



ВРАЧЕБНЫЕ
ИСТОРИИ

СЕРГЕЙ
БОТКИН

ПОБЕЖДАЯ
СМЕРТЬ

ЗАПИСКИ ПЕРВОГО
ВОЕННОГО ВРАЧА



Сергей Боткин

**Побеждая смерть. Записки
первого военного врача**

«Алисторус»

1880-1889

УДК 82-94
ББК 84(2)

Боткин С. П.

Побеждая смерть. Записки первого военного врача /
С. П. Боткин — «Алисторус», 1880-1889

ISBN 978-5-907332-97-3

«Когда же наконец придет время, что не нужно будет плакать о том, что день сделан не из 40 часов? ...тружусь как последний поденщик» – сокрушался Сергей Петрович Боткин. Сегодня можно с уверенностью сказать, что труды его не пропали даром. Будучи участником Крымской войны, он первым предложил систему организации помощи раненым солдатам и стал основоположником русской военной хирургии. Именно он описал болезнь Боткина и создал русское эпидемиологическое общество для борьбы с инфекционными заболеваниями и эпидемиями чумы, холеры и оспы. Сергей Петрович открыл первые в России женские лечебные курсы, впервые применил термометр для определения температуры человека и разработал систему гигиены для врачей. В этой книге Сергей Петрович рассказывает о самых сложных и интересных случаях, с которыми ему довелось столкнуться во время врачебной практики, а также повествует о том, как нужно беседовать с больным, на что следует в первую очередь обращать внимание, как строить систему лечения пациента.

УДК 82-94
ББК 84(2)

ISBN 978-5-907332-97-3

© Боткин С. П., 1880-1889

© Алисторус, 1880-1889

Содержание

Часть первая	7
Вступление	7
О хлорозе	18
Из лекций о брюшном тифе	25
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Сергей Петрович Боткин
Побеждая смерть. Записки
первого военного врача

© ООО «Издательство Родина», 2020

Часть первая

Клинические лекции

Вступление

Высокопочтимое собрание!

Когда высшее учебное учреждение в полном сознании честно выполненного долга дает молодым силам право самостоятельной деятельности, совершается поистине торжественный акт в скромной и трудовой жизни учебного учреждения, стремящегося достигнуть высокой цели – дать своей родине честных и полезных деятелей. Тот день, когда государство и общество принимают в свою среду новых сотрудников на общую пользу, ознаменовывается публичным торжественным собранием всех членов академии, ее учеников, ее почетных членов и почетных гостей с участием близких и родных, из среды которых нынешним днем вступают на самостоятельный жизненный путь наши надежды, наше будущее. В силу старинного академического обычая конференция академии возлагает на одного из профессоров произнесение речи в этом торжественном собрании, и в этом году на мою долю выпала честь исполнить это почетное поручение.

Имея перед собой молодых товарищей, вступающих в практическую деятельность, стоя перед обществом, в среде которого будут действовать новые силы, я решился изложить перед почтенным собранием те общие основы клинической медицины, которые у меня постепенно сложились в течение моей практической и преподавательской деятельности.

Изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупредить болезни, лечить или облегчать, составляет ту отрасль человеческого знания, которая известна под общим именем медицины. Болеет только живой организм, и так как болезнь составляет одно из многих проявлений жизни, то изучение этой последней и должно составлять основу научной медицины.

Простейшая форма проявления жизни представляется в живой клетке и в ее отношениях к окружающей среде. Клеточка воспринимает нужный для нее материал, перерабатывает его и выводит ненужное и вредное для ее жизни. Находясь, таким образом, в постоянном обмене с окружающей средой, живая клеточка питается и сохраняет свое «я» в известном равновесии, растет и множится, смотря по ее возрасту и прирожденному ей свойству; она живет или же, утратив свою самостоятельность, она умирает и подвергается процессу разрушения и, находясь тогда исключительно под влиянием окружающей среды, разлагается на свои первоначальные элементы. Сложные физико-химические процессы, совершающиеся в живой клеточке, обуславливают ее способность самосохранения, которая проявляется известной самостоятельностью относительно окружающей среды. Этим свойством самосохранения отличается все живое; жизнь есть самосохранение в обширном смысле этого слова, – свойство, равно принадлежащее живой элементарной клетке и самому сложному организму, состоящему из целой массы живых клеточных элементов.

В силу этого общего свойства сохраняется не только жизнь отдельного неделимого, но и его вида. Существующие колебания окружающей среды влияют в значительной степени на живую клетку и могут быть более или менее благоприятными для ее жизни; жизнь клеточки может быть более или менее продолжительна, смотря по ее прирожденному свойству и смотря по тем более или менее благоприятным условиям, в которых она находится. Живой организм при самых благоприятных для него условиях умирает в силу старости, неизбежного свойства всего жившего.

Живой элемент для сохранения своего равновесия приспосабливается к различным изменениям окружающей среды. В силу свойства самосохранения он удерживает свою влагу, свою температуру, свое количество и качество твердых составных частей, несмотря на существующие колебания в этом отношении окружающей среды. Эта способность приспособления с сохранением своего равновесия обуславливает известную степень стойкости жизни, которая не уничтожается при незначительных изменениях внешней среды, а, приспосабливаясь, продолжает свое более или менее благоприятное существование. Эта способность живого элемента приспособляться с сохранением своего равновесия к различным колебаниям окружающей среды имеет свои границы, обуславливаемые количественной и качественной степенью колебаний и прирожденным свойством того или другого элемента жизни. Сущность этого свойства приспособления заключается в тех же сложных физико-химических процессах, которые составляют основу общего свойства живого существа – самосохранения. Проявление жизни в состоянии равновесия ее отправления составляет нормальную или здоровую жизнь, благоприятную для ее продолжения. Состояние организма с нарушением равновесия жизни составляет болезнь. Всякое нарушение равновесия, не восстановленное приспособляющейся способностью организма, представляется нам в форме болезни, более или менее тяжелой, смотря по значению ее для жизни всего организма.

Понятие о болезни неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно всегда обуславливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм, или через его ближайших или отдаленных родителей.

Реакция организма на вредно действующие на него влияния внешней среды и составляет сущность больной жизни. Болезнь есть явление преходящее, временное, и только в том случае, если организм не восстановит своего равновесия, оно становится постоянным, влияя в большей или меньшей степени на укорочение жизни. Восстановление нарушенного равновесия жизни организма совершается в силу той же способности живого элемента приспособляться, – свойства, которым отличается все живое; и если причина болезни не уничтожила в организме этой прирожденной ему способности, то равновесие восстанавливается, и болезнь проходит. Болезнь не есть нечто особенное, самостоятельное, она представляет обычные явления жизни при условиях, невыгодных организму, который или умирает, или в силу своей приспособляющейся способности восстанавливает свое равновесие, достигая таким образом более или менее полного выздоровления, или же остается больным, сохраняя иногда способность передавать болезнь или расположение к ней своему потомству, что и обуславливает наследственность болезней.

Так как управляющие нами законы природы не изменяются, то внешние причины заболеваний остаются приблизительно одни и те же, что и обуславливает известную законность проявления жизни при расстройстве ее равновесия под влиянием тех или других вредно действующих условий. Эта законность проявления болезней на различных организмах дала возможность классифицировать различные болезни на отдельные группы.

Смотря на болезнь как на проявление жизни в неблагоприятных и вредных для нее условиях, мы допускаем болезнь в самой элементарной форме жизни, в клеточке точно так же, как и в самых сложных органах и организмах.

Свойство живых элементов приспособляться к окружающей среде и ее колебаниям без расстройства равновесия, бывает в различной степени, в различных клеточных элементах, в различных органах и в различных организмах. Вспомним, например, то разнообразное отношение различных родов и видов растений, животных к колебаниям температуры, влаги, количеству кислорода. Существенная причина этих различных отношений живых элементов заключается в прирожденных свойствах того или другого элемента жизни, в той или другой ее организации. Наблюдения нам показывают, что это прирожденное свойство приспособления может в значительной степени увеличиваться привычкой организма к тем или другим колеба-

ниям окружающей среды; культура растений, акклиматизация животных убеждают нас в свойстве живых элементов увеличивать свою приспособительную способность до значительных границ, причем увеличившаяся способность приспособления родителей передается их потомству.

Способность приспособляться к вредно действующим изменениям окружающей среды в животном организме может достигать такой степени, что равновесие сохраняется, несмотря на действие вредной причины. Человек мало-помалу приспособлялся к различным колебаниям внешних условий, передавая своему потомству постоянно нараставшую способность приспособления, которая в значительной степени увеличивалась помощью знания и искусства, приобретаемых путем наблюдения и опыта.

Со времени первых следов жизни человека на земле, оставшихся нам в виде свайных построек, в виде различных остатков каменного, железного периода, прошло много времени, в течение которого постепенно нарастала приспособляющаяся способность человека, обуславливаемая его прирожденными свойствами и различными внешними условиями, в которых он находился. Способность приспособления с сохранением равновесия, способность восстановления равновесия как проявление общего свойства жизни – самосохранения – были существенной причиной сохранения человеческого вида и физического и нравственного его усовершенствования. В силу общего свойства самосохранения человеческий организм, приспособляясь к различным условиям жизни, выискивал наилучшие, наиболее для него подходящие. Не зная огня, не имея орудий, путем наблюдения, долгого опыта, человек мало-помалу приспособлялся к настоящему, улучшал его и передавал последующим поколениям результаты своей борьбы за существование. Все, что живет, борется за свое существование с более или менее благоприятным результатом для своей жизни и жизни своего потомства.

Болезнь, как явление нарушенного равновесия жизни, должна была явиться с первыми ее признаками на земле. Вредно действующие условия были приблизительно те же, а приспособляющаяся способность не была достаточно развита. История древности указывает нам на такие разрушительные действия болезней, которые мы в настоящее время едва можем себе представить. Примеры разрушительного действия болезней на дикие, некультурные племена существуют и в наше время. Смертность населения идет обратно пропорционально с его культурой и, следовательно, с его возрастом в физическом и нравственном отношении, и с вероятностью можно допустить, что существуют несомненные особенности болезней различных возрастов человеческого развития. Хотя, с другой стороны, можно думать, что зловерность некоторых условий, в свою очередь, в течение жизни человечества могла потерять свою первоначальную силу, но тем не менее можно допустить, что способность приспособления, свойственная человеку, развита у людей в различной степени, смотря по их большей или меньшей культурности в широком смысле этого слова, и что болезни нашего времени легче прежнего; нарушенное равновесие восстанавливается быстрее и большее число неделимых не выходит из равновесия при действии на них вредных условий.

В силу свойства самосохранения, в силу приспособляющейся способности живого организма к различным внешним условиям и в силу преемственности человек живет и совершенствуется как в физическом, так и в нравственном отношении. Первобытный человек не имел ни религии, ни знания, ни искусства; обладая сложными нервными центральными и периферическими аппаратами, подчиняясь общему закону каждой клеточки своего организма, он сохранял свою жизнь, постоянно увеличивал свою опытность и вместе с тем свою приспособляющуюся способность, передавая потомству результаты своей борьбы за существование, которые и проявлялись в постоянном его развитии. Изучение жизни и окружающей его природы в их взаимодействии составляло жизненную потребность человека; результатом первых шагов этого изучения явилось знание, смешанное вначале с суеверием; при дальнейшем развитии человека началась религия в ее различных формах, наконец, искусства; при расширении знания чело-

век мало-помалу стал группировать факты, обобщать, устанавливать их законность, и таким образом стали развиваться и науки.

Медицина представляет ту область человеческого знания, зачатки которого относятся к первым шагам сознательного отношения человека к окружающей его среде. В древности медицина, по-видимому, была настолько высока и польза ее настолько очевидна, что врачебное искусство входило в религиозный культ, составляло принадлежность божества. Жрецы были врачами. Древнейшие законодательства заключают в себе прямое указание известных познаний человека в гигиене. Нет сомнения, что при более простых условиях социальной жизни наблюдательность человека легче подмечала вредные влияния, а также и средства для их удаления. Но сознание некоторых вредно действующих условий и мер противодействия болезненным причинам еще не составляло науки; это были отрывочные сведения, передававшиеся из потомства в потомство. Без сомнения, уже в очень раннем периоде развития человека были люди, по преимуществу обладавшие искусством применять эти сведения к делу лечения человека; но так как медицина не была тогда наукой, а почти исключительно искусством, то передача потомству не могла совершаться без утраты многого ценного материала, принадлежавшего отдельным личностям. Так же как и другие искусства древних – зодчество, ваяние – не перешли в последующие поколения в той высоте, на которой они стояли у древних, и погибли с отдельными их представителями.

Много труда, много времени положил человек на то, чтобы освободить медицину от влияния личности, чтобы поставить ее на более твердую почву науки, но и до сих пор понятие о медицине как о науке неразрывно еще связывается с понятием о медицинском искусстве. Современная медицина, как наука, дает нам сумму знания в известной системе и с известными обобщениями, которые, к сожалению, еще не имеют значения законов, и потому знание современной медицины еще не дает нам умения прилагать его к практической жизни; это умение и до сих пор еще приобретает только путем опыта. Знание человека, его взаимных отношений к окружающей среде, его способность приспособления к различным, более или менее неблагоприятным изменениям этой среды; возможные границы восстановления равновесия и те условия, при которых равновесие восстанавливается более или менее скоро, – вот существенные вопросы, которые ставятся нам в практической жизни по поводу каждого представившегося нам случая.

С какой степенью точности можем мы ответить на все эти вопросы при постели того или другого больного? Основные науки медицины и наше знание природы еще не имеют той точности, на основании которой каждый представившийся нам частный случай мог бы быть подведен к какому-нибудь математическому уравнению, разрешение которого требовало бы только известного знания.

Представляющаяся нам задача в виде того или другого страдальца, требующего от нас помощи, может быть разрешена и в настоящее время только приблизительно с большей или меньшей вероятностью, и такое неточное разрешение возможно только при известном умении, искусстве, которое приобретает путем упражнения, навыка в решении подобных задач. Лечить больного, облегчать его страдания и, наконец, предупредить болезнь – требует в настоящее время знания и искусства прилагать его. Это-то искусство, принадлежащее личности, и было так высоко в древности, что человек связывал его с понятием о божестве; с течением истории искусство утратилось вместе с отдельными личностями за неимением твердых научных основ. Существовавшее знание некоторых фактов, не подведенных под общие истины, не составляло науки; оно мало-помалу исчезало, искажалось под влиянием различных школ, с различными воззрениями. Тем не менее, однако же, практическая медицина держалась и приносила свою посильную пользу страждущему человечеству в большей или меньшей степени. Не говоря о медицине древних, вспомним врачей – наших предшественников.

Еще на моей памяти, когда я начал только учиться практической медицине, ныне принятый метод объективного исследования больного, а также аускультация и перкуссия еще не составляли такого общего достояния, как теперь, когда, можно сказать, почти нет врача, не владеющего с большим или меньшим искусством техникой этого способа исследования. Между моими учителями были люди, стоявшие тогда во главе московской практической медицины, не знавшие при этом почти элементарных приемов аускультации и перкуссии и, несмотря на это, однако же, эти деятели приносили несомненную пользу целым массам стекавшихся к ним больных. Некоторые из их советов больным, которые остались у меня в памяти, я должен признаться, выдержат и в настоящее время самую строгую критику. Не раз мне приходилось видеть, как тогдашняя практическая знаменитость при обходе своей клиники, не выслушивая больных, иногда даже не расспрашивая их и без всякого предварительного исследования, ставила диагноз болезни, ее предсказание, назначала лечение. Нередко такого рода приемы клинического метода оправдывались дальнейшим течением болезни или смертью с последующим вскрытием; но, конечно, случались и ошибки, и иногда весьма грубые для нынешнего времени.

Невольно, однако же, является вопрос, каким путем достигали врачи, наши предшественники, этого умения узнавать болезнь, назначать лечение и пр.?

Врачи прежнего времени, лишенные почти совершенно тех способов исследования, которые в настоящее время составляют общую принадлежность каждого начинающего, путем опыта вырабатывали в себе способность наблюдать без всяких вспомогательных средств; и нередко общее впечатление, производимое на врача, талантливого наблюдателя, видом больного, давало основание для окончательного заключения о его болезни и ее дальнейшего течения.

Эти диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или другого доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях у людей может развиваться в очень значительной степени способность делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления. В большей или меньшей степени эта способность существует у каждого из нас; при взгляде на какой-нибудь предмет издали мы нередко безошибочно заключаем об его свойствах, недоступных другим нашим чувствам; так, мы отличим издали каменный дом от деревянного, хотя бы они снаружи были одинаково оштукатурены; по одному взгляду специалисты могут отличить фальшивый бриллиант от настоящего; большая часть людей по первому впечатлению отличает больного человека от здорового, крепкого от слабого, трезвого от пьяного. Некоторые по одному взгляду на человека с известной вероятностью могут делать заключения об его характере. Без сомнения, эта способность у человека складывается и развивается в силу его опыта, приобретаемого посредством периферических и центральных нервных приборов, помимо участия того нервного центра, который проявляется сознательным мышлением. Заключения, представляющиеся результатом деятельности нервных аппаратов без участия нашего сознания, составляют одно из обычных и частых проявлений нашей жизни. В силу прирожденных человеку свойств, в силу различных внешних условий совершаются различные тончайшие процессы в нервных центрах, не доходящие до центра сознания и проявляющиеся уже в форме окончательного заключения.

Способность делать заключения без участия сознательной мыслительной способности, без анализа, без строгой логической последовательности в постепенном развитии мысли мы привыкли называть инстинктом; известно, какое громадное значение имеет это свойство нервных аппаратов в жизни животных. В инстинктивных проявлениях жизни животных мы можем убедиться в величайшей разумности и тонкости этого свойства нервных аппаратов. Врач, делающий диагностику больного или заключение об его болезни, не имея достаточного количества фактов, на основании одного только первого впечатления на его центры через посредство его периферических приводов, действует по инстинкту. В древности, в высшей степени вероятия,

инстинкт врача имел чрезвычайно большое значение, ибо для сознательного заключения древний человек был лишен средств. Кроме того, можно предположить, что у древнего человека инстинкт был в большей степени развития, чем у современного человека, у которого по мере развития мыслительной способности инстинкт постепенно слабеет. Успех и прочное развитие практической медицины будут обуславливаться уменьшением значения в ней инстинкта и большого подчинения науке или разуму. Чем более сознательны будут заключения врача при постели больного, тем более они будут научны. Понятно, что для сознательного заключения необходимо большое количество верных фактов, которые и должны быть основанием той внутренней логической работы сознательной мысли, которая выражается в том или другом окончательном заключении.

Отсюда понятно, какое важное значение для заключения имеет запас истинного знания и способ собирания фактов, или, другими словами, метод исследования больного. Собираание фактов или исследование больного должно производиться с известной руководящей идеей, без которой легко впасть в ошибки, недосмотры и, потеряв массу времени, прийти к ложным заключениям. Ставя в обязанность врачу исследовать состояние всех важных для жизни органов у каждого больного, исследование необходимо начинать с настоящего его состояния. Status praesens больного и выдающаяся фактическая сторона, полученная при этом, и составляет основание руководящей мысли при дальнейшем исследовании. Эта руководящая идея есть, в сущности, первая гипотеза, которую врач делает более или менее сознательно на основании первых приемов исследования. Нередко эта гипотеза является путем инстинкта врача-практика и есть результат его опыта и большей или меньшей впечатлительности нервных аппаратов. Современному врачу необходимо анализировать первое впечатление, произведенное на него больным. Больной худ, бледен или хорошо упитан; на ногах, сидит или в постели, и в таком случае, как он лежит: на спине, на боку? Какое выражение лица, глаз, голос больного, запах? Все это, несомненно, производит на наши нервы известное впечатление, которое в конце концов слагается в одно общее заключение: у больного тиф, апоплектический инсульт, воспаление легкого, чахотка, хроническая болезнь печени, желудка. Необходимо, однако, врачу помнить, что это первое заключение есть результат по преимуществу инстинкта и представляет гипотезу, еще далеко не доказанную; а потому, продолжая исследование, он должен быть весьма осторожен и не терять своей объективности при дальнейшем собирании фактов, которые могут опровергнуть или подтвердить первое, как бы инстинктивное предположение.

При первом взгляде на тифозного больного всякий, кто видел несколько подобных случаев, с большой вероятностью уже сделает заключение, которое только подтвердится дальнейшим исследованием. Прилагая к подобному субъекту метод объективного исследования, мы не тратим времени на определение чувствительности кожи этого больного по веберовскому способу, не будем применять электричества для определения функций его мышечных и нервных аппаратов; не применим к нему спирометра и пр. Все это имеет свое научное значение и составляет будущность практической медицины, но пока в подобном случае многие из этих приемов исследования не достигли до значения существенной необходимости. В другом же случае исследование офтальмоскопом, ларингоскопом и пр. будет иметь важное значение, иногда решающее окончательно то или другое заключение по поводу представившегося субъекта.

Владея различными методами физического исследования и применяя их в отдельных случаях практической жизни, врач руководится известной мыслью, которая должна меняться по мере представляющихся фактов при исследовании больного. Особенную важность имеет такая руководящая идея при исследовании помощью вопросов самого больного или его окружающих. Чтобы поставить вопросы, врачу необходимо сделать какое-нибудь предположение о больном.

После первого ответа больного на вопрос: на что он жалуется, врач ставит ряд вопросов сообразно тем соображениям, которые у него более или менее сознательно образуются в

силу его опыта и знания. Для начинающих полезно этому исследованию расспросами предпосылать обстоятельное объективное исследование, которым он и будет руководствоваться при постановке своих вопросов, предполагая, конечно, в начинающем хотя теоретическое знакомство с болезненными симптомами различных органов и группировкой симптомов в различных болезнях.

Собрав, таким образом, всю фактическую сторону представившегося случая различными методами исследования, врач подвергает тщательному анализу полученные им факты; группирует их по большей или меньшей их важности и устанавливает их хронологию развития и взаимную связь на основании разностороннего исследования больного и собственного знания патологических процессов.

Таким образом, врач устанавливает диагностику болезни и больного, давая название той или другой патологической форме, которая представляет наибольшее значение для жизни и которая составляет основную форму данного случая.

Исследуя взрослого больного, мы редко встречаемся с какой-нибудь одной патологической формой; в большинстве случаев представляющиеся при этом патологические факты бывают различного происхождения по времени и по причинам. У больного, положим, крупозное воспаление легкого, развившееся под влиянием эпидемических условий, но одновременно у него может быть старая болезнь сердца или сосудов или, наконец, сахарное мочеизнурение, брайтова почка, сифилис и пр.

Анализируя найденные факты, при исследовании необходимо, как уже было сказано, установить правильную между ними связь и оценить взаимное отношение и влияние различных фактов на течение болезни. Установив диагноз, мы должны указать на этиологию данного случая, ища ее или во внешней среде, или в самом организме, унаследовавшем расположение к заболеванию от более или менее отдаленных родителей. Установив такой диагноз больного, мы составляем более или менее вероятную гипотезу, которая оправдывается или опровергается дальнейшим течением болезни. На основании такой гипотезы врач обязан действовать – чем и отличается практический врач от натуралиста-ученого, который, изучив представившийся ему объект до возможной по его силам тонкости, может отложить дальнейшее исследование предмета до более благоприятного времени, когда явится новый способ, новый прием исследования, который можно будет применить с большим успехом к изучаемому предмету.

Объект изучения не ждет врача-практика, требуется помощь и иногда немедленная, безотлагательная; врач должен действовать, и обязанности его не ограничиваются только предметом его исследования; у больного есть близкие, друзья, родные, дети, те кровные связи человека, разрыв которых вносит несчастье в целую семью и иногда влечет за собой новые жертвы смерти. Поставив диагноз болезни и больного, врач должен установить показания к содержанию и лечению больного или к облегчению его страданий. Показания эти должны быть результатом анализа данных, полученных при исследовании больного, и знания врача пределов возможности восстановления нарушенного равновесия, а также знания условий, при которых это равновесие наиболее легко восстанавливается. Установив показания, врач выбирает наиболее подходящие к данному случаю условия для восстановления нарушенного равновесия и назначает те или другие меры для самого больного и его окружающих, здоровье которых может быть в большей или меньшей опасности под влиянием найденной болезни. Приступив к выполнению своих назначений и последовательному наблюдению больного, врач обязан еще высказать то или другое предсказание относительно представившегося случая, его большей или меньшей опасности для жизни и возможности полного или неполного выздоровления. Знание врача, его опытность и искусство обуславливают большую или меньшую верность предсказания – этой обязанности по преимуществу перед обществом и перед близкими больного. Если самая диагностика больного представляет более или менее вероятную гипотезу, то предсказание, вытекающее из этой гипотезы, будет иметь еще меньшую степень вероятности, чем первая основ-

ная гипотеза, тем более что при разрешении этой медицинской задачи вводится еще целый ряд новых неизвестных нам условий. При постановке предсказания врач берет во внимание основную болезнь данного случая, организм самого больного, его возраст, пол, общественное положение, его наследственные особенности, существующие в нем изменения под влиянием прежде бывших болезней, его приспособляющуюся способность, психические и физические условия, под влиянием которых находился и находится больной; при всем этом врач лишен возможности знать степень устойчивости существенных для жизни органов исследуемого субъекта.

Все условия более или менее благоприятного течения болезни известны нам не в такой точности, чтобы предсказания в большей части случаев не имели только гадательного характера, и относительно немногих только случаев предсказание может быть поставлено с полной точностью. Предсказание, оставаясь часто гадательным, более или менее вероятным, может быть хорошим, сомнительным и абсолютно дурным, если положение больного относительно жизни не представляет никакой надежды. Я считаю непозволительным врачу высказывать больному свои сомнения в возможности неблагоприятного исхода болезни, если какие-нибудь особые условия со стороны больного или его семьи не заставляют высказать предполагаемого сомнения; но и тут не следует забывать всю возможность ошибки и всю тяжесть могущих быть дурных последствий для нервной системы больного, мысль о предстоящей смерти которого не может благотворно действовать на течение болезни. Высказывая свое предсказание окружающим, врач должен поступать с большой осторожностью; он должен беречь больного и окружающих, от которых приходится иногда скрывать тяжелую истину в интересах самого больного. Надежда спасти больного или продлить его дни действует благотворно не только на окружающих его близких и ухаживающих за ним, но и на самого врача, бодрое состояние духа которого необходимо как для больного, так и для его окружающих. Факт смерти, несмотря на его неизбежность, так тяжел, что остающиеся живые нелегко с ним мирятся, и утрата навсегда любимого существа нескоро изглаживается... При недостаточности распространения знания медицины в нашем обществе душевное расстройство оставшихся близких умершего пациента нередко проявляется тяжелыми обвинениями в смерти больного лечившего врача. Особенным поводом к этим обвинениям является его ошибочное предсказание. Это обстоятельство, в свою очередь, имеет большое влияние на заключение врача при постановке предсказания, которое, как было сказано, почти всегда в большей или меньшей степени гадательно и, кроме того, высказывается еще под влиянием страха в возможности быть обвиненным в смерти человека. С другой же стороны, неоправдавшаяся сомнительная прогностика производит радостное впечатление на всех окружающих, и заслуга врача этим как будто только увеличивается.

Понятно, что врач не должен смущаться ни страхом незаслуженного обвинения душевно расстроенного общества, ни увлекаться мнимой возможностью быть спасителем той или другой жизни. Сохраняя интересы больного и его ближайших окружающих, не думая о личных своих выгодах, врач будет поступать согласно своим обязанностям и требованиям науки, причем его душевное состояние наиболее устойчиво сохранится в равновесии. При сознании добросовестного отношения к своим обязанностям врач не будет нравственно угнетен несправедливыми обвинениями и не впадет в самообольщение при своих успехах.

Объективное отношение врача к самому себе составляет самое лучшее условие его дальнейшего развития и его душевного спокойствия в тех поистине тяжелых обстоятельствах жизни, в которых нередко приходится ему действовать.

Установив диагноз больного, определив этиологию данного случая, установив показания к содержанию и лечению больного, высказав предсказания, врач приступает к выполнению всех выбранных им мер и к дальнейшему наблюдению больного. Наблюдая больного, необходимо помнить, что диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз

или увеличить его вероятность. С течением болезни одни симптомы остаются, другие меняются, появляются новые, некоторые проявления расстроенного равновесия жизни становятся резче, другие слабее или совсем исчезают, соответствуя тому или другому течению болезни или уступая предпринятым мерам.

Врач, составив себе план наблюдения, соответственно диагнозу больного и болезни, зная типические проявления тех или других патологических форм, наблюдает строго объективно, делая отметки о тех или других переменах в течении и лечении болезни. Каждая перемена должна быть анализируема и взвешена с возможной точностью, так как на основании этого анализа может быть сделано изменение в лечении, в диагнозе или предсказании больного.

Основательное наблюдение больного требует неизменных ежедневных отметок (реже или чаще, смотря по случаю), которые должны служить справками при дальнейшем наблюдении хода болезни и также для составления окончательного заключения о данном случае, когда болезнь оканчивается полным или неполным выздоровлением или смертью, когда, одним словом, прекращается наше наблюдение. Это окончательное заключение или эпикриз в случаях смертельного исхода доставляется с помощью данных, полученных и при посмертном исследовании. В случаях же полного или неполного выздоровления для окончательного заключения остаются факты, найденные при первом исследовании и при последующем его наблюдении.

Врач, имея возможность обозреть все течение болезни, может усмотреть особенности данного случая и отношение его к той или другой терапии. Он увидит при этом и сделанные ошибки, и возможность или невозможность их избежать. Составление эпикриза каждого случая условливает дальнейшее и наиболее благоприятное развитие врача, которое никогда не должно останавливаться, если только врач продолжает исследовать, наблюдать и делать заключения, основанные на его знании и искусстве.

Бросив общий взгляд на задачи, представляющиеся практическому врачу, и предлагая клинику как школу, дающую возможность выучиться применять теоретические знания к отдельным случаям, я считаю необходимым сказать несколько слов о способе клинического преподавания. Достигнуть окончательной цели всего медицинского образования – предупредить болезни, лечить или облегчать страдания своего ближнего – можно различными путями. Нет сомнения, что всякий человек с известным запасом наблюдательности и опыта жизни, даже без специального образования, может дать не один полезный совет в деле помощи, и нужно признаться, что в некоторых случаях совет разумного человека бывает иногда лучше совета плохого специалиста, действующего под влиянием какого-нибудь ложного или одностороннего воззрения. Путем практики и опыта в известном направлении можно дойти до некоторой степени искусства узнавать болезнь, лечить не без успеха некоторые патологические формы; примеры практических успехов фельдшеров, различных знахарей слишком всем известны, чтобы распространяться по поводу этого постоянно повторяющегося явления в нашем обществе. В силу человеческого свойства – желания помочь ближнему – всякий считает себя вправе что-нибудь посоветовать тому или другому больному. Поползновение лечить есть у каждого в большей или меньшей степени, и, вероятно, это свойство унаследовано от наших самых отдаленных прародителей. Но нужно ли распространяться о всех выгодах и невыгодах способа врачевания, приобретаемого исключительно путем навыка, посредством развития только в известном направлении инстинктивной стороны наших способностей?

Каждый из получивших теоретическое знакомство с основными науками медицины и оставленный без дальнейшего руководства, без сомнения, с большею или меньшею легкостью, смотря по таланту, приобрел бы умение прилагать свое знание к делу распознавания и лечения больного человека. Но, прежде чем достигнуть известного умения, много пройдет времени и много положится тяжелого и мучительного труда. Страх ошибки своего заключения и возможности принести вред вместо пользы действует в высшей степени угнетательно на нравственное состояние врача, силы которого будут таким образом непроизводительно расходоваться и,

наконец, парализоваться горьким сознанием принесенного вреда больному. Чтобы избежать этой страдальческой жизни, необходимо руководство опытного врача при первых шагах в практической жизни, предполагая, конечно, предварительное знание основных наук медицины в широком смысле этого слова. Нельзя допустить, чтобы предварительное теоретическое знание заключалось только в специальных отраслях собственно медицины, так, нормальной и патологической анатомий, физиологии и пр. Для будущего врача научного направления необходимо изучение природы в полном смысле этого слова. Знания физики, химии, естественных наук при возможно широком общем образовании человека составляют наилучшую подготовительную школу к изучению научной практической медицины. При такой подготовке начинающего клиническому преподавателю остается только познакомить приступающего к изучению практической медицины с приемами исследования и мышления для составления заключений при относительной недостаточности фактической стороны исследуемого субъекта, на что обречен практический врач в силу его призвания безотлагательно помогать ближнему, чем он и отличается от натуралиста, не обязанного обстоятельствами к преждевременной гипотезе. Задача клинического преподавателя состоит в том, чтобы начинающий овладел методом клинического исследования и приемами умозаключения такой степени, чтобы быть самостоятельным деятелем. Публичное решение отдельных практических задач с указаниями и объяснениями метода исследования и метода мышления и составляет клиническое преподавание при ныне существующих условиях многолюдности учащихся, относительной недостаточности материала для исследования и числа учащихся. Без всякого сомнения, если бы каждый учащийся мог самостоятельно в каждом случае принимать участие в исследовании и заключении и участие преподавателя ограничивалось бы только руководством его как при исследовании, так и при заключении, то, конечно, это было бы то идеальное преподавание, которое при настоящих условиях пока неисполнимо. Чем более будет разрешено задач перед начинающими, тем, конечно, лучше; но существеннее и полезнее для начинающего более обстоятельная обработка отдельных случаев, чем поверхностный анализ большого числа случаев. Как бы ни был велик материал, которым располагает преподаватель, его будет все-таки недостаточно, чтобы показать учащимся в течение какого-нибудь года всевозможные комбинации различных патологических форм на различных субъектах; для этого далеко недостаточно всей нашей жизни. Если учащийся овладел клиническим методом, то он вполне готов для самостоятельной деятельности со всеми условиями будущего его развития, если только будет продолжать исследовать, наблюдать и делать заключения не по инстинкту, а сознательно на основании своего знания, подкрепляемого трудами других наблюдателей, с которыми он будет знакомиться путем литературных занятий.

Считаю необходимым здесь же упомянуть, что литературные занятия в развитии врача приносят действительную и существенную пользу только тогда, когда они производятся с известной системой. В настоящее время так много пишется и печатается, что поставить себе в обязанность прочесть все написанное, хотя бы и по одной только специальности, почти невозможно и, кроме того, бесполезно, так как ни одна голова не в состоянии удержать в себе содержания существующих медицинских библиотек. Необходимо читать с выбором, умея пропускать несущественное, мало дающее, останавливаясь на солидных трудах и исследованиях, дающих новые факты и, главное, новые истины. Умение пользоваться литературой, умение останавливаться на существенном развивается, конечно, путем опыта, предполагая при этом известную степень развития, приобретенную путем изучения наилучших руководств по различным отраслям знания. При практических занятиях чрезвычайно полезно чтение брошюр и монографий, относящихся к тем случаям, которые подлежат наблюдению в данное время. Одновременное практическое и литературное изучение какой-нибудь патологической формы совершенно изменяет отношение читающего к литературному материалу; самостоятельное наблюдение развивает ту истинную критическую способность, при которой литературные данные получают настоящий смысл и значение в развитии врача, причем литературный материал

делается действительным достоянием читающего, а не наслойкой, быстро исчезающей под влиянием времени.

При таком способе изучения практической медицины невольно являются обобщения фактов, получаемых при наблюдении представляющихся случаев; эти мысли, слагаясь в форму вопросов, составляют исходную точку для целого ряда специальных исследований и наблюдений в известном направлении, причем является необходимость и опыта в смысле эксперимента.

Понятно, что эксперимент на человеке допускается только в исключительных случаях, когда мы вполне можем быть убеждены в его безвредности; в противном же случае мы прибегаем к экспериментам над животными, причем условия для наших наблюдений значительно упрощаются. Не считая нужным перечислять все приобретения практической медицины, полученные этим способом исследования, укажу только на то, что в настоящее время при лучших европейских клиниках учреждены лаборатории, где и производят различные исследования над животными с той или другой руководящей идеей, выработанной путем клинических наблюдений, и этим последним существенно должны отличаться наши клинические лаборатории от физиологических, фармакологических и пр.

Долгий опыт показал, что существовавшие до сих пор высшие медицинские школы, дающие известную сумму знания и умения прилагать его к практической жизни, достигали своей цели; при этом образовывались и врачи ученые, и врачи-практики, отвечавшие всем требованиям современной медицины с задатками дальнейшего правильного самостоятельного развития. Тем не менее, однако же, получив в школе все необходимое для самостоятельной деятельности и оставшись без руководителей, вступив в практическую жизнь, врач тогда только вполне почувствует всю тяжесть и трудность своей деятельности. Но внутреннее сознание добросовестно выполняемого долга будет поддерживать его нравственные силы в этой тернистой жизни непрерывающегося труда с тяжелыми впечатлениями при виде страданий ближнего и нередко с убеждением в невозможности помочь страдальцу.

Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах. Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить то душевное равновесие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед ближним и перед родиной, что и будет обуславливать истинное счастье его жизни.

О хлорозе

Перед вами находится больная, молодая девушка 16 лет, увидав которую, вы прежде всего поражаетесь ее резкой бледностью; в особенности бросается в глаза цвет ее губ, подходящий почти к цвету белой бумаги. Слизистые оболочки век и полости рта также крайне бледны; кожа лица и рук отличается тем же свойством. Однако тотчас же обращает на себя ваше внимание и то обстоятельство, что подкожный жирный слой развит не только хорошо, а даже, пожалуй, с излишком для ее возраста, и на этом совпадении резкой бледности с хорошо сохранившимся подкожным жиром я должен теперь же остановить ваше внимание, как на одном из характерных признаков той болезни, с которой мы будем иметь сейчас дело, – болезни, весьма часто встречающейся в частной практике, но которую вам редко придется наблюдать в госпиталях. Жалобы, с которыми обращается к нам сама больная, сводятся на слабость, значительное чувство усталости при небольших даже движениях; головные боли, головокружения, сердцебиения, одышку и шум в ушах. Слабость и чувство усталости выражаются главным образом в ногах; головные боли прежде ощущались не во всей голове, а только местами, главным образом в боковых частях, теперь же болит вся голова и преимущественно после того, когда играет на рояле, в чем состоит главное занятие больной. Головокружения являются главным образом, когда она устанет после ходьбы; а если полежит, то уменьшаются. Сердцебиения и одышка бывают также, когда устанет от чего бы то ни было, а при значительной усталости во время ходьбы (например, при восхождении на высокие лестницы) одышка делается так сильна, что она должна остановиться и отдохнуть несколько минут, после чего это ощущение проходит. В покойном состоянии сердцебиение и одышка хотя и бывают, но очень редко, вызываясь в таких случаях психическими причинами. Продолжая расспрашивать нашу больную и наводя ее уже своими вопросами на ряд других жалоб, о которых, как менее ее беспокоящих, она сама, вероятно, бы и не упомянула, мы узнаем еще следующее. Она страдает также потливостью, особенно головы и рук, ладони которых часто бывают мокрыми и холодными; это делается иногда без всякой заметной для нее причины и затем проходит. Аппетит большею частью плохой, после еды бывает часто тяжесть в стороне желудка. Склонности к каким-либо неудобоваримым веществам, как, например, мел, графит, карандаши и пр., одним словом, того капризного аппетита, который довольно часто бывает в таких случаях, – у нее нет. Отправления кишок большей частью неправильны, выражаясь по преимуществу в наклонности к поносам. Сон часто плохой; причем когда не спит, то перед ней проносится непрерывная цепь неясных мыслей, которые вспомнить потом не может. Весьма раздражительна, особенно в последнее время; настроение духа часто меняется, выражаясь в быстром переходе от плача к смеху и т. д. Память стала далеко не так ясна, как прежде. Иногда двоится в глазах, что мешает читать ноты. Галлюцинаций или бреда не бывает. Нередко чувствует особенный запах как бы гнили или трупа, что иногда очень ее беспокоит. Каких-либо аномалий вкусовой сферы не замечала, кроме иногда бывающего горького вкуса во рту. Довольно часто бывает чувство жара во всем теле, так же как ощущение ползания мурашек, обыкновенно в руках. Больная никогда не была вполне здорова; родители говорили, что в раннем детстве страдала цингой и глистами. Головные боли также существуют с детства, а усталость, сердцебиение, одышка – года три. Сформировалась 13 лет. Регулы теперь часто запаздывают, довольно обильны, причем обыкновенно является болезненная опухоль, главным образом на лице, а иногда и на других частях тела. Сердцебиение появилось в первый раз три года назад, летом, после того как много бегала. Всегда была бледна, но в последнее время бледность эта значительно усилилась, так же как и все остальные припадки. Мать здоровая, румяная женщина. Отец – человек болезненный, довольно слабый, вина не пьет; брат старший (19 лет) вполне здоров. Сама больная училась сначала дома, а потом в консерватории, где занимается и теперь, но не особенно много. Тетка ее по матери страдает

катарром желудка и, подобно ей, очень бледна; другая тетка по отцу также была очень бледна и умерла в чахотке. Больная довольно долго лечится и большей частью принимала мышьяк и железо.

Не приступая еще к объективному исследованию, а руководствуясь только возрастом, полом, видом этого субъекта и ее рассказом, мы вправе заключить, что имеем дело с целым рядом симптомов, сопровождающих обыкновенно известное патологическое состояние, характеризующееся вместе с этим значительной бледностью кожи и слизистых оболочек; бледность эта развивается то быстро, в несколько недель, а иногда даже в несколько дней, – причем вполне цветущая девица относительно быстро делается так бледна, как будто ей сделали обильное кровопускание, – то медленно, нарастая постепенно несколько недель, месяцев и потом быстро и резко увеличиваясь обыкновенно в известном периоде развития, чаще между 15 и 20 годами. Эта поразительная бледность, доходящая иногда до того, что кожа принимает зеленоватый оттенок, бросается в глаза тем более, – и это необходимо отметить, – что подкожный жирный слой большей частью сохраняется, а иногда такие субъекты бывают даже полнее нормального.

Изучая кровь этих больных, мы здесь именно и встречаемся с изменениями, достаточно объясняющими нам картину этой резкой бледности и состоящими в том, что количество красных кровяных шариков значительно уменьшается, количество красящего вещества крови также, а может быть, это красящее вещество представляет, кроме этого, и качественные изменения. Это состояние быстро развившегося бескровия, в смысле обеднения крови красными кровяными шариками, при вероятном сохранении массы крови и подкожного жира сопровождается обыкновенно целым рядом симптомов в форме различных ощущений, составляющих главные жалобы этих больных. Весьма редко придут к вам с жалобами на бледность, а в громадном большинстве случаев на головную боль, сердцебиение, одышку, слабость, бессонницу, головокружения и массу ненормальностей со стороны органов чувств, как шум в ушах, стук к голове, галлюцинации зрения (обыкновенно в форме представляющихся больным уродливых рож или масок), различные ненормальности обоняния (чаще в форме трупного гнилого запаха), чувства металлического, вяжущего или горького вкуса во рту, наконец, ползание мурашек по телу, быстро сменяющиеся ощущения жара и холода и т. д. При объективном исследовании этих больных вы часто не откроете никаких особых изменений, кроме систолического шума при верхушке сердца, усиливающегося обыкновенно кверху по направлению к большим сосудам (аорте и легочной артерии) и всего более выраженного в сонных артериях; наконец, наблюдают обыкновенно и венные шумы, характеризующиеся как своим характером, так и своей непрерывностью, т. е. существованием и во время систолы, и во время диастолы.

Вот эти шумы, иногда сопровождающиеся, кроме того, колеблющимися изменениями размеров сердца (преимущественно поперечного), да еще резкая бледность и составляют большей частью единственные объективные симптомы у больных, дающих вам целый ряд вышеупомянутых жалоб. Эта патологическая форма обыкновенно встречается у девиц в возрасте половой зрелости, и у нас в России большей частью наблюдается между 15 и 20 годами. В силу такого постоянного появления у девиц в периоде половой зрелости, в силу преобладающего в общей картине болезни изнеможения форма эта и была названа девичьей немочью, или иначе бледною немочью, хлорозом, издавна приписывалась обеднению крови красными кровяными шариками и представляется настолько характерной, что в данном случае у этой, например, больной, мы, как вы видели, позволили себе остановиться на диагнозе этой болезни, не приступая еще к объективному исследованию. Можно бы, конечно, предположить, что у нашей больной все припадки, как эта характерная бледность губ, кожи, изнеможение и т. д., развились вслед за какой-либо тяжелой болезнью, но, не говоря о том, что такой болезни не было, уже одно сохранение подкожного жира прямо бы противоречило такому взгляду.

Прежде чем приступить к объективному исследованию нашей больной и прежде чем говорить вообще о хлорозе, я должен упомянуть о том, что недалеко еще то время, когда поз-

воляли себе с большей легкостью относиться к диагнозу этой формы. Нет никакого сомнения, что вы всегда найдете при хлорозе количество красных шариков и красящего вещества крови уменьшенным, и потому в настоящее время мы требуем для точной диагностики этой болезни констатировать эту бедность крови красными кровяными шариками и красящим веществом; а если я позволил себе сейчас сделать диагностику хлороза, основываясь только на поле, возрасте, сохранении жира и, главное, резкой бледности, то я, в сущности, ведь руководствовался тоже окраской.

Между тем прежде, лет 15 или 12 тому назад, никто и не думал существенно останавливаться при диагнозе хлороза на прямом доказательстве того или другого количества красных кровяных шариков, ибо и самые способы-то их счисления были далеко не удовлетворительны. Достаточно было жалоб на головную боль, сердцебиение, одышку, различные отклонения в сфере нервных аппаратов, достаточно было при этом не найти прямых материальных причин со стороны хотя бы этих нервных аппаратов, чтобы, – несмотря даже на хороший цвет кожи и хорошее наполнение сосудов, прямо говорившие против этого, – сделать диагностику хлороза, объясняя для данного случая это отсутствие бледности, этот румянец щек и яркую окраску губ или хорошим наполнением сосудов только кожи лица, или тонкостью самой кожи и т. п. Одним словом, достаточно было перечислить вышеупомянутые симптомы, сказать, что они существуют у девицы в периоде полового развития, что они развивались относительно быстро при отсутствии резких патологических изменений в теле; достаточно прибавить, что вместе с этим идут неправильности регул, – и говорили, что это хлороз, разумея под этим гуморальную патологическую диагностику, т. е. определенное изменение крови, характеризующееся малым количеством красных кровяных шариков. Вы понимаете, что теперь, когда мы владеем несравненно более точными способами исследования, к которым вдобавок относимся с большой критикой, когда мы, не исследуя крови, не можем уже сказать про вполне цветущую девицу, что у нее хлороз, – мы не можем также и пользоваться только этими симптомами для диагностики хлороза. Напротив, мы должны лучше признать, что те, свойственные хлорозу и приписываемые уменьшению количества красных кровяных шариков симптомы, которые являются в сфере различных нервных аппаратов, выражаясь и в сердце, и в органах чувств и т. д., могут быть и при других страданиях; что, следовательно, обеднение красными шариками не есть единственная причина этих симптомов, раз подобные же изменения в нервных аппаратах могут быть и при других заболеваниях. А поэтому говорить, что все эти ощущения и со стороны сердца, и дыхания, и различных нервных аппаратов и т. д. представляют результат только обеднения крови красными кровяными шариками, – сводить, другими словами, всю симптоматику хлороза на первичные изменения в крови, – мы не имеем права, тем более что, с другой стороны, это принимаемое нами обеднение крови красными кровяными шариками не всегда выражается одинаковыми симптомами: у одной больной на первом плане стоят головокружения, у другой слабость, у третьей головные боли, у четвертой одышка и т. д. Итак, не позволяя себе прежнего легкого отношения к диагнозу этой формы, где мы, отвергая нередко даже видимость, судили о состоянии крови по симптомам; не считая этого возможным при клинической логике настоящего времени, мы говорим, что описанная симптоматология представляет действительно одну из частных картин хлороза, но признаем ее возможность и без всякого хлороза.

Я потому так настаиваю на этом, что считаю крайне важным не искать непременно причинной связи между всей этой симптоматологией и обеднением крови красными кровяными шариками, что делается и до сих пор в весьма многих руководствах. Я пойду даже далее и позволю себе усомниться в том, представляют ли изменения крови при хлорозе явление первичное, позволю себе поставить вопрос, не происходят ли, наоборот, первичные изменения в нервных аппаратах, а кровь изменяется только уже вторично, последовательно?

Прежде, когда гуморальная патология была преобладающим учением, никто, конечно, не позволил бы себе усомниться в том, что суть дела заключается в изменении крови, а все припадки неправильной иннервации являются вторично; это едва ли и могло быть иначе, когда существенные, первичные изменения относились вообще к жидким, а не твердым частям нашего тела. Но раз это учение было потрясено в своих основаниях, раз значение жидкостей упало и перешло к тканям, к живым элементам, понятно, что и взгляд на хлороз, образовавшийся под влиянием гуморальной теории, не может теперь не подвергнуться критике. И такую попытку связать хлороз вообще с изменениями органов мы видим уже и в учении основателя целлюлярной патологии – Вирхова, усматривавшего причину этого патологического состояния во врожденной узкости сосудов; но это предположение не выдерживает критики просто уже вследствие того, что, видя несомненные случаи излечения хлороза, нельзя смотреть на эту узкость сосудов как на явление постоянное. Если оно и может лежать в основе этого страдания, то, во-первых, очевидно, может исчезать бесследно при выздоровлении, а во-вторых, что вероятнее, само по себе может представлять явление последовательное, обусловленное изменением тонуса сосудистых стенок под влиянием поражения нервных аппаратов. Тем не менее прежнее представление, что все припадки зависели от уменьшения красных кровяных шариков, было так естественно, представлялось до такой степени ясным, что никому сначала и в голову не приходило сказать, что, позвольте, я прямо увеличу в таких случаях количество красных шариков посредством переливания крови от здорового человека и тем солидно улучшу положение больной. Потом уже делались подобные попытки и оказалось, что этим можно, правда, достигнуть некоторого улучшения, но на самое короткое время, после чего быстро развивались опять прежние явления. В настоящее время мы имеем право на основании клинических наблюдений этой болезни, которую ведь и изучать-то можно только клинически, а не экспериментально и не со стороны патологической анатомии, дающей нам только указания на бледность всех органов и тканей и такие изменения сердца и сосудов, которые мы отлично видим и при жизни, мы имеем, повторяю, право сомневаться в происхождении всех симптомов от изменений крови, должны обратиться к клиническим наблюдениям и искать в них разрешения этого вопроса. И вот, наблюдая подобных хлоротических субъектов, особенно в самый момент развития заболевания, вам, надеюсь, придется иногда увидеть, как приходилось уже не раз видеть мне, что это состояние хлороза может развиваться крайне быстро, иногда на ваших, так сказать, глазах, под влиянием сильных психических потрясений.

Не могу не упомянуть, между прочим, об одном из подобных случаев, виденном мною в Италии. Одна крестьянская девица, пользовавшаяся всегда прекрасным здоровьем и находившаяся в отличных гигиенических условиях, которую мне приходилось встречать каждый день, вдруг заболевает хлорозом и при следующих обстоятельствах. Однажды, играя на лодке с чужим ребенком, она по неосторожности уронила его в море и сильно испугалась. Тотчас же вслед за этим у нее являются головные боли, сердцебиение, одышка и пр., а через два дня она была уже почти неузнаваема, представляя один из самых экзотических случаев хлороза со всеми его признаками. Другой, не менее характерный случай был следующий. Лет 10 тому назад мне пришлось лечить одну девицу от хлороза в сильнейшей, не уступавшей обычному лечению степени. Семья ее была очень состоятельная, и потому я предложил отправить ее в теплый климат, где больше и тепла, и света, что, между прочим, очень важно для этих форм. Она оставалась на юге несколько лет (причем я видел ее каждый год), и постепенно все явления как объективные, выражавшиеся бледностью, артериальными и венозными шумами, изменением размеров сердца, так и субъективные в форме целого ряда уже упомянутых симптомов постепенно исчезали. Она, наконец, возвращается в Петербург и живет здесь совершенно здоровой, причем я продолжаю ее видеть. Но вот однажды летом (при самых благоприятных условиях ее жизни) заболевает ее отец и быстро, почти неожиданно, умирает. Я был у них дома накануне, но, получив известие о смерти, приезжаю в этот же день. Девица эта меня встречает,

и я, видевший ее накануне совершенно здоровой, был сразу резко поражен ее видом: передо мной стояла опять прежняя девица с той поражающей степенью бледности и с теми же субъективными припадками, которые она представляла во время самого тяжелого разгара ее прошлой болезни.

Не стану перечислять вам случаев развития хлороза в несколько недель, под влиянием усиленного мозгового труда, случаев столь нередких при сдавании молодыми девицами экзаменов. Скажу только, что сильное горе, различные психические потрясения угнетающего свойства как, например, испуг, или напряженная мозговая деятельность и т. д., – вот моменты, проявляющиеся у девиц, наичаще в известном возрасте, когда развивается половая деятельность, целым рядом симптомов большей частью со стороны нервных аппаратов при одновременном более или менее быстром уменьшении количества красных кровяных шариков.

Я должен, кроме того, указать и на значение наследственности при этой болезни. Разбирая подробно анамнез таких больных, вы часто будете встречаться или с заболеванием в семье той же формой, или с какими-либо мозговыми или нервными формами у отца, матери и т. д.; а кроме того, здесь необходимо, наконец, вспомнить и то, что у субъектов, страдающих хлорозом, вы нередко встретитесь и с несомненными первичными страданиями нервных центральных аппаратов в форме, например головных болей, существующих с самого детства. Зная все это, видя эти последние формы хлороза, идущие при головных болях, существующих уже давно, мы, конечно, имеем право предположить, не имеем ли мы дело с какими-либо первичными изменениями нервных центральных аппаратов, влияющих тем или другим путем на состав крови и пока еще нам неизвестных. И, прежде чем торопиться с возражениями, мы должны вспомнить, что в настоящее время нам знакомы уже факты, указывающие на влияние нервной системы на химизм крови; стоит вспомнить только значение укола дна IV желудочка для появления в крови сахара.

Таким образом, допустить известное влияние нервных аппаратов на такое состояние крови, при котором даются условия для уменьшения количества красных кровяных шариков, я должен ввиду и жизни, и науки. Для меня нет никакого сомнения в том, что целый ряд явлений питания находится под влиянием нервных аппаратов; мы знаем ведь и такие формы болезней, где вследствие изменений нервных аппаратов исчезает подкожный жир, и иногда весьма быстро, или, например, изменяется цвет кожи (бронзовая окраска, viteligo и т. д.). Вот зная все это, вы поймете, что уже ввиду этиологии целой массы случаев хлороза мы не имеем права отвергать возможность непосредственного влияния на кровь каких-то нервных центров в смысле уменьшения в ней количества красных кровяных шариков. Мы остановимся еще на этом предмете подробнее, разбирая на следующих лекциях находящегося у нас в клинике больного, представляющего другую форму, идущую также с разрушением красных кровяных шариков и часто, хотя не всегда, с сохранением жира, при изменениях в большинстве случаев поперечного размера сердца и иногда быстром жировом перерождении его мускулатуры, при таких же симптомах, как и хлороз, но отличающуюся от него своей тяжестью, безвыходностью, оканчивающуюся обыкновенно смертью и в силу этого названную злокачественной или пернициозной анемией. Эта последняя болезненная форма представляет, в сущности, только количественные отличия от девичьей немочи.

Хлороз присущ известному возрасту и полу, а пернициозная анемия бывает во всяком возрасте и как у женщин, так и у мужчин; первая форма может излечиваться, а вторая дает только временные улучшения; в большинстве же случаев постоянно прогрессирует, продолжаясь год, два, три, а иногда идет и гораздо быстрее. Эта последняя болезнь, о которой мы лет 15 тому назад и не имели понятия, которая была точно описана впервые Бирмером, а немного ранее наблюдалась и Гуссеровым, выдавшим ее у беременных, но не описавшим только так подробно, как Бирмер, которому потому и принадлежит пальма первенства, – эта болезнь, говорю я, имеет огромное сходство с хлорозом, отличаясь от него только своим исходом, и

потому нередко, конечно, поставит вас в большое затруднение при диагнозе. Вы будете иногда в таком положении, что, стоя перед больной, не знаете, что сказать, и назовете болезнь только после ее исхода в выздоровление или смерть. Изучение этой пернициозной анемии или, другими словами, тяжелого, рокового хлороза дает нам большие основания для составления полного понятия о простом хлорозе, учение о котором и не может быть закончено без знания пернициозной анемии; и если мы, говоря потом об этой форме, переберем случаи клинического и анатомического ее описания, то тогда еще более подтвердится то, что я говорил вам сейчас о хлорозе. Здесь мы будем иметь уже и анатомические исследования, которые послужат нам немаловажным подспорьем для объяснения происхождения хлороза путем первичных изменений в центральных нервных аппаратах, – объяснения, которое, по нашему мнению, представляется гораздо более близким к истине, чем прежнее, видевшее причину болезни в первичном изменении крови. Продолжая теперь прерванное исследование нашей больной, мы находим следующее.

Перкутируя по передней поверхности грудной клетки, мы встречаемся с резким уменьшением звучности по левой парастернальной линии, на уровне II ребра, распространяющемся почти на три поперечных пальца влево от срединной линии и на один палец вправо, а книзу под III ребром, переходящим в абсолютную сердечную тупость. После повторных глубоких вздохов притупление это резко уменьшается. Кроме этого, вы видите здесь и увеличение поперечного размера сердца, который у нашей больной определяется на палец вправо от срединной линии. Я должен тут же заметить, что эти изменения, представляющие обычное явление при припадках сердцебиения с одышкой, могут у хлоротических особ идти назад при выздоровлении; но у пернициозных анемиков, напротив, они с течением времени увеличиваются, делаясь, наконец, стойкими, вследствие наступающего жирового перерождения сердца. Нет сомнения, что и у пернициозных анемиков изменения эти сначала бывают нестойкими, обусловливаясь временным расширением полостей сердца, и уже потом, вследствие, вероятно, изменения питания сердечной мышцы в форме жирового ее перерождения, является расширение постоянное, давая такие клинические явления, в силу которых больные в этом периоде своей болезни считались одно время больными сердечными, и, таким образом, формы эти описывались прежде, как болезни сердца. На основании именно анатомических исследований Понфика страдание это было отнесено к первичному заболеванию сердечной мышцы, и действительно, даже и с клинической стороны оно представляет нередко немалые трудности для дифференциального диагноза от некоторых видов тяжелых анемий, развивающихся вследствие того или другого страдания сердца. Дело в том, что изменения объема этого органа, резкие, большей частью систолические шумы, наконец, нередко и акценты на II пульмональном тоне при изменении ритма сердечных сокращений и симптомах различного вида стенокардических приступов встречаются и при прогрессивной злокачественной анемии, что и ведет к этому затруднению в дифференциальном диагнозе.

Продольный диаметр сердца у нашей больной не изменен, толчок слабый между V и VI ребром, немного вправо от сосковой линии. При выслушивании сердца мы находим систолический шум при верхушке, усиливающийся по направлению вверх и наиболее сильный в местах выслушивания легочной артерии и аорты, распространяющийся также и в сонные артерии. Перкуторных и аускультативных изменений со стороны легких не замечается, за исключением незначительного ослабления дыхательного шума по всей левой стороне. При исследовании живота – ничего особенного.

Высунутый язык чуть-чуть отклоняется вправо, левая щека немного более опущена, чем правая, а левое верхнее веко явственно опущено. Костная проводимость звуков нормальная, но на левой стороне как будто немного послабее, чем на правой. Заставляя больную стоять на одной ноге с открытыми и закрытыми глазами, резких уклонений от нормы не замечаю, хотя на правой ноге стоит как будто немного похуже. В силе рук также не замечается резкой

разницы, хотя сама больная говорит, что левой рукой ей жать мою руку лучше. Итак, как вы видите, никаких особых изменений, которым бы можно приписать ее болезнь, в ее теле не замечается, за исключением систолических шумов, увеличенного поперечника сердца и исчезающего при повторных глубоких вдохах притупления тона на левой парастернальной линии, зависящего с большой вероятностью от сдавления легочной ткани временно расширившимся левым предсердием. Таким образом, диагностика наша подтверждается и после подробного исследования, и нам остается остановиться на лечении, о котором мы и поговорим, чтобы не задерживать вас, вкратце.

Из рассказа больной вы уже знаете, что она довольно долго лечилась, принимая мышьяк и главным образом железо. В таких случаях рассчитывать на успех этих прославленных против хлороза средств было бы неправильно, не говоря уже о том, что существуют такие случаи хлороза, где от железа, даваемого даже в самом начале болезни, бывает не только не лучше, а даже хуже. И подобные случаи далеко не представляют исключения, не стоят единично. Это и дает мне право предложить в данном случае ту терапию, которая давала мне в некоторых случаях гораздо лучшие результаты, чем железо и мышьяк. Я говорю о средствах, действующих вообще на нервные аппараты, как различные препараты брома, цинк, серебро, наконец, морские купанья, гидротерапия, углекислые минеральные ванны (на которые, может быть, сводится и хорошее влияние железных ванн) и, конечно, возможно лучшие гигиенические условия со стороны питания и всей обстановки. Оговорюсь только, что нередко советуют таким больным есть побольше мяса, но дело в том, что часто они питают отвращение к мясу, и в таких случаях смешно, конечно, его предлагать, не улучшив предварительно их состояния, после чего появится и аппетит, пищеварение также само собой улучшится, и они станут есть мясо без вашего настояния.

Наконец, я должен упомянуть о средстве, применявшемся мною ввиду тех же соображений о происхождении хлороза под влиянием заболевания центральных нервных аппаратов и дававшем мне не раз прекрасные результаты даже в застарелых случаях. Я говорю о ландыше, считающемся сердечным средством, но, вероятно, действующем и на сердце-то через продолговатый мозг. У нашей больной, ввиду уже сделанного лечения железом и мышьяком, ввиду, наконец, ее недостаточных средств, не позволяющих ей переменить климат или воспользоваться более дорогим лечением в форме систематически проведенной гидротерапии и т. д., нам придется обратиться к медикаментам, из которых я и предложил бы сначала применить лечение цветами ландышей в форме тинктуры *per se*, даваемой капель по 20 и более, раза 3 в день, продолжая, конечно, наблюдать за больной и видоизменяя лечение сообразно тому или другому его успеху.

Из лекций о брюшном тифе

Лекция первая

Теперь, когда вам было уже показано несколько случаев брюшного тифа, когда вы подробно ознакомились с симптоматологией этой болезненной формы и значением ее отдельных симптомов для диагноза, когда вы имели возможность из наблюдений над больными и из показанных вам кривых, относящихся к прежним годам, нарисовать себе в общих чертах картину этой болезни, вы, конечно, не могли не заметить чрезвычайного разнообразия во времени течения и тяжести отдельных случаев брюшного тифа, того разнообразия, которое и дает нам право различать в этой патологической единице несколько форм. Не говоря уже о том, что в различные годы в одной и той же местности под влиянием каких-то условий, лежащих, может быть, вне или внутри нас, течение брюшного тифа резко видоизменяется, давая процент смертности от 5 до 15, мы видим даже в эпидемии одного и того же года, что продолжительность болезни колеблется от 5–6 дней до 2 и более месяцев, а я лично не отвергаю даже заболевания, продолжающегося несколько часов. Во всем этом можно убедиться, наблюдая за большой эпидемией. Эти кратковременные лихорадочные заболевания, выражаясь такими общими для лихорадочного состояния симптомами, как головная боль, обложенный язык, отсутствие аппетита, ломота во всем теле, бессонница, общая слабость, представят вам иногда и такие изменения, как розеолезная сыпь на 5-й или 6-й день болезни, увеличенная печень и селезенка, *gargouillement* в правой подвздошной области и понос, давая вам тем самым право подозревать их принадлежность к брюшному тифу. А если вы будете наблюдать такие заболевания в семье или большой артели, где у вас были уже случаи, и даже тяжелые, брюшного тифа, то диагностика ваша становится почти несомненной, тем более что при случайных вскрытиях трупов подобных субъектов находят анатомические изменения кишечного канала, характерные для брюшного тифа. Но мало этого, продолжая наблюдать за развитием эпидемии в подобной большой артели, вы увидите, что рядом с такими легкими, но все-таки продолжающимися несколько дней формами, встречается и много еще более кратковременных острых лихорадочных заболеваний, выражающихся, может быть, только общим недомоганием, головною болью, разбитостью и т. п., продолжающимися день, два – и только.

Весь этот ряд заболеваний, встречающийся иногда в громадном количестве при многих ясно выраженных и тяжелых случаях, давал и до сих пор дает поводы к большим диагностическим ошибкам. К этим именно формам применяли, смотря по времени и школе, такие названия, как *febris rheumatica*, *gastrica*, *pituitosa* и т. д. В последнее время эти разнообразные названия, даваемые подобным легким формам, исчезли из научного медицинского лексикона, и я позволял себе причислять их вообще к инфекционным заболеваниям, деля их на две категории. В одну вошли случаи, успевшие, несмотря на свое кратковременное течение, совершенно обособиться, специфизироваться, представляя какие-либо характерные изменения, положим, для брюшного тифа; в другую вошли случаи не обособившиеся, где ясно было только, что мы имеем дело с острой инфекционной формой, но вполне характерных признаков для той или другой инфекции не было. А зная, что, кроме брюшного, в городе существуют тифы и сыпной, и возвратный, и, наконец, другие инфекционные формы, и признавая, что все они могут давать легчайшие формы заболевания, проявляющиеся, может быть, только лихорадочным состоянием в течение нескольких часов, мы, понятно, не имели права относить все подобные случаи только к преобладающей у нас теперь форме, именно брюшному тифу, а потому и называли их общим именем необособившихся острых заболеваний, происхождения инфекционного. Очевидно, что в подобных случаях или заразы поступает в организм немного, или, может быть, вернее предположить, что известные индивидуумы поборол тем или другим путем эту заразу. В самом деле, если вам придется наблюдать эпидемию, положим, брюшного тифа в какой-

либо большой артели рабочих, состоящей хотя бы из 50 человек, живущих при одинаковых гигиенических условиях (работают, спят в одном месте, едят одинаковую пищу, пьют одну и ту же воду, через которую, положим, и получили заразу), то вы увидите, вероятно, следующее. Во-первых, заболевают далеко не все, но какие-нибудь 9-10 человек; а во-вторых, тяжесть болезни будет у различных субъектов различная: один болеет месяц или более, другой оканчивает свою болезнь в 2 недели, третий хворает несколько дней, не давая вполне характерных для брюшного тифа симптомов, четвертый, наконец, просто отделается кратковременным недомоганием. Ясно, что индивидуумы эти справлялись с заразой, поступившей в их тело, различно.

Одни уничтожали ее собственными силами, у других не хватает сил побороть болезнь, но настолько все-таки хватило, что получилось сравнительно легкое заболевание, и, наконец, у третьих вся болезнь проявилась только каким-то маленьким нездоровьем. Видя столь различную тяжесть заболевания при одинаковых гигиенических условиях, вы, конечно, с большей вероятностью допустите наше предположение о различной степени сопротивляемости организма вредным влияниям и согласитесь, что мы имеем право, не отрицая вполне влияния количественной разницы в поступлении заразы, остановиться и на этой индивидуальной разнице как весьма вероятной причине разнообразного течения болезни, которая дает нам в одно время, в одном и том же месте, при одинаковых условиях жизни случаи и тяжелые, и легкие, и, наконец, необособившиеся, неясные.

Последние две категории случаев и составляют те заболевания, которым прежде давались уже упомянутые названия *febris gastrica*, *rheumatica* и т. д. Сюда же должны быть отнесены и те случаи, которые в новейшее время были описаны немецкими авторами как самостоятельная болезненная форма под названием простудной лихорадки (*Erkältungsfieber*). Придавать такое значение простуде мы не можем уже просто потому, что эта причина играет во всех инфекционных болезнях одну и ту же роль – толчка, нарушающего равновесие организма, подобно и многим другим моментам, каковы, например, страх, испуг, горе, истощение умственным или физическим трудом и т. д. Все эти влияния представляют, повторяю, только условия, выводящие наше тело из его равновесия тем или другим способом, прекращением, например, различных выделений, хотя бы, положим, пота, причем может прекратиться и выведение из нашего тела, может быть, продуктов жизни тех низших организмов, в которых мы в настоящее время предполагаем причину инфекционных болезней. Теперь, когда наши знания о тифозных и вообще инфекционных формах стали гораздо обширнее прежних, мы можем уже при объяснении этих легких лихорадочных заболеваний вполне удовлетвориться учением о влиянии той или другой инфекции в различных степенях: тяжелых, легких и, наконец, едва выраженных, узнаваемых только по этиологическим моментам, т. е. по преобладающей инфекции данного места. Такого рода учение будет представлять нам, по крайней мере в настоящее время, гораздо больше фактических основ, и потому теперь еще менее существует надобность возвращаться к старине, воскрешать под новыми названиями все эти уже забытые формы ревматических, гастрических и других лихорадок.

Указав вам на это различие форм, представляемых брюшным тифом, мы должны подробно остановиться еще на одном вопросе, крайне важном как с клинической, так и еще более с теоретической стороны. Я говорю о температурном течении брюшного тифа. Изучая вместе с вами изменения температуры у представленных вам больных и показывая затем вам многочисленные кривые, относящиеся к прежним годам, мы имели уже случай обратить ваше внимание на то, что температурное течение брюшного тифа в общем не только не укладывается в ту схему, которая указана была для этой болезни Вундерлихом и вошла потом во все руководства, держась там и по настоящее время, но, напротив, в громадном большинстве случаев резко от нее отличается.

Вы могли убедиться, что вместо постепенного нарастания температуры в начале болезни, равномерного стояния ее на высоких цифрах в течение более или менее долгого времени

с небольшими дневными колебаниями и, наконец, постепенного же окончания лизисом, где вообще вся кривая представляет, так сказать, вид параболы, мы обыкновенно наблюдаем целый ряд колебаний, более или менее резких, встречающихся весьма нередко и по окончании лихорадки, – тех колебаний, которые мы называли температурными волнами, подробное описание которых было помещено доктором Бородулиным в первом выпуске VII тома нашего архива. Волны эти по своему характеру и числу представляют крайнее разнообразие, не дающее какой-либо возможности уложить их в определенные рамки, вообще как-либо классифицировать. Встречая на наших случаях в течение нескольких лет и при лечении совершенно индифферентном такие постоянные противоречия с общепринятой схемой, мы не могли не остановиться на подробном изучении всех имевшихся у нас кривых, которое и было нами исполнено совместно с доктором Бородулиным. Выбросив все случаи abortивного течения (менее 14 дней болезни), мы тем не менее типических случаев, в смысле Вундерлиха, встретили очень небольшое число, именно 11 из 180, т. е. 6,1 %. Да и те давали температурное течение, только наиболее подходящее к типу, данному Вундерлихом, но все-таки представляли особенности в форме незначительных и непродолжительных колебаний температуры как во время самой лихорадки, так и по ее окончании. Все остальные случаи представляли резко выраженное волнообразное течение с крайне разнообразным характером и числом этих волн.

Задаваясь сначала целью выработать на основании всех наших случаев схематическую, так сказать, арифметически среднюю кривую температурного течения брюшного тифа, мы поступали следующим образом. Брали для каждого дня болезни сумму всех утренних и вечерних температур отдельно, делили каждую из этих сумм на число больных, взятых нами для составления этой схемы, и получали среднюю утреннюю и вечернюю температуру для каждого дня болезни. Прodelав эту в высшей степени утомительную и скучную работу, мы получили из ста случаев среднюю кривую, почти совершенно подходящую по течению к типу, данному Вундерлихом: то же равномерное стояние температуры на высоте болезни с небольшими дневными колебаниями, то же постепенное лизическое падение.

Результат, как видите, совершенно не соответствовал действительности. Мы обратились тогда к литературным источникам и нигде не встретили указаний на тот метод, посредством которого была выработана эта приводимая во всех руководствах схема. Невольно закрадывалось сомнение, хотя, конечно, мы не осмелимся это утверждать, в том, не был ли при этом употреблен метод, подобный нашему, очевидно, неспособный привести к правильным результатам, давший какую-то ошибку. Вглядываясь в возможные причины этой ошибки, мы пришли к заключению, что она, вероятно, коренилась в неправомерности этих волнообразных повышений и понижений температуры по отношению к дням болезни. Одна кривая дает повышение температуры в те дни, тогда когда на другой является понижение, и наоборот, и таким образом эта волнистость сглаживалась, представляя в общем на средней кривой равномерное течение. Как бы то ни было, эта ли была причина ошибки или другая, но очевидно, что в самой сущности подобных, так сказать, арифметических способов получения характерной для данной болезни температурной кривой лежит ошибка, и, следовательно, такая схематическая кривая представляет явление искусственное. Таким образом, нам оставалось прибегнуть к другому способу для составления характерной температурной кривой брюшного тифа: пришлось обратиться к действительным, полученным на больных кривым и изучать их общий вид, их, так сказать, физиономию. Это изучение, заставив нас окончательно установить самый факт волнообразного течения температуры в брюшном тифе, заставило, конечно, и искать ему объяснение. Считая все-таки такое течение температуры наших брюшных тифов нехарактерным, ненормальным, будучи убеждены в то время в правильности общепринятой схемы, мы старались найти это объяснение в модифицирующем влиянии на брюшной тиф других инфекционных форм и главным образом возвратной горячки, впервые появившейся в Петербурге в 1864 г.

Действительно, мы наблюдали несколько несомненных случаев совместного течения брюшного тифа и возвратной горячки, – течения, сопровождавшегося характерными для того и для другого процесса изменениями. В таких случаях во время болезни, протекавшей как несомненный брюшной тиф, встречались и резкие пароксизмообразные повышения температуры на несколько дней, кончавшиеся обильным потом, и первичная петехиальная сыпь, свойственная, по нашим наблюдениям, главным образом возвратной горячке, и значительное увеличение и плотность печени и селезенки, в которой даже находили по смерти так называемые рекуррентные инфаркты, и, наконец, спириллы в крови во время этих пароксизмообразных повышений температуры. Мы наблюдали также и такие изменения в обычном течении наших сыпных тифов, которые давали нам, казалось, право объяснять их также совместным течением сыпного и брюшного тифов, хотя здесь доказать это с убедительностью было, конечно, гораздо труднее. Подобные смешанные формы различных тифозных заболеваний между собой, так же как и с другими инфекционными болезнями, как, например, с холерой, перемежающейся лихорадкой, были описаны и другими наблюдателями. Все это давало нам, конечно, право останавливаться на этой гипотезе о модифицирующем влиянии на течение брюшного тифа других инфекций (для Петербурга главным образом сыпного тифа и возвратной горячки, как форм, тогда наиболее распространенных) и в этом именно влиянии искать причину такого неправильного температурного течения наших брюшных тифов. С этой же точки зрения мы объяснили себе и различные неправильности течения сыпного тифа, выражавшиеся в большинстве случаев, между прочим, в подобной же волнообразности температурной кривой, как и в брюшном тифе.

Продолжая, однако, внимательно наблюдать за течением у нас всех этих тифозных форм, мы постепенно приходили к убеждению, что в этом объяснении есть натяжка, что оно не может вполне нас удовлетворить. Не говоря уже о том, что для большинства случаев нельзя вполне убедительно показать подобное модифицирующее влияние одной формы на другую, мы со временем должны были отказаться и от тех этиологических соображений, которые давали нам прежде весьма существенное подспорье для нашей гипотезы. Дело в том, что прежде в нашей местности в большом количестве встречались все эти три тифозные формы, видоизменяясь, конечно, в своем относительном количестве, давая то большее, то меньшее число случаев для каждой данной болезни, но все-таки даже в клинике при нашем ограниченном материале мы всегда имели возможность наблюдать и сыпной, и возвратный, и брюшной тиф. Но в последнее время дело изменилось и в том именно отношении, что случаи возвратного и сыпного тифа стали встречаться очень редко, почти как исключение, и это наблюдается не только у нас в клинике, но и в больших госпиталях, располагающих огромным материалом. А между тем температурное течение брюшного тифа, встречающегося теперь в большом количестве, представляет те же особенности, которые поражали нас и прежде, заставляя, таким образом, продолжать наши поиски за объяснением подобного волнообразного течения. Отказавшись от той гипотезы, которая полагала в основу этого волнообразного течения влияние примеси другой инфекции, следовательно, влияние вообще постороннее, лежащее вне сущности самой болезни и заболевшего индивидуума, считая такую гипотезу односторонней, мы, естественно, обратили наше внимание на два последних условия, т. е. на анатомические изменения, присущие брюшному тифу, и их причину (самое заразное начало) и на заболевшего индивидуума.

Вы уже знаете, что при брюшном тифе поражается не только кишечный канал, но заболевает так же, как и в других инфекционных формах, целая масса органов и тканей нашего тела. Однако эти последние изменения представляли большое сходство с подобными же процессами в других инфекционных болезнях, отличаясь от них, быть может, только количественно, не дают нам права сделать диагностику брюшного тифа *post mortem* на анатомическом столе. Таким образом, поражение кишечного канала, не составляя всей анатомической подкладки брюшного тифа, тем не менее представляет единственный патогномический при-

знак этой болезни для патологоанатома и резко выделяет эту форму из других видов тифа и всей массы инфекционных заболеваний. Если мы будем изучать теперь внимательно эти анатомические изменения, то во многих случаях, не говоря уже о тех, которые представляли при жизни ясные рецидивы, увидим, что изменения в пейеровых бляшках, солитарных фолликулах и брыжеечных железах находятся в различных стадиях своего развития. Рядом с бляшками, находящимися в состоянии полного развития болезненного процесса, представляющимися значительно опухшими, вполне или частью омертвевшими, с образованием грязного желтовато-бурого струпа, мы находим и группы бляшек, дающие язвы уже очистившиеся и начинающие рубцеваться, далее встречаем бляшки только пигментированные, где процесс рубцевания уже окончился; попадаются, наконец, и совершенно свежие изменения, выражающиеся только гиперемией и незначительной мозговидной инфильтрацией. Одним словом, перед нашими глазами находятся нередко все стадии развития болезненного процесса, и мы воочию убеждаемся в том, что и здесь, в кишечном канале, анатомические изменения развиваются не во всех пораженных бляшках одновременно, что, другими словами, болезненный процесс протекает неравномерно, а, так сказать, скачками. Зная это и наблюдая вышеупомянутое волнообразное течение температуры, мы не можем не поставить оба эти явления во взаимную связь, не можем не задать себе вопроса, не течет ли весь изучаемый нами болезненный процесс волнообразно, скачками, подобно температуре и анатомическим изменениям кишечного канала. Вопрос этот является, наконец, тем более необходимым, что внимательное наблюдение за клинической стороной болезненного процесса указывает вам часто на подобные же колебания и в симптомах, доступных вашему прямому наблюдению. Вы нередко увидите, что с этим временным понижением температуры совпадает и улучшение самочувствия больного, и уменьшение паренхиматозных органов, и облегчение головной боли и тифозного состояния и т. д. Но поднимается опять температура, начинается эта новая волна, – и опять все симптомы ухудшаются, а нередко вы заметите и появление новых розеолезных пятен на коже. Здесь вы вспомните также и те колебания в суточных количествах выделяемой мочевины, на которые мы уже обращали ваше внимание на предыдущих лекциях, говоря о падении количества выделяющейся мочевины при повышении температуры и обратно и указывая на значение этого явления в связи с изменениями количества мочи и веса больных, – для теории лихорадочного процесса.

Но, обращая ваше внимание на эту аналогию в течении, с одной стороны, температуры, а с другой – анатомических и клинических изменений, я отнюдь не хочу сказать, что ставлю эти явления в каузальную связь между собой, отнюдь не утверждаю, что такое скачкообразное течение анатомических изменений кишечного канала есть причина волнообразного, колебательного течения температуры и клинических симптомов. Совсем нет, я говорю только о том, что пройти, так сказать, мимо этих явлений, не пытаясь связать их одной общей идеей, нельзя; что явления эти представляют скорее выражение одного и того же закона и имеют одну общую причину. Мысль же о возможности такой каузальной связи не может выдержать критики. В самом деле, если бы мы представляли себе дело подобным образом, то должны бы были считать лихорадку за воспалительную, должны бы были связывать ее только с анатомическими изменениями кишечного канала, что прямо противоречит всем нашим понятиям о сущности этой болезни, в которой поражается не только кишечный канал, но все органы и ткани нашего тела. Вы наблюдаете ведь изменения и печени, и селезенки, и почек, и сердца с его нервным и мышечным аппаратом, и центральной нервной системы и т. д. Лихорадка здесь является процессом крайне сложным, состоящим из суммы многих факторов. Без сомнения, и анатомические изменения в органах оказывают свое влияние, но они представляют только один из таких факторов, и мы будем еще говорить о том, как можно клинически проследить это влияние. Тем не менее, повторяю, анатомический процесс в кишечном канале настолько характерен, так резко выделяет эту болезнь на анатомическом столе из группы других инфекционных форм,

что для нашей мысли о волнообразном течении не одной температуры, а всего болезненного процесса имеет ту ценность, что подтверждает ее и анатомически.

Где же теперь должны мы искать эту общую причину, проявляющуюся для нас аналогичным течением температуры, других клинических симптомов и, наконец, анатомических изменений кишечного канала.

Прежде чем указать вам на эту причину, мы должны остановиться на том факте, что подобное колебательное волнообразное течение температуры представляет одну из особенностей вообще инфекционных болезней. Вспомните только перемежающуюся лихорадку и возвратную горячку, где подобное волнообразное или, вернее, скачкообразное в форме отдельных приступов течение всего болезненного процесса принадлежит к характерным особенностям этих форм, которые мы позволяем себе даже диагностировать по подобному течению. Взгляните, далее, на оспу, относительно которой давно известно, что температура, падающая до нормы или просто понижающаяся с появлением сыпи, через некоторое время опять достигает высоких цифр, давая таким образом две явно выраженные и всеми признаваемые волны. Правда, здесь существует общераспространенное мнение, что вторичное повышение температуры зависит от нагноения оспенных пустул; но дело в том, что нередко вам придется наблюдать резкое несоответствие между этими явлениями. Вы увидите, что в одних случаях пустул много, и, несмотря на это обширное нагноение, температура не дает таких высоких цифр и такой продолжительности, как в других случаях, где пустул немного и нагноение не обширное, чего, конечно, нельзя допустить, если считать эту вторичную лихорадку исключительно нагноительной. Я должен здесь, кроме того, прибавить, что, наблюдая за течением оспы в Александровской городской барачной больнице и просматривая обязательно доставленные мне старшим врачом полиции, д-ром Баталиным, температурные кривые оспенных больных из временной Екатерингофской больницы, я убедился, что нередко после второго приступа так называемой нагноительной лихорадки появляется и третья лихорадочная волна, продолжающаяся несколько дней, без достаточных анатомических причин для объяснения этого явления.

Имея, кроме того, случай наблюдать в прошлом году в городской барачной больнице за течением дифтерита и скарлатины, мы и здесь заметили то же самое явление.

Встречая подобные вторичные повышения температуры при этих болезнях, мы сначала не обращали на них должного внимания, приписывая их различным, так сказать, случайным обстоятельствам, но из дальнейших наблюдений выяснилось, что мы имеем при этом дело не только с повышением температуры, но с ухудшением или даже новым появлением и других, свойственных болезни симптомов; а в скарлатине иногда наблюдалась при этом и новая сыпь на коже. Эти вторичные повышения температуры, шедшие в громадном большинстве случаев и с новым припуханием лимфатических желез, и с обострением процесса в зеве, и с характерным для первого приступа скарлатины учащением пульса, и с поражением почек большей частью более глубоким, чем в первом приступе, а иногда даже здесь только в первый раз наблюдавшимся, не считались обыкновенно рецидивами, к которым относили только те случаи, где появлялась сыпь на коже. А между тем не считать их рецидивами или, так сказать, новыми скачками болезни нельзя, и иначе они необъяснимы, ибо составляют строгое повторение всех симптомов, только без сыпи, и наблюдаются в значительном большинстве случаев. Здесь уместно будет вспомнить и корь, дающую обыкновенно также две резких температурных волны: первую в продромальной стадии, а вторую в периоде высыпания, тем более что здесь первое повышение температуры не может быть поставлено в связь с изменениями слизистых оболочек, ибо последние продолжают все прогрессировать, а температура между тем падает до нормы или во всяком случае значительно понижается, держась на невысоких цифрах два-три дня и затем снова повышаясь. Да и кроме этих обычных двух лихорадочных волн мы наблюдаем в течение этой болезни неоднократные повышения и понижения температуры, иногда

совпадающие с колебаниями местных процессов в воздухоносных путях и кишечном канале, а иногда бывающие без этих совпадений.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.