

8) Наиболее частой причиной повышения температуры при спонтанном аборте является вторичная инфекция яйца. Весьма часто плодное яйцо инфицируется врачом при амбулаторном исследовании.

Литература. 1) Benthin. D. m. W., 1916, Nr. 18, S. 539. — 2) Бубличенко. Сб. посв. Окинчицу, стр. 183. — 3) Bumm. Z. Geburtsh. 79 (1916), S. 343. — 4) Венцовский. Гинек., 1930, № 1, стр. 95. — 5) Генс. Проблема аборта в СССР. М., 1929. — 6) Dubrowitsch. Zbl. Gynäk. 1923, Nr. 33, S. 1327. — 7) Hirsch. Zbl. Gynäk. 1918, Nr. 3. — 8) Jaeger. Zbl. Gynäk. 1924, Nr. 10, S. 576. — 9) Леви. Тр. VII Съезда акуш. Л., 1927, стр. 596. — 10) Лурье. Сб. посв. Окинчицу, стр. 505. — 11) Магид. Гинек., 1930, № 1. — 12) Мажбиц. Лнгр. м. ж., 1928, № 4, стр. 32. — 13) Мгалобели. Mschr. Geburtsh. 80 (1928), S. 265. — 14) Nürnberger. Mschr. Geburtsh. 45 (1917), S. 23. — 15) Nürnberger. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 34, S. 833. — 16) Nürnberger. Halban-Seitz, 7, 1. — 17) Перетц. Урал. м. об., 3 (1924), № 4—5, стр. 67. — 18) Панченко. Mschr. Geburtsh. 83 (1929), 410. — 19) Подзоров. Сб. Казан. и-та усов. вр. 1 (1929), стр. 222. — 20) Поляк. Белоруск. м. мысль, 1 (1924), № 1, стр. 104. — 21) Смирнов. Омск. м. ж., 1926, № 6, стр. 28. — 22) Siegel. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 11, S. 257. — 23) Sternberg D. m. W. 1926, Nr. 37, S. 1548. — 24) Цейтлин. Плодоизгнание при внематочной беременности.

Из клиники детских болезней 2 МГУ и 1-ой Московской детской туберкулезной больницы.

К вопросу о классификации так. наз. пурпуры у детей.

Проф. А. А. Киселя.

Есть болезни, которые как бы сопровождают педиатра течение всей его деятельности, то потому что дети постоянно гибнут от них (туберкулезный менингит), или у них совершенно случайно наступает очень опасное для жизни состояние (инородные тела дыхательных путей), или, наконец, у них совершенно неожиданно развиваются болезни, природа которых неизвестна, как напр., так называемый кровоточивый диатез, болезнь Гочкина, злокачественная анемия и пр.

С кровоточивостью я начал встречаться с первого года своей медицинской деятельности, когда я поступил экстерном в Клинику детских болезней Военно-медицинской академии. Проф. Н. И. Быстров придерживался в то время взглядов преимущественно Венской педиатрической школы, которая в то время имела таких видных представителей, как Wiederhofer, Monti, Steiner. Вопрос о пурпуре у детей в то время только еще начал разрабатываться, и в то время он представлялся как бы довольно ясным. Под кровоточивым диатезом понимали все виды заболеваний, когда у детей ясно проявляется склонность к кровоизлияниям в кожу, слизистые оболочки или во внутренние органы. Сюда входили все виды пурпуры, гемофилия, цынга и болезнь Барлова (Baglow). Потом все более и более выяснялось, что гемофилия, цынга и болезнь Барлова должны быть выделены, как самостоятельные формы. Что касается пурпуры, то ее предлагали делить на следующие формы: а) простая пурпура (purpura simplex), б) геморрагическая пурпура или пятнистая Верльгофова болезнь (morbus maculosus Werlhofii) и, наконец, в) ревматическая пурпура (purpura rheumatica Schönleinii). Это деление, повидимому, всех удовлетворяло и было очень распространено,

правда, главным образом, среди немецких педиатров. Интересно то, что ревматическая пурпура резко отличалась по своим клиническим особенностям, но это в течение очень долгого времени не вызвало почти никаких сомнений. Указывалось только, что клиническая картина ревматической пурпуры очень изменчива. По отношению к двум остальным членам этой группы, т. е. простой и геморрагической пурпуре, повидимому, установилось единообразие в том отношении, что это две формы одного и того же страдания. Между тем следует помнить, что клинические наблюдения постоянно и настойчиво наводят на мысль, что существует только одна форма пурпуры, именно геморрагическая пурпура (болезнь Верльгофа). Каждый случай убеждает в справедливости этой мысли. Как правило, кровоизлияния в начале появляются на коже, но уже очень скоро (особенно при самом внимательном осмотре) мы находим кровоизлияния и на слизистой рта, часто в виде одного-двух очень маленьких кровоизлияний. В других случаях поражения кожи и слизистых являются одновременно. Могу прибавить еще, что я некогда не видел ни одного случая простой пурпуры, хотя на этот вопрос обращал особенное внимание. Я видел несколько десятков подходящих случаев, но все они оказались случаями геморрагической пурпуры, т. е. во всех случаях простой пурпуры я находил кровоизлияния и на слизистых оболочках.

Поэтому я давно уже пришел к определенному выводу, именно, что *простая и геморрагическая пурпура представляют без сомнения одно и то же страдание* и мне прежде казалось, что для упрощения классификации лучше всего три формы пурпуры обозначать одним названием „пурпура“. Литературно я не выступал по этому поводу, имел в виду, что в 1912 году д-р А. С. Артамонов подробно разработал мой материал по бывшей Ольгинской детской больнице, но в печатных отчетах бывш. Детской Ольгинской больницы (Москва 1887—1912 г., т. т. I—XXVI) я постоянно проводил мысль, что между простой и геморрагической пурпурой нет никакой разницы. Кроме того, тот же взгляд я постоянно проводил на лекциях. И, действительно, в той и другой ярко выражен симптом ограниченных небольших кровоизлияний синеватого или фиолетового цвета. Но под простой пурпурой следовало бы понимать только те случаи кровотоочивого заболевания, которые обнаруживаются исключительно кровоизлияниями без других кожных поражений, напр., в виде пятен, папул, поражений крапивницы, различных зудящих сыпей и т. п. В противоположность всему этому при простой пурпуре с самого начала наблюдаются только кровяные пятна в собственном смысле слова.

Мне кажется, что в этом вопросе существует большая путаница из-за того, что употребляемая терминология далека от совершенства. Ее необходимо всеми силами упростить. Прежде всего следует оставить название „Верльгофова болезнь“, но ему следует придать очень ограниченное и вполне определенное значение. *К болезни Верльгофа следует причислить только те случаи, которые сопровождаются лишь пятнами в различных местах кожи и слизистых оболочек, синяками, кровотечениями из носа, кишок и проч., но не бывает других поражений кожи.* Вот за подобными случаями и следует оставить название Верльгофовой болезни. Что касается простой пурпуры, то эту клиническую форму следует ограничить только теми случаями, которые проявляются только одними кровоизлияниями. Я видел много подобного рода

случаев, когда болезнь выражалась только одними кровоизлияниями в кожу (так казалось мне вначале). Очень важно то, что нет никакой разницы между ними и случаями геморрагической пурпуры. Поэтому мне кажется более удобным соединить две эти формы в одну под названием Верльгофовой болезни. Наконец, от названия простая пурпура лучше всего, мне кажется, совершенно отказаться, так как оно не вносит ничего полезного в классификацию кровоточивых заболеваний, а скорее запутывает ее.

Течение Верльгофовой болезни совершенно напоминает то, которое дал ей сам Верльгоф. Он наблюдал кожные кровоизлияния внезапно и без причины развившиеся у крепко сложенной девушки и одновременно кровотечения из носа и рта. Быстро развився упадок сил, но через день кровотечение прекратилось, и пятна на коже постепенно начали бледнеть. Через неделю больная совсем оправилась. И теперь эта болезнь протекает с точно такими же явлениями, но, например, у детей гораздо чаще приходится встречать очень легкие случаи с небольшими кровотечениями из слизистых и без появления упадка сил. Вот для примера случай, наблюдавшийся мною в бывш. Ольгинской детской больнице в 1924 г. как очень типичный для Верльгофовой болезни.

Сир-н, Коля, 9 лет, поступил в больницу 13/XII по поводу кровоизлияний в кожу и кровотечений из слизистых. По словам матери мальчик родился здоровым, доношенным, кормился грудью матери 1 год 2 месяца, первый зуб прорезался в 8 месяцев. Ходить начал в 11½ месяцев. В возрасте 2-х лет болел золотухой, в 6 лет перенес корь. Часто бывали бронхиты. В общем развивался сравнительно хорошо. Мать 32-х лет, считает себя здоровой, родила 4-х детей, из которых 2 умерли (8 месяцев воспалением мозговых оболочек и 2-х лет от осложненной кори), еще 1 ребенок, здоров. Ее отец умер 54-х лет от паралича, ее мать умерла 56 лет, долго кашляла. Ее брат умер 26-ти лет от туберкулеза легких и сестра умерла в возрасте 22-х лет от каких-то припадков.

Настоящее заболевание началось так: около 6/XII к вечеру появилась сыпь, днем она исчезла. Так было 2 дня и затем появилось сильное кровотечение из десен, которое держалось 2 дня. На другой день после кровотечения из десен появились по всему телу резко ограниченные темно-красные пятна, величиною от булавочной головки и немного больше. При осмотре ребенка найдено следующее: кожа и видимые слизистые оболочки окрашены нормально. Подкожный жирный слой развит сравнительно хорошо. По всему телу имеются подкожные резко ограниченные фиолетово-красные, величиною от малой до крупной горошины кровоизлияния и много разлитых синяков. Шейные железы по 3—4 средние горошины с каждой стороны. Правая подчелюстная в средний боб, левая в голубинное яйцо. Подмышечные и паховые железы по 5—7 мелких и крупных горошин. Все железы плотны, мало упруги, продолговаты, некоторые слегка плоски. В легких укорочение перкуторного звука слева спереди над и под ключицей и сзади над лопаткой. При выслушивании изменений нет. Границы сердца без изменений, тоны чисты. Печень выходит ниже реберного края на 1½ см., селезенка не прощупывается. Десны кровоточат, не разрыхлены. В больнице мальчик все время давал небольшие повышения температуры, иногда до 37,3—37,5. Реакция Пирке на чистый туберкулин до 7 см. Просвечивание лучами Рентгена дало увеличение и уплотнение желез корня легких и небольшой, величиной с горошину, обызвестленный фокус в нижней части правого легочного поля. Исследование крови: Нв. 80%, красных кровяных шариков 4.727.000, лейкоцитов 28080. Лейкоцитарная формула: нейтр. 64%, лейкоц. 23%, моноц. 7%, переход. 4%, эозин. 2%. В слизи из зева палочек туберкулеза не оказалось. В испражнениях ничего патологического. Моча светлая, желтого цвета, прозрачная, уд. вес 1010, крови нет, в осадке ничего патологического.

В больнице мальчик чувствовал себя здоровым, не было никаких жалоб, кровотечений не наблюдалось, синяки на месте бывших кровоизлияний довольно

быстро уменьшались. Получилось впечатление, что болезнь приходит к своему естественному концу и потому больной был отпущен домой.

Считать ли тромбопению постоянным спутником Верльгофовой болезни? Ответить на этот вопрос довольно трудно и потому, мне кажется, что лучше всего не руководствоваться этим признаком, пока не будет выяснено, в каких именно случаях количество тромбоцитов резко падает. Во всяком случае следует отметить, что резкое падение числа тромбоцитов во многих случаях Верльгофовой болезни заслуживает самого полного внимания и подробного изучения.

Наряду с упомянутыми выше кровоточивыми болезнями следует упомянуть еще целый ряд болезней другого характера, которые иногда могут сопровождаться кровоизлияниями и кровотечениями. Между ними прежде всего заслуживают внимания всякого рода эритемы, при которых также могут иметь место кровоизлияния и кровотечения. В настоящее время нередко не проводят резкой границы между пурпурой и эритемой. А между тем в этом отношении необходимо столкнуться, потому что иначе нельзя избежать очень большой путаницы. Понятно, что здесь будет очень много условного, но в этом ничего нет необычного, это повторяется постоянно.

К кровоточивым болезням следует отнести все те страдания, при которых кровоизлияния и кровотечения играют главную роль, при которых в большинстве случаев нет почти никаких других изменений кроме кровоизлияний и кровотечений. В эту группу следует, повидимому, отнести простую и геморрагическую пурпуру (Верльгофова болезнь). Выше я уже говорил, что эти две формы так сходны по симптомам, что отделить их одну от другой нет никакой возможности. Совершенно неприемлемо называть простой пурпурой ревматическую пурпуру или тем более инфекционную эритему с склонностью к кровоизлияниям или кровотечениям. Дело в том, что эритема протекает совершенно иначе, при ней на первом плане различные другие сыпи, иногда очень обильно выраженные, причем склонность к кровоизлияниям часто совершенно отсутствует и в этом отношении нет никакой разницы между инфекционной эритемой и всеми другими инфекционными болезнями, при которых тоже могут развиваться кровоизлияния на высоте болезни. Тем не менее эти болезни никто не называет пурпурой, а прибавляет только название „геморрагический“, как, например, геморрагическая оспа, скарлатина, сыпной тиф и проч. Поэтому правильнее всего отказаться от названия пурпура по отношению к эритемам. Ведь при последних центр тяжести лежит не в кровоизлияниях, а в разлитых воспалительных поражениях кожи, очень различного характера, причем тотчас бросается в глаза очень резкая разница: при пурпуре мы находим на коже только однотипные изменения в виде кровоизлияний, тогда как для эритемы именно характерны различные поражения кожи: пятна, папулы, пузыри, отечность, инфильтраты. Затем эритемы часто протекают очень бурно, с очень высокой температурой, с тяжелым состоянием, частой рвотой, с возвратами, поражениями внутренних органов. Мне неоднократно приходилось встречать очень тяжелые случаи этого страдания. Вот один из последних случаев самостоятельной экссудативной эритемы, который я привожу в очень сокращенном виде.

Бе-ва Тая, 7 лет, поступила в клинику детских болезней 2 МГУ 8-го февраля 1929 г. в тяжелом состоянии по поводу приступов сильной боли в животе и

гровой рвоты. Ребенок родился доношенным, здоровым, кормился грудью матери 1 год, ходит с 10-ти месяцев, говорит с 1-го года. Зубы прорезались на 6-м, 7-м месяце. Все время росла совершенно здоровым ребенком, перенесла только корь в 6 лет и коклюш. Мать 30 лет, в общем здорова, но последние 2 года чувствует недомогание, очень нервна, бледна. Ее родители живы (55 и 70 лет), здоровы. У ее матери из 7-ми детей 3 умерли от неизвестной причины. Отец девочки 31 года, бледен, жалоб нет. Его родители (68 и 57 лет) живы, здоровы. Из 10 их детей только 2 умерли в детстве, остальные живы, в возрасте от 17 до 45 лет, здоровы.

Настоящее заболевание началось так: 21/I с. г. у девочки совершенно неожиданно появились на тыльной поверхности рук и ног совершенно симметрично красные пятна и папулы, вскоре замечена была отечность в окружности луче-запястных и голено-стопных суставов. Жара в это время не замечалась. Через три дня состояние ребенка очень резко изменилось к худшему: появились приступы очень сильных болей живота, временами повторная рвота с кровью и кровянистые испражнения. Вскоре после этого появилась отечность кожи и подкожной клетчатки лица, в области обоих голено-стопных суставов и правого луче-запястного сустава. Отечность постоянно менялась в силе, причем иногда в течение нескольких часов почти совершенно исчезала. Сыпь на коже тоже постоянно менялась, причем нередко появлялись мелкие петехии. По временам резко заплывали глаза. Особенно бросалось в глаза быстрое нарастание отеков. Температура все время держалась около 37,5—37,3, редко повышалась до 37,7—38,0. Пульс обыкновенно 100—115, шумов в сердце не было, но тоны были глухие. Тромбоцитов 600.000. Время истечения крови 1,5 минуты. Время свертывания крови: начало 1½ минуты, конец 4 минуты. Симптом Румпель отрицательный. С 18/II отмечено небольшое увеличение печени и селезенки. Селезенка прощупывалась на 1½ стм. ниже реберного края.

19/II в левом легком тупость в подмышечной области и под левой лопаткой. Пробный прокол дал серозную прозрачную жидкость с незначительным содержанием белка без форменных элементов. Моча красноватого цвета, резко мутная, обильный осадок, в осадке 20—30 красных кровяных шариков в поле зрения. Немного гиалиновых цилиндров, единичные клетки почечного эпителия. С 25/II в правом легком, в подмышечной области и под лопаткой укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания. Нижний край печени прощупывается на 4 стм. В клинике девочка оставалась до 30/III. В этот день она заболела скарлатиной и переведена в скарлатинное клиническое отделение. Лечение проводилось выжидательное и симптоматическое. Назначена легкая диета, мясо резко ограничено, соль давалась в очень ограниченном количестве. Один раз в неделю теплая ванна. Тяжелое состояние девочки не уменьшалось. Вспышки болезни следовали одна за другой, как бы от какой то внутренней причины. Облегчить очень тяжелого состояния больной ничем не удавалось. В скарлатинном отделении клиники девочка лежала до июля, причем вся картина болезни оставалась без перемен.

Остается теперь ответить, с каким страданием мы имели дело? Эту болезнь обыкновенно называют брюшной пурпурой (*purpura abdominalis*). Название это предложено потому, что болезнь эта сопровождается кровоизлияниями в кожу, кровянистой рвотой и такими же испражнениями. Однако клиника во многих случаях ясно указывает, что при этой болезни склонность к кровотечениям далеко не играет главной роли, а тем более не может характеризовать это страдание. Как типично болезнь протекала в нашем случае: среди полного здоровья у девочки на предплечьях и голенях появились симметрично-красные пятна, общее недомогание, боли в суставах, и только через три дня появились острые боли в животе, кровянистая рвота и такой же понос. При первом осмотре среди различной сыпи на конечностях можно было заметить немного геморрагической сыпи синеватого цвета, но резко очерченных фиолетовых или резко красных пятен все время не было. В испражнениях и рвотных массах крови отделялось немного, но девочка жестоко страдала от очень сильных болей живота, кричала от боли, лежала скорчившись с глубоко втянутым животом, стонала, редко успокаивалась. Сыпь постоянно менялась в форме,

величине и характере. Несколько раз появлялась сыпь преимущественно в виде папул на половых органах. Неожиданно развивались в различных местах кожи и подкожной клетчатки отеки и разлитые инфильтраты, но кровоизлияния совершенно не соответствовали по объему и распространению этому очень бурному процессу. Получалось ясное впечатление, что это не длительное расстройство сосудов кожи и слизистых оболочек, но кровотечения происходят от временных расстройств этих органов и во всяком случае совершенно не напоминают тех кровотечений, которые бывают при гемофилии, Верльгофовой болезни и цинге. Следует строго помнить, что классификация этих болезней представляет очень большие затруднения и пока она может строиться только на клинических особенностях. Как ярко в приведенном случае отразилось поражение кожи и слизистых воспалительного характера? Пятна при ней эритематозные, уртикарные, папулезные, которые только частью приобретают характер кровоизлияний, но главное то, что здесь кровоточивости никакой нет. Это те геморрагические явления, которые наблюдаются при многих инфекционных заболеваниях. Совершенно верно, что ближе всего это страдание приближается к экссудативным эритемам, которых, правда, так много, что разобраться среди них в настоящее время нет никакой возможности, однако все же можно попытаться и теперь разделить эти страдания на две большие группы, одну с преобладанием геморрагических явлений и другую, в которой весь процесс характеризуется различными проявлениями экссудативного процесса. Понятно, что во многих случаях провести эту границу будет очень трудно, но, ведь, другого выхода сейчас не имеется. В этом отношении работы Франка представляют очень большой интерес. Можно сказать, что он первый очень настойчиво проводил ту мысль, что геморрагиям совершенно ошибочно придавали до сих пор особо большое значение. Они не заслуживают этого. Для меня совершенно ясно, что в этом вопросе очень путает слово „пурпура“. Может, лучше совсем от него отказаться и простую пурпуру вместе с геморрагической отнести к болезни Верльгофа, а брюшную и ревматическую пурпуру отнести к экссудативным эритемам, а что касается так называемой молниеносной пурпуры, то пока ее поставить отдельно, потому что она еще очень мало изучалась. Очень заманчива мысль отнести Верльгофову болезнь к тромбозам, но вопрос этот далеко недостаточно еще разработан. Но во всяком случае нельзя не упомянуть, что здесь много очень интереснейших фактов, напр., хотя бы тот (отмеченный уже неоднократно), что кровяные пластинки после удаления селезенки очень быстро нарастают и даже могут временно превышать норму.

Из только что приведенного описания видно, что болезнь у детей протекала очень бурно, в общем мало напоминала то течение болезни, которое свойственно кровоточивой болезни; на первый план выступали не кровоподтеки, не пятна, а другие поражения кожи и даже характерных кровоизлияний в кожу, которые постоянно наблюдаются при кровоточивой болезни, в этом случае не было. В общем можно сказать, что эти самостоятельные инфекционные эритемы скорее напоминают какое-то септическое заболевание с разнообразными осложнениями.

Мне кажется, что недочетом существующих классификаций является то, что они ставят себе исключительно трудные задачи, стараясь охватить одновременно очень много форм болезней очевидно различного про-

исхождения. Конечно, очень заманчиво раскрыть патогенез болезни, тем более узнать этиологию страдания, но дело в том, что в настоящее время для этого нет достаточных данных, и потому, мне кажется, что в настоящее время выгоднее сделать только первые шаги для выработки классификации и теперь пока наметить две группы болезней: группу геморрагических заболеваний и группу самостоятельных эритем, частью с кровоизлияниями и кровотечениями. Эта задача может показаться очень узкой, но, мне кажется, что в настоящее время другого выхода из создавшегося положения нет. Классификаций предложено очень много, все они мало удовлетворяют, они делаются более и более сложными, а между тем вопрос мало проясняется. Ясно, что попытка должна быть сделана другая. Следует упростить это дело и сделать попытку разбить эти заболевания на две главные группы на основании одной только клиники. Не следует забывать, что вся вообще классификация болезней построена на основании одних только клинических признаков. Работы Frank'a и в особенности его большой труд в обширном руководстве Schittenhelm'a „Болезни крови и кроветворных органов“ представляют исключительную ценность. Однако вряд ли возможно согласиться с его предложением совершенно объединить такие формы, как простая пурпура, ревматическая пурпура, пурпура брюшная и пурпура молниеносная. Прежде всего это относится к простой пурпуре, место которой далеко не выяснено. Я выше приводил основания, почему простую пурпуру следует слить с геморрагической пурпурой, т. е. с Верльгофовой болезнью. Это было бы гораздо проще еще и потому, что уже давно установилось мнение, что простая пурпура относится к кровоточивым болезням. Действительно, клиника в этом отношении дает совершенно определенный и ясный ответ. В легких случаях кровоточивой болезни других поражений кожи мы не находим, если же болезнь выражена папулезной и другой сыпью одновременно с кровоизлияниями, то ясно, что это уже не кровоточивая болезнь, а совершенно другое страдание, *протекающее в клиническом отношении совершенно отлично*. Но, с другой стороны, совершенно прав Frank, когда он говорит, что при целом ряде заболеваний, обозначаемых в настоящее время пурпура, кровоизлияния являются вторичным симптомом, а первично развивается простая эритема, которая потом может принимать геморрагический характер. При чем же название пурпура (т. е. кожные кровоизлияния), если болезнь выражается эритематозными, уртикарными, папулезными высыпаниями, иногда зудящей сыпью, которая потом может пропитываться кровью. Не ясно ли, что название „пурпура“ для подобных страданий совершенно не подходит, оно, напротив, вносит очень большую путаницу. Надо очень твердо разграничить с одной стороны страдания с кровоизлияниями на первом плане, а с другой стороны с экссудативно-воспалительными явлениями. Как велика разница между теми и другими? При эритемах очень пестрая картина изменений. Такого же взгляда держатся и другие авторы, например Dobelin, Glanzmann и др. Понятно, что имеется очень много переходных форм, представляющих очень большие затруднения при распознавании, но прежде всего нужно общее соглашение относительно основ классификации, необходимо установить, что классификация будет клиническая, т. е. на основании особенностей течения болезней.

Моей главной целью является обратить внимание на то обстоятельство, что классификация так называемых геморрагических заболеваний зашла в какой-то тупик и чем дальше, все становится более и более запутанной. Но иначе и быть не может. Для классификации нужен хорошо разработанный материал, а по отношению к геморрагическим заболеваниям, надо правду сказать, этого далеко не имеется. К сожалению, вообще очень мало накоплено казуистического материала. Стоит только познакомиться с очень сложными предложенными классификациями (Mogawitz'a, Curschmann'a, Pfaundler'a, von Sett'a, Glanzmann'a и др.), чтобы сказать, что вопрос этот так усложнился, что надо его пересмотреть целиком. Необходимо начать это дело как бы сначала. Детский врач в этом отношении находится в особо счастливом положении потому, что он чаще встречается с этим заболеванием, но в особенности имеет значение то, что детский врач чаще встречает совершенно чистые формы этого страдания. Если я решаюсь высказать свое мнение по этому вопросу, то только потому, что постоянно бросалось мне в глаза то обстоятельство, что Верльгофова болезнь (я прибавлю: вместе с простой пурпурой) представляет такие яркие особенности, что ее никак нельзя смешивать с различными страданиями, которые только сопровождаются явлениями кровоизлияния и то далеко не в той типичной форме, как это бывает при настоящей Верльгофовой болезни. Я решительно присоединяюсь к основной мысли Frank'a, она совершенно верна: необходимо отделить болезнь Верльгофа от экссудативных эритем. Однако, я менее всего согласен следовать за ним, когда он присоединяет сюда и септический эндокардит (endocarditis lenta), болезнь, имеющую совершенно другой клинический облик.

Выводы: 1. Название „пурпура“ следует оставить только за кровоточивой (Верльгофовой) болезнью во всех ее формах.

2. Простую пурпуру лучше всего соединить в одну форму, в одну клиническую картину с Верльгофовой болезнью.

3. Верльгофова болезнь, как правило, выражается только кровоизлияниями и пятнами на коже и протекает очень типично.

4. Инфекционная эритема обнимает очень много разнообразных заболеваний, из которых выше имелись в виду только экссудативные, папулезные самостоятельные формы, протекающие часто с геморрагическими явлениями.

5. Получается впечатление, что оба эти заболевания совершенно различной природы, различного происхождения.

6. Следующим шагом будет дальнейшее изучение отдельно каждой из этих двух групп.

7. Вопрос о тромбопении при Верльгофовой болезни должен быть поставлен в первую очередь.