

(Из терапевтического отделения 1-й совбольницы—г. Балашов).

К вопросу о лечении крупозной пневмонии.

Д. М. Степухович.

„При типичном и в общем благоприятном ходе пневмонии встречается множество случаев, не требующих никакого врачебного вмешательства. Большинство пневмоний проходит при всякой, можно сказать, даже не смотря ни на какую терапию. Как прежний метод кровопускания, так еще и теперь иногда применяемые медикаменты могут причинять только вред, но никак не пользу. Но все-таки пациенты выздоравливают часто и при таком лечении“. (Штрюмпель).

Это мнение, высказанное одним из величайших интернистов, почти полвека тому назад, видимо начинает забываться, или потеряло свое значение, так как в литературе появляются время от времени работы с предложением новых средств для лечения крупозной пневмонии. Авторы работ утверждают в действительности предлагаемых медикаментов и манипуляций, приводя цифровой материал, доказывающий значительное снижение % смертности и укорочение лихорадочного периода при применении этих средств. Клиника крупозной пневмонии настолько хорошо известна и так прекрасно описана в лучших руководствах корифеев внутренней медицины, что касаться ее, как будто, заниматься толчением воды в ступе, но я вынужден буду цитировать некоторые руководства, ввиду того, что авторы работ о лечении пневмонии как раз именно грешат тем, что забывают всю многосторонность клинического течения этого заболевания. Этой забывчивостью только и можно объяснить шаблонность предлагаемых методов и увлечение тем, что в одном медикаменте можно найти средство для лечения пневмоний у всех больных. В статье Дайховского „К лечению пневмонии“ автор делится своими впечатлениями о действии хинина при пневмонии. Хинин подкожно был применен в 20-ти случаях. В работе приведены данные в таблицах, которые постараемся разобрать. Всех леченных хинином было 20; из них процесс купировался у 2-х больных; лихорадка прекратилась через 2 дня у одного больного, через 5 дней у 4-х больных, через 6 дней у 5-ти больных, через 7 дней у 5-ти больных. Хинин не оказал действия у 3-х больных.

Автор ставит условием наиболее благоприятных результатов—пнеймококковую инфекцию и раннее применение хинина. Затем автор говорит, что состав больных за 3 года в смысле их принадлежности к полу был почти одинаков. Возрастной состав всех случаев пневмоний за этот период существенных различий также не представлял, локализация процесса была одинакова. Эпидемиологические факторы в течение приведенных 3-х лет были одинаковы, отсутствие же во всех случаях отягчающих течение болезни моментов говорит за то, что и индивидуальные особенности этих случаев в смысле способности организма к сопротив-

лению были тоже одинаковы. А вот случаи с хинином в смысле локализации процесса находились в еще более тяжелых условиях и все таки смертность 5,3%, а случаи без хинина смертность 20%. Разве локализация процесса, возраст, пол дают полную гарантию однотипного течения пневмонии? Разве индивидуальные особенности можно полностью учесть заранее? Разве эпидемиологические моменты поддаются определению вначале эпидемии, когда мы приступаем к лечению первой группы больных данным заболеванием?

„Течение чрезвычайно различно, смотря по индивидуальным особенностям, силе болезни и осложнениям. Главную роль при прогнозе играют индивидуальные особенности заболевшего субъекта“. (Штрюмпель).

„Длительность и течение пневмонии бывает различны. Бывают случаи кризиса даже на третий день. Смерть может наступить или вследствие сильной интоксикации и паралича сердца, или от асфиксии, или от различных осложнений. Правильной зависимости между высотой температуры и тяжестью болезни не наблюдается“ (Н. Чистович).

„Степень интоксикации не находится в связи с распространенностью местного поражения. Встречаются случаи сильных общих инфекций с незначительным поражением легких, или совсем без него. Иногда наблюдается внезапный ранний коллапс сердца. Это может случиться на 3-й день болезни. Но даже в том случае, если эти симптомы очень серьезны, может наступить выздоровление. В других случаях без каких-либо особых предвестников, может наступить смерть даже у крепких, прежде здоровых людей. Вопрос об индивидуальной сопротивляемости, повидимому, является очень важным и приходится наблюдать крепких на вид людей, которые умирают в течение нескольких дней. Пневмония является болезнью проходящей определенный цикл развития, даже при самых неблагоприятных обстоятельствах она может кончиться внезапно и естественным образом. Точно также при благоприятных условиях хорошего ухода, опыт многих врачей в разных странах показал, что пневмония длится определенное время, подчас самопроизвольно оканчиваясь на 3—5 день или продолжаясь до 10—12 дней“.

Из приведенных цитат кажется все ясно. Не представляют ли собой два случая, где температура пала через 2 дня, просто abortивные пневмонии, естественно закончившие (стерильная гиперемия по Рубелю).

Остальные случаи с лихорадкой в 5—6 дней вовсе уже не так удивительны, когда наблюдаешь сотни больных с крупозной пневмонией, даже когда лечение хинином не производится. Что же касается цифр смертности, то мне кажется, что о pro centum удобнее говорить тогда, когда есть Centum.

У Татаринова (Каз. мед. журнал, № 6, 1929 г.) имеется уже 236 случаев, леченных инъекциями хинина, при чем к хинину он прибавил еще хлористый кальций и фильтраты по проф. Безредка. Автор таблиц не приводит, но пишет, что почти без исключения во всех случаях наблюдается укорочение лихорадочного периода болезни, литическое падение температуры, улучшение общего состояния и уменьшение явления токсемии. Вторым методом борьбы с токсическим напряжением при пневмонии автор считает хлористый кальций в вену вместе с NaCl — ежедневно до падения температуры. Cardiasa при хлористом кальции приходится применять в редких единичных случаях.

Выводы автора: применение внутримышечных впрыскиваний хинина, фильтратов по Безредка и кальциевая терапия являются могущественными средствами борьбы с тяжёлыми явлениями токсического напряжения в организме при крупозной пневмонии, и при указанном способе лечения процент смертности равняется $5\frac{1}{2}$, несмотря на частую комбинарованную инфекцию, двустороннее поражение и во многих случаях пожилой возраст больных. Перечисляя многостороннее действие кальция, автор заключает свои дифирамбы кальцию тем, что он вполне заслуживает названия минеральной наперстянки. Невольно напрашивается цитата из Чистовича. „Часто пневмония без всякого лечения оканчивается выздоровлением в целом ряде случаев, при чем увлеченному стороннику специфического лечения очень трудно не приписать успеха своей заслуге“. Дальше Чистович советует: „никаких жаропонижающих давать не следует, они не сокращают болезнь, а могут быть только вредны, ослабляя организм. Все время необходимо тщательно следить за работой сердца, чтобы своевременным вмешательством поддержать его“.

Меринг: „от жаропонижающих следует воздержаться, опасность грозит главным образом со стороны сердца, наиболее важная задача лечения состоит в том, чтобы предупредить или противодействовать упадку сердечной деятельности и падению кровяного давления. По высоте температуры нельзя судить о тяжести болезни. Легкие формы излечиваются сами собой и не требуют особенного лечения“.

Штрюмпель: „С большим вниманием должно относиться во всех случаях к деятельности сердца“.

Osler: „Чрезвычайно важное терапевтическое показание заключается в поддержании кровообращения. Лекарства нельзя давать по шаблону, их следует применять только в случае необходимости“.

О хлористом кальции имеется огромная литература за последние годы. При крупозной пневмонии мы имеем процесс со строго очерченным циклическим течением, который ни остановить, ни задержать мы, очевидно, не можем. Разве только под наше наблюдение попадают больные в первый день заболевания, где имеется стерильная гиперемия, и где последующее воспаление еще не развилось. Там еще возможно воздействие различными отвлекающими. Такие случаи чрезвычайно редки, так как и сам автор стерильной гиперемии говорит о чрезвычайной трудности распознавания этих форм своевременно. Мы их фиксируем *post factum*, имея перед собой пневмонию с чрезвычайно коротким течением. Мне вспоминается случай из практики начала моей врачебной деятельности, когда я был приглашен к больной 20 лет. Заболевание имело острое лихорадочное начало, с температурой до 40° в течение 2-х суток. Я был приглашен на 3-й день болезни. Мною было обнаружено: притупленный тимпанит в области нижней доли легкого, бронхиальное дыхание в этой же области, учащенный пульс, учащенное дыхание и ржавая скудная мокрота. Жалобы больной плюс объективные данные дали мне возможность смело заявить родным о наличии крупозного воспаления легких, прочесть целую лекцию о дальнейшем течении и лечении. Была приглашена сестра для постоянного ухода за больной. Придя через сутки навестить больную я встретил смущенные и ехидно улыбающиеся лица родных, которые заявили мне, что у больной с утра нормальная температура и она чувствует себя прекрасно. „Мы считаем,

«что никакого воспаления легких у нее не было», добавили они, провожая меня. Тогда еще у меня были очень смутные понятия об абортивной пневмонии, а тем более неизвестно было о стерильной гиперемии. Насколько можно заранее что-либо учесть при начале пневмонии, к только что описанному случаю приведу *in extenso* 2 истории болезни из моих многочисленных наблюдений (618 случаев) в стационаре.

1. История болезни № 107 15/II 1928 г. Больная, 38 лет, поступила с жалобами на кашель, одышку, боль в правом боку. Больна 4 дня. Больная в полубессознательном состоянии. В области средней и нижней доли правого легкого полная тупость, там же резко выраженное бронхиальное дыхание и крепитация. Сердце расширено в поперечнике, тоны глухи, первый тон нечистый. Пульс слабого напряжения и наполнения, ритмичный, 120 в минуту. Ржавая скудная мокрота. 17/II явления начинающегося отека легких. 19/II лучше, температурная кривая—лизис. 23/II обнаружена пневмония в нижней доле левого легкого с новым подъемом температуры. 29/II явления начинающегося отека легких. 2/III—лучше. 5/III—третий раз явления отека легких. 6/III улучшение и выздоровление. Можно ли было предполагать, что эта больная выйдет победителем из борьбы с столь ужасной инфекцией.

2. История болезни № 898 13/XII 1931 г. Больная 26-ти лет. Больна 2 дня. Заболела сразу ознобом. Жалобы на боль в правом боку при дыхании и кашле. Мокрота скудная, ржавая. Имеется незначительный цианоз слизистых. Пульс мягкий, *inaequalis*; границы сердца норма; тоны глуховаты. У верхушки систолический шумок. В правом легком от угла лопатки вниз бронхиальное дыхание. При перкуссии приглушенный тимпанит. Больной назначено со дня поступления *Ol. Camphor.* 14/XII пульс ритмичный, мягкий, 110 в минуту. 15/XII *idem*; процесс в легком *in statu quo*. Больная в полном сознании. Самостоятельно ест, спит, настроение хорошее. 16/XII *idem*. 17/XII в легком выслушивается *crepitatio redux*, в ночь обильный пот с падением температуры до 37,4. Вечером температура 39° (псевдокризис). 18/XII чувствует себя хорошо. 19/XII утром коллапс. Несмотря на все принятые меры больная через сутки скончалась при явлениях отека легких. Можно ли было думать о смерти этой больной до коллапса?

По всем цитированным выше авторам при лечении крупозной пневмонии внимание врача, главным образом, должно быть устремлено на сердце. Безразличен ли кальций для сердечной мышцы и является ли он минеральной наперстянкой? Сошлюсь только на статью Г. Каца (Вр. дело № 3 1929 г.), где, цитируя работу М. Мандельштама, он говорит: «На основании опытов Мандельштам приходит к заключению, что кальций не может считаться ни сосудо-расширяющим, ни сосудо-суживающим средством. Тот факт, что кальций не фиксируется долго сердечной мышцей, что избыток его скоро исчезает из крови и действие его скоро проходит, не дает ему никаких преимуществ перед другими сердечными средствами». Кац говорит о 6-ти больных, бывших под его наблюдением, где вливание кальция в вену в самых обычных дозах привело к расстройству сердечного ритма, а именно припадку желудочковой тахикардии и поперечной диссоциации. А сколько таких больных с расстройством ритма, а может быть и хуже было под наблюдением врачей и не опубликовано? Из своей практики привожу случай, который заставил меня пережить ужасные минуты непосредственно у постели больного и который оставил следы на всю жизнь.

В 1930 г. в инфекционном отделении больницы находился на излечении больной с брюшным тифом в тяжелом состоянии. В конце 3-й недели болезни появилось кишечное кровотечение, через сутки усилившееся. Пульс был ритмичный, мягкий, слабого наполнения, 104 в минуту, при температуре 38°. Тоны сердца глухи, границы расширены в поперечнике. Больной со дня поступления в больницу нахо-

дился на подкожных впрыскиваниях Ol. Camphor. Мною было введено 20-ти процентный раствор кальция 5,0. Через несколько минут после вливания больной закричал, пульс исчез, еще несколько минут дыхание Чейн-Стокса и Exitus letalis. Прогноз у этого больного был, конечно, pessima, но с вливанием кальция получилось, что вместо помощи я ему ускорил смерть.

В своей амбулаторной практике у больных с туберкулезом легких мне иногда приходилось отменять назначенные вливания кальция из-за тягостных ощущений в области сердца и изменений сердечного ритма. Это были единицы на 10 000 вливаний, которое мною лично были сделаны, и особенной осторожности не вызывали. В стационаре у больных с выраженными токсическими явлениями я был более осторожен. Но упомянутый случай с летальным исходом от вливания кальция заставил сугубо осторожно решать вопросы применения кальция интравенозно у больных с токсическими явлениями и в конце концов при различных кровотечениях его вытеснил раствор NaCl—10—20‰.

Думаю, что Татаринов очень счастлив в своей терапии, если он безнаказанно до сих пор вливает кальций в вену больным с крупозной пневмонией. Организм борется с инфекцией; главное место в этой борьбе принадлежит сердцу; а мы преподносим сердцу помощь в виде средства, которое может правильный ритм его перевести в неправильный. „При комбинированной терапии хинин, кальций и фильтраты по Безредка удалось достигнуть смертности 5½‰“. Очень полезно было бы изучить историю болезней умерших 5½‰; не найдется ли там что-либо полезного в смысле указаний, надо ли вводить в вену кальций и хинин под кожу при лечении пневмонии. Как бы не пришлось изменить вывод в смысле Штрюмпеля, что несмотря на такое лечение умерло только 5½‰. Против фильтратов по Безредка в виде компрессов возражать не приходится. В обзорной работе Оречкина (Врач. дело, № 16, 27 г). „Успехи терапии“, видно, что новым *idée fixe* при крупозной пневмонии является Solvochin. Но из русских авторов имеется только 22 случая Г. Френкеля, где указывается, что в очень тяжелых случаях, протекавших с нормоцитозом или с весьма незначительным лейкоцитозом (8—9 тысяч) явлением, как известно, неблагоприятным, уже после первого впрыскивания Solvochin'a в количестве 2 грамм лейкоцитарная кривая обнаружила подъем. Все это были совершенно безнадежные случаи и Solvochin впрыснут был лишь очень поздно, но тем не менее все больные выздоровели. Одним лейкоцитозом, как известно, не решается вопрос прогностики при Pneumonia grouposa, но все таки будем ждать и надеяться, что со временем Solvochin будет признан специфическим средством, ибо „блажен кто верует“.

В 1924 году Г. Керчикер (Врач. газ., № 18) выступил с предложением аутогемотерапии при крупозной пневмонии. Им представлено 38 случаев, леченных по этому способу, с одной смертью. Конечно, по этому материалу слишком недостаточному, ничего нельзя сказать. В хирургическом отделении нашей больницы, где мне приходилось консультировать больных с послеоперационными пневмониями (материал в несколько десятков случаев), применение аутогемотерапии не оправдало тех надежд, которые на нее возлагались, и этот метод был оставлен, как и многие другие, не оправдавшие себя. А потому и в терапевтическом отделении мы отказались от мысли начинать это лечение у боль-

ных с крупозной пневмонией. В таком же духе высказывается и Ф. Янишевский из клиники Мартынова (Сов. клиника, № 10-12, 1931 г.) по поводу различных средств, предложенных для лечения послеоперационной пневмонии, в том числе аутогемотерапии. Среди многих авторов, предлагающих все новые средства для лечения пневмонии за последние годы, считаю нужным упомянуть о противоположном взгляде Корнуоля, высказанном 1 год тому назад: „Ввиду отсутствия специфических средств для лечения пневмонии все внимание должно быть обращено на то, чтобы поддерживать силы больного“. Перечисляя диетические правила и правила ухода автор говорит: „Симптоматическое лечение проводится очень осторожно. Надо помнить, что часть симптомов является желательной реакцией организма и не требует лечения. Многие случаи не требуют никакого лечения, кроме покоя, гигиенических мероприятий и диеты (цитировано по О. Столица. Клинич. медицина, № 13, 1931 г.) Что же остается от всего арсенала средств у постели больного пневмоника? Банки, компрессы, горчичники, смазывание подной настойкой, мушки, слабительное. Это надежные, освященные вековым опытом и подтвержденные экспериментальными исследованиями (работы Schaffer'a) средства, как выражается проф. Рубель; плюс к ним Cardiacs и затем уже Symptomata, где это нужно“.

Наш материал.

С 1925 года по 1931 г. включительно через терапевтическое отделение 1-й совбольницы прошло 618 больных с крупозной пневмонией, из них крестьян 507, горожан 111. Мужчин 388, женщин 230. По возрасту до 10 л. 11, от 10 до 20 л.—163, от 20 до 40 л.—282, от 40 до 60 л.—141, и свыше 60—21. Болезнь кончилась кризисом 385, лизисом 233. Длительность лихорадочного периода 3 дня—6 чел., 4 дня—10, 5 дней—46, 6 дней—82, 7 дней—202, 8 дней—74, 9 дней—80, 10 дней—22, 11 дней—24, 12 дней—20, 13 дней—14, 14 дней—8, 15 дней—22, 17 дней—4, и 22 дня—4.

По месяцам года было больных: январь—74, февраль—61, март—99, апрель—76, май—62, июнь—30, июль—14, август—15, сентябрь—12, октябрь—45, ноябрь—67, декабрь—63.

Осложнения:	Pleuritis exudativ.	—8,	Abscess. pulmon.	—3
	Colitis	—3,	Pericarditis fibr.	—1
	Gangraena pulmon.	—3,	Nephritis	—1
	Myocarditis	—7,	Oedema pulmon.	—35.

Процесс протекал вместе с малярией в 17-ти случаях.

От чего умирали:	1) Oedema pulmon	—17	} итого 29.
	2) Collapsus	— 7	
	3) Myocarditis	— 5	

Возраст умерших от 10 до 20 л.—1, от 20 до 40—7, от 40—60—14, 60 и выше—7.

Количество дней, проведенных на койке умершими больными: 1 сутки—7, 2 суток—7, 3 суток—1, 4 суток—1, 5 суток—6, 6 суток—2, 7 дней—1, 8 дней—1, 9 дней—1, 10 дней—1, и 12 дней—1.

14 человек поступили в больницу с явлениями резкого упадка сердечной деятельности и развивающимся отеком легких и все погибли, пробыв

в стационаре от 1 до 2 суток. Все они уже дома провели большую часть болезни, без всякого ухода, а отчасти и на ногах. Из семи больных, имевших осложнения со стороны сердечной мышцы, которые у нас значатся под диагнозом миокардита, умерло 5, от коллапса погибло 7 человек и кроме упомянутых 14 еще 3 от отека легких, которых мы не могли спасти, несмотря на то, что они поступили в больницу в начале заболевания. Мы всегда помнили у постели больных пневмоников о том, что погибают не от отека легких, а от того, что врачи проглядывают явления начинающегося отека и его предвестника — слабости сердечной мышцы. Может быть три смерти от развившегося отека легких в стационаре наша вина, но нас удовлетворяют 18 случаев выздоровления больных, у которых мы имели явления начинающегося отека. В 17-ти случаях комбинации пневмонии с малярией мы лечили больных инъекциями хинина внутримышечно и имели прекрасный успех в том, что приступы малярии не путали картины пневмонии и дали ей закончиться естественным образом. Никаких укорочений периодов в течении пневмонии у этих 17-ти больных нами замечено не было и болезнь кончилась между 6 и 9 днем.

Osler говорит, что специальной формы пневмонии обусловленной малярийным паразитом неизвестно. В некоторых случаях озноб во время течения обыкновенной пневмонии связан с малярийной инфекцией. Такие ознобы у упомянутых 17-ти больных вместе с нахождением в крови у них паразитов малярии заставляли нас немедленно приступить к инъекциям хинина. Все больные получали отвлекающее местное лечение, в виде согревающих компрессов, банок, горчичных компрессов. 176 больным было проведено с самого начала их поступления подкожные впрыскивания *Ol. Camphor.* 20%; доза *pro die* варьировалась от 6 до 25 грамм в зависимости от случая. 78 больных потребовали применения *Digalen'a* внутрь и под кожу и *Tinct. Strophanthi*. Наконец главную массу больных 364 представляют собой те, которые кроме местных отвлекающих средств были использованы порошками *Coffeini Natr-Salicylic.* 0,1×3 или *Camphor. trit.* 0,2×3. Не решаясь оставлять сердце без всякой поддержки у этой категории больных мы удовлетворялись упомянутыми порошками. 80% наших больных были крестьяне, держать их на койке без лекарств — это вызывать постоянные недоразумения между больными и ухаживающим персоналом, а потому маленькие дозы кофеина и камфоры давали нам возможность одним ударом бить двух зайцев: они успокаивали психику больных и удовлетворяли нас тем, что мы не вредили больному медикаментами, а спокойно наблюдали его, чтобы в нужный момент явиться со всем арсеналом нужных средств, каковой и появлялся у постели тяжелых больных до вливания *Tinctur. Strophanthi* в вену включительно.

О смертности. В этом отношении у различных авторов мы имеем огромные колебания. Так, например, в германской армии на 40 000 случаев смертность составляла 3,6 процента. Статистика клиники *Johns Hopkins Hospital* за 16 лет дает 26—30% (Osler).

Меринг: смертность в одном и том же месте в различные годы весьма неодинакова, иной раз умирает 10%, другой—30% всех заболевших.

В 60-тидесятых годах Diete—работавший в большом госпитале в Вене взял на себя смелость оставлять больных с пневмонией без вся-

кого лекарственного лечения. Вместо прежних 50—60% смертности (при кровоупускании) и 28—30% (при рвотных) он получил всего только 16% смертности (Рубель).

Osler выводит даже процент смертности отдельно для каждого типа пневмококков. Первый и второй тип 25—30%, тип третий 50%, и тип 4—12%. По годам наши случаи со смертностью распределяются:

1925 г.—32 случая одна смерть—	3,1%
1926 г.—70 " 7 " —	10%
1927 г.—66 " 4 " —	6%
1928 г.—126 " 5 " —	4%
1929 г.—134 " 5 " —	3,8%
1930 г.—98 " 3 " —	3%
1931 г.—92 " 4 " —	4,4%

а в общем смертность выразилась 4,7%. Из этой таблицы очевидно, что малые цифры для вычисления процентов не всегда показывают истинную картину, а следовательно и служить критерием для действительной оценки действия того или иного предлагаемого средства при пневмонии не могут.

Чем же объяснить малый процент смертности на нашем материале? Как видно из изложенного, никаких специфических средств мы не применяли, а принцип лечения крупозной пневмонии сводился в сущности к наблюдению за больным и своевременным вмешательством для поддержания сердца. Дело в том, что наблюдая сотни случаев некоторых инфекций в заразном отделении нашей больницы, я заметил, что некоторые из них дают небольшой процент смертности, некоторые наоборот держатся в пределах цифр, указанных в крупных руководствах, или даже выше. Так, сыпной тиф: на 157 случаев мы имели 7 смертей, или 4½ процента. При гнздных и гриппозных пневмониях на 143 случая 13 смертей, или 9 процентов, несмотря на то, что больные в стационаре с этими пневмониями поступали исключительно тяжелые. То же мы видим и по отношению скарлатины до 1929 года, когда смертность была 8%. В своей работе (Сар. вестн. здравоохр., № 10, 1928 г.) мы эту малую смертность приписывали лечебной антискарлатинной сыворотке. Но в 1929-30 годах при наличии той же сыворотки, как лечебного фактора, мы имели на 453 случая 104 смерти или около 23%.

При брюшном тифе на 509 случаев мы имели 73 смерти или 14½%, что, конечно, должно считать большой смертностью. Видимо с некоторыми инфекциями человеческий организм настолько сжился, что они на определенном отрезке времени не представляют для него того дамоклова меча, которым они являются в другом периоде времени, когда на сцену появляются еще мало известные нам факторы, ведущие к резкому нарушению взаимодействия между макро и микроорганизмом. В числе этих инфекций в настоящее время фигурирует и крупозная пневмония. Подтверждение этой мысли мы находим и у Н. Кушева (Клин. мед.). Кроме того за последнее время крупозная пневмония теряет свое типическое течение, это отмечает и Рубель по Ленинграду (Клин. лекции). Это видно из нашего материала, где классическое семидневное течение мы наблюдали только у 30% всех больных.

Литература: 1) Н. Чистович. Курс частн. патолог. и терап. внутр. болезней. Изд. 1927 г.—2) А. Штрюмпель. Руковод. к частн. патолог. и терап.

внутрен. болезней. Изд. 1894 г.—3) I. Mering. Руковод. по внутр. болезн. Изд. 1926 г.—4) W. Osler. Руковод. по внутр. медицине. Изд. 1927 г.—5) А. Рубель. Болезни органов дыхания. Изд. 1927 г.—6) А. Рубель. Об острых бронхитах и пневмониях. Изд. 1925 г.—7) С. Оречкин. Успехи терапии. Врач. дело, № 16, 1927 г.—8) Д. Татаринов. К терап. и клин. круп. восп. легких. Каз. мед. журнал, № 6, 1929 г.—9) Я. Дайховский. К лечению пневмонии. Каз. мед. журнал, 1923 г., № 5.—10) Г. Кац. Кальциотерапия и сердце. Врач. дело, № 3, 1929 г.—11) О. Столица. Основы лечения пневмоний. Клинич. медиц., № 13, 1931 г.—12) Г. Керчикер. Аутогемотерапия при крупозн. пневмонии. Врач. газ., № 18, 1924 г.—13) Ф. Янишевский. Послеоперац. легочн. осложнения. Сов. клин., № 10—12, 1913 г.—14) Д. Степухович. Скарлатина в Балашов. медучастке. Саратов. вестн. здравоохран., № 10 1928 г.—15) Н. Кушев. Клинич. мед. Юбилейный за 1929 г.

Из Терапевтической клиники Института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор клиники проф. Р. И. Лепская).

Экстраренальное накопление шлаков крови.

Сообщение I.

Гипохлоремическая азотемия (псевдо-уремия).

Проф. Р. И. Лепская и д-р Э. Р. Могилевский.

Многочисленны и разносторонни пути современной терапии, но, несомненно, наиболее благотворные результаты дают те искания, которые направлены по следам патогенеза, по следам изучения биологии и патофизиологии. Блестящие успехи в области изучения гормонов, различных факторов питания, как витамины и др., представляют яркие примеры того, как овладение знанием естественных регуляторов жизненного процесса дают современной терапии орудие воздействия не только при специфических заболеваниях определенной узкой области, как при эндокринопатиях или расстройствах питания, но позволяют использовать эти естественные регуляторы для целей более широких и отдаленных, выравнивая и изменяя направление скрыто-протекающих и сложных патологических реакций. Примерами могут служить применение тиреоидина не только при микседеме, но и при таких расстройствах обмена веществ как тучность, как диуретического средства при отеках, использование многообразного действия инсулина на усвоение углеводов и кислотно-щелочное равновесие не только при панкреатическом диабете, но и в целях повышения аппетита, благоприятного воздействия на состояние питания, улучшение функции печени и т. п.; точно также мы прибегаем к витаминам не только как к специфическому средству при авитаминозах, но и с целью, напр., поднять защитные силы организма при инфекционных заболеваниях.

Не приходится однако закрывать глаза на то, что немало еще областей в медицине, в которых наши представления о патофизиологии процесса не только еще далеко неполны, но непрестанно подвергаются и должны в дальнейшем еще подвергаться пересмотру и даже коренной ломке. Одной из основных причин этого является доминировавшая долгое время ложная установка на преимущественное