

повлечь. при повторном заражении этой инфекцией организма, к быстрому развитию гангренозного воспаления в сравнительно безобидном туберкулезном очаге. Gratia и Linz получали некротическую форму оспенной пустулы, если в привитой организм (свинка) ввести Шварцмановский фильтрат. Вопросы гетероаллергических воспалений должны подвергнуться самому широкому клиническому анализу.

Библиография и рецензии.

М. П. Кончаловский — *Клиника внутренних болезней*. Часть общая, Г. М. И. 1933. 275 стр.

Новое руководство по клинике внутренних болезней представляет собою коллективный труд проф. М. П. Кончаловского и его сотрудников и является по существу введением в изучение внутренних болезней, отражая установки школы М. П. Кончаловского.

Мы переживаем в клинике эпоху переоценки ценностей как в отношении основ нашего медицинского мышления, так и в отношении тех новых заданий, которые должны быть выполнены клиникой в период социалистического строительства и в частности строительства советского здравоохранения. То и другое нашло в руководстве проф. М. П. Кончаловского достаточное отражение, почему книга эта заслуживает особенно о внимания терапевта, вся практическая работа которого в качестве своем зависит прежде всего от правильных установок его мышления.

Этим установкам посвящено „Введение в клинику внутренних болезней“ М. П. Кончаловский и первая глава — „Клиническое исследование больного как метод социально-клинического изучения организма“ (А. М. Касаткин).

Старые руководства и клинические лекции по внутренним болезням, как известно, останавливались, главным образом, на отдельных фактах клиники, ограничиваясь преимущественно описанием нозологических форм и не поднимаясь на высоту теоретического обобщения нашей дисциплины; авторы нового руководства прежде всего дают начинающему изучать медицину врачу — методологические установки своего клинического мышления. Совершенно правильно подчеркивается основная ошибка прежних клиницистов — тенденция рассматривать человека только как зоологический тип, даже тогда, когда речь идет об организме, как об едином психофизиологическом целом, и игнорировании человека как специфической категории, подчиненной не только биологическим, но одно — временно и неразрывно с этим и социальным закономерностям.

Отсюда вытекает необходимость внимательно оценивать значение среды при изучении этио-патогенеза заболеваний, их динамику, установку социального прогноза и определения *социальной* профилактики и терапии заболеваний.

В отношении объекта клиники — больного человека — даются современные установки не только морфологического или функционального анализа, но той теснейшей и неразрывной связи между функцией и анатомическим субстратом, которые лежат в основе функциональной патологии. На место отдельных, оторванных друг от друга нозологических единиц, часто совершенно абстрактно описываемых в старых учебниках, выдвигается представление о синдромах болезни, как результате синтетического понимания анатомических и функциональных патологических фактов с учетом *ранних* и еще обратимых стадий заболевания, и, главным образом, исходя не из анатомической органопатологии, а из идеи целостности организма. В общей части еще не видно насколько общепринятая идея целостности организма распространяется автором и на целостность патофизиологического процесса внутри данного органа; об этом можно будет судить только по специальной части руководства.

Останавливаясь подробно на достижениях инструментального и лабораторного исследования и на необходимости тщательного изучения этими именно методами функциональных отклонений организма, особенно в ранних стадиях болезни, руководство во многих местах дает установку о взаимоотношениях между клиническим — у постели больного — и лабораторным его исследованием и ставит лабораторный анализ на его место, как метод только подчиненный синтезу и

в распознавании болезни и в лечении ее. Эту установку руководства надо особенно приветствовать, так как молодые поколения врачей, а за ними и больные, в результате упрощенного понимания лабораторного анализа, или, например, рентгеновского, исследования нередко идут по пути механистических представлений, заменяя живого человека мертвым протоколом этих исследований и таким образом часто далеко отходят от правильного понимания самого существа заболевания.

Эти основные установки в руководстве по клинике внутренних болезней несомненно правильны, они представляют большую ценность, являясь для студента-медика и врача-терапевта стимулом для выработки определенного медицинского мышления, основанного на синтезе теории и практики медицины и неразрывно связанного с современными теоретическими предпосылками нашей науки.

Если от этих общих и бесспорных установок перейти к фактическому материалу руководства, то особенно важно изучить, насколько авторам удалось отразить свои установки в методике исследования и лечения больных в клинике, т. е. проделать бо́льшую и трудную задачу синтеза новой теории и старой клинической практики.

В этом отношении не совсем удачно составлена первая глава, где речь идет о методике клинического исследования больного, т. е. об основной предпосылке правильного поведения терапевта. Если исходить из основных установок руководства, выраженных в лозунге—ближе к больному человеку, автор этой главы недостаточно останавливается на методике изучения жалоб больного. Здесь совершенно недостаточно отражена вся важность глубокого изучения того, что является *внутренней* картиной болезни и чем так пренебрегают часто терапевты, заменяя эту кропотливую работу регистрацией жалоб и создавая анкету из истории болезни вместо живого изображения динамики заболевания. Неверно в этой части книги и то, что больные с неустойчивой нервно-психической системой подлежат изучению не только терапевта, но и невропатолога или психиатра, составляя обширную группу неврозов. Автор в самом начале рискует, что молодой врач на этом основании огромную группу заболеваний внутренних органов, выражающихся, при поверхностном наблюдении, как неврозы, отошлет к невропатологу и будет попрежнему говорить о неврастении, когда дело идет, например, о начальной гипертонии или о нарушениях обмена, эндокринном растройстве (дистиреоз) или о неврозе желудка, когда на самом деле имеется латентная форма язвы или холецистопатии или о переутомлении, когда речь идет о начальной азотемии и т. д. Ведь по меньшей мере вегетативная нервная система, если только можно практически оторвать ее целиком от центральной нервной системы, как органа психики, принадлежит во всяком случае терапевту, а потому изучать ее отклонения на клинических больных, а не отсылать их к невропатологу, должен врач, воспитанный на современных установках нового руководства клиники внутренних болезней. Изучение же субъективной, или как я предпочитаю называть—*внутренней* картины болезни, основано на тщательном, методически собранном анамнезе больного, который составляет весьма значительную часть всего социально-клинического изучения организма. Между тем на этом очень мало останавливается автор первой главы руководства. Далее, в методике изучения *status praesens* совершенно опущена оценка врачом *общего состояния больного*, осмотра его. Это тем более неожиданно, что целиком противоречит основной общей концепции руководства о целостности патологического процесса и реакции на него организма, в сумме дающих клиническую картину болезни. Врачи, как известно, нередко увлекаясь функционально-диагностикой, не останавливаются на анализе *общего* впечатления, получаемого при первой встрече с больным, т. е. недооценивают именно то, что часто давало возможность старым врачам правильно распознавать болезни на основании даже мелких синдромов, эмпирически создавая синтетический диагноз. Надо подвести научное обоснование под этот метод, но отбрасывать его не следует и это не соответствует принятым руководством установкам.

Есть ряд погрешностей, и в системе изложения этой основной главы руководства. Почему-то, например, пальпация рассматривается после перкуссии и аускультации, тогда когда методически и естественно она следует за осмотром больных. Между прочим, говоря о пальпации, автор не упоминает вовсе о классической методике *Образцова-Гаусмана*, о которой так мало, к сожалению,

нию, знают советские терапевты и о которой всегда говорят иностранные авторы в своих руководствах. В главе об аускультации подробно излагается дифференциальный диагноз пороков сердца, которому, наверно, будет посвящена отдельная глава в специальной части; но зато здесь очень кстати излагается оригинальная теория механизма сердечных тонов в связи с общей динамикой кровообращения. Глава о термометрии слишком уже сжата; нет здесь, например, даже дифференциального распознавания кризиса от коллапса, что особенно необходимо подчеркнуть начинающему терапевту. Эти недочеты, разумеется, ни в какой мере не снижают ценности первой главы руководства, отличающейся свежестью и оригинальностью в изложении основ клинического мышления. Надо, однако, пожелать, чтобы во втором издании руководства эти недочеты были исправлены.

Вторая глава посвящена методике и клиническому значению лабораторных исследований. Автор (прив. доц. П о с п е л о в) исходит из правильных предположений о подчиненной роли лаборатории, но все же очень «еще не прочно стоит на этих позициях». Данные лаборатории—говорит он «не всегда являются решающими»; это тем более неожиданно, что через пять строчек имеется более категорическое утверждение, что «почти ни одно лабораторное исследование, за очень редкими исключениями, не имеет абсолютного значения». Очень кстати в главе об исследовании мочи приведена схема М а р т и н э о механизмах нарушения углеводного обмена и гликозурии. Это удачно демонстрирует вред упрощенного понимания лабораторных анализов в клинике. Отдел, посвященный функциональному исследованию желудка, не совсем отвечает установкам нового руководства. М. П. К о н ч а л о в с к и й, как пример целостности функции органа, правильно приводит ошибочность изучения секреции желудка отдельно от двигательной функции его (стр. 17), а на 127 стр. руководства мы находим описание метода З и м н и ц к о г о, одним из кардинальных недостатков которого является именно то, что он изолированно изучает только секрецию желудка; кстати этот метод встретил такие существенные возражения, что имеет в настоящее время только разве историческое значение и едва ли он должен излагаться в руководствах для студентов. Не совсем правильно также предложение в каждой порции желудочного содержимого исследовать пепсин; это как известно, имеет значение только при пониженной кислотности или при отсутствии свободной HCl.

При изложении методики исследования испражнений совсем не упоминается бродильная проба с трубочкой S t r a s s b u r g e r'a, доступная каждому врачу и значительно более практичная, чем определение аммиака и органических кислот в кале.

Достаточно четко для начинающего изложена техника клинического исследования крови (прив. доц. Х. Х. В л а д о с).

Третья глава, посвященная рентгенодиагностике заболеваний внутренних органов (прив. доц. А. Е. У с п е н с к и й), занимает в руководстве видное место по своему содержанию и по объему и написано не плохо. К сожалению, рисунки даже для искусственного в этом деле терапевта носят характер ребусов и не легких для разгадки. Кстати надо покончить с этим браком полиграфического дела так, как мы заканчиваем его в других отделах советской индустрии; это относится не только к рисункам в тексте, но даже и к таблицам на вкладках в книге. Ведь за качество медицинской книги ответствен не только автор, но и издательство.

Четвертая глава посвящена основам общей терапии (прив. доц. Н. К. М ю л л е р). Она вводит читателя в круг представлений о неспецифической терапии в самом широком смысле этого слова. В этой главе очень сжато, почти конспективно, говорится о целом ряде терапевтических методов и относительно подробнее о немногих. Опущены, однако, такие методы, как кровопускание и переливание крови, которые все более и более завоевывают себе место в клинике внутренних болезней и должны бы получить отражение в современном руководстве. Необходимость уложить все терапевтические методы в небольшое число печатных листов—привело к тому, что эта исключительной важности глава руководства написана не только конспективно, но и очень абстрактно, оторвано от практики: так, органотерапии посвящены две странички, сюда же включено все лечение эндокринными препаратами. Это совершенно не соответствует значению органотерапии. Больше места отведено диетотерапии. Правильно обращается внимание на роль минерального состава пищи—основных и кислых ее

валентностей,—правильно устанавливается функционально-динамический принцип и объявляется борьба стандартной диетой, составленной по локалистическому признаку (диета для гастрита, колита, печеночного заболевания и т. д.), очень распространенному у нас в стране, особенно в диететических столовых, и в значительной мере, ведущему к упрощению важнейшего фактора лечения—питания.

Говоря о психо-терапии, автор заявляет, что в настоящее время она является одним из важных терапевтических методов и подчеркивает, что психо-терапевтически можно влиять на весь организм во всем многообразии его физиологических и патологических процессов, но этим заявлением и ограничивается вся психотерапия в руководстве. Лучше вовсе не говорить о значении психотерапии при лечении внутренних болезней, чем уложить все поведение врача в шесть печатных строк заявления о его важности. Это находится в резком противоречии с основными современными и совершенно правильными методологическими установками всего руководства. Надо начинать работу по подведению научного базиса под этот наиболее ответственный метод лечения, широко, но бессознательно практикуемый каждым терапевтом.

Последняя—*пятая* глава книги посвящена показаниям к операциям при внутренних болезнях (М. П. Кончаловский). Она суммирует современные взаимоотношения терапевта и хирурга у постели больного. Для начинающего изучать клинику внутренних болезней нелегко будет усвоить и критически отнестись к изложению этой обширной области пограничных заболеваний; может быть, уже после проработки специальной, части читатель глубже освоит богатое содержание этой главы.

Указанные недочеты не снижают большой ценности нового руководства по внутренним болезням, и если не везде перестройка материала целиком отвечает большим задачам, которые поставили себе авторы, то руководство М. П. Кончаловского, являясь оригинальным и новым по замыслу, несомненно, поможет врачу и студенту овладеть современными подходами к больному внутренними болезнями и научит его искать те ранние формы, когда лечение дает врачу наибольшее удовлетворение, а больному максимальные шансы на выздоровление.

В этом большая заслуга М. П. Кончаловского и его школы.

Остается только пожелать, чтобы книга эта помогла молодому врачу практически осуществить прекрасный лозунг Ашара, выбранный автором эпиграфом для нового руководства. *Science d'abord, art ensuite, jugement toujours*—сначала знание—потом искусство, всегда мышление.

Проф. Р. Лурья.
(Москва).