

Во всех опубликованных случаях одновременно наблюдались и поражения пирамидных путей, почему и мышечные атрофии автор считает симптомом, не обязательным для парietальной доли, а признаком отдаленного действия патологического процесса на пирамидный пучок; большую частоту поражения мелких мышц кисти автор объясняет преимущественным расположением патологических очагов вблизи центров этих мышц и особенностями филогенетического процесса развития пучка волокон пирамидного пути, иннервирующих мелкие мышцы кисти. III. Геллер.

д) Рентгенология.

Chinay M., Benda R. et Mollard H. *Границы рентгеновского метода в патологии легких* (Fresse Medic. 1935, № 39). Всякий новый метод до поры до времени подвергается обычно скептической критике одних, а другими принимается с энтузиазмом, не менее необоснованным. Только с течением времени каждый метод занимает заслуженное им место.

Нужно ли доказывать, что рентгеновский метод исследования легких совершенно необходим в каждом случае. И вместе с тем нельзя не сказать, что этот метод один самодовлеющего значения не имеет. Бывают врачи, которые при расхождении р-на с данными клиники всегда отдают предпочтение р-ну.

1. Рентг. метод—сам по себе—не позволяет диагностировать патологию или норму.

а) Возможно существование патологического в рентген. смысле рисунка легких—в виде, напр., пятен, узелков, плотных сеток у людей, клинически совершенно здоровых. Такие „рентгенологические болезни“ легких аа. отрицают и поэтому вполне последовательно отрицают значение поголовных рентген. исследований определенных групп населения. Такой метод привел бы к выявлению большого числа мнимо-туберкулезных людей и к повторению тех ошибок, которые были следствием диагностирования тбк только на основании выслушивания, — патологических аускультат. данных в верхушках. Следует различать не только тбк в смысле инфекции и тбк в смысле клиническом, но необходимо помнить, что возможна и третья категория—тбк рентгенологический. Название болезни заслуживает однако только тбк, клинически выраженный.

Тбк чисто рентгенологический есть тбк латентный, неактивный и аа. присоединяются к мнению Бюрнана, который еще в 1918 г. писал, что во избежание насаждения туберкулофобии, людей с латентными формами не следует трактовать как больных (что огромное число латентных форм излечивается самопроизвольно, это не подлежит никакому сомнению, но выводы и Бюрнана и авторов в этой формулировке явно слишком обобщены и упрощены. Д. К.). Особенно энергично аа. атакуют учение о патологическом гиллосе, которое привело к неверным патогенетическим схемам. Гиллосы и все тени, в них содержащиеся, суть разветвления легочной артерии. „Гиллосов, в которых ничего нет, быть не может“. Так же энергично аа. оспаривают значение теней между верхушками и гиллосом верхнего парамедиастинального отдела. В этой области находятся сосуды, мускулы, плеуральные листки, и их перекрещивание дает всевозможные индивидуальные тени, но эти тени—норма. И многие так называемые плеуриты, медиастиниты и очаги уплотнения этого порядка неосновательно причисляются к патологии. То же следует сказать о многих скиссюритах чисто рентгеновского порядка.

б) Было время, когда думали, что болезни легких делятся на две категории: „видимые“ (рентгенологические) и „невидимые“. „Видимые“ были хронические болезни легких—тбк, сифилис, рак, бронхоэктазии; „невидимые“—банальные бронхопневмонии и т. п. А теперь мы знаем, что и бронхиты и гриппозные легочные вспышки (poussées) и банальные бр.-пневмонии могут давать и оставлять надолго тени. И наоборот, мы узнали, что иногда хронические болезни не дают рентгеновских изменений (напр., базальные бронхоэктазы среди эмфизематозной ткани). Бывают и тбк очаги в местах, р-ну недоступных (глубокие медиастинальные мешки, ретрокардиальное пространство, край базального заднего отдела легких). Но, что важнее, бывают изменения, не достигающие порога рентгеновской досягаемости. „Дело выглядит так, как если бы существовал такой стадий болезни, при котором изменения бронхоальвеолита еще до того, как они сгруппируются в компактные массы, бывают доступны слуху ранее, чем зрению“. Если эти изменения рассосутся в этом стадий, то они могут остаться рентгеноотрицательными навсегда. (Это утверждение мы считаем принципиально самым важным тезисом интересной статьи авторов. Д. К.).

II. Вместе с *Sergent* аа. думают, что рентгеновский метод не дает права говорить ни об этиологии, ни о пат.-анатомической картине процесса.

а) Об этиологии нельзя говорить потому, что рентг. изображения суть сетки, мелкие узелки, узелки, инфильтраты, лобиты, полости, интерлобиты, т. е. проявления патологических процессов—но не больше этого. Так, рисунок сетчаткой имеет одинаковый вид при тбк склерозе, а также при застое от сердечной недостаточности или гипертензии в легочной артерии, или при аспирационной пневмонии после кровохаркания. Мелкие узелки милиарного тбк (острого или хронического) ничем не отличаются от силикоза, от некоторых форм милиарного карциноза и иных бронхоэктазий (*Assmann*), от капиллярного бронхита, от подозного периартрита, от банальных бронхопневмоний в период рассасывания. Долгое время думали, что „круглый инфильтрат“—это эхинококк или опухоли. Однако это могут быть также инфаркты (*Ramond*), сифилис, тбк первичный или тбк реинфекция (*Frühinfiltrat*), дермоидная киста, холодный абсцес (*Cordier*, *Bonquin* и *Jamez*). С другой стороны, газовая киста легких может симулировать обширный пневмоторакс (*Benda*). Форму лобита могут иметь все болезни легких—настоящая крупозная и псевдо-лобарная гриппозная пневмония, и рак, и нагноения, и сифилис, и тбк и даже простой ателектаз (*Sergent*). А абсцес дает полость так же, как тбк, сифилис и иные формы рака. Интерлобит может означать нагноение, простой интерлобарный плеврит с перисциссуритом и осумкованный плеврит. Бесспорно, что многие случаи, которые недавно трактовались как интерлобарные плевриты, теперь выявляются как абсцессы.

в) Как говорит *Bezanon*, „мы не имеем права, констатируя рентгеновскую картину, давать пат.-анатомический диагноз“. Рентген не может достоверно утверждать экссудативный, казеозный, фиброзный и т. д. характер процесса. Недавно, напр., думали, что участок воздушной ткани, окруженный темным кружком, обозначает каверну в центре фиброзной скорлупы. Теперь мы знаем, что это темное кольцо может быть вызвано ателектазом вокруг свежего изъязвления.

III. Даже когда природа поражения выяснена, рентгеновский метод один не дает точных указаний ни о форме, ни о месте нахождения легочных очагов. Рентген дает чисто морфологический диагноз, да и тот не во всех случаях. Рентг. картины различны в зависимости от техники. Достаточно изменить расстояние от трубки или жесткость излучения, чтоб получить значительные различия, чтоб усилить патологические изменения на легочных полях или дать им исчезнуть.

в) Существующие поражения иногда оказываются замаскированными. Так, напр., туберкулезные каверны могут скрываться за полосой пахиплеврита, за экссудатом, и ulcerозные изменения—за крупными элементами фиброза или позади массивного лобита.

г) С другой стороны, незакрытые никакой завесой поражения тоже иногда оказываются проникаемыми для р-лучей. *Берну* описывал каверны, образующиеся не сразу; если ткань, окружающая каверну, не будет значительно фиброзирована, то такая каверна может остаться невыявленной, она может также и измениться, не будучи ни разу обнаруженной. Авторы допускают существование каверн, о которых с бесспорностью говорит аускультация, хотя они не носят классического рентгеновского мундира. Авторы далее утверждают, что рентген не всегда выявляет с точностью место поражения, т. к. он проецирует нередко в одной плоскости поражения, расположенные на разной глубине. На этой ошибке основано ложное учение о гилюсных кавернах, которые будто плохо поддаются лечению, легко битерализируются, сопровождаются часто кровохарканиями. Как показал *Cord*, такие каверны на самом деле расположены в верхушке нижней доли в паравертебральной костальной области. Гарантеей правильного суждения в таких случаях является снимок в другой, кроме фронтальной, плоскости.

IV. И, наконец,—и это м. б. серьезнее всего,—рентген не дает никакого прогноза.

а) Нередко говорят о „рентгеновском излечении“ (собственно „очищении“ по авторам) легких. „Очищение“ легких в одних случаях действительно означает излечение вследствие бесследного рассасывания без рубцевания, но в других случаях, как думает *Sergent*, оно обозначает лишь возвращение прозрачности, но последнее случается иногда также вследствие выделения творожистых частичек и является „очищением вследствие образования пустоты“. Бывает также обманчивое „очищение“, которое симулирует эмфизема. Бывают наконец „очищения“—

чистые артефакты—результат определенных технических приемов. Наконец, часто исчезают эфемерные изменения воспалительного эпитуберкулезного характера.

в) Наконец, бывают поражения, переставшие быть активными при сохранении рентгеновской картины, причем это явление бывает чаще того, что описано под п. „а“. Наблюдение отдаленных результатов у б-х, леченных иск. пв. и повидимому прочно вылечившихся, показывает, что изменения, находящиеся в таких случаях, очень разнообразны. Чаще всего наблюдаются обширные тяжистости и более или менее плотные пятна.

И подобно тому, как неосторожно диагностировать тбк только на основании рентгеновских данных, так же неосторожно считать человека больным, пока не наступит рентгеновское *restitutio ad integrum*. Критерием клинического выздоровления следует считать восстановление сопротивляемости организма, одним из признаков которого является восстановление трудоспособности.

Итак, рентгенология легких не заслуживает ни чрезмерной чести, ни чрезмерного пренебрежения. Необходимо, однако, бороться с предрассудком переоценки возможностей рентгеновского метода. Он—верный спутник клиники, но не ее заместитель. Наступило время рентгеновского „ревизионизма“. Один физический метод исследования так же мало ценен, как какой-нибудь один симптом.

Д. Карпиловский.

Заседания медицинских обществ.

Пленарное заседание Научно-медицинской ассоциации

ТР от 8/IV 36 г.

Д-ра Петров и Паклина. „Об итогах Бакинской и Московской конференций по вопросам лечения и профилактики малярии“.

Д-р Петров указал, что акрихин при лечении маляриков дает эффект, как хинин. В комбинации с плазмочином лечение акрихином во всех отношениях превосходит лечение одним хинином. Акрихин не обладает стерилизующим свойством, а потому его применение не вносит принципиально новых установок в лечение малярии. Вновь синтезированный препарат акрихинлактат дает возможность парентерального введения препарата, что расширяет показания для применения препарата. При применении необходимо учитывать состояние почек, печени. Угнетающее действие акрихина на сердечно-сосудистую систему, по экспериментальным данным Центрального тропического института, незначительно и в практике может не учитываться. Прокрашивание тканей—не имеет патологического значения. Во второй половине 1936 года потребность в акрихине будет удовлетворена с выпуском продукции вновь выстроенного акрихинового завода под Москвой.

Плазмочид обладает сильным гематоцидным свойством, а потому должен широко применяться в борьбе с эпидемией малярии. Снижение малярии в 3-ем квартале 1935 года может быть объяснено широким применением плазмочида. Впредь плазмочид должен применяться в комбинации с акрихином или хинином и дозировка его может быть снижена до 3 таблеток по 0,03. Наблюдаемые случаи интоксикации плазмочином в большинстве случаев объясняются или передозировкой, или отсутствием учета противопоказаний и, наконец, неправильным хранением препарата. Гравиданотерия в комбинации со специфическим лечением должна иметь место в упорных и хронических случаях малярии. По некоторым наблюдениям благоприятно действует лечение диетой при малярийных кахексиях, а также применение лизатов (селезенки, печени и половых желез) в комбинации с хинином лечение дает лучший эффект, чем одно хинное лечение. В терапии коматозных форм должно иметь место переливание крови.

Как актуальные темы, требующие проработки, отмечены „Туберкулез и малярия“ и „Классификация малярии“. На конференции была организована выставка, характеризующая большую работу закавказских малярийных организаций в деле изучения эпидемиологии и динамики малярии в Закавказье. Продемон-