

3) Учет состояния печени, поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта у каждого больного должны лежать в основе назначения больных на кумыс, и в этом направлении должны быть разработаны все показания и противопоказания.

4) Катарральные желтухи и холециститы под влиянием кумысолечения, повидимому, могут давать резкое улучшение всех симптомов вплоть до полного излечения больного.

Литература: 1) Bainbridge a. Dale. Journ. of. physiol. Vol. XXXIII, 1905.—2) Chirayet Lebon. Le tubage duodénal. Paris, 1924.—3) Вишневский. Сибирский архив. клинич. и теорет. медиц. т. II, кн. 8—10, 1927.—4) Вишневский и Жаров. Курортное дело, № 5, 1928.—5) Зарницини Григорьева. Курортное дело, № 2—3, 1924.—6) Зимницкий и Мамиш. Терапевтический архив, т. VI, № 6, 1928 г., Труды X Съезда терапевтов СССР. Практич. медиц. 1929, Archiv f. Verdauungs-krankheiten Bd. XLVI, H. 1/2, 1929.—7) Крамов. Кумысолечение и кумысолечебница Тарловка, Казань, 1929.—8) Левин. Дуоденальный зонд и его применение. ГИЗ. 1929.—9) Рубель. Кумысолечение.—10) Stepp и Duttman. Klinische Wochenschr. I, 1923.—11) Штанге, Рубинский и Гинзберг. Цит. по Крамову.

Из клиники детских болезней МГМИ и 1-й Туберкулезной детской больницы.

К учению об абсолютном симптомокомплексе.

Проф. А. А. Киселя.

Распознавание болезней представляет очень большие затруднения. Уже столетия усилия врачей направляются в эту сторону и тем не менее и в настоящее время учение о распознавании болезней находится, можно смело сказать, в зачаточном состоянии. Нет никакой возможности перечислить все подходы, которые в этом отношении делались. Мне пришлось слышать на лекциях покойного проф. С. П. Боткина, что его предшественник по кафедре в Военно-Медицинской академии проф. Бессер уверял, что многие болезни можно распознавать по запаху, распространяемому больным, так напр., от больного натуральной оспой, в период нагноения, пахнет вспотевшим гусем. В последнее время очень много возлагалось надежд на бактериологию в смысле распознавания болезней. Она действительно очень много дала в этом направлении, ее успехов никто, я думаю, не станет оспаривать, но тем не менее следует, мне кажется, сказать, что она далеко не оправдала тех преувеличенных (правда, без основания) надежд, которые многими на нее возлагались. Мне всегда казалось, что клиника должна дать нам еще очень много в смысле распознавания болезней, а потому усилия практических врачей должны быть направлены в эту именно сторону. Пусть бактериологи успешно работают в своей области, мы обязаны очень внимательно следить за их работами, принимать даже в них участие, но мы не должны забывать чисто клинического подхода к распознаванию болезней, хорошо помня, что все наши знания в этой области приобретены у постели больных. Я постоянно звал молодых врачей к изучению клинических особенностей болезней, уверяя, что в этом направлении еще многое предстоит сделать. Мне очень приятно, что в последние годы (лет 10—15) чувствуется заметный перелом в этом направлении. Теперь уже многие при-

соединяются к той мысли, что пора увлечения клиницистов бактериологией уже начинает проходить и в настоящее время следует в этом отпошевши быть отбой. Жизнь всегда дает самые лучшие доказательства той или другой мысли. Например, вопрос о ревматизме в последнее время обратил на себя общее внимание, причем всем стало ясно, что наши сведения относительно клиники ревматических заболеваний более чем недостаточны, особенно же в области хронических поражений суставов. Смело можно сказать, что симптомо-патология ревматических поражений суставов требует полного, самого основательного пересмотра. А клиника хронических, очень медленно протекающих инфекций, которая также в настоящее время интересует очень многих клиницистов! Можно было бы назвать еще очень много болезней, клиника которых в настоящее время тщательно изучается.

Для большого успеха этого дела необходимо применить определенную методику, которая бы облегчила изучение симптомов болезни. Я давно уже рекомендую следующий прием: из каждой группы болезней прежде всего следует изучить наиболее типичную форму; считать ее стандартом, а затем остальные формы освещать клинически в смысле близости к этой типичной форме. Напр., легкая острая дизентерия может служить исходной формой для громадной группы колитов острых и хронических. Эти типические, как бы исходные формы наблюдаются, понятно, при всех заболеваниях, но они еще далеко неизвестны. Вот на это обстоятельство я и хочу теперь обратить внимание товарищей. Я хочу указать на то обстоятельство, что при некоторых болезнях мы наблюдаем такую группу симптомов, которая при других болезнях никогда не встречается. Такую группу симптомов я предлагаю называть *единственным* или *абсолютным симптомом* или *симптомокомплексом* на том основании, что при других болезнях он никогда не встречается. Называясь „абсолютный“ я хочу выразить только исключительную характерность этих симптомов, которые в будущем могут, конечно, совершенно изменять свое значение, по мере углубления наших знаний по распознаванию болезней. Абсолютный симптом или комплекс следует отличать, разумеется, от абсолютного симптома, о котором недавно помещена моя статья в журнале „Врачебное Дело“ (№ 21, 1929 г.) Скажу только, что абсолютным симптомом я считаю такие отдельные симптомы, которые при других болезнях никогда не встречаются, напр. маленькие узелки на сухожилиях при ревматизме, прободящая гангренозная язва щеки при водяном раке, равномерный хронический периферический лимфаденит при хронической туберкулезной интоксикации у детей и т. п.

Переходя теперь к абсолютному симптомокомплексу, я должен сказать, что он несколько напоминает так наз. патогномонические признаки болезни, но дело в том, что учение о патогномонических признаках представляется не вполне ясным и четким. Ничуть не претендуя на оригинальность предложения, я хочу направить мысль товарищей в эту сторону, считая, что работа в этом направлении может оказаться очень полезной. Очень характерные симптомокомплексы наблюдаются при очень многих болезнях.

Первый пример. Например, нам рассказывают, что здоровый до того ребенок заболевает сразу очень сильным жаром, знобом, общими расстройствами, головной болью, иногда рвотой, постоянная температура

держится на 39—40° Ц., на 2-й или 3-й день болезни находят резкое бронхиальное дыхание в той или другой доле легкого, соответственно полную тупость. Немного очень мелких крепитирующих хрипов, слышны, нередко легкая катаральная ангина, иногда у старших детей боли в боку, соответственно притуплению, короткий кашель почти без мокроты. Что это за болезнь? Понятно, что всякий врач очень хорошо знает, что так протекает так наз. крупозное, или фибринозное воспаление легких. Может быть точно такая же картина болезни наблюдается при острой лобулярной пневмонии, при коревой, или гриппозной пневмонии? Нет, решительно нет. Напротив, можно сказать, что остальные формы пневмоний протекают с совершенно противоположными признаками, хотя, следует сказать, что клиническая картина коревой и гриппозной пневмонии уже далеко не отличается такой ясностью.

Второй пример. До того совершенно здоровый ребенок сразу заболевает очень сильным жаром, общие расстройства, на 2-й или 3-й день как бы неожиданно очень сильные боли в одном или двух суставах (нередко больной кричит от боли), затем в следующие дни такие же боли в других суставах, тогда как *вначале пораженные суставы через 2—3 дня приходят в норму, с полным восстановлением всех движений.* Иногда суставы слегка припухают и покрывающая их кожа немного отекает и краснеет. Кроме крупных суставов последовательно поражаются мелкие пальцы рук и ног, даже суставы позвоночника и грудины. Очень типично то, что во всех суставах совершенно одинаковые по течению изменения. Иногда уже в это время дети жалуются на неприятные ощущения в области сердца, а врач находит неправильную и усиленную деятельность и шумок или нечистые тоны. Через 7—14 дней все приходит в норму, и ребенок чувствует себя совершенно здоровым, но в сердце нередко остаются изменения. Какое это поражение суставов? Разве трудно догадаться, что это за болезнь, причем в настоящее время все более и более становится ясным, что при этой болезни поражение суставов играет второстепенную, если не более роль, что это характерное общее страдание и вся тяжесть болезни падает на сердце. Это — характерная ревматическая инфекция. Она протекает так типично, так характерно, что смешать ее с какой-нибудь другой болезнью нет никакой возможности. В данном случае мы имеем дело с отчетливо выраженным „абсолютным симптомокомплексом“. Очень важно то обстоятельство, что болезненных форм поражения суставов очень много и тем не менее ревматическое заболевание протекает настолько отлично, что оно тотчас выделяется клинически как вполне самостоятельная форма.

Кроме того, мы, детские врачи, встречаемся еще с одной формой артрита у детей, которая уже в настоящее время вполне заслуживает того, чтобы ее выделить из громадной группы хронических поражений суставов у детей. Вот она: *Третий пример.* Ребенок, 3—7 лет, сразу заболевает поражением суставов, большей частью крупных. Нередко температура немного повышена, редко бывает высокая, но непродолжительно. После этого суставы постепенно увеличиваются без острых явлений, без боли. Суставы захватываются один за другим, вовлекаются постепенно и мелкие суставы. Больные суставы увеличены, плотны, почти не болезненны, жидкости не содержат, кругловатой формы, резко ограничены в движениях. При просвечивании лучами в суставных конках

костей изменений не находят. В сердце изменений при этой болезни не бывает. Болезнь, начавшись в детском возрасте, всю жизнь идет вперед, иногда наблюдаются только небольшие временные улучшения. Болезнь эта известна давно и для нее уже неоднократно предлагались различные названия. Одно из удачных названий принадлежит немецкому ученому Schüller, который предлагал этот артрит называть хроническим инфекционным гиперпластическим артритом (arthritis chronica hyperplastica). Почти эта же форма артрита была описана Still'em. Я много раз наблюдал у детей эту форму артрита и считаю, что при ней наблюдается такой комплекс симптомов, который при других болезнях суставов никогда не встречается. Поэтому я считаю, что при этой болезни наблюдается абсолютный симптомокомплекс, никогда не встречающийся при других болезнях.

Четвертый пример. Ребенок, 11—12 лет, заболевает очень постепенно. Влещет, худеет, слабеет, жалоб нет, иногда умеренное повышение температуры, редко боли в боку, незначительный кашель. При осмотре груди тотчас бросается в глаза, что одна половина грудной клетки отстает при дыхании, вся эта сторона притушена, при выслушивании всюду на этой стороне ослабленный вдох, а внизу дыхательные шумы не передаются. Имея такую комбинацию симптомов, мы не сомневаемся в том, что ребенок болен серозным плевритом. Следовательно указанные признаки являются абсолютным симптомокомплексом для серозного или туберкулезного плеврита.

Пятый пример. Ребенок любого возраста сразу заболевает очень сильным жаром, общая слабость, рвота, даже судороги. В этот же день или только на следующий появляется слизистый понос. Испражнения очень часты (до 20—30), незначительны по объему, состоят почти из одной слизи, примесь крови, иногда в очень незначительном количестве, ребенок сильно натуживается при испражнении, жалуется на сильные боли живота. Очень быстро худеет. Высокая температура держится обыкновенно одна или два дня, а затем иногда небольшие повышения. Болезнь наступает почти исключительно в летние месяцы года, нередко в одной семье наблюдается почти одновременно два таких же заболевания. Поносы у детей наблюдаются очень часто, форм их также очень много, тем не менее описанная картина болезни так характерна, что распознавание ее не представляет никаких затруднений. В данном случае мы имеем дело с дизентерией или летним детским кровавым натужным поносом. Эту форму колита следует выделить из громадной массы всевозможных колитов и нам легко удастся это сделать благодаря наличию абсолютного симптомокомплекса. По отношению к колитам это особенно важно. Иногда, напр., крови в испражнениях совершенно нет, но вся остальная картина симптомов выражена настолько ярко, настолько характерно, что в этих случаях мы обязаны тоже причислить на основании клинических признаков к дизентерии. Во многих случаях очень легко убедиться, что это предположение совершенно верно.

Шестой пример. Среди полного здоровья ребенок заболевает вдруг сильным жаром, головная боль, иногда очень сильная, знобит, жар, и зноб через 3—4 часа сменяются потом и ребенок выздоравливает обыкновенно к вечеру ему становится лучше, почти всегда появляется аппетит и ребенок спокойно засыпает. На другой день он совершенно

здоров, от болезни не осталось никаких следов, но через 48 часов (редко через 46 или 50 часов) снова появляются те же симптомы, а главное в той же последовательности. Обыкновенно с первого же дня болезни отмечают увеличение селезенки, которая с каждым приступом становится все больше и больше. Ясно, что мы имеем дело с малярией трехдневного типа. Перечисленные симптомы являются абсолютным симптомокомплексом, который наблюдается только при трехдневной малярии.

Седьмой пример. Уже 2 недели ребенок (любого возраста) кашляет, причем последний все время постепенно усиливается. Кашель состоит из отдельных приступов с промежутками в 1—3 часа. Ночью кашель гораздо сильнее. Приступы состоят из отдельных, слегка судорожных кашлевых толчков, быстро следующих один за другим. При этих приступах лицо сильно краснеет, в слизистой оболочке глаза могут появиться кровоизлияния (иногда их очень много), продолженный вдох при кашле может сопровождаться особым звуком, напоминающим голос петуха, лицо иногда немного одутловато. Температура не дает повышений. На уздечке под языком часто небольшая язвочка. Очень характерно равномерное усиление всех симптомов болезни. На воздухе приступы сейчас же прекращаются. Это—симптомокомплекс, характерный для коклюша.

Восьмой пример. Ребенок болен уже 2—3 года. У него часто (1 раз в 1—4 недели) приступы затрудненного дыхания, наступающего без определенной причины. Вся картина болезни разыгрывается обыкновенно ночью. Ложится спать ребенок здоровым, а через 2—3 часа просыпается, жалуясь на то, что ему трудно дышать, очень беспокоится, возбужден, не находит для себя места, старшие дети указывают на стеснение в области грудины. Температура остается нормальной или немного повышенной. К утру ребенку становится легче и он засыпает. На другой день он просыпается, чувствуя себя почти совершенно здоровым, но кашель еще усилился, а при выслушивании в это время в обеих легких слышно очень много мелких хрипов и писков (они очень хорошо слышны и на расстоянии от больного). При перкуссии в это время очень легко убедиться, что края легких растянуты со всех сторон, в области сердца полной тупости нет, только незначительное притупление. Еще 1—2 дня остается незначительная слабость и влажный кашель, но болезнь уже вся в прошлом и ребенок рвется с постели. Через 1—3 недели наступает точно такой же припадок. Всем ясно, что это повторение прежней болезни. В промежутках между приступами ребенок чувствует себя совершенно здоровым. Расширение краев легких держится обыкновенно 1—2 недели. Картина болезни настолько типична, что распознавание не представляет никаких затруднений. Это нервная бронхиальная астма. Нахождение в крови и мокроте обилия эозинофилов, в мокроте спиралей Куршмана и кристаллов Лейдена только подтверждает распознавание. Таким образом и при этой болезни мы имеем абсолютный симптомокомплекс.

Я привел достаточно примеров в доказательство того, что, действительно, при многих болезнях существует абсолютный симптомокомплекс. Пожалуй мне скажут, что нового здесь решительно ничего нет, что и прежде было известно, что при многих болезнях существует патогномический симптомокомплекс, характерный для этого страдания и об-

легчающий распознавание. Я обращаю внимание на то, что абсолютный симптомокомплекс встречается только при одной болезни и при других болезнях никогда не встречается. Эта особенность имеет очень большое значение для распознавания. Но я хочу обратить внимание еще и на то обстоятельство, что абсолютный симптомокомплекс далеко еще не изучен по отношению к очень многим болезням и это часто ставит врача в очень затруднительное положение с смысле распознавания. Хотелось бы мне также указать на то незавидное положение, в котором находится классификация внутренних болезней. Всякий из нас хорошо знает, что она хромает, как говорят, на все четыре ноги. Мне кажется, что наилучший способ изучения болезней это установка исходных штампов для всякого рода болезней, исходя из которых уже легче будет разбираться в тех формах заболеваний, которые протекают не так типически. Если мы установим абсолютный симптомокомплекс для дизентерии (летний инфекционный слизисто-кровяной натужной понос), то нам легче будет разбираться в тех формах дизентерии, которые протекают менее типично, но тем не менее почти со всеми характерными признаками этого страдания.

Наконец, если, действительно, мы имеем в виду неуклонно проводить профилактический уклон, то тотчас возникает вопрос о более точном распознавании болезней. Ясно, что бороться можно только с тем врагом, которого мы хорошо изучили, которого мы очень хорошо знаем. Не можем же мы ждать, пока лаборатория найдет способы отличать одни болезни от других. Это наступит, очевидно, еще очень не скоро. А пока другого выхода нет, как приступить к очень внимательному изучению проявлений болезни у постели больного. Я не хочу подрывать значения лабораторных исследований, но я хочу только указать на то, что мы, практические врачи, не должны возлагать надежды на лаборанта. Нет, мы сейчас должны приняться за работу по профилактике болезней, а предварительно следует, конечно, проработать вопрос о классификации болезней.

Выводы: 1) Классификация болезней очень плохо разработана и находится до сих пор в хаотическом состоянии.

2) Бактериологический подход применим только к очень немногим болезням и потому в основу классификации болезней должна быть поставлена клиника, тщательное изучение всех проявлений болезни.

3) Вся существующая классификация болезней основана (это следует всегда помнить) исключительно на клиническом подходе. Только при нескольких болезнях удалось выделить возбудителя.

4) Выделять можно только те болезни, которые имеют абсолютный симптомокомплекс.

5) В прошлом лечебный уклон занимал совершенно не соответствующее ему место. Возлагавшиеся на него надежды не оправдались или в очень незначительных размерах. Сама жизнь очень ясно и определенно указывает, что дальше идти по этому пути никак нельзя. Нельзя мириться с тем, что болезни наносят населению громаднейший вред, обесценивают его и, главное, постепенно ведут к вырождению народных масс.

6) Следует поставить лозунгом активную и напряженную борьбу с наиболее распространенными и наиболее губительными для трудящихся болезнями.

7) Для этого ударной задачей следует поставить самое тщательное изучение особенностей этих болезней. Бороться с врагом, рассчитывая на успех, можно только тогда, когда мы изучили его главные свойства и особенности.

8) Это изучение должно вестись всеми врачами, которые являются наиболее заинтересованными в этом деле. В особенности должны быть привлечены к этой работе амбулатории, больницы, единые диспансеры, ясли, санатории, колонии, площадки, дома отдыха и проч., в особенности же специальные терапевтические и педиатрические институты для глубокого изучения причин болезней, которые обязательно должны возникнуть в ближайшее время.

Из Госпитальной хирургической клиники Днепропетровского мединститута
(Директор проф. Я. О. Гальперн).

О ранней операции при остром аппендиците¹⁾.

Д-ра В. А. Рабиновича.

Не останавливаясь на историческом развитии вопроса о лечении острого аппендицита, следует отметить, что в последние годы, когда принцип ранней операции стал широко применяться, смертность от аппендицита значительно снизилась, имея тенденцию приближаться к нулю. Если общая смертность от аппендицита раньше при выжидательно-оперативном методе лечения у Roter'a достигала 12%, то с переходом на раннюю операцию общая смертность снизилась до 2%. У Kümme'l'я в 1904 г. смертность была 12,9%, с широким применением ранней операции, начиная с 1905 г., процент смертности постепенно падает, достигнув в 1910 г. 2,2%. У Болярекого общая смертность от аппендицита, достигая в период с 1905 г. по 1908 г. 38,4%, с переходом на широкое применение ранней операции с 1909 г. по 1912 г. падает больше чем на половину, достигнув 15,9%. Ранняя операция в первые 48 часов заболевания дала у него 1,5% смертности. Статистика целого ряда других авторов, указывающая на значительное снижение смертности от аппендицита с переходом на раннюю операцию, побуждала к тому, что последняя приобретала все больше и больше сторонников и в настоящее время получила повсеместно полные права гражданства.

Чем же может быть оправдано оперативное вмешательство в раннем периоде?

Клинический симптомокомплекс, каковым может сопровождаться острый аппендицит в раннем периоде заболевания, не всегда дает возможность судить о тех изменениях, какие происходят в брюшной поло-

¹⁾ Доложено объединенному заседанию Днепропетровских хирургического и терапевтического обществ 14 апреля 1930 г.