

## ЗНАЧЕНИЕ ОСМОТРА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Доц. Л. И. Коробков.

**А главное, смотреть!** Настаивал Гиппократ.

«Конечно, Гиппократ был гениальным врачом для своего времени. Ну, а мы, ведь, с тех пор так далеко ушли, что... нам можно и не смотреть». Есть самые серьезные основания опасаться, что врачи и в частности терапевты (в массе) держатся именно такого взгляда. За это говорят факты. Приходится постоянно наблюдать, как от анамнеза они переходят непосредственно, например, к аускультации. Можно было бы думать, что они производят осмотр во время расспрашивания больного, как это, например, советует Захарьин. Но, оказывается, и этого нет. Изменения внешнего вида больных, и подчас весьма выраженные, ускользают от их внимания, и, таким образом, совершенно не фигурируют при построении и обсуждении заключения. Между тем такое игнорирование осмотра до крайности вредно отражается на диагнозе. Мне близко известно несколько случаев, когда была просмотрена резкая анемия при разрыве беременной трубы. Причем одну из больных смотрело несколько врачей. И они были весьма удивлены, когда спустя некоторое время узнали, что больная отправлена на операцию. В другом таком случае было смущающее обстоятельство в виде рвоты, которую б-ная связывала с якобы недоброкачественной колбасой<sup>1)</sup>.

По счастью, эта больная не была отпущена домой после «промывания желудка», а помещена в стационар. Здесь уже и обратили внимание на ее особенную бледность.

Однажды ко мне в отделение поступила б-ная с запиской — «Декомпенсация сердца». Оказалось: очень слабый пульс; расширения сердца не отмечается; никаких отеков; на цианоз нет и намека, зато резко бросается в глаза бледность («как бумага»). Оказалось внутреннее (кишечное) кровотечение, мысль о котором должна была возникнуть уже по одному осмотру.

Просматривается Адиссонова болезнь (например, в карточке одного адиссоника значилось: «выраженное малокровие»), цианоз и пр. А про изменение окраски лица при хронической малярии врачи часто просто не знают. И в случаях ее обострения упорно и единодушно пишут: грип. Пожалуй, чаще других внешних из-

<sup>1)</sup> Такую всегдашнюю склонность больных и врачей приписывать разные тяжелые явления накануне съеденной пище особенно критикует в своей книге М. М. Виккер («Острый живот». 1936. Пятигорск). И это ему следует поставить в огромную заслугу.

менений констатируется желтуха. И то иногда потому, что сами больные привлекают внимание врача к этому обстоятельству.

На первый взгляд это явление, этот *modus* — не придавать значения осмотру кажется чрезвычайно странным. Однако, если несколько вдуматься, то можно уловить кое-какие нити. И эти нити приведут нас к школе. Возьмем учебные книги по диагностике и частной патологии и терапии. Здесь, повидимому, пальма первенства должна принадлежать книге Киндборга. В ней осмотр находится в полнейшем пренебрежении. По счастью, эта книга в достаточной мере устарела и на русском языке не переиздается. Однако, ведь ее читали и по ней учились многие, да и сейчас еще кое-кто берет ее в руки. Недалеко от Киндборга ушла в этом отношении и одна советская относительно молодая книга, что уже является весьма прискорбным. Я имею в виду сборную диагностику, изданную под редакцией Левина и Плетнева в 1928 г. Осмотру в ней уделено лишь несколько страниц. И это при общем громадном объеме книги. Также и во многих других распространенных книгах и учебниках главы и отделы об осмотре во всяком случае не блещут полнотой, чтобы не сказать больше. А если где осмотр излагается полнее и подробнее, то неуклонно страдает само изложение. Оно носит характер простого перечисления заболеваний, при которых встречается данный внешний признак. Например, у Сали. Цианоз бывает при таких-то и таких-то болезнях. Следует длинный перечень. Весьма сомнительно, чтобы здесь можно было чему-нибудь научиться. Память отказывается удерживать такой материал. От этого чисто схоластического недостатка не свободны и те книги, где осмотр изложен значительно лучше. Я хочу этим сказать, что в книгах очень мало указаний на значение известных сочетаний внешних признаков, т. е. цельных инспекционных картин определенных заболеваний.

С целью иллюстрации позволю себе привести два кратких примера обычных инспекционных картин. 1. Перед нами больная: глаза несколько блестят; лицо лихорадочное, чуть цианотичное; на одной щеке выраженный румянец; *herpes labialis*; дыхание учащено, видно некоторое раздувание крыльев носа; одна сторона грудной клетки слегка отстает при дыхании; сухой, короткий кашель; порывы к кашлю очень настойчивы, и заметно, что он весьма болезненный, но б-ная старается его удерживать. Это картина острой лобарной пневмонии. 2. Мужчина, возраст средний. Лицо несколько одутловатое, красного цвета с цианотично-багровым оттенком. Вздутые вены на лбу. Шея короткая, толстая. Грудинно-ключичные мышцы напряжены. Плечи приподняты. Сидит, опершись руками. Дыхание ясно затруднено. Грудная клетка короткая, бочкообразная. Межреберья в нижних отделах втягиваются с каждым вздохом. Заметна подложечная пульсация отрицательного (втягивающего) характера. Полагаю, что нет нужды называть это, легко и точно определяемое по наружному виду, заболевание.

Не лучше, чем в книгах, обстоит дело и с устным преподаванием. Я что-то не слышал, чтобы осмотру где-либо уделялось хо-



тя бы половина того времени, которое тратится на перкуссию и аускультацию. Как правило, об осмотре говорится лишь вскользь. В полном согласии и единении почти все авторы и преподаватели рекомендуют начинать исследование б-ного обязательно с анамнеза. Иначе на это смотрят лишь единицы. Совсем плохо обстоит дело с разработкой и совершенствованием методики осмотра. Работы в этом направлении представляют редчайшее исключение. Создается таким образом впечатление, что осмотр находится в загоне, где-то на задворках диагностики.

Собственно говоря, у нас хромает и сама терминология. В русской диагностической литературе слово «осмотр» соответствует латинскому термину *inspectio*. Такой перевод вряд ли можно признать вполне точным. Правильнее было бы говорить: рассмотрение. Затем, к сожалению, в нашем обычном представлении осмотр чрезвычайно часто сочетается с определениями: предварительный, беглый, поверхностный. Кстати сказать, не это ли и повело отчасти к такому распространенному неправильному пониманию значения осмотра? По самой же сущности дела осмотр должен быть тщательным, подробным, а главное — вдумчивым, пусть хотя бы и быстрым. Тут отмечается каждая особенность, каждое изменение. Причем не только отмечается, а и всегда оценивается с диагностической точки зрения. Поэтому м. б. целесообразнее говорить не «осмотр», а «инспекция», по аналогии с терминами—перкуссия, аускультация, пальпация. Однако, учитывая привычку в терминологии, допустимо сохранить слово «осмотр», но с условием понимать его в указанном смысле.

Для того, чтобы проникнуть возможно глубже в значение осмотра необходимо обратиться к самому органу, посредством которого осмотр производится. Глаз — это наш самый совершенный инструмент. Зрение — это наиболее тонко организованное чувство, дающее возможность получать самые точные результаты. Сравнительные психо-физиологические исследования показывают, что как низший, так и разностный порог зрительных раздражений весьма мал. Между тем, как низший порог для слуховых раздражений велик, именно он в 10 раз больше зрительного. Еще больше разностный порог слуха, он в 30—60 раз больше зрительного. Проф. Чиж пишет в своей монографии <sup>1)</sup> об экспериментах в лаборатории проф. Вундта «в некоторых исследованиях разностного порога для слуховых раздражений мы замечаем весьма неуверенно и, главное, лишь в большей части случаев, а не всегда—нарастание интенсивности раздражения на  $\frac{1}{3}$ ; весьма большое влияние на результаты опытов оказывает состояние организма, расположение духа и т. п.; такие ощущения по их неясности, по неуверенности, не имеют ценности у кровати больного. Не говорю уже о том, что у кровати больного мы не находимся в тех условиях, как в лаборатории». Таким образом слух, на котором еще до сих пор, главным образом, строится внутренняя диагностика, оказывается, по сравнению со зрением, грубым чувст-

1) Проф. В. Ф. Чиж, Методология диагноза. Изд. «Практ. мед.», 1913 г.

вом. Затем слуховые раздражения ясно воспринимаются лишь в том случае, если они достаточно продолжительны. Поэтому легко поддаться внушению, ошибиться, если звуковые раздражения непродолжительны и быстро сменяют друг друга. Примером из области диагностики может служить аускультация сердца. Действительно, сколько требуется напряжения, внимания, опыта и привычки, чтобы научиться улавливать и дифференцировать сердечные тоны и шумы. И все же многим это совершенно не удается. Да и опытному клиницисту-терапевту приходится иногда воздерживаться от локализации клапанных поражений, если имеется тахикардия и аритмия, и выжидать урегулирования сердечной деятельности. Наконец, нельзя не согласиться с Чижом, что во всех областях знания в качестве способа исследования пользуются почти исключительно зрением — кроме диагностики внутренних болезней. Попробуем взять более близкие нам естественные науки. Химия во всех разновидностях, физика, физиология, бактериология, зоология, анатомия, гистология и т. д. Способ познания — зрительный. Да и некоторые отрасли чисто практической медицины, как дерматология, офтальмология, в качестве орудия восприятия применяют лишь глаз. Но это еще не все. Далеко ли мы ушли со времени введения в диагностический обиход перкуссии и аускультации? Зато какой колоссальный шаг вперед мы сделали с введением в диагностику лабораторной и инструментальной методики! «Все улучшения и завоевания диагностики состоят в том, что с помощью различных приспособлений зрению становится доступным то, что непосредственно видеть нельзя» (Чиж). Термометрия, тонометрия, кардио-сфигмография, микроскоп, рентген, различные эндоскопии, химические реакции и т. п. Причем такое стремление все переводить в область зрения не обнаруживает тенденции ослабевать и сейчас.

Что же это такое, как не признание за зрением исключительно главенствующей роли в деле научного познания (и молчаливое признание несовершенства слуха)? Поэтому, разве не следует широко использовать зрение в диагностике внутренних болезней также и непосредственно, без помощи каких-либо приборов и приспособлений? В сущности вопрос весь в том — насколько та или иная болезнь проявляется в изменении внешности больного. Но раз изменения есть, и они более или менее характерны для определенного заболевания, — эти изменения должны быть учтены и правильно истолкованы. У наших врачебных предков почти не было в распоряжении иной методики, кроме осмотра. И они его сумели использовать, хотя не могли далеко повести его развитие и совершенствование. Стало это возможным лишь с введением точных проверочных методов, т. е. с развитием хирургии, с введением патолого-анатомических секций (систематических) и с ростом лабораторной и инструментальной методики. Конечно, мы находимся в неизмеримо лучших условиях. Мы постоянно имеем возможность проверять наши диагностические предположения, построенные на осмотре, и, таким образом, совершенствовать методику осмотра.

Теперь перейдем к чисто практическому приложению осмотра. Он полезен нам в высокой степени в стационаре, но еще более в амбулатории, в поликлинике. Там нехватает времени на подробный анамнез, не говоря уже о тщательной перкусии, аускультации или пальпации. Все эти методы при попытке применения их *lege artis* сейчас же становятся пожирателями времени. Меньше всего имеет претензий на время осмотр, а иногда дает прямо мгновенные результаты. Но это только одна сторона дела, есть другая, тоже немаловажная. Принято признавать регулятором всего исследования анамнез. Но, в действительности, осмотр может быть — сплошь да рядом — регулятором самого анамнеза. На самом деле, к чему нам производить предварительное подробное расспрашивание больного, когда бывает, что болезнь, так сказать, написана на его внешности. Тут может быть только доспрашивание, причем анамнез сразу же направляется в определенную сторону. И таким порядком сильно экономится время. Цианоз, желтуха, анемия сейчас же нам дают в руки нити для анамнеза. В большей степени делает это внешний признак, характерный для небольшого количества болезней, например, herpes и проч. Поэтому в общей методике исследования на первое место следует выдвинуть осмотр. Однако сторонников такого взгляда пока немного. Проф. Яновский <sup>1)</sup> в своем учебнике диагностики пишет: «Практически исследование больного ведется в том естественном порядке, как и научное исследование всякого предмета. Начинают обыкновенно с осмотра». Проф. Мартини <sup>2)</sup> тоже определенно заявляет, что исследование больного начинается с того момента, как только он попадает в поле зрения врача.

Рассмотрим обстоятельства и случаи, когда осмотр может оказать нам помощь и услуги в деле исследования больного.

Осмотр суживает круг наших исследований. Допустим, что перед нами больной с герпесом лица. Мы должны идти прежде всего по линии наиболее частых причин герпеса. Поэтому мы сразу же должны подумать о следующем: это — или малярия (первая по частоте причина герп.), или крупозная пневмония, или эпидемический менингит, или возвратный тиф. Значительно реже герпес встречается при ангине, гриппе, еще реже при некоторых других заболеваниях. Например, герпес может встретиться и при брюшном тифе. Но это уже большая редкость. Все же количество болезней с герп. невелико, и рассуждение способом исключения на практике обычно быстро приводит к цели.

Подобно герпесу, видимый нами у б-ного румянец точно также ограничивает поле наших исследований. Причем его особенности можно использовать для более точных указаний. Это может быть здоровый румянец, определяемый как по самой окраске, так и по общему виду человека. Румянец с цианотическим оттенком заставляет подумать о заболевании сердечно-сосудистой системы. Резко очерченный румянец, главным образом, на скулах, при об-

1) М. В. Яновский, Клиническая диагностика внутр. б-ней, 1910.

2) Die unmittelbare Kranken-Untersuchung, 1927.

щей худобе, часто астеническом сложении, блестящих глазах и пр. — уверенно направляет нас в сторону легочного туберкулеза. Румянец у немолодого, чаще полного человека с коричневым оттенком, расположенный, как говорят, в виде бабочки — указывает на нарушение обмена в сторону артрита. Односторонний румянец наводит на мысль о крупозной пневмонии. Румянец при общей красноте лица, возбужденном виде, учащенном дыхании и пр. — лихорадочный румянец. Разумеется, в рассуждении приходится учитывать возможность появления румянца вследствие холода, жары, движений, возбуждения, алкоголя и пр.

Осмотр часто наводит на верную мысль. Если мы видим в приемной б-ного, сидящего не на стуле, а на корточках у стены с согнутым туловищем, притянутыми коленями и с руками, поджатыми на животе, — то это сейчас же должно возбудить в нас мысль о язве желудка или 12-перстной кишки. Именно эти больные часто принимают такие позы во время болей. За то же самое говорят и следы щипков на животе, т. к. иногда язвенные больные щиплют себя с целью отвлечения боли. Если перед нами больной среднего возраста, с анизокорией, то, хотя для этого и не мало причин, — мы должны подумать, главным образом, о нарушении соответствующей симпатической иннервации, для которого могут быть свои особые причины. В частности есть два заболевания, которые обычно сопровождаются анизокорией. Это — *tabes dorsalis* и медиастинит. В первом случае патологическим будет узкий зрачок. При медиастините же — широкий (признак Кирша). Для того, чтобы установить, который зрачок патологический, стоит лишь проделать опыт Вальсальвы. Резкое расширение одного зрачка сейчас же заставляет заподозрить предшествующую атропинизацию. Если мы у своего пациента при ярком дневном свете видим оба зрачка широкими, то это наводит на мысль о сильной функциональной невропатии, а нередко это бывает при туберкулезе. Если у нашего б-ного пальцы рук (а также и ног) имеют на концах утолщения, то это является указанием прежде всего на врожденный *vitium cordis*, бронхоэктазии (или полости в легких иного происхождения), а иногда на *endocarditis lenta*, еще реже на другие причины. Симптомов этих заболеваний и следует искать в первую голову. Распространенный *pithiriasis versicolor* бывает иногда спутником легочного туберкулеза. За выраженным разлитым ихтиозом тоже нередко скрывается туберкулез легких (Нейман).

При наличии явлений бронхита с повышенной температурой — некоторая цианотичность лица, в связи с раздуванием крыльев носа при дыхании, дают нам основание заподозрить глубокое поражение легочной ткани (центральная пневмония, милиарный тбк и др.).

Теперь попробуем рассмотреть значение широких групповых признаков, т. е. признаков, свойственных очень многим заболеваниям.

Цианоз. Если перед нами больной с цианозом, то круг наших исследований все же ограничивается. Ограничение получается не-



смотря на то, что цианоз является симптомом весьма большой серии заболеваний. При этом нет никакой нужды держать в голове весь этот список болезней. Нужно итти, во-первых, по линии наиболее частых заболеваний, дающих цианоз. Во-вторых, — следует поискать сопутствующие цианозу другие признаки из внешнего вида больного, т. е. направиться в сторону сочетаний (инспекционных картин). Допустим, что мы имеем перед собою комбинацию цианоза и желтухи. Этот симбиоз весьма характерен для сильных степеней расстройств компенсации при пороках сердца. И вообще наиболее частой причиной цианоза оказывается затруднение сердечной деятельности. Это и следует искать в первую очередь, тем более, что мы одновременно наблюдаем одышку и проч. Если цианоз сочетается с общим лихорадочным видом или бледностью, то это обычно указывает на некоторые инфекционные заболевания, как пневмония, сепсис, милиарный туберкулез, тифы и проч. Когда цианоз резко выражен, причем в нем преобладает определенно синий оттенок, то это, при наличии сильного затруднения дыхания, говорит за большой пневмоторакс. Багровый оттенок цианоза при отечности лица и шеи может служить указанием на опухоль средостения и т. д.

Бледностью, анемией сопровождается тоже большое количество болезней. Для того, чтобы по одному уже осмотру выделить отдельные заболевания, опять-таки часто приходится прибегать к способу группировки сопутствующих признаков, т. е. к установлению сочетаний. Имеют, правда, значение и самые оттенки бледности. Анемия на почве внутренних кровотечений характеризуется, как говорят, «мертвенной бледностью». Здесь имеется настоящее обеднение кровью тканей, поэтому обескровлены и бледны губы, конъюнктивы и т. д. Иное впечатление получается у страдающих легочным туберкулезом <sup>1)</sup>. Бледность (анемия) при карциноме желудка очень варьирует по своей силе и выраженности. Проф. Н. К. Горяев постоянно подчеркивает это обстоятельство. Но все же там, где она выражена, она обычно имеет своеобразный оттенок. Тут бледность часто сочетается с присутствующей раковым больным землистой, кахектической окраской. Специфический вид представляет анемия также у тифозных реконвалесцентов, у лейкемиков, у маляриков, у почечных больных, иногда у люетиков и т. д. Что касается так называемой первичной анемии, то она тоже часто характерна по внешнему виду. Бледность с чуть желтоватым оттенком; лицо несколько одутловатое; язык тонкий, гладкий, атрофичный (Гунтеровский язык), с более яркой окраской.

Пожалуй, меньше всего стоит говорить о желтухе. Как я уже указывал, этот признак больше всего привлекает внимание как больных, так и врачей. Но для частной диагностики желтуха сама по себе имеет очень небольшое значение. Конечно, если перед вами, например, б-ная с желтухой в бессознательном состоянии, иногда с судорогами, — то это наводит на определенные размыш-

<sup>1)</sup> Смотри об этом ниже.



ления. Установление величины печени и данные морфологического исследования крови нашу мысль стабилизируют. Некоторое диагностическое значение имеют, правда, оттенки желтушного окрашивания.

Осмотр может давать и прямые указания. Ногти в виде перевернутого часового стеклышка являются указанием на существующий амилоид (Нейман). Втягивающий, иначе говоря отрицательный, верхушечный толчок говорит по большей части за слипчивый перикардит. Подложечная пульсация отрицательного характера говорит, если она не резко выражена, за неврастению или эмфизему (Образцов). Сильно выраженная отрицательная подложечная пульсация указывает на расширение и гипертрофию правого желудочка. Именно такая пульсация и дала в свое время опорный пункт известному профессору Казанск. ун-та Н. А. Виноградову для его замечательной диагностики стеноза ветви легочной артерии. Положительная пульсация в подложечной области—это или передача пульсации брюшной аорты, или пульсирующая печень. Не составляет большого труда разобраться в этом, если проследить распространение пульсации. Уклонение в сторону трахеи говорит за сморщивающие и смещающие процессы в грудной полости (фиброз вследствие различных причин, экссудативные плевриты, пневмоторакс, tumor). *Striae capillares et venosae* укажут, что в данном месте имеется застой вследствие инфильтрации, спаек или сдавления опухоли.

Осмотр дает возможность исправлять диагностические ошибки.

Мне приходилось слышать, читать, да и самому быть свидетелем известного ряда однотипных ошибок. Например, когда больные долго и безрезультатно лечатся от болезни желудка или печени. Продолжается это до тех пор, пока какой-нибудь наблюдательный терапевт, взглядываясь в лицо б-ного, обнаруживает оттенок цианоза и таким путем добирается до сердца. Обнаруживается, и иногда даже неафонический, порок сердца. Симптоматика же в этих случаях сводится к так называемой *asistolie hepaticue* французских авторов <sup>1)</sup>. Что хроническая, время от времени обостряющаяся малярия идет в амбулаторной практике под всевозможными ярлыками (чаще всего почему-то пользуются диагнозом гриппа, как уже указывалось), — это повсеместно и повседневно наблюдаемый факт. С одной стороны, это происходит, конечно, от незнакомства с семиотикой этой *malaria larvata*, а с другой — от незнания особенностей внешнего вида малярика. Между тем как, начиная с Лаверана, все изучающие малярию (Невядомский, Демьянов и мн. др.) постоянно твердят, что малярия дает характерные изменения лица, в особенности у людей, проводящих много времени на воздухе. Таким образом уже один осмотр выявляющий ту особенную темную, коричневатую-серую окраску лица, — позволил бы исправить эту массовую ошибку. А вот пример ошибки почти противоположного свойства. Б-ной лечится в

<sup>1)</sup> Т. е., когда декомпенсация, застой (избирательно) локализируются в печени.

своем городке, затем приезжает в большой город и, наконец, в город, где есть мединститут и клиника. Ежедневно вечером повышается температура до 39° и выше, иногда с предшествующим ознобом, после жара обычно пот. Всеми лечившими его врачами устанавливается малярия и порок сердца. Систематическое лечение — без результата. На приеме в клинике обнаруживается: большая плотная селезенка, порок сердца с выраженными шумами и дилатацией сердца. Никаких признаков специфической малярийной окраски лица, а взамен того резкая бледность, причем концы пальцев рук определенно утолщены. На основании этого выдвигается единое объяснение всех имеющихся у него явлений: *endocarditis lenta*. В стационаре клиники подробный анамнез (указание на скоропреходящие парезы конечностей), исследования (гематурия и др.) и наблюдение больного полностью подтверждают эту диагностику. Через некоторое время наступила смерть вследствие мозговой эмболии (как обычно и бывает при этом заболевании). Секция, собственно, лишь выяснила некоторые детали. Таким образом, если не пользоваться осмотром, как это, видимо, и делали лечившие б-ного врачи, то действительно, диагностика малярии и порока сердца, как-будто, не вызывает сомнений. Между тем, осмотр в состоянии сразу же не только указать на ошибку, но и привести к правильному диагнозу.

Осмотр играет большую роль в дифференциальной диагностике.

Например, при наличии полости в легком имеет большое значение состояние общего питания. Если перед нами истощенный человек, то следует скорее подумать о туберкулезной каверне. При сохраненном или даже повышенном питании полость в легком обычно бывает бронхоэктатического происхождения. При болях в правой половине верхнего отдела живота у худощавого мужчины мы должны искать язву 12-перстной кишки. Тогда как у полной женщины эти боли являются симптомом заболевания желчного пузыря (Мойнихем). У тяжелого лихорадочного б-ного в первые дни одутловатость лица и гиперемия конъюнктив говорят больше в пользу сыпного тифа еще до появления сыпи. Известно, что в эпидемию это нам оказывало услуги. Даже и то, как больной ворочается со спины на бок, когда вы просите его это сделать для пальпации селезенки, — имеет известное значение. Сколько оханья и стонов у б-ных с возвратным тифом, в то время как б-ные с сыпным тифом ворочаются сравнительно тихо и легко. При неопределенной ангине малиновый язык указывает на скарлатину. Также направляет нашу мысль в определенную сторону обложенный язык, у которого края и кончик (в виде треугольника) свободны.

Иногда осмотр обнаруживаются внешние признаки, настолько характерные для определенного заболевания, что становится возможным поставить провизорный диагноз уже по одному внешнему виду. Не говоря об инфекционных болезнях, сопровождающихся характерной сыпью, отметим, что и чисто терапевтические болезни поддаются такому распознаванию. Развитый тубер-

кулез, раковая кахексия — все это видно с первого взгляда. Нефроз в периоде отеков тоже легко распознается по отечности лица в сочетании с довольно значительной бледностью. Если мы у пациента, когда он еще одет, замечаем, что голова или даже все туловище ритмически покачивается или даже дергается, то у нас сейчас же должна возникнуть строго определенная ассоциация. И на самом деле она находит свое подтверждение у раздетого б-ного в виде резкого усиления пульсации артерий, что носит название «пляски сосудов». Значит, перед нами б-ной с недостаточностью клапанов аорты. Дело уже дальнейшего исследования установить этиологическую диагностику (Гаусман). Видимая перистальтика желудка (*magensteifung*) выдает нам сужение привратника. Но нельзя того же сказать о видимой разлитой перистальтики кишок, т. к. таковая может наблюдаться при расслабленных покровах живота без стеноза, однако обычно связана с опущениями и острыми перегибами (Финстерер). Однако сосредоточенная в одном месте мощная перистальтика кишечника тоже бывает лишь при сужении. В ставшем теперь почти библиографической редкостью учебнике дифференциальной диагностики проф. Савельева на обложке и заглавном листе имеется фотография. Она изображает мальчика-диабетика. Бросается в глаза сочетание контрастов: резкое общее истощение и одутловатое лицо с большими мешками под глазами. Думаю, что эта фотография много раз помогала выловить диабет знакомым с этой книгой. А, ведь, далеко не редкость, что диабетик обходит несколько врачей, прежде чем прислушаются к его анамнезу. Иногда дело выясняется только исследованием мочи, которое делается вследствие ложного подозрения о нефрозе.

Очень большое значение имеет осмотр в той области внутренних болезней, которая за последние десятилетия выделилась в самостоятельную дисциплину. Я имею в виду туберкулез. Более или менее развитый легочный процесс сопровождается довольно характерной просвечивающей бледностью. Иногда такая бледность сочетается, при одновременном существовании малярии, с темноватой окраской лица. При вспышках гематогенно-диссеминированного тбк наблюдается общая равномерная умеренная бледность при относительно сохранившейся окраске губ. Глаза при тбк, в особенности при развитом процессе, в частности при экссудативно-казеозных формах — весьма характерны: синеватые склеры, глазная щель несколько расширена, постоянно широкие зрачки, даже днем при ярком свете, все это соединяется с каким-то особенным блеском глаз. Под ключицами, в над- и межлопаточном пространстве часто наблюдается наличие мелких сосудов, как следствие инфильтративных или фиброзных процессов в легком и сопутствующих процессов в медиастинальной и париетальной плевре. Это явление можно наблюдать даже при начальных, так называемых ранних формах тбк. Смещение трахеи, как и различные уплощения, западения, выпячивания и прочие деформации, являются результатом сморщивающих процессов. Однако трахея может быть смещена (в противоположную сторону) при общем смеще-

нии средостения при большом пневмотораксе или экссудате. Очень большое значение имеет динамический признак—отставание одной стороны грудной клетки при дыхании. Это отставание зависит от постоянно сопутствующего легочному тбк поражения плевры и наблюдается при очень ранних его формах. Одышка в виде учащения и затруднения дыхания наблюдается, обыкновенно, уже не при ранних формах легочного тбк, а чаще при его осложнениях, как пневмоторакс, плевриты. Имеют диагностическую ценность изменения кожи при тбк. Об ихтиозе и pityriasis versicolor мы уже говорили. Гораздо большее значение имеют такие поражения кожи, как туберкулиды, lichen scrophulosorum и erythema nodosum.

Об изменениях пальцев мы также уже говорили. Состояние питания является очень ценным признаком при тбк. Упадок питания при далеко зашедших процессах общеизвестен. Гораздо менее знакомы врачам с тем, что в первом периоде процесса, при ранних формах тбк питание сохраняется долгое время, также и окраска. Поэтому прекрасный внешний вид отнюдь не исключает туберкулеза. У молодых субъектов и детей в начале туберкулеза наблюдаются экскудативные признаки: кожа носа напряжена, блестит, тоже верхняя губа, которая утолщается и нависает в виде хоботка; иногда в этом принимают участие и щеки, которые тоже начинают блестеть. Эти явления в очень выраженном виде наблюдаются при скрофулезе. Здесь к этому присоединяется еще экзема на указанных местах. На глазах наблюдается блефарит, фликтена. Все это в соединении с удовлетворительным и даже хорошим питанием и с увеличенными шейными железами, иногда с нагноением и свищами, создает характерную картину болезни. Бронхоаденит у детей характеризуется совершенно иной картиной. Ребенок худощав, с плохим капризным аппетитом, родители отмечают раздражительность ребенка, а педагоги обращают внимание на неукротимую его шаловливость. При легочном, даже кавернозном тбк у детей во многих случаях питание также сохраняется в течение долгого времени (Дукен). Некоторые формы легочного тбк у старших детей и молодых субъектов характеризуются интересным изменением внешности. Лицо представляет вид упитанности и миловидности, с этим контрастирует резкий общий упадок питания. Это так называемый «тип Травиаты» (Шлоссман).

Осмотр и конституция. Понимание конституции способствует правильному диагностированию, расширяет наш кругозор в отношении патогенеза и течения болезней; и, наконец, очень помогает в той тонкой области диагностики, которая именуется индивидуализированием. Не имея возможности останавливаться на всевозможных конституциональных признаках (стигмах) и на сочетаниях этих признаков (на типах), отмечу лишь, что для нас имеют значение как статические, так, главным образом, динамические признаки. Для нас важно занотировать факт, что все это определяется не чем иным, как глазом. Иначе говоря—путем осмотра. И совершенно ясно, что этот метод исследования имеет огромную ценность. А отсюда возникает требование его изучения и культивирования.

Область внутренней медицины соприкасается и со специальной эндокринологией. Тут, я думаю, мне будет достаточно привести лишь слова проф. Цондека: «уже один осмотр больного имеет величайшее значение для диагностики».

Теперь, мне кажется, следует остановиться на некоторых достижениях в рассматриваемой области. Я имею в виду монографию Эд. Вейса — «Эктоскопия» <sup>1)</sup>. Пользуясь обычным дыханием, а также применяя некоторые искусственные приемы, Вейс смог получить очень интересные и важные результаты. Предоставим слово самому Вейсу. «Например... в одном случае с сильно увеличенным сердцем над ним нельзя было заметить никаких следов респираторных явлений. Здесь я мог, без помощи каких-либо других методов, прямо на-глаз очертить границы сердца красным карандашом. Проф. Лешке любезно проверил эти данные путем просвечивания и фиксировал результаты последнего синим карандашом. Мы были поражены, как точно совпадали оба контура». Это, правда, наиболее яркое место из монографии Вейса, но и прочие, приводимые им примеры, убедительно показывают до какой высоты можно поднять методику осмотра. Мало того, остается впечатление, что тут возможно кое-что расширить и углубить. Долгое время Вейс считал свои наблюдения маловажными, пока один случай не выявил их значения. Больная долго ходила от врача к врачу, рентгеноскопировалась в двух клиниках, ей повторно производили пункцию под одной из лопаток, но поставить диагноза не удавалось. Вейс в области притупления не заметил фонационных движений, но в самом центре, на очень маленьком пространстве, они были. Глубокий прокол в этом месте дал гной. В дальнейшем выяснилось, что это был спондилит с натечным абсцессом.

Что касается дальнейшего развития и совершенствования осмотра, как метода, то для этого имеются все предпосылки, т. к. он базируется на наиболее совершенном чувстве. Да и в настоящем своем виде, насколько мне удалось показать, он может быть исключительно полезным. К стати сказать, такой знаменитый диагност, как покойный проф. Матес, имевший в своем распоряжении все богатство современной диагностической методики, настолько высоко ставил осмотр, что в некоторых сомнительных случаях предоставлял ему решающее слово.

В заключение, мне кажется, следует отметить одно важное обстоятельство. Обычно вместе с пренебрежением к осмотру сочетается и неправильное отношение к тем, которые этот метод культивируют. Им приписывается склонность делать диагнозы *par distance*, т. е. исключительно путем одного осмотра и т. п. Лыщу себя надеждой, что мне удалось показать все огромное значение и ценность осмотра для диагностики внутренних болезней. При всем том осмотр — это только метод. Ему, как и всякому другому методу, свойственны достижения, но также — и ограничения. Если, например, болезнь не проявляется характерными изменения-

<sup>1)</sup> Мед издат. «Врач», 1925.



ми внешнего вида, — осмотр может остаться безрезультатным. Вообще самое большее, на что может претендовать осмотр, это провизорная диагностика. Что же касается окончательного диагноза, то это уже дело клинического мышления, анализирующего и синтезирующего результаты различных методов. Обычная же роль осмотра — дать направление предварительному рассуждению и ввести в замкнутое русло прочую методику исследования. На основании осмотра следует строить лишь диагностическую гипотезу. Она и должна быть нашей рабочей гипотезой во все время дальнейшего наблюдения и исследования больного. А это последнее должно продолжаться, как совершенно справедливо говорит проф. Мартини, вплоть до того момента, когда больной исчезнет с нашего горизонта.

---

## Библиография и рецензии.

**С. Лепский и А. Лякер.** Физиотерапия болезней нервной системы. Биомедгиз. 1936 г., 233 стр. Тир. 5200. Ц. 4 р. 60 к.

Авторы, достаточно известными своими многочисленными работами по физиотерапии, поставили себе задачу дать врачу пособие по применению физиотерапевтических факторов в терапии нервных болезней в свете современных достижений в этой области.

Материал разбит на пять глав.

В первой главе (5—45 стр.) авторы довольно подробно осветили вопрос о физиологическом действии физических методов на нервную систему. Физиологическое действие физиотерапевтических процедур трактуется авторами преимущественно на основе вегето-рефлекторной теории Шербака, наиболее распространенной в настоящее время.

Здесь следует отметить, что авторы, к сожалению, ничего не говорят о физиологическом действии коротких и ультракоротких волн, несмотря на то, что этот метод нашел широкое применение в клинике. Не говорится об этих волнах и в следующих главах, где речь идет о терапии нервных болезней.

Глава вторая (46—84 стр.) касается непосредственно лечения заболеваний центральной нервной системы. Техника и методика лечения приводятся авторами подробно, в частности вопросы кинетотерапии, что, несомненно, является их большой заслугой.

Однако и эта глава не лишена некоторых недостатков. К ним мы относим отсутствие сведений о физиотерапии таких заболеваний, как эпилепсия, хорей и др. Авторы недостаточно подчеркнули значение физических методов в клинике острых воспалительных заболеваний центральной нервной системы.

О физиотерапии заболеваний периферической нервной системы говорится в третьей главе (85—131 стр.). Глава эта разработана достаточно полно, причем разбор физической терапии нев-