

инъекции в n. alveolaris superior надо сделать вкол глубиною в $1\frac{1}{2}$ с. в переходной складке под зубом мудрости, держась кости. For. palatinum medius расположено с небной стороны под зубом мудрости, а for. incisivum—на $\frac{1}{2}$ с. над краем десны.

Анестезия достигает высшей силы через 10—12 минут и держится несколько часов. Через срединную линию проходят анастомозы с одной стороны на другую, и при операциях на передних резцах надо делать инъекцию как с той, так и с другой стороны. В области резцов анестезия достигается вкладыванием в нижний носовой ход шариков ваты, смоченных 10% раствором кокаина или 20%—новокаина. Ватку следует вдавить под нижние раковины.

За последнее время, главным образом в хирургии, но также и в зубо-врачебной практике, в некоторых случаях стали применять экстраоральную анестезию. Нам, однако, до сих пор применять ее не приходилось, тем более, что выполнение ее сопряжено с большими техническими затруднениями и опасностью.

Впечатления из научной командировки во Францию.

Проф. М. Н. Гремячкина (Самара).

В настоящее время получить визу для в'езда во Францию даже для научных целей очень трудно,—мне понадобилось для этого 8 месяцев усиленных хлопот. Для получения *Sauf-conduit* требуется поручительство за Вас двух французских подданных. *Sauf-conduit* выдается только на два месяца; если же Вы желаете пробыть во Франции более двух месяцев, то нужно ходатайствовать о выдаче *carte d'identité*, которая действительна в течение двух лет. Предварительным условием для получения ее является надлежащий законный в'езд на французскую территорию и также поручительство двух французских граждан. Нужно отметить, что таким же стеснениям, хотя в значительно меньшей мере, подвергаются наши граждане и в других государствах, при в'езде на их территорию,—все это последствия всемирной войны. Получить визу для в'езда в Италию мне не удалось, несмотря даже на поручительство профессоров Сорбонны.

В клиниках Парижа я работал около 4 месяцев. Везде я встречал здесь в высшей степени радушный прием; двери клиник были широко открыты для посещений и работ. В последние годы Париж более, пожалуй, даже, чем Берлин, является центром, куда съезжаются врачи со всех концов Света для усовершенствования. В течение круглого года здесь постоянно организуются циклы повторительных курсов по всем специальностям и даже по отдельным узко-специальным вопросам. За 100—150 франков (7—10 руб.) можно прослушать целый курс с практическими занятиями по выбранному вопросу.

Часть живущих в Париже русских врачей,—правда, небольшая,—работает научно в клиниках, в Институте Pasteur'a, в Радиологическом Институте Curie и пр., другая, более значительная, занимается частной практикой. Французские законы собственно запрещают практику иностранным врачам, даже среди своих же соотечественников, и Парижская профектура намерена была предпринять ряд репрессивных мер по отношению к русским врачам-практикам. Было привлечено к суду около 80 врачей за незаконную практику, но, благодаря вмешательству Союза врачей, дела эти были из'яты из суда, и теперь французские власти не преследуют,—хотя, правда, и не разрешают официально,—практику русских врачей. При Сорбонне имеется целый цикл лекций русских профессоров по общественно-экономическим, физико-математическим и биологическим наукам. Читавшие эти курсы профессора получают вознаграждение от Университета; кроме того, при Сорбонне имеется свыше 100 стипендий для русских научных работников.

Научная жизнь Парижских клиник за последние годы особенно оживилась. Выходит громадное количество журналов, ежедневно, можно сказать, появляется масса новых книг, диссертаций и пр.,—и все это в изящном издании и чрезвычайно дешево. Медицинская техника в сравнении с довоенным временем сделала громадные шаги по пути прогресса. Французские фирмы выпускают сложные медицинские приборы и аппараты (рентгеновские аппараты, электрокардиографы, микроскопы и пр.) качеством едва-ли ниже немецких, но значительно дешевле последних. Широко также развилось производство патентованных медицинских средств. Увлечение последними сделало совершенно излишним труд фармацевтов в аптеках, и Парижские аптеки превратились в своего рода магазины патентованных средств.

Кипучая научная жизнь французских клиник выдвинула на сцену целый ряд новых вопросов в области внутренней медицины. Я коснусь лишь некоторых из них.

Из работ клиники известного кардиолога Vaquez'a имеют особую ценность работы о кровоснабжении специфической нервно-мышечной системы сердца (узел Keith-Flack'a, уз. Aschoff-Tawara, пучок His'a, волокна Purkinjé) и по физиологии и патологии левого и правого желудков. Согласно новой теории имеются специальная артерия для нервно-мышечной системы предсердий,—это т. наз. l'artère de l'atrio-necteur,—и другая, совершенно независимая от нее артерия для такой же системы желудочков (узел Tawara, пучок His'a),—это l'artère du ventriculo-necteur. Как та, так и другая артерии являются постоянными, отличаются своим значительным калибром, значительным развитием мышечных элементов в своей средней оболочке и вероятным существованием у человека в их стенке тонких нервных нитей типа вазомоторов Догеля. L'artère de l'atrio-necteur происходит от венечной артерии, именно, чаще от правой, в расстоянии около 1 сант. от ее начала. L'artère du ventriculo-necteur идет по перегородке предсердий, отходя также чаще от правой венечной артерии. Сокращения предсердий и желудочков независимы друг от друга, те и другие сокращаются вследствие возбуждения своего специфического аппарата, который отличается автономностью. Возбуждение и ритм сокращений зависят от циркуляторного режима в специфических артериях. Артерия предсердий выходит ближе к центру, чем артерия желудочков, а потому путь для крови здесь короче, почему специфическая система возбуждается ранее, и предсердия, благодаря этому, сокращаются ранее желудочков. Увеличение и ускорение циркуляции крови в артериях ведет к учащению сокращений resp. к тахикардии; наоборот, уменьшение и замедление тока крови—к брадикардии. Колебания просвета этих артерий зависят как от нервных влияний (действия вазодилататоров), так и от органических поражений артерий (эндо-артериит). Если препятствие для тока крови будет временным, напр., вследствие спазма сосудов, то и нарушение ритма сокращений будет временным; если же препятствие постоянное (эндоартериит), то и нарушение ритма будет постоянным.

Все неправильности сердечного ритма так же, как и синдром Adams-Stockes'a, легко объясняется этой теорией. В самом деле, нормально—вследствие анатомических условий—кровь скорее притекает к узлу предсердий, почему сокращения их обычно предшествуют на несколько сотых секунды сокращениям желудочков. В патологических случаях время притока, как и объем протекающей крови в артериях предсердий и желудочков, может варьировать, причем ток крови может происходить то согласованно в одном и том же направлении, то изолированно и в обратных направлениях. Все мыслимые отсюда вариации сокращений предсердий и желудочков действительно встречаются в клинике,—сокращения предсердий могут предшествовать, происходить одновременно или следовать за сокращениями желудочков.

Синдром Adams-Stockes'a классической теорией объясняется перерывом проводимости по пучку His'a (гумма и пр.), вследствие чего получается самостоятельный ритм желудочков. По новой теории главная особенность этого синдрома, брадиритмия желудочков, объясняется ишемией специфической системы последних вследствие сужения русла l'artère du ventriculo-necteur от эндартериита. Благодаря этой ишемии происходит недостаточная функция двигательного аппарата желудочков, передача возбуждений от нервной системы к сократительным волокнам желудочковых мышц замедляется, и в результате всего этого получается брадиритмия.

В клинике проф. Vaquez'a широко применяется электрокардиография, причем пользуются исключительно электрокардиографом французской фирмы Bou-

litte. Этот электрокардиограф по своей портативности, чувствительности и точности несколько не уступает немецким, а между тем стоимость его значительно дешевле. Из сфигмоманометров в клинике пользуются тензиофоном Vaquez-Laubry.

В госпитале Saint-Antoine много нового в области гастро-энтерологии. Здесь работают известные клиницисты—Bensaude, Remond, Le Noir. Как в клиниках, так и в амбулаториях здесь широко практикуются ректо—, эзофаго—и гастроскопия. Bensaude для эзофагоскопии пользуется аппаратом Brülling'a; аппарат этот вводится в коленно-локтевом положении больного с вытянутой вперед головой. Для гастроскопии пользуются аппаратом Bensaud'a. В то время, как эзофагоскопия производится при всяком подозрении на рак пищевода, гастроскопия, в виду ее чрезвычайной сложности и трудности, даже небезопасности введения аппарата (были случаи перфорации желудка), практикуется редко и только при определенных показаниях,—напр., при подозрении на рак желудка взамен пробной лапаротомии. Эндоскопия служит не только для диагностических целей, но в широком размере применяется и для целей лечебных; так, под контролем ректоскопа производится электрокоагуляция полипов прямой кишки, лечение рака прямой кишки радием, вводимым чрез ректоскоп в особых металлических трубочках, и т. п. С лечебной же целью вводятся в rectum маленькие кварцевые лампочки и пр. Диатермия как при местном биполярном применении, так и в виде трансабдоминальной диатермии, дает блестящие результаты при геморрое и особенно при сужениях прямой кишки, делая излишним хирургическое вмешательство. В клинике Bensaud'a широко практикуется также лечение геморроя склерозирующими впрыскиваниями в подслизистую ткань прямой кишки, последовательно в разные места, 50%-го раствора мочевины и chinini bismuriatici. Зараз впрыскивается 5 к. с., курс состоит из 10—12 впрыскиваний, делаемых через 7—8 дней. Для этой простой техники необходимы особый анускоп Bensaud'a и шприц с длинным наконечником. Я лично имел возможность убедиться в прекрасном действии такого лечения; через несколько недель геморроидальные шишки совершенно спадаются и склерозируются.

Аналогичные склерозирующие впрыскивания производят во Франции при лечении варикозных расширений вен нижних конечностей. Здесь имеется уже громадный опыт, исчисляемый десятками тысяч больных, леченных таким способом. Склерозирующие растворы вводятся больному в вены—сначала в одну ногу, потом в другую. После смазывания места укола иодом раствор медленно, в течение 2—3 минут, впрыскивается строго в вены (отнюдь не в подкожную клетчатку). Для таких впрыскиваний употребляются разные растворы. Лучшее всего действует Na salicylicum, который вводят сначала в количестве 2 к. с. 20% раствора и потом постепенно доходят до максимальной дозы—5 или 6 к. с. 40% раствора. Впрыскивания делают через 2—3 дня. После 4—5 инъекций обычно получается склероз вен вследствие химического эндоневрита. Вместо Na salicylici можно употреблять 1% раствор Hydr. bijodati в количестве от 1 до 5—6 к. с. на впрыскивание; действие этого препарата, однако, менее надежно, да кроме того при впрыскивании получается сильная местная болезненность, а как нежелательное осложнение—иногда и флебит.

В большом ходу во Франции также впрыскивания хинина в раствор вместе с уретаном (chinini pur. 0,4, urethani 0,4, aq. dest. 3,0, от 1/2 до 2—3 к. с.) и Na citrici. Непосредственно после впрыскивания этих растворов получается сокращение сосудов над и под местом укола и легко проходящие судороги в ноге. Через 4—5 минут после инъекции больной может идти на службу. В результате впрыскивания получается химическое воспаление—эндоневрит с тенденцией к облитерации. На следующий же день после инъекции varices уменьшаются в своем объеме, а в дальнейшем они совершенно исчезают, и на их месте остается лишь жесткий цилиндрок, слегка болезненный в первые 1—2 месяца. Мало по малу однако и этот цилиндрок уменьшается, и на месте варикозного расширения остается только пигментация. Осложнение флебитом наблюдается крайне редко, эмболия же—никогда. Противопоказанием для впрыскиваний служат: ранее бывший флебит, пороки сердца, болезни почек и беременность.

Своеобразна точка зрения французских клиницистов,—Roux, Moutier, Gurault, Satellier и хирурга Duval'a—на эволюцию и лечение хронических язв желудка и 12-перстной кишки. Duval, как и хирург Розанов, придает громадное значение в эволюции язвы инфекции, которая обычно присоединяется вторично уже к существующей язве. Заражение происходит или из полости

рта, или из какого-либо источника, лежащего в брюшной полости (хронический аппендицит, холецистит и пр.). Виновником инфекции чаще (в 47,5%) является стрептококк или энтерококк (12,5%). Культуры этих бактерий легко получаются из окружности оперированной хронической язвы. О наличии инфекции язвы можно судить по целому ряду признаков, каковы повторные кровотечения, напряжение прямых мышц живота, частое повышение температуры, гиперлейкоцитоз и полинуклеоз, положительная внутрикожная реакция с группой энтеро-стрептококков. Duvall рекомендует такие инфицированные язвы лечить сначала консервативным путем, а именно, вакцинацией энтеро- или стрептококковой вакциной. Можно пользоваться и протеинотерапией. Вакцинация и протеинотерапия действуют при язве благоприятно, но самой язвы не излечивают, а потому, когда воспалительные явления затихнут и наступит холодный период, тогда рекомендуется оперировать язву, благодаря чему получаются лучшие результаты, и бывает меньше рецидивов.

Заслуживает внимания широко практикующийся во Франции метод лечения бронхиальной астмы десенсибилизацией. Как известно, бронхиальную астму большинство клиницистов рассматривает теперь, как результат анафилаксии, т. е. повышенной чувствительности с повышенной реакцией со стороны дыхательного аппарата на известные раздражители. Астмогенными веществами служат чаще всего различные белки животного, растительного или бактериального происхождения. В каждом индивидуальном случае астмы нужно точное знакомство с аллергеном. Это достигается путем внутрикожного введения слабых растворов различных астмогенных веществ. Таким образом применяют около 120 заранее заготовленных экстрактов животного, растительного и неорганического происхождения. Экстракты эти готовятся теперь фабричным путем в форме порошков. Астматику наносится на внутренней поверхности предплечья сразу 20 кожных проб. В случае положительной реакции через несколько часов получают покраснение и волдырь. Когда таким путем будет найден анафилактоген, то начинается лечение астматика десенсибилизацией—путем кожных прививок экстракта найденного анафилактогена. В случае анафилаксии кишечного происхождения десенсибилизация производится *per os*—или анафилактогеном, или малыми дозами пептона, даваемого до еды; можно вводить пептон, в 50% растворе, по 0,1—0,3 к. с., и внутрикожно.

Почти в каждой Парижской клинике практикуется переливание крови, для чего имеется целый ряд в высшей степени портативных аппаратов. Переливание это,—конечно, после предварительного определения групповой реакции крови пробой *Vincent's*,—производится при самых разнообразных болезнях: при остром и хроническом малокровии, при уремии, сенсике, эклампсии, хлорозе, пернициозной анемии, гемофилии, *morbis maculosus Werlhofii*, *purpura haemorrhagica*, лейкомии, отравлениях, язве желудка и *duodeni*, ожогах и пр. Далеко не при всех указанных страданиях получается, однако, хороший эффект. При язве желудка и при инфекционных заболеваниях переливание действует, повидимому, только как протеинотерапия.

Кровопускание, совсем было почти оставленное, теперь снова практикуется во Франции и при многих страданиях. Но единственно неизменный успех получается от него при асистолии, когда существует венозная гипертензия.

В большой моде сейчас во Франции оксигенотерапия. При помощи особого аппарата получается кислород *in statu nascendi*, который вводится под кожу в количестве 100—200 к. с. ежедневно или через день. Оксигенотерапия применяется при всевозможных заболеваниях: болезнях сердца в стадии асистолии, пневмониях, коклюше, астме, разных интоксикациях и пр. Однако особенно хороших результатов от применения этого метода лечения мне видеть не пришлось.

Заслуживает внимания широко применяемое в Париже рентгенологическое исследование желчного пузыря или холецистография, которая дает хорошие результаты при диагнозе камней и начальных форм воспаления желчного пузыря.

Интересна гипотеза *Remond'a* о происхождении рака желудка. Необходимым предварительным условием для развития этого заболевания он считает хронический катарр желудка,—катаррально измененная желудочная клетка перерождается в раковую, и *Remond* демонстрировал под микроскопом ряд таких переходов.

Франция всегда была родиной не только великих талантов в области медицины, но и родиной знаменитых гипнотизеров, разных популярных „учителей“, пользующихся иногда методами лечения, граничащими с шарлатанством. В настоящее время большой славой здесь пользуется *Emil Soué* (неврач) из Нанси. Вокруг него образовалась новая Нансйская школа. Метод лечения *Soué* (так

наз. куэизм) состоит в систематическом и постепенном развитии способности самовнушения. Сам Соуэ применяет массовый метод лечения. Ежедневно к нему в Нанси приезжают сотни пациентов, жаждущих «исцеления», «учитель» ведет в общей зале, где ждут его больные, чрезвычайно убедительную беседу с ними о влиянии самовнушения на наши действия, поступки и течение болезней, демонстрируя это рядом опытов тут же на больных. Достаточно ежедневно утром систематически внушать себе, что тебе становится все лучше и лучше («sa va»),—и происходит, по мнению Соуэ, исцеление не только психогенных, но и органических заболеваний. Соуэ приобрел себе горячих поклонников даже среди врачей не только Франции, но Германии, Америки и др. стран. Защитники этого метода научно обосновывают его действием подсознания. Если куэизму нельзя отказать в известном эффекте при лечении чисто-функциональных нервных расстройств (истерия), то во всяком случае сама обстановка лечения и бесцеремонная эксплуатация больных далеко не соответствуют попыткам научного обоснования куэизма.

Рефераты.

а) Физиология.

1. *Сердечный гормон.* Уже из того давно известного факта, что сердце позвоночного, будучи вырезано, в течение различного времени может биться вне тела, вытекает, что в нем самом скрыты все условия для его спонтанной деятельности. Два года тому назад физиолог Demoor, из Брюсселя, доказал, что водная вытяжка из правого предсердия сердца собаки оказывает ускоряющее и усиливающее действие на пульсацию того же отдела кроличьего сердца. Почти одновременно с ним Haberlandt, в Иннсбруке, обнаружил в самом верхнем венозном отрезке сердца лягушки присутствие вещества, которое является возбудителем сердечных сокращений и которое поэтому было названо им сердечным гормоном. Продолжая далее свои исследования, Haberlandt (Wiener kl. Woch., 1926, № 45) убедился, что после извлечения этого вещества сердце совершенно утрачивает способность биться, если же обработать такое, утратившее способность сокращаться, сердце Ringelöwским раствором, содержащим сердечный гормон, то способность работать к нему вновь возвращается. Н. нашел, затем, что вещество это является специфическим возбудителем сердца,—что его можно получить не только из самого верхнего отрезка сердца лягушки, но и из верхней трети желудочка (где находится открытая His'ом мл. т. наз. атрио-вентрикулярная воронка),—что оно растворяется в абсолютном спиртоле, но совершенно нерастворимо в эфире (следовательно, не есть липоид),—что оно не разрушается при кипячении (свойство, характерное для всех гормонов),—что по действию оно похоже на адреналин, но не идентично с последним, и что оно не тождественно с открытым Лоеви сердечно-симпатическим веществом. Источником образования сердечного гормона Н. считает специфически дифференцированные мышцы определенных частей сердца.

В. Сергеев.

б) Общая патология.

2. *К вопросу о конституциональном предрасположении к раку.* На довольно большом материале (150 чел.) Hirschfeld и Hittmair (Med. Kl., 1926, № 39) убедились, что субъекты, принадлежащие к I, III и IV изогмагглютинационным группам, не обнаруживают,—вопреки заявлению некоторых авторов,—никакого конституционального предрасположения к заболеванию злокачественными новообразованиями вообще и раком в частности.

В. С.

3. *К происхождению раковых метастазов.* Было время, когда для возникновения метастаза рака считалось достаточным одной единственной живой раковой клетки. В дальнейшем исследовании Роды Erdmann доказали, что для образования метастаза необходим перенос не только эпителиальных клеток, но