

В это понятие „приспособленности“ я вкладываю степень *тренированности* (втянутости), *общее состояние здоровья* и, наконец, качество исходного состояния до физ. напряжения. Человек может быть прекрасно тренирован, состояние здоровья великолепно, но в день исследования (до напряжения) он может быть уже утомлен, с плохим самочувствием (напр., бессонная ночь и т. д.). Кроме того, при оценке необходимо принимать во внимание не только количество работы (напр., расстояние), но и интенсивность ее проведения (напр., скорость бега). Большое число условий, которые нужно принимать во внимание, в то же время является выигрышным моментом, так как именно это позволяет индивидуально группировать исследуемых (или делить на группы). Для практики дела, главным образом, важно выделить лиц плохо перенесших упражнение, еще недостаточно подготовленных для него, или если задание слишком велико, а также выделить особо хорошо перенесших напряжение. Метод как раз и дает возможность отделить эти 2 группы от группы „золотой середины“, в которую обычно попадает громадное большинство, чего и следует добиваться при проведении „массовой“ физкультуры.

Очень жаль, что авторами исследования первое исследование было проведено не до звездного пробега, а после него. Для нас сейчас несомненно, что такой предварительный пробег создает с одной стороны значительную тренированность, с другой определенно изменяет статус формулы, который в 2—3 дня едва ли вернулся к норме. Затем, в практическом отношении время 2-го момента исследования после конца соревнования, взятое через 3 часа,—слишком отодвинуто. По нашим данным (о чем я писал) максимальные сдвиги картины крови мы имеем через 1—2 часа. Через 3 же часа в общем заметно возвращение к исходному. Соревновательный бег на лыжах на протяжении 20—30 килом. тренированных здоровых лиц максимум отклонения дает через  $1\frac{1}{2}$ —2 часа.

Во всяком случае те изменения, которые наблюдали авторы, судя по общим сводкам по отношению к заданию (состязание на 24,65 километра), являются скорее благоприятными. Это явление за последние годы мы наблюдаем повсеместно, его можно объяснить улучшением предварительного контроля, улучшением физкультурной установки, физкультурного воспитания масс.

*Литература:* 1) Egoroff. Zeitsch. f. klin. Med., 1926, V. 104 и 1927, V. 106. Подробно литература приведена в «Теор. и практ. физ. культуры», № 6, 1927 г.

По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: „О значении „миогенных“ сдвигов картины крови“.

**Н. А. Дрягин, Н. В. Инюшкин, О. Н. Дрягина и А. М. Мокеев.**

В настоящем номере журнала прив.-доц. А. П. Егоров печатает заметку по поводу нашей статьи „Изменения морфологического состава крови под влиянием мышечных движений“ (этот журнал, 1928 г., № 8), в котором он находит „некоторые неточности, особенно в общих предположениях, неполно соответствующие действительности“. Такое заключение он делает, по видимому, на основании того, что мы разошлись с его

мнением по пониманию отношения Naegeli к лейкоцитозу, возникающему под влиянием телесных напряжений. А. П. Егоров относит Naegeli к числу авторов, считающих этот лейкоцитоз распределительным. Хотя в книге Naegeli „Blutkrankheiten“ (издание 1923 г., стр. 223—224) и имеются поводы к такому пониманию (см. ссылки Егорова), но вместе с тем он пишет: „Wohl fast alle Autoren (Z. B. Liberow) erblicken in dieser neutrophilen Leukozytose eine myelogene, auf bestimmte Reize gebildet, aber nur zum Teile von Muskelsubstanzen veranlasst, womit ja vortrefflich stimmt, dass nach Grawitz diese „myogene“ Leukozytose fehlt, bei bereits bestehender entzündlicher Leukozytose und bei schwerer Erschöpfung. Dann ist eben der Reiz auf das Knochenmark unter dem Schwellenwert der schon vorhandenen Reize“. По нашему мнению, приведенная цитата заставляет относить Naegeli к авторам, считающим указанный лейкоцитоз не распределительным, а истинным миэлогенным.

Мы лишены были возможности исследовать кровь до звездного пробега и произвели первое исследование крови через 3 дня после прихода из него, но полученные нами результаты в общем укладываются в рамки нормальных цифр. Может быть при производстве второго исследования после соревнования через  $1\frac{1}{2}$ —2 часа, а не через 3, как это сделано нами, мы получили бы еще более резкие отклонения, чем это имело место на наших случаях, но нас интересовала картина крови непосредственно после пробега, а повторное исследование по сложившимся условиям (митинг, раздача призов и пр.) возможно было только через 3 часа.

---

## ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Терпев. клиники им. проф. Р. А. Лурья госуд. Ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Р. А. Лурья).

### Об Endocarditis lenta с множественным септическим поражением кожи.

Э. Р. Могилевского.

Одной из наиболее постоянных и весьма важных особенностей в клинической картине endocarditis lenta является, как известно, склонность к появлению эмболий в различных органах. Эмболы могут быть занесены током крови в различные органы: селезенку, почки, мозг и проч., в результате чего и получается сложный симптомокомплекс с участием ряда органов, который так характерен для клинической картины затяжного септического эндокардита. Эмболия в какой-нибудь орган и вызванные ею симптомы являются часто причиной тех жалоб, с которыми больной впервые обращается к врачу, нередко же эмболия в важные для жизни органы, наприм., мозг, служит тем последним ударом, который обрывает жизнь этих больных. Из многочисленных работ, посвященных в последние годы этиологии, клинике и патолого-анатомической картине endocarditis lenta (Hess, Stahl, Зимницкий, Невядомский, Миנדлин, Th. Horder и др.), видно, что чаще всего наблюдаются эмболии в селезенку и почки, реже в мозг, конечности, ретину и очень редко в кожу. При этом участие кожи в картине заболевания сводится, главным образом, к наличию геморрагий, которые и являются существенным симптомом этой клинической формы. Эти геморрагии в кожу и в слизистые оболочки стоят в тесной связи с имеющимися при данном заболевании ток-