется весьма часто наблюдаемое явленіе, подлѣненное Гипократомъ и

упоминаемое почти всеми, писавшими об этой болезни авторами. Если считать локализацию болезни в области околоушных желез, как наиболее чаще встречающуюся и составляющую во всех обыкновенных формах болезни необходимую ее принадлежность, то локализация в области яичек у взрослых субъектов мужского пола должна занимать по частоте своей второе место после локализаций в области околоушной железы. Она наблюдается почти исключительно в возрасте, достигшем половой зрелости впрочем и всего потому, что для этого требуется вполне сформировавшаяся половая железа. Можно сказать больше: чем половая зрелость больше выражена, тем скорее являются эти локализации.

По *Leveran's* осложнения у детей со стороны яичек не бывает потому, что эти органы еще не пробуждались от своей дремоты, хотя *Baum* и наблюдает один случай орхита в течении перипаротита у 10 летнего мальчика.

Хотя локализация в яичках и может явиться раньше опухоли в области околоушной железы, о чем много будет сказано в отделе об уклонениях от обыкновенных форм, но чаще всего она наступает в течении перипаротита, или же в период его разрешения. Между этими двумя локализациями болезни с того момента, когда появляются свойственные той, или другой припадки, нет необходимого и строго определенного отношения. Орхит появляется в большинстве случаев на 6—8 день от начала болезни и в обыкновенной форме своей никогда не протекает при сильных воспалительных явлениях. Больной при вставании и хождении начинает ощущать тупую боль, или тяжесть в области яичек и очень скоро бывает озадачен резко выраженной опухолью то одного из них, то двух. Эта опухоль обыкновенно увеличивается в течении 4—5 дней, достигая на 6-ой наибольшей величины, затѣм она уменьшается постепенно уменьшаться и проходит между 8—15 днями. В случаях двойного орхита сначала заболѣвает одно яичко, а потом дня чрез 2—4 второе.

Rillet говорит, что орхит развивался на 7—8 день болезни. *Carber*—на 3 день; *Kocher*—на 6 день; *Houet*—на 5—6 день. *Després*—на 4 день; *Servier*—на 3—4 день. *Vedrènes*—на 3—15 день. *Dukes* описывает 12 случаев, где он в точности указывает дни, в которые развивался орхит. В 6 случаях орхит развивался на 7-й день, в 4 на 8-й, в одном на 9-й.

Иногда локализация в яички появлялась то очень рано, то слишком поздно. *Dukes* в одном случае видит ее на второй день от начала болезни.

ни. *Gerard* наблюдал два случая, когда обе локализации развились одновременно; *Sorel* видел таких 12 случаев, а *Boyer*—два. *Servier*—в 3 случаях наблюдал развитие орхита на 10 день; *Gerard*—два случая на 2 день после окончательного выздоровления; *Jobard*—один случай чрез 9 дней по выздоровлении.

Продолжительность орхита: *Welppeu* 4—5 дней, *Hailot* 5—10 дней, *Gerard* 4—17 дней, *Vedrènes* 9—12 дней.

Rillet говорит, что при описываемой форме орхита, никогда не бывает серьезных припадков; с таким мнением трудно согласиться, так как в литературе имеются факты, где предъ наступлением такого орхита, или во время его течения развивались опасные симптомы, когда температура поднималась до высоких степеней и при близком осмотре могла навести подозрения о развивающемся менингите. *Pearson* при локализации в яичках наблюдал сильные боли в пахах и пояснице. *Settekorn* говорит, что случаи, где область яичек принимала участие в болезненном процессе, протекали тяжело с потрясающим ознобом при $^{\circ} 41,1^{\circ}$; последняя падала до нормы при критическом повороте; при этом была и повышенная чувствительность паховой области. По *Niemeyer's* локализация в яичках появляется при сильных болях в крестце, пояснице и сильной лихорадке. Такие серьезные припадки наблюдаются впрочем сравнительно редко, чаще же всего предъ развитием орхита больные испытывают озноб с ожесточением лихорадочного состояния, тошноту, иногда рвоту. Продолжительность этой лихорадки по *Fournier* 24—48 час.; выражается она ознобом, болью в членах, тургесценцией лица с налитием подкожных сосудов и обильным потомом. *Krügelsstein* наблюдал ее в течении одного дня; в следовавшую за последним ночь обыкновенно развивался орхит; он замѣтил кроме того, что локализация в яичках случается тогда, когда лихорадка является до опухоли в области околоушной железы и продолжается позже последних. *Sorel* сдѣлал весьма тщательныя наблюдения надъ лихорадкой при локализациях в яички и пришел къ заключению, что она имѣет своего циклическое течение и составляет одно изъ главных явлений всего процесса и что термин, данный *Morton* ому «febris testicularis», имѣет серьезное основание. Не соглашаясь с другими авторами в существовании ознобов предъ развитиемъ этой febris testicularis, *Sorel* говорит, что лихорадка развивается с того момента, когда больной начинает чувствовать какую-то тяжесть в яичках при ходьбе и движениях; затѣмъ

она идет прогрессивно с увеличением опухоли яичек, так что состояние высшего набухания яичек соответствует асме лихорадки; с падением опухоли падает и лихорадка на 5—7 день). В редких случаях однако наблюдается развитие опухоли в области яичек только по прекращении лихорадки; случаи эти весьма красноречиво говорят в пользу высказанного автором мнѣния, что лихорадка при перипаротитѣ имѣет специфическій характер. Появляясь обыкновенно вместе с первыми ощущениями в области яичек, она выражается быстрымъ поднятіемъ t° в теченіи 1—2 дней; къ вечеру 2-го дня t° достигаетъ своего maximum (39,5—40°); къ утру слѣдующаго дня она падаетъ, достигая вечеромъ цифры предыдущаго дня и прекращаясь совершенно на 5 день. Семидневный ея цикл по *Sorel*'ю выражался въ трехъ формахъ: 1) лихорадка наступаетъ одновременно съ мѣстнымъ страданіемъ в области яичка, 2) она является, только вслѣдъ за послѣднимъ и 3) лихорадка при локализациі в области обоихъ яичекъ. Въ первомъ t° достигаетъ maximum (40°) къ вечеру 3-го дня съ малыми колебаниями держится до 4—5 дня на одинаковой высотѣ; на 6-й день падаетъ значительно, а на 7-й достигаетъ нормы. Во второмъ кривая t° бываетъ такою же, но опухоль в области яичка наступаетъ въ то время, когда t° уже достигла своихъ высшихъ степеней. Въ третьемъ случаѣ при констатированіи опухоли в области втораго яичка, что бываетъ на 5 день, t° снова поднимается, достигаетъ высоты на 3-й день и падаетъ съ момента, когда опухоль втораго яичка достигла своего асма; на 7 день, какъ и въ случаяхъ перваго типа, температура принимаетъ свои нормальныя границы.

A. Védérins однако думаетъ, что лихорадку при локализациі въ яичкѣ нельзя разсматривать за строго специфическую, такъ какъ въ его случаяхъ (15), только въ 9 она была инициальной, а въ 5 слѣдовало за орхитомъ; въ одномъ ея совѣтъ не было, но самый случай протекалъ сравнительно долго (21 д.). Лихорадка эта въ 2 случаяхъ продолжалась только нѣсколько часовъ; въ двухъ—одинъ день; въ одномъ 3 дня, въ одномъ 5 дней, въ одномъ 6 дней. Температура въ одномъ 38°, въ четырехъ 39—39,8°, въ шести 40—40,8°.

Пульсъ по *Servier* вообще соответствуетъ температурѣ и бываетъ рѣдко выше 100 ударовъ въ 1', но когда t° падаетъ ниже нормальной (до 35,5°), то и пульсъ падаетъ до 56 ударовъ. Кромѣ того, онъ обращаетъ вниманіе на паденіе пульса до 48,4 ударовъ, какъ на постоянное явленіе въ періодъ паденія t° и спаденія опухоли яичка.

Если изслѣдовать яичко съ его придаточными частями въ то время, когда больные ощущаютъ чувство тупой боли и напряженія въ области сѣмяннаго канатика; когда лишь кажется, что вѣсъ ихъ яичекъ повышеи и всякое прикосновеніе послѣднихъ къ окружающимъ частямъ болезненно, то легко убѣдиться въ томъ, что объемъ яичка увеличенъ, консистенція его тверда, оно больше напряжено, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и что, наконецъ, болезненность при давленіи незначительна. *Chawin* говоритъ, что на ощупь орхитъ даетъ такое же ощущеніе, какъ опухоль въ области околушной железы. Опухоль при орхитѣ яичевидной формы, ея твердость не такъ велика, какъ при обыкновенныхъ травматическихъ и гонорройныхъ орхитахъ и величина ея бываетъ крайне разнообразна: въ легкихъ случаяхъ яичко можетъ увеличиться на половину своего объема, въ другихъ же, болѣе тяжелыхъ, бываетъ въ 3—4 раза больше нормальнаго, а *Miquel* наблюдалъ увеличеніе объема до большихъ размѣровъ (съ кулакъ величиною). Прогрессирующая около четырехъ дней въ своемъ ростѣ опухоль всецѣло относится въ первое время своего появленія къ самому яичку, мошонка же, придатокъ и *funiculus spermaticus* не принимаютъ участія въ процессѣ. *Sorel* говоритъ, что при локализациі въ яичкѣ послѣднее дѣлается болѣе volumинознымъ, придатокъ же остается твердымъ и не увеличивается пропорціонально яичку; что на 2 день отъ начала опухоли въ области яичка уже невозможно точно опредѣлить мѣсто придатка, но что съ паденіемъ лихорадки, когда яичко становится значительно мягче, легко констатируется неизмѣнный придатокъ.

Fehr, Rilliet, Kocher, Chawin, Lemarchand (1 случ.), *Blondeau* (2 случ.) наблюдали въ нѣкоторыхъ случаяхъ участіе придатка и слѣдующій палецъ находилъ его болѣе твердымъ, объемистымъ и значительно болѣе резистентнымъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; онъ терялъ при этомъ свою нормальную форму и былъ равномерно увеличенъ. Не говоря уже о томъ, что такое участіе придатка наблюдается довольно рѣдко и самый характеръ опухоли по *Jourdain*у не имѣетъ ничего общаго съ эпидидимитомъ, сплошь и рядомъ наблюдающимся при трипперѣ; припуханіе придатка, какъ и самаго яичка, при эпидемическомъ перипаротитѣ бываетъ очень быстрое, напряженіе и боли несравненно меньше, чѣмъ при гоноррѣ, разрывшеніе опухоли также быстрое; придатокъ при перипаротитѣ никогда не получаетъ того объема и твердости, какъ при трипперомъ, про-

цесей. Funiculus в большей части случаев остается нормальным и припухает по Fehr'у только тогда, когда заболывают и оболочки яичек; болезненность в этих случаях может быть очень высока и всякое прикосновение, не говоря уже о сдвигивании пальцами, дѣлается почти не выносимым для больного. Мошонка обыкновенно не принимает участія въ процессѣ, но въ иных случаяхъ она опухаетъ, дѣлается красной или багровою, бываетъ слегка отечна, хотя до развитія флегмоны дѣло обыкновенно не доходитъ.

Védrenes говоритъ, что при орхитѣ процессъ начинался съ припухания придатка. Kocher выдѣляе участія придатка при эпидеміи перипаротита въ Бернѣ 1870 и говоритъ, что въ исторіяхъ болѣзни Вагма описано три такихъ случая. Combeau говоритъ, что 40 лѣтъ мужчина послѣ перипаротита имѣлъ только припухлость придатка безъ орхита. Granier чрезъ 7 дней послѣ перипаротита наблюдалъ припухание придатка безъ участія яичка. Robert описываетъ случай мальчика 15 л., у котораго былъ послѣдовательный послѣ перипаротита epididimitis; но въ этомъ случаѣ придатокъ лежалъ не позади яичка, а впереди его.

Въ случаѣ участія въ процессѣ мошонки обыкновенно бываетъ сильная опухоль яичекъ. Fehr говоритъ, что бываетъ отекъ кожи мошонки безъ всякой красноты, притомъ опухоль иногда достигаетъ большихъ размѣровъ, просвѣтлѣетъ, даетъ подъ пальцами характерное ощущение сильно отечнаго тканя и держится долѣе орхита, исчезая потомъ бесцѣльно. Miquel при локализацияхъ въ яичкахъ наблюдалъ участіе въ процессѣ кожи мошонки, выразившееся въ сильной ея краснотѣ и высокой на опухъ (P. Krigelstein выдѣляе не рѣдко роющую красноту кожи мошонки. Rostguyen *) наблюдалъ одновременно участіе различныхъ частей мужскихъ половыхъ железъ. „Наслышавъ“, говоритъ онъ, „тихательскій опухоль мы замѣтили, что она состоитъ исключительно изъ набухания яичка; объемъ послѣдняго увеличился, то въ силу инфильтраціи подкожной клетчатки serotii, то въ силу легкаго enroulement vaginalis. Опухоль часто распространяется на прилегающіе и сѣбянкой канатики, которые дѣлаются очень чувствительными къ давленію. Мошонка напряжена; кожа ея блестяща, ярко-красная или багровато-красна; боли утѣрены, но бываютъ острыми“. О серозномъ выпотѣ въ полость tunicae vaginalis говорятъ Niemeyer, Védrenes, de Laveran, Wetpaul и Kocher категорически отрицаютъ его: истина вѣроятно въ серединѣ, но всякомъ случаѣ нужно принять, что факты подобнаго рода бываютъ до крайности рѣдко. Мы удалось найти три ясныхъ указаній въ этомъ смыслѣ. Serrier, Jourdan, Dukes наблюдали каждый по одному случаю, гдѣ при локализаци въ яичкѣ былъ замѣченъ серозный выпотъ въ полость tunicae vaginalis.

Опухоль въ области яичекъ можетъ локализоваться или въ одномъ изъ нихъ, или въ двухъ одновременно; при одностороннемъ перипаротитѣ не всегда односторонній орхитъ, а съ другой стороны не всегда

за двустороннимъ перипаротитомъ слѣдуетъ двусторонній орхитъ. По Combeau орхитъ бываетъ той же стороны, что и перипаротитъ. Въ такомъ же смыслѣ выражаются Canstatt и Chauvard; послѣдній всегда наблюдалъ двойной орхитъ при двустороннемъ перипаротитѣ. Gaspari при эпидеміи въ Истрии наблюдалъ локализацию въ яичкѣ той стороны, на которой былъ сильнѣе выраженъ перипаротитъ, или съ какою это послѣдній начинался. Boyer говоритъ, что двойной орхитъ далеко не всегда бываетъ при двустороннемъ перипаротитѣ, а Ridel и Boudard *) наблюдали правый орхитъ при лѣвомъ перипаротитѣ и лѣвый орхитъ при правомъ перипаротитѣ, что первый изъ этихъ авторовъ называетъ «un effet croisé». Онъ же говоритъ о двустороннемъ орхитѣ, развившемся при одностороннемъ перипаротитѣ. Laveran никогда не выдѣляе указаннаго Ridel перекрестнаго страданія областей окологрудной железы и яичекъ.

A. Védrenes наблюдалъ при правомъ перипаротитѣ: правыхъ орхитовъ 4, лѣвыхъ 1, двустороннихъ 2. При двойномъ перипаротитѣ: орхитовъ правыхъ и лѣвыхъ по 3; при лѣвомъ перипаротитѣ: одинъ правый и одинъ лѣвый орхитъ. Setterkorn при двустороннемъ перипаротитѣ: орхитовъ двойныхъ 2, лѣвыхъ 5, правыхъ 2. При лѣвомъ перипаротитѣ: правыхъ орхитовъ 2 и одинъ лѣвый.

Въ то время какъ двусторонній перипаротитъ наблюдается чаще, чѣмъ односторонній, двойной орхитъ бываетъ только въ одной трети всѣхъ случаевъ, тогда какъ двѣ трети приходится на односторонній правый, или лѣвый.

Rilliet на 23 случая орхита наблюдалъ: 19, одностор. и 4 двустор. Carlier изъ 5 случ. орхита выдѣляе всѣ 5 на одной сторонѣ. Renard всѣ 17 двуст. Durozier 1 случ. одност. Ewermann (1. c.) 15 двуст. 20 одност. Boyer на 12 случ.: 4 одност. и 8 двуст. Dangais на 19 случ.: 18 одност. 1 двуст. Ridel на 10 случ.: 3 одност. 7 двуст. Lury на 8 случ.: 3 одност. 5 двуст. Laurens на 32 случ.: 25 одност. 6 двуст. Julouze на 14 случ.: 13 одност. 1 двуст. Fournier всѣ 6 случ. одност. Eklund на 2 случ.: 1 одност. 1 двуст. Jourdan на 11 случ.: 10 одност. 1 двуст. Serrier на 23 случ.: 21 одност. 2 двуст. A. Védrenes на 15 случ.: въ 12 одност. въ 3 двустор. Granier на 8 случ.: 6 одност. 2 двуст. Setterkorn на 12 случ.: 10 одност. 2 двуст.

Въ теченіи нѣкоторыхъ изъ эпидемій, какъ видно изъ приведенныхъ цифръ, дѣйствительно наблюдалось преобладаніе двустороннихъ локализаций въ области яичекъ, но въ общемъ число одностороннихъ видимо превалируетъ. Изъ всѣхъ перечисленныхъ здѣсь случаевъ 252 на долю двустороннихъ приходится только 75, тогда какъ одно-

*) Boyer (b).

*) Union médicale 1847 № 56.

сторонних было 177; последних в два с половиною раза больше, чем первых. На основании изъясняющихся в литературе указаний трудно решить какой стороне, правой или левой, дѣлает предпочтенеіе локализация в области яичек.

Rilliet на 19 односторонних локализаций видѣть съ правой стороны вдвое больше, чемъ съ лѣвой. *Cartier* видѣлъ 3 прав. 2 лѣвыхъ на 5 случ. *Laurens* изъ 26 одностороннихъ наблюдаетъ 9 съ правой стороны и 17 съ лѣвой. *Gérard* на 10 случ.: 7 справа и 8 лѣва. *Fournier* всѣ 5 случ. справа. *Eklund* 1 случ. лѣва. *Védrènes* изъ 10 сл.: 8 справа и 4 лѣва. *Jourdan* на 10 случ.: 7 справа и 3 лѣва. *Servier* на 21 случ. 15 справа, 6 лѣва. *Sellekorn* изъ 10 случ. одностороннего орхита: справа 4, лѣва 6.

Въ итогѣ на 100 одностороннихъ локализаций въ яичкахъ приходится на правую сторону 53, на лѣвую 47.

Процентъ локализаций въ области яичекъ представляеть большую разницу при сравненіи его для дѣтскаго возраста съ одной стороны, и для юношей съ другой; что же касается солдатъ, то они въ этомъ отношеніи должны занимать особенное мѣсто, такъ какъ наивысшій процентъ этихъ локализаций наблюдался исключительно среди нихъ. Въ то время, какъ *Schäffer* въ концѣ прошлаго столѣтія при большой эпидеміи перипатита среди дѣтей до половой зрѣлости наблюдалъ только одинъ случай локализации въ яичкѣ, а *Merlini* во всю эпидемію среди этого возраста видѣлъ только 2 случая орхитовъ. *Sancerotte*, *Noble*, *Lynch*, и *Desbarreaux-Bernard* при эпидеміи перипатита среди солдатъ наблюдали описываемую локализацию во всѣхъ случаяхъ перипатита (100%). Дѣти, даже скученныя вмѣстѣ, даютъ весьма низкій % этихъ локализаций, что объясняется чрезвычайно слабымъ предрасположеніемъ ихъ половой сферы принимать участіе въ процессѣ. Всѣ авторы единогласно утверждаютъ, что если и можетъ быть такое участіе, то только въ возрастѣ, близко стоящемъ къ періоду зрѣлости; собственно же дѣтскій возрастъ нужно считать совершенно застрахованнымъ отъ этого, крайне опаснаго по своимъ послѣдствіямъ страданія половыхъ железъ. Для солдатъ показаны слѣдующіе проценты локализаций въ яичкахъ: *Sancerotte*, *Lynch* и *Noble* наблюдали 100%; *Dojny* 31%; *Cartier* 38,6%; *Rénard* 37,7%; *Rizet* 45%; *Ouvradon* 16,6%; *Lury* 24,2%; *Boyer* 100%; *Sailaud* 20%; *Jacob* 9% и 33,3%; *Widal* 38%; *Kocher* 47,8%; *Hailloy* 8,3%; *Bussard* 46%; *Laurens* 27%; *Gérard* 30%; *Juloux* 40%; *Chauvin* 38%; *Fournier* 20,8%; *Sorel* 42,8%; *Heiler* 65,5%; *Chautin* 27%; *Madamet* 42,5%; *Gérard* 46,6%; *Cal-*

nette 18%; *Servier* 21,8%; *Granier* 7,7%; *Jourdan* 48%; *Granier* 14%; отъ же 14,4%; 19%; 11,1%; *A. Védrènes* въ 1877 году 34%; въ 1881 г. 60%; *Eisenmann* 23,5%; *Thierry de Maugras* 29%; *Cornac* 35,7%. Наименьшій % у солдатъ наблюдать *Granier* (7,7%). Средній процентъ, выведенный изъ только что цитированныхъ данныхъ, будетъ 35,4%. Для юношескаго возраста средній процентъ нѣсколько ниже и равняется 24,7%; наивысшій процентъ наблюдаютъ *Crevoisier-d'Hurbache* ¹⁾ среди воспитанниковъ коллегіи (36,3%), наименьшій *Wolf* и *Lühe* (1,9%); 0,8%; *Rilliet* среди взрослыхъ (не солдатъ) видѣлъ 31,5% этихъ локализаций. *Goubaud* среди лицесловъ 50%; *Houel* 25%; 33,3%. Для дѣтскаго возраста максимумъ наблюдаютъ *Panck* (3,7%); затѣмъ *Delens* 2,5%; *Gintras* 2,1%. Въ періодъ, близкомъ къ половой зрѣлости, средній процентъ нужно принять въ 2,79%. По *Laveran* у на каждые сто случ. перипатита у взрослыхъ бываетъ 70 локализаций въ яичкахъ, но на основаніи приведенныхъ данныхъ согласиться съ этимъ нельзя. Съ другой стороны *Desprès* говорить, что въ дѣтскомъ возрастѣ процентъ локализаций въ области яичекъ не бываетъ выше 1%, у меня же на основаніи литературныхъ данныхъ выходитъ 2,79%. Особенной разницы въ данномъ случаѣ нѣтъ, такъ какъ процентъ этотъ зависитъ вполнѣ отъ того, какого возраста были пораженными субъекты и сколько среди нихъ было маленькихъ дѣтей, гарантированныхъ въ силу своихъ лѣтъ отъ этихъ случайностей.

Какія формы эпидемическаго перипатита, болѣе выраженныя, или менѣе, благоприятствуютъ появленію локализаций въ мужской половой сферѣ, *Rizet* рѣшаетъ въ такомъ смыслѣ: «ce sont les parotides les plus légères qui s'accompagnent le plus souvent d'orchites». Мнѣніе это кажется *Laveran* у вѣроятнѣйшимъ.

Исходъ орхита въ большинствѣ случаевъ — разрѣшеніе обыкновенно на 5—6 день отъ начала процесса въ области яичка; перехода въ нагноеніе никогда не наблюдаютъ. Такой исходъ при сравнительно слабо выраженномъ припадкѣ дѣлаетъ эту форму орхитовъ самую легкую и, не принимая въ расчетъ послѣдствій этого страданія, можно пожалуй согласиться съ высказаннымъ *Velpeau* мнѣніемъ, что она изъ всѣхъ другихъ орхитовъ наименѣе тяжелая.

¹⁾ Monin, стр. 32.

Одним из наиболее опасных последствий локализаций в области яичек нужно считать последовательную атрофию их вещества с серьезными в смысле продолжения рода последствиями. Обширны по этому поводу данные, указанные большинством авторов, начиная с *Hamilton'a*—первого, описавшего два случая последовательной атрофии; а раз болезнь может повлечь за собою такие последствия, оно должно быть отнесено к числу весьма опасных с социальной точки зрения, так как лишенный половой способности индивидуум не дает потомства и тем более последствия такие серьезны, что болезнь поражает цветущий возраст, полный физических сил, передача которых путем наследственности всегда желательна. Первый случай *Hamilton'a* относится к мужчине 40 лет, одно яичко которого пришло на 4 день от появления опухоли в области околушной железы; на 5 день опухло второе. По прекращении всех признаков начало атрофироваться правое, страдавшее больше лѣваго; оно уменьшалось мало по малу в объем до полного исчезания. Второй случай молодого человека 25 лет, у которого по исчезании опухоли в области околушной железы сразу заболѣли оба яичка, результатом чего явилась атрофия одного из них, больше страдавшего во время процесса. Несколько странным кажется, что *Cooper* никогда не наблюдал этих атрофий и даже сомневается в их возможности. *Velpeu* в своем «Dictionnaire» также игнорирует этот серьезный вопрос. Было бы впрочем очень смело упрекать эти авторитеты в недостатке наблюдательности; скорее всего это нужно объяснить, согласно *Grisolle*у, тем обстоятельством, что больные после орхита уходили от наблюдателя прежде, чем атрофия будет иметь время для своего развития: сравнительная редкость последовательных атрофий больше кажущаяся, чем действительная. Так как последовательная атрофия яичек исключительно придает эпидемическому перипартиту серьезное в смысле последствий значение, то я считаю необходимым изложить насколько возможно подробно извѣщія по этому вопросу наблюдения с обозначением времени, по истечении которого констатировались атрофии; процентъ их по отношению к числу бывших локализаций в яичках, средний процентъ атрофий для всѣхъ извѣстных в литературѣ случаев; отношение односторонних, правыхъ, или лѣвыхъ къ двустороннимъ, представляющимъ наивысшую степень опасности. *Dogny* во время эпидемии среди горняков Mont-Louis 1828 г. наблю-

далъ 27 случаевъ локализаций в яичкахъ и во всѣхъ 27 послѣдствіяхъ констатировалъ то большую, то меньшую степень атрофій; в данномъ случаѣ было 100% послѣдовательныхъ атрофій. Изъ которыхъ изъ больныхъ съ констатированною атрофіей яичекъ страдали мужскимъ бесплодіемъ. *Crecoisièr d'urbache* изъ 4 случ. орхита въ 1. наблюдалъ атрофію яичка, что составляетъ 25%, *Rilliet* при эпидеміи въ Женевѣ на 23 случ. орхита наблюдалъ скоро после выздоровления значительную атрофію яичка въ 2 случ. — (8,7%). Одинъ изъ этихъ случаевъ *Rilliet* осматривалъ чрезъ 3 года и убѣдился въ совершенномъ отсутствіи яичка, страдавшаго три года назадъ. *Goubaud* на 5 орхитовъ видѣлъ 3 атрофій — (60%). *Cl. Duk's* на 12 орхитовъ видѣлъ 1 случ. атрофій — (8,3%). *Grisolle* приводитъ 4 случая атрофій яичекъ, наблюдавшихся имъ чрезъ 4 года после перенесеннаго эпидемическаго орхита и 2 случ., которые онъ видѣлъ чрезъ 10 мѣсяцевъ после страданія. *Jouloux* изъ 14 больныхъ солдатъ, перенесшихъ орхитъ, чрезъ 2 или 2,5 мѣсяца констатировалъ у всѣхъ атрофію яичка то большей, то меньшей степени, смотря потому, какъ давно былъ процессъ и чѣмъ онъ дальше отстоялъ отъ момента изслѣдованія, тѣмъ атрофія была рѣче выражена. Одинъ больной при атрофій одного яичка имѣлъ гипертрофію другого, оставшагося пощаженнымъ во время предшествовавшей болѣзни. *Maillard*т, перенесшій орхитъ 6 летъ назадъ (въ 1870 г.), при изслѣдованіи авторомъ въ 1876 г. имѣлъ полную атрофію яичка. *Madamet* изъ 7 случ. орхитовъ чрезъ 3 мѣсяца имѣлъ 5 атрофій яичка: въ 2 случаяхъ консистенція его была мягче нормальной, въ 2 уменьшены объемъ и упругость, въ одномъ уменьшенъ объемъ при нормальной упругости. Процентъ въ этомъ случаѣ былъ 71,4%. *Lawrens* изъ 32 случ. локализаций въ яичкахъ нашелъ въ 16 чрезъ два мѣсяца после болѣзни значительной степени атрофію яичекъ (50%) въ 9 случаяхъ «une diminution de la puissance virile et des appetits vénériens». *Gérard* наблюдалъ 9 атрофій чрезъ 4 мѣсяца после эпидемическаго орхита. Вотъ эти случаи:

- 1) Равнобѣрная атрофія лѣваго яичка съ уменьшеніемъ объема на $\frac{1}{2}$ нормальной величины.
- 2) Видимаго уменьшенія яичка нѣтъ, но оно мягче нормальнаго.
- 3) Правое яичко уменьшено въ объемъ и мягче чѣмъ въ нормальномъ состояніи.
- 4) Лѣвое яичко мягче нормальнаго безъ видимаго уменьшенія объема. Половая страсть понижена.
- 5) Исла атрофія обѣихъ яичекъ на $\frac{2}{3}$ нормальной объема. Половая страсть

попикана, эякуляция замедлена; больной говорит, что он «moins passionné».

6) Лёвое яичко уменьшено до $\frac{1}{4}$, и яичко нормального.

7) Лёвое яичко не уменьшено в объёме, но консистенция его очень мягка.

8) Лёвое яичко уменьшено равномерно до $\frac{1}{4}$ своей величины; половая страсть понижена.

9) Лёвое яичко и яиче и меньше правого. Процент атрофий у этого автора выразился в 69%.

Emil Combeau приводит следующие четыре случая последовательной атрофии яичек.

1) *Эпидемический перипаротитиз. Последовательная атрофия яичек. Исследование через 20 лет после перенесенного орхита.* Весною 1847 года 12 летний мальчик перенёс эпидемический перипаротитиз с локализацией в левом яичке. Через 14 лет (в 1861 г.) автор исследовал этого субъекта и нашёл атрофию левого яичка. В 1867 году, т.е. через 20 лет после болезни картина была та же и яичко было в $\frac{1}{4}$ своей нормальной величины, при нормальной консистенции. Препараты участвовали мало, но были слегка припухли.

2) *Periparotitis epid. Orchitis periparotidea duplex.*

Атрофия левого яичка.

16-ти летний молодой человек страдал перипаротитом и двойным орхитом почти одновременно. Исследование через 3 года после болезни обнаружало уменьшение левого яичка до $\frac{1}{4}$ его нормальной величины; препараты не участвовали.

3) 18 летний молодой человек через 2 года после перенесенного им правого орхита имел ясно выраженную атрофию правого яичка.

4) Мальчик 15 лет. Правый эпидемический орхит. Через 14 лет после перенесенной болезни правое яичко найдено втрое уменьшенным против его нормальной величины. —

Chavini из 46 случ. эпидемического орхита нашёл впоследствии 6 атрофий, что составляет 37,5%. *Servier* наблюдал один случай полной атрофии левого яичка через 5 лет после орхита. Этот же автор из 23 орхитов через 6 месяцев в 12 случ. (52%) констатировал одностороннюю атрофию яичек у лиц, имевших односторонний же орхит. Больной, страдавший двойным орхитом, имел атрофию правого яичка, которое во время предшествовавшей болезни страдало больше левого. Один солдат, уже имевший при поступлении в больницу атрофию одного яичка вследствие перенесенного им пять лет назад орхита, снова болезнь эпидемическим перипаротитом; локализация на этот раз была в другом, здоровом яичке, но атрофия последняя через 6 месяцев после болезни *Servier* констатировать не мог. *Sorel* из 15 случаев орхита наблюдал последовательную атрофию яичек в 7 — (46,6%). *Weller* на 19 орхитов 3 атрофий (26%). *Chautin* на 10

орхитов 3 атрофии — (33,3%). *Gérard* на 2 орхита видел 1 случ. атрофии через 5 месяцев, причём яичко оказалось значительно мягче нормального — (50%). *Calmette* на 10 орхитов 3 атрофии (33,3%). *Granier* на 12 орхитов констатировал впоследствии 3 атрофии (25%). *Jourdan* осматривал одного уст.-офиц. через 5 месяцев после перенесенного им эпидемического орхита левой стороны и ясно наблюдал значительное уменьшение в объёме яичка левой стороны. Из 11 случаев орхита у солдат этот автор через несколько месяцев после болезни нашёл атрофию в 10 случаях, что составляет 90,9%; в пяти из этих случаев яичко было величьею в зерно боба; в трёх уменьшено на половину и яиче нормального, в двух уменьшено было незначительно. *Lereboullet* демонстрировал в «Société médicale des Hôpitaux» 1877 г. 10 авт. солдат 22 лет, перенесшего 4 месяца назад эпидемический орхит; у него при исследовании было заметно резко выраженная атрофия страдавшего в течении болезни яичка. *Serterkorn* наблюдал через 2½ месяца после болезни 94,6% атрофий у солдат, перенесших эпидемический орхит; в одном случае было полное исчезание яичка; в трёх объём большего яичка был в три раза меньше нормальной величины. После эпидемии перипаротита среди воспитанников парижской политехнической школы *Védrènes* нашёл атрофический процесс в 40 случ. из всех 25 (66,62%); в одном случае была атрофия обоих яичек. Средний процент последовательных атрофий на основании всех, имевшихся в литературе данных, равняется 52,26%. *Laveran* (а) определяет его в 63%, а *Granier* на основании статистики военных врачей указывает менее высокий процент — (44%). *Gérard* говорит, что на каждые 100 случаев эпидемического орхита бывает 45 последовательных атрофий. А. *Védrènes* на основании 42 эпидемий даёт, близкий к указанному *Laveran* средний % последовательных атрофий (61%). Последовательная атрофия весьма редко наблюдалась с двух сторон, а атрофия левого яичка наблюдалась втрое чаще правого. На 170 случ. последовательной атрофии яичек приходится 167 односторонних и 3 двусторонних; из 13 случаев односторонней атрофии 10 было слева и 3 справа.

В большинстве случаев последовательная атрофия яичек наступает с того момента, когда исчезает прилив крови; яичко при этом начинает уменьшаться в объёме, напряжённость его ла-

дасть и оно становится как-бы спавшимся; дѣлается млече нормального и при давлении пальцами не особенно болезненно.

Sorel говоритъ, что послѣ орхита яичко дни 3—4 не имѣетъ нормальнаго объема и консистенціи даже въ случаяхъ безъ послѣдующей атрофіи. По Laveran'у въслѣдъ за прекращеніемъ цыщической при орхитѣ лихорадки пораженное яичко во всѣхъ случаяхъ уменьшается въ объемъ и становится болѣе мягкимъ и мягкимъ.

Атрофическій процессъ въ яичкѣ Jourdan объясняетъ такимъ образомъ. Яичко становится меньше своей нормальной величины и не въ состояніи выполнить своимъ веществомъ того пространства, которое даетъ ему albuginea. Такъ какъ сѣмянные каналы (Richet) въ яичкѣ сгруппированы въ отдѣльныя дольки, раздѣленные другъ отъ друга переторчками изъ вѣны и артерій, то въ періодъ прилива крови при эпидемическомъ орхитѣ, переполненные послѣдніе сосуды сдавливаютъ каналы, причемъ не податливая albuginea не въ состояніи своимъ растяженіемъ нейтрализовать эффектъ прилива крови. Когда все это продолжается достаточно долго, то по исчезаніи этого послѣдняго канала уже не принимаютъ своего прежняго объема; яичко въ силу этого обстоятельства дѣлается меньше, albuginea сморщивается, а само яичко въслѣдствіи получаетъ свою нормальную консистенцію при сравнительно маломъ объемѣ, который уменьшается въ большинствѣ случаевъ на половину, треть нормальной величины; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, это уменьшеніе объема достигаетъ высокихъ степеней—до полной атрофіи. Описываемый процессъ, достигши извѣстной степени, останавливается, дѣлается стационарнымъ и только въ незначительномъ числѣ случаевъ это можетъ совершиться на столько рано, что яичко снова принимаетъ свой нормальный объемъ и консистенцію. (Pénet). Sorel обратитъ вниманіе на то обстоятельство, что степень послѣдующей атрофіи яичка зависитъ отъ продолжительности бывшей при орхитѣ лихорадки: чѣмъ послѣдняя была продолжительнѣе, тѣмъ рѣже была выражена въслѣдствіи атрофіи и въ случаяхъ, гдѣ лихорадка продолжалась нѣсколько дней, этотъ авторъ наблюдалъ почти полную атрофію половой железы.

Спрашивается теперь, какъ можно объяснить при настоящемъ состояніи нашихъ знаній столь часто наблюдаемую при эпидемическомъ перипаротитѣ локализацию въ области яичекъ? Какая близкая связь можетъ быть между этими, столь отдаленными другъ отъ друга областями и вызывающими далеко не сходныя по результату функціи?

Въ прежнія времена послѣдовательное заболѣваніе яичекъ принималось за такъ называемый метастазъ и въ этомъ смыслѣ называли самое страданіе (orchitis metastatica.) Дукали, что болѣзнетворное начало, не успѣвши вполнѣ выразиться въ своей первой локализаци, выбирало для этой цѣли другую область. Выказывалось мнѣніе (Pearson, Krügelstein), что такое переселеніе болѣзнетворнаго процесса можетъ происходить то въ силу слишкомъ энергичнаго леченія, то наоборотъ въслѣдствіе полного терапевтическаго невниманія, то наконецъ въ силу простуды, когда больной при не вполнѣ еще оконченномъ процессѣ оставляетъ комнату и выходитъ на открытій воздухъ. Сущность прежняго ученія о переносахъ такъ описывалась Jaumes'омъ: «Dan sles affections, c'est-à-dire dans les maladies intéressant l'organisme entier, il existe un morbo; celui-ci peut d'abord être convenablement satisfait. Mais qu'une influence intercurrente vienne arrêter l'évolution des actes morbides normaux avant que le besoin interne ait pris fin, d'autres les remplacent.» Въ доказательство своего взгляда наблюдатели приводили тотъ фактъ, что съ наступленіемъ локализаций въ яичкѣ околушная область быстро приходила въ нормальный видъ, будучи до того сильно опухшею. Miquel, признавая орхитъ за метастазъ, говоритъ, что локализация эта была наблюдаема имъ послѣ исчезанія опухоли въ области околушной железы, хотя онъ и приводитъ одинъ случай, гдѣ орхитъ явился до исчезанія такой опухоли. Boyer видѣлъ, что съ появленіемъ орхита перипаротитъ быстро проходитъ; тоже самое наблюдалъ Soltmann (b). Внезапное спаденіе опухоли въ области околушныхъ железъ по Kocher'у не рѣдко совпадаетъ съ появленіемъ орхитовъ. Но съ другой стороны Blondin въ засѣданіи медицинскаго общества въ Парижѣ 1-го апрѣля 1870 г. показывалъ случай, гдѣ у очень крѣпкаго юноши развились двойной орхитъ на 5 день отъ появленія опухоли въ области околушныхъ железъ; послѣднія нисколько не уменьшались въ объемѣ при появленіи локализаций въ яичкахъ. Доводы въ пользу объясненія локализаций въ яичкахъ переносомъ не доказательны уже потому, что въ нормально протекающихъ случаяхъ болѣзни орхитъ появляется регулярно на 5—8 день отъ появленія опухоли въ области околушной железы, что въ случаѣ двусторонняго перипаротита, второй изъ нихъ развивается на 2—4 день послѣ перваго. Даже

^{*)} Thèse de Gastet стр. 24—25

были случаи и целые эпидемии, когда первичной локализацией болезни была область яичек, перипаротит же развивался последовательно; были эпидемии, в течение которых у больных наблюдался только орхит, а перипаротита совсем не было. Мы не знаем причины последовательного заболевания предположенных к тому органов, но мы должны признать, как прочно стоящий факт, что область околушннх желез при описываемом страданіи представляет наибольшую степень наклонности к заболеванию—она есть *locus minoris resistentiae*. Большинство авторов в настоящее время, отрицая перенос, признают самостоятельность локализаций болезненного процесса (*Combeau, Gérard, Canstatt, Boyer* и др.). Слюнные железы и половые поражаются независимо друг от друга (*Bouteillier*); при локализации в яичкѣ болезнетворный агент прямо вліяет на них вещество, такъ какъ часто наблюдается эпидемическій орхитъ безъ локализаций в области околушннх железъ (*Madamet*)—*Gerhardt* (b) говоритъ, что такъ называемые метастазы нужно относить къ вторичнымъ локализациямъ, какъ бронхитъ при кори, воспаление почекъ при скарлатинѣ. Весьма серьезный по описываемой болѣзни наблюдатель—*Laveran* (a) въ такомъ смыслѣ опредѣляетъ эпидемическій перипаротитъ. «Болѣзь острая, общая, заразительная и специфическая, исходящая съ сынными лихорадками, характеризующаяся локализациями въ области железистой системы и въ частности въ области слюнныхъ, грудныхъ железъ и яичекъ».

Принимая во всѣхъ случаяхъ описываемой болѣзни участіе слизистой оболочки полости рта, *Soltmann* (a) говоритъ, что болезнетворная причина прежде всего локализуется здесь и отсюда региминируетъ чрезъ выводной протокъ околушннх железъ попадая въ эту послѣднюю, вызывая тамъ характерное припухание. Рѣдкость этой болѣзни въ первый годъ жизни объясняется по автору тѣмъ, что отверстіе Стеенова протока въ этомъ періодѣ такъ узко, что оно бы мѣшало проникновению заразнаго начала. Переносъ же заразы въ область половых органовъ по *Soltmann* у возможно въ прямомъ путемъ. *Kocher* въ статьѣ своей о болѣзняхъ яичекъ по этому поводу выражается такъ. «Метастазъ въ томъ прежнемъ смыслѣ, что воспаление, подобно нечистоту духу, покидаетъ одинъ органъ съ тѣмъ, чтобы кинуться на другой, ставъ для насъ неудобопонятнымъ. Поэтому если мы и удерживаемъ названіе *orchitis metastatica*, то оно должно обозначать ничто иное, какъ то, что редкость, ведущая яч-

ко къ воспаленію обнаруживаетъ свое дѣйствіе, или видѣруется сперва на какомъ-либо другомъ мѣстѣ тѣла. Поэтому и дано эпидемическому орхиту названіе вторичнаго воспаленія, чтобы такимъ образомъ выразить воспріятіе обуславливающихъ воспаление веществъ изъ воспаленной околушннх железъ и заносеніе ихъ въ яичко. Этимъ однако фактъ выраженъ недостаточно и мы указали выше, что въ большинствѣ случаевъ *orchitis* бываетъ первичнымъ». Далѣе этотъ авторъ говоритъ, что эпидемическій перипаротитъ въ большей части случаевъ болѣзь слизистой оболочки полости рта; стоматитъ при этомъ продолжается на слизистую оболочку выводныхъ слюнныхъ протоковъ, слѣдствіемъ чего является воспаление железъ, имѣющихъ такіе протоки въ полости рта. Болѣзь можетъ перейти на полость глотки и вызвать ангину и фарингитъ; отсюда она можетъ продолжаться на пищеводъ и желудокъ, результатомъ чего являются столь постоянно наблюдаемыя гастрическія расстройствя; наконецъ специфическій ядъ изъ области кишечнаго канала переходитъ на слизистую оболочку мочевыхъ путей: происходитъ воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала.

Столь остроумная и строго последовательная теорія *Kocher*'а къ сожалѣнію относится только къ исключительнымъ случаямъ; большинство же обыкновенныхъ формъ не оправдываютъ ее ни съ точки зрѣнія симптоматологіи, ни тѣмъ болѣе теченія болѣзни. Если прибавить сюда заявленіе *Laveran*'а, что существованіе уретрита, или вагинита при эпидемическомъ перипаротитѣ совсѣмъ не доказаны и что этотъ авторъ при всемъ огромномъ, имъ наблюдавшемся, числѣ случаевъ этой болѣзни, при осложненіи даже орхитами, ни разу не видѣлъ участія слизистой оболочки мочевыхъ путей, то теорія *Kocher*'а должна быть отнесена къ числу весьма неудачныхъ.

Почему болѣзнетворная причина при эпидемическомъ перипаротитѣ поражаетъ въ первой линіи область околушннх железъ, затѣмъ довольно часто яички, а иногда грудныя железы—то мы объ этомъ столько-же знаемъ, какъ и относительно другихъ заразительныхъ и острыхъ страданій: мы одинаково не въ состояніи себя объяснить, почему при скарлатинозномъ процессѣ специфическій ядъ поражаетъ преимущественно кожу, миндалиныя железы и почки; почему при тифѣ страдаетъ главнымъ образомъ фолликулярный аппаратъ кишечника, мезентеріальныя железы, лимфатическія и селезенка; наконецъ почему при остромъ соленомовомъ ревматизмѣ сплюсн и ридомъ

наблюдаются заболѣванія перикардіи и эндокардіи. Остается допустить, что область околушнхъ железъ и яички представляютъ для специфическаго яда самые лучшіе реагенты; чаще всего и скорѣе отвѣчаетъ на раздраженіе область околушнхъ железъ, затѣмъ протѣкаютъ слюнныя железы, потомъ яички и лимфатическія железы вообще. Связистыя оболочки различныхъ областей могутъ вовлекаться также въ процессъ, но явленія такого рода весьма не постоянны и въ большинствѣ случаевъ носятъ характеръ сравнительно рѣдко наблюдаемыхъ осложненій.

По поводу непостоянства для насъ симпатіи между областью околушнхъ железъ и половымъ аппаратомъ авторами приводятся факты, говорящіе въ пользу какой то связи этихъ отдаленныхъ областей, связи непостоянной въ настоящее время научному объясненію. *Bil-loir* ¹⁾ рассказываетъ случай, гдѣ у молодого человека 21 г. онъ наблюдалъ въ 1857 г. осложненіе перипаротитомъ лѣвой стороны при гонорройномъ орхитѣ; эпидемія перипаротита въ это время не было. Въ доказательство того, что здѣсь былъ перипаротитъ, *Bil-loir* говоритъ, что опухоль въ области железы явилась въ теченіи одной ночи, она была мало болѣзненна и скоро прошла. *Diday* ²⁾ на это возражаетъ, что здѣсь могло быть простое совпаденіе, описываемый же *Billoy* орхитъ протекалъ совершенно такъ, какъ это наблюдается въ перипаротитѣ. *Peter* говоритъ, объ одной женщинѣ, у которой опухоль въ области околушной железы возрасшлась нѣсколько разъ. Не правильныя оцѣнки были въ періодъ, когда не было опухоли; во время ея теченія обыкновенно онъ отсутствовали. Чаще, чѣмъ опухоль въ области околушной железы у этой женщины развивался тромбъ большой, или малой дѣтородной губы лѣвой стороны. У большой нѣсколько разъ вѣдѣсто менструацій являлась или опухоль въ области околушной железы, или, что чаще, тромбъ дѣтородной губы съ разрывомъ сосудовъ и кровотеченіями. На основаніи этого факта *Peter* признаетъ несомнѣнную связь между областью околушной железы и половымъ аппаратомъ; онъ думаетъ, что процессъ въ области первой при этомъ выражается только приливомъ крови. *Bilroth* изъ своей практики въ Цюрихской клиникѣ приводитъ случай, гдѣ послѣ травмы яичка было припуханіе до того

совершенно здоровой околушной железой. *Mörke* описалъ въ 1880 году пять случаевъ оваріотоміи, осложнившихся перипаротитомъ: въ первомъ изъ этихъ случаевъ на 4 день послѣ удачно произведенной операціи, когда лихорадочнаго состоянія не было замѣтно, вдругъ темп. начала повышаться, явилась быстро опухоль лѣвой околушной железой, окончившаяся нарывомъ; на 11 день появилась опухоль правой околушной области съ переходомъ въ разрывшеніе. Во второмъ случаѣ подобная опухоль съ переходомъ въ нагноеніе развилась на 6 день послѣ операціи и также съ повышеніемъ темп. Въ 3-мъ припуханіе подчелюстныхъ, подмышечныхъ и околушной железъ появилась на 6 день послѣ операціи и также съ повышеніемъ темп. Въ 4-мъ случаѣ припуханіе правой околушной области развилось на 7-й день послѣ операціи и чрезъ 6 дней исчезло безслѣдно. Въ 5-мъ случаѣ послѣ оваріотоміи былъ абсцессъ въ области правой околушной железы. Авторъ прибавляетъ, что въ это время эпидемическій перипаротитъ былъ среди дѣтей служащихъ въ этомъ заведеніи лицъ; нѣкоторые изъ сидѣлокъ также перенесли эту болѣзнь. Среди не оперированныхъ больныхъ, бывшихъ въ этомъ учрежденіи, не было ни одного случая заболѣванія перипаротитомъ.

Въ заключеніе всего, только что сказаннаго, нужно прибавить, что самый процессъ при этого рода орхитѣ не можетъ прямо относиться къ категоріи воспалительныхъ съ присутствіемъ этимъ послѣднимъ рѣкими явленіями. Наблюдались весьма часто послѣдовательныя атрофіи яичекъ, явившіяся слѣдствіемъ крайне слабо выраженнаго прилива крови; врядъ ли съ другой стороны можно объяснить чисто анатомически ту быстроту, съ какою рѣдко выраженный орхитъ оканчивается путемъ разрывшенія безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій. Трудно повторить, чтобы незначительной степени приливъ крови къ яичку могъ дать послѣдовательную его атрофію. Нельзя ли допустить не посредственное дѣйствіе болѣзнетворнаго начала на элементы мужской половой железы? Ближайшая зависимость между специфическимъ «яѣточ» описываемой болѣзни и производимыми имъ эффектами, т. е., между причиною и дѣйствіемъ для насъ остается совершенно не извѣстною и по-этому поводу можно сказать вмѣстѣ съ *Leichtenstern* «оmъ „Man könnte an Verschiedenes denken“.

¹⁾ Gaz. hebdomad., 1859, стр. 617.

²⁾ тамъ же, стр. 635.

Локализация боли в области женских половых органов.

Локализация в области яичников при эпидемическом перипарити наблюдается сравнительно с таковыми в области мужских яичек далеко не часто и в литературе по этому поводу пишутся не много, подчас даже сомнительные указания. Явление это может и должно казаться странным, приняв во внимание аналогию, которая существует между этими двумя железами с функциональной точки зрения. Авторы руководить по женским болезням проходят этот вопрос молчаливо, а *Grisolle* в своей внутренней патологии говорит, что локализация эти далеко не доказаны. В литературе, правда, имеется только одно наблюдение где были исследованы яичники *per vaginam*, но с другой стороны приливая к этой области в силу их ограниченной интенсивности могли не давать повода больным обращать на них внимание врачей. Самым серьезным препятствием для точной диагностики таких локализаций по моему мнению был возраст женщин (6 ч. девушки), когда всякое акушерское исследование удается делать, как известно, с большим трудом. Отсюда не допустить, что эта локализация в области яичников бывает гораздо чаще, чем об этом говорят и что она протекает еще слабее, чем аналогичная ей локализация в области яичек, находящихся по своему положению в менее выгодных сравнительно с яичниками условиях? Кроме случаев, где констатированы были боли в области яичников с припуханием соседних, авторы обратили внимание, как я уже об этом упоминал в той отделе этиологии, по то обстоятельство, что у лиц женского пола, страдающих эпидемическим перипаритомом, весьма нередко нарушается отделение месячных кровей, причем последние то прекращаются на более или менее продолжительное время *suppresso mēnŕim*, то являются раньше того, как им следовало, то наконец они становятся весьма скудными, или, что реже, слишком обильными.

Мы совершенно не знаем сущности процесса при этом рода осложнений, но игнорировать описанные авторами случаи во всяком раз нельзя. Незнание сущности патологического процесса ни сколько не дает права на его отрицание.

О нарушении месячных отечений при перипарити говорил уже *Lagay*; о воспалении яичников *Krűgelstein*.

Принадли при этих локализациях согласно описанию наблюда-

ших их авторов будут следующие. Общие симптомы весьма различны. В одних случаях потери аппетита, резко выраженная лихорадка, возбужденное состояние и бессонница; в других дело ограничивается легкой тошнотой без ознобов и лихорадки; в третьих не бывает вовсе признаков со стороны всего организма, а только местные. Все соседних первое место занимают боли в нижней части живота; они ограничиваются одною, то обими подвздошными областями и в точности соответствуют месту положения яичников. При ощупывании находить в этом месте опухоли различных объемов, но во всяком случае превышающую нормальный объем яичка; опухоль эта весьма болезненна к давлению и подвижна; она вытянута в поперечном направлении. Скоро все описанные признаки уменьшаются, лихорадка, если она была резко выражена, сразу падает и боли прекращаются. Вот шесть случаев с этого рода локализациями.

Случай *Bontellier*. У правильно до того менструировавшей девушки в течении перипарита, явилась опухоль правого яичника с болью в обеих подвздошных областях. Мсячные были обильнее обыкновенных и продолжались дольше на 24 часа. Исход опухоли — разрешение.

Женщина 24 л. поступила в госпиталь 28 июня 1865 г. с опухолью в области обеих околушних желез. Из анамнеза видно, что 21 июня она проснулась с мало болезненным двусторонней опухолью околушних областей; наружные покровы не были при этом красны; жевание было затруднено; также; болия посылалась гастрические признаки. 29 значительные боли в обеих подвздошных областях; место их давало полное право думать о припухании яичников. В течении ночи тошнота; озноба нет. 30-го только боли в правой подвздошной области, где прощупывается маленькая опухоль, немного продолговатая в поперечном направлении, подвижная, болезненная к давлению, но величин превышающая нормальный объем яичника; по записавшей боль этого соседства. 1-го июля правый яичник очень болезненный, с левой стороны никаких явлений. 3-го боли в правой паховой области начинают уменьшаться и 13-го женщина выписана здорова. По выходе из госпиталя она имела правильные регулы и боли в области яичников больше не возобновлялись.

Случай *Dumarest*. Девушка 19 л. кривого сложения. Вследствие развившегося перипарита не имела должественных быть регул и страдала болью в области яичников и чувствительностью живота при давлении в подвздошных областях.

Случай *Rizet*. Дев женщины (29 и 32 л.) при эпидемическом перипарити страдали очень сильными болями в малом тазу, которые в точности соответствовали нормальному положению яичников.

Случай *Meynel*. 18vi/66 года поступила в клинику *Meynel* девушка 16 лет, плохого сложения и лифатического темперамента. За 5 дней до поступления в больницу имела лихорадку, голопокружения, боль и опухоль на

уровень угла нижней челюсти правой стороны. На второй день ее поступлении опухоль была явственно отечна и занимала всю область правой окологной железы; боль была очень сильна; изъевшей паружихи покровов не было; тошнота; пульс 92. 3-го июня состояние то же. 8-го опухоль исчезла, но к вечеру возбужденное состояние, бессонница и лихорадка. Больная жалется на сильную боль в животе. В области обихих fossae iliacae, но главным образом с правой стороны. Пальпация живота болезненна и обнаруживает набухание правого яичника. 10-го боли с твоей стороны прекратились. Матбшее давление в правой подвздошной области вызывает сильную боль. При глубоком ощупывании констатируется значительная опухоль, занимающая область правого яичника и представляющая по виду набухание этого органа. В следующие дни боль та же; опухоль болбе тверда; лихорадка падает; общее состояние лучше. 17-го, т. е. на 9-й день от начала этой локализации, боль в животе значительно уменьшилась; ощупывание позволяет чувствовать округленную опухоль, плохо ограниченную, объема большого ореха, сидящую глубоко в правой подвздошной области и дающую при ощупывании чувство сопротивления. 25-го опухоль и болезненность продолжают; боли в пояснице и пахах, как прежде регулярны. 27-го ничего нового, но нетерпение лихорадка и боль в области угла нижней челюсти. 28-го боль живота и опухоль исчезли, но появились дусторонняя опухоль окологной области. Краснота мигдалевидных желбз; мягкого нёба, тьба, припухание подчелюстных желбз, лихорадка, обожженный язык. 3-го июля angina tonsillaris и опухоль уменьшилась. Больная жалется на боли в нижней части живота и в подвздошных областях, преимущественно твоей стороны. Кровотечение из носа, боли в пояснице и животе в течение 5 дней; левая опухоль в твоей подвздошной области. 12-го тьбачных очипений птьб; только что упокаяная опухоль меньше тьбач; значительное уменьшение болей. 20-го все возвратилось к норме и больная выздоровела. По автору диагноз в этом случае был подтвержден исследованием через влагалище.

Исходь эпидемического оофорита в разрыве есть вбродно общее правило, хотя *Meinhardt* еще в 1853 году наблюдал случай тьбушки 16 лтьб, у которой при дустороннем перипаротите образовался нарыв в твоей подвздошной области и был вскрыт автором, причем отбдлался в большем количестве гной. Больная выздоровела. *Meinhardt*, признавая этот абсцесс, как следствие локализации болзни в области яичника, думает, что в данном случае был гнойный переоофорит.

Из других частей женского полового аппарата вбродко чаще наблюдались локализации болзни в области влагалища и больших тьтородных губб. Симптомы этого страдания весьма не сложны. При отсутствии воспалительной реакции, без обихих симптомов появляется быстро опухоль одной, или обихих больших тьтородных губб с весьма не ровной степенью интенсивности. Пораженные части красны, или багрового цвьта; больная испытывает чувство жжения, а чаще жуда;

в других же случаях, при этом наблюдались довольно значительные боли в пояснице и пахах. Страдание само по себе пустое и разбрасывается в течение вбродкольных дней без великих последствий (*Pinel*).

О локализациях в больших тьтородных губбах существуют следующие указания. *Laghi* в половине прошлого столетия наблюдал локализацию в больших тьтородных губбах с болями в пояснице и лоббх *J. Frank* также видел подобные факты. *Panch* во время эпидемии среди детей Московского Воспитательного дома видел три случая локализаций в тьтородных губбах у тьбушек, страдавших перипаротитом. *Rilliet* при эпидемии в Женеве 1848—1849 гг. описывает один случай вульвита у женщины 26 лтьб; локализация наступила на 5 день от развития опухли в области окологной железы и все прошло чрез 3—4 дня без великих последствий. *Combe* говорит, что в клинике *Furnier* одна женщина при эпидемическом перипаротите имела вульвит с припуханием больших тьтородных губб; пораженные части имели экзематозный вид и сильно зудели. По *Roche*'у у женщин при эпидемическом перипаротите бывають боли в пояснице, лоббх и чувство покалывания в влагалище. *Barallier* ¹⁾ видел один случай, где после перипаротита с исходом в нагноение появились значительные припухание правой большой тьтородной губбы. Вряд ли можно согласиться с мнением *Behier*, который думает, что припухание тьтородных губб при эпидемическом перипаротите только «le résultat fortuit de manque de soins et de propreté». На это можно сказать, что в случае справедливости такого вывода припухание эти должны бы встречаться значительно чаще, тьбм их наблюдали.

Chauvard наблюдал один случай прилива к матке у женщины, страдавшей эпидемическим перипаротитом, но к социальности не упоминает, тьбм выразился такой прилив; а *Groffier* видел даже fluor albus с припуханием наховых желбз.

Локализация в области грудных желез. Mastitis periparotidea.

Локализация эти наблюдались сравнительно не рьдко. Грудая железа у женщин по частоте наблюдающихся в ней локализаций соответствует яичкам у мужчин и по *Laveran* ²⁾ это страдание на

¹⁾ См. *Gaithard*.

столько обыкновенное явление у первых, как орхиты у последних. Большое число авторов наблюдали, а некоторые подробно описали приливы к грудной железе у женщин, страдавших эпидемическим перипаротитом. Нужно думать, что еще до *Hamilton'a* наблюдались эти локализации, так как последний говорит, что он слышал от других об этих приливах к грудным железам, хотя твердо не помнит, наблюдал ли он сам подобное явление. *Rochard* указывает на плохо проведенное лечение, как на причину этих локализаций. *Cavallini* во время эпидемии перипаротита во Флоренции наблюдал часто чередование опухолей в области околушной железы с локализациями в грудных железах у девушек. *Binel, Corzerey* и др. врачи того времени также упоминают об этих локализациях. В диссертации *Trenel'a* (1812 г.) приведены следующие три наблюдения, показывающие характер и течение припуханий грудных желез у женщин.

1) Девушка 18 лет почувствовала в ночь с 20 го на 21-ое апреля 1807 г. быстро развившаяся дѣя больная опухоль щек при красноте и повышенной теплоте наружных покровов. Двусторонняя опухоль в области околушных желез росла быстро; пульс твердый и частый, бессонница, язык с налетом, сухость во рту. На 5-й день опухоль, больше выраженная в близлежащая с левой стороны, исчезает. В течение дня близость в области грудных желез; пульс поднимается, кожа горяча, головные боли, обложенный язык и бессонница. На 6-й день объем грудных желез увеличивается параллельно с близостью. На 7-ой день объемный пот, быстрое сращивание опухолей грудных желез и выздоровление без всякого лечения.

2) Женщина 30 лет заболела вечером 18-го, 08 года, при этом опухла очень сильную боль в области околушных желез. На следующий день появилась опухоль в этих областях; она горяча на ощупь и близка. Сухой язык. На 3-й день опухоль увеличивается в объем, на 4-й уменьшается, а на 5-й почти проходит. В течение 6-го дня близость и припухание грудных желез без поднятия температуры. На 7-й день грудная железа на ощупь горяча; больная испытывает тупые боли; сон беспокойный. На 8-й день больная объемный пот, быстрое уменьшение опухоли грудных желез; на 9-й выздоровление.

3) Девушка 15 лет. Явления те же, что в случае № 1.

Локализации в области грудных желез, как и в области яичников не встречаются в детском возрасте, когда железы эти находятся в зачаточном состоянии. *Rilliet* впрочем наблюдал один случай *mastite d'emblée* у девочки 5 лет, во время эпидемии перипаротита среди детей Женевы (1848—1849), а *Merlini* видел два случая мастита у грудных детей, но на это можно возразить, что припухлость сосков у этих последних явление не редко наблюдае-

мое без всякого специфического влияния. *Marroin* в Константинополе видел один случай мастита с тифозными припадками. *Roche* при эпидемическом перипаротите среди воспитанниц одного женского пансиона наблюдал много подобных локализаций. *Panck* описал три случая, *Jobard* на корабле «*Medouse*» один (на 5-й день от появления опухоли в области околушной железы); *Chavard* также один, а *Kruegelstein* во время эпидемии в Ордруфе видел их несколько.

Впрочем не у одних женщин наблюдались эти локализации. *Rigei* при эпидемии в Аппрассе наблюдал три случая мастита у мальчиков, страдавших перипаротитом. Два солдата при перипаротите также имели припухлость грудных сосков; у одного из них развились на правой соске четыре добавочных доли (quatre seins supplémentaires), как это бывает в начале беременности. На 2-й день появилось припухание грудной железы, *oeolum* получило черную окраску, из соска вытекала серозная жидкость; все это продолжалось в течение пятидесяти дней. *Lemarchand* приводит подобный же случай. *Merlini* во время эпидемического перипаротита наблюдал у молодого человека 16 л. припухание обеих грудных желез без участия околушных областей (*mastite d'emblée*); автор говорит, что припухания эти были следствием той же причины, как одновременно наблюдавшийся эпидемический перипаротит. *Sailland* в своей диссертации рассказывает про солдата, поступившего в госпиталь с бронхитом и страдавшего быстро развившеюся припухлостью обеих сосков; одновременно было много случаев эпидемического перипаротита. *Ewertmann* *) видел 2 случая мастита у солдат; в одном из них опухоль в области грудной железы разрослась до такой степени, что ее пришлось экстирпировать. Микроскопическое исследование вырванной опухоли обнаружило простую гипертрофию железистой ткани.

Описываемая локализация сопровождается такими припадками. Лихорадка, как при нормальных формах перипаротита, бывает различной силы, смотря по случаю и индивидууму. В приведенном выше наблюдении № 1 *Trenel'a* общие припадки были менее выражены, чем в случае № 2. Железа начинает увеличиваться в объеме, консистенция ее повышается и при ощупывании она кажется

*) I. c.

более твердой, болезненность является одновременно с местным повышением температуры. Часто больные отмечают чувство напирания в области подложечки и подмышечной впадины. Затѣмъ въ теченіи нѣсколькихъ дней опухоль и местная боль уменьшаются и наступаетъ скоро выздоровленіе безъ всякихъ послѣдствій путемъ разрѣшенія опухоли, какъ при перипаритѣ. Продолжительность этихъ локализаций среднимъ числомъ нужно принять въ 4—5 дней.

Локализация въ области мочеиспускательнаго канала.

Urethritis periparotidea.

Локализация въ области мочеиспускательнаго канала, считаема *Lacaze* о'мъ далеко не доказанною при эпидемическомъ перипаритѣ, указана, однако, достаточнымъ числомъ авторовъ. *Groffier* наблюдалъ одинъ случай течи изъ мочеиспускательнаго канала при эпидемическомъ орхитѣ. *Gravis* и *Stiehnart* видѣли случаи, гдѣ были такія локализации; больные ощущали при этомъ чувство покалыванія и жжения при мочеиспусканіи. Изъ отверстія мочеиспускательнаго канала отдѣлялась свѣтло-желтоватая жидкость. Всѣ эти симптомы моментально прекращались послѣ того, какъ проходилъ орхитъ; во время истеченія возобновлялись еще на нѣсколько дней. *Kocher* говоритъ о мальчикѣ, страдавшемъ при перипаритѣ частыми позывами къ мочеиспусканію; моча отдѣлялась въ скудномъ количествѣ; устье мочеиспускательнаго канала при изслѣдованіи найдено гиперемизованнымъ. *Malabouche* приводитъ случай *Spire*, гдѣ при двустороннемъ перипаритѣ и лѣвомъ орхитѣ было желтоватое истеченіе изъ уретры, исчезающее мало по малу чрезъ 8 дней, но потомъ снова возобновившееся, когда при лихорадочномъ состояніи развились орхитъ правой стороны. Чрезъ 7 дней все прошло. *Durosiez* въ 1856 году наблюдалъ молодого 20 л. человека, страдаващаго эпидемическимъ орхитомъ съ самымъ типичнымъ отдѣленіемъ изъ уретры. Гонорройный процессъ въ этомъ случаѣ авторъ отрицаетъ положительнымъ образомъ. *Schmit* ¹⁾ видѣлъ случай солдата, у котораго во время перипаритита была течь изъ мочеиспускательнаго канала, продолжавшаяся до разрѣшенія опухоли (8 д.); орхита и воспаленія придатка не было. Больной триперомъ не страдалъ.

¹⁾ Arch. de méd. et de pharm. milita. 1883 т. 4. стр. 109—110

Локализация въ области предстательной железы.

Prostatitis periparotidea.

Локализация въ области предстательной железы наблюдалась весьма рѣдко быть можетъ въ силу незначительныхъ, вызываемыхъ ею, припадковъ, которые могутъ быть легко просмотрѣны даже опытнымъ наблюдателемъ. *Groffier* приводитъ одинъ случай припуханія этой железы въ теченіи эпидемическаго орхита. *Gosselin* наблюдалъ такой фактъ въ своей хирургической клиникѣ.

У молодого человека 22 л. появилась мало болезненное припуханіе яичка безъ участія придатка. Верхняя часть яичка нѣсколько тверже и дасть ощущеніе туберкулезнаго узла, окруженнаго воспалительнымъ поясомъ. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку найдена припухлость предстательной железы безъ поверхностныхъ узловъ, какъ это бываетъ при туберкулахъ въ этомъ органѣ. Можно было допустить существованіе глубокихъ узловъ, развившихся вслѣдствіе общаго простатита. Но консистенція и недавнее появленіе орхита нисколько не оправдывали этого предположенія. *Gosselin* спрашивалъ больного, не было ли у него за нѣсколько дней раньше припухлости яичка такого-же припуханія въ области околушней железы и при этомъ получился утвердительный отвѣтъ. Въ концѣ третьяго дня припухлость яичка исчезла безъ уменьшенія органа и предстательная железа приняла свои нормальные размѣры. *Gosselin* заключилъ, что въ данномъ случаѣ былъ одновременный метастазъ на яички и предстательную железу; что въ томъ и другомъ органахъ процессъ выразился скорѣе въ формѣ прилива, чѣмъ воспаления и что наконецъ нужно остерегаться, чтобы не признать эпидемическій простатитъ за туберкулезный процессъ въ яичкѣ. Что описываемая локализация не имѣетъ ничего общаго съ острымъ воспаленіемъ предстательной железы, происходящемъ отъ простуды, травмы, гонорройнаго процесса и пр. видно изъ нижеприводимой совокупности припадковъ, носившихъ крайне невнятный характеръ. Чаще всего припадки эти остаются незамѣченными; больные не считаютъ нужнымъ обращать вниманіе врачи на мало беспокоящее ихъ чувство непріятнаго омушенія въ области промежности. Въ такихъ случаяхъ только одно изслѣдованіе rectum можетъ сказать врачу объ участіи въ процессѣ предстательной железы. Почему не допустить, что значительная часть локализаций въ яичкахъ сопровождается легкимъ припуханіемъ про-

статы и врачу нет надобности исследовать всякого, страдающего орхитом для того только, чтобы констатировать это припухание, проходящее для пациента вероятно без всяких последствий. В более редких случаях (*Gosselin*) можно наблюдать сильную боль в заднем проходе и промежности; значительная боль при испражении, при мочеиспускании, совершающемся по каплям; задержание мочи, как при настоящем остром воспалении желез, в таких случаях не бывает. При исследовании через прямую кишку прощупывается равномерная, но особенно твердая припухлость без значительной болезненности при надавливании исследующим пальцем. Характер страдания и быстрое исчезание опухоли одновременно с прекращением орхита весьма убедительно говорит за принятие особой формы воспаления предстательной железы, развивающейся в силу того же этиологического момента, как и одновременно наблюдаемый орхит. Остается сожалеть, что случай *Gosselin*'а почти единственный в знании, а это дает некоторое право допустить простое совпадение.

Уклонения от обыкновенных форм.

Не всегда перипаротит протекает таким правильным образом, как описано в отделе симптоматиологии обыкновенных форм; он может представлять в том отношении большие уклонения. По *Laveran*'у эти аномальные формы могут быть подведены под четыре категории: а) абортинные формы, б) *orchite aurtienne d'emblée*, когда локализация в яичках протекает совсем без опухоли в области околоушных желез; в) *typus inversus*, когда перипаротит является позже орхита и д) *oreillons sous-marillaires*, когда болезненный процесс выражается только в опухоли подчелюстных и лимфатических желез без участия области околоушных. К абортинным формам относятся случаи заболвания, где процесс протекает при слабо выраженных основных признаках, или в сравнительно короткий период времени.

Billiet видел много случаев, где при перипаротите было самое легкое припухание областей околоушных желез, но что локализация в яичках наблюдалась также часто, как и в случаях обыкновенных форм перипаротита; эта абортинная форма всегда предохраняла от вторичных заболваний. *Pencoldt* описывает три случая эпидемического перипаротита, где в одном (малютка 8 лет)

сразу поднялась до 39,5° и явилась припухлость подчелюстных желез. На 2-й день 39,6°, левая подчелюстная железа в яйцо павлина, а правая в маленький орхит. Опухоль в области левой околоушной железы была выражена в крайне слабой степени и вся болезнь окончилась не больше как в 5 дней. Второй случай появился через 7 дней после первого и представлял все характерные симптомы вполне выраженной опухоли в области околоушной железы, продолжавшейся очень короткое время. В третьем случае при едва заметной припухлости области околоушной железы была высокая 4° со второй. *Drozogez* наблюдал случай абортинной формы у женщины 35 лет, страдавшей бессонницей и болью под ложечкой, припухание же обеих областей околоушных желез было слабо выражено и продолжалось всего 3—4 дня. О двух подобных случаях у солдат говорит *Ewertmann*¹⁾.

Fournier при локализации в области яичек наблюдал только боли без всякой опухоли. *Wolff* на второй день от появления слабо выраженной опухоли в области околоушной железы видел локализацию в яичках, окончившуюся в течение трех дней. *Eklund* говорит, что некоторые из больных эпидемическим перипаротитом имели только озноб и головные боли, но не имели припухания области околоушной железы. По поводу последних случаев можно возразить, что признаки, которые наблюдал *Eklund*, могли быть следствием простого совпадения другой болезни. *Setterkorn* описал случаи болей в паху и яичках без орхита, но при высокой 4°. *Lury* на 33 случая перипаротита наблюдал 10 случаев только боли в области яичек без опухоли их. *Gastel* говорит об одном таком случае. *Зауценский* видел развитие орхита на 2-ой день от появления опухоли в области околоушной железы. *Orchite aurtienne d'emblée* наблюдался многими авторами в виде отдельных случаев в течение эпидемического перипаротита, причем в одну эпидемию таких случаев наблюдалось большое количество, в другую меньшее; даже наблюдались целые эпидемии, где весь болезненный процесс выражался только в локализациях в области яичек без всякого видимого участия околоушных областей. *Hamerlay* во время эпидемии перипаротита среди острожников Нью-Йорка видел большее число

¹⁾ 1. с.

орхитовъ эпидемическаго характера безъ опухолей въ области околушной железы, а *Duffey* среди гарнизона острова Мальты видѣлъ въ случаѣ заболѣванія такого характера и называлъ наблюдающуюся имъ болѣзнь *orchitis epidemica*. *Desbarreaux-Bernard* изъ 8 случаевъ только въ одномъ замѣтилъ незначительное припухание области околушной железы, въ остальныхъ же былъ только орхитъ.

Ressignier наблюдалъ 1 такой случай *Jacob* 2; *Desbarreaux-Bernard* — 7; *Widal* — 5; *Gerard* — 4; *Servier* — 1; *Jourdan* — 1; *Sorel* — 5; *Granier* — 1; *Cambeau* — 1; *Clement Dukes* — 1; *Kocher* — 4; *Johard* — 2; *Eisenmiller* — 2; *Debize* — 5; *Laveran* (b) — 1; *Fournier* — 1; *Boyer* — 5; *Metabouche* — 4; *Chauvin* — 1; *Bussard* — 2; *Eversmann* (c) — 17; 6 двѣхъ, 7 правыхъ и 4 двустороннихъ. *Lemarchand* — 1; *Heller* — 19; *Yerneuil* (Archiv. génér. de med. 1857 стр. 452). описалъ два случая (мальчики 12 и 10 л.), гдѣ послѣ ангины наступилъ орхитъ, окончившійся въ одномъ случаѣ въ эпоху половой зрѣлости атрофіей яичка. Подобныхъ же 2 случая по этому автору наблюдали *Guérant*. Характеръ орхитовъ былъ такой же, какъ при перипаротитѣ.

Кромѣ того во время эпидеміи въ Шатору 1833 года и Женевѣ 1848—1849 г. было значительное количество подобныхъ случаевъ. Общая сумма наблюдавшихся *orchitis d'emblee* равняется 83; если отнести ее къ общей цифрѣ заболѣваній, то процентъ этихъ формъ выразится въ 11,1%.

Tyrus inversus также не рѣдко наблюдаемая форма болѣзни. *M. Roques* въ 1833 году описалъ эту эпидемію, гдѣ локализация въ области яичекъ появлялась раньше перипаротита. *Bussard* на 28 случаевъ перипаротита видѣлъ эту форму въ 2; въ одномъ случаѣ орхитъ былъ раньше перипаротита на 24 часа, а въ другомъ на 36 часовъ. *Boyer* на 8 случ. перипаротита въ 7; *Jourdan* на 6 сл. въ 2; *Riset* на 27 въ 1; *Vidal* на 23 случ. въ 2. Отношеніе такихъ случаевъ къ общей цифрѣ заболѣваній на основаніи приведенныхъ данныхъ выразится 14: 95. *Lynch* видѣлъ много такихъ формъ при эпидеміи перипаротита среди солдатъ. *Graffier*, *Debize*, *Cressoies* и *Pinbach* (c) каждый видѣли по одному. — Во время эпидеміи въ Аррасѣ въ одномъ случаѣ опухоль въ области яичка развилась за 2 дня раньше появленія припухания области околушной железы, а въ другомъ припухание это было только чрезъ 2—3 дня послѣ орхита (*Riset*).

Adenitis submaxillaris periparotidea безъ всякаго участія области околушныхъ железъ наблюдалась то въ большемъ, то въ меньшемъ,

количествѣ случаевъ значительнымъ числомъ авторовъ, но мнѣ не удалось найти въ литературѣ такой эпидеміи, гдѣ бы процессъ во всѣхъ случаяхъ выражался только локализациями въ области подчелюстныхъ железъ безъ участія околушныхъ областей. *Spengler* говоритъ объ эпидеміи перипаротита, гдѣ процессъ въ большой части случаевъ ограничивался подчелюстными железами. *Leizen* видѣлъ 7 такихъ случаевъ на 645 всѣхъ заболѣваній перипаротитомъ. *Anodru*, цитируемый *Machado*, на 19 случ. перипаротита видѣлъ 4, гдѣ припухали только подчелюстные железы. *Sorel* упоминаетъ о такихъ случаяхъ. *Fabre* ихъ видѣлъ 4; *Chomel* одинъ; *Jourdan* на общую цифру заболѣваній (61) насчиталъ ихъ 3. При эпидеміи среди ученицъ Петербургскаго народнаго училища было 2 случ. *oreillons sous-maxillaires* на 11 всѣхъ заболѣваній. Припухание подчелюстныхъ железъ бываетъ большею частью двустороннее. *Jourdan* наблюдать его изъ 3 случаевъ въ двухъ. Описываемую форму перипаротита кромѣ только-что упомянутыхъ авторовъ видѣли: *Panch*, *Fehr*, *Rilliet*, *Trousseau* (a) *Chauvin*, *Gailhard*, *Lamotte* и *Soltmann* (b). Отношеніе всѣхъ наблюдавшихся случаевъ этой формы къ общей цифрѣ заболѣваній выразится какъ 1: 46.

Machado въ диссертации своей (1880) описалъ *oreillons sous-maxillaires*, какъ самостоятельную форму болѣзни. Продолжительный періодъ при ней бываетъ вообще слабо выраженъ и продолжается 12—24 часа. Опухоль бываетъ то съ одной, то съ двухъ сторонъ; кожа на опухоли напряжена, но не красна. Затрудненіе глотанія и жеванія въ чистыхъ формахъ не бываетъ, но слизистая оболочка рта представляется набухшею. Лихорадка бываетъ съ характеромъ перваго типа въ смыслѣ *Sorel*'а; теченіе ея строго циклическое, какъ при зрительныхъ формахъ. Продолжительность болѣзни у взрослыхъ 4—10, у дѣтей 5 дней. Рѣдко послѣ болѣзни остается затвердѣніе подчелюстныхъ железъ на болѣе, или менѣе продолжительное время, что по автору происходитъ вслѣдствіе уменьшенія экскреціи. Нагноеній и метастазовъ не бываетъ. Можетъ быть, что болѣзнетворный агентъ, попавши въ подчелюстныя железы, истощается и не можетъ давать другихъ локализаций, хотя послѣднія вполне возможны. *Machado* приводитъ слѣдующую исторію болѣзни, могущую служить типомъ обыкновеннаго хода описываемой имъ формы эпидемическаго перипаротита.

) l. c.

) см. *Machado*,

Субъект 43 лѣтъ поступилъ въ Lariboisière 18¹⁴, 27 74 г. За пять дней до поступления въ больницу онъ былъ на сильномъ вѣтрѣ и почувствовалъ при этомъ сильную боль въ основаніи рта съ иррадіаціей въ лѣвое ухо. 23 сентября опухоль въ подчелюстной области была уже велика, такъ что больной съ трудомъ и не внятно говорилъ. При осмотрѣ 27 ноября найдено значительное припухание въ подчелюстной области; собственно перипаротитъ не было и слѣда. Въ regio subhyoidea съ каждой стороны отъ средней линіи находится отчетливая, образованная подчелюстнымъ железомъ, бороздка; кожа напряжена, но безъ красноты. Когда производятъ давление пальцемъ въ этой области и притомъ въ средней линіи, то болей нѣтъ; но когда давить въ сторону отъ этой линіи, то больная испытываетъ значительную боль. При искусственномъ подпаянн кончика языка замѣтно расширение и вздутое отверстіе Вартонова протока. Теченіе болѣзни какъ при эпидемическомъ перипаротитѣ; полное разрушеніе опухоли и выздоровленіе 3-го октября.

Въ противоположность категорическому заключенію *Machado*, что при этой формѣ перехода въ нагноеніе не бываетъ, *Fehr* приводитъ исторію болѣзни, гдѣ эпидемическій перипаротитъ съ участіемъ въ процессъ только подчелюстной области окончился нагноеніемъ, хотя теченіе болѣзни было строгое циклическое и вполне соответствовало по своему характеру обыкновенной формѣ описываемаго страданія. Въ этой исторіи болѣзни *Fehr* такъ подробно описываетъ субъективныя ощущенія (болѣль самъ авторъ), что я счтало не лишнимъ привести ее въ томъ видѣ, какъ она описана больнымъ.

«39 лѣтъ отъ рожденія, изъ здоровой семьи, не золотушнаго сложенія. 20 лѣтъ отъ роду перенесъ stomatitis aphthosa, въ концѣ 1871 г. оспу; вскорѣ послѣ этого страдалъ въ теченіи 3 мѣсяцевъ острымъ ревматизмомъ и съ тѣхъ поръ до середины мая 1876 г. чувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Вечеромъ 22 мая неспитиельно потраивающій ознобъ и чуть не слезъ въ постель. Ночь провелъ не спокойно. Утромъ замѣтилъ величійный въ орѣхъ опухоль на заднемъ краѣ подчелюстной железы правой стороны; опухоль рѣзко ограничена, мало подвижна и болѣзненная. Общее состояніе въ слѣдующіе два дня было хуже: то холодъ, то жаръ; пульсъ 75—80. Вечеромъ чувство усталости, тяжесть въ носогнойной области; ложился по временамъ въ постель. Послѣ втораго сильного озноба усталость нѣсколько уменьшилась; опухоль распространялась быстро и была менѣ чувствительна къ давленію, чѣмъ къ сокращенію мышцъ при актѣ глотанія. Чувство боли уменьшилось чрезъ нѣсколько часовъ значительно въ силѣ, когда железа вслѣдствіе инфильтраціи околожелезачной соединительной ткани получила значительное утолщеніе своей оболочки; повышенная эластичность послѣдней парализовала прямое дѣйствіе сокращенія мышцъ. Сонъ очень не спокойный. Мая 26-го пульсъ 92; опухоль твердая, рѣзко ограничена и выноиняетъ пространство между дубровишнымъ мышцею и заднимъ душка третия нижней челюсти. Около ноздрия подкожная клетчатка также начала инфильтрироваться. Красноты кожи нѣтъ. Болѣзненность пичтожная, но распространяная. 27 мая увеличеніе опухоли по всѣмъ сторонамъ. 28 мая усталость увеличивается, нѣтъ аппетита; въ 6 час. вечера холодныя руки и ознобъ. Быстро, но менѣ чувствительно развивается

болѣзненное припуханіе той части подчелюстной железы, которая идетъ съ Вартоновымъ протокомъ чрезъ задній край musculi mylohyoidei по верхнему краю этой мышцы. Всякое движеніе при глотаніи, подниманіе языка и поворачиваніе его въ сторону вызываетъ значительную боль во вновь опухшей части подчелюстной железы. Послѣдняя какъ будто ущемлена между mm. mylohyoideus и hyoglossus, какъ будто первый изъ нихъ при помыткахъ къ движенію передвигается чрезъ болное мѣсто. Окололежащая клетчатка воспаляется также опухаетъ. Безсонница. 29 мая опухоль распространяется ниже края челюсти до скуры до подбородка. Соответствующая инфильтрація часть железы твердая, подложная клетчатка болѣе мягка и эластична. Въ теченіи дни опухоль идетъ ниже уха на затылокъ. Пульсъ утромъ 80; вечеромъ 95. Чувство жара сдѣлалось ощущеніемъ холода. Краснота cheeks блѣднѣетъ. Вечеромъ ознобъ; болѣзненность въ правой tonsilla; неприятное ощущеніе въ лѣвыхъ яичкѣхъ безъ оцупанія послѣдняго. 30 мая боли въ глоткѣ и затылкѣ продолжаютъ; нижняя челюсть дѣлается все неподвижнѣе; края зубовъ обѣихъ челюстей отстоятъ другъ отъ друга на 1 см. Сгнѣзница боли въ правую Бастаіеву трубу. Отдѣленіе слюны не увеличено. Сухость губъ, языка, нѣва. Опухоль растетъ; пульсъ 86. Вечеромъ за легкимъ ознобомъ слѣдуетъ чувство жара; затылокъ такъ чувствителенъ, что положеніе на спитѣ почти невыносимо. Часомъ позже подобная болѣзненность является въ области нижней челюсти, что продолжается до 10^{1/2} часовъ вечера. Затѣмъ потъ, прекращеніе болѣзненности: въ первый разъ больной чувствуетъ себя вполнѣ хорошо.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни не представляетъ ничего характернаго, такъ какъ вскрышійся незначительной величины абсцессъ протекалъ самымъ обыкновеннымъ образомъ. Въ заключеніе можно сказать, что въ началѣ текущаго 1883 г. *Frerichs* ¹⁾ демонстрировалъ своимъ сапуатеалямъ случай припухания подчелюстныхъ железъ таковаго же характера, какъ это бываетъ при эпидемическомъ перипаротитѣ; участія области околожушной железы не было.

Наблюдались случаи, когда болѣзненный процессъ локализовался только въ области грудной железы. Такой фактъ видѣлъ *Merlini* у мальчика 16 лѣтъ, имѣвшего во время эпидеміи перипаротита только припухлость грудныхъ сосковъ безъ всякихъ другихъ локализаций; разрушеніе было быстрое, какъ при перипаротитѣ. *Lamotte* подобный случай наблюдалъ у солдата. Факты эти, впрочемъ, мало убѣдительны, такъ какъ припуханіе сосковъ бываетъ и безъ перипаротита въ періодѣ вступленія въ половую зрѣлость.

Къ аномальнымъ формамъ нужно еще отнести случаи, когда опухоль въ области околожушныхъ железъ и личикахъ появляется одновременно (*Jobard, Desbarreaux-Bernard, Carpentier, J. Frank* и др.); дажѣ, когда локализаций въ области личекъ наступаютъ не скоро по-

¹⁾ Врачъ 1883, № 1, стр. 13.

слѣ перипаротита. *Madamei* напр., видѣлъ наступленіе орхита чрезъ 10 дней послѣ выхождъ разрывающаго перипаротита, а *Ewertmann* (l. c.) чрезъ 16. *Jobard* говоритъ о двухъ подобныхъ случаяхъ: въ одномъ изъ нихъ орхитъ развивался по совершенному исчезанію процесса въ области околоушной железы, а во второмъ чрезъ 9 дней послѣ окончательнаго излеченія отъ болѣзни. *Gérard* приводитъ случай, гдѣ локализация въ яичкѣ наступила будто-бы чрезъ 11 недѣль послѣ перенесеннаго эпидемическаго перипаротита (?).

Бываютъ случаи, когда болѣзненный процессъ локализируется не только въ области околоушныхъ железъ, яичекъ у мужчинъ, яичниковъ у женщинъ, но въ тоже время въ грудныхъ железахъ (полная множественность локализаций); съ другой стороны часто видятъ случаи, гдѣ поражается одна какая либо изъ перечисленныхъ областей, или двѣ изъ нихъ, всѣ же прочія остаются неощаженными (отдѣльные локализации, не полная множественность локализаций). Рядъ вышеизложенныхъ уклоненій отъ нормальныхъ формъ, то въ смыслѣ теченія болѣзни, то въ смыслѣ локализаций ея аналогично тому, что наблюдается при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, еще болѣе прочно подкрѣпляютъ справедливость признанія за описываемымъ страданіемъ полной его специфичности.

Осложненія.

Область околоушной железы представляетъ при эпидемическомъ перипаротитѣ самую частую локализацию болѣзненнаго процесса; но послѣдній можетъ распространиться на слизистую оболочку рта, миндалинъ, подчелюстныхъ железъ, а въ нѣкихъ случаяхъ принимаютъ участіе слизистая оболочка глотки, причѣмъ процессъ можетъ перейти чрезъ отверстіе Евстахіевой трубы въ барабанную полость. Что касается стоматита, на которой *Soltmann* (a) и *Jobard* указываютъ, какъ на постоянный симптомъ эпидемическаго перипаротита, а первый считаетъ за первичную локализацию болѣзненнаго процесса слизистую оболочку полости рта, то, какъ я замѣтилъ уже выше, нѣтъ это нужно считать ошибочнымъ, ибо участіе слизистой оболочки рта и глотки наблюдается только въ видѣ исключеній.

Участіе въ процессѣ миндалинъ железъ выражается то въ легкомъ ихъ набуханіи, то въ резко выраженной краснотѣ; послѣдняя форма бываетъ чаще первой. При краснотѣ области миндалинъ обыкновенно наблюдается то большей, то меньшей степени гиперемія

слизистой оболочки дужекъ и мягкого неба съ ощущеніемъ различной силы болезненности во время акта глотанія и резко выраженною сухостью полости рта.

Laghi въ 1853 году, а *Warnecrois* въ 1819 подмѣтили участіе при эпидемическомъ перипаротитѣ миндалинъ, выраженнаго то резко краснотою покрывающей ихъ слизистой оболочки, то вычлѣиваніемъ железъ съ уменьшеніемъ притока *isthmus faucium*.

Jourdan изъ всѣхъ 70 случаевъ эпидемическаго перипаротита въ 17 наблюдалъ осложненіе ангины, причѣмъ въ 12 случаяхъ она была катаральная и являлась то раньше появленія опухоли въ области околоушной железы, то сопровождала эту послѣднюю; въ пяти же остальныхъ была столь сильно выраженнаго тонзиллита, что миндалины достигали величинъ большаго грецкаго орѣха и почти закрывали входъ въ полость глотки. Авторъ высказывается за специфичность этой ангины и въ защиту своего мнѣнія приводитъ фактъ, когда при такой ангинѣ, безъ участія области околоушныхъ железъ, была локализация въ яичкахъ. *Fournier* на 24 случ. эпидемическаго перипаротита наблюдалъ 12 разъ фарингитъ и два *angina tonsillaris*. *Madamei* изъ 56 сл. въ 41 видѣлъ участіе миндалинъ железъ (въ $\frac{1}{2}$ всѣхъ случ.). *Lühe* на 123 сл. видѣлъ это участіе одинъ разъ. Одновременно гиперемію слизистой оболочки глотки, мягкаго неба и миндалинъ железъ замѣчалъ *Soltmann* (b) *Ressiguier*, *Malabouche*, *Gastel*, *Gailhard* говорятъ, что изъ двухъ случаевъ, гдѣ въ процессъ участвовали миндалины железъ, въ одномъ послѣдствительный процессъ окончился нагноеніемъ и вскрытіемъ абсцесса въ полость глотки.

Процессъ можетъ перейти, какъ я сказалъ выше посредствомъ Евстахіевой трубы въ барабанную полость и дать здѣсь мѣсто болѣе, или менѣе острому воспаленію. Первымъ наблюдавшимъ эти осложненія былъ отецъ *I. Frank's Tietius*; случай этотъ описанъ его сыномъ въ «*Praxeos*» такимъ образомъ.

Докторъ Шмаккъ изъ Гейделберга, хой слухатель 20 л., заболѣлъ болѣзненной опухолью въ области околоушной железъ 15 мая 1792 г. 16-го послѣ полудня при значительно увеличившейся опухоли и болезненности большой исцѣпился въ теченіе полуса часа утѣреннымъ масломъ, потюкъ жаръ и вѣчеромъ появилась острая боль въ ухѣ. 17-го дня позвали въ больницу. Опухоль съ обѣихъ сторонъ околоушныхъ областей и подчелюстной резко выражена; боль при надавливаніи утѣренная, покраснѣла нѣсколько красны; сильная боль въ лѣвомъ ухѣ; значительная лихорадка; твердый, частый и

полный нуль. Была сделана вепсекция, причём вынуто около фунта крови; къ уху приложена мягчительная припарка. Въ поденъ того же дня и вечеромъ ошощъ, затѣмъ жаръ; жеваніе болѣзненно. Значительная боль въ правомъ ухѣ; нуль *durus*, *plenus*, *fortis*. Кровь была безъ воспалительной пленки (*sine crusto*). Снова вынуто 9 унцій крови; поставленъ клинообразный припарка (теплое молоко.) 18-го боль и лихорадка уменьшились; нуль меньше частый и меньше твердый, но ошощъ велика и болѣзненна. Вечеромъ боль въ шеѣ, въ глазахъ при движеніи ихъ; нуль мягче и меньше частый. 19-го лихорадка меньше, нѣтъ боли никакой, но жеваніе еще затруднено. Вечеромъ почти тоже. 20-го лихорадка меньше и вечеромъ легчайшій потъ; ошощъ въ прежнемъ состояніи. 21-го состояние тоже; изъ праваго уха вытекаетъ нѣчто гноевидное; ошощъ кажется въ такомъ же, какъ и раньше состояніи, но жеваніе нѣсколько легче. 22-го началъ ходить въ школу, но лице еще не было свободно отъ ошоща. 23-го мая жеваніе еще затруднено; истечения изъ уха гнойной матеріи нѣтъ*.

Hessiguer *) говоритъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ катаральный процессъ слизистой оболочки глотки чрезъ отверстие Евстахіевой трубы переходилъ въ среднее ухо и производилъ отитъ съ течью изъ уха и быстрой потерей слуховой способности. *Gravis* и *Steinwart* описали одинъ случай, гдѣ при перипаритѣ были сильныя боли въ ухѣ, а потомъ течъ изъ него слизистой соплыва. *Soltmann* (b) во время Бреславльской эпидеміи самъ перенесъ перипаритъ съ осложненіемъ фарингитомъ и отитомъ. *Seitz* при эпидеміи въ Цюрихѣ наблюдалъ случай студента 19 л., страдавшего эпидемическимъ перипаритомъ. На 7-ой день болѣзни глухота на правое ухо. При изслѣдованіи *Seitz* ошощъ констатировано сильное пониженіе слуховой способности праваго уха, такъ что приставленные близко къ посадиному карманнымъ часмъ не вызвали со стороны больного ощущения звука. Что касается субъективныхъ припадковъ, то больной жаловался на постоянные шумъ и свистъ въ правомъ ухѣ и головокруженіе настолько сильное, что онъ шатался точно пьяный. Слуховая способность лѣваго уха нормальна. По поводу этихъ осложненій авторъ выражается такими словами: «Неизвѣстное преднее начало, вѣроятнѣе всего инфекціонная матерія, производитъ, обыкновенно безъ лихорадочныхъ симптомовъ, заболѣваніе, главнымъ мѣстомъ котораго служатъ область околушшной железы — это шмпръ *turica*; въ другихъ же случаяхъ болѣзнь локализируется въ яичкахъ, яичникахъ, маткѣ, глазу; рѣдко бываетъ одно, или двустороннее воспаленіе лабиринта съ серьезнымъ вынотомъ; до

*) *Pract.*, стр. 67.

гнойнаго экссудата и перехода на мозгъ дѣло не доходитъ». *John Ross* наблюдалъ 10 случаевъ быстротечнаго катарра средняго уха въ теченіи перипаритита и дѣлаетъ такіе выводы: 1) Въ теченіи перипаритита можетъ развиваться быстротечный катарръ средняго уха съ лихорадкой и рвотой. 2) Воспаленіе можетъ распространиться отъ околушшной железы чрезъ слуховой проходъ и барабанную перепонку, или чрезъ сосцевидный отростокъ. 3) Можетъ поражаться лабиринтъ и притомъ одновременно, или послѣдовательно отъ средняго уха. 4) Въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь переносится на лабиринтъ, воспаленіе вѣроятно развивается въ слѣдствіе той-же причины, какъ орхитъ и маститы; хотя такой выводъ пока нельзя считать вполнѣ доказаннымъ. Вопреки мнѣнію *Toynbee*, *Hinton'a*, *Dalby* авторъ думаетъ, что пораженіе ушей наблюдается не часто, такъ какъ за 20 лѣтъ своей обширной ушной практики онъ видѣлъ такихъ случаевъ, какъ сказано выше, всего десять.

Кромѣ случаевъ, гдѣ страданіе слуха происходило въ слѣдствіе перехода воспалительнаго процесса чрезъ отверстіе Евстахіевой трубы въ барабанную полость, въ послѣднее время появилось достаточное число наблюденій, гдѣ, какъ осложненіе при перипаритѣ, развивалась быстрая потеря слуха и при отоскопическомъ изслѣдованіи не удалось видѣть патологоанатомическаго процесса, который могъ-бы объяснить такую глухоту. Факты этого рода при настоящемъ состояніи нашихъ знаній трудно поддаются объясненію и если *Toynbee*, при вскрытіи трупа субъекта, страдавшаго предъ смертію перипаритомъ съ осложненіемъ глухотой и видѣлъ кровоизліаніе въ области лабиринта, то случай этотъ вѣсаетъ единственный въ своемъ родѣ. *Lemoine et Lannus* *Revue de médecine* 1883. № 9 стр. 713—725) подробно касаются этого вопроса и приводятъ всѣ извѣстные въ литературѣ факты (12). Вотъ они въ сокращенномъ видѣ.

Buck. 1) Дѣвочка 16 л., на третій день отъ заболѣванія перипаритомъ сильная боль въ правомъ ухѣ; на 4-ый день правосторонняя глухота. Отоскопическое изслѣдованіе ничего не обнаружало. Продавше Евстахіевой трубы не улучшило случая. Чрезъ 2 мѣсяца послѣ болѣзни глухота на правое ухо была полная. 2) Мужчина 21 г., на 4 день отъ развитія ошоща въ области околушшнхъ железъ появилась быстро глухота на лѣвое ухо. На 5 день головокруженіе, тошнота; больной съ трудомъ держится на ногахъ. Послѣ нѣмного къ области сосцевиднаго отростка, послѣднія жалоба прошли, но глухота осталась. Отоскопическое изслѣдованіе безъ результатовъ. Диагнозъ, поставленный между зубами, опускался только правой стороной.

Roosa. Одинъ случай полной двусторонней глухоты при перипарититѣ, наступившей быстро и безъ боли.

Henry-Noyes демонстрировалъ Офтальмол. Обществу въ Нью-Йоркѣ случай полной потери слуха, причѣмъ больной при закрываніи глазъ не могъ вѣрно ходить. Интересно, что больной этотъ нѣлъ глухоту той же стороны, съ какою у него былъ и орхитъ.

S. Moos. Мальчикъ 13 лѣтъ заболѣлъ перипарититомъ 10 мая 1881 г.; на 5 день отъ появленія опухоли въ области околушной железы почти моментально появлялся совершенная глухота. На 6—7 день рвота. На 8-ой мальчикъ теряетъ равновѣсіе при попыткѣ встать. Потери сознанія не было. Диагнозъ съѣда съслѣлъ не слышится. Отоскопическое изслѣдованіе не обнаружало особыхъ измѣненій: только лѣвая барабанная перепонка была болѣе вогнута, чѣмъ правая. Лечение безуспѣшно.

Brunner. Больная 30 лѣтъ. Въ теченіи перипаритита въ правомъ ухѣ чувствовала жужжаніе ручья и головокруженіе; чрезъ нѣсколько дней наступила глухота на это ухо. На 8 день болѣзнь встала съ постели, но глухота и головокруженіе еще продолжались. Отоскопическое изслѣдованіе ничего не обнаружило. Диагнозъ слышится только съѣда.

Calmettes. Послѣ быстрого исчезанія перипаритита наступила глухота. Авторъ говоритъ, что чрезъ 8 дѣней послѣ болѣзни глухота оставалась въ той же силѣ. (Дѣвочка 6 лѣтъ).

Klapp. Женщина 25 лѣтъ 6 лѣтъ назадъ страдала перипарититомъ, на 7 день котораго она лишилась слуха на оба уха и съ тѣхъ поръ глухота не проходитъ. Во время болѣзни было головокруженіе; течіи изъ уха не было, хотя была головная боль. Изслѣдованіе всѣхъ частей уха не обнаружило ничего не нормальнаго.

Moure. Дѣвочка 8 лѣтъ. На 5 день отъ развитія опухоли въ области околушной железы наступила быстро двусторонняя глухота. Диагнозъ, приложенный къ голови, болыною не ощущался; онъ съ трудомъ былъ ею слышенъ, когда его помѣщали у входа въ лѣвый слуховой проходъ. Лечение безуспѣшно.

Haslon. Женщина 23 лѣтъ на 2 день заболѣванія перипарититомъ оглохла на то ухо, гдѣ былъ перипарититъ. Течи и боли въ ухѣ не было. Глухота не проходитъ въ теченіи трехъ лѣтъ. Диагнозъ еле слышится, когда его помѣщаютъ въ области сосцевиднаго отростка. Наружное ухо и барабанная перепонка нормальны.

Berkner. 17 лѣтъ гимназистъ заболѣлъ двустороннимъ перипарититомъ 12 декабря 1882 г. 14-го шумъ въ ушахъ; 15-го глухота на правое ухо. 17-го и 18-го сильная рвота, которую *Weise* признаетъ за симптомъ страданія лабиринта. 21-го рвота исчезла, но головокруженіе продолжалось еще долго и больной не твердо ходилъ. Чрезъ полтора вѣсна *Berkner* осматривалъ больного и нашелъ, что глухота несколько не уменьшилась.

12 случай наблюдался авторами цитируемой выше статьи. 23 лѣтъ молодой человѣкъ во время перипаритита, которымъ онъ страдалъ, лишился слуха при отсутствіи рвоты и головокруженія. Глухота наступила постепенно и сдѣлалась полной только тогда, когда совершенно разрушился перипарититъ.

Всѣ эти случаи, какъ уже упомянуто выше, трудно поддаются объясненію. *Roosa* считаетъ ихъ за метастазъ въ области лабиринта; *Ruck* вмѣстѣ съ *Vogel* думаютъ, что процессъ поражаетъ личной

нервъ, и посредствомъ послѣдняго доходить до тончайшихъ элементовъ органа слуха (органа Корти). *Lemoine et Lannois* допускаютъ возможность воспалительнаго процесса глубокихъ частей слухового аппарата съ послѣдующимъ перерожденіемъ ткани. —

Участіе въ процессѣ подчелюстныхъ железъ упоминается многими авторами, можно даже сказать, что почти въ теченіи всякой эпидеміи при тщательномъ осмотрѣ больныхъ можно констатировать припуханіе этихъ железъ въ большинствѣ или въ меньшемъ числѣ случаевъ. Осложненія эти наблюдаются: *Laghi, Widemann, Duncan, Pearson, Miguel, Behr, Rust, Panck, Rilliet, Merlini, Заусимскій, Soltmann (b), Ewermann (l. c.).*

Были эпидеміи, когда припуханіе подчелюстныхъ железъ наблюдалось въ крайне ограниченномъ числѣ случаевъ. Такъ *Camerer* во всю эпидемію видѣлъ только одинъ случай; *Eklund* на 44 случая заболѣванія перипарититомъ наблюдалъ одинъ, гдѣ ясно участвовали подчелюстные железы. *Madamet* видѣлъ такое участіе въ пяти случаяхъ на 56 сл. перипаритита, *Fabre* въ сем. *Jourdan* наблюдалъ припуханіе этихъ железъ въ 12 случаяхъ на общую цифру больныхъ 61. Въ теченіи мною описанныхъ эпидемій такихъ случаевъ пришлось видѣть 9 на общую цифру заболѣваній — 21. Съ другой стороны во время вѣкоторыхъ эпидемій подчелюстные железы припухали чуть не во всѣхъ случаяхъ перипаритита (*Fournier, Lûhe*). *Soltmann (b)* наблюдалъ неоднократно участіе въ процессѣ и подъязычныхъ железъ въ формѣ значительнаго припуханія. Всѣ приведенныя осложненія никогда не переходили въ нагноеніе, а оканчивались обыкновенно разрѣшеніемъ — то быстрымъ, то постепеннымъ.

Товшота, рвота съ болыю въ области подложечки описаны многими авторами, наблюдавшими перипарититъ съ рѣзко выраженнымъ лихорадочнымъ состояніемъ. Говорить о локализаци болѣзни въ желудочно-кишечномъ каналѣ въ такихъ случаяхъ нельзя, такъ какъ явленія эти могутъ быть прямыми слѣдствіемъ лихорадки и дѣйствительно почти всѣ тяжелыя формы перипаритита сопровождаются высокой степенью лихорадки съ гастрическими признаками. Здѣсь я долженъ коснуться только тѣхъ желудочно-кишечныхъ расстройствъ, которыя были независимо отъ лихорадки и могутъ быть разсматриваемы, какъ страданія чисто рефлекторнаго характера въ силу отраженія изъ области, гдѣ локализуется болѣзненный процессъ, путемъ нервныхъ проводовъ на гангліи кишечника. *Laghi* во время эпидеміи перипарито-

тита въ Болоньи (1753 г.) наблюдали гастрические припадки въ то время, когда припухание околоушныхъ железъ почти разрывалось и лихорадки не было. Авторъ призналъ въ этихъ случаяхъ переносъ на желудокъ и въ пользу своего мнѣнія указываетъ на тотъ фактъ, что въ присутствіи гастрическихъ припадковъ обыкновенно не было локализаций въ области янчекъ. *Burserius* видѣлъ подобные случаи осложненія въ Миланскую эпидемію 1782 г., но не соглашается съ *Laghi* относительно ихъ метастатическаго происхожденія. «Quod etsi говорить онъ», ito aliquando esse, non inficere, adduci tamen non possum ad credendum, semper metastasin adventiculis causam ejus esse, quod interdum eum accessisse viderim, tumore parotidum non modo extante, sed etiam augmentum sumente.» По *Ozanam* у перипаротитъ можетъ возникнуть повышенная раздражительность (irritation) слизистой оболочки кишечнаго канала. *Pearson* у больныхъ перипаротитомъ нерѣдко наблюдаетъ сильныя боли подкожной, какъ при остромъ гастритѣ. Во время эпидеміи въ Шатору (1822 г.) было много случаевъ разстройствъ желудочно-кишечнаго канала (*Bertrand*). *Delens* видѣлъ гастрические припадки въ цѣлой трети случаевъ во время эпидеміи среди воспитанниковъ Парижской гимназіи. *Wolff* описалъ одинъ случай гастрическихъ со рвотою припадковъ и два случая остраго катарра кишекъ съ сильными поносами. Языкъ во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ чистъ; припадки эти онъ призналъ за рефлекторныя явленія. *Camerer* рассказываетъ одинъ случай мальчика, у котораго послѣ разрушенія опухоли въ области околоушныхъ железъ при вставаніи утромъ съ постели безъ всякой видной причины наступила сильная рвота съ головою болью; но все это скоро исчезло безъ всякихъ терапевтическихъ мѣръ. Фактъ этотъ впрочемъ мало доказателенъ: тутъ могла быть другая случайная болѣзнь. *Merlini* при эпидеміи въ Аlassio (1861 г.) наблюдалъ часто рвоту и поносъ у лицъ, болѣвшихъ перипаротитомъ; при осложненіяхъ этихъ были боли въ области кишечника, сильное чувство напряженія въ подложечкѣ при чистомъ языкѣ. *Niemeyer* въ своемъ руководствѣ приводитъ такой случай. «Однажды» говорить онъ, «я былъ призванъ къ больному, представлявшему явленія сильного гастрита: невыносимое давленіе въ области желудка, бурная рвота послѣ всякой пищи, сильная лихорадка и пр. Точный распросъ показали, что дней за 8 предъ этимъ у больного былъ слабо выраженный перипаротитъ, и по исчезаніи его орхитъ, слѣды котораго были еще замѣтны. На 4—5 день больной выздоровѣ-

нѣлъ при индифферентномъ леченіи». *Joudaux* рассказываетъ такой случай осложненія со стороны кишечнаго канала.

Большой поступилъ на леченіе 18у₃/76, причемъ жаловался на боли въ обоихъ янчкахъ. На второй день лихорадочное состояніе: сильная головная боль, кожа суха и блестяща, на лицѣ не значительный поносъ, обложенный языкъ. Жизнь въ весьма чувствительнѣе при пальпации; нѣсколько разъ жалкія испражненія при отсутствіи аппетита и сильной жаждѣ. Всѣ эти припадки появились въ теченіи 24 часовъ. Было назначено purgantia saliva. 11 го состояніе то же; дана Ipecacuanha. Языкъ очистился, поносъ уменьшился, но лихорадка и головная боль продолжаютъ. Начиная съ 15 мая улучшеніе. 16-го лихорадка и поносъ прекратились, языкъ влажный, больной спокойно спитъ, аппетита еще нѣтъ. 17-го состояніе вновь хорошее и больной могъ бы уйти изъ больницы если бы еще не продолжался процессъ въ обоихъ янчкахъ.

Осложненія со стороны печени въ высшей степени рѣдки. *Thierry de Maugras* ¹⁾ наблюдалъ въ Африкѣ у большей части больныхъ не перипаротитомъ желудочно-кишечныя разстройства съ переходомъ воспалительнаго процесса на желчные пути съ послѣдующими за этимъ припадками желтухи. *Ressignier* у больныхъ перипаротитомъ видѣлъ иктерическое окрашиваніе лица и склеры глазъ, причемъ языкъ покрывался обильнымъ желтоватымъ налетомъ; были тошнота и рвота.

На осложненія со стороны дыхательнаго аппарата указалъ уже Гиппократъ при описаніи эпидеміи на о. Тазосѣ, когда нѣкоторые изъ больныхъ перипаротитомъ страдали сухимъ кашлемъ съ замѣненіемъ голоса. *Saillaud* наблюдалъ при перипаротитѣ насморкъ, появившійся одновременно съ развитіемъ опухоли въ области околоушныхъ железъ и исчезающій вмѣстѣ съ разрушеніемъ опухоли. *Gaillard*, *Calmette*, *Gastel* видѣли нѣсколько случаевъ бронхитъ въ теченіи перипаротита, а *Lamotte* даже много. *Mathelin* ²⁾ говоритъ о двухъ случаяхъ перипаротита съ послѣдующимъ орхитомъ, въ которыхъ появленію опухоли въ области околоушной железы предшествовалъ бронхитъ при сильно выраженномъ лихорадочномъ состояніи.

Процессъ можетъ перейти изъ бронховъ на легочную ткань, вслѣдствіе чего будутъ всѣ виды ея воспаленій. *Gaillard* и *Solinanni* наблюдали каждый по одному случаю осложненія перипаротита пневмоніей. Но авторы не говорятъ какаго рода было воспаленіе легкихъ и какъ оно протекало. *Bertrand* говоритъ, что во время эпидеміи въ

¹⁾ Pinet, стр. 68.

²⁾ Considération sur l'angine parotidienne, Thèse de Montpellier 1874.

Шатору ему пришлось видеть одинъ случай, гдѣ перипаротитъ осложнился плевро-пневмоніей. Былъ случай (*Jondan*), когда описываемая болѣзнь осложнилась рѣзко выраженнымъ бронхитомъ съ кровохарканіемъ изъ легкихъ.

Къ счастью осложненія эти наблюдаются весьма рѣдко и прогностика ихъ обыкновенно благоприятна; признаки же, ихъ сопровождающіе, ничѣмъ не рознятся отъ таковыхъ при обыкновенныхъ формахъ воспаленій этихъ органовъ.

Къ довольно рѣдко наблюдаемымъ осложненіямъ со стороны мочевого аппарата, нужно отнести пораженія почекъ, съдѣйстви́его является анасарка съ бѣломъ въ мочѣ. Подѣлшенная въ 1782 году *Pratolongo* анасарка протекала совершенно аналогично тому, какъ это бываеъ при скарлатинѣ и даю полный поводъ этому автору отнести перипаротитъ къ модификаціямъ скарлатины. Случай этотъ протекалъ весьма легко и окончился скоро выздоровленіемъ. Три подобныхъ случая наблюдалъ *Rénard* ¹⁾ при эпидеміи 1856 года среди гарнизона Antibes. Одинъ случай представлялъ рѣзко выраженную водянку съ сильнымъ отекомъ лица и конечностей; въ двухъ другихъ отека была выражена въ болѣе слабой степени. Иссѣдованіе мочи во всѣхъ трехъ случаяхъ обнаружало присутствіе въ ней обильнаго количества бѣлка. Развивались эти осложненія въ теченіи процесса въ области околупочечныхъ железъ и всѣ окончились выздоровленіемъ. Но *Rénard* у такого рода явленія нужно объяснить такими-же приливомъ къ почкамъ, какой бываеъ въ обыкновенныхъ случаяхъ перипаротита въ области околупочечныхъ железъ и яичекъ. *Pinel* у ребенка, только что перенесшаго перипаротитъ, видѣлъ явные признаки воспаления почекъ, продолжавшагося до 20 дней и окончившагося выздоровленіемъ. Анасарка альбуминурия въ этомъ случаѣ достигали высокой степени. *Prof. L. Colin* ²⁾ въ 1874 году видѣлъ солдата, у котораго въ періодъ выздоровленія отъ перипаротита явился сильный отекъ конечностей и лица; моча содержала бѣлокъ. Исходъ былъ въ выздоровленіе. Тотъ-же авторъ въ 1875 году наблюдалъ у солдата республиканской арміи, страдавшаго перипаротитомъ съ локализаціей въ яички, общую водянку съ альбуминурией и *renitis aluminurica*. Въ концѣ мѣсяца отъ появления

этого осложненія наступили симптомы уреміи съ конвульсивными явленіями и затѣмъ смерть. Произведенная аутопсія показала, что въ почкахъ былъ эксудативный процессъ (*nephritis exsudativa*). Вотъ эта интересная исторія болѣзни.

Periparotitis et orchitis epid. Albuminuria. Смерть.

Lorain — солдатъ 24 лѣтъ. Будучи на посту, почувствовалъ бо-
дѣзненное ощущеніе въ области яичекъ, которыя быстро опухли, причѣмъ
опухоль справа была выражена сильнѣе, чѣмъ слева. Больной отправился въ
казарму и легъ въ постель. На второй день вечеромъ, 24 окт. появилась опу-
холь въ правой околупочечной области безъ рѣзко выраженнаго лихорадочнаго
состоянія. По жѣру поста опухли, лице становилось отечнымъ, инфилтра-
ція подкожной кѣтъчатки быстро распространялась по всему туловищу и рѣзко
выразилась въ области мошонки. Иссѣдованіе мочи обнаружало присутствіе
бѣлка. 30-го октября больной поступилъ въ госпиталь Val-de-Grâce. При
поступленіи констатировали отекъ подкожной кѣтъчатки и значительное ко-
личество бѣлка въ мочѣ. Появилась опухоль въ области правой околупочеч-
ной железы постѣ того, какъ исчезла такая-же опухоль съ лѣвой стороны. 6-го
ноября больной ждался на слабость урины. Съ 10-го появлялось затрудне-
ніе дыханія и въ тоже время такіа головныя боли, что часть ночи проводи-
лась безъ сна. 13-го присутствіе инфилтративныхъ конвульсій, за которыми
слѣдовало коматозное состояніе. Въ теченіи послѣднихъ сутокъ отдѣлялось
только 300 куб. см. мочи; при анализѣ последней найдено 10,99 гр. мо-
чевины и 20,08 гр. бѣлка на одинъ литръ. Поставлено въ области сосе-
днихъ отростковъ четыре иголки; вытекавшая изъ ранокъ кровь содержала
значительное количество мочевины и была богата жировыми частицами. 14-го
и 15-го такіе же приступы конвульсій съ послѣдующимъ коматознымъ состоя-
ніемъ. Головы были очень сильныя, потенціи урины идеть crescendo. 17-го
дурное сильное теченіе, трахальные хрипы. При аускультатіи груди
слышались систолы, слышались, распространенные хрипы. Удары сердца
прерывисты. Признаки накопленія жидкости въ полости брюшины. 18-го припад-
ки удуща въ теченіи ночи; дурное дѣлехъ; лице большого цианотично. 19-го
отнорное. Пульсъ радіальной артерій не опущивъ. 20-го удущеніе; ды-
ханіе нѣмѣ затруднено. 21-го дурное теченіе, лице цианотично; вечеромъ
больной умираетъ съ признаками асфиксіи. Аутопсія. Почки увеличены въ
объемъ, патологическія измѣненія двѣхъ рѣзко выражены. Капсула отдѣляется
легко; она окрашена въ блѣдно-желтый цвѣтъ съ древеснистымъ разлитіемъ
сосудовъ. На разрывѣ кортикальная субстанція представляетъ желтоватый
оттѣнокъ; на этомъ желтоватомъ фонѣ замѣтны бѣлыя, неправильной формы
пятна, имѣющія видъ жировыхъ скопленій; въ промежуткахъ точечная гипер-
емія. Главныя измѣненія правой почки также въ кортикальномъ слое, но
послѣдній болѣе гипертрофиченъ, чѣмъ въ лѣвоимъ двѣхъ. Проф. *Lave-
ran* производилъ микроскопическое иссѣдованіе и констатировалъ слѣдую-
щее. Измѣненія правой почки ограничиваются почти исключительно корти-
кальнымъ слоемъ, насколько позволяло видѣть микроскопическое наблюденіе,
соединительная ткань представляла ясные слѣды воспаленія и сдавливала
tubuli. Такъ и самыя замѣтныя желтоватыя кѣтътки, происшедшія вслѣдствіе
пролифератіи бѣлковыхъ шариковъ. Такимъ образомъ имѣлось дѣло съ острымъ

¹⁾ Pinet, стр. 173.

²⁾ Lemarchand, Thèse de Paris 1876.

интерстициальным нефритом, к которому примышаны и паренхиматозный, или эпителиальный. Большое число трубочек наполнены фибринозными нитями, некоторые из них заключают в себя закрученные клубочки, зернисто-жирового вида, происходящие из эпителиа путем дегенерации. Что особенно бросается в глаза на разрывах почечной ткани, это существование большого числа изолированных, или сгруппированных кристаллов, соответствующих, во точности маленьким объемам точек, которые видны были при микроскопическом исследовании и которых можно было бы отнести к первому взгляду на счет перерождения эпителиа, сильней выраженного в одном месте, чем в другом. Кристаллы, разбросанные в кортикальном слое, похожи с первого взгляда на кристаллы мочеислого натра, который иногда находят в почках подкаристов; но они не растворялись в холодной воде и прибавление к ним уксусной кислоты не вызвало образования кристаллов мочево, как это бывает с мочеислым натром. Расположенные в форм клубка, или своеобразно, эти кристаллы помещались внутри облитерировавшихся трубочек и нахожились своей формой кристаллы лейцина, или тирозина. В интертубулярной ткани их можно было видеть изолированными, или соединенными в форм пучков. Левая почка представляла тоже извращения, но они выражены здесь больше резко. Печень не кажется извращенной для простаго глаза; под микроскопом клетки ее также зернисты, как в нормальном состоянии; кристаллов никаких нет. Селезенка мало размягчена. В полостях плевры накопление серозной жидкости: в правой 1.5 литра, а в левой один. В полости околосердечной сумки 300 гр. такой жидкости. Легкие возмужины, инфильтрированы серозною жидкостью; застой крови выражен сильно и распространяется с обеих сторон от основания до верхушки каждого легкого. Сердце увеличено в объеме, его мышечная волокна бледные; левый желудочек гипертрофирован; в нем найдены бляшки, фибринозные свертки, происшедшие незадолго до смерти. Вось сердца, свободного от крови, 460 гр. Мозг не представляет ничего особенного: на разрыв не выступают массы красных точек, как при переносении кровью этого органа; состояние его можно скорее назвать инокровным. Несколько возмужиныя яички не извращены; в полости tunicae vaginalis немного светлой жидкости. В кишках теченная гиперемия в различных местах; извращений нет.

Указывая на подобные факты *L. Colin* говорит, что болзнетворное начало, поражающее главным образом область околоушных и половых желез, может в иных случаях локализоваться в почках и вызывать здесь то настоящий нефрит со всеми серьезными для жизни последствиями, то только прилив к этому органу, когда весь процесс выражается временной, слабой альбинурией, прекращающейся тотчас, как только к почкам станет достигать кровь под нормальным давлением и нормальных свойств.

Приведенная *Lemarchand* история болзает дать повод сомневаться в том, что столь резко выраженный и детально окончившийся нефрит было только осложнением перинаритита. Вряд ли в теченіи мѣсяца могла развиться гипертрофія лѣваго желудочка.

Не был ли тут старый нефрит, а перипаритит только ускорила, может быть, ходъ начавшагося гораздо раньше процесса в почках?

Гораздо доказательнее факт, описанный *Pine* (Lyon medic. 1879 t. XXX, стр. 315), когда у ребенка вслѣдъ за разрывіемъ опухоли в области околоушной железы наступили все характерные признаки воспаления почки, продолжавшагося 20 дней и окончившагося выздоровленіемъ. *Ehrmann* *) видѣлъ это осложненіе съ исходомъ въ смерть при явленіяхъ уреміи.

Fournier описываетъ случай солдата, страдавшаго перипарититомъ съ явно выраженною лихоріею, прекратившейся вслѣдъ за разрывіемъ опухоли в области околоушной железы.

Miquel наблюдалъ въ одномъ случаѣ какъ осложненіе, катарръ мочевого пузыря и мочеоточниковъ; въ другомъ по истеченіи опухоли в области околоушной железы наступили сильные боли въ сторонѣ почки, какъ при пшостѣ. Исходъ этихъ двухъ случаевъ былъ въ выздоровленіе въ теченіи нѣсколькихъ дней.

На осложненія со стороны органа зрѣнія при эпидемическомъ перипарититѣ обратилъ вниманіе *Groffier*, утверждавшій, что ихъ слѣдуетъ объяснять переходомъ приливной влаги изъ области околоушныхъ железъ на глаза (le transport de l'humour fluxionnaire des ouïes sur les yeux). Только въ сравнительно послѣднее время описаны наблюденія, дающія право допустить возможность участія въ болзненномъ процессѣ органа зрѣнія и его придаточныхъ частей. Воспаленіе соединительной оболочки въѣтъ, протекавшее параллельно опухоли в области околоушныхъ железъ и истекнувшее вслѣдъ за ея разрывіемъ видѣлъ *Gailhard*. Вотъ этотъ случай.

Periparotitis epidemica duplex. Angina tonsillaris. Conjunctivitis oculo-palpebralis.

Luparegre—солдатъ поступилъ въ госпиталь 9 янв. 1876. Болѣнь уже четыре дня дустороннимъ перипарититомъ, резко ограничивающимся областью околоушныхъ железъ. У больного сильная краснота слизистой оболочки въѣтъ и припухлость миндалинъ, ангина нормальная, общихъ признаковъ никакихъ. 14-го ангины почти исчезла; опухоль околоушныхъ железъ менѣе выражена и мягче, чѣмъ въ предшествующіе дни; боль въ глазахъ—conjunctivitis oculo-palpebralis duplex. 16-го ангины рѣзче выражена; опухоль в области околоушныхъ железъ еще застѣна. Сильная краснота конъюнктивы; чувство жѣгания въ глазахъ и обильный слезистый секретъ. 18-го боль

*) *L. Colin* (с).

въ глазахъ очень интенсивна. 20-го область околушнхъ железъ нормальна. Интенсивная краснота конъюнктивы въскъ и слазнаго ябллка; секретъ меньше обильный, боль слабѣе. 22-го нискихъ острхъ припадковъ. 27-го все прошло.

Е. Combeau говоритъ объ одномъ случаѣ катарральнаго конъюнктивита, развившагося тотчасъ по разрѣшеніи опухоли околушнхъ области и предъ орхитомъ лѣвой стороны. Осложненіе протекало въ 8 дней съ благополучнымъ исходомъ. *Lamotte* описалъ, какъ осложненія при перипаритѣ одинъ случай болѣи въ глазахъ при ихъ движеніи и одинъ случай конъюнктивита.

М. Hatty во время эпидеміи перипаритита среди солдатъ Мюнхскаго гарнизона (1872_{г.}) видѣлъ такіе факты. Одинъ кирасиръ, страдавшій перипарититомъ огромныхъ разрывовъ, заболѣлъ конъюнктивитомъ, вслѣдъ за которымъ явились признаки цѣстной слѣпоты. Исслѣдунъ этотъ случай и 16 другихъ, наблюдавшихся въ то же время, авторъ нашелъ уменьшеніе остроты зрѣнія, не правильное воспріятіе цвѣтовыхъ ощущеній, туманъ въ глазахъ, свѣтобоязнъ, головокруженіе, отекъ въскъ, сильную извилистость сосудовъ глазнаго дна, гиперемію соска зрительнаго нерва. Принадки со стороны органа зрѣнія *Hatty* дѣлитъ на три группы: а) слабость зрѣнія, в) инъекція конъюнктивы и соска зрительнаго нерва съ значительнымъ упадкомъ остроты зрѣнія и с) веннозный пульсъ, свѣтобоязнъ, сильная инъекція глазнаго ябллка. Продолжались они около 14 дней, исходъ во всѣхъ случаяхъ былъ въ выздоровленіе. Авторъ думаетъ, что такіа явленія происходятъ вслѣдствіе сжатія, производимаго опухолью въ области околушнхъ железъ на сосуды шей и влекущаго за собой веннозный застой внутричерепныхъ и внутриорбитальныхъ сосудовъ. Прогностика этихъ осложненій очень благоприятна и говоритъ въ пользу ихъ специфичности. *Pinel* ¹⁾ полагаетъ, что конъюнктивиты могутъ происходить вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія безвнстворнаго начала на соединительную оболочку въскъ. Упомянутая въ некоторыи авторами амблиопія и аморрозъ, какъ осложненіе перипаритита, трудно поддаются объясненію. При нефритахъ бываетъ *retinitis albuminurica*; но въскъ и самый нефритъ, какъ коммунікація, несомнѣмъ доказанъ.

Talon ²⁾). Во время не большой эпидеміи перипаритита среди гар-

¹⁾ стр. 74.

²⁾ Observation d'atrophie du nerf optique consécutive à des oreillons, Arch. de méd. et de pharm. milit. 1883, т. I, стр. 103—108.

низона Тулузы наблюдалъ слѣдующій случай. Одинъ солдатъ заболѣлъ одностороннимъ (лѣвымъ) перипарититомъ 11 марта 1882 года при рѣзко выраженныхъ общихъ припадкахъ: сильная слабость, лихорадка. 14-го правый орхитъ. 20-го сильная боль въ лѣвомъ ухѣ. 7-го апрѣля, когда опухоль въ области околушнхъ железъ совершенно разрѣшилась, солдатъ заявилъ, что онъ видитъ правымъ глазомъ хуже, чѣмъ лѣвымъ и страдаетъ болями въ области аба. При осмотрѣ праваго глаза констатированъ легкій конъюнктивитъ. 9-го больнои правымъ глазомъ почти не видитъ; зрачекъ этого послѣдняго расширенъ и весьма мало реагируетъ на свѣтъ. Къ сильнымъ болямъ головы присоединились головокруженіе и рвота. Острота зрѣнія праваго глаза ниже $\frac{1}{10}$. Офтальмоскопическое исслѣдованіе показало. Сосокъ зрительнаго нерва сильно инъектированъ и мало отличается по цвѣту отъ глазнаго дна; вокругъ соска находится величиной въ 3—4 мм. блѣдовая инфильтрація; вены туресцируютъ и извилисты; артеріи сильно наполнены кровью и отчетливы скрыты въ мѣстѣ своего происхожденія. Исслѣдованіе мочи на бѣлокъ и сахаръ дало отрицательный результатъ. Сифилисомъ больной не страдалъ. *Talon* опредѣлялъ въ данномъ случаѣ *neuro-retinitis*, а докторъ *Terson* (специалистъ) подтвердилъ этотъ діагнозъ. При осмотрѣ 22 апрѣля острота зрѣнія не ухудшилась; больной продолжаетъ жаловаться на сильный туманъ въ правомъ глазу. Лѣвый глазъ нормаленъ. 3-го мая офтальмоскопъ показалъ уменьшеніе прилива крови къ соску и начинающуюся атрофію зрительнаго нерва. 29 августа у больного при исслѣдованіи найдено: полная картина атрофіи безъ всякаго, разумѣется, улучшенія зрительной способности. Сравнивая свой случай съ подобными-же, описанными *Hatty*, авторъ находитъ между ними большую разницу: случаи *Hatty* могли объясняться, что онъ и дѣлалъ, результатомъ сильнаго давленія производимаго опухолью въ области околушнхъ железъ на сосуды шей и шей случаевъ дѣйствительно наблюдались въ теченіи опухоли, тогда какъ въ только-что описанномъ случаѣ *Talon*'а опасное осложненіе наступило послѣ разрѣшенія опухоли и оставило печальныя послѣдствія вѣчною слѣпотой.

Случай съ тяжелыми припадками.

Опухоль въ области околушнхъ железъ при перипаритѣ имѣтъ наклонность несклонительно къ исходу путемъ разрѣшенія, не оставляющаго на себѣ никакихъ слѣдовъ. Переходъ ея въ нагноеніе нужно

отнести к крайне редко наблюдаемым явлениям, хотя отдельные случаи подобного рода отмечены многими авторами; даже были эпидемии, где такой исход составлял как-бы правило. Спрашивается, когда же происходит переход в нагноение и как протекают этого рода случаи? Нагноение в области околоушных желез при перипаротите может иметь место в тех случаях, когда обыкновенно быстрое разрывание опухоли совершается медленно, с участием в процесс расположенных в ее районе лимфатических желез. Разъ это случается, на 5—6 день от появления перипаротита усиливаются местные воспалительные признаки; лихорадка начинается, возрастает, или появляется, если до того она отсутствовала; больные испытывают чувство озноба; напряжение в области опухоли растет, параллельно с краснотой кожи и болезненностью. Характер опухоли изменяется: вместо того, чтобы быть тубоватой, как в обыкновенных случаях, она приобретает значительную твердость, свойственную флегмонам; периферический отек увеличивается и вся эта область принимает насыщенный красный цвет, в иных местах с синеватым оттенком. По мере того, как функциональные расстройства растут, боли ожесточаются до сильной степени и принимают острый характер (рвущий, колющий); наконец, опухоль в одном, или нескольких местах разламывается, становится ясным зияние: образуется поверхностный абсцесс, скоро заживающий после вскрытия. Когда последнее не производится искусственно, то в иных случаях нагноение может перейти на соседние части, результатом чего может явиться оторез, слуховые свищи и пр.

Первым упомянутым об этом исходе и описавшим один случай был *Hamilton*; краткая история болезни этого случая имеет большой научный интерес, так как дает указание на самый патологический процесс и отношение последнего к веществу околоушных желез.

Перипаротит с исходом в нагноение был у солдата 19 лет в течении эпидемии среди эдинбургского гарнизона. Когда нарыв созрел, автор, вскрывший его искусственно, нашел, что весь гной заключался только во околоушной клетчатке; околоушная железа не страдала. *Warnecro* видел два случая перехода в нагноение; *Behr* один из 10 случаев заболел; *Heusinger*, Ca-

mer, *Meilheurat* ¹⁾ также по одному; *Rust* — два случая; *Pomauvsky* один из 43 случ. перипаротита. *M. Laveran* ²⁾ (a) один случ. в казарме Prince-Eugène 1869 г. *Soltmann* в Бреславльскую эпидемию один случ. из 80 больных, *Huffeland* при эпидемии в Берлине 1825 г., а *Dionis* среди воспитанниц женского пансиона «Saint-Cyr» наблюдали часто переходы в нагноение; *Spengler* видел несколько таких исходов. *Schäffer* (a) в конце прошлого столетия описал исходы в нагноение участвовавших в процесс подчелюстных желез, а *Fehr* сам перенес перипаротит с таким исходом. *Sir* (1881) сообщил три случая перипаротита у трех детей 5, 6 и 9 месячного возраста с исходом в нагноение, причем в двух случаях абсцесс в области околоушной железы был односторонний, а в третьем двусторонний; все члены этого семейства перенесли также болезнь, но переходов в нагноение в этой семье больше не было. Случаи эти интересны главным образом потому, что описываемая болезнь почти не поражает детей первого возраста жизни.

Leichtenstern почему-то думает, что патологический процесс при перипаротите в нагноение обыкновенно ограничивается только частью железы, а потому прогноз в этих случаях гораздо благоприятнее, чем при абсцессе околоушной железы в течении тифа, скарлатины и прочих инфекционных болезней.

В подтверждение факта *Hamilton'a* *Rose* (1877) опубликовала случаи, где перипаротит окончился смертельно вследствие прободения стенок глотки и где при вскрытии околоушная железа оказалась не тронутой; гнойная инфильтрация была только в окружающих ее тканях.

Красильщик 20 лет, жил вместе с родителями в дом, расположенный в хорошей местности. До 27-го ноября 1876 года был совершенно здоров, но знания его заставляли часто подвергаться вредному влиянию погоды. 2-го декабря *Rose* был позван в этот дом и нашел у молодого красильщика двусторонний перипаротит; на левой щеке опухоль в два пальца продолжения, без красноты, но с тимпаническим звуком. Сильный разрыв этой опухоли обнаружил полость, заключающую в себе гнилостные гали. Лихорадка вечером этого дня 39°. Обнажилась кость, но экзикации в полости желез не открыл было нельзя. Движение челюсти невозможно. При промывании в следующие сутки дни разрывов карболовой кислоты отделялись отрывки омертвевших тканей и вглубь нижней челюсти обнажилась на величину лещинного ореха. 4-го декабря разрыв увели-

¹⁾ *Laveran* (a).

²⁾ *Pinct*, стр. 62.

³⁾ см. *Leichtenstern*.

чили; чрез глотку вышли слизисто-гнойной массе. Подкожная эмфизема дошла до затылка. Утром темп. нормальна, вечером 38°. Затяжи дурное быть признаком сжатия гортани и 6-го утром смерть.

Вскрытие показало следующее: Область правой околоушной железы здорова. Гнойная инфильтрация под неповрежденными покровами вытекает до *pericardium*. Щитовидная железа увеличена во объем и превращена в черную, гноивую массу. Несколько фиброзных отложений в шлесте. В легких гангренозная гниль развилась до ядра. Смерть произошла вследствие перфорации стенок глотки со стороны левой околоушной области и проникновения гноя в дыхательные пути. Самое вещество левой железой не принимало участия в процесс.

Местные припадки при перинарититѣ достигаютъ въ иныхъ случаяхъ высокихъ степеней. Опухоль въ области одной, или двухъ околоушныхъ железъ бываетъ огромныхъ размеровъ, причѣмъ въ силу сжатія, или коллатеральнаго отека могутъ наступить припадки тяжелой дисфагии, стеноза гортани съ дурною. Съ другой стороны тяжесть припадка можетъ выразиться въ сильномъ повышении t°: лихорадка принимаетъ настоящій тифозный характеръ съ сильно выраженной сухостью слизистыхъ оболочекъ рта и зѣва, апатическимъ состояніемъ и часто бредомъ. Къ тяжелымъ же случаямъ нужно отнести еще и тѣ, гдѣ наступаютъ мозговые явления при умѣренной лихорадкѣ вслѣдствіе опять таки давленія, производимаго двустороннею опухолью въ области околоушныхъ железъ на артеріи и вены шеи, а также на гортань и трахею. Причина наблюдаемыхъ въ такихъ случаяхъ мозговыхъ припадка заключается, вѣроятно, въ невозможности застою и накопленія въ крови угольной кислоты.

Опухоль при перинарититѣ можетъ быть различнаго размѣра, но въ обыкновенныхъ случаяхъ она рѣдко переступаетъ угодъ нижней челюсти. Въ другихъ же, сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, она можетъ распространиться на всю шею до ключицы и повлечь опасные припадки съ смертельнымъ исходомъ. *Vougar* приводитъ случай, гдѣ опухоль достигла такихъ огромныхъ размѣровъ, что сжала трахею и гортань, причинивъ смерть съ явлениями асфиксии. *Wiedemann* наблюдаетъ смерть отъ задушенія, вслѣдствіе давленія опухолью дыхательныхъ путей, а *Tourtelles* въ диссертациі 1828 г. описалъ два подобныхъ случая.

Отмѣчены факты, гдѣ при высокихъ степеняхъ опухоли были благоприятные исходы. *Pearson* говоритъ о случаяхъ опуханія всей шеи, до грудной кости съ исходомъ въ выздоровленіе. *Rizet* при эпидеміи въ Аррасѣ видѣлъ юношу 16 лѣтъ, у котораго при эпидемическомъ перина-

рититѣ правой стороны опухоль распространилась до *articulatio sterni — claviculae dextra*; кожа была сильно напружена и давала опухленіе флуидности. Чрезъ нѣсколько дней опухоль исчезла и мальчикъ выздоровѣлъ. Припухлость участвовавшихъ въ процессѣ шейныхъ железъ держалась еще въ теченіи двухъ мѣсяцевъ.

Jourdan наблюдалъ пять случаевъ сильного отека глотки при значительной опухоли въ области околоушныхъ железъ съ исходомъ въ выздоровленіе, а *Jacob* описываетъ случай смерти при перинарититѣ вслѣдствіе отека гортани, прилагая при этомъ и патологическую картину, найденную при вскрытіи.

Mounier — солдатъ 13 артиллерійскаго полка 21 года, тѣлосложенія крѣпкаго, температура лимфатически септического. При осмотрѣ 23-го апр. имѣлъ маленькій фурункулъ въ области подбородка. Больной очень конфузился столь нутною болѣзью, но жаловался, что у него болитъ шея. 24-го опухла правая щека; опухоль занимала область околоушной железы, подчелюстной и отчасти околовую половину шеи. Она натка, вѣтвистая; покровы нормальнаго цвѣта. Шейный лимфатическія железы въ процессѣ не участвуютъ. Исслѣдованіе полости рта по обнаруженію красноты зѣва, мягкаго неба и миндаликовъ. Глотаніе не затруднено, дыханіе свободно; пульсъ нормальный. Больной не жалуется на какую-либо боль; лихорадки, недомоганія и дурнаго состоянія духа въ теченіи предыдущей ночи, когда развилась опухоль, не было. Больной произнесъ съ разлѣзшими опухолью и обратился за медицинскою помощью болѣе отъ удальства и только по приказанію согласился поступить въ амбулаторію. Ночью въ это время была сырая, холодная, что особенно чувствовалось въ баракахъ лагеря *Saint-Maur*. *Mounier* еще нѣсколько часовъ пробылъ въ казармѣ и явился въ больницу только къ 10—11 часамъ утра. Все послѣдующее время онъ гулялъ и до 3 часовъ пополуночи на что не жаловался. Вдругъ онъ почувствовалъ усталость, бросился въ постель совершенно одѣтымъ и скоро заснулъ. Товарищи *Mounier* говорили, что онъ во время обѣда мало ѣлъ и тотчасъ-же отправился спать. Начиная съ 3 часовъ пополуночи больной спалъ до 2 часовъ утра слѣдующаго дня, когда онъ быстро проснулся, произнесъ не ясныя слова и обнаружилъ припадки задушенія. Товарищи, видя его бѣгущимъ къ дверямъ, задержали, хотя съ большимъ трудомъ. *Mounier* прошепелъ нѣсколько шаговъ и ухватилъ за ихъ руки. Положивши больного товарища на кровать, солдаты замѣтили, что онъ уже умеръ.

Вскрытіе чрезъ 30 часовъ послѣ смерти. Рѣзко выраженное трупное окрашеніе въ разныхъ мѣстахъ. Разложеніе мало выражено. Однообразный, багровый цвѣтъ кожи синица; на передней и боковыхъ частяхъ туловища нѣсколько пятенъ того-же цвѣта. Отекъ лица съ багровыми пятнами въ области лба и щекъ. Опухоль сохранилась и послѣ смерти; она распространялась справа на лѣво въ послѣдніе часы жизни, ибо бывшій односторонній перинарититъ найденъ двустороннимъ. По открытіи рта найдено, что языкъ имѣетъ черноватый оттѣнокъ, а остальные части полости рта совершенно блѣдны. Въ легкихъ прилипы, но полная крепитация во всѣхъ отдѣлахъ; въ заднихъ частяхъ легкихъ гипостазъ; изъ паренхимы легкаго вытекаетъ на разрывѣ

черная кровь. Нигдѣ нѣтъ апоплектическихъ узловъ, или геморригическихъ гнѣздъ. Подъ плевой тѣлѣ и снѣжъ констатированы незначительныя кровяныя дѣлнія. Въ полости сердечной сорочки очень мало серозной жидкости; сердце нормальнаго объема; въ желудочкахъ нѣтъ кровяныхъ сгустковъ; заслонки сердца цѣлы. Когда вырѣзали нижнюю челюсть и раздѣлили двѣ ея вѣтви, то замѣтили по направлению къ языку отчетливый валикъ, лежащій между нижней частью перегородки основанія языка и заднею частью миндаликовъ (portant de la partie inférieure des piliers de la base de la langue et de la partie postérieure des amygdales) и нѣбной форму полукольца, выполнявшаго isthmum faucium. Изъ дѣлѣ по языку, увидѣли, что это полукольцо до-полнялось по направлению къзади отъекомъ клѣтчатки языка и подгортанника. Два валика, покрывавшіе голосовыя связки такими, что вслѣдствіе своего сближенія они замыкали совершенно отверстие гортани. Отъекомъ подожной клѣтчатки по обѣимъ сторонамъ трахеи, а также между нею и пищеводомъ. Въ подожной перитрахеальной клѣтчаткѣ геморрагическій патина. Нижнія голосо-вые связки отчетливы, но въ болѣе слабой стѣнѣ. Трахея заключала кро-винистую жидкую пѣну; слизистая оболочка красна и застойна. Печень, же-лудокъ, кишечный каналъ, лимфатическія железы нормальны. Яички здо-ровы, но въ полости tunicae vaginalis немного серозной жидкости. По просѣ-бѣ родителей черепъ вскрытъ не былъ. Околоушная и подчелюстная железы не казались особенно увеличенными; нѣтъ тканей бѣдно-розоваго цвѣта; они погружены въ клѣтчатку, наполненную серозой, зеленоватою, бѣловинной прозрачною жидкостью; послѣдняя сохраняла по вырѣзыванію форму ее заклю-чавшей ткани.

Ranvier изсѣдывалъ ткань околоушныхъ, подчелюстныхъ и лим-фатическихъ желѣзъ шепъ подъ микроскопомъ, но не нашелъ въ нихъ признаковъ воспалительнаго процесса. Проліферанціи клѣтокъ и эпи-телія выводныхъ протоковъ слюнныхъ желѣзъ не было; не было отека ткани, соединяющей долины желѣзъ между собой. Вся картина пато-логическаго процесса выражалась отъекомъ перипаротической клѣтки и отъекомъ гортани, причинившимъ смерть.

Одновременно съ этимъ былъ случай смерти ковалесцента послѣ пневмоніи, заболѣвшаго перипаротитомъ и умершаго вслѣдствіе ост-рого отека гортани.

Тифозныя припадки въ теченіи перипаротита выражаются: носо-выми кровотечениями, головою болью, значительной лихорадкой, иногда съ бредомъ и безсонницей, чувствомъ сильной слабости, сухимъ съ налетомъ языкомъ, поносомъ, свистящими хрипами въ дыхаель-ныхъ вѣтвяхъ, ступоромъ и проч. Наблюдались они болѣею частью въ то время, когда разрывалась опухоль въ области околоушной же-лезы; локализациі же въ другихъ органахъ не наступали, съ появ-леніемъ послѣднихъ означенныя припадки прекращались. Нѣсколько рѣже они предшествовали появленію опухоли въ области околоушной

железы, или же протекали настолько быстро, что давали полное пра-во называть злокачественными, абортными формами тѣ случаи, при которыхъ они развивались. *Trousseau* (d) въ 1832 г. видѣлъ мужчи-ну 35 л., у котораго въ періодъ снаденія опухоли въ области около-ушной железы наступили: бѣдность лица, малый пульсъ, а на слѣ-дующій день сильная лихорадка и при изсѣдываніи обнаруженъ одно-сторонній орхитъ. Въ 1843 г. этотъ авторъ наблюдалъ такіе же при-падки и въ такомъ же періодѣ болѣзни у двухъ 18 л. юношей, стра-давшихъ перипаротитомъ съ локализацией въ области яичекъ, а въ 1852 г. сильная лихорадка съ бредомъ, рвотою и поносомъ была у 17 л. юноши, у котораго только-что разрывилась опухоль въ обла-сти околоушной железы, но орхитъ еще наступилъ; съ появленіемъ послѣднего всѣ припадки быстро прошли. Аналогичные случаи выдѣ-ли: *Chomel* (b), *Grisolle* (2 сл.); *Rizet* (2 сл.), *Fournier* (1 сл.), *Merlini* (2 сл.).

На 105 заболѣвацій перипаротитомъ *Servier* въ 5 наблюдалъ ти-фозныя припадки въ теченіи 2—3 дней, причемъ темп. поднималась утр. до 39°, а вечер. до 40°. Исходъ былъ въ выздоровленіе. Въ диссертациі *Lemarchand* описаны три случая, гдѣ въ періодѣ снаденія опухоли въ области околоушной железы и предъ развитіемъ орхита температура держалась въ теченіи 3—5 дней на очень высокихъ цифрахъ (40,8°—41°) и падала до нормы съ появленіемъ послѣднихъ то (кривыя этихъ 3 сл. изображены на рис. E). *Hall* разсказываетъ про юношу 16 л., у котораго въ промежуткѣ между разрывившеюся опухолью въ области околоушной железы и послѣдующей локали-зацией въ яичкѣ была полная картина status typhosus: рвота, моз-говая явленія, темп. 40°C, сильно обожженный языкъ. Все исчезло, какъ только явился орхитъ. *Cl. Dukes* говоритъ, что высокая темп. съ бредомъ была именно въ томъ случаѣ орхита, который впоследст-віи окончился атрофіей яичка. При локализациі въ яичкѣ *Mathelin* (1. с.) поимно тифозныхъ припадковъ наблюдалъ сильныя боли въ области промежности, продолжавшіяся цѣлыхъ 10 дней. Во время Желеской эпидеміи (*Rilliet*) были случаи, когда перипаротитъ проте-калъ при носовыхъ кровотеченияхъ, боляхъ въ правой подвздошной области съ ступоромъ при сохраненіи сознанія.

Въ другихъ случаяхъ тифозныя припадки предшествовали появ-ленію опухоли въ области околоушныхъ желѣзъ. *Grisolle* видѣлъ два такихъ случая, а *Jourdan* обращаетъ вниманіе на тотъ, нѣмъ поди-

ченный, фактъ, что носовыя кровотечения при высокой темп. были въ три раза чаще до развитія перипаротита, чѣмъ въ теченіи его и что сильнѣе всего такіе припадки предшествовали появленію двусторонней опухоли въ области околоушной железы. *Cl. Dukes* имѣлъ случаи наблюдать тифозныя припадки съ темп. 41,1° въ теченіи опухоли перипаротита.

Marroin въ Константинопольскую эпидемію перипаротита видѣлъ тифозныя припадки у женщинъ предъ локализаціями въ области грудныхъ железъ.

Pencold приводитъ два случая перипаротита у дѣтей, гдѣ въ одномъ болѣзнь протекала при высокой темп. со рвотою и быстро наступило выздоровленіе, а въ другомъ при *oreillons sous-maxillaires Machado*—темп. держалась въ теченіи трехъ дней на крайне высокихъ цифрахъ, достигнувъ однажды 40,2°. *Laveran* (а) видѣлъ три случая (одинъ въ 1876, а два въ 1879) гдѣ темп. въ теченіи орхита доходила до 40°—41°, но держалась всего 3—4 дня; затѣмъ быстро падала; вмѣстѣ съ ея паденіемъ разрывался орхитъ. *Duroziez* наблюдалъ молодого человѣка, у котораго въ ночь 5 декабря 1886 года быстро появились обильный потъ и настолько сильное головокруженіе, что онъ въ трудѣ могъ попасть въ комнату, изъ которой выходилъ. Больной жаловался на сильную боль головы, шеи, подчелюстной области и обмороки. Опухоль въ области околоушной железы была очень мало выражена. 22 декабря выздоровленіе.

Что касается случая описаннаго *Debove*—и наблюдавшагося въ *Service de M. Cazalis* 1869 г., гдѣ у 18 л. молодого человѣка при перипаротитѣ съ послѣдующимъ орхитомъ были тифозныя припадки съ розовыми пятнами на кожѣ, съ желтухой, припуханіемъ и болѣзненностью чечени, съ моментально наступившимъ чрезъ 6 дней отъ заболѣванія смертельнымъ исходомъ; то поэтому поводу можно сказать, что столь сложная картина припадковъ можетъ быть объяснена только сочетаніемъ перипаротита съ другою инфекціонною формою. Случай этотъ, къ сожалѣнію остался, не выясненнымъ, такъ какъ аутопсія сдѣлана не было. Въ случаѣ *Carpentier* съ *gargouillement* въ правой подчелюстной области, розоватыми пятнами на покровахъ живота, съ темп. утр. 39,8°—39,9°, а вечер. 40,0°—40,1° въ теченіи четырехъ дней, также вѣроятно было сочетаніе, хотя повышеніе температуры и соответствовало времени, въ которое констатировалось появленіе локализаціи въ области яичекъ. Въ диссертации *Sela* помѣщены двѣ

исторіи болѣзни, не дающія, кажется, повода сомнѣваться въ томъ, что здѣсь имѣлось дѣло съ сочетаніемъ перипаротита съ легкой формой скарлатины.

Молодой человѣкъ 18 л. 24-го февраля заболѣлъ перипаротитомъ и 1-го марта чувствовалъ себя почти здоровымъ. Въ ночь съ 1-го на 2-ое у него явилась сильная лихорадка. При осмотрѣ 2-го марта *Peter* нашелъ пульсъ 130 и *stutor*. 3-го констатируютъ двусторонній орхитъ: яички велики и болѣзненны. Мононоа опухла и слегка красновата. У большого рѣзко выраженная припухлость миндалинъ, краснота зѣва, глотки и скарлатинозное высыпаніе въ области предчелюей. Лихорадка высока, пульсъ 120, кожа суха. Съ 5-го по 8-ое удрученіе общаго состоянія и 15-го выздоровленіе. Второй случай былъ совершенно такой-же съ тою разницею, что общіе припадки выражались въ болѣе слабой степени.

О смертельномъ кровотеченіи при перипаротитѣ изъ носа, рта и наружнаго слухового прохода говоритъ *Louyer-Villermay*; произошло оно по автору вслѣдствіи эрозій стѣнокъ маленькихъ артерій (?).

Была случая, когда перипаротитъ протекалъ съ картиною припадковъ, симулировавшихъ страданія мозга, или его обоченокъ. Правда, эти припадки гораздо чаще наблюдались среди больныхъ дѣтскаго возраста, но были случаи и среди взрослыхъ. *Hamilton* упоминаетъ о томъ, что перипаротитъ можетъ создать Эдинбургъ протекалъ съ бредомъ и конвульсіями и что въ нѣкоторыхъ случаяхъ были детальныя исходы. *Groffier, Meinhardt, Bessignier* говорятъ, что ими наблюдались въ теченіе перипаротита припадки, очень напоминавшіе картину послѣдствій мозговыхъ обоченокъ.

Pearson рассказываетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда только что выздорѣвавшіе отъ перипаротита выходили въ дурную погоду на воздухъ и простуживались, наступали опасныя припадки (спазмы, непроизвольныя движенія конечностей, бредъ значительный упадокъ силъ, частый и малый пульсъ).

Среди дѣтей случаи съ мозговыми припадками не представляли особой рѣдкости. *Trenel* видѣлъ два случая; *Rusl*—три, *Dräffel Warneeros, Behr* по одному. Изъ двухъ случаевъ съ мозговыми припадками *Camerer* наблюдалъ въ одномъ ясно выраженную картину элиминиса. Аналогичный фактъ былъ въ Бреславскую эпидемію (*Soltmann*). *Miquel* видѣлъ случай ребенка, умершаго въ теченіи перипаротита въ сильныхъ конвульсіяхъ. «Я видѣлъ» говоритъ *A. Cooper*, «малышка 12 лѣтъ, у котораго вслѣдствіе леченія примочкой изъ спирта и уксусно-кислаго раствора опухоль въ области околоушной железы быстро прошла, но вслѣдъ за этимъ наступили припадки спазма мозга съ бредомъ и дѣти умерло менѣе чѣмъ въ 8 дней». Причину смерти, какъ видите, была примочка. Одинъ случай смерти въ мозговыхъ

явлениях привести в диссертации *Malabouiska*. У одного 17-летнего по *Hailot* рвотная картина менингита явилась после быстрого разрешения орхита. *Laveran* (b) рассказывает, что в январе 1875 года в больницу *Val-de-Grâce* поступил больной солдат, с следующими признаками, типичная лихорадка: (утр. 39,6°, веч. 40,8°) пульс 60—70, тошнота, рвота желчью, сильная головная боль в области лба, головокружение, чувство сильной слабости, бессонница, бред, запор. Признаки эти продолжались 24 часа. Решено было диагностировать менингит, как вдруг больной заявил, что у него болит правое яичко. При осмотре последнее найдено вдвое большим против своего нормального объема и болезненным при давлении. Следов говорить никаких, болезненный процесс со средоточен в самом яичке без усадки придатка. Через 48 часов поступления в больницу все симптомы быстро и бесследно прошли. Позже *Laveran* узнал, что во время болезни солдата в полночь, где он состоял на службе, была незначительная эпидемия перипаротита, но что все заболевшие в силу незначительности признаков лечились в околотке.

Одно из характерных черт описываемых признаков нужно считать их склонность к переходу в выздоровление и смертельные исходы должны считаться весьма редкими явлениями. Невозможно в настоящее время дать их основательного объяснения и странно слышать, когда *Peter*¹⁾ говорит, что даже в таких случаях поражается так быстро, что не успевает еще высказаться процесс, как уже наступает смерть организма, а вместе с этим исчезают все признаки только что начавшейся патолого-анатомической картины. Пока мы имеем только право говорить, что при перипаротите в этих случаях наблюдаются мозговые явления, напоминающие те, которые бывают при воспалении мозга и его оболочек, но отличающиеся высокой степенью доброкачественности и быстрым течением; что явления эти чаще всего наблюдаются в детском возрасте и что натура этих признаков для нас пока *terra incognita*.

На признаки несправедливого характера в течение перипаротита указал *Wolff* (пять случаев очень сильных болей в области лба и висков; боли эти продолжались при отсутствии рвоты и лихорадки).

¹⁾ *Pinet*, стр. 72.

в течение дней и 5 моментально прекратились, как только разрешилась опухоль околоушных желез. По *Combeau* у 16-летнего мальчика, страдавшего перипаротитом, в течение четырех дней были сильные боли в глотке, груди, области лба и надбровных дуг. *Jourdan* видел 4 случая, где в период разрешения опухоли у больных появилась сильная боль суставов, продолжавшаяся 5—8 дней.

Fournier говорит о двух случаях, где в течение последовательного при перипаротите орхита (большие солдаты) наступили приступы болей в области сочленений без всякой опухоли и красноты покровов. Продолжались приступы 2—3 дня; сопровождались обильным потением с болями головы, груди и протекали при гастрических расстройствах. В одном из этих случаев ревматический приступ прекратился до разрешения орхита, а в другом он повторился два раза, но прекратился одновременно с последним. В Женевскую эпидемию 1848—1849 г. при перипаротите у одного больного развилась перикардия, а *Isham* видел осложнение перипаротита воспалением эндокардия.

Наконец, в течение перипаротита некоторыми авторами описаны расстройства чисто психического характера. Входить в разъяснение этого рода фактов в силу большой их сложности считаю себя не в праве, но приведу их вкратце здесь для того, чтобы в будущем, когда такие факты, быть может, накопятся в большем количестве и не заслуживают упрека за игнорирование того, что было уже подмечено авторами. *Miquel* во время эпидемии в Бентгейм 1824 г. наблюдал, что больные перипаротитом при мало выраженной лихорадке являли мозаичное настроение. *J. Frank* описал историю болезни, когда вслед за разрешением опухоли в области околоушной железы, у больного наступило душевное расстройство, «когда множество мыслей подмывало ум».

Случай *Jourdan's* (в сокращенном виде).

Periparotitis epid. duplex. Haematuria. Hypertrophia gl. thyroideae. Nysteria.

Солдат 28 лет, заболел двусторонним перипаротитом 18 IV, 78. Тщательное исследование здоровья, раньше не болел. В течение трех дней при носовых кровотечениях появилось припухание подчелюстных желез с краснотой и отеком глотки. Затем припухла область околоушных желез и развился отек клетчатки левой половины шеи, лимфатические железы шеи и щитовидная железа сильно увеличены в объеме. На 12-й день от начала болезни

ни (29-го апр.) гематурия съ частыми позывами на мочеиспускание; продолжалась она 6 дней. Больной жалется на сильная сердцебиения. Къ концу юня большой оправился на столько, что могъ быть выписанъ. 27-го юня приступъ общаго конвульсий, начинавшися съ посянции и восходящихъ вверхъ до ягодицъ затихла при безсознательномъ состояніи. Во время приступа конвульсий еще не разбранившейся щитовидной железы увеличивается въ объемъ; потеря чувствительности. Конвульсивный періодъ продолжается 1—2', сдѣлилась аурую въ 5—10'; затѣмъ новый приступъ и новый промужетокъ. Пароксизмы продолжались 1'—3 ч., были средн. числа, по два раза въ день и держались до 12 юня. Были точки гиперестезіи (область 2-го поясничнаго позвонокъ); тактильная чувствительность не измѣнилась, болезнен утерана. Мягкое небо, глотка переноситъ легко приспособленіе борочки пера. Органы чувствъ функционируютъ нормально. Съ 17-го юня припадки продолжаются по 5—6 ч. и сдѣлались сильнее. Появляются галлюцинаціи (большой разговариваетъ съ ангеломъ). Пароксизмы продолжаются 10—15', сдѣлилась аурую, во время которой являются галлюцинаціи. Послѣ приступа настроеніе духа мрачное. Гидропатическое леченіе и Дахъ извѣдно большаго отъ этихъ пароксизмовъ. Второй случай аналогиченъ первому съ тою разницею, что приступы конвульсивной истеріи появились при затянутахъ разбръшеніи двусторонняго орхита и не было точекъ гиперестезіи и анестезіи.

Въ диссертациі *Pinel* (стр. 77) описана исторія болѣзни солдата, у котораго въ теченіи послѣдовательнаго періода перипаритита двусторонняго орхита наступили носовыя кровотеченія, темп. поднималась до 42,6°, пульсъ до 100 уд. въ 1' и затѣмъ появилось коматозное состояніе, какое бываетъ послѣ энцефалитическаго приступа. Кожа продолжалась около двухъ часовъ, а затѣмъ въ теченіи 3 дней былъ бредъ и ступоръ при темп., не превышавшей 39,5°. Всѣ явленія исчезли одновременно съ полнымъ разбръшеніемъ орхита.

Послѣдовательная болѣзнь.

При пораженіи перипарититомъ лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, локализация болѣзни въ области яичекъ, какъ выше было говорено, часто влечетъ за собою атрофическій процессъ вещества ихъ, часто иногда до полного его исчезанія. Такой атрофическій процессъ въ особенности, если онъ развивается въ обычныхъ яичкахъ, можетъ повлечь за собою гипертрофію грудныхъ сосковъ (*gynécomastie*) и такъ называемый *feminismus*, когда кожа субъектовъ мужскаго пола дѣлается нѣжная, а голосъ принимаетъ высочій тембръ. *Lambert* въ диссертациі 1878 года коснулся подробно вопроса о послѣдствіяхъ атрофіи яичекъ у взрослыхъ; приводитъ въ своемъ трудѣ нѣмнѣшныя въ знаніи факты, онъ сдѣлалъ слѣдующіе выводы. 1) Уже давно показано, что атрофія яичекъ, произшедшая до періода половой зрѣлости, можетъ повлечь за собою цѣлый рядъ серьезныхъ припадковъ, и въ частности всѣ признаки такъ называемаго *feminismus*. 2) Менѣе доказано, чтобы травматическія поврежденія яичекъ могли про-

изводить гипертрофію грудныхъ сосковъ, а если это и бываетъ, то при условіи, чтобы травма, или какая либо острая, лихорадочная болѣзнь быстро произвела потерю функций мужской половой железы. 3) Изъ болѣзней, ведущихъ быстро къ атрофіи яичекъ, «la fièvre onguineuse» вполне можетъ быть причиною послѣдующаго *feminismus*. 4) Картина послѣдняго выражается яснѣе въ случаяхъ, гдѣ причина вліяла до половой зрѣлости, чѣмъ послѣ нея. Гипертрофія грудныхъ сосковъ среди симптомовъ *feminismus* представляетъ наименѣе наблюдаемое явленіе. 5) Болѣзни, вызывающія атрофію яичекъ и, какъ слѣдствіе ея, *feminismus*, наблюдаются довольно рѣдко, но во главѣ ихъ долженъ стоять перипарититъ. Въ доказательство возможности развитія вслѣдствіе атрофіи яичекъ явленій *feminismus*, *Lambert* (стр. 31) приводитъ исторію болѣзни *Lereboullet*. Вотъ этотъ интересный случай.

„10-го августа 1877 года я показывалъ въ „Société médicale des Népithaux“ молодого солдата, страдавшаго полной атрофіей яичекъ вслѣдствіе перенесеннаго какъ раньше перипаритита. Солдату 22 г.; онъ крѣпкаго сложенія. Четыре мѣсяца назадъ онъ страдалъ перипарититомъ; болѣзнь, казалось, протекла благоприятно: въ началѣ ея не было никакихъ общихъ припадковъ, никакихъ осложненій. Къ концу 4-го дня болѣзни, когда онъ уже въ области околонушной являлся не уснѣла еще исчезнуть, появились двусторонній орхитъ. Въ теченіи двухъ дней, по словамъ больнаго, каждое изъ его яичекъ сдѣлалось второе болѣе своей нормальной величины. Боль была умеренна, припадки не участвовали и болѣзнь прошла довольно скоро. Во время припадка больнаго въ госпиталь Val-de-Grâce, въ отдѣленіи проф. *Villemin*а, еще были слѣды онкулы въ области околонушной железы и атрофія яичекъ уже начала снѣ. Въ 20 дней яичка атрофировались до того объема, въ какомъ онъ представляются теперь; онѣ не болѣе фасолы маленькаго размѣра. Параллельно съ разширеніемъ атрофіей исчезли: мужская половая способность и половые инстинкты; грудные соски, представлявшіе прежде выпукл., свойственный имъ у всякаго взрослага и физически развитаго субъекта, другіе начали постепенно увеличиваться въ объемъ. Въ настоящее время, когда нѣтъ ни одного другаго припадка, который бы указывалъ на *feminismus*, все-таки можно отчетливо констатировать ясную гипертрофію грудныхъ железъ, при окупаніи которыхъ разпознаются дольки железъ (буторки *Montgomery*). Послѣднія не представляютъ скопленія жира въ болѣешемъ противъ нормальнаго количествѣ; вѣзюлазъ сѣтъ подложныхъ сосудовъ ясна и увеличивается пою для въ день, сосокъ нѣтъ вліяніемъ слабыхъ раздраженій легко выдается впередъ. У больнаго нѣтъ бороды, тогда какъ волосъ въ области лобка растутъ въ весьма обильномъ количествѣ при нормальныхъ половыхъ членѣхъ. Всѣ эти симптомы сопровождался абсолютною потерей полового чувства“ (*d'une perte absolue du sens génésique*).

Lacassagne, говоритъ *Lereboullet*, наблюдать одинъ случай, гдѣ вслѣдъ за развившеюся послѣ перипаритита съ послѣдующимъ орхи-

томъ атрофіей яичекъ была гипертрофія грудныхъ железъ безъ всякихъ другихъ признаковъ феминизма. Что касается сущности процесса, происходившаго въ грудныхъ железахъ при ихъ гипертрофіи, то въ этихъ случаяхъ мнѣнія авторовъ далеко не сходны. Въ то время какъ одни относятъ эту гипертрофію на счетъ развитія жировой ткани (*Hartlopp*¹⁾) (даже думаетъ что при атрофическомъ процессѣ въ яичкахъ происходитъ особое нарушение обмена веществъ съ обильной жировой инфильтраціей въ различные органы тѣла и что гипертрофія грудныхъ железъ какъ-бы замѣняетъ атрофію яичекъ), другіе на основаніи микроскопическихъ исследованийъ и наблюдавшихся случаевъ отдѣленія изъ такихъ гипертрофированныхъ железъ молочной жидкости принимаютъ вмѣстѣ съ *Lereboullet* гипертрофію железистыхъ элементовъ.

Изъ другихъ послѣдовательныхъ заболѣваній авторами указаны слѣдующія. 1) *Chaurand* наблюдалъ послѣ эпидемическаго орхита водянку яичка. *Dogny* говоритъ, что ракъ яичка можетъ быть слѣдствіемъ orch. periparot. *Rillet* послѣ перипаротита видѣлъ хлорозъ съ трехнедельною продолжительностью; у ребенка 8 л. долго продолжавшейся adenitis submaxillaris; онъ-же говоритъ о чахоткѣ, развившейся въ періодѣ затянушаго выздоровленія отъ перипаротита. *Jourdan* наблюдалъ гипертрофію околушней железы, а *Juloux* поощаженного при болѣзни яичка. *Grisolle* чрезъ 6 мѣсцевъ послѣ перипаротита видѣлъ произвольный орхитъ; подобный-же случай сообщилъ *Boyer*.

Boursier въ 1877 г. описалъ такой фактъ. Случ. 21 г. страдалъ явнымъ перипаротитомъ; чрезъ 5 дней по исчезаніи опухоли боли въ правомъ яичкѣ. При поступленіи въ больницу констатирована значительная опухоль, занимающая всю правую половину мошонки; опухоль круглая, нѣсколько шире и простирается вверхъ до annulus inguinalis. Кожа мошонки напряжена, красна, вены расширены и пальты кровью; консистенція опухоли мягкая, слабо выраженное выделение. Яичко не увеличено въ объемѣ, придатокъ нормальный, funiculus твердъ и припухлъ, давление на то болѣзненно. Лихорадка нѣтъ. *Desprès*, осмотрѣвшій больного, поставилъ діагнозъ: «phlebitis ou thrombose d'un varicocèle consécutive à une vaginalite métastatique des oreillons». *Bourges* наблюдалъ послѣ орхита абсцессъ мошонки, а *Boyer*—придатка. Въ случаѣ *Védrès* послѣ орхита оставалось отвердѣніе придатка въ теченіи многихъ мѣсцевъ.

Патологическая анатомія.

Il n'y a pas d'autopsie et la question de siège demeure lettre close.
Jaccoud.

Благоприятное въ большинствѣ случаевъ теченіе эпидемическаго перипаротита и не менѣе благоприятные его исходы служили главною причиною того, что авторы крайне рѣдко приходилось видѣть на анатомическомъ столѣ органы, которые служили мѣстомъ непосредственнаго дѣйствія болѣзнетворнаго начала. Иныеотые изъ наблюдавшихся случаевъ терпятъ значеніе ужъ потому, что детальныя исходы наступали не какъ прямое слѣдствіе основнаго процесса, а въ силу присоединившихся къ нему случайныхъ осложнений. *Rillet* напр. видѣлъ трупъ жандарма, страдавшаго перипаротитомъ, но умершаго вслѣдствіе туберкулеза; *Colin* производилъ вскрытіе трупа солдата, умершаго вслѣдствіе присоединившагося къ перипаротиту нефрита. Кромѣ такихъ, не дающихъ право дѣлать выводы, наблюденій въ литературѣ, все-таки, имѣются, хотя скудныя, но довольно точныя данныя, на основаніи которыхъ можно рѣшать вопросъ о томъ, какія изъ анатомическихъ единицъ поражаемыхъ при описываемомъ страданіи органовъ представляютъ главную локализацию болѣзненнаго процесса.

Crucetier, Bérard, Piorry, Virchow, O. Weber, Rindfleisch и др. доказали, что мѣстомъ воспаленія околушней железъ является не соединительная междольчатая ткань, а процессъ съ самаго начала сосредоточенъ въ самыхъ долькахъ, которыя называются кровью и значительно увеличиваются въ объемѣ, что воспалительные процессы внутри железъ имѣютъ тотъ-же характеръ, какой свойственъ катаральнымъ воспаленіямъ отдѣлительной паренхимы другихъ железъ съ участіемъ въ этомъ процессѣ и выводныхъ протоковъ ихъ. Сумма и соединительнотканная перегородки также могутъ участвовать въ процессѣ, подвергаясь отечной, или гнойной инфильтраціи. Микроскопическое изслѣдованіе железистой ткани во время воспалительнаго ея состоянія показывается, что полость пузырьковъ, расширенная, въ значительной степени, выполнена зернисто-помутнѣвшими клетками, причемъ рядомъ съ этимъ идетъ набуханіе соединительной ткани. Въ дальнѣйшемъ ходѣ воспалительнаго процесса полость пузырьковъ наполняется гнойными тѣльцами, послѣднія сливаются и въ промежуточной соединительной ткани: катаральный въ началѣ процессъ дѣ-

¹⁾ Sur les tumeurs du sein. Thèse d'agrégation. Paris 1872.

лается гнойным. Пузырьки затѣмъ совершенно теряютъ эпителий, представляя гноемъ наполненные полости, которые потомъ сообщаются съ небольшими абсцессами въ межтканной ткани и даютъ въ концѣ концовъ большой нарывъ, занимающій мѣсто прежде бывшей нормальной ткани железы. Вокругъ слюнныхъ трубокъ и въ стѣнкахъ крупныхъ ходовъ образуются нарывы и гдѣ флегмонозное воспаление идетъ быстро, тамъ доли железы могутъ подвергаться омертвѣнію, являя среди инфильтрированной гноемъ соединительной ткани въ видѣ сѣроватыхъ, зернистыхъ массъ. Вотъ краткій патолого-анатомическая картина воспаления околушннхъ железъ, являющаяся слѣдствіемъ закупорки выводныхъ протоковъ посторонними тѣлами, задержки отдѣленій и перехода воспалительнаго процесса изъ слизистой оболочки полости рта чрезъ отверстие выводнаго протока железъ въ просвѣтъ послѣдняго, а оттуда въ самыя доли железы. Желая подвести патолого-анатомическій процессъ при эпидемическомъ перипаротитѣ къ группѣ только что описанныхъ катаральныхъ формъ воспаления выводныхъ протоковъ и самыхъ долекъ, многіе авторы (Weber, König, Soltmann, Ropas, Spengler, Machado и др.) утверждали, что болѣзненный процессъ впервые появляется на слизистой оболочкѣ полости рта, какъ катаральный стоматитъ и затѣмъ per continuitatem продолжается на выводные протоки слюнныхъ железъ. Мнѣніе это нужно считать совершенно ошибочнымъ уже по одному тому, то участіе слизистой оболочки полости рта при перипаротитѣ наблюдается въ видѣ исключенія, а не общаго правила.

Если принять во вниманіе быстроту развитія опухоли (чаще всего въ теченіи одной ночи) съ большою ея наклонностью переходить далеко за предѣлы околушной железы, неизмѣняемость въ большинствѣ случаевъ отдѣленія слюны и ея химическихъ свойствъ, рѣдко наблюдаемый исходъ въ нагноеніе, слабо выраженные жѣстные припадки; то все это нельзя согласить съ страданіемъ самыхъ форменныхъ элементовъ железы, или слизистой оболочки выводныхъ протоковъ. Клиническая картина описываемаго страданія убѣдила многихъ авторовъ въ специфичности его патолого-анатомическаго процесса и заставила ихъ высказаться въ пользу страданія главнымъ образомъ околулежащей кѣтчаткой железы, а не ея вещества. Drüffel еще въ 1827 г. категорически заявилъ, что при перипаротитѣ страдаетъ не железа, а только окружающая послѣднюю кѣтчатка и что нужно строго различать паротитъ при тифѣ, гдѣ страдаетъ железа отъ перипаротита,

гдѣ процессъ сосредоточенъ исключительно въ околулежащихъ тканяхъ. Въ томъ же смыслѣ выразились Choilly и Duparque¹⁾. Романовскій, описывая эпидемию перипаротита среди дѣтей Московскаго Воспитательнаго Дома, дѣлитъ всѣ воспалительные процессы въ области околушннхъ железъ на двѣ группы: parotitis sarcosa и parotitis nervosa. Первую онъ подраздѣляетъ на prostatica, apostatica и metastatica; при инфеціонныхъ формахъ, какъ осложненіе, является parot. metast.; переходитъ въ нагноеніе parot. apostat.; при перипаротитѣ бываетъ не переходящая въ нагноеніе и протекающая совершенно особеннымъ образомъ parot. protophat. Такое строгое выдѣленіе перипаротита отъ другихъ формъ воспаления Романовскій дѣлалъ только на основаніи клинической картины. Нѣсколько лаконичный отвѣтъ о мѣстѣ патолого-анатомическаго процесса и характерѣ его даетъ Fehr. Опухоль при перипаротитѣ, по его мнѣнію, есть приливъ крови въ области околушной железы и если такой приливъ выражается сильнѣе, то принимаетъ участіе и околулежащая кѣтчатка. Воспалительнаго процесса въ этихъ случаяхъ авторъ не признаетъ и говоритъ, что погибели кѣтчатки и пролиферации ихъ здѣсь не бываетъ; кѣттки приходятъ и уходятъ, не оставляя слѣдовъ бывшаго прилива. Трудно рѣшить, что хотѣлъ этимъ сказать авторъ, но во всякомъ случаѣ ясно, что онъ считаетъ процессъ при перипаротитѣ за совершенно особенный, ничего общаго не имѣющій съ обыкновенными формами воспаления околушной железы. Gustav Joseph считаетъ исключительнымъ мѣстомъ патолого-анатомическаго процесса межтканную ткань железы, но Laveran (а) совершенно справедливо на это замѣчаетъ, что отдѣлять въ такихъ случаяхъ перигландулярную ткань отъ интергландулярной врядъ-ли можно, такъ какъ послѣдняя есть непосредственное продолженіе первой. На основаніи своихъ многочисленныхъ наблюденій этой болѣзни среди солдатъ послѣдній авторъ дѣлаетъ тотъ выводъ, что опухоль при перипаротитѣ образуется больше «par une infiltration oedematouse des tissus que par une infiltration végétale».

Убѣдительно всего говорить четыре случая, гдѣ на секціонномъ столѣ было констатировано совершенно безучастіе въ процессѣ околушной железы. J. Frank приводитъ случай Hamilton'a, гдѣ послѣ вскрытія абсцесса въ области околушной железы у лица, страдав-

¹⁾ см. Delens.

шаго перипаротитомъ, тной найдены были только въ околележащей кѣбчаткѣ, сама же железа въ процессъ не участвовала. *Nackart*¹⁾ имѣлъ случай вскрывать трупъ женщины, страдавшей предъ смертью перипаротитомъ и нашелъ, что скопление гнойной инфильтраціи было только въ околележащей кѣбчаткѣ; вещество железы не страдало. Третій и четвертый случаи въ томъ же родѣ и мною подробно описаны въ главѣ «случаи съ тяжелыми припадками»; одинъ изъ нихъ наблюдалъ *Jacob*, а другой *Rose*.

На основаніи характера опухоли (гѣбоватости, наклонность переходить далеко за предѣлы околушной области), клинической картины и данныхъ вскрытія нужно придти къ заключенію, что патолого-анатомическій процессъ, выражающийся въ острымъ отекомъ ткани и весьма рѣдко переходящій въ нагноеніе, сосредоточенъ почти исключительно въ околележащей кѣбчаткѣ; самое вещество околушныхъ железъ принимаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ только пассивное, если можно такъ выразиться, участіе. Отвергать категорически возможность вовлеченія въ процессъ вещества железы, какъ это дѣлаютъ *Grisolle*, *Barthez* и *Rilliet*, нельзя потому, что при рѣзко выраженномъ процессѣ въ околележащей кѣбчаткѣ онъ можетъ переходить на междольчатую соединительную ткань железы и вовлечь со *ipso* въ процессъ и эту послѣднюю. Совершенно можно согласиться съ *Begin*²⁾омъ, который по этому поводу выражается такъ. «Воспалительный процессъ, составляющій сущность страданія, сосредоточенъ въ большинствѣ случаевъ въ лимфатическихъ железахъ, въ кѣбчаткѣ, окружающей и покрывающей околушную железу, но совершенно несправедливо утверждать, что послѣдняя не можетъ участвовать въ процессѣ даже въ случаяхъ, тяжело протекающихъ».

Какъ бы въ противѣрствіе съ только что высказаннымъ заключеніемъ стоитъ слѣдующее сравнительно недавнее сообщеніе. *Wendt* (*Schmidt's Jahrbuch.*, 1882, т. 196, стр. 249) рассказываетъ случай солдата, поступившаго въ Нью-йоркскій госпиталь съ явлениями хроническаго менингита и страдавшаго за день до смерти быстро развившеюся двустороннюю опухолью въ области околушныхъ железъ. При вскрытіи найдено страданіе железистой части послѣднихъ, а микроскопическое изслѣдованіе обнаружило патологическую картину, аналогичную той, какая наблюдается при обыкновенныхъ формахъ воспаления *gl. parotidis*. Кромѣ быстроты развитія процесса въ области околушныхъ железъ *Wendt* не приводитъ никакихъ убѣдительныхъ доводовъ въ пользу того, что въ данномъ случаѣ были эпидемическій перипаротитъ.

¹⁾ См. *Delens*.

Въ противоположность перипаротиту, гдѣ патолого-анатомическій процессъ сосредоточенъ исключительно въ околележащей кѣбчаткѣ, при орхитѣ, представляющемъ одну изъ частыхъ локализаций болѣзни у лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, болѣзненный процессъ по отзывамъ почти всѣхъ авторовъ сосредоточенъ главнымъ образомъ въ самомъ яичкѣ; влагалищная оболочка рѣдко принимаетъ участіе въ процессѣ. Въ литературѣ нѣтъ ни одного случая описанія патолого-анатомической картины этого специфическаго орхита, а потому нѣтъ никакой возможности рѣшать вопросъ о томъ, составляетъ ли этотъ процессъ паренхиматозное, или интерстиціальное страданіе мужской половой железы. Относить его къ категоріи интерстиціальныхъ процессовъ, наблюдаемыхъ при сифилисѣ и ушибахъ (экспериментальная изслѣдованія *Rigal*¹⁾ и ²⁾), во всякомъ случаѣ нельзя, такъ какъ описываемая форма орхита, протекая очень быстро и при мало выраженныхъ мѣстныхъ припадахъ, часто влечетъ за собою послѣдствующую атрофію яичекъ, не смотря ни на какія терапевтическія пріемы. *Reclus*³⁾ высказывается въ пользу страданія *tunicae internae* канальцевъ и самыхъ железистыхъ элементовъ. Дѣлаетъ онъ такое заключеніе на основаніи случая, когда ему удалось изслѣдовать яичко, подвергшееся атрофическому процессу вследствие раннее перенесеннаго *orchitis paratideae* эпидемическаго характера. При изслѣдованіи этого яичка *Reclus* нашелъ его мягкимъ, *albuginea* очень велика для ея содержимого и собрана въ складки. Вещество яичекъ малокровно, блѣдно-желтоватого цвѣта; поверхность разрыва соснится; канальцы не ясно обрисовываются; ихъ съ трудомъ можно разпернуть; они легко рвутся. Микроскопическое изслѣдованіе, произведенное *Malassez*, дало слѣдующіе результаты. Соединительная ткань между канальцами нисколько не утолщена, сосуды не измѣнены, внутренняя оболочка канальцевъ утолщена въ значительной степени; эпителий окончательно исчезъ и семянныя канальцы представляли только спурки; въ ихъ просвѣтѣ значительное количество мелкозернистаго вещества—распадъ эпителия. На этомъ основаніи *Reclus* говоритъ, что при *orchitis paratideae* мы имѣемъ дѣло съ паренхиматознымъ воспаленіемъ и какъ слѣдствіемъ послѣдняго паренхиматознымъ склерозомъ съ весьма быстрымъ теченіемъ.

¹⁾ Arch. d. Physiologie 1879, стр. 155.

²⁾ см. *Laveran* a).

Распознавание.

Диагностика эпидемического перипаротита не представляет больших затруднений даже в начальном периоде болезни, когда нет еще явных симптомов. В это время его можно принять за какую либо из eruptивных форм, но в таких случаях легко наблаться от ошибки, обративши внимание на всегда существующие специальные, свойственные этим болезням, признаки в том их периоде, когда еще не показывается характерная поражения на коже. Разъ появляясь быстро опухоль в области околоушных желез, ошибка в распознавании становится еще менее возможной, а существующая обыкновенно эпидемичность окончательно утверждает диагноз. Дифференциальный диагноз перипаротита от других форм воспаления желез можно формулировать таким образом:

Parotitis sporadica idiopathica, как самостоятель простуды наблюдается редко и не имеет ничего общего с перипаротитом: она обыкновенно ограничивается одной стороной, не протекает строго циклически; и исходы этой формы менее благоприятны, чем таковые при перипаротите. *Parotitis secundaria*, наблюдающаяся при острых воспалениях слизистой оболочки полости рта и глотки, когда воспаление *per continuitatem* переходит на слизистую оболочку слюнной протока, а также при *osteoperiostitis*, омертвении, кариозном процессе челюстей, воспалительных процессах в *sinus maxillaris* и внутреннем ухе, — эта форма паротита легко узнается по присутствию страдания чисто местного характера; опухоль при таких формах всегда односторонняя. Кроме того, местные признаки *parotiditis secundariae* редко выражены и носят характер острых воспалений. *Parotitis dyscrasica* развивается при инфекционных или токсических страданиях (тиф, оспа, холера, пневния и пр.); переходит чаще всего в нагноение и даже в омертвение гланд железы; является осложнением болезни, при которых она наблюдается и дает очень дурное предсказание. Форма эта опять таки чисто местное страдание и сопровождается редкими местными признаками. При эпидемическом перипаротите только в тех, сравнительно редких случаях, где он сопровождается фазными симптомами, еще может быть небольшое сомнение в распознавании; но сомнение это продолжается весьма короткое время, так как эти признаки кратковременны; при внимательном наблю-

дении сомнение может вовсе не быть, ибо аналогия в принадлежках при *periparotitis epidemica* и *parotitis dyscrasica* крайне не полная («le tableau symptomatique», говорит M. Laveran *), «est presque toujours incomplet et bientôt une détermination locale fait cesser l'incertitude». Иногда бывающие при перипаротите мозговые признаки легко отличить, принимая во внимание возраст больных, эпидемичность, припухлость, или болезненность области околоушных желез, или яичек. *Adenitis cervicalis scrophulosa* на ощупь не дает чувства твердости и мягкости, как перипаротит; при ней легко ощущиваются припухшие лимфатические железы, а локализация их являть при этой форме никогда не бывает. *Oreillons sous-maxillaires* не трудно отличить от *adenitis submaxillaris*, так как при последней форме опухоль бывает односторонней и имеет большую наклонность к переходу в нагноение. При роиз лица опухоль не локализована, кожа красна, отечна, сильно болезнена по давлению пальцем. — Относительно распознавания *orchitis periparot.* нужно заметить следующее. Болезненность и быстро развивающаяся опухоль яичка в течении эпидемического перипаротита дают полное право отнести орхит к описываемой форме. В тех случаях, где опухоль яичек предшествует развитию перипаротита, или является только послѣ совершеннаго его исчезания при диагностикѣ руководствуются тѣм, что при эпидемической формѣ орхита большой орган не имеет той твердости, веса и чувствительности, какие свойственны острым воспалениям яичка в силу другихъ причинъ; аноракда при эпидемической формѣ значительно слабѣе, чѣмъ при другихъ и половая железа сохраняетъ вполне свою натуральную форму; процессъ касается исключительно самого яичка; придатокъ и выносящій сосудъ принимаютъ участіе въ крайне редкихъ случаяхъ, но и здѣсь они никогда не получаютъ той твердости какъ, напр., при трипперѣ. *Orch. periparot.* никогда не переходитъ въ нагноение; разрѣшеніе общее правило и признаки проходятъ весьма быстро. При *orchitis traumatica* опухоль бываетъ неравнобѣрна, въ видѣ узла съ промежутками болѣе податливыми и мягкими; часто при этой формѣ наблюдается *hematocoele*; переходъ въ нагноеніе не редкость. В случаяхъ, гдѣ при эпидемическомъ орхитѣ появляются боли въ мочеиспускательномъ каналѣ съ истеченіемъ, дакъ при гонореей слизисто-гноной жидкости изъ уретры, смѣшеніе

*) Pichet, стр. 108.

сть *orchitis gonorrhoea* не легко потому, что при последнем опухоль прежде всего является въ *funiculus* и придаетъ, сопровождаемая весьма сильною болезненностью; продолжительность такой опухоли двѣ недели и даже больше; разрушается она медленно и пораженные части остаются уплотненными на довольно продолжительное время по окончании процесса, а хвостъ придатка можетъ остаться твердымъ на неопределенный срокъ. При эпидемическомъ перипаритиѣ, въ противоположность только что упомянутой формѣ, поражается само яичко, а не придатокъ; боли сравнительно слабы; появленіе и разрушеніе опухоли совершаются до крайности быстро и процессъ не оставляетъ по себѣ никакого уплотненія, для бугристости. *Védrenes*, какъ на диагностическое средство обращаетъ вниманіе на свойство опухоли при этой формѣ орхита начинаться въ верхней части яичка и затѣмъ опускаться въ нижнюю его часть. Наблюдаемая при локализацияхъ въ яички мозговая и тифозная припадки не могутъ ввести въ заблужденіе, такъ какъ большой въ это время ощущаетъ если не боль, то неприятное чувство въ области яичекъ, а опухоль обыкновенно не заставляетъ себя долго скидывать, не говоря уже о томъ, что припадки эти по своей полнотѣ врядъ ли наведутъ на мысль о воспаленіи мозга, или мозговыхъ оболочекъ.

Предсказаніе.

Prognosis quoad vitam весьма благоприятна. Известные въ литературѣ случаи смертельныхъ исходовъ наступали по вслѣдствію градивности опухоли, сдавившей дыхательные пути и производившей чисто механическимъ путемъ задущеніе, то въ силу осложненій и локализаций въ области важныхъ для жизни органовъ, то, наконецъ, вслѣдствіе смертельнаго кровотеченія, повлекшаго за собою стоющую жизни острую анемию.

О возможности смертельнаго исхода говорили уже *Burserius*, *Cullen*, *Boyer*.

Hamilton, *Groffier* и *Ressignier* наблюдали при перипаритиѣ смертельные исходы, *Behr*, *Miquel*, *A. Cooper*, *Jilliet*, *Malabouche* видѣли по одному случаю смерти въ кожныхъ явленіяхъ у дѣтей, а *Trenel* говорить о двухъ подобныхъ фактахъ. Въ двухъ случаяхъ *Tourfelles*'а и въ одномъ *Bougard*'а смерти произошли вслѣдствіе задущенія огромной опухолью, сдавившей гортань и дыхательное горло. Больной *Jacob's* умеръ въ силу отека гортани, а *Rose's* въ силу прободенія стѣнки глотки. Только въ одномъ случаѣ *Debove*'а смерти наступили при явленіяхъ тифознаго состоянія. *Louyer-Villarmay* описалъ случай смерти въ силу наступившаго въ теченіи пери-

паритита, кровотеченія изъ носа, рта и ушей. Наконецъ больной *Colin's* умеръ отъ осложнения перипаритита воспаленіемъ почекъ. Интересенъ фактъ, что смертельные исходы у дѣтей наступали почти исключительно при кожныхъ явленіяхъ, тогда какъ у взрослыхъ причины смерти служили въ огромной опухоль, представлявшая механическія препятствія для дыхания, то осложненія со стороны почекъ, то прободеніе стѣнки глотки съ послѣдующими затеками гноя.

У насъ положительно нѣтъ данныхъ для опредѣленія средняго % смертности описываемаго страданія; можно только сказать, что процентъ этотъ весьма не высокъ. Изъ отчетовъ французскихъ военныхъ врачей за 1862—1865 гг. видно, что на 496 сл. перипаритита среди солдатъ не было ни одного съ смертельнымъ исходомъ.

Въ арміи Соед. Шт. во время войны за независимость 1862—1863 гг. [Laveran (a)] на 24,645 случ. заболѣванія перипарититомъ было 39 исходовъ въ смерть—что составляетъ около 0,15%. Несколько рѣдки случаи смертности отъ перипаритита, краснорѣчиво говорить заявленіе *Laveran's*, видѣвшаго въ теченіи 11 лѣтъ своей практики въ качествѣ военного врача, только одинъ случай смертности при этой болѣзни. По съ другой стороны *Cooper* во время эпидеміи перипаритита среди воспитанниковъ пансіона «Clarton» на 30 случаевъ заболѣванія наблюдая одинъ съ исходомъ въ смерть, такъ что смертность выражалась здѣсь въ 3,3%.

Прогнозъ quoad valetudinem completam весьма не благоприятенъ для лицъ, достигшихъ половой зрѣлости и совершенно благоприятенъ для дѣтскаго возраста. Вся серьезность мною описываемаго страданія заключается въ локализацияхъ болезненнаго процесса въ яичкахъ съ послѣдующею атрофіею ихъ и цѣлымъ рядомъ происходящихъ отъ того функциональных расстройствъ, опасныхъ въ смыслѣ продолженія рода. Средній процентъ локализаций въ области яичекъ нужно принять въ 35,4%, т. е., изъ каждыхъ ста заболѣвшихъ перипарититомъ взрослыхъ мужчинъ 35 страдаютъ орхитомъ. Средній % ортофій равняется около 52%, или, другими словами, больше половины страдающихъ орхитомъ имѣютъ потомъ послѣдовательную атрофію; на 100 случаевъ большихъ перипарититомъ 17 будутъ имѣть атрофію яичекъ. Цифру эту нельзя назвать не значительной, привлекая во вниманіе, что болѣзнь преимущественно отборные люди (солдаты, напр.) въ цветущемъ періодѣ жизни и что приобретаемая ими вслѣдствіе перипаритита атрофія, можетъ лишать ихъ возможности давать обществу здоровыхъ, какъ они, дѣтей. Правда, что а priori

только двусторонняя полная атрофия яичек в состоянии повлечь за собою окончательное бесплодие мужчины, но отчего-же не думать, что односторонняя атрофия, а также частичная одного, или двух яичек, могут повысить из-за вышестоя степени плодовитость мужчины. Сь другой стороны, не выразили ли мы допустить вредное влияние перипаротита на половую сферу женщины съ подобными-же последствиями (повышением степени плодовитости)?

Лечение.

Профилактика носить при этой болезни исключительный характер. Протекала в большинстве случаев легко и не давая в детском возрасте опасных локализаций в области половой сферы, перипаротит должен быть перенесен всеми детьми без исключения для того, чтобы гарантировать их от заболевания в возрасте, когда процесс оставляет в организм серьезные последствия. На это могут служить возражением случаи, когда описываемое страдание протекало у детей с опасными осложнениями, служившими в ряде случаев причиной смерти; но на это можно сказать, что при рациональном уходе за больными детьми и своевременной помощи надлежащей помощи можно, мне кажется, предупредить появление этих опасных для жизни осложнений, в случае же развития последних сдвигать их совершенно безопасными. Дело должно быть поставлено иначе при развитии болезни среди взрослых субъектов, т. е., достигших периода половой зрелости. В таких случаях отделение больных от здоровых должно применяться с такою же энергией, как и при других заразительных, повальных болезнях. Эта мера в особенности должна применяться в местах, где лица одного возраста находятся в большом количестве и где для перехода болезни с больных на здоровых существуют благоприятные условия (казармы, кадетский корпус, коллегия и пр.). С появлением первого случая заболевания следует удалить из семьи лиц, достигших половой зрелости, малолетних же детей сохранять особенно не следует и несколько не слушаться, если последний переболеть одно за другим. Все внимание врача должно быть обращено на профилактические меры при эпидемии среди взрослых. При появлении перипаротита в казармах, где больные могут принести большие размеры и для многих из больных оставить по себе серьезные последствия, следует первые заболевания случаи тотчас-

же отправлять в больницы, или госпитали, но отнюдь не рассылать в другие казармы, куда они могут занести заразу и давать новые очаги. То же самое следует делать при появлении болезни среди воспитанников закрытых учебных заведений: всех заболевших энергически и немедленно удалить от здоровых. Когда болезнь появляется среди воспитанников, приходящих в учебное заведение, но не живущих там в качестве интернов, то рациональнее всего будет прекратить на время занятия, чтобы устранить один повод к заражению: совместное сидение в течение более, или менее продолжительного времени при большой скученности и не выгодных гигиенических условиях. Впрочем, здесь речь идет только о тех учебных заведениях, которые посещаются взрослыми воспитанниками, что же касается до народных школ, первых классов гимназий и пр., то прекращения занятий для такого возраста менее необходимо опять-таки в силу меньшей опасности заболевания. По поводу дезинфицирующих средств, употребляемых в качестве предупредительной меры, можно говорить тоже, что многими и много говорилось относительно других заразительных болезней.

Soltmann утверждает, что в Бреславльскую эпидемию он удалил сыни своих детей посредством алоказий раствором $Kali\ chlorici$ и $Kali\ hypermanganici$. По *Vedrine's* у раствор хлораль-цидрата (1:200) в форме полоскания рта будто бы предупреждал развитие оспы.

Причину того, почему предупредительные меры при описываемой болезни еще мало практикуется *Laveran* (а) находит в разногласии мнений врачей о сущности страдания. «Si des mesures», говорит он, «n'ont pas encore été prises à ce sujet, il faut bien avouer que les médecins en sont quelque peu responsables; les administrations hospitalières placées entre des médecins contagionistes et des médecins anticontagionistes se rangeront toujours à l'avis le plus facile à suivre, qui est de ne rien faire. Une fois que les médecins seront d'accord, le far niente administratif n'aura plus d'excuse et on en aura vite raison». Собственно о лечении можно сказать немного. Больные перипаротитом должны сидеть в комнате; на опухоль накладывается слой ваты, смазанный жирным веществом (деревянное масло, свежее сало и пр.); в случае сильной боли можно применить припарку, или втирание с опиумом, безалкогольной; также деревянное масло пополам с хлороформом. *Setterhorn* употреблял спарку *Jodophormcollodium*. Если разрывание опухоли замедляется, *Laveran* (а) советует мерку-

риальныя франции. При ясно выраженной лихорадкѣ предписывается діета, какъ для лихорадочныхъ больныхъ, кислое питье; иногда дается одинъ—два приема средней величины сѣрнико-кислаго хинина; на кишечникъ легкія отвлекающія. При мозговыхъ симптомахъ, болѣе страшныхъ, чѣмъ опасныхъ, по выраженію *Pinet*, можно употреблять рядъ отвлекающихъ средствъ: раздражающія ножныя вайны, лучше всего горчичныя; отвлекающія на кишечный каналъ, причемъ для дѣтскаго возраста самое лучшее и ничѣмъ не замѣнимое средство, каломель въ дозахъ $\frac{1}{4}$ —1 gr. раза три въ день; при упадкѣ силъ лучшее изъ возбуждающихъ—вино. Безсонница легко устраняется небольшими дозами парокетическихъ, или хлоралъ-гидрата. При явленіяхъ анеміи въ періодъ выздоровленія показано употребленіе хинной корки и желѣзныхъ препаратовъ. *Gailhard* предлагаетъ *kali chronicum* внутрь для ускоренія разрѣшенія опухоли въ области околоушныхъ и подчелюстныхъ железъ, а также съ цѣлью устраненія сильной сухости слизистой оболочки полости рта и глотки. Здѣсь, какъ и при другихъ болѣзняхъ не обошлось дѣло безъ специфическихъ средствъ. *Eisenmann* съ успѣхомъ давалъ *vinum Sem. Colchici* по 20—25 кап. на приемъ. *Euermann* говоритъ, что пиллокарпинъ при внутреннемъ употребленіи способенъ купировать болѣзнь: опухоль въ области околоушной железы разрѣшалась при такомъ леченіи въ теченіи трехъ часовъ. *Emery-Desbrosses*, а за нимъ *Czernicky*, *Testa*, *Isham* предлагали, какъ *specificum*, настой *jaborandi* (Ex. Grm. n—iv ph. 100 grm. полъ-стакана чрезъ каждые четверть часа). Въ случаѣ *Emery-Desbrosses* орхитъ исчезъ на 2-й день отъ начала приема настоя; не менѣе благоприятный результатъ получилъ *Czernicky*. Изъ трехъ случаевъ *Fournier*, гдѣ были применены означенный настой, въ двухъ дѣйствительно опухоль въ области околоушной железы разрѣшилась на 2-й день отъ своего появленія; въ третьемъ же это средство было безъ всякаго вліянія.

Въ случаяхъ, описанныхъ мною ниже, я съ успѣхомъ употреблялъ смазываніе разъ въ день области околоушной железы iodной настойкой, причемъ раннее примѣненіе такихъ смазываній въ состояніи сократить теченіе опухоли по крайней мѣрѣ на половину.

Леченіе орхита требуетъ покойнаго положенія въ постели; яички должны быть приподняты посредствомъ суспензорія. При боляхъ можно употребить припарку, хотя лучше согревательный компрессъ. При замедленіи разрѣшенія опухоли можно пробовать втираніе ungu-

enti Neopolitani, а *Grisolle* совѣтуетъ: Spirit. Camph. Ol. Therebenthinae, мушку въ области сѣмяннаго канатика. *Sellerkorn* при орхитѣ внутри давалъ бензойно или салицилово-кислый натръ.

Въ предупрежденіе послѣдовательной атрофіи *Duchenne* *) совѣтуетъ мѣстное электричество въ формѣ прерывистыхъ, умѣренной силы токовъ, а *Laveran* (а) думаетъ, что для этой цѣли можетъ быть полезно водолеченіе.

Локализациа въ области мочеиспускательнаго канала, женской половой сферы, грудныхъ железъ, а также случаевъ осложненія со стороны органовъ зрѣнія и слуха, дыхательнаго и пищеварительнаго аппаратовъ требуютъ примѣненія всѣхъ тѣхъ средствъ, какія употребляются при обыкновенныхъ формахъ воспаленія этихъ частей.

*) *Pinet*, стр. 114.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИПАРОТИТЪ ВЪ ТЕЧЕНІИ 1880—1881 гг.

Черниг. губ. въ волостяхъ Охромѣвической и Перелювской.

Исторія четырехъ эпидемій.

Мѣстность, на которой мнѣ пришлось наблюдать эпидемическій перипаротитъ въ теченіи 1880—1881 гг., составляетъ сѣверную часть Сосницкаго уѣзда и находится между 49,7° и 50,1° сѣверной широты, считая отъ меридіана Ферро, и 52,05° и 51,80° восточной долготы. Вышеозначенный районъ заключаетъ въ себѣ слѣдующія селенія: м. Охромѣвичи, лежащее центрально по отношенію къ другимъ селамъ и деревнямъ и отдѣленное отъ всѣхъ остальныхъ на болѣе, или менѣе значительномъ протяженіи пространствами, покрытыми лѣсомъ; только между Охромѣвцами и деревней Будой нѣтъ лѣснаго пространства. Принявши Охромѣвичи за центръ и описавши окружность, мы найдемъ, на ея радіусахъ, въ болѣе или меньшемъ отстояніи отъ центра, слѣдующій рядъ деревень и селъ: с. Перелюбъ, въ разстояніи отъ м. Охромѣвичей приблизительно на семь верстъ, при чемъ на среднѣй, отдѣляющей ихъ открытой мѣстности, находится лѣсное пространство на протяженіи $\frac{3}{4}$ версты; на юго-востокъ отъ села Перелюба, почти на томъ же разстояніи отъ м. Охромѣвичей, лежитъ д. Бѣлошицкая слобода, находящаяся отъ с. Перелюба въ разстояніи не болѣе одной версты при отсутствіи между ними лѣсной полосы. Къ юго-западу отъ с. Перелюба лежитъ д. Прибынь, положеніе которой по отношенію къ с. Перелюбу тоже, какъ вышеописанной Бѣлошицкой слободы. Между Прибынью и Перелюбомъ также нѣтъ лѣса. Къ сѣверо-западу отъ с. Перелюба и прямо къ сѣверу отъ д. Прибыни находится хуторъ Рудня, отдѣленный, какъ отъ с. Пере-

люба, такъ и отъ д. Прибыни рѣчкой Сзотомъ, идущей въ сосѣдній Новозыбковскій уѣздъ и начинающейся въ предѣлахъ Сосницкаго уѣзда. С. Перелюбъ, д. Прибынь, Бѣлошицкая слобода и х. Рудня составляютъ части одной Перелювской волости съ лежащимъ въ центрѣ с. Перелюбомъ. Почти на западъ отъ м. Охромѣвичей расположено большое село Тихоновичи, лежащее на разстояніи 6½ верстъ отъ м. Охромѣвичей и отдѣленное отъ послѣдняго на половину лѣсомъ и на половину открытымъ мѣстомъ. По направленію отъ с. Тихоновичей къ вышеупомянутой д. Прибыни въ разстояніи отъ с. Тихоновичей не болѣе полуверсты лежитъ х. Буда, составляющій въ собственномъ смыслѣ, какъ-бы часть Тихоновичей; все же разстояніе между послѣдними и д. Прибынью равно 8 верстамъ, покрыто почти на половину довольно густымъ лѣсомъ. Прямо къ сѣверу отъ с. Тихоновичей находится д. Гутка; отдѣленная на всемъ своемъ разстояніи отъ Тихоновичей лѣсомъ средней величины. Къ юго-западу отъ с. Тихоновичей, находится небольшая д. Ивановка, въ разстояніи отъ с. Тихоновичей на пять верстъ, отдѣленная отъ послѣдняго безлѣснымъ пространствомъ и находящаяся на пути къ ст. Л.-Р. Ж. Д. Сновскъ. Почти на югъ отъ м. Охромѣвичей лежитъ д. Турецъ, при чемъ разстояніе между ними въ 5 верстъ на одну треть покрыто лѣсомъ. Къ юго-западу отъ д. Турки находится с. Наумовка въ разстояніи отъ этой деревни на 5 версты; на всемъ этомъ протяженіи только сѣвдм стояншаго здѣсь когда-то большого лѣса. Наконецъ къ юго-востоку отъ м. Охромѣвичей въ разстояніи 3 версты лежитъ д. Буда; ихъ разделяетъ безлѣсное пространство. Все только-что описанное можно наглядно видѣть на прилагаемой при этомъ картѣ (См. рис. лит. А.).

Описанныя выше селенія, въ которыхъ были эпидеміи перипаротита въ теченіи 1880 и 1881 годовъ, изолированы съ востока, юга и запада отъ остальной части уѣзда, а съ сѣвера отъ сосѣдняго Новозыбковского на довольно значительномъ разстояніи лѣсными пространствами. Мѣстность, заключающая изолированныя другъ отъ друга и отъ сосѣднихъ мѣстностей лѣсными пространствами селенія, съ гигиенической точки зрѣнія должна быть отнесена къ категоріи сравнительно здоровыхъ. Почва этой мѣстности почти цѣликомъ песчаная, скоро высыхающая, она не даетъ пищи для продолжительныхъ и обильныхъ разложеній органическихъ веществъ. Обширныхъ болотъ, никогда не высыхающихъ здѣсь, почти нѣтъ, хотя всякое селеніе, за исключеніемъ д. Ивановки, имѣетъ близки, или даже въ себѣ са-

моют маленькія рѣчки, дающія начало только въ весеннее время на большіимъ болотнымъ пространствамъ. Къ жаркому времени года, эти послѣднія обыкновенно высыхаютъ, а происходящія отъ нихъ рѣчки превращаютъ на время свое существованіе. Болѣе другихъ значительная р. Слотъ, идущая между селами Перелюбской волости, протекаетъ все время по мѣстности исключительно песчаной. Очертивъ вкратцѣ мѣстность, на которой мнѣ пришлось наблюдать эпидемическій перипаротитъ, и переходжу къ описанію самыхъ эпидемій не отдѣльно въ каждомъ селеніи, что я сдѣлаю нѣсколько позже для трехъ изъ нихъ, а по отношенію ко всѣмъ селеніямъ, взятымъ вмѣстѣ, и надѣюсь, что подмѣченные мною факты не будутъ безынтересны, такъ какъ они дадутъ нѣкоторое право сдѣлать существенные выводы въ смыслѣ этиологіи и распространенія болѣзни, составляющей въ настоящее время предметъ моихъ изслѣдованій. Эпидемическій перипаротитъ, какъ видно изъ медицинскихъ отчетовъ за прежніе годы, наблюдался въ описываемой мѣстности со времени учрежденія земской медицины, былъ разумеется онъ и раньше, но только никто вѣроятно не находилъ нужнымъ заносить въ списки такую невинную болѣзнь. Будучи лично заинтересованъ этою болѣзнію, я при первомъ появленіи ея въ м. Охромѣвцахъ весною 1880 г. отправился во всѣ селенія селенія съ цѣлью узнать, есть-ли она въ нихъ. Вотъ что оказалось. Почти въ одно время, чтобы не сказать въ одинъ день, появились случаи перипаротита въ с. Тихоновцахъ, при чемъ о занесеніи туда болѣзни не могло быть и рѣчи, такъ какъ жители этого селенія имѣютъ незначительное сношеніе съ м. Охромѣвцами уже по одному тому, что каждое изъ нихъ ведетъ дѣло съ экономіями различныхъ владѣльцевъ, а съ другой стороны въ с. Тихоновцахъ имѣется свое народное училище и дѣтямъ совершенно нѣтъ нужды ходить въ охромѣвческую школу. Посѣтивше затѣмъ другія села и деревни, лежащія въ означенномъ районѣ, я ни въ одномъ изъ это время не нашелъ ни одного случая перипаротита. Черезъ 7—8 дней я снова отправился въ эти селенія и въ то время, когда болѣзнь въ м. Охромѣвцахъ поразила многихъ дѣтей, а главнымъ образомъ большую часть воспитанниковъ народной школы, и вотъ что намѣли. Въ с. Тихоновцахъ дѣло шло совершенно параллельно тому, что въ м. Охромѣвцахъ: здѣсь оказалось порядочное число больныхъ дѣтей какъ среди дѣтей мѣстной училища, такъ и среди не посѣщавшихъ школу. Но въ дер. Ивановкѣ, гдѣ недѣлю тому назадъ не было слу-

чаевъ заболѣванія, и встрѣтитъ нѣсколько случаевъ; оказалось, что болѣзнь занесена была сюда изъ села Тихоновчей двумя дѣтми, которыхъ родители возили гостить къ родственникамъ—сверстникамъ, двумъ мальчикамъ, одинъ изъ которыхъ болѣлъ при нихъ двустороннимъ перипаротитомъ. Занесенная въ д. Ивановку болѣзнь дала здѣсь маленькую эпидемію (около десяти случаевъ) и скоро прекратилась. Въ этой деревнѣ мнѣ приходилось наблюдать только отдѣльные случаи другихъ эпидемическихъ болѣзней и не значительную цифру перемежныхъ лихорадокъ. Явленіе это тѣмъ болѣе странно, что означенная деревня лежитъ на пути къ желѣзной дорогѣ и очень оживлена, такъ какъ всѣ торговцы—даже другихъ, болѣе сѣверныхъ уѣздовъ обыкновенно ѣдутъ черезъ с. Тихоновичи и д. Ивановку, чтобы понаѣхать болѣе краткимъ путемъ на линію желѣзной дороги. Но деревня эта занимаетъ самое выгодное съ гигиенической точки зрѣнія мѣсто-положеніе (ровная, довольно возвышенная мѣстность), не имѣетъ гнилой рѣчки, или болота и окружена почти со всѣхъ сторонъ лѣсомъ. Въ х. Будѣ, отстоящемъ, какъ я раньше сказалъ отъ с. Тихоновчей въ разстояніи полуверсты, случаи перипаротита появились вскорѣ послѣ первыхъ случаевъ въ с. Тихоновцахъ, но болѣзнь была занесена сюда не мальчикомъ, а взрослою 30 лѣтъ женщиной, бывшей здѣсь на работѣ у заботливой перипаротитомъ. По возвращеніи женщины домой заболѣли двое ея дѣтей. Хотя х. Буда находится на очень близкомъ разстояніи отъ с. Тихоновчей, но въ этотъ годъ не было ни одного мальчика изъ этого хутора, который-бы посѣщалъ народную школу с. Тихоновчей. Бромъ двухъ дѣтей упомянутой женщины еще заболѣло трое въ сѣдѣвшихъ избахъ ближайшихъ ихъ родственниковъ; дѣти этихъ двухъ семействъ проводили вмѣстѣ большую часть дня. Въ д. Гуткѣ, находящейся на разстояніи 7 верстъ отъ с. Тихоновчей въ это время не было ни одного случая перипаротита, не смотря на то, что между этою деревней и с. Тихоновцами всегда бывають самыя оживленныя сношенія, такъ какъ оба эти селенія находятся въ районѣ одного владѣльца. Изъ этой деревни нѣсколько человекъ дѣтей посѣщаютъ Тихоновскую школу, живя здѣсь у родственниковъ и уходя домой на всякій праздничный день; двое изъ нихъ перенесли перипаротитъ, а одинъ, будучи больнымъ, ходилъ гостить въ д. Гутку, но здѣсь болѣзнь не сообщилъ никому. И только въ то время, когда эпидемія въ с. Тихоновцахъ почти прекратилась и уже не было новыхъ случаевъ заболѣванія, появилась болѣзнь въ

д. Гуткѣ, и дало сразу значительное число случаевъ въ разныхъ концахъ селенія. Въ д. Прибыни появился перипарититъ всего 4—5 днями позже, чѣмъ въ с. Тихоновичахъ и сразу въ различныхъ концахъ деревни. Занесенія болѣзни въ эту деревню нельзя было открыть. Три мальчика д. Прибыни посѣщали школу с. Перелюба и занесли туда болѣзнь, которая потомъ пришла здѣсь довольно широкіе размѣры. Въ д. Бѣлошицкой слободѣ не было ни одного случая перипаритита ни во время эпидеміи въ с. Перелюбѣ, ни послѣ этого; въ это время не было ни одного мальчика изъ этой деревни, который бы посѣщалъ Перелюбскую школу; взрослые-же имѣли въ с. Перелюбѣ не особенно оживленные сношенія. Интересно было при этомъ одно обстоятельство: въ х. Руднѣ, отдаленномъ отъ д. Прибыни рѣкой и находящемся въ самыхъ тѣсныхъ сношеніяхъ съ Прибынью не наблюдалось ни одного случая перипаритита. Въ д. Турецѣ эпидемія явилась одновременно съ таковою въ м. Охромѣвичихахъ; она была занесена отсюда посѣщавшими охромѣвичскую школу дѣтьми; о ней подробно мною будетъ изложено ниже. Въ с. Наумовкѣ появилась болѣзнь въ тоже время, какъ въ м. Охромѣвичихахъ и на нѣсколько дней раньше, чѣмъ въ д. Турецѣ. Она поражала здѣсь преимущественно дѣтей, а распространялась главнымъ образомъ чрезъ школу. Первые случаи появлялись одновременно въ различныхъ концахъ села. Въ д. Будѣ, лежащей въ 3-хъ верстахъ отъ м. Охромѣвичей по направлению къ юго-востоку, чрезъ которую идетъ главная дорога въ убад-ный городъ и сношенія которой съ м. Охромѣвичами болѣе, чѣмъ оживленные, не наблюдалось ни одного случая перипаритита, хотя мнѣ пришлось видѣть тотъ фактъ, что привезенное изъ этой деревни въ м. Охромѣвичи дитя 7 лѣтъ заболѣло здѣсь перипарититомъ дней чрезъ 8—9 послѣ прибытія изъ д. Буды. Въ семьѣ, гдѣ гостило это дитя, былъ въ это время больной перипарититомъ. За предѣлами описываемой мѣстности въ то время не было случаевъ эпидемическаго перипаритита. Въ теченіи весны 1881 года, когда болѣзнь эта явилась въ формѣ эпидеміи въ м. Охромѣвичихахъ, мнѣ пришлось наблюдать ее одновременно въ д. Гуткѣ, с. Наумовкѣ, Бѣлошицкой Слободѣ и Багряевожъ хуторѣ, лежащемъ въ сторонѣ отъ прочихъ селеній и на половинѣ расстоянія между д. Ивановой и д. Турецѣ. Хуторъ этотъ по изолированности рѣдко кѣмъ посѣщается изъ жителей соседнихъ селеній и окруженъ почти съ трехъ сторонъ лѣсомъ, болѣе его находится не значительно, рѣдко впрочемъ выскакивающее болото.

Появившись почти одновременно (разница была только въ 2—3 дняхъ) въ такихъ различныхъ и далеко относившихъ другъ отъ друга селеніяхъ, эпидемическій перипарититъ потомъ былъ занесенъ изъ Бѣлошицкой слободы въ с. Перелюбѣ, а изъ этого послѣднѣе въ д. Прибыни, причемъ въ х. Руднѣ снова не было ни одного случая заболѣванія; с. Тихоновичи, х. Буда, д. Буда, д. Турецъ и д. Ивановка были на этотъ разъ совершенно пощажены. Во время эпидеміи осенью 1881 года, о чемъ рѣчь ниже, въ Тихоновичахъ, случаевъ заболѣванія перипарититомъ не было ни въ одномъ изъ другихъ селеній описываемаго района.

Исторія эпидеміи перипаритита, наблюдавшейся съ первыхъ чиселъ марта до послѣднихъ апрѣля 1880 г. въ м. Охромѣвичихахъ.

Въ первыхъ числахъ марта мѣсяца 1880 года ко мнѣ явился за медицинской помощью въ сопровожденіи отца своего крестьянскій мальчикъ м. Охромѣвичей (постоянный пунктъ моего жительства, какъ земскаго врача) 8-ми лѣтняго возраста съ жалобами на боли въ области лѣвой щеки и невозможность жеванія. Характерный видъ опухоли лѣвой половины лица, безъ рѣзко выраженной реакціи со стороны организма, умеренность боли при опусканіи этой опухоли, наконецъ ея тѣснотатость съ отсутствіемъ рѣзкой красноты наружныхъ покрововъ—все это, вмѣстѣ взятое, дало мнѣ право диагностировать въ данномъ случаѣ перипарититъ и на такой діагнозъ я имѣлъ тѣмъ большее основаніе, что въ предыдущіе годы въ тѣже мѣсяцы въ данной мѣстности наблюдались случаи этой болѣзни. Изъ анамнеза я узналъ, что этотъ мальчикъ два дня передъ тѣмъ, какъ явиться ко мнѣ, жаловался на головную боль, его слегка знобило, онъ неохотно ѣлъ, у него былъ запоръ, вслѣдствіе чего на канунѣ ему данъ былъ пріемъ кастороваго масла. Изъ дальнѣйшихъ разспросовъ отца мальчика оказалось, что кромѣ 8-лѣтняго сына, у него есть еще два: одному 14 лѣтъ, а другому 17 лѣтъ; причемъ первый изъ нихъ посѣщаетъ народную школу; мальчикъ же 8 лѣтъ школы не посѣщалъ. Оба брата явившагося ко мнѣ мальчика совершенно здоровы. Посоветовавъ отцу не выпускать больного изъ дому, а 14-лѣтняго не отправлять въ школу и держать дома, я получивши на это полное согласіе со стороны отца, и тотчасъ же осведомившись, нѣтъ-ли среди учениковъ школы случаевъ подобнаго рода, причемъ получить отрицательный отвѣтъ отъ заведующаго

школою учителя. Заявив последнему, что брать одного из учеников заболеть перипаротитом и что этого путем может распространиться болѣзнь среди учащихся, я просил учителя запретить брату больного мальчика посещение школы. Гарантировать школу съ этой стороны, и рѣшивъ внимательно прослѣдить распространение этой болѣзни, взявъ за исходную точку случай 8-лѣтняго мальчика. Для болѣе наглядности представляю здѣсь планъ м. Охромѣвичей съ указаніемъ первыхъ очаговъ заболѣванія и дальнѣйшаго распространія эпидеміи сперва только по одной улицѣ, а потомъ по всѣмъ направленіямъ. (См. рис. лит. А). О распространѣніи же болѣзни въ самой школѣ среди посѣщавшихъ ее учениковъ я сообщу особо, причемъ также представлю особый планъ классной комнаты и распредѣленія ученическихъ скамеек. М. Охромѣвичи, какъ и вся описываемая мною мѣстность, представляетъ очень здоровый во всѣхъ отношеніяхъ пунктъ; расположено оно на ровной возвышенности съ песчанымъ грунтомъ, окаймлено со всѣхъ четырехъ сторонъ лѣсомъ, имѣетъ правильное планирование при полномъ отсутствіи скученности. Только съ сѣверо-восточной его стороны находится небольшой прудъ, дающій начало въ теченіи весны небольшой рѣчкѣ, въ остальное же время года представляющій скорѣе болото съ непроточной водой, очень загрязняемое мытьемъ крестьянскаго быдла. Изъ этого, правда, пруда вода для питья жителями не употребляется, такъ какъ для такой цѣли служатъ значительное число колодезевъ, находящихся въ различныхъ мѣстахъ селенія. Предложеніе мое не пускать изъ дому заболѣвшаго 8-лѣтняго мальчика, а также 11-лѣтняго брата его школьника было исполнено въ точности и вотъ что случилось. Мальчикъ 11 лѣтъ, никуда изъ двора не выходившій, чрезъ три дня сталъ жаловаться на легкую головную боль и ознобъ, а на 6-й день заболѣлъ двустороннимъ перипаротитомъ. Чрезъ 7—10 дней послѣ этого, когда болѣвъ 11-лѣтняго мальчика почти совсѣмъ прошла и онъ продолжалъ сидѣть дома, я получилъ приглашеніе явиться въ школу, гдѣ десять мальчиковъ имѣли явныя выраженія односторонняго перипаротита. Распросивъ мальчиковъ о мѣстѣ ихъ жительства, я узналъ, что всѣ десять случаевъ появились на той же улицѣ и въ той же части села, какъ и первые два; причемъ въ трехъ дворахъ, стоящихъ на сѣверномъ фасадѣ улицы и раздѣленныхъ дворами, гдѣ не было случаевъ перипаротита, послѣдній появился одновременно, въ двухъ же дворахъ стоящихъ съ 4-ми слу-

чаями заболѣванія болѣзнь явилась тремя днями позже. У болѣе половины больныхъ до появленія перипаротита были въ теченіи 2—3 дней явные признаки лихорадочнаго состоянія съ головною болью и потерей аппетита. Больнымъ дѣтямъ запрещено было ходитъ въ школу, а ихъ родителей я просилъ не пускать дѣтей дальше своей улицы. Спустя еще 7 дней, когда болѣзнь у означенныхъ 10 мальчиковъ почти прошла, а при посѣщеніи школы не нашелъ ни одного новаго случая заболѣванія и при этомъ мнѣ было сообщено, что и въ теченіи этихъ семи дней не болѣлъ ни одинъ изъ учениковъ. Затѣмъ, былъ прекрасный, теплый солнечный день, дѣти бѣгали по разнымъ частямъ селенія и равно на 10 день, считая отъ этого праздника, въ школѣ явилось сразу 10 случаевъ перипаротита (3 дѣвочки и 7 мальчиковъ). Оказалось, что заболѣвшіе дѣти принадлежали семьямъ, жившимъ въ самыхъ различныхъ частяхъ села. Заболѣвшимъ 10 воспитанникамъ школы на этотъ разъ не было запрещено ея посѣщеніе и мнѣ удалось прослѣдить распространение болѣзни путемъ прямого зараженія больныхъ отъ здоровыхъ. Но прежде нѣсколько словъ о классной комнатѣ, которая представляетъ съ гигиенической точки зрѣнія далеко не безупречное мѣсто обученія дѣтей (См. рис. лит. В).

Краснорѣчиѣе всего скажутъ цифры. Комната имѣетъ 14 арш. длинн, 9 ширинн и 4,5 высоты, а, следовательно, воздушное пространство комнаты (безъ вычета всегда необходимаго на мебель и вытѣсняемый тѣломъ человека извѣстный объемъ воздуха) содержитъ около 368 кубич. арш., или около 204,3 куб. метровъ. Число же учениковъ въ означенной комнатѣ 120, что и составляетъ на каждаго ученика меньше 0,5 куб. метра. Всѣхъ оконъ въ классной комнатѣ 5, изъ нихъ 4 обращены на южную и восточную сторону, имѣютъ въ ширину каждое 1 арш. 10 верш., а въ вышину 2 арш. и 8 верш. Пятое окно на сѣверной сторонѣ имѣетъ, при одинаковой съ предъидущими высотѣ, ширину вдвое болѣе. Объ искусственной вентилици здѣсь нѣтъ и рѣчи; правда, былъ вѣдланъ въ окно по временамъ вращавшійся кружокъ, но отъ него почти не было никакой пользы, такъ какъ онъ былъ незначительной величины и рѣдко былъ исправенъ. Упомянутые выше 10 заболѣвшихъ, которыхъ я нашелъ среди учениковъ и которыхъ появились одновременно, распредѣлялись въ классной комнатѣ такъ, какъ это изображено мною на прилагаемомъ рисункѣ цифрами отъ 1 до 10.

Не трудно видѣть, что случаи заболѣванія сгруппировались глав-

вымъ образомъ въ правой половинѣ классной комнаты. Какъ я сказать выше, ученики, страдавшіе перипаротитомъ, продолжали посещать школу, занимая постоянно, какъ и все, одни и тѣже мѣста на скамьяхъ. Не больше, какъ черезъ недѣлю послѣ этого, явилось новыхъ 8 случаевъ, которые распределялись такъ, что не оставалось сомнѣнія въ переходѣ болѣзни отъ больныхъ дѣтей на здоровыхъ. Эти новые случаи заболѣванія изображены цифрами отъ 11 до 18; причемъ заболѣли: сидѣвшій рядомъ съ №№ 1, 2, 4, 8, 9, 10 и 6; что же касается до № 5, то онъ далъ два новыхъ заболѣванія обоимъ своимъ сосѣдямъ (№№ 12, 13). Спустя еще три дня послѣ того, случился заболѣванія (№№ 19, 20 и 21), которые опять таки все оказались сосѣдями прежде болѣвшихъ. Этими случаями болѣзни среди посѣщавшихъ школу учениковъ и закончился; все же остальные наблюдать въ различныхъ частяхъ селенія до конца апрѣля мѣсяца, когда эпидемія прекратилась. Упомяну о 9 представленныхъ на рисунокѣ случаяхъ, наблюдавшихся одновременно въ теченіи первыхъ дней праздника Пасхи; все они принадлежали вѣзямъ близкихъ родственниковъ, дѣти которыхъ проводили время все вмѣстѣ. Кроме этихъ 9 случаевъ на этой улицѣ мнѣ не пришлось наблюдать больше ни одного въ теченіи описываемой эпидеміи.

Среди взрослыхъ было только 3 случая заболѣванія, изъ нихъ двое мужчинъ (21 и 23 л.) и одна дѣвушка 18 лѣтъ. Они представлены у меня на рисунокѣ, какъ появившіеся въ концѣ апрѣля и въ то время, когда уже не было ни одного случая среди посѣщавшихъ школу дѣтей. Два молодыхъ человека и дѣвушка принадлежали къ различнымъ семьямъ и не бывали другъ у друга. У первыхъ кроме односторонняго перипаротита была болѣзненность соответственной стороны яичка, но охрипы не было; у дѣвушки все дѣло ограничилось перипаротитомъ. Послѣдніе три случая (два изъ нихъ принадлежали семьямъ, въ которыхъ позже болѣли двое юношей) были также у дѣтей въ половинѣ апрѣля въ той части села, гдѣ въ концѣ этого мѣсяца я наблюдалъ 3 случая на взрослыхъ. Между тремя случаями, наблюдавшимися въ половинѣ апрѣля и 9 отнѣченными на рисунокѣ и наблюдавшимися въ теченіи 20 и 21 апрѣля (дни Пасхи), отсутствовала какая бы то ни было связь: родства между нами не было и ихъ раздѣляло разстояніе чуть не въ двѣ версты. И такъ всѣхъ случаевъ въ эту эпидемію было 47, изъ нихъ среди взрослыхъ только 3, а 44 исключительно среди дѣ-

тей въ возрастѣ 5—13 лѣтъ. Изъ 44 случаевъ среди дѣтей около половины имѣли двусторонній перипаротитъ. Изъ общей цифры 44 на долю посѣщавшихъ школу учениковъ приходится 34 случая. Относивъ эту цифру къ общей цифрѣ учениковъ, получаю %, заболѣваемости=38,4%. Общій же % заболѣваемости для всего селенія по отношенію къ цифрѣ дѣтей въ возрастѣ 5—13 лѣтъ (количество дѣтей этого возраста равно 400) будетъ около 11,25%. Дѣвочки и мальчики заболѣвали въ одинаковой степени. Серьезныхъ осложненій во время этой эпидеміи я не наблюдалъ. Ясно выраженное лихорадочное состояніе было приблизительно въ 1/2 случаевъ. Во время теченія опухли перипаротита въ двухъ случаяхъ наблюдалось повышение t° на цѣлый градусъ выше нормы; что продолжалось только два дня. Продолжительность болѣзни среднимъ числомъ 7 д., а періодъ инкубации нужно принять въ 10—12 д.

Исторія эпидеміи перипаротита, наблюдавшейся въ д. Турнѣ съ половины марта до конца апрѣля 1886.

Эта эпидемія началась полтора недѣлями позже первой, а окончилась въ двадцатыхъ числахъ апрѣля мѣсяца. Она интересна главнымъ образомъ потому, что здѣсь мнѣ пришлось наблюдать почти одновременно два очага заболѣванія, причемъ въ одномъ ясно констатировалось занесеніе болѣзни изъ м. Охромѣвичей, насколько можно было узнать изъ распросовъ, а въ другомъ совершенно самостоятельное возникновеніе такого очага въ силу, такъ сказать, местныхъ условій. Переносъ болѣзни въ д. Турецъ, гдѣ до того времени не было ни одного случая перипаротита, совершился при посредствѣ двухъ мальчиковъ этой деревни, посѣщавшихъ за неимѣніемъ школы въ д. Турецъ школу м. Охромѣвичей. Всѣхъ мальчиковъ, ходившихъ изъ д. Турни въ Охромѣвическую школу, было четыре, но заразились бывшими тамъ въ это время среди учениковъ перипаротитомъ только двое; остальные же два не болѣли въ теченіи всей эпидеміи. 16-го марта я видѣлъ у одного изъ этихъ мальчиковъ двусторонній перипаротитъ и, запретивъ ему посѣщать Охромѣвическую школу, я вмѣстѣ съ тѣмъ сказалъ и остальнымъ тремъ, чтобы они больше въ Охромѣвичи не ходили. Мой совѣтъ былъ исполненъ. Марта 19-го заболѣлъ одностороннимъ перипаротитомъ 2-й изъ посѣщавшихъ школу мальчиковъ и эти два случая дали начало очагу, гдѣ я наблюдалъ еще 10 сл. заболѣванія. Нужно замѣтить, что д. Турецъ состоитъ

из двух неравных половин, раздѣленных одна отъ другой прудомъ и огородами землями, что ясно видно изъ прилагаемаго рисунка (см. рис. лит. Б). Меньшая половина д. Турца, состоящая изъ одной улицы съ расположенными въ одинъ рядъ съ одной и другой стороны избами, находится ближе къ м. Охромѣвичамъ; изъ этой части д. Турца и были первые два мальчика, посѣщавшіе школу въ м. Охромѣвичяхъ. Первый заразившійся тамъ мальчикъ сообщалъ болѣзнь своимъ младшимъ двумъ братьямъ, у которыхъ развилась перипаротитъ ровно чрезъ 10 дней (26-го марта); маленькихъ дѣтей въ этой семьѣ болѣе не было, а изъ взрослыхъ никто не болѣлъ. Второй, посѣщавшій школу мальчикъ имѣлъ рѣзко выраженный перипаротитъ одной стороны только 19 марта и заразилъ четырехъ дѣтей своей семьи: родныхъ брата и сестру и двухъ двоюродныхъ сестеръ, жившихъ хотя въ другой избѣ, но въ одномъ дворѣ. Родные братъ и сестра мальчика заболѣли въ одинъ день (30 марта), а двоюродные сестры только 1-го и 2-го апрѣля. Въ сосѣднихъ дворахъ не было ни одного случая заболѣванія. Черезъ улицу противъ двора, гдѣ были только что описанные случаи, живетъ семья родного дяди; особенно усердно посѣщали эту семью двѣ дѣвочки, заболѣвшія перипаротитомъ 1-го 2-го апрѣля; болѣзнь была занесена туда и дала 13-го апрѣля три случая, а 15-го еще одинъ—переболѣли всѣ дѣти означенной семьи (два мальчика и двѣ дѣвочки). Одновременно съ этими случаями я еще наблюдалъ одинъ въ семьѣ, гдѣ болѣлъ самый младшій изъ дѣтей (13 л.); послѣдній посѣщалъ болѣвшихъ перипаротитомъ дѣтей и не ходилъ въ Охромѣвичскую школу; онъ заболѣлъ 15-го апрѣля двустороннимъ перипаротитомъ съ чувствомъ боли въ области праваго яичка безъ всякой впрочемъ опухоли послѣднюю. Четырьмя днями позже только что описаннаго очага, явился второй въ другой половинѣ села: онъ ограничился исключительно одной улицей, что видно изъ рисунка (см. лит. Б.). Изъ всѣхъ 11-ти наблюдавшихся здѣсь случаевъ первые три появились въ одной семьѣ, гдѣ поразили мальчика 7 лѣтъ и двухъ дѣвочекъ (5 и 11 л.). Въ этой семьѣ остался пораженнымъ 13 лѣтъ мальчикъ, перенесшій въ прошломъ году эту болѣзнь. 23-го марта болѣзнь появилась во второй семьѣ и поразила здѣсь всѣхъ пятерыхъ дѣтей, но притомъ такъ, что днемъ раньше заболѣли двое младшихъ (дѣвочка 6 л. и мальчикъ 7 л.), а затѣмъ уже старшіе (мальчики 12 и 11 л.; дѣвочка 13 л.). Апрѣля 5-го появился одинъ случай въ сосѣдней съ только что описанною избѣ, гдѣ болѣлъ

мальчикъ 4 л., причемъ темп. повысилась настолько, что у больного были легкія, конвульсивныя движенія и жидкія, обильныя испражнения. Исходъ впрочемъ былъ въ выздоровленіе на 6-й день болѣзни. Этотъ мальчикъ ходилъ въ семью, гдѣ было пятеро больныхъ дѣтей. Остальные два случая появились въ двухъ избахъ на той-же улицѣ, по одному въ каждой избѣ, одинъ изъ нихъ 19-го апрѣля, а второй и послѣдній 22-го, болѣли два мальчика 10 и 11 лѣтъ. Всѣхъ случаевъ 24, изъ нихъ мальчиковъ 15; дѣвочекъ 9. Болѣли только дѣти въ возрастѣ 4—13 л. Продолжительность болѣзни 6—7 дней. Периодъ инкубаціи 10—13 д. Въ одно время съ послѣдними случаями перипаротита было 2—3 случая скарлатины въ противоположной части деревни, гдѣ не было ни одного случая перипаротита въ теченіи этой весны и гдѣ, между прочимъ, жили два мальчика, посѣщавшіе школу въ Охромѣвичяхъ, но не страдавшие перипаротитомъ.

Исторія эпидеміи перипаротита въ теченіи февраля—марта 1881 г. среди дѣтей м. Охромѣвичей.

Эпидемія началась съ половины февраля, а окончилась въ послѣднихъ числахъ марта. Всѣхъ случаевъ было 24. Возрастъ болѣвшихъ 6—13 лѣтъ; періодъ инкубаціи 10—12 дн. Изъ 23 сл. въ 14 былъ двусторонній перипаротитъ, а въ 9 односторонній; на долю мальчиковъ пришлось 13, на долю дѣвочекъ 10. Ясно выраженный продолжительный періодъ былъ почти у всѣхъ и выражался лихорадочнымъ состояніемъ съ головными болями, потерей аппетита, а у 4 даже рвотой. Въ 8 случаяхъ была замѣрена въ вечернее время температура при развившейся опухоли въ области околоушной железы; она была въ среднемъ 38,4°. Въ 9 случаяхъ мною было констатировано припуханіе поджелудочныхъ железъ; участіе въ процессѣ послѣднихъ выпадало на долю тѣхъ именно случаевъ, гдѣ опухоль въ области околоушной железы была сравнительно слабо развита. Въ двухъ случаяхъ (дѣвочка 12 л. и мальчикъ 14 л.) болѣзнь началась характерной перемежной лихорадкой трехдневнаго типа, а затѣмъ присоединился односторонній перипаротитъ. Въ это время года всегда бывали случаи перемежной лихорадки въ большомъ количествѣ. Перипаротитъ наступилъ въ день, свободный отъ пароксизма. Два приема хинина (4 гт.) прекратили лихорадку, перипаротитъ же держался послѣ того въ теченіи четырехъ дней. Во время описываемой эпидеміи мнѣ пришлось наблюдать три случая сочетанія скарлатины съ эпидемическимъ

перипаротитомъ; въ двухъ изъ нихъ послѣдній присоединился по окончаніи скарлатинознаго процесса, а въ одномъ послѣ совершенно развившагося односторонняго перипаротита наступили припадки скарлатины. Два изъ этихъ случаевъ имѣ удалось прослѣдить и я представляю ихъ ниже съ оговоркой, что температуръ и пульсъ мною лично измѣрялись только вечеромъ. Большая часть заболѣваній (16) въ эту эпидемію пришлась на ту часть одной изъ длинныхъ улицъ м. Охромѣвцевой, гдѣ въ эпидемію прошлаго 1880 г. наблюдались 9 сл. въ теченіи первыхъ дней праздника Пасхи (рис. лит. А. f). Въ селеніяхъ, пораженныхъ перипаротитомъ въ прошломъ 1880 г., не было ни одного случая заболѣванія. Первые 8 случаевъ появились 17, 18, 19-го февраля въ семьяхъ, не имѣвшихъ посѣщавшихъ школу дѣтей, но жившихъ въ сосѣднихъ избахъ, двѣ изъ которыхъ находились въ одномъ дворѣ. Скоро занятія въ школахъ по причинѣ наступившихъ дней масленицы и первой недѣли великаго поста прекратились; распространеніе болѣзни этимъ путемъ сдѣлалось не возможнымъ. 27-го февр. новыхъ три случая и все въ той же улицѣ, но только въ избахъ, далеко не сосѣднихъ и не имѣвшихъ съ раньше болѣвшими никакихъ сношеній. 28-го февраля снова четыре случая въ избахъ ближайшихъ родственниковъ первые заболѣвшихъ. Въ первыхъ числахъ марта на этой же улицѣ заболѣли двустороннимъ, очень легко протекавшимъ перипаротитомъ, мальчикъ, посѣщавшій открытую, послѣ первой недѣли поста школу. На 9 дней отъ начала посѣщенія этимъ мальчикомъ школы, заболѣли два его сосѣда по селамъ. Всѣмъ тремъ больнымъ запрещено было посѣщать школу; дней чрезъ 10 послѣ того, какъ заболѣвшие дѣти перестали ходить въ училище, въ ихъ семьяхъ, жившихъ въ самыхъ противоположныхъ концахъ села, появились новые случаи заболѣванія: въ одной семьѣ два, а въ другой—три. Въ послѣдней пероболѣли всѣ четверо дѣтей, считая и посѣщавшаго школу мальчика, вѣроятно сообщившаго болѣзнь остальнымъ тремъ дѣтямъ.

Въ половинѣ марта мѣсяца появились случаи скарлатины въ той части м. Охромѣвцевой, гдѣ въ прошломъ году наблюдались первые случаи перипаротита. Чистыхъ случаевъ скарлатины въ этой части селенія въ теченіи описываемой эпидеміи не было. Эпидемія скарлатины, протекала въ началѣ доброкачественно, въ апрѣлѣ мѣсяцъ приняла злокачественный характеръ и дала значительную смертность. Мною былъ подмѣченъ фактъ не малой важности, что умирали отъ

скарлатины дѣти, у которыхъ по словамъ родныхъ никогда не было перипаротита.

Правосторонній перипаротитъ, потомъ легкая форма скарлатины. Выздоровленіе.

Мальчикъ 9 л. имѣлъ резко выраженный перипаротитъ 18и¹/₂81. Раньше серьезно не болѣлъ никогда и не имѣлъ перипаротита; сложеніи здороваго и сынъ здоровыхъ родителей. Для два до опухоли жаловался на головную боль, имѣлъ плохой аппетитъ и наклонность ко сну. Опухоль правой щеки появилась въ теченіи послѣдней ночи съ 21-го на 22-е), по ужю въ теченіи всего 21-го марта онъ ощущалъ боль при жеваніи. При осмотрѣ 22-го марта у него намель характерный правосторонній перипаротитъ безъ припухлости подчелюстныхъ и лимфатическихъ желѣзъ шеи. У мальчика обложенный языкъ, отсутствіе аппетита и легкое лихорадочное состояніе. Въ полость рта и глотки ни малѣйшей красноты. Утромъ темп. 34,0° пульсъ 110; вечеромъ 38,7°, а пульсъ 120; въ теченіи ночи потъ; сонъ слегка беспокойный. 23-го утр. темп. 37,8°, пульсъ 100; вечер. 38,5°, пульсъ 108. Скорѣе лучше; головная боль почти исчезла, возвращается аппетитъ, хотя желудокъ твердый и моча даетъ довольно обильный осадокъ. Въ слѣдующіе затѣвъ 4 дня все возвращается къ норѣ и 29-го марта я не намель и слѣдующей бывшей опухоли. Четырьмя днями позже меня позвали къ этому мальчику (вечеромъ 2-го апрѣла); я намель у него сильный жаръ; онъ жаловался на боли головы и въ горлѣ. Не удалось до моего осмотра быть сильнымъ ознобъ. На боли-же въ горлѣ по словамъ родныхъ большой сталъ жаловаться еще наканунѣ этого дня. Темп. 34,6°; пульсъ 160. Другое расположеніе дѣти; сонливость. 3-го апрѣла утр. 39,2°, пульсъ 140. Появилась характерная для скарлатины сыпь на груди и животѣ. Вечеромъ темп. 39,7° пульсъ 170. При осмотрѣ глотки найдена интенсивная краснота и припухлость нидальевидныхъ желѣзъ. Характерный Scharlachzunge. Резкое припухлость подчелюстныхъ желѣзъ. Въ теченіи слѣдующей ночи беспокойный съ бредомъ сонъ. 4-го апрѣла въ затѣвъ in statu quo; темп. утр. 39,1°, пульсъ 120; веч. 39,6° пульсъ 160. 5-го темп. утр. 39,0°, пульсъ 120, веч. 39,6°, пульсъ 160. 6-го сыпь блѣднѣетъ, темп. утр. падаетъ до 38,7°, веч. 39,1°, пульсъ 120. Состояніе больного лучше. Боль при глотаніи значительно меньше. При посѣдованіи глотки найдены только слабы припухлости нидальевидныхъ желѣзъ; краснота слабо выражена. Языкъ нѣсколько чище. Въ слѣдующіе затѣвъ пять дней темп. и пульсъ возвращаются къ норѣ и 12-го апрѣла мальчикъ былъ уже здоровъ.

Скарлатина съ резко выраженнымъ токсикомъ. Двусторонній перипаротитъ. Выздоровленіе.

Дѣвочка 10 лѣтъ, здороваго тѣлосложенія, раньше не болѣла перипаротитомъ. 16-го марта жаловалась на боли въ горлѣ; 17-го имѣла сильный ознобъ и лихорадку. 18-го характерная скарлатинозная сыпь съ припухлостью подчелюстныхъ желѣзъ. Въ глоткѣ при осмотрѣ сильно выраженный двусторонній токсикомъ. Значительная лихорадка въ теченіи четырехъ дней. Къ концу недѣли темп. пришла къ норѣ, токсикомъ исчезъ и сыпь совершенно поблѣднѣла, а вѣстами наступило уже шелушеніе (на груди). Марта 27-го легкое лихорадочное состояніе, жалобы на боли при жеваніи и 28-го утромъ

рвано выраженный двусторонний перипаротит без участия подчелюстных желез. Опухоль держалась три дня и 1-го апреля девочка была здорова. Случивание кожи продолжалось еще дней пять.

Эпидемия перипаротита в с. Тихоновцах. Октябрь 1881 г.

Она наблюдалась в то время, когда в других селах не было случаев заболевания. Явившись в начале октября при теплой и сухой погоде, она прекратилась в конце этого месяца, когда наступили морозы и выпал снег. Число всех случаев было 20 из них 16 было среди детей в возрасте 8—13 лет и 4 только среди взрослых. (Три случая у молодых людей 18—21 г. и один у двенадцати 17 лет). Путь распространения среди детей совершался при посредстве школы, а 4 случая среди взрослых были в семьях, перенесших больных перипаротитом детей. В двух случаях болящих у взрослых была одновременно перемежающаяся лихорадка и мною констатировано припухание подчелюстных желез, на прекращении которой перипаротит протекал нормальным образом (6 дней), не давши никаких осложнений. Попробуйте проследить пути распространения и последовательность заболеваний в эту эпидемию я не мог, так как у меня были экстренные занятия в других частях обширного моего медицинского района. Из 16-ти случаев среди детей 9 было мальчиков и 7 девочек. Односторонний перипаротит был в 14 случаях и двусторонний в 6-ти; из 16 случаев детей 10 посещали школу. Число учеников в школе 53; % заболеваемости около 19%. Число всех детей с. Тихоновцев от 8 до 13 лет 180 ч.; общая % заболеваемости для этого возраста в означенном селении выразилась в эту эпидемию в 8,8%. — Продолжительность болячки 7—8 дней; предвестники были почти у всех и выражались головною болью, легким ознобом и потерей аппетита. Появлялась опухоль в течении ночи, — хотя в предшествующий день уже чувствовалась боль при жевании.

Настоящую эпидемию мне пришлось наблюдать среди девочек Петербургской народной школы и только благодаря любезности коллеги, врача-женщины М. И. Мерцаловой Роговской, в санитарном ведении которой находится в числе прочих и означенное училище. За сообщенные ею мне сведения относительно распространения болячки среди воспитанниц, считаю долгом выразить мою глубокую благодарность.

Эпидемия перипаротита среди учениц народного училища Петербургской стороны № 3. Большой проспект, д. № 28. Январь—Февраль 1883 г.

Феврала 8-го ко мне на прием детей при Марининском Родовспомогательном доме явилась 8 л. девочка Л. Ш. с характерно выраженным перипаротитом правой стороны. При распросе я узнал, что она посещает женское училище № 3 и что за четыре дня перед этим ее соседка по скамье О. Л. имела такой же правосторонний перипаротит. Отправившись в непродолжительное время в означенную школу я получаю следующие сведения.

Первый случай заболевания был 17-го ноября прошлого 1882 г., но случай этот оказался единственным и не дал очага в самом училище; в число ниже приведенных случаев он не будет входить. Всех случаев заболевания было 11. Возраст девочек 8—13 лет. Первый случай (из 11) был 22-го января, а последний 16-го февраля; эпидемия продолжалась 25—27 дн. В 2 случаях было только припухание подчелюстных желез обеих сторон без видимого участия области окологлоточной железы, из остальных 9 в 6-ти перипаротит был двусторонний, а в 3-х—односторонний. Продомальный период был почти во всех случаях и выражался головною болью, легким ознобом, отсутствием аппетита. У некоторых девочек М. И. Мерцаловой Роговской одновременно наблюдала слабо выраженную катаральную ангину, но записанная между перипаротитом и краснотою слизистой оболочки рта и глотки подметить было нельзя. Продолжительность болячки 7—10 дней. С гигиенической точки зрения классная комната может называться вполне удовлетворительною. Всех скамей 23, на каждой по две ученицы. Эти скамьи расположены в три ряда, при чем два таких ряда, ближайšie к окнам, имеют по 8 скамей, а третий, дальше других удаленный от окон, только 7. Три скамьи последнего, насколько мне помнится, не были в это время заняты, так что число девочек было около 40.

22-го января был вполне выраженный перипаротит у девочки, сдвинутой на предпоследней скамье среднего ряда; случай этот изображен на рисунке № 4 (См. рис. лит. Г).

Ровно чрез 10 дней (1 февраля) был такой же перипаротит у соседки № 1; он изображен на рисунке № 2.

Только одним днем позже заболеть № 3 — девочка, сидевшая на другой скамье, но в одном и том же ряду, так что ее отделяло от № 1 только расстояние между скамьями, т. е., $\frac{3}{4}$ арш. Через 6—7 дней после этого (февраля 6—7) было сразу три случая №№ 4, 5 и 6; все новые случаи, как видно из рисунка, находились в окружности первых трех.

Потом болезнь перешла на 4-й ряд скамей; через 3 дня после заболела № 6 девочка первой скамьи и первого ряда скамей (№ 7) считая от дверей; ровно через 8 дней появились два новых случая №№ 8 и 9 на первых скамьях двух прочих рядов. Наконец случаи №№ 10 и 11, из которых первый наблюдался 11 февраля, а второй 16-го и при которых все дело ограничилось только припуханием подчелюстных желез обильных слюней, протекали вообще очень легко, их пожалуй можно считать abortивными формами, сломы и рядом наблюдавшимися в период угасания эпидемии. Так как количество учеников было 40, то % заболеваемости выразился 27 $\frac{1}{2}$ %.

Высказанное многими авторами положение, что сырой и холодная погода составляет особенно благоприятный момент для развития перипаротита, в описываемых мною пяти эпидемиях далеко не подтвердилось. Правда, эпидемия 1880 г. в м. Охромьевичах и д. Турдь появились, действительно, в начале весны, при очень сырой погоде; но, с другой стороны, эпидемия 1881 г. в тех же Охромьевичах и эпидемия в 3-м Петербургском училищ началась, а последняя даже окончилась, при хорошей, с сильными морозами, зиме. Наконец, эпидемия 1881 г. в с. Тихоновичах была в октябре, отличавшаяся большою сыростью (и теплой, для такого месяца, погодой), но ни в одном из соседних селений, находившихся, разумеется, в этом отношении в одинаковых с с. Тихоновичами условиях, не было ни одного случая заболевания перипаротитом.

Выводы.

- 1) Эпидемический перипаротит несомненно заразная болезнь.
- 2) В случаях, где она поражает сразу многих лиц, отдаленных друг от друга значительным расстоянием при отсутствии между больными и здоровыми всяких сношений, нужно принять способность возникновения этой болезни вследствие каких-то неизвестных для нас пока климатических или почвенных условий.

- 3) Для возникновения и распространения болезни в иных случаях недостаточно только одного занесения заразы.
- 4) В детском возрасте перипаротит вообще протекает легко; опасная локализация в области половых органов составляют до крайности редкое явление.
- 5) Сочетание перипаротита с другими инфекционными болезнями красноречиво говорит в пользу специфичности его болезнетворного начала.
- 6) Оба пола в детском возрасте заболевают перипаротитом почти в одинаковой степени.
- 7) Заражение тем скорее происходит, чем ближе расстояние между больными и здоровыми и чем продолжительнее между ними общение.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВ.

Рисунок лат. А.—м. Охромьевичи.

а.—Два первые случая заболевания.

б.—Десять случаев через 7—10 д. после первых,

с и д. Десять случаев, появившихся сразу после теплого, предвечного дня.

г.—Десять случаев в избах близких родственников.

е.—Три случая, появившиеся в апреле, когда уже не было случаев заболевания среди посещавших школу детей.

Рисунок лат. Б.—д. Турдь.

а.—дети, в которых жили два посещавшие школу мальчика.

с.—четыре случая заболевания в семье родного дяди.

б.—последний в этой части деревни и совершенно изолированный случай заболевания.

д.—первые три случая заболевания с противоположной части деревни.

д'—пять случаев, появившихся тремя днями позже.

е.—случай мальчика 4 л., у которого во время перипаротита была высокая t° и конвульсии.

г и г'—два последних случая по одному в каждой избе.

Рисунок лат. В.—Школа в м. Охромьевичах.

Рисунок лат. Г.—Петербургское народное училище.

а.—случай, бывший в поибр прошлого года. цифры 1—11 изображают все случаи заболевания в хронологическом порядке.

Рисунок лат. Д.—район, в котором наблюдалась эпидемия перипаротита в 1880—1881 гг.

Рисунок лат. Е.—кривые температуры обыкновенных форм и тяжелых протекавших случаев.

From Alexander's Chamberlain, 1777.

1. Взаимная солидарность состоящих на земской службе врачей при добросовестном их отношении къ дѣлу должна считаться необходимымъ условіемъ для успѣха земской медицины.
2. О врачахъ много говорятъ хорошаго и дурнаго просто потому, что здоровье есть основной элементъ человѣческаго благополучія.
3. Тяжела и не оцѣнима роль сестры милосердія, какъ свидѣльницы послѣднихъ минутъ умирающаго солдата.
4. Цифра, какъ опредѣлитель степени знанія учениковъ, есть попятіе до крайности условное.
5. Чувствуется настоятельная потребность въ учрежденіи высшей медицинской школы съ философскою программой преподаванія.
6. Дѣти тѣмъ легче переносятъ оутяженіе отъ груди матери, чѣмъ постепенно оно производится.
7. Выжиганіе дѣтскаго мѣста по способу Сведенборга отнюдь не должно быть форсированнымъ.
8. Для лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, перипартитъ—болѣзнь очень серьезная по своимъ послѣдствіямъ.

