

## Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

### Органотерапия при заболеваниях крови.

Проф. Д. М. Российский (Москва).

Гормоны различных эндокринных желез, являясь могущественными регуляторами роста, питания тканей и обмена веществ в организме и влияя на обе группы вегетативной нервной системы, на автономную и симпатическую нервную систему, в то же время оказывают или усиливающее, или тормозящее влияние на деятельность кроветворного аппарата.

Falta, Newburgh, Nobel, Kocher отмечают, что у здоровых людей введение тиреоидина вызывает мононуклеоз, а у страдающих болезнью Basedow'a, при введении тиреоидина, мононуклеоз увеличивается. Falta, Kostlivy, Caro, Ciuffini, Gordon, v. Jagic, Borchard и др. считают, что мононуклеоз является одним из важнейших клинических признаков гиперсекреции щитовидной железы.

Bertelli, Falta и Schweeger высказывают мнение, что гормоны эндокринных желез, повышающие тонус автономной нервной системы, изменяют картину крови в направлении мононуклеоза и эозинофилии, гормоны же, действующие в смысле повышения симпатической нервной системы, перемещают картину крови в направлении нейтрофилии и анэозинофилии.

Экспериментальные наблюдения над животными с искусственно вызываемым гипертиреозом дали изменения крови, аналогично наблюдающимся при болезни Basedow'a. Так, введение собакам и кроликам препаратов щитовидной железы или йодотирин вызывает уменьшение в крови фибриногена, замедление свертываемости крови, лейкопению и понижение процентного содержания гемоглобина (Kottman, Blumenthal). Введение препаратов щитовидной железы как у животных, так и у человека ведет к увеличению фагоцитарных свойств лейкоцитов и к повышению окислительных и липолитических процессов в крови, сопровождающихся повышением алексинов и опсонин крови (Margé, Ющенко).

При заболеваниях, связанных с уменьшением продукции секрета щитовидной железы, изменения в крови большей частью дают картину, противоположную картине крови при Basedow'ой болезни.

При микседеме исследование крови показывает одновременно с уменьшением количества красных кровяных шариков, гемоглобина и сухого вещества, увеличение свертываемости крови и склонность к мононуклеозу и гиперэозинофилии (Drinkman, Бульченко, Kottman, Bence и Engel, Falta, Borchard), а также увеличение количества миеобластов (Esser). Проф. В. Ф. Поляков указывает, что гемолитическим признаком микседемы является увеличение одноядерных лейкоцитов (до 36%), увеличение лимфоцитов и эозинофилов и уменьшение нейтрофилов. При введении в организм микседематозных — веществ щитовидной железы наблюдается парадоксальная реакция лейкоцитов, т. е. приближение лейкоцитарной формулы к норме и быстрое нарастание гемоглобина и красных кровяных телец (Falta, Newburgh и Nobel). Морфологические изменения крови при оперативном тиреозе после удаления щитовидной железы также сводятся к значительному уменьшению количества красных кровяных телец и гемоглобина, увеличению числа лейкоцитов с преобладанием одноядерных и эозинофильных форм, повышению фибрина и увеличению свертываемости крови (Kottman, Albertoni, Falta, Bertelli, A. B. Репрев). Удаление щитовидной железы вызывает также уменьшение фагоцитарных свойств и опсонического показателя крови (Margé), и извращение физикохимической конструкции крови в виде значительного уменьшения удельного веса и щелочности, резкого уменьшения азота, хлоридов и сульфатов и увеличения фосфатов и воды в крови (A. B. Репрев).

При струме и эндемическом зобе также наблюдаются изменения в крови в виде увеличения лимфоцитов и иногда эозинофилии (Mac Carisson, C. Müller, Kreske, Kostlivy, Carpi, Kappisi Maranon, Borchard). При изменениях

со стороны парашитовидных желез в крови в свою очередь отмечаются некоторые изменения. Так Müller, Fleiner, Kahn, Falta при тетании наблюдали гиперглобулию, а Falta в промежутках между тетаническими приступами находил мононуклеоз, а в острой стадии в некоторых случаях проходящий гиперлейкоцитоз с изменением лейкоцитарной формулы в смысле увеличения процентного отношения нейтрофилов и наступления аэозинофилии. У животных, после экстирпации парашитовидных желез Falta также находил нейтрофильный гиперлейкоцитоз. Изменения эти в составе лейкоцитарной формулы Falta объясняет колебаниями тонуса вегетативной нервной системы. По исследованиям проф. М. Павлова, при удалении парашитовидных желез, в крови животных отмечается уменьшение количества гемоглобина, эритроцитов, железа, щелочности и удельного веса крови и увеличение плазмы крови и белых кровяных телец, при чем увеличивается количество молодых форм бесцветных телец, больших и малых лимфоцитов, зрелые же элементы и полинуклеары, наоборот, уменьшаются.

При экстирпации зобной железы наблюдается уменьшение числа красных кровяных телец и гемоглобина (Tagulli и Monaco, Carbone) и изменения со стороны лейкоцитарной формулы, при чем некоторые авторы наблюдали лейкоцитоз и эозинофилию (Tagulli и Monaco), другими же после иссечения зобной железы у морских свинок отмечалось уменьшение числа лейкоцитов почти наполовину (Noël, Paton и Gooddall).

Большое влияние на морфологический состав крови оказывает секреция надпочечных желез. Адреналин, имея особое средство к симпатической нервной системе, представляет из себя субстанцию, обладающую большим гемостатическим действием. В случаях пониженной функции надпочечных желез при morbus Addisonii картина крови постоянно изменена. По наблюдениям Neisser'a, Bittorf'a, Münzger'a, Falta и других авторов, при Аддисоновой болезни число эритроцитов и содержание гемоглобина почти всегда понижено, наблюдается лимфоцитоз и иногда гиперэозинофилия; число больших одноядерных клеток часто увеличивается, число нейтрофильных клеток уменьшено относительно и абсолютно.

По наблюдениям Дробного, при прохождении крови через надпочечные железы, кровь обогащается эозинофилами, эритроцитами, гемоглобином и азотом.

Введение адреналина вызывает нейтрофильный гиперлейкоцитоз, исчезновение эозинофилов, увеличение количества одноядерных клеток, гиперглобулию, уменьшение щелочности и увеличение свертываемости крови. По исследованиям Falt и Bertelli, данные которых были подтверждены Ишманицким, у собак после впрыскивания адреналина наступает увеличение удельного веса крови, сильное увеличение числа красных кровяных телец с небольшим подъемом в содержании гемоглобина, сильный лейкоцитоз, касающийся нейтрофильных полинуклеаров и резко выраженное уменьшение эозинофилов. Изменения картины крови у человека вполне совпадают с изменениями крови у собак. Относительно влияния адреналина на эритроциты имеются данные, согласно которым, при хроническом введении адреналина, наступает разрушение красных кровяных телец и сильное уменьшение их числа (Loefer и Corazon, Auston и Tedeschi, Carrao). Наблюдения Parisot показывают, что адреналин вызывает гемолиз не только *in vitro*, но и *in vivo*.

Влияние адреналина на кроветворные органы у кролика сказывается в появлении в костном мозгу большого числа миелоцитов, затем наступает их уменьшение и одновременное уменьшение эритробластов, тогда как лимфоциты и плазменные клетки (Plasmazellen) оказываются увеличенными (Loefer).

Сравнительно небольшое количество наблюдений имеются относительно влияния гормонов других внутрисекреторных желез, панкреатической, половых и гипофиза на составные части крови.

По наблюдениям проф. М. Павлова над изменениями крови при удалении поджелудочной железы, после экстирпации расквас наблюдается увеличение удельного веса крови и эритроцитов, уменьшение гемоглобина, щелочности крови и содержания в ней  $O$  и  $CO_2$ , кровь дегидратируется, форменные элементы становятся богаче водою, в лейкоцитах появляется липолитический фермент, в норме отсутствующий, усиливается также действие и другого фермента—каталазы и увеличивается способность лейкоцитов отнимать кислород *in statu nascendi*.

Сравнительно мало данных относительно влияния секреции половых желез на кровь. Pinzani находил у кастрированных суек увеличенное содержание гемо-

глубина и красных кровяных телец, в то время как Brener и Seillery у собак с экстирпированными яичниками находили сильное уменьшение количества гемоглобина и числа эритроцитов.

Ludwig Adler часто находил у кастрированных, климактерических женщин и у лиц с гипоплазией половых органов поразительное уменьшение эозинофильных клеток. Многие авторы в последние месяцы беременности отмечают легкую гиперглобулию, незначительный нейтрофильный гиперлейкоцитоз и большую свертываемость крови,—признаки, указывающие на повышение функции хромаффиновой системы.

Наблюдения проф. Я. Я. Постоева относительно влияния спермина на кровь показали, что количество гемоглобина и число красных кровяных телец, после впрыскивания спермина, существенно не изменяется; число же лейкоцитов, после впрыскиваний спермина, изменяется очень резко: через 1 ч. после впрыскивания уменьшается: максимум уменьшения—14,8%; через 5 часов, наоборот, резко повышается, при чем повышение колеблется в пределах от 17% до 60%. По истечении 24 часов после впрыскивания число лейкоцитов, хотя и падает, по сравнению с предыдущим (через 5 часов), но все-таки держится выше нормы. Данные, полученные проф. Я. Я. Постоевым, находят подтверждение в выводах д-ра Епифанова, который в своей работе „О влиянии подкожных впрыскиваний спермина и мускуса на морфологический состав крови у здоровых и больных людей“ приходит к заключению, что впрыскивание спермина не вызывает заметных изменений в количестве красных шариков и гемоглобина. Количество белых шариков после впрыскивания вначале несколько уменьшается, затем повышается, при чем увеличение их числа яснее всего проявлялось через 3 $\frac{1}{2}$ —5 часов после впрыскивания. Наконец, исследования А. Бекенской и Кошевник показали, что тестикулярная жидкость повышает опсонический индекс крови. Еще меньше наблюдений имеется относительно влияния на кровь гормонов гипофизарной железы.

По Bertelli, Falta и Schwegger'y впрыскивание вытяжки из задней доли мозгового придатка—питуитрина—собакам ведет к очень сильному и длительному увеличению и последующему уменьшению числа эритроцитов, а также к увеличению количества гемоглобина. Лейкоциты подвергаются сперва сильному уменьшению, иногда на длительное время, а затем получается гиперлейкоцитоз. В первой фазе отмечается относительное и абсолютное увеличение количества одноядерных клеток, количество же нейтрофильных и эозинофильных клеток уменьшается. Через некоторое время картина крови меняется: нейтрофилы опять выступают на первый план, эозинофилы исчезают и, наконец, получается нейтрофильный аэозинофильный лейкоцитоз и мононуклеоз. Falta и Bertelli приписывают вытяжку из инфундибулярной части мозгового придатка к группе тех веществ, которые вызывают повышение тонуса в концевых окончаниях автономных нервов и, обладая хемотаксическими свойствами, изменяют картину крови в смысле мононуклеоза и эозинофилии. Исследование крови при акромегалии,—заболевании, тесно связанном с гиперфункцией мозгового придатка,—в большинстве случаев также обнаруживает мононуклеоз и гиперэозинофилию.

В десяти случаях акромегалии, наблюдавшихся нами, мы могли отметить некоторое падение процентного отношения гемоглобина, уменьшение числа красных кровяных шариков, некоторое уменьшение полинуклеаров, увеличение мононуклеаров и переходных форм, в двух случаях увеличение количества лимфоцитов и в трех случаях увеличение количества эозинофилов.

При понижении функции гипофизарной железы, при так называемой гипофизарной dystrophia adiposogenitalis обыкновенно констатируется незначительное уменьшение числа эритроцитов, более сильное уменьшение количества гемоглобина, нормальное число лейкоцитов и выраженный мононуклеоз.

Boeshaard в случаях гипофизарного ожирения наблюдал лимфоцитоз и эозинофилию. В случае несахарного диабета с значительным разрушением гипофиза, описанном Мнацкановым, наблюдалась резкая лейкопения до 200 лейкоцитов в 1 куб. мм. крови, что, быть может, до некоторой степени зависело от гипофункции мозгового придатка. Следует отметить также, что Emile Weil и Boué констатировали, что экстракты из задней доли мозгового придатка вызывают ускорение свертываемости крови, что особенно резко бывает выражено в случаях применения гипофизарного экстракта при кровотечениях у гемофиликов.

Все вышеизложенное определенно указывает на огромное влияние, оказываемое эндокринными железами на кровь.

Отсюда становится ясным то большое значение, какое имеют препараты эндокринных желез в терапии заболеваний крови.

Из органопрепаратов, имеющих терапевтическое применение при заболеваниях крови, следует отметить препараты костного мозга, селезенки, печени и свиного желудка.

В виду высказанных Гейденгайном предположений, что гигантские клетки костного мозга являются секреторными элементами, вырабатывающими специфические вещества, возбуждающие кроветворение, препараты костного мозга (таблетки, капли, подкожные инъекции) стали применять при терапии пернициозной анемии хлороза, анемии и лейкомии. Клинические наблюдения показывают, что при терапии болезней крови препараты из костного мозга нередко оказывают несомненный терапевтический эффект.

Первый случай применения костного мозга (*medulla ossium*) при пернициозной анемии принадлежит английскому клиницисту проф. Thomas Fraser'у, наблюдавшему замечательный терапевтический успех от применения вытяжек из костного мозга у больных злокачественным малокровием. Данилевским, Зеленским, P. Cagnot, Cl. Deflandre, A. A. Грубе и др. было доказано, что подкожные и внутривенные инъекции эмульсии и экстрактов костного мозга, увеличивают в крови количество красных кровяных телец.

Ряд других авторов (A. Baross, A. Hamilton, Stengel, Caccini, Fabian, Ménétrier, Aubertin, Bloch, Courtois-Suffit, Ferrand, Блюменау) также отмечают прекрасный терапевтический эффект от применения препаратов костного мозга в случаях пернициозной анемии. Dixon Mann, Goldscheider, Combe, David, Charrin, Gilbert, Carnier и др. отмечают при анемиях и хлорозе прекрасное действие, оказываемое на улучшение состава крови костномозговыми препаратами. При лейкомии M. Rigger, M. Lawrie, Barross, J. Whait, Ф. К. Алексеев, при применении как непосредственно костного мозга, так и вытяжек из костного мозга, также наблюдали несомненный терапевтический эффект. Наши наблюдения относительно применения вытяжек из костного мозга (в каплях и в виде подкожных инъекций) в случаях злокачественного малокровия, хлорозе и анемиях позволяют сделать заключение, что препаратам из костного мозга при вышеупомянутых заболеваниях крови принадлежит видное терапевтическое место.

Селезенка, считающаяся за орган внутренней секреции, также имеет важные кроветворные функции. Мауер и Монсопс экспериментально доказали, что функция селезенки действует тормозящим образом на эозинофилию, и, исходя из доказанного параллелизма между эозинофилией и состоянием анафилаксии, эти авторы добились путем введения экстракта селезенки в виде подкожных инъекций, купирования анафилактического шока с характерным и всегда, как правило, повторявшимся падением эозинофилии, которое держалось более суток.

Опыты проф. В. Я. Данилевского выяснили, что вытяжка из селезенки вызывает у животных резкое увеличение гемоглобина и красных кровяных шариков.

Наблюдения W. Cohnstein'a и Д. М. Успенского показали, что подкожное введение собакам, кроликам и морским свинкам селезеночных вытяжек вызывает резкое увеличение количества красных кровяных шариков. Особенно хорошо изучено действие препаратов из селезенки при различных заболеваниях крови. Наблюдения М. П. Михайлова и В. В. Пожарского над больными анемией, хлорозом и пернициозной анемией показали, что применение препаратов из селезенки вызывает увеличение числа эритроцитов, повышение процента гемоглобина и увеличение щелочности крови при одновременном улучшении общего состояния больных. По Baul'y, Simon'y, Schpilman'y и Monier'у лечение препаратами селезенки туберкулезных больных вызывает увеличение красных кровяных шариков и повышение процента содержания гемоглобина.

Schpilman, Simon и др. находили также от применения препаратов селезенки увеличение количества лейкоцитов в крови.

Наши довольно многочисленные наблюдения над применением селезеночной вытяжки в случаях анемий, хлороза и злокачественного малокровия показали, что в препаратах селезенки мы имеем верно действующее терапевтическое средство.

Под влиянием применения вытяжек из селезенки у анемиков совершается быстрая регенерация крови: увеличивается число красных кровяных телец, быстро нарастает содержание гемоглобина, улучшается общее состояние, появляется аппетит и идет увеличение веса тела. Повторные исследования крови обнаруживают явления регенерации крови, ведущие в дальнейшем к стойкому восстановлению нормальных отношений.

Для получения стойких результатов курс лечения селезеночными вытяжками, как показал опыт, должен длиться не меньше 6—8 недель.

В виду свойств печени активизировать свертывание крови (Gilber, Carno), препараты печени уже сравнительно давно стали применяться при таких заболеваниях крови как гемофилия и пурпура, но особенно большое применение получила печеночная терапия в случаях злокачественного малокровия. Американские авторы Gibson и Howard на основании результатов экспериментальных наблюдений Whipple, Robjcheit и Robbins'a с кормлением анемизированных собак вареной бычьей печенью, стали назначать больным с пернициозной анемией ежедневно вареную печень, прибавляя одновременно в пищу овощи, фрукты, яичные желтки и уменьшая количество жиров. В 1926 г. американцы Minot и Murphy опубликовали результаты своих наблюдений над случаями пернициозной анемии, леченными печенью. Обыкновенно больным назначают ежедневные приемы сырой или слегка проваренной (не более 10 минут) бычьей или телячьей, мелко изрубленной, печени, в количестве 120—240 грамм. Сырая печень оказывает лучшее действие, чем вареная, а вареная печень не действует. Результаты от применения подобной диеты у вышеупомянутых авторов получались очень хорошие. Большое количество наблюдений, как иностранных авторов (Pal, Schottmüller, Rosenow, Jagic, Saxl и др.), так и русских (Я. Г. Эттингер, Войнов, Беляева, Дайховский, Чижов и др.), подтвердили прекрасные результаты лечения пернициозной анемии печенью.

Наши наблюдения, проведенные в поликлинике I ММИ, также указывают на высокую терапевтическую ценность печеночной терапии в случаях как злокачественных, так и обычных форм анемий.

За последние годы предложен ряд препаратов из печени, действующих аналогично сырой печени.

Из заграничных препаратов наибольшее распространение получили Hepatopsan и Samrolan. Hepatopsan является водным экстрактом печени, 1 куб. см. которого=10 гр. свежей печени. Samrolan, предложенный в 1930 г. Ganslen'ом, представляет водный экстракт печени, 2 куб. см. которого=50 гр. свежей печени (назначается от 1—2 куб. см. в неделю до 2 куб. см. ежедневно).

В американских лабораториях Peter Bent Brigham hospital и Guy w Clark o the Lederle Laboratories вырабатываются водные экстракты печени, применяющиеся подкожно, внутримышечно и внутривенно, 5 и даже 3 куб. см. которых=100 гр. свежей печени.

Из порошкообразных препаратов печени, имеющих применение за границей, следует отметить Heparakon, Hepartrat и Ferripan, представляющий соединение печени с трехвалентными солями железа (с содержанием 2,6% Fe).

Из препаратов печени, вырабатываемых в СССР, известны гепатин (жидкий и в таблетках) Всеукраинского института эндокринологии и гепатокрин Московского эндокринологического института.

За последние два года результаты терапии анемиков свиным желудком превзошли по эффективности печеночную диету, как по скорости действия, так и по получаемым клиническим данным.

На основании работ ряда авторов (Кестле, Конне, Изаакс, Стерджис, Шарп), высказавших положение, что ткань желудка обладает антианемическим фактором, ряд клиницистов (Вилькинсон, Мауленграхт, Розенов, Снаппер) стали с успехом проводить лечение как пернициозной анемии, так и гипохромных анемий высушенным свиным желудком, ближе всего, по своим физиологическим свойствам, приближающимся к желудку человека.

Вышеупомянутыми авторами практиковалось высушивание 218 гр. свежего свиного желудка до 30 гр. порошка (суточная доза), причем предварительно желудок обрабатывался петролейным эфиром. Наблюдения над применением свиного желудка при пернициозной анемии, проведенные в государственном институте клинической и экспериментальной гематологии в Москве Е. А. Бондаренко и М. С. Дульциным, показали, что сырой свиной желудок, при даче внутрь

в количестве 200—300 гр., оказывает хороший терапевтический эффект на кроветворение, причем следует также отметить благоприятный эффект действия лечения свиным желудком на нервную систему. При сравнении эффекта действия печеночной диеты и лечения свиным желудком следует отметить, что свиной желудок оказывает более сильное действие на улучшение кроветворения. Действие свиного желудка проявляется в раздражении костного мозга, что способствует более полноценному созреванию эритроцитов. Получаемый с боен свиной желудок промывается в воде комнатной температуры, освобождается от внешней жировой клетчатки и дается в проваренном через мясорубку виде по 200—300 гр. в день двухкратными дозами с прибавлением для вкуса небольших доз соляной кислоты.

Исследование действия различных частей слизистой желудка показало, что при пернициозной анемии лучше всего действует слизистая антрум желудка. Пепсин и лямбермент могут быть удалены, причем действие слизистой остается то же самое.

За последние годы за границей выпущен ряд препаратов из свиного желудка, в СССР Всеукраинским институтом эндокринологии вырабатывается так наз. „гастриноль“, а Московским эндокринологическим институтом выпущен препарат „гастрокрин“.

Гастрокрин аналогичен по своему составу и физиологическому действию выпускаемому американской фирмой Parke, Davis & Co—Ventrikulin'у и различными европейскими фирмами—Ventraemon'у, Estomon'у, Ventrosanguin'у и т. п. и не уступает им по силе действия и получаемым терапевтическим результатам.

Гастрокрин представляет собой высушенное при оптимальной температуре и в известной мере освобожденное от жира вещество свиного желудка и содержит в себе, помимо ферментов железистой части желудка, также вещества, действующие на кроветворные органы и стимулирующие их функцию. Применяется гастрокрин в дозах от 5,0 до 10,0 грамм на прием 2—3 раза в день, в зависимости от тяжести заболевания; дозы изменяются под контролем периодически повторяющихся исследований крови. Порошок запивается подкисленной водой (25 капель развед. соляной кислоты на треть стакана воды). Наблюдения В. И. Любимова и Х. Х. Владоса над применением гастрокрина при лечении злокачественного малокровия свидетельствуют о большом терапевтическом эффекте от применения этого препарата в случаях пернициозной анемии. Наблюдения, проведенные нами в поликлинике I ММИ над больными как пернициозной анемией, так и обычными формами малокровия, также указывают на высокую терапевтическую ценность препаратов свиного желудка.

Под влиянием гастрокрина на 5—8 день после его приема у больных наблюдается увеличение ретикулоцитов, достигающее максимума (в среднем 30—40%) на 8—14 день. Гастрокрин не дает побочных явлений, не вызывает каких-либо расстройств желудочно-кишечного тракта. Преимущество гастрокрина перед печеночной диетой и в том, что он не вызывает отвращения у больных, и стоимость курса лечения гастрокрином значительно дешевле, чем стоимость печеночной диеты.

Резюмируя все вышеизложенное, следует сказать, что в ряде органопрепаратов современная терапия имеет ряд ценнейших средств для лечения болезней крови, превосходящих по получаемым результатам обычные фармакопрепараты.

В СССР из этих органопрепаратов вырабатываются препараты селезенки, печени и свиного желудка.

Необходимо также обратить должное внимание на выработку препаратов из костного мозга, представляющих также несомненно высокую терапевтическую ценность при лечении болезней крови.

*Литература.* 1) Ashfud. „J. A. M. A.“ 1922, v. 91. № 4, 242.—2) Bayle. „La presse medicale“, 1925.—3) Бондаренко Е. А. и Дульцин М. С. „Терапев. архив“, 1931, т. IX.—4) Bertelli, Falta, Schweeger. „Zeitsch. f. Klin. Medizin“, Bd. 74, 1910.—5) Владос Х. Х. „Врач. газета“, 1931 г. № 22.—6) Влаев. „Врач. газета“, 1906 г.—7) Данилевский В. Я. „Вест. мед.“, 1896 г., № 20.—8) Wimböfes. „M. m. W.“, 1932, № 15, 590.—9) Murphy. „J. A. M. A.“, 1932, v. 18, № 13, 1050.—10) Mayer und Moncorps. „Med. Klinik“, 1926, № 1.—11) Михайлов М. П. „Рус. врач.“, 1913 г., № 2.—12) Meythaler. „Kl. W.“, 1931, 51, 2336.—13) Franchini. „Berlin. Kl. Woch.“, 1908.—14) Nehls. „M. m. W.“, 1931, 52, 2195.—15) Niessing. „Med. Kl.“, 1931. Ап-

рель 17. 593.—16) Conneng. „J. A. M. A.“, 1932, v. 98, № 13, 1060.—17) Павлов М. Изменения крови после удаления поджелудочной железы Харьков. 1913 г.—18) Поляков В. Ф. Клинич. лекции, 1916.—19) Пожарская В. В. „Прак. врач.“, 1912 г., № 50 и 51.—20) Pfeiffer. „Kl. W.“, 1931, 10, 453.—21) Любимов В. И. „Врачеб. газета“, 1931, № 22.—22) Sabrazes et Bonnes. „Semaine Medic.“, 1905.—23) Stassberg. „D. m. W.“, 1931, 42, 1780.—24) Rogers. „Brit. Med. J.“, 1932, feb. 13, 272.—25) Schulz. „D. m. W.“, 1931, 1, 757, „Kl. W.“, 1931, 10, 67 u. „Mün. m. W.“, 1931, 13, 266.—26) Успенский Д. М. Органотерапия, 1910 г.—27) Strauss. „J. A. M. A.“, 1932, v. 98, стр. 1620.—28) Wilbenson. „Brit. Med. J.“, 1932, 20, 325.

## Итоги 3-го Научного областного съезда врачей ТР.

Эпштейн Т. Д., Гольдштейн Д. Е., Калинин Н. Н., Вылегжанин Н. И.

С 11 по 17 июня, после трехлетнего перерыва, в Казани происходил 3 областной научный съезд врачей Татарии и смежных национальных республик и областей (Башкирской, Чувашской, Удмуртской, Мари). В работе съезда приняли участие профессора и научные работники казанских научных медицинских учреждений (Мединститута, ГИДУВ'а, Микробиологического института, Института соцздрава и ряда других), а также городские врачи. Съезд проходил при переполненных заседаниях и отличался большим оживлением.

В отличие от предыдущих съездов, страдавших большой академичностью и значительным отрывом теории от практики, программа настоящего съезда содержала актуальнейшие вопросы теории и практики социалистического здравоохранения, взятые в тесной связи с задачами развернутого социалистического строительства.

Два первые пленарные заседания были целиком посвящены вопросам марксистско-ленинской методологии в медицине и вопросам идеологической борьбы на фронте здравоохранения и медицины. Эти темы были освещены в двух докладах В. К. Волкова (Ядрин, Чув. ССР) и Т. Д. Эпштейна (Казань).

Доклады мобилизовали внимание всей врачебной массы и научных работников к задаче вооружения врачи в его теоретической и практической работе методом марксизма-ленинизма, к задаче борьбы за партийную линию в медицинской теории и практике здравоохранения, бдительности ко всем и всяким извращениям, имевшим место на теоретическом фронте (против механицизма, витализма, реакционных философских и биологических течений, просачивающихся к нам из западно-европейской, охваченной кризисом, медицинской науки).

В докладах весьма ярко было показано, что медицина и здравоохранение представляют собой в условиях ожесточенной борьбы классов один из наиболее важных участков острой борьбы на теоретическом фронте и что без четкой партийной теории, без марксизма-ленинизма, врач не сможет противостоять классово-враждебным теориям, а следовательно не сможет быть активным строителем социализма на фронте здравоохранения и медицины.

В оживленных прениях по этим докладам высказавшиеся врачи показали высокий теоретический уровень и единодушно подчеркнули необходимость овладеть методом диалектического материализма. В резолюции, принятой по этим докладам, съезд призывает всех врачей серьезнейшим образом заняться усвоением основ марксизма-ленинизма.

Следующая серия докладов была посвящена задачам врача на селе и роли медицинских бригад в деле обслуживания сельско-хозяйственных кампаний (доклады С. М. Курбангалеева, Ф. Г. Мухамедьярова и Л. А. Мустафина).

В докладе Курбангалеева было подчеркнуто, что здравоохранение на настоящем этапе является органической частью фронта социалистического строительства, как в городе, так и на селе.

Если красная Татария с честью идет вперед в деле социалистического переустройства деревни, досрочно выполняя и перевыполняя задания правительства, то здравоохранение обязано не отставать от соцстроительства. Одной из важных задач здравоохранения является обслуживание политически-хозяйственных кампаний. В этом отношении здравоохранение, по сравнению с предыдущими годами,