

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

функции больных суставов и общее хорошее состояние. Руководствуясь указанными данными, мы, однако, являемся свидетелями громадного процента рецидива болезни. По нашим данным 45% больных, перенесших острый суставной ревматизм, будучи выписаны на работу, в среднем через 15 дней после исчезновения клинических признаков болезни, в ближайшие 2—3 недели являются к нам снова. Особенно это заметно в условиях нашей работы, где, обслуживая рабочих крупного металлургического завода (Ижорский завод), мы имеем возможность следить за судьбой каждого ревматика. Заинтересовавшись этим вопросом, я за последние 1½ года стал более детально изучать каждого ревматика с момента поступления его в б-цу, наблюдение это не прекращалось и после выписки на работу.

Всего под наблюдением было 90 человек, из которых 54 с явлениями острого суставного ревматизма, а 36 с явлениями хронического, но являлись к нам в состоянии обострения процесса.

Клиническая картина острого суставного ревматизма общеизвестна, хотелось бы только указать на морфологический состав крови. Обычно на высоте болезни мы, как и другие авторы, находили нерезко выраженный лейкоцитоз (8.000—12.000). Небольшой сдвиг влево нейтрофилов. Реакция оседания эритроцитов 50—120 м.м. в час. По мере улучшения, лейкоцитоз падает, нарастает лимфоцитоз, реакция оседания эритроцитов также замедляется, но неравномерно с исчезновением других признаков болезни. Параллелизм, существовавший между температурной кривой и степенью ускорения Р.О.Э. на высоте заболевания, нарушается. Р.О.Э. еще долго держится на высоких цифрах уже по исчезновении других признаков болезни. Получается впечатление, что больные, перенесшие суставной ревматизм, будучи выписаны на работу с ускоренной Р.О.Э., как правило, в ближайшее время возвращаются к нам с жалобами на боли в суставах, тахикардию, одышку и субфебрильную лихорадку.

Указанное постараюсь иллюстрировать отдельными примерами.

Случай № 11. Рабоч. Иж. завода Ф.

15/IX. День поступления в б-цу. T° 38,0—39,0°. Припухлость суставов нижних конечностей и кистей рук. Сердце митральной конфигурации. Легочной акцент на арт. Сistol. шум у левого края грудины. Лейкоцит. 10.000, палочк. 9%, сегмент. 52%, лимфоц. 24%, моноц. 5%, эоз. 0%. Р.О.Э. 80 м.м. в час. Через 10 дн. Умеренная тахикардия, функция суставов восстановилась. T° N. Р.О.Э. 35 м.м. в час. Через 25 дн. Лабильность пульса. T° N. Лейкоцит. 8.000, пал. 10%, сегм. 50%, лим. 30%, мон. 8%, эоз. 2%. Р.О.Э. 25 м.м. в час. Выписан на работу. Через 6 дней после выписки. T° 37,5°. Выраженная тахикардия. Боли в суставах. Лейк. 9.000, пал. 9%, сегм. 55%, лим. 26%, мон. 9%, эоз. 1%. Р.О.Э. 35 м.м. в час. Через 4 нед. после второго поступл. Пульс не частит, стойкий митральный порок. Клин. выздоров. Лейкоц. 8.000, пал. 8%, сегм. 50%, лимф. 35%, мон. 9%, эоз. 1%. Р.О.Э. 8—12 м.м. в час. Вторично выписан. За 1½ года не возвращался.

Случай № 6. День поступления. T° 38,5°. Явления остр. полиартрита. Сердце перкуторно N. Тоны приглушены. P. 95. Лейк. 11.200, пал. 6%, сегм. 62%, лимф. 25%, моноц. 5%, эоз. 2%. Р.О.Э. 70 м.м. в час. Через 22 дня. Клиническое выздоровление. Сердце N. Р.О.Э. 80 м.м. Лейк. 7.000, пал. 6%, сегм. 54%, мон. 25%, лимф. 32%, эоз. 1%. Р.О.Э. 9 м.м. в час. Выписан на работу. В течение года не возвращался.

Случай № 22. День поступлен. Явления острого полисерозита (плеврит, перикардит и полиартрит). Сердце увеличено, систол. шум на верхушке. Лейк. 12.000, пал. 9%, сегм. 61%, лимф. 22%, мон. 8%, эоз. 0%. Р.О.Э. 110 м.м. в час. Через 2 недели. T° временами субфебрильная, систол. шум более грубый у края грудины. Явления полисерозита исчезли. P. 110'—120'. Лейк. 8.000, пал. 11%,

сегм. 50⁰/₀, мон. 8⁰/₀, лим. 30⁰/₀, эоз. 1⁰/₀. Р.О.Э. 60 м.м. в час. Через 3 недели. Явления те же, общее состояние хорошее. Морфология крови: без изменений. Р.О.Э. 45 м.м. в час. Через 4 недели. Жалоб никаких. Объективно без особых изменений. Лейк. 7.600, пал. 12⁰/₀, сегм. 50⁰/₀, лимф. 29⁰/₀, мон. 8⁰/₀, эоз. 1⁰/₀. Р.О.Э. 55 м.м. в час. Через 30 дней. Т° 37.0°—37.4°. Пульс 120'. Боль в суставах. Морфология крови: без изменений. Р.О.Э. 60 м.м. в час. Через 6 нед. Клинически выздоровление, митральный порок. Лейк. 7.200, пал. 7⁰/₀, сегм. 50⁰/₀, лимф. 32⁰/₀, мон. 10⁰/₀, эоз. 1⁰/₀. Р.О.Э. 11 м.м. в час. Выписана на работу. Больше не являлась.

Случай № 13. День явки к врачу. Явления острого полиартрита. Сердце N. Р. 90'. Т° 38,5°. Лейк. 9.200, пал. 5⁰/₀, сегм. 62⁰/₀, лимф. 27⁰/₀, мон. 6⁰/₀, эоз. 0⁰/₀. Р.О.Э. 65 м.м. в час. Через 20 дн. Самочувствие хорошее. 1⁰ стойко нормальная. Сердце несколько расширено в поперечнике, глуховатость тонов. Лейк. 8.000, пал. 8⁰/₀, сегм. 55⁰/₀, лимф. 32⁰/₀, мон. 4⁰/₀, эоз. 1⁰/₀. Р.О.Э. 30 м.м. Выписан на работу. Спустя 6 дн. после выписки. Явления остр. полиартрита, сердце без измен. Лейк. 9.000, пал. 6⁰/₀, сегм. 60⁰/₀, лимф. 30⁰/₀, мон. 4⁰/₀, эоз. 0⁰/₀. Р.О.Э. 50 м.м. в час. Через 24 дн. Сердце—глухие тоны. Р. 90'—100'. Лабильность пульса. Т° N. Морфология крови: без особых изменений. Р.О.Э. 30 м.м. в час. Выписан на работу. Через 5 дн. снова возврат. Тахикардия. Сердце расширено в поперечнике, припухлость суставов. Лейкоц. 8.000, лейкоц. формы без особых изм. Р.О.Э. 50 м.м. в час.

Подобных примеров можно было бы привести много, но уже указанные случаи с достаточной убедительностью указывают на Р.О.Э., как на тонкий биологический метод, посредством которого мы можем следить за ходом течения болезни, предсказывать всякое обострение процесса за несколько дней раньше, чем выявляются другие признаки, с одной стороны, а с другой, что при исчезновении клинических признаков болезни, но при наличии ускорения Р.О.Э., нужно быть крайне осторожным с признанием подобных субъектов здоровыми, ибо, как правило, у них имеется скрытый кардит, который выявляется более рельефно в дальнейшем. И может быть, вина упорных рецидивов болезни, есть наша вина, когда мы выписываем больных на работу с незаконченным процессом.

Надо отметить, что в тех случаях, когда Р.О.Э. после перенесенного острого суставного ревматизма быстро возвращалась к норме, мы не могли обнаружить каких-либо изменений со стороны сердца, что и подтверждалось дальнейшим наблюдением. У другой группы больных, выписанных на работу без каких-либо клинических признаков болезни, но с ускоренной Р.О.Э., довольно скоро появлялись жалобы на усталость, появлялась тахикардия, время от времени субфебрильная температура. Одновременно с этим нарастали явления со стороны сердца, тоны становились более глухими, появлялись те или иные шумы, иначе говоря, выявлялась картина поражения сердца.

Относительно второй группы больных, которые являлись к нам в состоянии обострения хронического процесса, то в 60⁰/₀ у них были в анамнезе перенесенный острый суставной ревматизм, в 40⁰/₀ время от времени появлялась боль в тех или иных суставах, часто с припуханием последних. В 90⁰/₀ указанных случаев имелись изменения со стороны сердца, большей частью, в виде комбинированного митрального порока, а в отдельных случаях мышечная его недостаточность вследствие миокардита. Температура в момент явки субфебрильная (37⁰,2—37⁰,8). Со стороны крови: лейкоцитов 6.000—10.000, палочковидных элементов 5—10⁰/₀, сегментированных—40—60⁰/₀, лимф. 25—35⁰/₀, мон. 4—12⁰/₀, эоз. 0—4⁰/₀, Р.О.Э. 25—50 м.м. в час. Степень ускорения Р.О.Э. соответствовала степени тяжести случая.

В этой группе, так же как и в предыдущей, по мере исчезновения клинических признаков обострения болезни, замедлялась также и Р.О.Э., но в отдельных случаях и здесь не наблюдали параллелизма между степенью замедления Р.О.Э. и исчезновением местных явлений, т. е. в тех случаях, когда наряду с обострением процесса со стороны суставов имели и обострение процесса со стороны сердца, Р.О.Э. долго держалась на высоких цифрах, несмотря на исчезновение местных явлений.

Из Терапевтической клиники Гос. ин-та для усовер. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Директор-проф. Р. А. Лурья).

Применение пива в качестве повторного пробного завтрака.

Ассистента А. Я. Плещицера.

(С 11 крив.).

Применение повторных завтраков для определения секреторной функции желудка известно давно. Еще в 1901 г. Зимницкий сообщил о своих опытах с повторным подкармливанием собак, оперированных по способу Heidenhain—Павлова, которым давали на первый пробный завтрак 200 грамм белого хлеба и через 2 часа еще раз 200 грамм белого хлеба; позднее Зимницкий сообщил о повторном подкармливании двух больных и параллельно двух здоровых, которым давали сначала один завтрак, состоявший из 35 гр. белого хлеба, 250 к. с. чая и по прошествии часа давался такой же завтрак повторно. В 1922 и 1923 г. г. Vándorfy опубликовал свои данные о применении повторных завтраков как „Belastungsprobe“. В 1922 г. проф. Зимницкий сообщает о своей методике исследования желудочной клетки и в течение последнего десятилетия метод повторного завтрака (мясной бульон) пропагандировался им и его учениками для определения типов желудочной клетки (нормальный тип, астенический, инертный, изосекреторный и торпор) и указывалось на обратимость этих типов.

Мнения авторов о ценности методики Зимницкого разделились. Одни рекомендуют метод Зимницкого (Егоров, Татаринов и др.), другие делают ряд возражений (Р. А. Лурья, Черногубов и Лурье, Германов и др.), указывая на то, что суммирование кислотности в течение первого и второго часа и разность полученных слагаемых ничего не определяет, т. к. одна и та же разница может быть и при небольших цифрах кислотности и при высоких цифрах. Все же ряд работ с применением повторного завтрака говорит о том, что изыскания в этом направлении не исчерпаны и необходимы еще дальнейшие наблюдения.

Многими авторами методика Зимницкого изменяется, так напр., применяются 2—3 завтрака во время одного исследования и т. д. Vándorfy в первый день дает больному пробный завтрак Boas-Ewald'a и через 45 минут добывает желудочный сок. На другой день через 45 минут после дачи такого же завтрака, он, не извлекая желудочного содержимого, дает больному повторно тот же завтрак, причем содержимое извлекается лишь через 45 минут после второго завтрака. Аналогичную