

филлисе является за последнее время—на мой взгляд—возможность бессимптомного течения сифилитической инфекции. В самом деле, возможность заражения человека сифилисом, а затем длительное пребывание сифилитической заразы в организме при абсолютном отсутствии каких бы то ни было признаков как субъективного, так и объективного характера, которые были бы доступны современным методам диагностики, разве это не является фактом первостепенной важности в эпидемиологии сифилиса? Ведь мы все отлично знаем, что единственным источником заболевания сифилисом человека является инфицированный организм, и на этом факте построены все наши профилактические мероприятия по борьбе с сифилисом. Вылавливание этих источников заразы, основанное на применении точных методов диагностики, обезвреживание их путем рациональной терапии—все это вопросы, имеющие непосредственное отношение к правильному разрешению проблемы профилактики. Существование бессимптомной инфекции, позволяющей укрываться бледной спирохете даже от самого зоркого взгляда врача и не доставляющей никаких беспокойств самому носителю заразы, разве это не является фактом, значение которого мы должны теперь уже учесть как при разработке наших профилактических мероприятий, так и при диагностике и терапии сифилиса? Трудно в настоящее время ответить на вопрос о том, насколько часто бессимптомная инфекция сифилисом встречается у человека, но что она не является только результатом экспериментов на лабораторных животных, свидетельствуют наблюдения, имеющиеся почти у каждого практического врача. „При tabes'e, прогрессивном параличе, аорритах и других поздних заболеваниях несомненно сифилитической природы“, говорит Prigge: „очень часто не удается собрать никаких анамнестических данных о бывшей раньше сифилитической инфекции“. Между врачом, убежденным в наличии такой инфекции, и больным, упорно и с наименьшим убеждением и искренностью отрицающим кажущееся ему обидным и ни на чем не основанным предположение врача, создается атмосфера взаимного недоверия, а подчас поведение больного настолько смущает врача, что он отказывается от первоначально правильно поставленного диагноза со всеми вытекающими отсюда отрицательными последствиями. Учение о бессимптомной инфекции укрепляя в подобных случаях позицию врача, позволяя ему правильно ориентироваться в создавшемся положении, окажется еще более ценным, если мы будем твердо помнить о нем и учитывать его значение, как крайне коварного фактора, при практическом разрешении проблемы о рациональной и исчерпывающей борьбе с сифилисом, как социальной болезнью.

Определение воздушности легочных верхушек и ее диагностическое значение ¹⁾.

Р. И. Штекелиса.

(Завед. Легочн.-туб. отд. Одесской окружной б-цы).

Исследование верхушек легких физическими методами в последнее время снова стало занимать врачей; особого внимания это заслуживает

¹⁾ Доложено на объединенной конференции Туб. ин-та и Ассоциации врачей г. Одессы.

в клинике ранних форм легочного туберкулеза. Не получив в ряде предложенных в последние годы способов подсобного исследования вполне надежных и убедительных методов диагностики, вопросу физических методов исследования стали уделять много внимания.

Предлагаемый мною способ исследования верхушек легкого, удовлетворяя обычным требованиям, предъявляемым ко всяким методам, и отличаясь ясностью, простотой и доступностью методики при всех условиях исследования, сводится к определению способности верхушки легкого к расправлению на основании тех физических явлений, которые меняются в зависимости от количественного содержания воздуха в них в разные фазы вдоха и выдоха, от физической структуры, а также от анатомического характера паренхимы легочных верхушек. Поскольку этот способ в известной мере объединяет в себе не только основы аускультации, но и перкуссии, мы позволяем себе предпослать несколько замечаний из физической основы аускультации и перкуссии в той части, которая нас в данном случае может интересовать.

В звуке мы различаем высоту, звучность и длительность. Верхушку легкого мы можем представить себе в виде воздухосодержащего тела, колебания которого нами воспринимаются в виде тона или, вернее, шума того или иного характера. Это тем более вероятно, а для рассматриваемого вопроса важно, что аускультативно и перкуторно мы воспринимаем прежде всего состояние и изменение, которые имеются в исследуемой *участке* органа. Все три качества звука зависят от эластичности тела, в свою очередь связанной с плотностью и напряженностью его массы, и его величины. Несколькими примерами поясню эту мысль. Стальной стержень иначе звучит, чем деревянный—сила звука прямо пропорциональна плотности. Натянутая струна дает более высокий тон, чем расслабленная—высота тона прямо пропорциональна напряженности массы. При постепенном наполнении стакана водой воспринимается все более и более высокий тон, вследствие уменьшения воздушного столба в сосуде. Колокол дает более низкий тон, чем настольный звонок—высота тона обратно пропорциональна объему и массе вещества. Звучащая струна вначале издает более сильный тон, чем в конце—амплитуда колебания прямо пропорциональна силе тона. Применительно к интересующим нас вопросам: чем менее воздушна ткань, тем она плотнее; чем более воздушна, а, следовательно, менее уплотнена ткань, тем ниже, громче и длиннее издаваемый ею тон, а чем ткань беднее воздухом, следовательно, чем более она уплотнена, тем производимый ею тон более высокий, тихий и короткий. Тело является также проводником звука, причем проводимость звука прямо пропорциональна плотности и напряженности массы тела. Воздухосодержащее легкое хуже проводит звук, чем уплотненное легкое. Все эти особенности звука и звукопроводящего тела можно проследить на всех фазах изменения легочной паренхимы под влиянием различных этапов патологического процесса.

При исследовании силы звука учитывается также и сила, приводящая тело в движение, а при сравнении двух звучащих тел, предполагается, что сила в обоих случаях одинакова, так как только в этом случае можно учесть взаимоотношения между силой звука и характером звучащего тела.

Дыхательные экскурсии легкого увеличивают его размеры в нормальном состоянии во всех направлениях, следовательно, это увеличе-

ние касается также и его верхушек. Последние в нормальном состоянии у взрослого поднимаются на 3—5 сант. над ключицами. Если резонатор держать перед ухом и ударять по нему с одинаковой силой и равномерно, то сила воспринимаемого тона будет очевидно меняться в зависимости от емкости резонатора. Верхушки легкого можно уподобить при таком опыте резонаторам, емкость которых меняется в фазах вдоха и выдоха.

Предлагаемый мною способ исследования легочных верхушек основан на их проходимости для воздуха и на способности к постепенному и равномерному расправлению под влиянием нормально глубокого вдоха и постепенно полного выдоха. Технически способ выполняется следующим образом: стетоскоп устанавливается над остью лопатки, на 3 см. снаружи от 7 шейного позвонка, т. е. на середине прямой, соединяющей 7 шейный позвонок и верхний угол лопатки, и, если аускультация производится левым ухом, то средним пальцем левой руки врач равномерно тихими постукиваниями по ключице на середине внутренней ее трети производит звук, воспринимаемый ухом в виде тона определенной силы. Чрезвычайно важно, чтобы начинающий обязательно заставлял пациента вначале спокойно дышать, с целью предварительной ориентировки в отношении абсолютной передачи силы звука. Продолжая равномерное постукивание, заставляют пациента более глубоко, но медленно дышать и ориентируются в том, как меняется звук в разные фазы дыхания. Запомнив результаты воспринятого звука на одной стороне, передвигают стетоскоп на противоположную сторону, устанавливая его на *таком же уровне и месте*, но с другой стороны, выслушивают *тем же ухом* и постукивают *тем же пальцем* по такому же месту *другой ключицы*. Полученные результаты сравнивают, делая выводы о состоянии верхушек на основании полученных акустических впечатлений. Так как не всякий пациент понимает определение „глубокого равномерного вдоха и постепенного полного выдоха“, то рекомендуется такому до исследования предлагаемым способом показать, как необходимо дышать.

Все изложенное выше в части объяснений происхождения звука того или иного характера зависит от состояния верхушек. Вполне ясно, что нормальная эластичность легочных тканей даст постепенное увеличение емкости верхушек, следовательно, количество воздуха будет постепенно нарастать и, достигнув некоторого оптимума увеличения, верхушка начинает постепенно уменьшаться, она спадается, количество воздуха в ней уменьшается, тем самым масса ткани относительно количества воздуха при этом пропорционально увеличивается. Если постукивание приводило в движение ключицу, нижележащие ткани, в том числе и легочную, то при сравнении звука от постукивания мы учитываем, разумеется, только ту разницу в звуке, которая зависит в данном случае от меняющейся массы тела, следовательно легочных верхушек, ибо масса ключицы и подлежащие ткани не меняются в продолжение опыта. Первым и непосредственным результатом при этом способе исследования явится акустическое восприятие постепенного изменения тона под влиянием равномерного и постепенного изменения толщины воздушного слоя: сперва тон кажется достаточно ясным, но постепенно он звучит более отдаленно, достигнув на середине опыта своего оптимума отдаления, а затем становится снова более слышным, принимая к концу выдоха, т. е.

к концу опыта, ту же силу, что и в начале вдоха, т. е. в начале опыта. Чем больше воздуха будут заключать верхушки, тем звук будет ниже, громче и длиннее, причем его оптимум будет совпадать с концом вдоха, т. е. серединой опыта. При постепенном глубоком вдохе и медленном равномерном полном выдохе фаза вдоха по времени практически равна фазе выдоха. Другими словами в нормальном состоянии звук *постепенно становится более низким, длинным, звучит отдаленнее, достигает некоторого, но заметного максимума на середине опыта, постепенно меняется, достигая первоначальной силы к концу выдоха.*

Во всех этих случаях, когда основная предпосылка будет отсутствовать, т. е. при отсутствии постепенного и равномерного, притом максимального расширения легочных верхушек, естественно и изменение характера звука будет иное. Эмфизематозная верхушка, во всех фазах дыхания не меняющая своей емкости с неизменным количеством содержащегося в ней воздуха, естественно не дает никакого изменения звукопроводимости в разные фазы дыхания. Инфильтрированная частично верхушка при относительно нормальном расправлении и эластичности легочной ткани дает нормальную звучность, но усиленную проводимость звука. Фиброзно измененная ткань приводит к минимуму нормальную эластичность ткани и содержание в ней воздуха, а, следовательно, и расправляемость дает максимальное усиление звука и проводимости самой массы ткани, т. е. наиболее высокий, тихий и короткий тон, звучащий почти у самого уха.

Если мы в количестве поступившего воздуха видели усиление среды, задерживающей передачу звука, то второе явление, которое мы воспринимаем стетоскопом—это перкуторно произведенный колебательный тон самой верхушки легкого, т. е. воздушного эластичного органа с некоторым минимумом и максимумом напряжения ткани в разные фазы дыхания. Звучность массы ткани будет отличная в зависимости от того, имеем ли мы эластическую ткань с содержащимся в ней воздухом в той или иной степени напряжения или примесь новой ткани (напр., инфильтрационной) с соответствующим понижением эластического напряжения нормально-легочной ткани; наконец, совершенно иное получится при колебании фиброзной или массивно-импрегнированной ткани, не содержащей воздуха. Чем напряженнее ткань, тем тон будет выше, тише и короче; особенно интенсивно эти качества выявляются там, где сама ткань верхушки массивнее, т. е. уплотнена: тон кажется звучащим у самого уха, не изменяясь на протяжении всей фазы дыхания. Вышеупомянутую постепенность нарастания или выявления звукового эффекта в нормальном состоянии с некоторым, но ясным и четким оптимумом чрезвычайно важно усвоить.

Большое практическое значение мы склонны придавать определению воздушности легочных верхушек при распознавании ранних подключичных инфильтратов. Гинце для их диагностики предложил способ громкой перкуссии при помощи плессиметра межреберного участка под ключицей. Нам всегда удавалось при определении расправляемости верхушки заподозреть подключичный инфильтрат во всех тех случаях, когда мы наблюдали характерное изменение их воздушности. Эти изменения сводились к тому, что при достаточной амплитуде дыхательной фазы

перкуторный тон высокий, короткий, почти не меняется на фазе вдоха и выдоха. Между тем перкуссия верхушек обычным способом по Krönig'u или Goldscheider'u не дает в этих случаях ясных отклонений от нормы.

Предлагаемый способ я не полагаю нужным противопоставлять ныне известным; каждый из них имеет свою ценность, особенно классические способы топографической перкуссии Goldscheider'a, проекция верхушек Krönig'a. В мою задачу входит не столько критика существующего, сколько уточнение исследований физическими методами, наиболее простыми, доступными каждому врачу способами. Поскольку все наши понятия в части акустического восприятия так называемой нормы даются некоторым опытом, постольку предлагаемый мною способ необходимо предварительно испытать на ряде нормальных субъектов и, только освоившись с методикой, перейти затем к случаям патологических изменений в той или иной степени. Не вдаваясь поэтому в критику предложений Szylarz, Einis, Ladack, Hollemanoff, Plesch'a, я позволю себе только указать, что для клиники должно быть чрезвычайно ценно, имеем ли мы возможность суммировать физические явления акустически воспринимать таким способом, при котором легко и просто устраняется влияние постороннего шума, где облегчается наиболее удобным и быстрым способом сравнение состояния обеих верхушек и, наконец, где можно проследить простейшим способом акустическое явление в различных фазах дыхания.

Выводы: Физические методы исследования сохраняют до настоящего времени свою ценность и должны быть просты и доступны каждому врачу. Предлагаемый способ основан на изменении перкуторно вызываемых акустических явлений и воспринимаемых нами аускультативно в зависимости от расправляемости легочных верхушек, поступления и содержания в них воздуха, эластичности легочной ткани, массивности и повышенной напряженности инфильтрированной и фиброзной ткани.

Городская больница г. Колпино.

Прогностическое значение реакции оседания эритроцитов (РОЭ) при ревматическом полиартрите.

М. Л. Мееровича.

Интерес к изучению острого суставного ревматизма за последние годы крайне возрос. По мере более детального изучения различных вопросов, касающихся острого ревматизма, перед нами встают отдельные вопросы чисто практического характера, не получившие еще до последнего времени окончательного своего разрешения, например, когда можно считать больного, перенесшего острый суставной ревматизм, вполне трудоспособным.

Если под термином трудоспособен понимать полное выздоровление, то последнее мы привыкли связывать с исчезновением клинических признаков болезни, как-то: спадение до нормы температуры, восстановление