

Клиническая и теоретическая медицина.

ЗАТЯЖНЫЕ СУБФЕБРИЛЬНЫЕ ТЕМПЕРАТУРЫ. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И РАСПОЗНАВАНИЮ ИХ ¹⁾.

Проф. Н. К. Горяев.

Мы ставим вопрос о з. с. т. по двум основным соображениям: 1) вопрос этот — большой практической важности; 2) вопрос о з. с. т. должен интересовать врачей всех специальностей, и в то же время он настолько сложен, что м. б. достаточно освещен только при участии представителей различных медицинских специальностей, и теоретических и практических кафедр наших вузов.

Касаясь клинической картины и распознавания з. с. т., я базируюсь, главным образом, на работах наших соотечественников. Делаю это не из какого-либо пристрастия, не потому, что наша литература нам доступнее, а потому, что у нас в Союзе этому вопросу уделено наибольшее — по сравнению с иностранной литературой — внимание. Отдельные авторы и коллективы научных работников в своих трудах широко охватывают вопрос, исходят из богатого материала собственных наблюдений.

Среди таких работ прежде всего нужно назвать сообщение А. Н. Рубеля, затем Труды института по изучению профболезней им. В. А. Обуха (1933), научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности ВЦСПС (1934) и Басманной образцовой б-цы (1935).

Длительные субфебрильные состояния есть давно установленный факт. Отклонения температуры тела от принятых норм всегда привлекали к себе внимание. Однако понимание и объяснение этого состояния до сих пор представляет трудную задачу, которая разрешается на практике под значительным влиянием господствующих направлений, меняющихся в процессе развития наших знаний.

Позволю отметить некоторые этапы, исходя из впечатлений личного 33-летнего врачебного опыта.

Было время, когда з. с. т. ставила, прежде всего, вопрос о наличии туберкулезного заболевания и б. ч. вела к распознаванию

¹⁾ Доложено в сокращенном виде на областной научной конференции врачей АТССР.

такового; если не находили никаких данных для признания легочного тбк, то почти всегда оказывалось возможным остановиться на предположении туб. бронхаденита. О таком направлении врачебной мысли говорит и А. Н. Рубель.

В местностях, эндемически пораженных малярией, и среди врачей и среди населения была также значительная тенденция связывать з. с. т. с малярийной инфекцией, видеть в этой температуре одно из проявлений скрытой малярии.

Всегда встречались также отдельные врачи, которые в своей практике помнили и иногда м. б. переоценивали значение сифилиса, как этиологического фактора з. с. т. Время от времени появлялись и в литературе сообщения о сифилисе, как о причине з. с. т.

Для меня впервые прозвучало, как предостережение от переоценки симптоматического значения з. с. т., ироническое замечание Фр. Крауса на одной из лекций (1912 г.) о пациентках из России, развертывающих перед врачом длинные таблицы субфебрильных температур.

С начала 20-х годов у нас появляется ряд сообщений, посвященных хроническому эндокардиту. Этот вопрос ставится программным на IX всесоюзном съезде терапевтов. Повышенный интерес к этому рода заболеваниям быстро находит свое выражение на практике. Если в начале 20-х годов в клинике часто попадали больные, которые при выраженной картине затяжного эндокардита (*endocard. lenta*) трактовались и лечились, как страдающие малярией, то позднее — и теперь — мы нередко встречаемся и с ошибками противоположного свойства — диагноз эндокардита ставится слишком легко, щедро (и неосторожно — в смысле психической травмы б-ного). Проблемы хронического сепсиса и очаговой инфекции не перестают интересовать врачебную мысль; несмотря на колоссальную литературу — мировую и отечественную — вопрос далек от разрешения. В частности далеко не выяснено взаимоотношение между очаговой инфекцией и з. с. т.

В последние годы довольно широкое практическое значение получает у нас диагностика бруцеллоза. Встретив случай з. с. т., мы должны помнить и об этом заболевании.

В настоящей работе нас интересует затяжная субфебрильная температура, в происхождении которой инфекция непосредственного участия не принимает.

Этот вопрос находится еще в стадии разработки. Как много еще в нем неясного, противоречивых мнений, может свидетельствовать тот факт, что почти каждый автор, склонный видеть болезненную форму или синдром или хотя бы только важный симптом, употребляет свой термин или несколько терминов для обозначения этого болезненного состояния.

Термином «субфебрильная температура», «субфебрилитет» и отмечают приблизительные пределы повышения температуры; менее определенным в этом отношении является термин «гипертер-

мия». Длительность состояния характеризуется словом «затяжной» (или «длительный»). Понимание этиопатогонеза повышения температуры находит выражение в определениях «генуинный», «эссенциальный», «идиопатический», «криптогенный», «неясный», «неизвестного происхождения», «конституциональный», «привычный», «неинфекционный», «эндокринный», «эндокринно-вегетативный», «неврогенный», «терморегуляторный сдвиг», «термоневроз» и др.

В клинической картине центральное место занимает повышенная температура.

Характерные черты з. с. т.

1. Высота: обычно до $37,4—37,5^{\circ}$, иногда до $37,8—38,0^{\circ}$. Вопрос о возможности аналогичных или близких патогенетических состояний с высокой температурой еще недостаточно выяснен.

2. Амплитуда колебаний в течение дня то нормальная (до $1,0^{\circ}$), но часто — особенно у женщин — уменьшена (до $0,3—0,2^{\circ}$), иногда температурная кривая представляет почти прямую линию. Эта особенность — монотермия — особенно подчеркивается Рубелем; Черногубов и сотрудники считают ее характерной для женщин; температурная кривая у мужчин представляет суточные колебания до $1,0^{\circ}$.

3. Однообразность, монотонность, «маятникообразность» температурной кривой — «точно часовой механизм ее вычертил» (Черногубов).

4. Одно из основных свойств субфебрилитета — затяжной характер, длительность, измеряющаяся месяцами, годами, десятилетиями. Однако, могут наблюдаться и перерывы в несколько месяцев и лет, когда температура держится на нормальных цифрах — т. н. рецидивирующая з. с. т. Кроме того, температурная кривая может представлять известные колебания, — повышение и понижение, — которые повторяются с большей или меньшей закономерностью.

5. К числу типичных периодических изменений в температурной кривой относятся изменения, связанные с менструальным периодом. По Рубелю за 10 — 14 дней до менструации начинается подъем кривой, б. ч. постепенный, с максимумом за 1—2 д. до начала менструации; иногда наиболее высокий уровень кривой наблюдается в первые дни подъема (за 10 — 12 д. до менструации). С началом менструации, иногда за 1—2 дня, температура устанавливается на более низких, часто на нормальных цифрах, остается приблизительно на том же уровне некоторое время ($1\frac{1}{2}$ —2 нед. по Рубелю); затем следует снова волна повышения и т. д.

6. Оказывает влияние на з. с. т. также беременность. Предменструальный тип субфебрильной температуры держится в течение первых 2—3 месяцев беременности; затем температура снижается и на 4—5-м мес. устанавливается стойко на нормальном уровне (ниже 37°). Иногда в первые 1—2 недели после родов наблюдается прежняя субфебрильная температура, но затем она падает

до нормы и остается нормальной не только весь период кормления грудью, но и долгое время по окончании его (по Рубелю).

Рубель цитирует работу датского исследователя Гансена Вг. Втр., т. 27, 1913 г.), который установленный Рубелем у его б-ных циклический тип температурной кривой описывает как нормальный для женщины.

Бревдо подчеркивает, что может и не быть изменений температуры в связи с менструациями и беременностью.

7. Душевные волнения и физические напряжения, не только экстраординарные, но и как спутники обычной трудовой жизни — обычно повышают температуру. Не отрицая того, что наиболее высокая температура в течение суток приходится на дневные часы (от 12 до 5 — 6 ч. вечера), связывая этот максимум температуры с максимумом нагрузки работой, Рубель, однако, подчеркивает, как одну из особенностей описываемой им гипертермии, что температура не повышается (иногда даже парадоксально падает) под влиянием движений и физического утомления.

8. Отмечают влияние на гипертермию и времен года. По наблюдениям Рубеля температура держится на наиболее высоких цифрах в весенние месяцы (март, апрель, май), понижается — иногда до нормы — летом с тем, чтобы осенью и зимой снова повыситься. Черногулов говорит о повышении весной или осенью.

9. Жаропонижающие чрезвычайно мало влияют или не влияют вовсе на температурную кривую при интересующем нас патологическом состоянии. Особенно важное значение получила здесь, как мы увидим ниже, проба пирамидоном.

10. Мало влияют на имеющуюся з. с. т. интеркуррентные лихорадочные заболевания. Конечно, свойственная им температурная реакция сохраняется, иногда бывает даже особенно резко выражена. Но по прекращении лихорадочного периода заболевания снова устанавливается привычная гипертермия; причем часто первые дни после падения инфекционной лихорадочной температуры наблюдается патологически низкая температура — период гипотермии.

11. Почти полностью сказанное сейчас (п. 10) относится и к влиянию операций, больших и малых, случайных или направленных на тот или иной очаг инфекции, как попытка воздействия м. проч. и на з. с. т.

12. Привлекает к себе внимание необычное распределение температуры в организме, выявляемое одновременным измерением в подмышечной впадине, во рту и в прямой кишке — «локальная гипертермия». При интересующем нас состоянии ректальная температура может быть не только равна ротовой и подмышечной, но и ниже их; последнее наблюдается нечасто и — у отдельного индивидуума — не при каждом измерении.

Розенблум — на основании одновременного измерения температуры желудка, кожи подложечной области и подмышечной впадины — приходит к выводам: 1) у нелихорадящих температура желудка выше на $0,4 - 0,7^\circ$, чем температура кожи подложеч-

ной области; 2) те же результаты получены при гипертиреозе; 3) при инфекционной субфебрильной температуре разница между кожной температурой и полостной в среднем больше; 4) при субфебрильной температуре неясной этиологии температура кожи почти равна полостной, а иногда и выше ее.

Считаю нелишним напомнить, что можно встретить случаи искусственного повышения показаний термометра. Тот клинический материал, который нас сегодня интересует, заставляет быть особенно внимательным и осторожным. Отсутствие определенного объяснения для повышенной температуры, большой процент пациентов с неполадками со стороны нервной системы — заставляют быть на-стороже. В трудах Басманной больницы приводится такой случай: больная, жалуясь на боли в суставах (без объективных изменений) и искусственно повышая показания термометра, довольно долгое время вводила в заблуждение персонал двух больниц. В виду зародившихся подозрений был установлен контроль, который, однако, не сразу выявил симуляцию. Контроль здесь не так прост. Повысить показания термометра можно не только путем натирания или набивания градусника или использования с этой целью грелки. Напряжением мышц руки можно повысить температуру в подмышечной впадине, напряжением мышц нижних конечностей — температуру в прямой кишке и т. д. (см. статью Циммермана). В упомянутом случае Басманной больницы температура измерялась в обеих подмышечных впадинах, во рту и в прямой кишке.

Обнаруживается субфебрильная температура часто случайно — при случайном измерении, или в периоде выздоровления от острых лихорадочных заболеваний (грипп, ангина и др.). Однако эти последние во многих случаях служат толчком, выявляющим «предрасположение» к з. с. т. Роль толчка могут играть также беременность, аборт, операции, физическая и психическая травмы, интоксикации и т. д.

Не удастся объяснить стойкое повышение температуры с точки зрения какого-либо заболевания — приходится думать гл. образом о инфекции, но также о болезнях крови и кроветворения, о злокачественных новообразованиях и т. д. Лечение, направленное на выявленные очаги инфекции, на другие болезненные процессы, не оказывает влияния на температуру.

Не только анамнез может давать определенные указания на заболевания, которые не так легко излечиваются полностью (туберкулез, малярия, сифилис, различные очаговые инфекции), но и объективное исследование может выявлять признаки инфекционного процесса: заглушенные очаги тбк, увеличение селезенки и др. И все же связать субфебрильную температуру с указанными процессами не позволяют: 1) другие данные исследования, напр., РОЭ, лейкоцитарная картина и т. д.; 2) длительное наблюдение, напр., несмотря на субфебрильную температуру, никаких признаков всплеск и прогрессирования туберкулезного процесса, никаких

признаков прогрессирования изменений в клапанах сердца, нарастания сердечной декомпенсации, осложнений (эмболии и т. п.), которые говорили бы об активном ревматическом процессе в эндо- и миокарде, и т. п. Золотарева, с целью выяснить связь между изменениями в половой сфере и з. с. т.-рой, применяла раздражающие процедуры (массаж, тепло) и в ряде случаев не могла установить упомянутой связи.

Для случаев, когда имеет место независимость затяжной субфебрильной температуры от еще активной инфекции, очаговой или общей, Черногубов вводит понятие «отрыв» температуры (сдвига) от инфекции (43 и др. стр.).

Несравненно чаще з. с. т. встречается у женщин, чем у мужчин. Рубель в своем сообщении говорит только о женщинах. В материале Басманной больницы среди амбулаторного и больничного материала женщин с з. с. т. в 6 раз больше, чем мужчин. Среди обследованного населения одного дома всего лиц с температурой сдвига оказалось 9,3% (1908 обслед.), из них мужчин 5,5% (797 обслед.) и женщин 12,3% (1111 обслед.). В материале ин-та им. Обуха (80 сл. з. с. т. неинфекц.) женщины составляют 83%. На 82 сл. Бревдо женщин—70 (85%). При обследовании сотрудниками ин-та им. Обуха здоровых на предприятиях и в учреждениях встречено с температурой выше 37,1° на 212 мужчин — 14 (6,5%), на 1058 женщин — 107 (10,1%). Что касается распределения лиц с з. с. т. по возрастам, то наиболее часто это состояние встречается по Рубелю или у девушек 17—22 лет, или у перезрелых дев 26—35 л. Преобладание того же возраста отмечают и другие, от 18—20 до 35 лет, по наблюдениям Басманной б-цы особенно часто встречается з. с. т. у женщин 24—29 лет.

Общим для всех этих больных и единственно обязательным объективным симптомом является субфебрильная температура, особенности которой описаны выше. Однако клиническая картина далеко не исчерпывается повышением температуры. Из других явлений всеми подчеркивается обилие разнообразных субъективных симптомов. Отметим чаще встречающиеся жалобы в индивидуально-различных формулировках: астения, чувство усталости, понижение работоспособности, быстрая утомляемость и т. п.; жалобы, относящиеся к системе кровообращения: сердцебиение при физическом напряжении и в покое; колотье в области сердца, приливы, похолодание конечностей, состояние острой слабости с различными расстройствами со стороны сердца и сосудов, другого характера припадочные состояния с преобладанием сердечно-сосудистых явлений субъективного и объективного порядка; одышка; со стороны нервной системы: нервность, повышенная раздражительность, различные расстройства сна и т. д.; потливость, иногда ночные поты (Рубель, Бревдо, Кинтнер и Раунтри), познабливание. Могут быть жалобы со стороны пищеварительного тракта: боли различного характера и различной локализации (не часто); понижение аппетита, расстройства стула, ча-

ще запоры. Очень часты у женщин различные неполадки со стороны половой сферы: те или иные расстройства менструации, нередко позднее их появление и друг.

Умелый и тактичный расспрос может выявить те или другие ненормальности половой жизни и связанные с этим различные переживания: полное или длительное воздержание, бесстрашие, бездетность, особенно вызванная известными предупредительными мерами, чему Рубель в своем 2-м сообщении уделяет заслуженно много внимания.

Общее самочувствие больных, различные субъективные расстройства обычно колеблются параллельно с периодическими колебаниями температуры — понижается температура (во время и после менструации, в более поздние периоды беременности и т. д.) — улучшается и общее состояние. Параллелизма между температурой и общим самочувствием в течение дня может и не быть. Нервно-психическое состояние часто резко ухудшается под впечатлением устрашающих диагнозов, которые ставятся и неосторожно сообщаются больным врачами: туберкулез, эндокардит, хрионисепсис и др. — иатрогенная инвалидность.

В противоположность обилию и многообразию субъективных симптомов объективное обследование дает очень мало такого, что входило бы в симптомокомплекс данного патологического состояния, как составная часть его, а не как случайное, осложняющее болезненное явление, и что вместе с тем заслуживало бы внимания, имело бы диагностическую ценность — «безобъективный status» (Черногубов).

Конечно, могут наблюдаться выраженные симптомы вегетативных дистоний, могут быть изменения сердечного ритма (выраженная дыхательная аритмия, изменчивость сердечного ритма, тахикардия постоянная, ортостатическая, при нагрузке, экстрасистолия и т. д.), неорганический систолический шум на двусторонке, гипотония, капельное сердце и возбужденные пульсации желудочков при рентгеноскопии и другие явления, которые мы встречаем при неврозах и функциональных расстройствах кровообращения. Состояние питания может быть вполне удовлетворительным, но наблюдается и потеря веса.

Среди методов лабораторного исследования наибольшее внимание уделяется исследованию крови. РОЭ колеблется в широких пределах. В ряде случаев РОЭ оказывалась замедленной, в большинстве случаев — нормальным; но в известном мне литературном материале всегда имелись и случаи с ускорением РОЭ — в 70% (Марцинковский), при генуинном субфебрилитете; в материале Басманной больницы выше 15 мм за 1 час (по Панченкову) РОЭ наблюдалась в 20% сл., причем выше 24 мм она почти не встречалась. Коллектив сотрудников Басманной больницы придает большее диагностическое значение нормальной, чем повышенной РОЭ.

Со стороны красной крови в большинстве случаев можно го-

ворить об умеренном малокровии, проявляющемся, главным образом, понижением Hb и Hb—i¹⁾).

Для общего содержания белых телец дают нормальные и пониженные цифры: «5—6 тыс.» в материале ин-та им. Обуха в 24% сл., Басманной б-цы—в 26%, ин-та ВЦСПС—16%; «меньше 5 тыс.» соответственно имеем цифры: 14%, 24,5% и 15%. Выше 10 тыс. число белых телец при неинфекционной з. с. т., видимо, не поднимается, даже цифры 8—10 тыс. сравнительно редки. Что касается лейкоцитарной формулы, то здесь отмечают полное, или почти полное отсутствие сдвига влево нейтрофильной картины и нерезкий лимфоцитоз; мне кажется, следует отметить и моноцитоз; по крайней мере в материале ин-та им. Обуха повышенное содержание моноцитов отмечено в значительном числе случаев: 8—10% в 26%; часто встречал такое содержание и Рубель. Содержание эозинофилов в материале ин-та им. Обуха в 15% сл. было выше 6%.

Обоснование диагноза з. с. т. Рубель высказывается так: «Описанный симптомокомплекс в общей своей совокупности настолько характерен и достаточно очерчен, что клинически распознать его и дифференцировать от хронических лихорадочных состояний инфекционного происхождения не представляет, по-моему, никаких затруднений». Нужно при этом иметь в виду, что Рубель не пользовался (почти) рентгенологическими и лабораторными данными, не применял с диагностической целью жаропонижающих, в частности пирамидона.

Черногубов и другие авторы—участники в «Трудах» Басманной больницы — в основу диагностики з. с. т. кладут пирамидоновую пробу. Однако и у них можно найти формулировки, говорящие о достаточной определенности и четкости клинической картины «термо-невроза». «Хорошо собранный анамнез, длительное существование температуры, свойства и особенности ее, характер кривой, рентгеновское исследование грудной клетки и РОЭ большей частью дают возможность правильно распознать характер температуры, даже не прибегая к пробе пирамидоном, и во многих случаях делают не нужным направление этих больных к различным специалистам и в стационар» (92 стр.). «Проба с пирамидоном производилась главным образом у больных стационарных, а у поликлинических только в случаях, представляющих те или другие диагностические затруднения» (68 стр.). Очевидно, в подавляющем большинстве поликлинических случаев з. с. т. это состояние может быть распознано без пирамидоновой пробы? Очевидно, указанные в предыдущей цитате данные, позволяющие поставить диагноз без пирамидона, без консультации с представителями других специальностей, без стационарного обследования, — могут быть получены в поликлинике? Часто ли на руках

¹⁾ Если в трудах Басманной б-цы аа. говорят, что в 85% случаев красная кровь нормальна, то с этим трудно согласиться, т. к. аа. для Hb принимают слишком низкую нижнюю границу нормы: 60%.

или хотя бы в памяти у больного окажутся необходимые данные для характеристики температур?

Другого направления придерживается ин-т экспертизы трудоспособности ВЦСПС. Вайнштейн указывает следующий «диагностический минимум» при обследовании больного с длительным субфебрильным состоянием:

I. Расспрос, с обращением особенного внимания на анамнез и историю настоящего заболевания.

II. Тщательное объективное исследование состояния внутренних органов. При наличии соответствующих показаний привлечение врачей-специалистов — гинеколога, отоляринголога, одонтолога, невропатолога, уролога и фтизиатра; при этом специалист не только однократно исследует больного, но и берет его под свое более или менее длительное наблюдение и специальное обследование.

III. Лабораторные анализы:

1. Всем больным без исключения: а) общий анализ мочи; б) лейкоцитарная формула по Шиллингу; в) РОЭ; г) р. Вассермана.

2. При соответствующих показаниях (по возможности в амбулатории или же в условиях стационара): а) р. Видаля; б) исследование мокроты, в частности на БК; в) рентгеноскопия грудной клетки; г) посев крови, в частности на БК; д) посев из мокроты, из мочи, из дуоденального содержимого; е) соответствующие агглютинационные пробы при подозрении на болезнь Банга или мальтийскую лихорадку.

IV. По особым показаниям: рентгенография, функциональные исследования почек, сердечно-сосудистой системы, цисто- и хромоцистоскопия и т. д. «...изучение вопроса о фокальном субфебрилитете показывает воочию, насколько для «уловления» очага необходим комплексный метод исследования больных и коллективная проработка каждого случая (Вайнштейн, 35 стр.).

Видимо, на позиции подробного обследования больного с привлечением нужных представителей различных специальностей стоит и институт им. Обуха.

Прежде, чем перейти к пирамидоновой пробе, считаю уместным остановиться на сообщении Кинтнера и Раунтри. 100 сл., отобранных К. и Р. из материала клиники Майо за 1919—1930 гг., несомненно в основном представляют случаи з. с. т. в интересующем нас смысле. Соответствуют приведенной выше характеристике: 1) длительность температур от 1 мес. до 11 лет; средняя продолжительность 17,6 мес. Из 55 больных, которые выздоровели, повышенная температура в среднем держалась 28 мес.; 2) незаметное появление, без определенной причины; в значительной части случаев после острой инфекции (инфлюэнца и др.); 3) отсутствие влияния на температуру вмешательств по отношению к очагам инфекции; 4) преобладание женщин (72%) и возраста 20—40 л.

Однако К. и Р. включают в свой материал и случаи с более высокой температурой (до 103 F—39,4°C). При отборе случаев они руководились не высотой температуры, но отсутствием зноба. Они говорят, что в случаях с высокой температурой течение было такое же, как и при невысокой лихорадке. Они не придают как-будто значения и монотонности температуры и монотермии. Совершенно не говорят авторы об отношении температуры к вли-

янию жаропонижающих, ни слова о пирамидоновой пробе. Не говорят авторы о влиянии на температуру менструации, беременности. К. и Р. не отрицают болезненных явлений со стороны нервной системы; во многих их случаях врачи, наблюдавшие б-ных до клиники, говорили о неврогенной лихорадке; и после клинического обследования были в 25% поставлены различные диагнозы нервных заболеваний. Однако понимание з. с. т., как неврогенной или психогенной лихорадки, К. и Р. считают преждевременным, ничего не дающим и тормозящим прогресс в изучении вопроса. Сами авторы пока что не дают какого-либо объяснения повышению температуры, считают возможным, что мы имеем дело с болезнью *sui generis*. Заслуживает внимания, что К. и Р. не находят нужным отметить что-либо из данных физикального, рентгенологического и лабораторного исследования, хотя в общей характеристике материала подчеркнуто, какое значение придавалось лабораторному исследованию. Не является ли недостаточное внимание авторов к характеристике температуры причиной следующих частностей в их фактическом материале. 4 больных связывали свое выздоровление с лечением инфекций: удаление желчного пузыря, внутривенное введение генциана-виолет, рентгенотерапия шейных лимфатических желез, лечение мальтийской лихорадки. Из 100 больных К. и Р. умерло 7; все 7 в возрасте старше 44 лет и все со значительной потерей веса. Отсюда авторы делают вывод, что длительно повышенная температура, не находящая себе объяснения, у лиц старше 44 лет при потере веса — должна быть предметом постоянного особенно пристального внимания со стороны врача. 3 из умерших вскрыты. Найдено: у одного — стрептококковая септицемия, у другого — вегетативный эндокардит, у 3-го — саркома почки. У одного больного уже при жизни перед смертью прощупывалась опухоль в правом верхнем квадранте живота. В остальных трех случаях причина смерти не выяснена.

Пирамидоновая проба (пир. пр.) предложена в 1916 г. Голло для дифференциального диагноза между субфебрильными температурами, как симптомом легочного туберкулеза, с одной стороны, и, с другой, — субфебрильными температурами, которые Голло назвал нормальными или привычными. Первые под влиянием больших доз пирамидона (1,5 в день) временно снижались, вторые — оставались без изменения, т. е. вели себя по отношению к пирамидону так же, как и нормальная температура здорового человека.

Из указанных выше основных трудов по з. с. т. в нашей литературе большой материал по этой пробе имеет Басманная больница. Марцинковский (ин-т им. Обуха) говорит только о 32 случаях применения пробы; 5 из них относились к инфекционно-токсемической группе и только в одном из них температура снизилась до нормы, в остальных 31 сл. этого влияния не было (93 стр.). Ин-т ВЦСПС не имеет достаточного собственного материала, чтобы высказаться по этому вопросу (82 стр.). Тем важнее и интереснее для нас материал Басманной больницы и мнение о пир. пробе ее сотрудников.

Главный врач Басманной больницы Л. Х. Кечкер в своем предисловии считает необходимым отметить «исключительную простоту диагностической

методики, которую предлагают авторы... и которая... является доступной всем практическим врачам в условиях амбулаторного приема» (стр. 4). «Чрезвычайно важная особенность температуры у наших больных — это отсутствие ее снижения под влиянием жаропонижающих вообще и главным образом пираидона» (68 стр.). «В случаях небольшой продолжительности субфебрильной температуры, напр., после недавно перенесенной инфекции, нужна особая осторожность, и здесь главную, почти исключительную, роль в выявлении характера температуры играет проба с пираидоном и с аспирином (иногда), т. к. все другие ориентировочные моменты в этих случаях еще отсутствуют. Пробой же с пираидоном характер температуры м. б. распознан в любой момент ее существования» (92 стр.). Основной пункт в методике Басманной больницы — выяснение связи температуры с инфекцией, «что определяется, гл. обр., пираидоновой пробой даже вне зависимости от нахождения очага инфекции» (218). Проба с пираидоном, выпадая отрицательно, указывает на отсутствие связи температуры с инфекцией и позволяет предсказать, что оперативное лечение не даст снижения температуры (223 стр. и др.). «Отрицательные результаты оперативного вмешательства... имеют громадное значение для разбираемого вида затяжной монотонной, а именно для пираидон-устойчивой субфебрильной температуры, так как они хоронят в отношении этой последней проблему очаговой инфекции вообще, как причину такой температуры» (225).

«...понимание з. с. т., как фокальной, практически невелико, и такая ее трактовка возможна только тогда, когда эта температура определяется как зависящая от очага инфекции ни на глаз, ни на слух, ни на ощупь... а на основании только свойств и особенностей температуры и ее кривой, но типичных уже для инфекционной, а именно пираидон-положительной температуры» (227). Инфекционный очаг может играть известную роль в той поврежденности организма, которой авторы придают значение в деле возникновения температуры сдвига, — он может до некоторой степени увеличить склонность к температуре сдвига. Но практическое значение этих очагов крайне ничтожно в деле ликвидации температуры сдвига. Получившаяся переустройство, „Umstimmung“ устойчива; происшедшие сдвиги трудно обратимы.

Связь между очагом инфекции и з. с. т. определяется гл. образом пробой пираидоном, «отрицательные результаты этой пробы хоронят проблему очаговой инфекции, как причину этой температуры». «Клиническому же выявлению очагов, бактериоскопическому и бактериологическому исследованиям при з. с. т. мы придаем второстепенное значение» (229, см. также 306).

Субфебрильные температуры, наблюдающиеся в период реконвалесценции при различных инфекционных заболеваниях, авторы разбивают на три группы; в основу деления положено отношение субфебрильной температуры к пираидону:

- 1) неинфекционная температура сдвига — не снижающаяся от пираидона.
- 2) постинфекционная — стойко (окончательно) снижающаяся от пираидона 1),

1) На этой форме субф. т., описанной Вельтманом, мы не имеем места остановиться.

3) инфекционная — снижающаяся от пирамидона только в день дачи его. Кроме того, авторы принимают смешанную температуру — лишь относительно снижающуюся от пирамидона, т. е. сочетание инфекционной температуры с температурой сдвига.

Переключение инфекционной температуры на неинфекционную происходит иногда остро в течение нескольких часов, большей же частью температура постепенно и очень медленно поднимается в течение 1—2-х или нескольких дней и устанавливается на новом уровне.

Тождество пирамидон-устойчивой температуры в периоде реконвалесценции с температурой сдвига по авторам доказывается:

1) преобладанием и здесь женщин (при сыпном тифе 67 на 500 женщин, 40 на 500 мужчин);

2) преобладанием и здесь молодого возраста 20—29 или 30—39 лет (по цифровому материалу преобладание указанных возрастных групп выступает здесь слабее, чем при з. с. т. среди населения — по данным Басманной б-цы);

3) одинаковой клинической картиной — нужно сказать, что здесь мы не имеем достаточно данных для такого заключения. Не полна даже характеристика самой температуры. Кроме устойчивости к пирамидону и распределения по полу и возрасту, есть кое-где упоминание о монотонности; длительность устанавливалась измерением для двух сроков: 1 мес. после выписки из больницы (из 22-х обследованных субфебрильная температура у 21) и через год (из 15 обследованных субфебрильная температура у 9); в обоих случаях не было найдено указаний на инфекцию. Материал через год настолько не велик, что сами авторы считают невозможным делать какие-нибудь определенные выводы. Других данных для характеристики субъективного и объективного состояния больных нет.

Доказывая независимость от инфекции пирамидон-устойчивой температуры у реконвалесцентов, авторы естественно интересуются частотой осложнений при различной температуре (в периоде реконвалесценции). При этом, мне кажется, они недостаточно строго объективны в своих выводах: так, они говорят (245 стр.), что при температуре сдвига количество осложняющихся очагов почти такое же, как и при нормальной температуре, в действительности в 26% случаев при температуре сдвига и в 14,5% при нормальной температуре.

Получается впечатление, что авторы, доказывая инфекционный или неинфекционный характер субфебрильной температуры путем (гл. обр.) пирамидоновой пробы (245), затем в полученных таким путем результатах видят подтверждение правильности своей методики (251). Другие, указываемые авторами на стр. 245, доказательства неинфекционного характера пирамидон-устойчивой температуры реконвалесцентов—мало убедительны. Авторы широко и, видимо, с большим доверием, — мне кажется преувеличенным, — пользуются статистическим методом.

«Полученные результаты, определяя различие между так дифференцированными пирамидоном субфебрильными температурами, приобретают особую значимость, так как они, устанавливая инфекционный характер пирамидон-лябильной температуры, документируют в то же время, а также тем самым и неинфекционный характер другой, а именно пирамидон-устойчивой температуры, для чего до получения настоящих данных мы еще не

имели особо убедительных прямых, по крайней мере, доказательств» (245 стр.) «...мы, установив зависимость пирамидон-лябильной и независимость пирамидон-устойчивой температуры от инфекции, уже тем самым подтвердили правильность самой методики определения температуры по влиянию на нее пирамидона» (251 стр.). «Этот характер или связь температуры с инфекцией или отсутствие связи определяется гл. обр. по влиянию на температуру пирамидона. Однако, это важное, а тем самым уже спорное, наше положение утверждается и другими данными. Больше того, оно становится обязательным и единственно мыслимым, если мы обратимся к распознаванию характера субфебрильной температуры в период реконвалесценции, в особенности в его более ранний период. Наблюдая возникновение температуры сдвига *тотчас же* (см. крив. № 3) после окончания высокой инфекционной температуры, *когда по существу дела еще нельзя говорить об отсутствии инфекции в организме*, мы *волей-неволей* должны притти к вышеприведенному положению и пользоваться методами определения характера температуры только по влиянию на нее пирамидона. В этот период другого метода нет». «Другого метода нет и не может быть, так как в это *сугубо инфекционное* время по материалу сыпного тифа неинфекционная температура встречается уже в 42%; по материалу же острого ревматизма температура сдвига обнаруживается в этот период даже в 54,7%, а может быть и в 77,6%» — в обоих случаях процент вычислен по отношению к случаям с субфебрильной температурой. Наконец, авторы допускают, что «сдвиги температуры могут наступать как бы *только в момент и только на момент* высокой температуры» (255 стр.)¹⁾. Нужно выработать только методику проведения пирамидоновой пробы при высоких инфекционных температурах.

Авторы указывают (252 стр.), что их оценка диагностического значения пирамидоновой пробы не разделяется многими; их широкие и далеко идущие выводы, делаемые гл. обр. на основании пирамидоновой пробы, некоторым кажутся «произвольными и неубедительными» (Гельман). Уже из сказанного выше видно, что мы относим себя к сомневающимся, а иногда и недоумевающим.

Из иностранных авторов не только Феер, Финкельштейн и проч., которые указаны в «Трудах», как допускающие существование пирамидон-устойчивой инфекционной температуры, но и Вельтман считает несомненным, что встречается пирамидон-устойчивая инфекционная лихорадка. Он говорит также, что пирамидон может значительно снижать температуру в случаях, где „eine wirksame Infektion nicht mehr im Spiele ist.“ И Унферихт встречал среди случаев субфебрилитета у перенесших острые инфекционные заболевания небольшое число таких, которые не реагировали на пирамидон. Для большинства таких случаев он видит объяснение в тиреотоксикозе, но некоторые понимает как выраженную инфекционную лихорадку. Кроме того, применяя пирамидон как симптоматическое средство, при несомненной инфекционной лихорадке Унферихт видел случаи, которые совершенно не реагировали сниже-

¹⁾ Курсив автора.

нием температуры на высокую дозу пирамидона. Майргофер, подтверждающий — на основании своих наблюдений в клинике проф. Неймана—диагностическую ценность пирамидоновой пробы при легочном тбк, все же допускает возможность снижения нормальных температур, — как ниже, так и выше 37° —под влиянием малых доз пирамидона и, во-вторых, возможность устойчивости по отношению к пирамидону температур, обусловленных болезненными процессами.

Даже творец метода (пирамид. пробы) Голло не только в своих первых работах отмечал, что среди случаев «ювенильного тбк» часто встречаются случаи с повышенной температурой, не снижающейся под влиянием пирамидона, но и в позднейшей статье (W. Kl. W. 1929, № 12) далек от той категоричности высказывания, какую мы видим в «Трудах».

Я ссылаюсь на Голло, Вельтмана и Унферихта потому, что ссылка на них в «Трудах» может производить впечатление полного согласия между этими авторами и авторами «Трудов».

Выше мы привели уже немало цитат, характеризующих отношение коллектива сотрудников Басманной больницы к пирамидоновой пробе. Позволим себе привести еще одну из вступительной главы научного руководителя всей работы коллектива в данном вопросе — Б. А. Черногуова. «...Гордиев узел субфебрильности, затянутый так туго природой и запутанный так сильно врачами, развязывается, так сказать, по-македонски. Этот узел разрубается и разрубается при этом вполне четко и ясно, т. к. связь температуры с инфекцией или отсутствие ее распознается очень простой пробой (пирамидоновой — Н. Г.). Разрубается в обход подчас трудного общепринятого в этих случаях клинического развязывания, взамен сложного, мало доступного и мало решающего бактериологического развязывания. Этому последнему и клиническому выявлению очагов — вторая очередь» (стр. 47).

Однако и в «Трудах» можно указать места, которые плохо вяжутся с заявлениями о простоте пирамидоновой пробы и четкости получаемых результатов. Авторы знают случаи, где проба по Голло не дает ожидаемых результатов. Они рекомендуют в таких случаях повысить дозу пирамидона до 2,1 г. «При высоких инфекционных температурах иногда не годится и такое видоизменение. В этих случаях требуется особая проба», которая, видимо, еще не выработана (сноска на стр. 82, также 254—5 стр.). В виду имеющихся в литературе указаний на известную опасность больших доз пирамидона (см., напр., сообщение Унферихта), авторы считают нужным отметить, что они — при большом опыте с пирамидоном — не имели от него неприятных последствий в случаях с субфебрильной температурой. Изредка больные во время пробы жаловались на тошноту, сердцебиение, головную боль и слабость. Противопоказанной авторы считают пробу при некоторых заболеваниях (декомпенсированный порок сердца, острый и хронич. нефрит и др.). Однако на стр. 83 мы читаем о «плохой переносимости пирамидона, вызывающего как бы явления коляп-

са, — в крайне редких случаях». В таких случаях проба может дать неверный результат; ее «лучше повторить» (уместно ли?) или базироваться в своих заключениях на характере температурной кривой, всей клинической картине и данных анамнеза.

Пирамидон у нас мало доступен — в этом каждый может легко убедиться на собственном опыте; об этом говорят и институт им. Обуха, и институт ВЦСПС, и Басманная больница.

За недостатком места я не могу здесь приводить описание пирамидоновой пробы, вынужден отказаться от характеристики проб с другими жаропонижающими, с опиумом и т. п.

В «Трудах» на стр. 84 и 86 приведены цифровые таблицы, которые должны иллюстрировать различные виды субфебрильных температур при проведении пробы с пирамидоном. Некоторые из приведенных примеров вызывают недоумение, возбуждают вопросы.

Пример № 2. «Неинфекционная температура». Пирамидон при всех измерениях снижает температуру до нормальных цифр. Опечатка? — инфекционная температура?

Пример № 7. «Инфекционная температура, не сниженная аспирином, но сниженная пирамидоном». При аспирине температура тоже снизилась почти при всех измерениях; причем в 8 и 10 ч. у. на $1,0^{\circ}$ и на $1,1^{\circ}$ (жаропонижающее начинают давать в 6 ч. у. — 1-й прием аспирина 0,5, или 0,75); при пирамидоне максимальное снижение на $0,6^{\circ}$ в 5 ч. д. и на $0,9$ в 2 ч. д.

Пример № 8. «Неинфекционная температура, не сниженная ни аспирином, ни пирамидоном». При пробе с аспирином в 7 ч. веч.— $36,2^{\circ}$, при контрольных— $37,5^{\circ}$ и $37,0^{\circ}$. При пробе с пирамидоном такого снижения нет; напротив, в 6 ч. веч., накануне пробы— $36,4^{\circ}$, при $37,5^{\circ}$ в день пробы. — Может быть этот пример служит иллюстрацией факта, отмеченного на стр. 83? «Небольшое падение неинфекционной температуры до нормы в отдельные часы и дни может быть и вне зависимости от приема пирамидона» — немаловажный факт, не говорящий об абсолютной надежности проб с жаропонижающими.

Большое количество примеров приведено в «Трудах» в виде кривых. В целом ряде приводимых здесь случаев читателю трудно следовать за авторами в их толковании, в основу которого кладутся пробы с жаропонижающими. Данные, характеризующие температуру в других отношениях, большею частью не приводятся; только в некоторых случаях отмечена установленная последующим наблюдением длительность субфебрильной температуры. Другим данным авторы здесь не придают никакого значения; например, РОЭ 54 мм (стр. 45) или 44 мм (стр. 225), нисколько не мешает им распознавать температуру сдвига; ведь можно найти достаточное объяснение для такой РОЭ в то «сугубо инфекционное» время, с которым мы имеем дело в указанных сейчас случаях (гриппозная пневмония с обострением, крупозная пневмония с абсцессом на бедре).

Имея основной задачей доказать существование и большое распространение независимой от инфекции температуры сдвига, авторы «Трудов» Басманной б-цы ополчаются против слишком

щедрого, «необоснованного» распознавания некоторых инфекционных заболеваний; но их критика не всегда объективна. Например, восставая против слишком легкого и «безответственного» распознавания эндокардита, в частности «ревматического эндокардита без суставных явлений», они ссылаются на статью Кутырина (Кл. мед. 1928, № 21). Кутырин, распознавая у своих больных эндокардит, якобы «в своей работе не приводит никаких доказательств в пользу правильности своего понимания»... «по описываемой клинической картине больные Кутырина ничем не отличаются от наших больных» (190 стр.). Кутырин приводит, в качестве примеров, 4 случая. Во всех этих случаях, между прочим, отмечено — в процессе наблюдения — нарастание аускультативных явлений со стороны сердца, свидетельствующее о сформировании порока, т. е. здесь отмечено как раз то, чего «мы не наблюдаем... в течении данной затяжной температуры» (206 стр.) и что служит важным доводом в пользу эндокардита (206).

Статистический материал (сопоставление клинических и анатомических диагнозов), к которому авторы обратились, наверное, с целью доказать слишком щедрое распознавание эндокардита, приводит их к прямо противоположному выводу: «эндокардит не определяется у постели больного в 53,2%. Если к этому добавить, что в части случаев эндокардит диагностируется там, где его нет на самом деле, то оказывается, что это заболевание не распознается или ложно распознается более, чем в 60%» (193 стр.), т. е. при 53,2% случаев нераспознанного эндокардита авторы считают нужным допустить около 7—8% случаев, где диагностируется эндокардит, которого нет в действительности (в приводимом цифровом материале такие случаи не отмечены).

Приводимые авторами справки из литературы свидетельствуют только о том, как плохо обстоит дело с клиническим распознаванием ревматического эндокардита: если по данным Левенсона диагноз р. э. подтверждается только в 40% случаев, то Норрис приходит к заключению, что р. э. в 77,6% случаев остается нераспознанным. Далее авторы ссылаются на таблицу 1-ю «Трудов». Здесь приводятся «ошибочные» диагнозы, с которыми носители з. с. т. поступали под наблюдение Басманной б-цы. На долю эндокардита падает 24,1%; но этот процент авторы считают слишком низким и на основании некоторых соображений склонны повысить его до 35—40%. Эта ссылка для читателя неубедительна. Безошибочность диагностической методики авторов в данном случае еще нужно доказать.

В нашу задачу отнюдь не входит подробнее останавливаться на вопросе о клиническом распознавании эндокардита. Однако считаю не лишним привести две-три справки из литературы.

По И. В. Давыдовскому (Клин. мед. 1928, № 1) свежий бородавчатый эндокардит, как правило, не диагностируется. По данным прозектур Ленинграда (Вайль и др., Сов. врач. газ., 1935, № 8) эндокардит стоит на пятом месте среди клинически нераспознанных заболеваний; на его долю падает

4,5%. Проф. В. А. Вальдман (Об ошибках диагностики, Сов. врач. ж., 1936, № 3): эндокардит не распознан клинически в 3 случаях; клинический диагноз «острый эндокардит» не подтвердился при вскрытии в одном случае (анатомически «сепсис тонзиллярный. Перитонит»); в одном случае клинически и анатомически распознан эндокардит. Я привожу этот очень небольшой материал потому, что и в нем при сопоставлении клинического и анатомического диагнозов случаи клинически нераспознанного эндокардита преобладают над случаями ошибочно диагностированного. Между тем в другом своем сообщении (Эндокардит и трудоспособность, Сов. врач. газ., 1933, № 17-18) В. А. Вальдман предостерегает от слишком легкого отношения к диагнозу «эндокардит»: «эндокардит и в больницах и в амбулаториях стал уже слишком частым диагнозом». Привожу эти справки, как показатель того, что анатомический контроль в данном случае не отражает правильно отношений, существующих в жизни.

Одним из основных положений в VIII главе «Трудов» является то, что митральная недостаточность распознается очень и очень часто там, где ее нет и где нет никакого порока сердца (201 стр.). В таблицах III, IV, V и VI мы не находим этому подтверждения. Приводимый в таблицах цифровой материал говорит определенно о том, что пороки и эндокардит нередко не распознаются, что сравнительно редко полностью совпадают клиническая и патолого-анатомическая характеристика поражения, но я вовсе не нахожу здесь указаний на излишне щедрое распознавание клиницистами пороков или эндокардита.

Точностью распознавания недостаточности митрального клапана авторы особенно интересуются потому, что в начальном периоде эндокардита последний «определяется, гл. образом, по систолическому шуму, по симптому недостаточности митрального клапана» (198). Кроме сопоставления анатомических и клинических диагнозов на своем материале, авторы обращаются к сопоставлению своего материала с клиническим — непроверенным секцией — материалом некоторых авторов. Особенно большое внимание они уделяют материалу С. С. Зимницкого, который находил недостаточность митрального клапана в 73,6% всех случаев пороков клапанов. Сопоставляя материал Зимницкого со своим материалом, авторы не находят возможным объяснить разницу «тем, что под видом этого порока идут другие пороки, не диагностируемые под своим именем» (200) и останавливаются на предположении, что Зимницкий распознавал *ins. mitr.* там, где этого порока не было, не было и вообще никакого порока, и приходят к выводу, что «на один правильно диагностируемый случай истинного порока митральной недостаточности определяется от 5 до 12 ложных пороков этого клапана» (202).

Я же думаю, что именно на основании сопоставления приводимого авторами материала — их собственного и Зимницкого — нужно сделать вывод, что Зимницкий в большом числе случаев, где имела место *affectio mitralis*, диагностировал простую недостаточность этого клапана. Разве не говорит убедительно об этом почти полное совпадение в том и другом материале общей час-

тоты поражения митрального клапана при обратном отношении между частотой *ins. mitr.* и *aff. mitr.*?

| | Прозектура Басм. б-цы | С. С. Зимницкий |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <i>Insuff mitr.</i> | 12,7% | 73,6% |
| <i>Stenosis mitr.</i> | 0,4% | 8,9% |
| <i>Affectio mitr.</i> | 76,1% | 8,1% |
| Всего пороков митр. клап. | 89,2% | 90,6% |

Таким образом материал, на котором авторы строят свой вывод о невозможности диагностировать эндокардит или митральную недостаточность, не может,—по нашему мнению,—служить основанием для такого вывода.

Трудность распознавания органической *ins. mitr.* и вместе с тем частая ошибочность такого распознавания, известны давно, но, к сожалению, надежных признаков, которые гарантировали бы от подобных ошибок, пока не найдено. Не ново и положение, что сравнительно уверенно можно распознать *ins. mitr.* лишь в тех случаях, когда имеются симптомы стеноза левого венозного отверстия. Принятие этого положения полностью ведет к признанию невозможности распознать неосложненную недостаточность митрального клапана, которая все же существует. Вместе с тем авторы «Трудов» признают, что стеноз левого венозного отверстия может не давать выраженных аускультативных симптомов (стр. 204). Когда я был студентом V курса (1901-2 акад. год), проф. Н. И. Котовщиков, авторитетность которого в области клинической кардиологии, я думаю, еще памятна клиницистам моего поколения, разбирая перед нами больного с хронической миелоидной лейкемией и находя у него систолический шум на двустворке, говорил нам уже тогда о трудности распознавания *ins. mitr.*, о значении при этом симптомов стеноза. «В данном случае»,—говорил он,—я как будто слышу короткий пресистолический шум». Случай окончился летально; вскрытие не обнаружило поражения двустворки.

Бесспорно, эндокардит иногда, и может быть не так редко, диагностируется без достаточного основания. Но все же не было и нет ни у кого стремления чуть не целиком проблему з. с. т. свести к эндокардиту, между тем некоторые формулировки в «Трудах» как будто стараются бороться с такой установкой (191, 207 стр.).

Авторы знают случаи пирамидон-негативной температуры на закате острого ревматизма (о. р.), но они убеждены, что здесь температура сдвига, а не одно из проявлений о. р., убеждены настолько, что рекомендуют не считаться с такой температурой (254 стр.). При этом «после о. р.», по наблюдениям авторов, неинфекционная температура возникает в большом проценте случаев, как у женщин (26,1%), так и у мужчин (14,5%) (250 стр.). В раннем периоде реконвалесценции авторы, путем пирамидоновой пробы, установили неинфекционную температуру при о. р. в 54,7%, а может быть и в 77,6% случаев субфебрильных темпера-

тур, т. е. в начале реконвалесценции при о. р. субфебрильная температура в большинстве случаев не есть признак еще продолжающейся инфекции, хотя и не исключает последней. Об инфекции «в таких случаях можно судить и следить по чему угодно, но только не по такой температуре» (254).

До сих пор мы не считали температуру ценным показателем активности ревматического процесса, потому что на основании падения температуры мы не считали себя в праве делать заключение об окончании (о ликвидации) острого процесса, как не делаем этого и на основании исчезновения суставных явлений. Отсюда — напряженная работа в поисках надежных показателей для суждения о состоянии ревматического процесса, о восстановлении трудоспособности и т. п., работа, которая нашла уже свое выражение в целом ряде сообщений за последние годы. Оцениваются, не всегда единодушно, роз, морфологическая картина крови, биохимические изменения крови, реакция Файля и т. д. Однако большинство этих методов и реакций мы не можем еще считать общедоступными для практического врача. Поэтому я не считаю возможным отнестись сочувственно к тому, что повышенная температура в период несомненно незатихшего еще ревматического процесса расценивается как не имеющее значения явление; при этом расценивается так на основании пробы, которая достаточно доказательной в этом смысле не является.

Я, как и авторы «Трудов», придаю проблеме затяжной субфебрильной температуры большое практическое значение. Чтобы обосновать свое несогласие со многими высказываниями, имеющимися в «Трудах», я на примере эндокардита и острого ревматизма сравнительно подробно и возможно точно (близко к тексту) привел мнение Черногоубова и его сотрудников и свои возражения. То или другое отношение к вопросу неизбежно скажется на практическом поведении врача по линии многих заболеваний. Опасаясь, что воспринятое из «Трудов» понимание затяжной субфебрильной температуры, «как своеобразного расстройства общей регуляции организма, не представляющего ничего серьезного» (308), может послужить источником врачебных ошибок, я позволю себе остановиться, но уже кратко, еще на некоторых примерах и заболеваниях.

На кривой 11 (стр. 29) приведен случай: порок сердца. В течение первой недели температура не выше $36,8^{\circ}$, однако суточные колебания иногда доходили почти до $1,5^{\circ}$. Ангина, веч. т-ра $37,3^{\circ}$, $37,4^{\circ}$, $38,5^{\circ}$, $39,2^{\circ}$, $37,8$; дальше температура утр. $36,9$ — $37,3^{\circ}$; веч. $37,3$ — $37,6^{\circ}$. С первого же дня, как установилась последняя температура, она трактуется как термо-невроз.

У нас, почти как правило, наблюдается легкое отношение к заболеванию ангиной, что, как известно, может вести к весьма нежелательным последствиям. Ангина у носителя порока сердца, казалось бы, должна побуждать к сугубо осторожному отношению. Поэтому я считаю этот пример практически опасным—повышенная температура, которая не позволила бы практическому врачу считать больного выздоровевшим, в примере расценивается как не имеющее значения явление.

Пример на стр. 217. «У больной Н. в моче немного белка, цилиндры, постоянное присутствие эритроцитов, а также субфебрильная температура. Эта кровь и эта температура заставляет врачей без конца ее цистоскопировать и катетеризировать в поисках коварного туберкулеза. Пирамидон не снижает температуру. Наш диагноз: хронический очаговый гломерулонефрит и термо-невроз».

В этих кратких сведениях о больной многое не ясно. Постоянное присутствие эритроцитов в моче и субфебрильная температура не объясняют, почему врачи так настойчиво ищут туберкулез. Сочетание хронического очагового гломерулонефрита с субфебрильной температурой, мне кажется, должно бы предостерегать от успокаивающего, усыпляющего бдительность, понимания температуры как термо-невроза, — слишком видное место в клинике септических состояний занимает очаговый гломерулонефрит и слишком важную роль септические состояния играют в этиологии очагового гломерулонефрита, чтобы делать на основании результатов пирамидоновой пробы заключение о неинфекционном невинном характере температуры.

Еще пример (217 стр.). Больная 32 л. — боли внизу живота, неясные гинекологические данные, з. с. т. Врачи думают о туберкулезе придатков. В Берлине делается лапаротомия — ничего не находят. Через несколько лет з. с. т. держится; больная ведет полу-больной образ жизни «Пирамидон не снижает ее температуры. Наш диагноз: термо-невроз».

Эти примеры, как и целый ряд других, производят впечатление крайне упрощенного подхода к постановке диагноза. Диагноз должен по возможности охватить все и объяснить все, что найдено в организме патологического. Предлагая решать сложные и трудные диагностические задачи таким упрощенным способом, по-македонски, можно только дискредитировать предлагаемый диагностический метод. Между тем поставленная на свое место и правильно использованная пирамидоновая проба является существенным обогащением нашей диагностической методики. В «Трудах» мы имеем достаточно демонстративных примеров этого.

В «Трудах» Басманной больницы приведены 2 случая сифилиса с субфебрильной температурой. В одном отсутствие снижения температуры при пирамидоновой пробе дало основание рассматривать температуру как неинфекционную и предсказать, что специфическое лечение не должно оказать влияние на «эту» температуру. Предсказание оправдалось, лечение в течение месяца не изменило температуры. В другом случае аспирин резко снижал температуру. Противосифилитическое лечение быстро и навсегда снизило температуру, которая до того держалась в течение 5 лет. Других случаев применения пирамидона с целью дифференцирования инфекционной и неинфекционной температуры при сифилисе я не знаю.

По вопросу же о роли сифилиса в происхождении затяжных субфебрильных температур вообще мнения расходятся; в общем, повидимому, роль сифилиса здесь скорее недооценивается, чем наоборот. Авторы «Трудов» Басманной больницы держатся мнения, что из инфекций чаще всего сифилис дает длительную и доброкачественную субфебрильную температуру. В материале

института ВЦСПС среди этиологических факторов фокального субфебрилитета сифилис стоит на 6-м месте; сифилитическая лихорадка встречена в 12 случаях (5,7%), тогда как на долю туберкулеза приходится 35 сл. (16,6%). По данным, приводимым Гренэ, Леван и Пелисье, видно, что долгое время сифилис игнорировался, как возможная причина длительных лихорадочных состояний, что без всяких оснований некоторые объясняли лихорадочные состояния туберкулезом, когда с неменьшим правом можно было думать и о сифилитической лихорадке. На 2-м всеукраинском съезде терапевтов напоминал о сифилисе, как причине длительного повышения температуры, проф. К. И. Пенкославский, предлагавший, в случаях длительно-повышенной температуры неясного происхождения, прибегать к пробному противосифилитическому лечению. Вильсон на основании своих впечатлений склонен считать сифилис очень редкой причиной неясных лихорадочных состояний и удивляется, что при обсуждении этого вопроса в Лондонском медицинском о-ве слишком многие подчеркивали важность помнить о сифилисе в таких случаях.

Туберкулез, как уже было выше указано, не так давно занимал первое место среди заболеваний, которыми склонны были объяснять затяжные субфебрильные температуры.

Пирамидоновой пробе принадлежит видная роль при выяснении вопроса, есть ли непосредственная связь между туберкулезной инфекцией и з. с. температурой. Однако у нас в Союзе этот диагностический метод, видимо, не получил еще широкого применения. Об этой пробе не только нет упоминания в известных мне трудах Бока, Рубинштейна и др., не только Карпиловский, упоминающий о тонкостях термометрии и анализе температурной кривой, не упоминает о пирамидоновой пробе, но и в «Трудах» Басманной больницы авторы не говорят о собственных наблюдениях. Есть указание на диагностическое значение пирамидоновой пробы (малые дозы) у Тареева (Сов. вр. г., № 21—22, 1932).

И здесь основная цель Черногубова и сотрудников—доказать, что «затяжная температура большей частью совершенно не свойственна начальному туберкулезу» (172), что характер субфебрильной температуры выявляется главным образом путем пирамидоновой пробы (174). И здесь я расхожусь с авторами в ряде положений.

Я не сомневаюсь, что очень большое число больных ошибочно понимались как туберкулезные и что субфебрильная температура оказывала немалое влияние на понимание состояния таких больных. Вместе с тем у меня сложилось определенное впечатление, что борьба с чрезвычайно щедрым, часто совершенно необоснованным диагносцированием туберкулеза, повела к противоположной крайности: временно, — но это время еще не изжито, — многие стали слишком легко исключать туберкулез. В результате не мало случаев, когда после исключения туберкулеза, через 2 — 3 месяца, иногда и много раньше, в мокроте находят БК, а иногда и выраженный процесс. По вопросу о значе-

нии рентгеновского исследования я привык думать и высказываться совершенно в том же духе, как высказывался цитируемый в «Трудах» Г. Р. Рубинштейн: рентгеновское исследование имеет громадное значение в клинике легочного туберкулеза при условии обращения в нужных (м. б. таких большинство) случаях к снимку и «при условии пользования совершенной аппаратурой и наличия квалифицированного рентгенолога-фтизиатра». Я совершенно не согласен с авторами, которые «не разделяют этой сугубой осторожности» (160). Эти гарантии полностью должны быть соблюдены и по отношению к случаям з. с. т. Если здесь мы можем встретиться с случаями, где рентгеновское исследование может не выявить туберкулеза при наличии его, то слабая выраженность изменений и трудность их понимания не уменьшают, а напротив увеличивают важность соблюдения вышеуказанных гарантий.

Говоря о затяжных субфебрильных температурах, мы часто возвращаемся к диагностическим ошибкам. Мне кажется, что авторы «Трудов» нередко впадают в такого рода ошибку, когда слишком легко и щедро диагностируют ошибки других, «придумывающих» инфекции для объяснения затяжной субфебрильной температуры, «неправильно понимающих» то или другое явление или связь явлений между собой, «забывающих», напр., о том, что «обнаружение очагов на рентгенограмме и даже присутствие палочек туберкулеза... в крови и в других выделениях в лучшем случае (но не обязательно) говорит только о том, что в организме есть—в легких или где-то—очаг туберкулеза» (176) и т. д. Я ни на минуту не забываю, что сам могу впасть в ту же ошибку.

Может ли наблюдаться затяжная субфебрильная температура, как симптом туберкулеза? Сотрудники Басманной больницы имели единичные такие случаи (172). По Карпиловскому «хронический субфебрилитет — один — не обосновывает... диагноза латентного туберкулеза, а служит лишь основанием для тщательных поисков, которые должны привести к обнаружению локализации туберкулеза». «Новое время никаких существенных изменений в обычные представления — по вопросу о значении лихорадки при локализованных формах туберкулеза — не внесло» (43 стр.). Г. Р. Рубинштейн для ряда клинических форм легочного туберкулеза указывает среди симптомов не только субфебрильную температуру, но и некоторые другие явления, входящие, как существенная часть, в описанную выше картину затяжной субфебрильной температуры. Особенно много общего с этой картиной в клинической картине туберкулеза бронхиальных желез. Если не отчетливы границы между названными двумя клиническими картинками в описании Рубинштейна (БМЭ), то Бок, говоря о туберкулезе бронхиальных желез у взрослых, полностью воспроизводит клиническую картину привычных (затяжных) субфебрильных температур. Правда, к картине субфебрилитета он добавляет симптомы субъективные и объективные со стороны

грудной клетки, но эти последние не всегда одинаково выражены и требуют для их выявления тщательного исследования больных.

Останавливаться на малярии в нашем сообщении, повидимому, нет оснований. Общеизвестно, что малярия, кроме типичных лихорадочных приступов, может проявляться и атипичными картинами, в частности, лихорадочными состояниями. Но затяжные субфебрильные температуры на почве малярии наблюдаются редко. Институт ВЦСПС на 210 случаев «фокального субфебрилитета» только в двух установил как причину — малярийную инфекцию. Альт и Баркер в своем сообщении о лихорадке неясного происхождения на 101 случай только в одном считают вероятной причиной малярийную инфекцию. Этот случай представлял картину ежедневных приступов ($37 - 40^{\circ}$), а не субфебрильных температур. Клиническое наблюдение в течение 9 недель, несмотря на применение всевозможных методов исследования, не выяснило этиологии. По полученным позднее сведениям лечение хинином, примененное местным врачом, быстро прекратило приступы и сопровождалось быстрым нарастанием веса ($13,6 \text{ кг}$ в месяц).

Сообщение мое разрослось за пределы журнальной статьи. Прежде чем закончить, я хотел бы ответить на возможный вопрос читателя. Почему я так много уделил места критике взглядов Черногубова и его сотрудников и цитатам из их трудов?

Собрав большой и интересный собственный материал, проработав большой литературный материал, авторы и в первую очередь Черногубов становятся на позицию борьбы, а не спокойной деловой дискуссии, видят в коллективах иначе мыслящих не сотрудников, а «соратников» (9 стр.), стилем своим («незавидные тонкости понимания» — 9 стр., см. некоторые цитаты выше) могут разжигать полемические настроения, которые во всяком случае не в интересах дела. В «Трудах» мы не раз встречаем несочувственное отношение к «моде», к «установкам». Между тем все изложение здесь проникнуто стремлением создать в читателе желательную авторам «установку».

Практическое значение привычных з. с. т. очень велико. Повышенная температура — несомненно один из важнейших симптомов ряда заболеваний. Во многих случаях признание неработоспособности, выдача больничного листа обосновывается гл. обр., или даже исключительно, этим симптомом. Субфебрильная температура, несомненно, является очень нередко основной причиной, заставляющей врачей думать о тех или других серьезных органических заболеваниях. В целом ряде случаев распознавание оказывается ошибочным, ведет к признанию инвалидности, к психической травматизации больных, к совершенно ненужному, иногда и вредному, укладыванию в постель, применению различных методов лечения, иногда не только дорого стоящих б-му и государству, но и не безопасных (длит. пребывание в лечебных учреждениях, на курортах, те или другие операции, применение некоторых лекарственных веществ и т. д.).

Зная о существовании и значительной частоте привычных з. с.

т., умея их правильно распознать, врач может избежать указанных ошибок.

Изучение з. с. т. приводит к развенчиванию этого симптома, который раньше нередко переоценивался. З. с. т. теряет в известных случаях значение серьезного или, по крайней мере, тревожного симптома, принимает характер чисто функционального расстройства, граничащего с нормой или даже переходящего в норму.

З. с. т. — сама по себе — отнюдь не ведет к понижению трудоспособности. Однако, сочетаясь часто, даже большею частью, с другими функциональными расстройствами, з. с. т. часто влияет на работоспособность, может вести к сокращению рабочей нагрузки, может влиять на выбор занятий.

В настоящий момент, когда привлечено внимание к з. с. т., нужно опасаться увлечения этим диагнозом. Распознавание з. с. т. должно быть основано на тщательном всестороннем обследовании больного. Распознавание з. с. т. отнюдь не должно ослаблять внимания врача к найденным при обследовании болезненным процессам; только субфебрильная температура в известных случаях перестает пониматься, как симптом; в направлении лечения, предупреждающих обострения мероприятий, эти процессы должны быть внимательно учитываемы; им, в сущности, принадлежит главная, решающая роль в оценке трудоспособности.

Приведу 2 случая из наблюдавшихся нами.

Случай 1. Б-ва М., 26 л., поступила в клинику 13/XI 1935 г. Жалобы: слабость, головная боль, субфебрильная температура, ночные поты, приступы упадка сил, сердцебиения, головной боли, познабливания. Субфебрильная температура и слабость уже больше года. Перенесенные заболевания: золотуха и корь в детстве; приступы малярии в декабре 1934 г., мае и сентябре 1935 г. С 15/IX по 7/X 35 г. колит с высокой температурой, рвотой, резкими болями в кишечнике; с 10/X левост. ишиас; с 15/X воспаление придатков. Menses с 14 л., всегда нормальны. Замужем 3-й год. 26/VIII 1933 г. *abrasio uteri* (5-мес. беременность). Вторая беременность закончилась нормальными родами в декабре 1934 г.; после родов несколько приступов малярии. Семейный анамнез: отец умер 50 лет от паралича сердца. Мать умерла от туберкулеза легких 28 лет; бабушка, тетка и 2 дяди со стороны матери умерли от туберкулеза; сестра больна туберкулезом легких. Объективные данные. Глубокое твердое небо. Добавочный грудной сосок. Зев вяло гиперемирован. Миндалины увеличены. Лимфатические железы увеличены до чечевички. Щитовидная железа незначительно увеличена. Правое легкое: сужение поля Кренига, притупление в над- и подключичной ямках, здесь же шероховатое дыхание, удлиненный выдох, непостоянные сухие хрипы. Левое легкое: жесткое, шероховатое дыхание в межлопаточном пространстве и в подмышечной области. Сердце: верхняя и правая границы абс. туп. норма, левая по среднеключ. линии. Первый тон не чист; второй усилен на верхушке и на аорте. Пульс — 94. Печень не прощупывается. Селезенка перкуторно незначительно увеличена, прощупывается неотчетливо. (В июне 1935 года печень выступала из-под ребер на полпальца, селезенка — на 1 — 1/2 пальца). РОЭ — 10 мм в 1 час (по Панченкову) (также в июне). Hb — 95%, Eг — 4600000; L — 7900;

С — 48%; П — 9,5%, Л — 32,5; М — 4,5; Э — 3,5; Баз. — 2%. Плазмодиев не найдено. Температура: веч. 37,3—37,5°; сут. колеб.—0,2—0,6°. Во время *tempes* температура ниже на 0,2—0,4°. Хинин 0,3—3 раза в день в течение 4-х и затем 3-х дней без заметного влияния на температуру; м. б. снижение на 0,2—0,3 с уменьшением дневной амплитуды до 0,1—0,3. Пирамидон (по 0,5—3 раза в день) — без влияния на температуру. Рентгенография грудной клетки: легкие — значительное количество петрификатов в гилюсах; перибронхитические тяжи, более значительные от правого гилюса к диафрагме, в общем нерезко выраженные. Сердце — норма.

Не забывая ни на минуту об угрожающей наследственности по отношению к туберкулезу и о наличии признаков легочного туберкулеза, перенесенного когда-то больной, отнюдь не считая Б-ву извлеченной от малярии, мы склонны были, однако, расценивать субфебрильную температуру в момент наблюдения как «привычную», а не как проявление той или другой инфекции; основаниями к тому были: 1) рентгенограмма и физикальное исследование не говорили об активном туберкулезе; 2) нормальная рoэ; 3) морфологическая картина крови не представляла ничего характерного для активного (легочного) туберкулеза или активной малярии; 4) плазмодии не были найдены; 5) селезенка уменьшилась сравнительно с прежним наблюдением; 6) характер температуры: длительность, однообразие, малая суточная амплитуда, устойчивость по отношению к пирамидону и хинину; 7) наличие выраженных функциональных расстройств общих и со стороны системы кровообращения; 8) наличие конституциональных *stigmata* (глубокое твердое небо, добавочный сосок и др.), которые мы так часто встречаем у страдающих различными и особенно сердечно-сосудистыми неврозами и функциональными расстройствами.

В январе 1936 г. Б-ва уехала в Ялту, где пробыла 2 мес. В Ялте в первые дни температура до 38°; в крови найдены паразиты *mal. tert.* После первых дней температура и общее состояние, как в клинике. В течение месяца строгий постельный режим. Недель через 5 температура установилась на нормальных цифрах (стойко ниже 37°), самочувствие лучше, прибавь в весе. После тщательного наблюдения, повторных консультаций с проф. Н. Ф. Голубовым ялтинские врачи, — по словам Б-вой, отвергли инфекционный характер субфебрильной температуры. По возвращении в Казань до 20/IX сохраняются нормальная температура, сравнительно хорошее самочувствие, достаточная работоспособность. С 20/X — субфебрильная температура, общее недомогание, сонливость. В последних числах сентября и начале октября нарыв на спине и гнойник в десне, температура 38°.

Я Б-вой лично не видел; данные относительно состояния больной в Крыму, полученные от больной через ординатора, не являются достаточно полными и достоверными; дальнейшее течение с длительным светлым промежутком и позднейшими осложнениями; все это не делает случай более ясным.

Случай 2. Б-ва З. К., студентка КГМИ, 25 л., поступила в клинику 9/V 36 г. Жалобы: субфебрильная температура, головная боль, слабость, сердцебиение, слезливость, отсутствие аппетита. Заболела 7/II 1936 г.; зноб, темпера-

тура до 38—39°, насморк, кашель, боли во всем теле. Диагноз — в начале грипп, позднее малярия. Периодически показывалась врачам; температура оказывалась повышенной; продолжали давать больничный лист. Паразитов малярии не находили. Отоларингологи повторно предлагали выжигание миндалин. За это же время стала замечать «узелки под кожей». Перенесенные заболевания: в детстве болела очень часто, перенесла корь, скарлатину, коклюш, свинку, воспаление легких, дизентерию. С 1931 г. повторно болела (в связи с простудой) крапивной лихорадкой, сухим кашлем (до рвоты), иногда ломотой в суставах. В 1933 г. менингит; позднее признали Базедову болезнь (увеличение щитовидной железы, пульс 120 и др. симптомы); пролежала 5 мес. *Menses* с 17 лет, правильны, по 3 дня. О б ъ е к т и в н о: щитовидная железа увеличена. Глубокое твердое небо. Плотные болезненные подкожные инфильтраты в области обоих предплечий, похожие на ревматические узелки. Легкие — без выраженных отклонений от нормы. Сердце: границы нормальны; тоны чисты; 2-й тон усилен, сильнее на аорте; пульс б. ч. учащен (84 и больше); изредка 72; выраженная дыхательная аритмия. Печень и селезенка не прощупываются. Рентген: крупный петрификат в правом гилюсе на уровне 2-го ребра. Очаг Гопа под правой ключицей. Сердце—норма. Желудок—норма. Моча—норма. Рoэ—3 мм в 1 ч. Нb—94%, Eг — 5170000; L — 10500; C — 62%; П—14%; Л—19%; М—3%; Э—2%. Реакция Райта отрицательная. Паразитов малярии не найдено. Температура утр. 36,7—37,3°; веч. 37,0—38,0°. Во время *menses* (3 дня) устанавливается на более низких цифрах, не выше 37,3°. Пирамидон (1,5 г по Голло) не снизил температуру. Отоларинголог находит амигдалит и рекомендует выжигание. Вес в клинике колебался от 43,5 до 43,8 кг.

В данном случае многое может склонять к признанию «привычной», эндокринно-вегетативной температуры: 1) температура, видимо, установилась после гриппозного заболевания, держится около 4 месяцев субфебрильной, представляя суточные колебания от 0,2 до 1°, не снижается пирамидоном; 2) замедленная рoэ; 3) явления гипертиреоза; позднее появление и малая продолжительность менструаций.

Лейкоцитарная картина—повышенное содержание белых телец, повышенный процент нейтрофилов (76%) и среди них палочкоядерных, пониженный процент лимфоцитов и моноцитов — не соответствует картине, описываемой при з. с. т. Мы склонны были бы объяснить лейкоцитарную картину в этом случае не затихшим воспалительным процессом в миндаликах. При таком понимании мы допускаем «отрыв» температуры от инфекции, тот разрыв (диссоциацию) между клиническими проявлениями болезни, который клиника знает.

Подтвердить гистологическим исследованием ревматическую природу подкожных узелков не удалось, поэтому мы оставляем при диагностическом анализе это явление без учета.

Случай дальше нами прослежен не был; Б-ва уехала из Казани. Мы не знаем, было ли применено оперативное лечение тонзиллита, каково дальнейшее состояние больной.

Мы не останавливаемся на туберкулезе и малярии с точки зре-

ния дифференциального диагноза, чтобы не увеличивать размеров статьи.

Литература. 1. Вопросы трудоспособности, клиники и этиогенеза и т. д., Труды ин-та по изучению профболезней им. В. А. Обуха, 1933.—2. Проблема субфебрилитета и трудоспособность, Труды научно-исслед. ин-та эсертизмы трудоспособности ВЦСПС, 1934.—3. Затяжная субфебрильная температура и т. д. Труды Басманной образцовой больницы, 1935.—4. Бок М. М., Пробл. туб. 1936, № 5.—5. Бредо Б. С., Каз. м. ж., 1928, № 4.—6. Вайнштейн Г. И., Труды ин-та ВЦСПС.—7. Зимницкий С. С., Лекции по серд. бол., 1923.—8. Золотарева Е. Н., Труды ин-та им. Обуха.—9. Карпиловский Д. А., Труды ин-та ВЦСПС.—10. Кутырин М. М., Клин. мед., 1928, № 21.—11. Марцинковский Б. И., Труды ин-та им. Обуха.—12. Рsenzблум, Тер. арх., 1935, XIII, 5.—13. Рубель А. Н., Врач. газ., 1927, № 18 и 19.—14. Рубинштейн Г. Р., Б. М. Э., т. 33.—15. Рубинштейн Г. Р., Клиническая группировка легочного туберкулеза, 1936.—16. Тареев Е. М., Сов. врач. г., 1932, № 21—22.—17. Alt. a. Barker, J. Amer. Med. Ass. Vol. 94, № 19.—18. Grenet, Levent et Pelissier, Les syphilis viscérales tardives, 1927.—19. Hollo, B. z. Kl. d. Tub. Bd. 69, H. 2, 1928; W. kl. Woch., 1929, № 12.—20. Kintner a. Rowntree, J. Am. Med. Ass. Vol. 102, № 12.—21. Mayrhofer, W. kl. Woch., 1929, № 4.—22. Unverricht, D. med. Woch. 1931, № 34.—23. Weltmann, Med. Klin., 1929, № 43.—24. Wilson, Lancet, 1931, 17/X, 874.—25. Zimmermann, M. med. Woch. 1930, № 48.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДЛИТЕЛЬНЫХ СУБФЕБРИЛЬНЫХ ТЕМПЕРАТУР И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ¹⁾

Проф. В. И. Катеров.

Вопрос о затяжных субфебрильных состояниях (субфебрилитах) представляет громадный теоретический интерес и имеет большое практическое значение. Каждому врачу, в особенности интернисту, в своей повседневной работе нередко приходится встречать больных с длительной субфебрильной температурой и решать вопрос об этиопатогенезе температуры и о трудоспособности данных больных. Насколько часты подобные случаи, видно, напр., по материалу научно-исслед. института эксп. трудосп. ВЦСПС (см. сборн. «Проблема субфебрилитета и трудосп.», Медгиз, 1934 г.). В этом институте на 3492 б-ных, прошедших через стационар за 2 года, было 805 человек с длительной субфебрильной температурой, что составляет по отношению к общему числу 23%, а по отношению к числу терапевтических б-ных — 34%. Правда, надо оговориться, что этот материал не может быть критерием для суждения об общей распространенности субфебрилитетов, т. к. данный институт концентрирует у себя, вероятно, главную массу таких б-ных, но тем не менее, я думаю, что каждый врач, работающий в различных стационарных учреждениях, имел у себя достаточное количество таких случаев. Мы нередко видим, что такие б-ные обнаруживаются случайно; например, когда они поступают для производства какой-нибудь операции в холодном периоде. Такой б-ной выдерживается обычно перед операцией 2—3 дня, и тут у него обнаруживается субфебрильная температура. Врач подозревает какую-нибудь скрытую инфекцию,

¹⁾ Доклад на V научном съезде врачей АТССР 21/VI 1936 г.

М. А. Вальдман. Импертермизм — неврастения интоксикация