

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

Орган Медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. В. Л. Боголюбов, И. П. Васильев, М. М. Гран, Р. А. Лурия, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1930 г.

(Год издания XXVI)

№ 1

Я Н В А Р Ь.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из анатомического института Саратовского гос. университета (Завед. проф. Н. Г. Стадницкий).

К аномалиям легких человека.

(Многодольность правого легкого).

Б. ассистента д-ра М. Н. Стадницкого.

(С 2 рис.).

Легкие развиваются посредством выпячивания из кишечной трубки. Начальная одиночная часть этого выпячивания (гортань и дыхательное горло) делится на две первичных, а последние переходят во вторичные ветви, представляющие закладки будущих легких. Из первичных ветвей образуется общий для легкого бронх, а из вторичных—бронхи для каждой доли легкого, обыкновенно отдельные. Самые конечные разветвления дыхательных путей в доле составляют долики кубической формы величиной в 1—2 сант. В зависимости от слияния между собой этих долек в большее или меньшее количество групп получается различное число долей легкого, причем этим (по Батуеву¹⁾) объясняется, различное количество долей легкого у разных животных: у собаки правое легкое имеет 4, левое—3 доли; у крота правое—5 долей, левое на доли не делится.

Разница в числе долей правого и левого легких, по Аеру, есть результат неразвития 3-ей доли левого легкого. Объясняется это, во-первых, способом отхождения и положением бронхиальной ветви для верхней доли правого легкого; во-вторых, тем, что артериальная ветвь для этой же доли отходит на таком уровне ствола *art. pulmonalis*, где левая совсем не имеет ветвей. Недостающая доля левого легкого (третья) и ее бронхиальная ветвь имеется у некоторых животных (лошадь, слон, тюлень и др.). Соответственно этому может быть различное число долей легкого и у человека. Нормально, как известно, дыхательное горло делится на уровне 4-го грудного позвонка на 2 первичных бронха, которые, в свою очередь, делятся на вторичные по два с каждой стороны—верхний и нижний, соответствующие, по Батуеву, с верхнереберным и нижнереберным дыханием. От передней полуокружности нижнего правого вторичного бронха отходит меньшая по величине ветвь и направляется вперед. Таким образом вторичных бронхов получается правых три, левых два, за счет дальнейшего разветвления которых и образуются соответствующие доли легких и борозды их—две справа и одна слева. Посредством этих борозд легкие делятся на доли.

Раубер²⁾ считает, что число легочных долей может увеличиваться от других непостоянных борозд. В литературе опубликованы сле-

¹⁾ Русский врач. №№ 27 и 28, 1915 г.

²⁾ Руководство анатомии человека. Том I.

чая деления левого легкого у человека на три доли, а правого на две, четыре, пять и даже на шесть долей. Так, случаи о двух долях правого легкого описаны Ajutolo, Dalla Rosa, Waldeyer, Стефанис, Спиров и др., причем Спиров¹⁾ наблюдал пять случаев о двух долях правого легкого, из них четыре раза у взрослого и один раз на трупе младенца. Он же описал два случая с делением правого легкого на пять частей при добавочных бороздах (1 случ.—деление верхней и нижней долей на две части каждая, 2 ой случ.—деление средней и нижней долей на две части каждая), Testut²⁾ наблюдал правое легкое о 4-х и 5 долях и один раз 6 долей. Кроме этого описаны случаи деления верхушки правого легкого на три части (Luschka, Geddes, Wrisberg и др.), что наблюдается нормально у дельфина. Помимо вышеозначенных случаев аномалий легких, Testut говорит еще о небольшой прибавочной доле у основания правого легкого, которая нормально наблюдается у многих млекопитающих. Так как такая прибавочная доля, по Testut, встречается в 25% (в 16 случаях 5 раз) в эмбриональной жизни, а у взрослого редко, то он на этом основании допускает возможность слияния ее с возрастом с ближайшей главной частью легкого. Подобную прибавочную долю, но только у корня левого легкого сзади, описал проф. Батуев, встретившуюся ему на трупе взрослого, в виде как бы отдельного легкого небольшой величины.

Перехожу к описанию двух своих случаев многодольности правого легкого, которые мне встретились во время практических занятий со студентами. Оба препарата хранятся в Анатомическом музее Саратовского университета.

1 случай. Правое легкое о 5 долях (фот. № 1). Труп мужчины 42 л., русского, уроженца Саратовской губ., причина смерти—рак желудка. Оба легких свободны, без сращений. Каких-либо видимых патологических изменений не представляют. Правое аномальное легкое весит при среднем кровонаполнении 495,0. Верхняя доля его отделяется от нижележащих почти горизонтальной глубокой бороздой. Ширина этой доли 15 сант., высота 9 1/2 сант. Внутренние и нижние края ее острые. Средняя или передняя доли шириной 10 1/2 сант., высотой 8 1/2 сант. ограничена от нижней бороздой, идущей от середины горизонтальной на протяжении 2 1/2 сант. вертикально, далее изогнуто направляясь вниз и вперед. Нижняя доля состоит из 3-х долей: верхней наружной и двух нижних—наружной меньшей и передне-внутренней большей. Из них верхняя посреди отделяется той же вертикально идущей бороздой, снизу косогоризонтальной, продолжающейся внутрь и несколько вверх. Ширина ее 7 сант., высота посредине 5 сант. Передняя нижняя доля отделяется от средней доли легкого вышеозначенной вертикальной изогнутой бороздой, а снаружи она ограничена от задней нижней доли вертикально-косою бороздой, идущей сверху и снаружи вниз и несколько внутрь. Ширина и высота передне-нижней доли 8 сант., почти квадратная. Ширина задней нижней доли 3 сант., высота 7 сант. Края всех этих трех нижних долей снизу и снаружи заострены, как обыкновенно у нормальных долей легкого, за исключением внутреннего края задней нижней доли. Все борозды глубокие, резко выражены.

2 случай. Правое легкое о 4 долях (фот. № 2). Труп женщины 63 л., русской, уроженки Саратовской губ. Причина смерти—кровоизлияние в мозг. Оба легких свободны, без сращений. Никаких видимых патологических изменений не замечается. Правое аномальное легкое весит 490,0. Верхняя его доля отделяется от средней и нижней почти горизонтальной бороздой, как и в первом случае. Ши-

1) Москов. медик. журн., ноябрь, 1925 г.

2) Traité d'anatom. humaine. Т. 4.

ширина 14 сант., высота $8\frac{1}{2}$ сант. Средняя доля отделена от нижней косой бороздой, идущей снаружи кнутри и сверху вниз. Эта доля разделена почти вертикальной бороздой на большую переднюю и меньшую трехугольную формы заднюю. Ширина передней 6 сант., высота 8 сант.; ширина задней 4 сант., высота 3 сант. Нижне-внутренние края всех долей заострены. Все борозды глубокие, резко выраженные.

Относительно происхождения аномалий легких должен сказать, что двухдольчатость правого легкого объясняют слиянием верхней доли со средней точно также, как Cunningham допускает деление левого легкого у человека на две доли путем слияния верхней доли со средней, рассматривая верхнюю долю как результат этого слияния, что также отмечает и Спиров. Что касается образования в моих случаях многодольчатости правого легкого, то я полагаю, что это ненормальное резкое деление глубокими бороздами на 4 и 5 долей можно объяснить развитием добавочных меньших бронхиальных ветвей за счет избыточного образовательного зародышевого материала, отходящих от правого вторичного нижнего бронха, так же, как образуется нормально средняя доля правого легкого за счет, как сказано выше, меньшей по калибру бронхиальной



Фотограф. сним. № 1.



Фотограф. сним. № 2.

ветви от передней полуокружности нижнего вторичного бронха. Путем такого же образования, надо думать, получается аномальное деление левого легкого на 3 доли. Описанная многодольчатость правого легкого, надо полагать, взаимно обуславливается добавочными глубокими бороздами легкого.

В заключение необходимо отметить, что многодольчатость легких имеет большое значение в практическом отношении, позволяя лишним долям викарно замещать основную ткань заболевших долей тем или другим патологическим процессом (хронические и острые воспаления специфического и неспецифического характера). Принимая на себя функцию пострадавшей ткани, многодольчатость дает возможность организму компенсировать недостаток легочной ткани, иногда даже вполне при гипертрофированном состоянии, способствуя тем самым дыхательной функции легких.

Из Фармако-терапевтического института университета и клиники аллергических заболеваний в Лейдене (Голландия).

О функциональной эмфиземе и ее значении для диагноза, прогноза и оценки работоспособности астматиков.

W. Storm van Leeuwen и C. J. Storm.

(С 10 кр.).

По господствующим представлениям астматиком считается больной, у которого внезапно наступающие приступы одышки чередуются с периодами полного благополучия и у которого при длительном существовании заболевания, особенно в тех случаях, когда часто повторяются сильные приступы болезни, появляются хронический бронхит и эмфизема. В других случаях вначале обнаруживается хронический бронхит, на почве которого лишь впоследствии развивается астма.

При лечении большого числа астматических больных мы убедились в том, что такое представление об астме в большинстве случаев не соответствует действительности.

Изолированно наступающие приступы астмы, отделенные друг от друга промежутками полного благополучия, несомненно встречаются; в этих случаях большей частью наблюдается повышенная чувствительность в отношении единичных аллергенов, которые лишь изредка получают возможность оказывать свое влияние. При этом спорадически наступают приступы астмы, не оставляющие без поражения органы дыхания. Между прочим следует отметить, что такие приступы астмы нередко начинаются с *rhinitis vasomotoria*; вот почему часто — во всяком случае без основания — причиной приступов и считается простуда.

У большинства астматиков в наших местах, которые чувствительны к климатическим аллергенам¹⁾ (причем мы относим к климату также влияние почвы), имеется повышенная чувствительность в отношении многих аллергенов, которые постоянно в большей или меньшей мере оказывают свое влияние.

В начале заболевания, а в единичных случаях также и позднее, сильная сверхчувствительность у этих больных сменяется периодами полного или частичного выздоровления; но рано или поздно наступает такое состояние, когда аллергены усиливают свое действие на организм, следовательно, влияют также и вне острого приступа болезни. При исследовании больного вне приступа течение этого периода болезни, который может длиться годы и десятилетия, можно найти низкое стоящие, мало подвижные границы легких и уменьшенную сердечную тупость и на этом основании часто ставится диагноз эмфиземы. Равным образом при аускультации во многих местах, а иногда также по всей грудной клетке, выслушиваются рассеянные сухие или влажные хрипы, которые в этих случаях приводят к диагнозу хронического бронхита.

Не буду спорить о том, что у таких больных могут, конечно, появиться и хронический бронхит, и эмфизема, но если определять эмфи-

¹⁾ Наблюдения, сделанные на больших высотах над уровнем моря и лечение в свободной от аллергенов камере так же, как и статистики наши в Голландии и наблюдения в Восточной Пруссии, показывают, что число подобного рода астм-

зему как анатомическое изменение в легких или грудной клетке (и это, по нашему мнению, правильное), а под хроническим бронхитом понимать первичное воспаление воздухоносных путей, вызванное бактериями, то в большинстве случаев нельзя считать диагнозы эмфизема и хронический бронхит правильными.

Против этого диагноза говорят опыты с пребыванием в высоких горах или в другом более благоприятном климате и, наконец, в лишенной аллергенов камере—даже если это пребывание длилось всего лишь несколько дней—при котором болезненные явления со стороны легких полностью или частично быстро исчезают, причем они все же очень скоро вновь появляются, как только больной возвращается в старую богатую аллергенами обстановку.

Эти патологические явления, если они существовали даже в течение десятилетий, не могут считаться настоящей эмфиземой или хроническим бронхитом, раз они способны к столь быстрому обратному развитию и потому они имеют право на самостоятельное определение. Вначале я хотел их назвать псевдоэмфиземой, но по предложению проф. Вгаиетга в Гамбурге, я выбрал для них другое определение: *функциональная эмфизема*. Эта функциональная эмфизема, которая может, конечно, существовать у астматиков наряду с настоящей эмфиземой и хроническим бронхитом, гораздо важнее для оценки состояния больного в каждый отдельный момент и для прогноза, чем истинная эмфизема и истинный хронический бронхит, ибо она гораздо чаще встречается и в гораздо большей степени влияет на работоспособность больных. Наконец, она гораздо легче поддается воздействию рациональной терапии.

Опыты, которые были нами поставлены с целью получить объективную картину работоспособности наших больных и установить объективно улучшение в результате примененного лечения, пробудили наш интерес в отношении функциональной эмфиземы и таким путем мы подошли к излагаемым ниже исследованиям, которые уже были опубликованы полностью (Münch. med. Woch., 1929, № 10 и 11). Здесь же будут сообщены лишь наиболее важные результаты наших наблюдений.

При всех исследованиях наше стремление заключалось в том, чтобы уяснить и установить нижеследующие три пункта: 1. Отклонения от нормы, которые мы находили у больных. 2. Улучшения, достигнутые при помощи терапевтических мероприятий, которые в большинстве случаев заключались в устранении вредных аллергенов. 3. Найти объективный масштаб работоспособности наших больных.

Все исследования производились в состоянии покоя и у больных свободных от приступов. Острые приступы всегда прекращались при помощи адреналина и таким образом больной исследовался нами во время светлых промежутков.

Альвеолярное напряжение CO_2 и O_2 . Прежде всего мы производили исследования альвеолярного напряжения CO_2 и O_2 в надежде, что они могут привести к цели. При этом однако обнаружилось, что те цифры, которые получены при однократном исследовании альвеолярного напряжения CO_2 и O_2 не дают правильного представления о состоянии и работоспособности больного, ибо даже при нормальных цифрах может отсутствовать работоспособность и хотя неработоспособность больного часто идет совместно с высоким содержанием CO_2 и низким содержа-

Из Фармако-терапевтического института университета и клиники аллергических заболеваний в Лейдене (Голландия).

О функциональной эмфиземе и ее значении для диагноза, прогноза и оценки работоспособности астматиков.

W. Storm van Leeuwen и G. J. Storm.

(С 10 кр.).

По господствующим представлениям астматиком считается больной, у которого внезапно наступающие приступы одышки чередуются с периодами полного благополучия и у которого при длительном существовании заболевания, особенно в тех случаях, когда часто повторяются сильные приступы болезни, появляются хронический бронхит и эмфизема. В других случаях вначале обнаруживается хронический бронхит, на почве которого лишь впоследствии развивается астма.

При лечении большого числа астматических больных мы убедились в том, что такое представление об астме в большинстве случаев не соответствует действительности.

Изолированно наступающие приступы астмы, отделенные друг от друга промежутками полного благополучия, несомненно встречаются; в этих случаях большей частью наблюдается повышенная чувствительность в отношении единичных аллергенов, которые лишь изредка получают возможность оказывать свое влияние. При этом эпизодически наступают приступы астмы, не оставляющие без поражения органы дыхания. Между прочим следует отметить, что такие приступы астмы нередко начинаются с *rhinitis vasomotoria*; вот почему часто — во всяком случае без основания — причиной приступов и считается простуда.

У большинства астматиков в наших местах, которые чувствительны к климатическим аллергенам¹⁾ (причем мы относим к климату также влияние почвы), имеется повышенная чувствительность в отношении многих аллергенов, которые постоянно в большей или меньшей мере оказывают свое влияние.

В начале заболевания, а в единичных случаях также и позднее, сильная сверхчувствительность у этих больных сменяется периодами полного или частичного выздоровления; но рано или поздно наступает такое состояние, когда аллергены усиливают свое действие на организм, следовательно, влияют также и вне острого приступа болезни. При исследовании больного вне приступа в течение этого периода болезни, который может длиться годы и десятилетия, можно найти низкое стоящее, мало подвижные границы легких и уменьшенную сердечную тупость и на этом основании часто ставится диагноз эмфиземы. Равным образом при аускультации во многих местах, а иногда также по всей грудной клетке, выслушиваются рассеянные сухие или влажные хрипы, которые в этих случаях приводят к диагнозу хронического бронхита.

Не буду спорить о том, что у таких больных могут, конечно, появиться и хронический бронхит, и эмфизема, но если определять эмфи-

¹⁾ Наблюдения, сделанные на больших высотах над уровнем моря и лечение в свободной от аллергенов камере так же, как и статистика наши в Голландии и наблюдения в Восточной Пруссии, показывают, что число подобного рода астматиков составляет больше 80% всех б-ых астмой.

зему как анатомическое изменение в легких или грудной клетке (и это, по нашему мнению, правильное), а под хроническим бронхитом понимать первичное воспаление воздухоносных путей, вызванное бактериями, то в большинстве случаев нельзя считать диагнозы эмфизема и хронический бронхит правильными.

Против этого диагноза говорят опыты с пребыванием в высоких горах или в другом более благоприятном климате и, наконец, в лишенной аллергенов камере—даже если это пребывание длилось всего лишь несколько дней—при котором болезненные явления со стороны легких полностью или частично быстро исчезают, причем они все же очень скоро вновь появляются, как только больной возвращается в старую богатую аллергенами обстановку.

Эти патологические явления, если они существовали даже в течение десятилетий, не могут считаться настоящей эмфиземой или хроническим бронхитом, раз они способны к столь быстрому обратному развитию и потому они имеют право на самостоятельное определение. Вначале я хотел их назвать псевдоэмфиземой, но по предложению проф. Вгаиер'a в Гамбурге, я выбрал для них другое определение: *функциональная эмфизема*. Эта функциональная эмфизема, которая может, конечно, существовать у астматиков наряду с настоящей эмфиземой и хроническим бронхитом, гораздо важнее для оценки состояния больного в каждый отдельный момент и для прогноза, чем истинная эмфизема и истинный хронический бронхит, ибо она гораздо чаще встречается и в гораздо большей степени влияет на работоспособность больных. Наконец, она гораздо легче поддается воздействию рациональной терапии.

Опыты, которые были нами поставлены с целью получить объективную картину работоспособности наших больных и установить объективно улучшение в результате примененного лечения, пробудили наш интерес в отношении функциональной эмфиземы и таким путем мы подошли к излагаемым ниже исследованиям, которые уже были опубликованы полностью (Münch. med. Woch., 1929, № 10 и 11). Здесь же будут сообщены лишь наиболее важные результаты наших наблюдений.

При всех исследованиях наше стремление заключалось в том, чтобы уяснить и установить нижеследующие три пункта: 1. Отклонения от нормы, которые мы находили у больных. 2. Улучшения, достигнутые при помощи терапевтических мероприятий, которые в большинстве случаев заключались в устранении вредных аллергенов. 3. Найти объективный масштаб работоспособности наших больных.

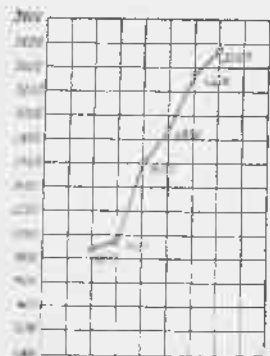
Все исследования производились в состоянии покоя и у больных свободных от приступов. Острые приступы всегда прекращались при помощи адреналина и таким образом больной исследовался нами во время светлых промежутков.

Альвеолярное напряжение CO_2 и O_2 . Прежде всего мы производили исследования альвеолярного напряжения CO_2 и O_2 в надежде, что они могут привести к цели. При этом однако обнаружилось, что те цифры, которые получены при однократном исследовании альвеолярного напряжения CO_2 и O_2 не дают правильного представления о состоянии и работоспособности больного, ибо даже при нормальных цифрах может отсутствовать работоспособность и хотя неработоспособность больного часто идет совместно с высоким содержанием CO_2 и низким содержа-

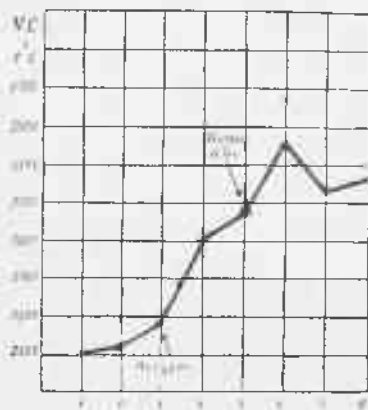
нием O_2 , все же в этих случаях возможны и нормальные цифры CO_2 и O_2 . С другой стороны, можно признать, что при высоком содержании CO_2 и низком содержании O_2 постоянно имеет место ограничение дыхательной способности пациентов. При этом однако остается неизвестным, мешает ли это ограничение дыхательной способности больному при не очень тяжелой работе.

Определение альвеолярного CO_2 и O_2 может, таким образом, обнаружить некоторые интересные детали, но для установления работоспособности больного оно не имеет большого значения.

О жизненной емкости легких. Вначале полагали, что определение жизненной емкости легких даст ясное представление о состоянии работоспособности астматического больного. Действительно, у ряда больных, которые плохо себя чувствовали, мы находили также незначительную емкость и видели, как отражалось улучшение состояния на увеличение этой емкости. Крив. 1 и 2 иллюстрируют эти случаи.



Крив. 1.



Крив. 2.

Крив. 1. Влияние пребывания в свободной от аллергенов камере на жизненную емкость легких в случае функциональной эмфиземы. Абсцисса: время в днях. Ордината: жизненная емкость легких в куб. см.

Крив. 2. Влияние голодания на жизненную емкость легких в случае функциональной эмфиземы.

В этих и подобных случаях самочувствие и работоспособность больного идет рука об руку параллельно с величиной его жизненной емкости легких. В ряде других случаев этого параллелизма не наблюдается. Вот несколько примеров.

У больного Г., ростом в 1,8 метра, человека крепкого телосложения, мы обнаружили жизненную емкость легких равной 1900 куб. см., в то время как, судя по размерам его тела, следовало ожидать жизненную емкость легких равной около 4500 куб. см. При этом б-ой чувствовал себя вполне здоровым, так как имевшиеся у него ранее признаки одышки исчезли; он снова был в состоянии двигаться, бегать, подниматься по лестнице и был работоспособен, правда, ему приходилось производить лишь легкую работу.

В противоположность этому, у молодого 17-летнего юноши, который страдал постоянным стеснением в груди, цианозом и был совершенно не работоспособен, мы нашли жизненную емкость легких равной 4700 куб. см.; у другого б-ого Ов., который раньше был полным инвалидом и едва в состоянии был передвигаться, жизненная емкость легких равнялась 4100 куб. см., т. е. емкость, которая полностью соответствовала размерам его тела.

На вопрос о том, почему у б-ых, страдающих функциональной эмфиземой, жизненная емкость легких не отображает картину их состоя- ния, ответить нетрудно. Причина одышки заключается не в том, что астматики не в состоянии достаточно глубоко вдохнуть и выдохнуть, а в том, что они нуждаются в более продолжительном времени для того, чтобы сделать глубокий вдох и выдох, ибо тончайшие воздухоносные пути у них время от времени сужены. У вышеупомянутого б-го Ов, не- смотря на плохое самочувствие можно было получить жизненную емкость легких в 4 литра, но для этого ему требовалось более 20 секунд, в то время как нормальному человеку для этого требуется только несколько секунд. При определении жизненной емкости легких должно быть, таким образом, принято во внимание и время. Этого мы достигли путем введе- ния понятия о *максимальном минутном объеме* (maximales Minu- tenvolumen).

Под максимальным минутным объемом мы понимаем наибольшее количество воздуха, которое б-ой в состоянии вдохнуть и выдохнуть в течение минуты, при этом вычитается количество воздуха „мертвых пространств“ (вредное воздушное пространство“ Tigerstedt'a), умно- женное на число дыханий. Необходимость последней поправки исходит из тех соображений, что воздух мертвых пространств при дыхании не должен быть принят в расчет. Так как количество воздуха в мертвых пространствах в значительной мере зависит от объема дыхания, то является необходимым для каждого исследования одновременно устанав- ливать величину мертвых пространств. Если исследовать таким путем максимальный минутный объем у некоторого числа здоровых людей и у людей, страдающих функциональной эмфиземой, то у первых окажутся несравненно более высокие цифры, чем у последних при одинаковых размерах тела. Полученные цифры максимального минутного объема имеют значение прежде всего в том смысле, что они особенно четко показывают, насколько можно ожидать улучшения от терапевтических мероприятий.

В таблице 2а и 2б представлены некоторые цифры для оценки как у нормальных, так и у больных, страдающих функциональной эмфиземой.

ТАБЛИЦА 2а
Максим. мин. объем у здорового
взрослого человека

Подопыт. лицо	Максим. мин. объем в литрах
1	44
2	34
3	48
4	33
5	41
6	39

В среднем

39

ТАБЛИЦА 2б
Максим. мин. объем при функцио-
нальной эмфиземе

Подопыт. лицо	Максим. мин. объем в литрах
1	18
2	22
3	19
4	13,8
5	13
6	13,2

В среднем

16,8

Разумеется, никогда не удастся найти такой объективный метод, который освободил бы нас от различных субъективных влияний со сто- роны больного, все же можно утверждать, что путем определения мак- симального минутного объема удается достигнуть гораздо большего со-

ответствия между объективной оценкой и действительным состоянием больного, чем это возможно путем применения других методов исследования.

Запись дыхательных движений. Запись дыхательных движений гораздо проще, чем описанные до сих пор методы, дает представление о данном состоянии больного с функциональной эмфиземой.

Запись производится следующим образом: б-ой, которому предварительно зажимается нос клеммой, получает нужный ему для дыхания воздух только из спирометра, наполненного кислородом, и может лишь в него же выдыхать; движения спирометра регистрируются на барабане. Так как опыт длится недолго, то нет основания опасаться, что в спирометре накопится слишком много CO_2 . При помощи механика института мы изготовили простой аппарат, который переводит колебания уровня спирометра непосредственно на миллиметровую бумагу; бумага передвигается с равномерной скоростью (2 мм. бумаги в 1 сек.); равномерная скорость достигается путем погружения колыбы определенного веса в цилиндр, наполненный маслом.

Итечение нескольких минут мы даем больному спокойно дышать, причем мундштук при помощи трехходового крана в это время сообщается с наружным воздухом. Затем быстро поворачивают кран и запись начинается. После нескольких дыхательных движений б-ого заставляют производить как можно более глубокий вдох и выдох, затем опять позволяют спокойно дышать; в случае надобности можно еще раз повторить глубокий вдох и выдох. Затем, совершенно опуская спирометр книзу, опорожняют его. Б-ой вновь берет в рот мундштук, но теперь включается клапан для вдыхания и выдыхания, так что б-ой может вдыхать наружный воздух, но выдыхать может только в спирометр. Тут же он получает задание дышать как можно быстрее и глубже и по возможности быстро наполнять весь спирометр.

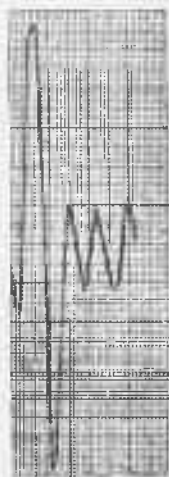
При помощи первого описанного опыта получается картина дыхательной способности больного; она дает возможность судить о средней, дополнительной и запасной емкостях, которые, будучи взяты вместе, составляют жизненную емкость легких. Огромное преимущество нашей методики заключается в том, что одновременно одним взглядом можно установить и время дыхания, т. е. время, которое требуется больному для максимального вдоха и выдоха.

При помощи второго описанного регистрирующего метода (форспирующего выдыхания в спирометр) получают цифры, почти совпадающие с цифрами максимального минутного объема, во всяком случае с той лишь разницей, что цифры мертвого пространства не принимаются во внимание, зато преимущество последнего метода заключается в его простоте.

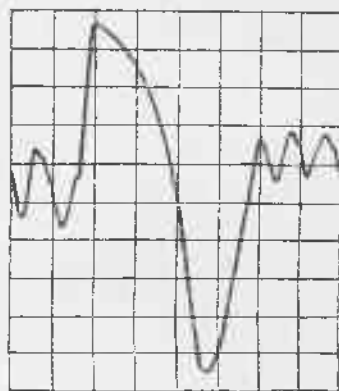
Нижеизложенное разъясняет некоторые полученные таким путем кривые. Крив. 3 представляет нормальную кривую дыхания. Крив. 4 представляет кривую больного с функциональной эмфиземой, снятую на второй день после поступления больного в клинику. Отчетливо видно, что отклонение от нормы заключается не в том, что дыхательные движения слишком малы, а в том, что для вдоха и в первую очередь для выдоха требуется гораздо больше времени.

Рис. 5 также представляет случай функциональной эмфиземы. Этот 65-летний больной ко времени исследования находился в очень плохом состоянии. С 60 лет он страдал астмой и был в течение многих лет неспособным. В обстановке лиственной аллеи он очень быстро поправился, так что спустя 4 дня после первой записи б-ой мог по собственному желанию свободно дышать, не очень быстро бегать, подниматься по лестнице и т. п. Он был совершенно способен исполнять свои служебные обязанности (служба в конторе). Правда, имелись еще явления со стороны функциональной эмфиземы, между прочим прослушива-

лись при аускультации еще довольно отчетливо сухие хрипы, но эти явления ему не мешали ни в какой степени. Кривая (№ 6) его дыхания в этом периоде показывает, что жизненная емкость легких осталась неизменной, более важным является сокращение времени дыхания с 15 до 8 сек. Совершенно аналогичной этому слу-



Крив. 3.

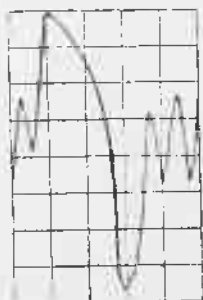


Крив. 4.

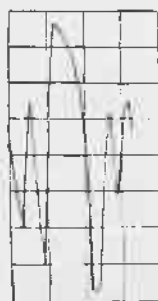
Крив. 3. Нормальная кривая дыхания. Время дыхания 5 сек. Жизненная емкость легких 4.392 кб. снт., объем дыхания 840 к. с., дополнительный воздух 1.719 кб. снт., запасный воздух 1.833 кб. снт..

Этот и следующие рисунки следует читать справа налево. Два деления на абсциссе равны 1 сек. Рычажок внизу—вдох, вверх—выдох.

Крив. 4. Кривая случая с функциональной эмфиземой. Жизненная емкость легких недостаточная, но время дыхания слишком большое. Время дыхания 21 сек. Жизненная емкость 3.476 кб. снт., объем дыхания 535 кб. снт., дополнительный воздух 1.872 к. с., запасный воздух 1.070 кб. снт.



Крив. 5.



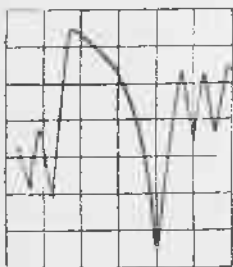
Крив. 6.

Крив. 5. Функциональная эмфизема. Время дыхания слишком большое. Жизненная емкость удовлетворительная. Время дыхания 15 сек., жизненная емкость 2.980 кб. снт., объем дыхания 955 кб. снт., дополнительный воздух 1.145 кб. снт., запасный воздух 879 к. с.

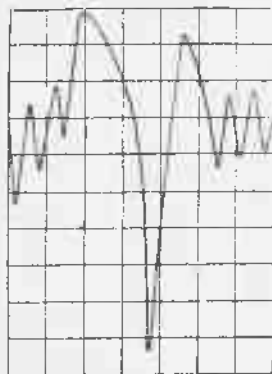
Крив. 6. Функциональная эмфизема. Тот же 6-ой, что и представленный на кр. 5, после 4-дневного пребывания в камере, лицевой аллергенов. Время дыхания значительно короче. Жизненная емкость приблизительно та же. Время дыхания 8 сек., жизненная емкость 2.827 кб. снт., объем дыхания 1.108 кб. снт., дополнительный

чаю является представленная нами кривая б-ого В. Во время первого исследования б-ой чувствовал себя очень плохо (крив. № 7), кривая № 8 получена спустя 8 дней. Также и у этого б-ого в течение короткого времени было достигнуто улучшение легочной вентиляции; время дыхания у него осталось таким же, но зато жизненная емкость легких увеличилась.

Таким образом, у первого больного улучшение заключалось в том, что он был в состоянии одинаковый объем воздуха потреблять в более короткое время; у второго же—оно заключалось в том, что он был в состоянии в одинаковый промежуток времени потреблять большее количество воздуха.



Крив. 7.



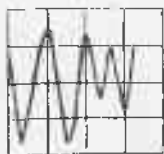
Крив. 8.

Крив. 7. Функциональная эмфизема. Время дыхания большое. Жизненная емкость незначительная. Время дыхания 15 сек., жизненная емкость 2.330 кб. снт., объем дыхания 688 кб. снт., дополнительный воздух 1.145 кб. снт., запасный воздух 497 к. с.

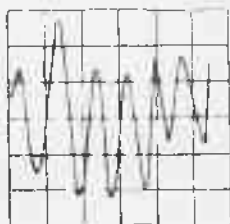
Крив. 8. Функциональная эмфизема. Тот же б-ой, что и представленный на кр. 7, спустя 8 дней. Время дыхания приблизительно то же. Жизненная емкость значительно увеличилась. Время дыхания 14 сек., жизненная емкость 3.514 кб. снт., объем дыхания 688 кб. снт., дополнительный воздух 986 кб. снт., запасный воздух 840 кб. снт.

Ценность полученных таким образом кривых заключается в том, что по ним можно непосредственно составить себе представление о причине субъективного ощущения больным чувства стеснения в груди. Уже давно известно и наши исследования это лишь раз подтверждают—, что одышка совершенно не должна идти параллельно с нарушением содержания CO_2 и O_2 в крови. Б-ой с функциональной эмфиземой испытывает беспокойство потому, что благодаря набуханию слизистых и сужению бронхиол воздухоносные пути оказываются суженными. Вследствие этого возникает раздражение, которое передается по нервным путям дыхательному центру и вызывает ощущение, которое субъективно воспринимается как ощущение недостатка воздуха, в то время как физические напряжения, которые обуславливают вдох и выдох, вызывают чувство одышки. Как только спазм воздухоносных путей прекращается, тотчас же исчезает и чувство стеснения в груди, хотя объем дыхания может еще оставаться незначительным. Лишь при очень большом препятствии к выделению CO_2 наступает, благодаря раздражению CO_2 , ощущение недостатка воздуха.

Необходимо еще раз отчетливо указать на то, что работоспособность больного зависит в первую очередь от субъективного чувства одышки и лишь во вторую очередь, особенно когда ему приходится производить тяжелую работу, оказывает свое влияние количественное содержание CO_2 и O_2 в крови. Таким образом происходит то, что больной с настоящей эмфиземой и очень плохим дыханием при известных обстоятельствах в состоянии выполнять легкую работу, в то время как 6-ой с функциональной эмфиземой при одинаковой или даже лучшей кривой дыхания может быть полным инвалидом. Кривые №№ 9 и 10 объясняют это более демонстративно.



Крив. 9.



Крив. 10.

Крив. 9. Настоящая эмфизема. Время дыхания нормальное. Жизненная емкость очень мала. Время дыхания 5 сек., жизненная емкость 1.337 куб. см., объем дыхания 688 куб. см., дополнительный воздух 420 куб. см., запасный воздух 229 куб. см.

Крив. 10. Функциональная эмфизема. Тот же 6-ой, что и представленный на кр. № 3. Время дыхания нормальное. Жизненная емкость очень мала. Время дыхания 5 сек., жизненная емкость 1.872 куб. см., объем дыхания 955 куб. см., дополнительный воздух 497 куб. см., запасный воздух 420 куб. см.

У тяжелого 57-летнего больного с настоящей эмфиземой (кр. № 9) во время исследования нельзя было обнаружить никаких симптомов функциональной эмфиземы (не было ни влажных, ни жужжащих и свистящих хрипов). При его жизненной емкости легких, равной 1.337 куб. см., он был в состоянии справиться со своей конторской работой; он ни в какой мере не страдал одышкой. При несколько более тяжелой мускульной работе у него, действительно, тотчас же появлялась одышка.

Рис. 10 представляет кривую дыхания 20-летнего молодого человека. Жизненная емкость легких составляет 1.872 куб. см. Имеется налицо функциональная эмфизема. Этот 6-ой во времени исследования, которое было предпринято вне острого приступа, был совершенно не работоспособен. После 10-дневного пребывания в камере, лишенной аллергенов, он дал кривую дыхания, которая изображена на рис. 3 в качестве примера кривой нормального дыхания: доказательство тому, что при первом исследовании имела место лишь функциональная, но не настоящая эмфизема.

Ни регистрирование дыхательных движений, ни определение максимального минутного объема легких сами по себе не дают исчерпывающего результата. Оба метода можно оспаривать, но все же они дают очень ценные данные, которые вместе с остальными результатами исследования, имеют огромное значение как для постановки диагноза и прогноза, так и для суждения о работоспособности больного.

Следует еще обратить внимание на то, что, по нашему наблюдению, запись дыхательных движений имеет то преимущество, что оно является методом исследования, который не зависит от активного участия или интеллекта больного; дело обстоит таким образом, что, по крайней

мере при первом исследовании, больной не знает, что с ним произойдет; таким образом, опасность симуляции очень незначительная. Так как б-ой не видит кривую, наносимую на кимографе, то ему очень трудно симулировать и, наоборот, его очень легко изобличить. Это может иметь особенное значение у больных, которые присылаются к нам для установления их работоспособности.

Выводы. Для того, чтобы иметь возможность составить себе правильное представление относительно затруднения дыхания при бронхиальной астме и его влияния на работоспособность больного, необходимо ввести понятие о функциональной эмфиземе. Под функциональной эмфиземой мы понимаем то обратимое состояние легких, которое длительно остается, после того как острые приступы одышки купируются введением адреналина. Это нарушение дыхания обуславливается сужением бронхов в результате набухания слизистой или судорожного состояния их мускулатуры. Функциональная эмфизема отличается от Volumentriphonie астматическим тем, что последний представляет собой острое явление, а от настоящей эмфиземы — своей способностью к быстрому обратному развитию. Этим же свойством функциональная эмфизема отличается также и от хронического бронхолита, не говоря уже о том, что бронхолит, как правило, не обнаруживает тех симптомов, которые характеризуют астму, напротив, как раз во время острого бронхита или бронхопневмонии одышка у астматиков может надолго значительно улучшиться.

В то время как острый приступ астмы большей частью купируется инъекцией адреналина и таким образом работоспособность часто мало нарушается, функциональная эмфизема, как длительное состояние, причиняет очень большой ущерб работоспособности хронических астматиков. Для того, чтобы можно было установить, какая часть в нарушении дыхания у хронического астматика зависит от функциональной эмфиземы, необходимо время от времени стараться выявить причину функциональной эмфиземы путем: 1) содержания больного в атмосфере, лишенной аллергенов, 2) регулирования диеты (в частности голодание), 3) неспецифической терапии (сера).

Объективная оценка величины нарушения дыхания, обусловленного функциональной эмфиземой, возможна путем записи дыхательных движений при помощи обыкновенного спирометра и определения максимальной минутной емкости дыхания. Обычное определение жизненной емкости легких недостаточно так же, как и недостаточно одно лишь определение альвеолярного напряжения CO_2 и O_2 .

Взаимоотношения между объективно определяемым расстройством дыхания и работоспособностью больного представляются в следующем виде: при нормальной кривой дыхания и максимальной минутной емкости не имеется никакой или имеется лишь незначительная функциональная эмфизема и поэтому нет также никакого заметного ограничения работоспособности. При неработоспособности, обусловленной функциональной эмфиземой, всегда находят изменения максимальной минутной емкости и кривой дыхания.

При ненормальной кривой дыхания и ненормальной максимальной минутной емкости способность к не особенно тяжелой работе может все же не быть потеряна, ибо работоспособность большей частью зависит от

субъективного ощущения одышки, а не обусловлена содержанием CO_2 и O_2 в альвеолярном воздухе и в крови. Если у больного с функциональной эмфиземой обнаружено изменение кривой дыхания и максимальной минутной емкости, то улучшение его состояния и его работоспособности будет выражаться в улучшении кривой дыхания и максимальной минутной емкости и наоборот. Такое же соответствие имеется также между работоспособностью и цифрами альвеолярного CO_2 и O_2 , так что в случаях, где альвеолярное CO_2 и O_2 изменено, дальнейшее определение содержания их служит хорошим опорным пунктом для оценки состояния больного. С другой стороны, даже при неработоспособности могут оказаться совершенно нормальными цифры CO_2 и O_2 .

При оценке степени инвалидности, которая обусловлена функциональной эмфиземой, определение кривой дыхания или максимальной минутной емкости является вспомогательным средством, которым мы не должны пренебрегать.

О сифилитических заболеваниях внутренних органов ¹⁾.

Проф. Р. А. Лурья.

Уже одно то, что я имею высокую честь выступать здесь, в стариннейшем очаге медицинской науки, в Утрехте, в Вашем высокоуважаемом Обществе по вопросу о сифилитических заболеваниях внутренних органов, свидетельствует о большом интересе и значительной актуальности проблемы висцерального сифилиса. Три хронические инфекции являются причиной большого ряда поражений внутренних органов—туберкулез, малярия и сифилис—и из них действительно особенного внимания заслуживает сифилис, так как именно о нем врач чаще всего забывает, а между тем во время распознавать сифилитическое заболевание внутренних органов означает передко не только спасти больного, но также испытать и величайшее наслаждение врачебного творчества и радость выполнения высокого долга врача.

Большой интерес к висцеральному сифилису совпал с эпохой, когда в цивилизованных странах несомненно уменьшается общее число сифилитических заболеваний и резко изменялись как клиническая картина сифилиса, так и господствующие взгляды на методы лечения его. По данным Jadassohn'a в 1925 году свежий сифилис уменьшился на 75—80% в Бельгии, Швеции и Голландии, на 60% в Финляндии, на 40—50%—в Англии, на 30%—в Чехословакии и в Венгрии и т. д. В нашей стране—в Советском Союзе—уже вскоре после Революции Народным Комиссариатом Здравоохранения стала проводиться очень широкая борьба с венерическими болезнями. Вендиспансеры даже в самых глухих местах Союза; широкая и совершенно бесплатная лечебная помощь венерическим больным; огромная санитарно-просветительная работа, проникающая глубоко в самую гущу населения и ведущаяся на сотне языков среди многочисленных национальностей Союза; повсе законодательство, обязывающее заболевшего лечиться и заставляющее при вступле-

¹⁾ Доклад, сделанный 19 октября 1929 года в Утрехте (Голландия) в Нидерландском обществе патологов.

нии в брак заявлять о своей бывшей венерической болезни; судебная ответственность за заведомое заражение венерической болезнью другого лица — вот важнейшие меры общественной профилактики, которые привели к уменьшению сифилиса в нашем Союзе. По В. М. Броннеру в городах в 1913 г. на 10 тыс. населения насчитывалось 180,37 больных сифилисом, в 1926 году — 120,32. За три года по данным 43 городских диспансеров число заразных форм сифилиса с 26,3 упало до 18,57 на 10 т. населения. В Москве в 1913 году насчитывалось 1 259 случаев первичного сифилиса, в 1926 году при *вдвое увеличившемся* населении было только 1.116 случаев. В Ленинграде на 10 т. населения в 1913 г. было 170 сл. свежего сифилиса, в 1927 году только 67 случаев. В армии в 1913 г. на 1.000 солдат 12,8 сл. свежего сифилиса, в 1928 году — 6,6. Если так благополучно обстоит дело в городах, то мы не можем еще особенно позавальваться положением вещей в деревне; так в 1913 г. на 10 т. населения на селе мы имели 53,72, в 1925 г. — 57,32 и 1926 г. — 56,85 случаев сифилиса.

Если констатируется уменьшение заболеваемости сифилисом в цивилизованных странах, то трудно, конечно, сказать, насколько это касается колонизальных стран и едва ли в отношении этих отсталых народов мы можем быть настроены особенно оптимистически. Поэтому уменьшение заболеваемости сифилисом ни в каком случае не лишает висцеральный сифилис того интереса, который он возбуждает за последние годы во всех странах.

Анкета, проведенная среди 120 выдающихся сифилидологов в Германии, считает недоказанным, что энергичное и раннее лечение сифилиса сальварсаном увеличило число аортитов и относит это увеличение за счет лучшей диагностики и большего внимания, обращаемого на заболевание сосудистой системы у сифилитиков. Как бы то ни было, со всех сторон отмечается, что сифилис изменил свою физиономию и что, если в глухой советской деревне, в тропических странах и в колониях врачи видят еще много сифилиса кожи, слизистых оболочек и костей в тяжелых и безобразных его формах, то в цивилизованной Европе сифилис ведет себя значительно приличнее, редко поражает кожу и скрывается иногда очень глубоко в нервной системе и во внутренних органах (Finger). Я разрешу себе не останавливаться на весьма сложном и очень спорном вопросе о причинах этого изменения клинической физиономии сифилиса, которое подчеркивают крупнейшие сифилидологи всех стран, не буду говорить о значении защитных свойств кожи для иммунизации внутренних органов от заболевания сифилисом, о так называемой Esophylaxie Hoffmann'a, не стану разбирать вопроса о том, можно или нельзя обвинять сальварсан и вообще слишком раннее и энергичное лечение в том, что сифилис стал не кожной, а нервной и внутренней болезнью. Все это завело нас слишком далеко за пределы намеченной темы. Я ограничусь только указанием, что, несмотря на уменьшение свежих заболеваний сифилисом, именно то обстоятельство, что он принял более приличный вид: стал болезнью скрытой внутри организма, и заставляет терапевтов особенно фиксировать свое внимание на клинике висцерального сифилиса.

Что это практически необходимо, — говорят уже старые статистические данные Leredde (цит. по Hausteiny). Учитывая влияние сифи-

лиса на смертность населения, Leredde приводит парижскую статистику, где на 45.814 случаев—3.414 раз, т. е. в 7%, сифилис был причиной смерти вследствие заболевания внутренних органов, причем он был отмечен в $\frac{3}{4}$ случаев смерти от *angina pectoris*, в половине случаев от сосудистых заболеваний, в $\frac{1}{3}$ случаев от органических болезней сердца, в $\frac{1}{5}$ части смерть последовала от хронического нефрита и цирроза печени. Ваует для Брюсселя дает 11% смертности населения от висцерального сифилиса. Не меньший интерес представляет статистика средней продолжительности жизни у сифилитиков в сравнении с несифилитиками по данным страховых обществ. Так, статистика *Gothaer Lebensversicherungsgesellschaft* на основании материала за 44 года дает смертность у сифилитиков на 68% больше, чем у несифилитиков. По данным американских страховых обществ смертность среди застрахованных больных сифилисом по меньшей мере на 50% больше, чем у не инфицированных. Эгих фактов совершенно достаточно для того, чтобы объяснить себе практический интерес, который представляют для врача заболевания сифилисом внутренних органов.

Но и с чисто клинической точки зрения необходимо сосредоточить внимание на этой главе внутренней патологии. Атипичность проявлений висцерального сифилиса до сих пор является главной причиной бесчисленной казуистики, все чаще и чаще появляющейся в литературе всех стран и всех специальностей; самое опубликование этой необозримой казуистики заболевания сифилисом самых различных органов является, ведь, ярким выражением прочно установившихся представлений о том, что висцеральный сифилис—игра природы, своего рода курьез, всегда достойный казуистического описания. Для таких взглядов на висцеральный сифилис имеются причины двух категорий. Первая из них исторического характера. Хотя висцеральный, и особенно врожденный сифилис, были хорошо известны уже врачам XV и XVI столетий (*Tosella, Vella, Cataneus*), а в XVII веке *Ulrich von Hutten* и *Paracelsus* описывали поражения внутренних органов сифилисом, но авторитет *Hunter'a* в XVIII веке был настолько велик, что учение его о том, что сифилис является исключительно кожным заболеванием и не может поражать внутренних органов, безапелляционно господствовало до середины XIX века, до времен *Andral'a, Ricord'a* и *Fournier*. Но любопытнее всего то, что даже в течение последних 40 лет, когда было создано стройное учение о сифилисе нервной системы, висцеральный *lues* все еще остается в стадии собирания клинического материала, и только за самое последнее время этот исключительно богатый и интересный материал начинают систематизировать по отдельным органам и их системам (*H. Schlesinger, Grenet-Leven-Pelissier, Плетнев, Лурья* и др.). Поэтому исторически сложившееся убеждение о редкости висцерального сифилиса еще прочно у врачей, но значительно прочнее у населения.

Вторая причина некоторого пренебрежения к этой главе внутренней патологии чисто академического характера. Это—расхождение между наблюдениями клиники и патолого-анатомическими данными. В то время, как клинические наблюдения над висцеральным сифилисом увеличиваются с каждым днем во всех странах, патолого-анатомический материал в этом отношении очень скуден, и в патолого-анатомических институтах до сих

пор показывают препараты внутренних органов, пораженных lues'ом, как своего рода курьезы и уникамы. И позволю себе продемонстрировать ряд препаратов, полученных на вскрытиях больных в клиниках Института для усовершенствования врачей в Казанского университета²⁾. (Демонстрация 20 препаратов).

Чему учат нас эти анатомические препараты? Вы видите, что при всем большом интересе, который представляют они, дело идет здесь уже об очень грубых, часто совершенно неисправимых анатомических изменениях органов—о гуммозных и склеротических процессах. Это пятый и последний акт трагедии сифилитика, судьба которого именно потому и трагична, что за небольшими исключениями диагностики в этих случаях были поставлены только на патолого-анатомическом столе, а если и при жизни, то во всяком случае слишком поздно, т. е. тогда, когда были найдены уже не столько сифилитические, сколько необратимые постесифилитические изменения в органах. И в этом основная причина значительного расхождения тех ножиц, на одной ветви которых находятся анатомические, а на другой—клинические факты. И нетрудно предсказать, что чем раньше и точнее мы будем распознавать висцеральный сифилис, чем раньше и лучше будем лечить его, тем расхождение этих ножиц будет все больше и больше увеличиваться. Вот почему я не могу разделить взглядов тех авторов, которых необходимая и строгая критика казуистического материала приводит к требованию патолого-анатомических доказательств каждого случая висцерального сифилиса. Это требование почти равносильно полному отрицанию возможности прижизненного распознавания висцерального lues'a и ограничивает диагноз его только весьма узким кругом грубо анатомических изменений органов. С точки зрения современного патофизиологического мышления мы не можем идти по этому пути и должны поставить кроме *анатомической* еще *функциональную проблему* висцерального сифилиса, *проблему поведения органов* при сифилитической инфекции. Вот почему на патолого-анатомические находки и на препараты, полученные при резекции больных сифилисом органов, мы должны смотреть, как на важное доказательство того, что сифилитическая инфекция может поразить и поражает все органы и системы человеческого тела, но статистические данные из этих анатомических фактов мы должны все же учитывать весьма условно. Вот почему учение о висцеральном сифилисе нельзя строить только на базе патолого-анатомического материала.

Такое представление о висцеральном сифилисе совершенно соответствует и данным экспериментального изучения сифилитической инфекции, как хронической спирохетемии, и современному учению об иммунитете при сифилисе, потому что сифилис как *morbis totius substantiae* поражает не только кожу и не главным образом кожу, но стягивает в процесс все внутренние органы и в первую очередь сосудистую систему их, где периваскулярно очень рано локализируется трипонэма. Не останавливаясь на этих данных, разрабатываемых экспериментально патологами и сифилидологами, обратимся к нашему ежедневному клиническому опыту

²⁾ Пользуюсь случаем выразить свою признательность проф. Н. П. Васильеву за любезное разрешение пользоваться материалом Патолого-анатомического института Университета.

и посмотрим, что он говорит о значении висцерального сифилиса в клинике внутренних болезней. В высшей степени трудно сказать, какова частота висцерального сифилиса в отношении несифилитических заболеваний внутренних органов; это трудно потому, что частота положительной реакции Wassermann'a не совпадает с частотой поражения внутренних органов сифилисом, трудно и потому, что самое распознавание висцерального сифилиса далеко не всегда удается и, наконец, потому, что разные клиники неодинаково имеют в перспективе *lues*, особенно в далеком прошлом больных или их родителей. На 4.200 больных Schgmprf дает 414 случаев поражения сифилисом внутренних органов и нервной системы. Redlich и Steiner на 3.000 больных III отделения внутренних болезней Венской Allgemeiner Krankenhaus видели в 13,3% сифилис, причем у этих больных положительная RW была 10,23%, а в 27% была обнаружена положительная RW без клинических проявлений сифилиса. Я располагаю материалом в 280 случаев висцерального сифилиса, но не считаю возможным точно установить %о-ое отношение его ко всем больным моей клиники, так как в разные годы производился различный отбор больных клиники и диагноз висцерального сифилиса не всегда ставился у лиц с положительной RW и, наоборот, часто ставился, несмотря на отсутствие этой реакции. Вне всякого сомнения это количество больных не отражает всего материала клиники по висцеральному *lues*у, а за последние годы, когда мы стали больше думать о сифилитической этиологии неясных случаев и применили результаты нашего опыта в распознавании его, количество случаев висцерального сифилиса стало заметно больше.

Уже патолого-анатомические препараты, которые мы видели здесь, свидетельствуют о том, что все внутренние органы могут поражаться сифилисом, однако и наш клинический материал полностью подтверждает единодушное мнение всех занимавшихся систематизацией казуистики висцерального *lues*'а, что различные системы и органы не одинаково часто заболевают сифилисом. Если не говорить о поражениях нервной системы, которые в нашей стране редко попадают в клинику внутренних болезней, то на первом плане стоит также и у нас болезни органов кровообращения, главным образом сосудов, следующее место занимает печень. Мы видели поражения и самых различных других органов, но в значительно меньшем числе, видели ряд эндокринных заболеваний и болезней обмена веществ, где можно было только предположительно говорить о локализации сифилитического заболевания, видели, наконец, случаи сифилитической лихорадки, где не могли вообще прийти к заключению о локализации висцерального сифилиса. Эти наши данные совпадают полностью с статистикой других авторов, расходящихся между собой только в том отношении, что, ставя на первое место поражения кардиоваскулярной системы и на второе заболевание печени, они приводят совершенно различный, хотя всегда небольшой процент для заболевания сифилисом остальных органов. Так, например, Schgmprf вовсе не видел заболевания желудка и кишок среди своего материала висцерального сифилиса.

Соответствует ли это истинному положению вещей в организме больного человека? Несомненно, да, если иметь в виду исключительно грубые патолого-анатомические изменения и *поздний* висцеральный си-

сифилис, так как о нем только, — о гуммозных и склерогуммозных формах сифилиса главным образом, — идет до сих пор речь и в клинике внутренних болезней и конечно на секционном столе. Но и с этим ограничением необходимо осторожнее отнестись к статистике локализации висцерального сифилиса в различных органах. Когда идет речь о висцеральном lues e, внимание врача всегда фиксируется на органе, наиболее измененном (аортит, аневризма аорты, гумма печени, гумма желудка), и статистически учитываются господствующие изменения. Между тем несомненный факт, имеющий чрезвычайную важность для клиники и особенно для диагноза висцерального сифилиса, это большее или меньшее, но одновременное поражение различных систем и органов, комбинированное заболевание их сифилисом, его плюривисцеральность. Уже a priori, учитывая результаты экспериментального сифилиса как генерализированной спирохетемии, развивающейся вскоре после прививки животному virus a, особенно в случаях „немой“ инфекции, можно говорить о сифилисе, как о болезни totius substantiae. Однако не менее убедительно свидетельствуют об этом и патолого-анатомические данные. Любопытно, например, что Chiari, отмечая большую редкость чисто сифилитических заболеваний желудка, указывает на особую частоту других поражений его, зависящую у сифилитиков от сосудистых расстройств специфического, однако, происхождения в других органах и кровоизлияний, как выражения частоты при сифилисе геморрагического диатеза. Т. о. Chiari подчеркивает влияние сифилиса на желудок и тогда, когда он сам не поражен сифилисом — sensu strictiori. С другой стороны, в литературе висцерального сифилиса имеются бесчисленные примеры множественного поражения органов сифилитической инфекцией. Так, Nonné на вскрытиях больных tabes dorsalis все чаще и чаще отмечает аортиты, гуммы печени, орхиты и т. е.

Клинические наблюдения дают особенно убедительные данные о плюривисцеральности сифилиса. Мы все хорошо знаем, как часто сочетаются сифилитические заболевания аорты с neuroluetom и tabes dorsalis. Многочисленные статистические исследования в этом направлении (Frisch, Kessler, Alzheimer, Straub, Попов и др.) показали, что по меньшей мере в $\frac{1}{3}$ случаев neuroluetom и в $\frac{1}{2}$ случаев tabes dorsalis имеется одновременное сифилитическое поражение аорты. По Плетневу в 40% сифилиса сердечно-сосудистой системы имеются поражения сифилисом и других органов. На нашем материале мы в 48 случаях сифилитического заболевания сердца и сосудов выделили 26 раз поражение нервной системы, в 21 сл. комбинированное заболевание аорты и печени, в 3-х сл. — комбинированное заболевание аорты и эндокринного аппарата и в 3-х — одновременное поражение аорты и почек. Я не говорю уже об одновременном поражении аорты, печени и нервной системы или аорты, нервной системы и почек. Еще чаще мы имели комбинацию различных форм висцерального сифилиса с симптомами со стороны зрачков, на чем я подробнее остановлюсь ниже. И совершенно прав Плетнев, когда говорит, что локализованные сифилитические изменения органов в позднем периоде останутся, но количество таких моновисцеральных поражений будет уменьшаться, давая дорогу плюри-висцеральным. Во всяком случае и данные экспериментального сифилиса, и патолого-анатомические исследования, и клинические наблюдения приводят нас к заключению, что висцеральный lues надо считать плюри-

висцеральным заболеванием, почему статистика заболеваний отдельных органов и систем может иметь только условное значение. Schrumpf статистику которого о заболеваемости различных органов сифилисом мы привели выше, сам настоятельно подчеркивает частоту множественных локализаций висцерального сифилиса и особенно сочетание аортита с поражением других органов сифилисом.

Эта *плюривисцеральность* сифилитических поражений внутренних органов становятся еще более очевидной, если принимать во внимание не только грубо анатомические, но и функциональные изменения при сифилитической инфекции. Мы имеем многочисленные факты, говорящие за наличие сифилитических поражений внутренних органов в *ранние* периоды инфекции. Случаи миллиарных гумм печени во вторичной стадии сифилиса (Hausmann), сифилитических эрозий желудка, своего рода висцеральной розеола (Will), наличие специфических высыпаний на слизистой бронхов при бронхоскопии (Meuer) свидетельствуют о морфологических изменениях органов во вторичной стадии сифилиса. Субъективные изменения со стороны сердца и сосудов (Grossmann, Amelung-Sternberg), icterus syphiliticus praecox (Ricord, Chauffard, Fournier, I. Neumann и др.), бронхиты во время вторичной розеола, плевриты сухие и жидкие (Lancereaux, Talamon, H. Schlesinger и др.), альбуминурия и острый сифилитический нефрит (Dieulafoy, Munk и др.) с достаточной ясностью говорят, что висцеральный сифилис, понимаемый и описываемый до сих пор как грубое анатомическое изменение органа, свойственное гумозным и склеротическим процессам, далеко не исчерпывает всей клинической картины сифилиса внутренних органов. Поздние сифилитические поражения этих органов составляют только последние акты длинной трагедии больного, и надо полагать, что если патолого-анатомы получают препараты только небольшой части случаев висцерального сифилиса, то описываемые так часто *поздние* формы висцерального сифилиса тоже далеко не соответствующую частоте поражения внутренних органов течение сифилитической инфекции.

Поэтому-то с точки зрения современного функционально-патологического мышления и своевременно поставить проблему о *поведении* внутренних органов под влиянием сифилитической инфекции. Ярким примером этого может служить исследование секреторной деятельности желудка в ранние стадии сифилитической инфекции. Наблюдения Neugebauer's, Kleissel's, Плавинского и наши собственные исследования единодушно показывают, что при сифилисе секреторная деятельность желудка изменяется уже в самые ранние стадии болезни. Neugebauer исследовал толстым зондом 200 сифилитиков во вторичном периоде и нашел в 62% пониженную кислотность; Kleissel на сравнительно небольшом материале изучал сифилитические гастриты вторичного периода и кроме понижения секреции нашел при этом алиментарную галактозурю, соответствующую функциональным поражениям печени в эти ранние периоды инфекции. Исследуя 100 сифилитиков без всяких особых жалоб со стороны желудка нашим *комбинированным* методом исследования, т. е. тонким зондом с применением хромоскопии, мы нашли в 56% пониженную кислотность и в 17% acaciditas и только в 19% у этих больных neutralrot выделялся нормально, т. е. раньше 20'. Но что всего более любопытно, после специфического лечения в 5 случаях ахилии появилась свободная HCl и

neutralrot, не выделявшийся ранее, стал выделяться в одном случае даже раньше нормы. через 12', т. е. вместо anaciditas мы получили hyperaciditas. Особенно замечателен случай, где мы имели возможность наблюдать секрецию у больного незадолго до поражения сифилисом, в первые недели после инфекции и после первого проделанного им курса специфического лечения, и видели, как резко понизилась секреция желудка во время инфекции и как восстановилась она после лечения (демонстрация кривой).

Оставляя здесь в стороне вопрос о том, имеем ли мы в ранний период сифилитической инфекции токсемический гастрит, или изменение секреции желудка происходит под влиянием ранних заболеваний вегетативной нервной системы, я на этом ярком примере хочу только показать, что, изучая в клинике проблему висцерального сифилиса, мы не должны довольствоваться грубыми анатомическими изменениями органов, а сделать попытку подметить изменение поведения органа, его функциональной деятельности в течение всей сифилитической инфекции. Конечно, мы далеки еще от того, чтобы улавливать эти тончайшие изменения функции органов под влиянием хронической инфекции,

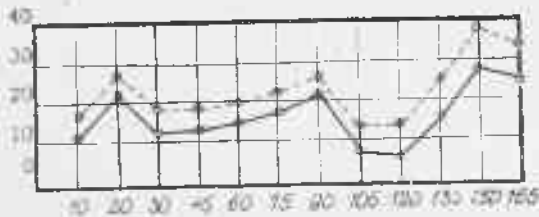


Рис. 2. Кривая секреции желудка у того же больного В. в первые недели после инфекции сифилисом; neutralrot выделялся через 14'.

но именно в этом направлении должно идти создание учения о висцеральном сифилисе. Эта работа тем более плодотворна и благодарна, что она вследствие обратимости процесса, как учат наши наблюдения над изменением секреции желудка, может дать представление о состоянии органа под влиянием терапии и послужить указанием для разработки более рациональных методов лечения сифилиса. Ведь до сих пор мы говорили о рецидивах, имея в виду только проявления сифилиса на коже, слизистых оболочках и костях или в нервной системе и оставляли почти совсем без внимания рецидивы lues'a во внутренних органах.

Проблема поведения внутренних органов при висцеральном сифилисе ведет нас также к новой оценке клинической картины его. Мы хорошо знаем, что уже в ранних стадиях сифилиса имеются морфологические изменения щитовидной железы (Reimers, Полтавцев и др.), гипоплазия, надпочечников; с другой стороны, в вегетативной системе как в ее ганглиозной части, так и в стволах n. vagi и n. sympathici уже в ранних

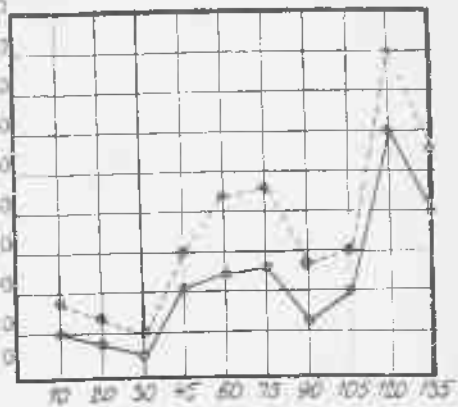


Рис. 1. Кривая секреции желудка у больного В. незадолго до заражения его сифилисом.—общая кислотность,..... свободная HCl.

стадиях инфекции найдены весьма значительные морфологические изменения (Могильницкий). Таким образом два важнейшие, тесно связанные между собою аппарата—эндокринный и вегетативный, руководящие функцией органов, изменяются уже в ранние стадии инфекции, а, следовательно, мы должны уже рано ожидать изменения поведения самых различных органов и их систем. Вот почему следует в клинике

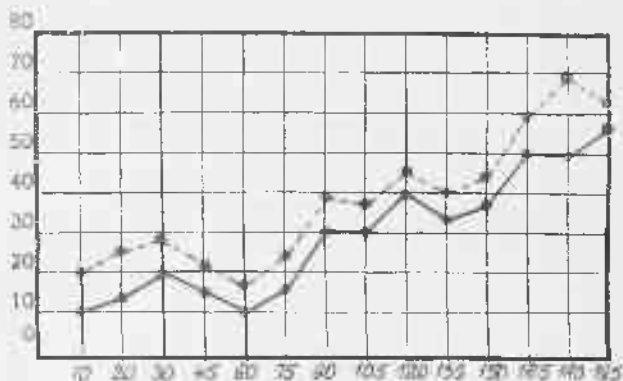


Рис. 3. Кривая секреции желудка у того же больного В. через 6 недель после специфического лечения; neutralrot выделялся через 10'. (Собственные наблюдения)

висцерального сифилиса отличать не только ранние гумозные и метасифилитические—склеротические формы, как это делают обыкновенно до сих пор, но в высшей степени практично и целесообразно рассматривать *сифилитические* и *сифилогенные* заболевания, относя к первым заболевание самого органа с морфологическими специфическими для сифилиса изменениями его—*syphilis sensu strictiori*, а ко вторым те функциональные патологические процессы, которые происходят либо под влиянием сифилитической токсемии, либо меняют поведение органа вследствие сифилитического заболевания другой отдаленной системы, например, эндокринной или нервной (центральной, периферической или вегетативной). Такое представление о *сифилитических* и *сифилогенных* заболеваниях



Рис. 4. Больная К. Lucs III. Секреция желудка до лечения, neutralrot не выделялся.

дало мне возможность, систематизируя свои личные наблюдения и богатый литературный материал, дать совершенно новую классификацию Gastro-lues'a и обратить внимание на практически особенно важные нейролюэтические формы его, мало еще знакомые врачам. (Подробно о Gastro-lues'e см. Р. А. Лурья—Сифилис и желудок, Москва, 1928 г. Госмедиздат и „Syphilitische und Syphilogene Magenerkrankungen“. Berlin, 1929. Verl. Karger).

Такое представление объясняет нам, например, почему у нашей больной К. с сифилитическим поражением печени и 8-месячной жел-

тухой полная ахалия с отсутствием выделения нейтральнотга исчезли под влиянием специфической терапии, уступив место гиперацидному типу секреции с быстрым выделением neutralrot'a. В моей клинике был случай многомесячной метроррагии у больной А., не поддававшейся абсолютно никакой самой энергичной местной терапии до выпаривания матки включительно; у больной была обнаружена резко увеличенная печень и селезенка: подозрение на лейкомию не нашло подтверждения. Специфическое лечение немедленно прекратило маточное кровотечение, которое больше не возобновлялось; RW стала во время лечения резко положительной.

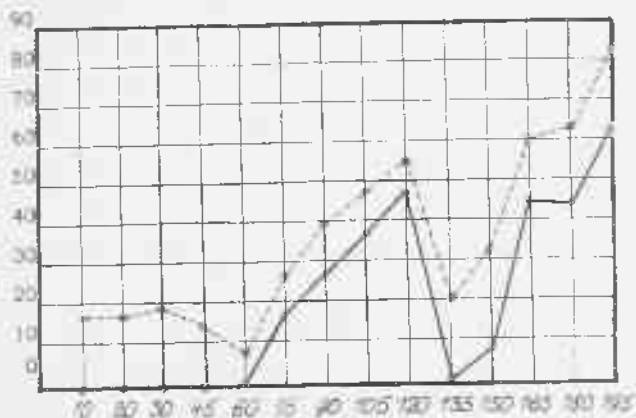


Рис. 5. Секреция желудка у той же больной С. после специфического лечения, neutralrot выделялся через 10'.

Едва ли многочисленные опытные гинекологи, у которых больная лечилась, просмотрели грубые морфологические изменения матки, и результат терапии говорит за сифилогенное заболевание полового аппарата, механизм которого остается неясным. У другой больной П. течение 17 месяцев наблюдалась лихорадка гектического типа, 8 месяцев больная лежала в клинике и мы тщетно ломали себе голову над причиной этой лихорадки, приведшей больную к последней степени истощения, больная категорически отрицала lues, но 2—3-х инъекций сальварсана было достаточно для того, чтобы купировать эту сифилитическую лихорадку. Мы не имеем основания говорить об анатомических изменениях какого-либо органа и считаем это случаем сифилогенного заболевания, может быть под влиянием процесса в терморегулирующих центрах промежуточного мозга. Больная впоследствии созналась, что лечилась в нервной клинике Института под другой фамилией от нейролуса.

Я мог бы привести еще целый большой ряд случаев из моего богатого материала висцерального сифилиса, иллюстрирующих необходимость различать в клинике сифилитические и сифилогенные заболевания и полагаю, что именно последние имеют большое практическое значение, так как они развиваются гораздо раньше и встречаются значительно чаще, чем гумозные и склеротические поздние поражения органов. Внимательное исследование внутренних органов методами современной функциональной диагностики в свежих случаях сифилиса откроет эти заболевания,

знания которых существенно важно и для профилактики поздних, уже необратимых форм висцерального сифилиса.

Я не могу, конечно, останавливаться на многочисленных комбинациях заболеваний различных органов, которые мне приходится тем чаще видеть, чем больше я и мои сотрудники думаем о возможности висцерального сифилиса; это будет сделано нами в другом месте, и я хотел бы только заострить здесь вопрос о распознавании висцерального сифилиса и основных линиях диагностики его. „In dubio suspice luen“—говорили старые врачи; „la verolle vieillie a la mine honnête“—учил Ricord, и „Die Syphilis ist der Affe unter den Krankheiten“—считает Siegmund. Все эти старые афоризмы полностью соответствуют и в настоящее время положению вещей в клинике висцерального сифилиса. Терапевты нередко приглашаются к больным со свежим сифилисом и во время вторичной его стадии. Вниманье больного всецело занято его несчастьем, выражающемся в твердом шанкре или в сыпи, в лимфадените, и боязнью видимых проявлений сифилиса. Сифилис все еще считается кожной болезнью и лечится дерматологами, обычно мало интересующимися тем, что делается дальше: кожи, ее придатков и видимых слизистых оболочек. До сих пор, например, при исследовании сифилитика во второй стадии внимательно исследуют рот и слизистую оболочку ani и ищут, нет-ли там папул и других высыпаний, но совершенно забывают о длинном пути между входными и выходными воротами пищеварительного аппарата. А то, что мы можем найти в этот период в органах пищеварения, так легко считается вульгарным заболеванием органов пищеварения.

И в более поздние периоды болезни именно *атипичность* висцеральных лютетических заболеваний создала афоризмы старых врачей, делая картину болезни *dubium* и симуляция висцеральным сифилисом целого ряда заболеваний стяжала ему славу обезьяны среди болезней. Поэтому совершенно прав Finger, говоря, что многочисленные диагностические ошибки происходят не от того, что не знают сифилиса, а от того, что о нем не думают. (Zahlreiche diagnostische Irrthümer sind nicht dadurch bedingt, dass man die Syphilis nicht erkannt, sondern dadurch, dass man nicht an dieselbe gedacht hat). И в самом деле, подумать о возможности висцерального сифилиса у больного значит в целом ряде случаев решить и блестяще разрешать трудную диагностическую задачу.

Какие же имеются основные точки опоры для диагноза висцерального сифилиса, кроме атипичности клинической картины? Мы переживаем эпоху стремления к точной лабораторной постановке диагноза болезни, и молодые поколения врачей, по крайней мере у нас,—находятся часто всецело во власти этой методики клинического диагноза. Конечно, наиболее доказательным и для диагноза висцерального сифилиса является нахождение в тканях больного органа бледной спирохеты. Но требование это имеет силу только для того, чтобы подтвердить вообще возможность наличия сифилитических поражений данного органа. Насколько мне известно, спирохету удалось, напр., при приобретенном сифилисе желудка у взрослых видеть только пять раз, и, разумеется, если предлагали только в таких случаях ставить несомненный диагноз, то здоровый скептицизм переходит здесь в отрицание клинических фактов. Ведь мы с большим успехом диагностируем туберкулез брюшины или почек и даже легких не имея в руках В. Kochi или малярию без наличия

в периферической крови плазмодий. Наконец, требование найти спирохету в органе относится ведь только к случаям, где пришлось хирургически вмешаться в течение висцерального сифилиса, а такие случаи представляют ничтожное меньшинство висцерального сифилиса.

В отношении RW я могу быть кратким и не ссылаться на статистические данные, а, резюмируя необъятную литературу висцерального *lues'a* и собственный опыт, могу формулировать свое отношение к ней следующим образом. Наличие RW не обозначает еще, что данное заболевание является сифилитическим поражением внутренних органов; не говоря уже о малярии, дающей, по моим данным, не менее, чем в 30% положительную RW, сифилитическая инфекция больного не исключает, конечно, наличия у него бацальных заболеваний и здесь часто встречаются эти „гибридные“ формы. Еще меньшее значение имеет отрицательная RW; так же, как и другим авторам, мне пришлось не раз видеть появление положительной RW только уже в течение специфического лечения, когда диагноз висцерального *lues'a* ставился по совершенно другим основаниям. Наконец, в этом отношении одинаково интересны наблюдения Pick'a, где были представлены два препарата резецированных сифилитических язв желудка и тонкой кишки при отрицательной RW в случай Wile-Warthin'a, где в вырезанных кусочках желудка были обнаружены спирохеты, а RW получилась отрицательная. Это, конечно, ни в какой мере не умаляет огромной важности для диагноза RW, особенно, если кроме крови исследовать ее в *liquor'e*, где при висцеральном сифилисе она бывает положительной значительно чаще, чем в крови. RW дает основание думать о висцеральном сифилисе и подтверждает его диагноз, поставленный на основании других данных, но сама по себе диагноза висцерального сифилиса еще не решает.

Примерно также обстоит дело с анамнезом у больных с висцеральным сифилисом. В целом большом ряде случаев, особенно у женщин, мы видели висцеральный сифилис при совершенно добросовестном отрицании инфекции; ведь еще Fournier говорил о 50% *syphilis ignoré* у своих больных, Marschalko говорит о 57,4% женщин, не знавших о своем сифилисе. Учение о „немой“ инфекции и умножающиеся наблюдения о случаях несомненного сифилиса без определенной локализации первичного инфекта или с очень незначительной и нетипичной для шанкра эссадной дают отличное теоретическое обоснование этого факта. Разумеется, анамнез имеет еще более условное значение при *syphilis hereditaria tarda*. Вот почему для диагноза висцерального сифилиса огромное значение имели *residua* его на коже, слизистых оболочках и костях — характерные рубцы и периоститы.

Но именно изменение всей клинической картины сифилиса за последние два десятилетия как нельзя лучше подтверждается на факте почти полного исчезновения внешних кожных признаков его у цивилизованных народов. И если Finger говорит, что сифилис перестал быть кожной болезнью *par excellence*, то это имеет величайшее значение для диагноза висцеральных форм сифилиса. Ведь целый большой ряд поколений врачей со времен Hunter'a воспитан на идее сифилиса, как кожной болезни, и тысячи случаев висцерального сифилиса не были своевременно распознаны только потому, что кожа, слизистые оболочки и кости не давали оснований подумать о сифилисе. Если анкета немецких

сифиллологов подчеркивает, что учение об эзофилаксии кожи является только теоретической предпосылкой для объяснения изменившейся клинической картины сифилиса, то все же неоспоримым является факт, что клиническая картина инфекции изменилась и что остатки внешних кожных проявлений сифилиса в клинике стали встречаться все реже и реже при несомненном наличии висцеральных поражений.

Диагноз висцерального сифилиса должен базироваться на критическом изучении всей клинической картины. Мы не должны искать типичных, патогномонических симптомов сифилиса внутренних органов и, повторяем, наиболее типичным для висцеральных проявлений сифилиса является именно *атипичность* клинической картины его. Диссоциация симптомов болезни, значительное расхождение их между собою, нехарактерное для обычных заболеваний, расхождение клинических, рентгенологических и лабораторных данных,—должно всегда возбуждать наше сомнение в сторону висцерального сифилиса, как я неоднократно убеждался на своем материале. Клиническая картина *ulcus duodeni* при полной ахилии; *tumor* того или другого органа брюшной полости при неожиданно хорошем аппетите и отсутствии исхудания; частые профузные желудочные кровотечения при хорошем общем состоянии; явления изъязвления желудка при рентгеновской картине опухоли его; немотивированные огромные колебания количества белка в моче, независимые от диеты при нефрозе, низкое кровяное давление при артериосклерозе или сморщенной почке, полная рефрактерность случая сахарного диабета к инсулину; прекрасная выносливость больного желудка в отношении острых препаратов—вот несколько ярких примеров, приходящих мне на память из моего материала, когда я вспоминаю картину висцерального сифилиса. Их бесконечно много в литературе.

Кроме атипичной картины болезни и течения ее значительным подспорьем для диагноза висцерального сифилиса является его *платри-висцеральность*, на чем я уже подробно именно поэтому и останавливался выше в почему в каждом подозрительном случае мы должны тщательно искать проявлений или следов перенесенного сифилиса в других внутренних органах и особенно в нервной системе. Это правило, как всякое другое клиническое правило, не имеет, конечно, силы абсолюта. Но насколько важно изучение больного под таким именно углом зрения, показывают мои наблюдения о зрачковом синдроме при висцеральном сифилисе. Мы все хорошо знаем, как часто сочетается висцеральный сифилис с прогрессирующим параличом, *tabes dorsalis* и нейролюэсом, когда явления со стороны зрачков бросаются в глаза врачу уже при первой встрече с больным и рождают вопрос о метасифилисе нервной системы. Но в целом ряде случаев я видел совершенно *изолированные* симптомы со стороны зрачков без поражений центральной нервной системы и именно эти симптомы были нитью Ариадны, которая выводила меня на путь правильного диагноза. Я говорю об *anisocoria*, *Pupillenstarre*, феномене *Argyll-Robertson'a* —выцветании радужек у больных висцеральным сифилисом. В другом месте я подробно остановился на диагностическом значении этих изолированных симптомов для диагноза висцерального сифилиса и на их теоретическом обосновании. (См. *Deutsche med. Woch.*, 1929 г., № 25 и Сборник памяти академика проф. Яновского). Здесь я позволю себе только привести два, три особенно ярких примера.

Больная В., поступила с жалобами на тяжелые и неопределенные боли в животе, которыми страдает 13 лет; по поводу этих болей она в течение последних двух лет была блестяще оперирована 4 раза, у нее сделаны appendectomy, cholecystectomy, резекция желудка и нефрэктомия. Исследование зрачков дало моему ассистенту, д-ру Дайхонскому, основание говорить о висцеральном сифилисе: у больной обнаружено: anisocoria и Argyll-Robertson правого зрачка. Лечение избавило больную от болей, зависевших от сифилитического радикулита.

У рабочего Н., присланного в клинику после трехлетнего хождения по больницам с диагнозом холецистопатии, хронической явля diodesi с подозрением на симуляцию, неравенство зрачков дало основание думать о сифилитическом радикулите: в крови оказалась $RW+++$; специфическое лечение дало отличный результат и вернуло больному его трудоспособность. В другом случае у больного с диабетом и упорным фурункулезом, совершенно не поддававшемся лечению инсулином, сужение левого зрачка с вялой реакцией на свет заставило моего ассистента д-ра Рахлина заподозрить диабетическое происхождение заболевания: RW оказалась $+++$. Специфическое лечение избавило больного от фурункулеза и дало быструю аглюкозурию при 150 гр. хлеба. В другом случае один мой еще очень молодой ученик поставил диагноз сифилитического спондилита только на основании аннзокории и выцветших радужек, несмотря на возражения очень опытного невропатолога; исследование крови дало $RW+++$, лечение — блестящий результат.

Что аортиты дают часто аннзокорию — это давно известный факт, и может быть не всегда это обязательно сифилитические аортиты, но наличие симптома Argyll-Robertson'a всегда решает вопрос в пользу сифилиса. Интересно, что в литературе gastrolues'a, в казуистических описаниях его очень часто авторы отмечают явления со стороны зрачков, не подчеркивая важности этого синдрома, сюда относятся случаи Рудницкого, Гаусмана, Гальцевой, Strauss'a и мн. др.

Для получения этих „мелких“, но важных опорных пунктов для диагноза висцерального сифилиса необходимо *методическое исследование зрачков* в каждом случае хронического заболевания внутренних органов и именно тогда, когда нет решительно никаких данных для заболевания нервной системы. Я сам недавно просмотрел висцеральный lues у больной М., явившейся ко мне с неопределенными жалобами на боли в области сердца и на сердцебиение. Только когда вслед за больной явился ее муж, и его „ревматизм“, сочетаясь с резким миозом, не оставляя никаких сомнений в tabes'e, я уже вторично исследуя зрачку, нашел у нее вялость световой реакции; рентгеноскопия обнаружила типичный aortitis luea, в крови $RW+$. Я плохо в первый раз посмотрел глаза этой больной.

Изменения зрачков при висцеральном сифилисе представляют синдром очень стабильный и, как показывают наблюдения Fleckel'я, могут быть единственным симптомом при lues hereditaria tarda, являясь остатками сифилитического заболевания вегетативной нервной системы или мозговых оболочек в ранней стадии сифилиса или очень ранним моно-симптомом tabes'a, на десятки лет предшествующим типичной его картине. Таким образом, зрачковые симптомы являются ценным подтверждением *плюривисцеральности* сифилиса внутренних органов. И если в прежнее время сифилитическая инфекция, проделанная организмом, оставляла свою визитную карточку на его коже, видимых слизистых оболочках или костях, то теперь эта визитная карточка остается нередко на зрачках у больного и здесь надо искать при висцеральном lues'e residua сифилиса, имеющие существеннейшее значение для диагноза.

Кроме этих путей для распознавания висцерального сифилиса остается еще старинный путь диагноза ex juvantibus, занимающий видное

место в литературной казуистике сифилитических заболеваний. Какое значение имеет он в настоящее время? Мы видели, что и анамнез больного, и лабораторные исследования на спирохету, и RW имеют только условное значение; поэтому при атипических картинах болезни, особенно при наличии плевровисцеральных симптомов, возбуждающих сомнение в наличии висцерального сифилиса, позволительно прибегнуть и к пробному диагностическому специфическому лечению. Однако, ретроспективно очень рискованно ставить диагноз только на основании результатов *ex juvantibus*. Мы не можем совсем отказаться от этой методики; ведь при других заболеваниях, например, хронических формах малярии, при так называемых эпималарийных заболеваниях, как например, *dysenteria malarica*, *bronchitis malarica*, *cholecystitis malarica*, носящих старое название *malaria larvata*, мы часто не находим в крови плазмодий, а только блестящие результаты терапии подтверждают ретроспективно наш диагноз, причем после энергичного лечения иногда появляются в крови гаметы, документируя этот эффектный диагноз. Совершенно тоже мы наблюдаем и при висцеральном сифилисе: блестящие результаты лечения укрепляют наше распознавание в запутанном случае, а появление положительной RW делает нашу рабочую гипотезу неоспоримым клиническим фактом. Итак, не патогномонические симптомы или типичные клинические картины, а тщательная критическая оценка всех данных исследования, диссоциация симптомов и атипичность течения болезни, наличие плевровисцеральности заболевания, мелких симптомов, *residua* инфекции (звочки), анамнез личный и семейный, RW и, наконец, результаты пробного лечения—все это вместе дает основание в отдельном случае распознать висцеральный сифилис. И все же, прежде всего и главным образом, надо подумать о нем и методически считаться в клинике с этой возможностью совершенно так же, как мы постоянно учитываемся этиологически другие хронические инфекции—туберкулез и малярия.

Вопросы профилактики висцерального сифилиса, разумеется, совпадают с профилактикой распространения сифилиса в населении, т. е. сводятся, главным образом, к устранению социальных и экономических причин, ведущих к увеличению венерических болезней вообще. Мы оставляем опять в стороне интересный, но очень спорный вопрос о причинах, почему у нецивилизованных народов при большом распространении кожного, гуммозного сифилиса реже встречаются аортиты и другие формы висцерального сифилиса, об этом еще сильно расходятся мнения разных авторов. Но несомненно, что рост культуры с распространением правильных знаний о венерических болезнях и мерах личной профилактики является залогом уменьшения сифилиса, как это учит опыт нашей страны, где быстро упало число свежих случаев сифилиса непосредственно в связи с огромной социальной борьбой с венерическими болезнями. В отношении личной профилактики со всех сторон уже со времен *Fournier* указывается на большое значение, которое имеет алкоголизм и никотинизм для появления висцеральных заболеваний, например сосудов и желудка. Разумеется еще большее значение имеет своевременное и правильное лечение, лучшим доказательством чему служит частота висцерального сифилиса у женщин, оставшихся в неведении о своей инфекции.

Мы не можем здесь подробно останавливаться на терапии висцерального сифилиса и отметим только основные линии поведения врача

в этом вопросе. Господствующие с начала текущего столетия взгляды о том, что специфические средства против сифилиса, в том числе и сальварсан, действуют в организме не непосредственно на спирохету, а путем специфического раздражения защитных средств организма—это представление играет, на мой взгляд, наиболее существенную роль в терапии висцерального сифилиса. Было бы совершенно безрассудно лечить шаблонно сифилис, когда важнейшие органы, как эндокринная, нервная и сосудистая системы, принимают различное участие в процессе и различно реагируют не только на инфекцию, но и на йод, ртуть, мышьяк и висмут. Исходя из этих соображений, надо в случаях висцерального сифилиса особенно индивидуализировать лечение и всячески избегать в нем шаблона. Разумеется, мы будем особенно воздерживаться, напр., при сифилисе почек от ртути и при сифилисе печени от сальварсана, но и дозировка лечебных средств требует величайшей осторожности и внимания, главным образом потому, что мы далеко не всегда можем учесть вперед величину местной Herxheimer'овской реакции больного органа. Так, например, Leger и Bory, Gamston и друг. описали случаи смертельного желудочного кровотечения у больных с сифилитической язвой желудка, леченных сальварсаном; известно немало случаев внезапной смерти в результате лечения кардио-васкулярных сифилитических заболеваний сальварсаном (Reidel и Kemp и др.). Таким образом и выбор препарата, и дозировка его должны быть при висцеральном сифилисе гораздо более тщательно обдуманы в плане лечения, чем при кожном. И я хотел бы обратить внимание, что старые методы лечения—втирания ртутной мази, возрастающие дозы йода все еще имеют особенно большое значение при лечении висцерального сифилиса и заслуживают нередко предпочтения перед препаратами salvarsan'a. Отмечу еще, что старинное и очень хорошее средство—декокт Zittman'a—давал мне иногда поразительно хороший результат при лечении некоторых форм висцерального сифилиса.

Естественно в настоящее время возникает вопрос о возможности лечения висцерального сифилиса пирогенным методом—прививками малярии и возвратного тифа. Уже одна постановка вопроса о лечении этими прививками принципиально сводит терапию сифилиса не на специфические медикаменты, действующие на спирохету, а на телесообразное участие защитных сил организма в борьбе с одной инфекцией с расчетом усиления их продукции правильной прививкой другой. Отсюда ясно, что именно здесь потребуются осторожность, когда дело идет о больных внутренних органах, так тесно связанных между собой consensus partium. Наблюдения Jagic'a и Spengler'a, лечивших прививкой малярии сифилитический mesoaortitis и видевших при этом усиление ангиопатических явлений и один смертельный случай, уже на небольшом материале свидетельствуют о большой ответственности этой терапии.

В нашем Институте производится изучение лечения сифилиса прививками лабораторно культивируемой спирохеты возвратного тифа штамма Аристовского. По наблюдениям моего ассистента д-ра Рахлина, тиф этот протекает обычно в легкой форме, значительно легче, чем эпидемический рекурренс и опасности для больного не представляет. На большом материале д-ра Вайнштейн и Голосовкер не видели ни разу осложнений у больных, леченных прививками лабораторной спирохеты рекур-

ренса. Finger подчеркивает профилактическое значение малярийно-сальварзанной терапии для появления металюзса. Будущее покажет, не лучше ли применять для этого прививки лабораторного рекурренса, который легче дозировать и вирулентность которого проще определить. Насколько возможно лечение висцерального сифилиса прививкой штамма Аристовского, мы пока не можем сказать, и это является задачей наших новых работ.

Разумеется, в противоположность кожному сифилису, при лечении висцерального мы должны наряду с тою или иною специфической и неспецифической терапией прибегать и к назначениям, диктуемым заболеванием данного органа, наиболее пораженного сифилисом. Диететические, физиотерапевтические и бальнеологические методы лечения играют здесь особенно большую роль.

„Сифилис“, по известному выражению Ricord'a, „представляет собою потресение всего организма“. Это касается также и психики больного, и Fournier приводит слова Diday: „Из всех видов тоски сифилитическая тоска часто ложится наиболее тяжелым бременем на душу сифилитиков“. Несомненно, это тяжелое и нравственное потресение не может не отразиться и на течении сифилитической инфекции и должно быть тщательно учтено, особенно при лечении висцерального сифилиса. Психотерапевтическое воздействие на больного играет поэтому немалую роль в лечении висцерального сифилиса, успех которого является результатом гармонического участия в борьбе с инфекцией всего организма, как одного психофизического целого. И потому далеко небезразлично, будет ли больной нравственно подавлен диагнозом поражения его внутренних органов сифилисом и сложными терапевтическими мероприятиями, или ему будет врачом внушена бодря мысль, что он должен быть счастлив, что во время обнаружено страдание, гораздо менее опасное, чем многие другие болезни и позволяющее применить с большим успехом величайшие достижения современной медицинской науки. Мы же врачи с этой же твердой, внушающей бодрость уверенностью в успех будем продолжать наши исследования по изучению раннего распознавания и лечения висцерального сифилиса.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Воронежского гос. университета
(Директор проф. Н. А. Куршаков).

Сравнительные измерения кровяного давления по пальпаторному и звуковому методам в условиях динамической функциональной пробы сердечно-сосудистой системы¹⁾

А. П. Прессман.

Если измерять кровяное давление на плечевой артерии по способу Короткова и пальпаторно на лучевой по Riva-Rocci то, как это было доказано рядом работ из клиники проф. М. В. Яновского,

¹⁾ Доложено в Научно-медицинском обществе при ВГУ 16/V 29 г.

цифры максимального давления при том и другом способе, как правило, не совпадают между собой. Проф. Н. А. Куришakovым¹⁾ было установлено, что в норме появление пульса на лучевой артерии обычно совпадает с началом фазы шумов по Короткову. В этих же случаях совпадения вышеуказанных явлений началу фазы шумов соответствует и начало записи кривой на сфигмограмме, и возобновление капиллярного тока после предварительного прекращения циркуляции рукавом манжеты.

Данные эти были подтверждены и другими авторами. Так, А. И. Щербак²⁾ на клиническом материале при сравнительном определении кровяного давления на лучевой артерии по R.—R. одновременно с выслушиванием Коротковских звуковых явлений наблюдала совпадение появления пульсации на лучевой артерии с фазой шумов в 86,4%, находя, что в норме высота кровяного давления по R.—R. составляет приблизительно 0,93 истинной величины его, определенной по Короткову. Случай несоответствия появления пульсации на лучевой артерии началу фазы шумов наблюдался авторами в условиях патологического кровообращения, причем отклонения определялись как в сторону более или менее значительного отставания пульсации от фазы шумов (в случае, описанном Г. И. Первовым до совпадения с диастолическим давлением), так и в сторону повышения до начальных тонов по Короткову (а иногда и выше их). Явления первого порядка постоянно наблюдались у лиц, ослабленных болезнью, истощенных, лихорадящих, вторые—у склеротиков, нефритиков, неврастеников. Однако, исследования, произведенные подобным же способом и над здоровыми людьми (Л. Прессман³⁾) до и после большой физической работы (бег на значительную дистанцию, переползание и т. д.), показали, что при повторном сравнительном измерении тотчас же после работы, когда налицо утомление испытуемого, определяется смещение Mx по R.—R. в сторону удаления от начала фазы шумов и возвращение его на свое исходное место при отдыхе.

Все отмеченные явления, а равно и целый ряд других клинических и экспериментальных данных из области кровообращения, истолковываются авторами с точки зрения теории периферического артериального сердца, признающей самостоятельную продольную работу сосудов. По этому воззрению начало звуковых явлений по Короткову (обычно тоны) свидетельствует о высоте кровяного давления, развиваемого сердцем, наоборот, фаза шумов и появление пульсации на лучевой артерии—суть проявления сосудистой перистальтической волны, стимулируемой стенозом артерий. Во время первой фазы (тоны) сердечная пульсовая волна, проскальзывая из-под рукава манжеты в опустелый сосуд, вызывает появление тона и пальпируется лишь на плечевой артерии (Щербак), но затем, когда она по мере распускания манжеты увеличивается настолько, что способна вызвать реактивное сокращение сосуда, на плечевой артерии выслушивается шум, а на лучевой определяется пульсация. С этой же точки зрения объясняются и отклонения от указанного правила, а именно: понижение силы и возбудимости сосудистой перистальтической волны в случае отставания пульсации от начала фазы

¹⁾ Тер. Арх. Т. 3, вып. 4, 1925. Врачебное дело № 12—14, 1925. Журнал для усов. врачей, № 12, 1924.

²⁾ Тер. Арх. Т. 5, вып. 3, 1927.

³⁾ „Вопр. физiol. военного труда“. Вып. I, 1928 г.

шумов (сосудистая работа еще проявляется фазой шумов на илечевой артерии, но истощается к месту пальпации и сфигмографии) и повышением ее энергии в случае раннего появления пульсации.

Отставание Мх по R.—R. от Мх Коротковских явлений зависит при этом не всегда от меньшей чувствительности осязания при понижении кровонаполнения сосуда от уменьшившегося напора. Это доказывается упомянутыми примерами с утомлением, когда расхождение Короткова и R.—R. отмечались при расширенных после работы сосудах.

Нас интересовало соотношение между максимальным давлением по Riva—Rossi и одновременно получаемыми Коротковскими звуковыми явлениями в условиях динамической функциональной пробы сердечно-сосудистой системы. С этой целью нами было исследовано 110 человек, у которых до и после определенной физической работы было произведено в общей сложности 972 сравнительных измерения кровяного давления. Материалом послужили как больные клинические и амбулаторные, так и здоровые лица. Больные клиники составили 36 человек, амбулаторных больных, по большей части предъявлявших те или иные жалобы со стороны органов кровообращения, было 40 и, наконец, здоровых было 34 человека.

Функциональная проба производилась нами по следующей упрощенной схеме. У испытуемого в лежачем положении, после необходимого отдыха, сосчитывался пульс и измерялось кровяное давление одновременно по способу Короткова и по R.—R. Далее определялось число пульсовых ударов сидя и стоя. Затем, после 20 глубоких приседаний испытуемого, примерно в течение $\frac{3}{4}$ мин., тотчас вновь сосчитывался пульс в первые 10 сек. и измерялось кровяное давление. То же производилось через 2, 4, а иногда и через 6 минут. Кровяное давление определялось узкой манжетой.

Группу здоровых лиц в наших наблюдениях составили молодые люди в возрасте 18—25 лет, по преимуществу красноармейцы, поступавшие в летнюю школу, у которых не определялось отклонений со стороны звуковых органов.

При рассмотрении записей, относящихся к этой группе испытуемых, мы могли констатировать, что наши средние данные в отношении пульса и максимального кровяного давления по Короткову, в результате 20 приседаний, соответствовали тем средним нормам, которые давали авторами, предложившими динамические пробы (Martinet, Игнатовский и др.). Так, пульс после приседаний учащался на 20—30 ударов, с тем, чтобы через 2—4 мин. вернуться к исходной величине; систолическое давление повышалось обычно на 20—30 мм. ртутного столба. Минимальное давление в этих случаях либо оставалось без перемен, либо изменялось в ту или иную сторону в пределах 5—10 мм. Hg.

Чаше мы наблюдали все же понижение минимального давления, что находится в соответствии с позднейшими наблюдениями (Schrumpf¹⁾, Шабашов²⁾, Егоров³⁾, Прессман Л.⁴⁾

¹⁾ Schrumpf-Picrion, Diagnostique cardiologique. Paris, 1921.

²⁾ Физкульт. в научно-практ. освещ. 2-й Сб. Тр. 1925.

³⁾ Вопросы физиологии военного труда. Сб. ст. Вып. I, 1928.

⁴⁾ Теория и практ. физкульт. № 4, 1928.

Кроме того надо отметить относительно нередко наблюдавшееся нами явление, когда у клинически здоровых лиц при перемене положения из горизонтального в сидячее и стоячее частота пульса (при сосчитывании в первые 10 сек) оказывалась большей, нежели после приседаний. Это приходится отнести за счет влияний тех или иных психических моментов. Изменение частоты пульса при этом есть, по видимому, более результат возбудимости экситомоторных центров, независимый от величины работы. Что касается высоты максимального давления по R.—R., то в наших случаях, в состоянии покоя, она обычно соответствовала началу фазы шумов, как это и было указано проф. Н. А. Куршakovым.

В норме, в результате нагрузки это соотношение, как правило, или не изменялось, или давало лишь небольшие колебания в 1—2—3 Hg в ту или иную сторону. В качестве примера приведу случай, представляющий собой функциональную пробу сердечно-сосудистой системы здорового молодого человека, 22 лет (сл. 43).

Время исследования	Кровяное давление		Пульс
	по Короткову	по R.—R.	
В покое	152—142—115—102	142	66
После 20 присед.	168—155—110—92	155	96
Через 2 мин.	158—145—110—98	145	72
„ 4 „	155—142—115—102	145	70

Из приведенного примера видно, что Mx по R.—R. в покое соответствует началу фазы шумов; функциональная проба этих соотношений не изменила. При этом реакция центрального сердца, судя по изменениям пульса и максимального давления по Короткову, не представляет отклонений от нормы.

В отношении группы обследованных больных мы могли наблюдать, что таковые, обычно в зависимости от рода заболевания и от состояния здоровья в момент исследования, либо давали только что описанный нормальный тип реакции на нагрузку, либо то или иное отклонение. Первое в большинстве случаев относилось к лицам, находившимся в периоде выздоровления, а также к тем, основное заболевание которых не вызывало изменений со стороны аппарата кровообращения.

Что касается отклонений в возбудимости перистальтической волны, то они чаще наблюдались параллельно с неустойчивостью центрального сердца и сосудистого тонуса. При этом в результате пробы отмечалось несоответствие Mx по R.—R. началу фазы шумов—или это было отставание начала пульсации от фазы шумов, или, наоборот, приближение этого последнего к максимальному давлению по Короткову.

Случай первого рода мы постоянно наблюдали при наличии общего тяжелого заболевания, как анемия, туберкулез легких и т. д.

Случай 10. По-ков, 29 л. 24/XI 28 г. Varices haemorrhoidales, anaemia colitis.

Время исследования	Кровяное давление		Пульс
	по Короткову	по R.—R.	
В покое	135—125—92—68	120	48
После 20 присед.	155—140—105—60	128	108
Через 2 мин.	145—135—105—62	130	54
„ 4 „	140—132—100—65	130	54

В этом примере разница между началом пульсации и фазы шумов в 5 mm. Hg до работы после приседаний увеличилась до 12 mm. Hg. Отставание пульса на лучевой артерии от начала фазы шумов заставляет предположить понижение силы и возбудимости сосудистой перистальтической волны. Не принимая этого во внимание, надо было бы ожидать, что повышение Mx и понижение Mn, облегчая кровонаполнение периферии, должны бы обусловить сближение этих обоих явлений. Клинические данные в этих случаях указывают на общую конституциональную слабость аппарата кровообращения (напр., varices haemorrhoid.).

Для иллюстрации крайней степени ослабления энергии перистальтической волны приведем случай больного, находившегося на излечении в нашей клинике.

Случай 81. Гл-в, 17 лет. 11/I 1929 г. Nephroso-nephritis, myodegeneratio cordis. (Amylidos. viscerum—sectio).

Время исследования	Кровяное давление		Пульс
	по Короткову	по R—R	
В покое	105—70	70	68
11/II—1929 г.			
В покое	105—70	90	66

Появление пульсации на лучевой артерии, при наблюдении 11/I 29 г. как видно из примера, соответствовало лишь минимальному давлению по Короткову. Из данных клинического обследования при осмотре больного особенно резко были выражены: общая слабость, бледность покровов, цианоз и холодные конечности. В этом случае можно говорить о парезе периферического сердца, где для проявления пульсации было необходимо, чтобы сосуд совершенно не сжимался манжетой. Интересно, что тот же больной при исследовании 11/II 29 г. наряду с улучшением общего состояния, дал при одном и том же максимальном, минимальном давлении и почти одинаковой частоте пульса значительно более высокий Mx по R.—R.

Если в только что представленных примерах дело идет о более или менее ослабленной перистальтической волне и об усилении этого явления в результате работы в 1-м из них, то в других случаях нарушение координации в работе центрального и периферического сердца протекало по иному типу. Сосудистая деятельность при этом в ряде случаев оказывалась, наоборот, чрезмерно возбудимой; это сказывалось при измерении кровяного давления даже в покое в том, что начало пульсации предшествовало фазе шумов.

Случай 80. К-ов, 23 г. 11/I 29 г. Функц. расстройство сердечной деят.

Время исследования	Кровяное давление		Пульс
	по Короткову	по R—R	
В покое	182—155—130—95	180	72

В иных случаях можно было отметить, что соотношение между Mx по R.—R. и фазой шумов, бывшее нормальным в покое, нарушалось, иногда в резкой степени, после работы.

Приводимые ниже примеры иллюстрируют только что сказанное.

Случай 20. Де-ов, 20 л. 8/XII 1928 г. The pulmonum.

Время исследования	Кровяное давление		Пульс
	по Короткову	по R—R	
В покое	180—112—90—45	112	108
После 20 присед.	165—120—119—0	132	150
Через 20 мин.	150—115—110—0	120	114
»	138— — — 55	120	108

Случай 62. Вал-ов, 22 л. 7/1 1929 г. Функци. расстр. серд. деят.

Время исследования	Кровяное давление				Пулс	
	по Короткову		по R—R			
В покое	165	—	—	102	128	108
После 20 присед.	195	185	180	95	190	144
Через 2 мин.	175	—	—	95	150	108
„ 4 „	165	—	—	97	128	108

Особенно интересны в этом отношении наблюдения, подобные приведенному в последнем примере случаю, большого с функциональным расстройством сердечной деятельности, где вялая реакция перистальтической волны в покое (Мх по R.—R. отстают от Мх по Короткову на 37), после приседаний сменялась резким повышением ее возбудимости (разница между Мх по Короткову и Мх по R.—R. уменьшилась до 5).

Таким образом, наряду с чрезмерной возбудимостью центрального сердца, связывающейся резким учащением пульса, мы имеем и большую возбудимость и неустойчивость сосудистой деятельности.

Характерно, что субъекты с подобной реакцией артериальных сосудов испытывают особенно большие затруднения при усиленной физической работе, когда у них, как и у данного больного, в большой мере развивается одышка и сердцебиение и часты жалобы на боли в области сердца.

Подобный сосудистый феномен можно поставить рядом с другими явлениями недостаточности кровообращения, обнаруживаемыми иной методикой. Eppinger, Kisch u. Schwarz¹⁾ отмечают „неэкономную“ циркуляцию у „сердечных“ больных, особенно после работы, причем нарушается правильное потребление O₂ тканями на периферии, в результате чего большая его часть проходит в венозную кровь неиспользованной. В целях усиления притока O₂ организм реагирует на это увеличением минутного объема (скорости кровообращения). Становясь на точку зрения признания „периферического сердца“, можно ожидать в аналогичных случаях чрезмерного усиления и сосудистой деятельности. Это последнее обстоятельство может повести к нарушению координированной работы центрального и периферического моторов кровообращения и тем самым и обусловить неэкономную работу циркулярного аппарата.

В заключение, используя наш материал, позволим себе коснуться анализа другого проявления сосудистой деятельности, фазы шумов как таковой, и ее изменений в условиях нашей функциональной пробы. Прежде всего несколько слов о том, насколько постоянной оказалась у нас фаза шумов и не является ли ее отсутствие скорее правилом, чем исключением, как это пытаются утверждать некоторые авторы (Мясников, Нешель и Скржинская²⁾, Гельман³⁾.

В наших случаях фаза шумов совсем отсутствовала в 23% случаев. Эти наши данные сходятся с таковыми д-ра Народицкого⁴⁾ (из клиники Ф. Г. Яновского). Он наблюдал отсутствие фазы шумов в 25%, вычисляя этот % на материале в 2000 человек. Физическая работа в

¹⁾ Eppinger, Kisch u. Schwarz. Das Versagen des Kreislaufes. Berlin. 1926.

²⁾ Клини. мед. Т. VI, № 7, 1928 г.

³⁾ Врач. Дело, № 24, 1926 г.

⁴⁾ Врач. Дело № 13, 1927 г.

значительном числе случаев привела у нас к появлению фазы шумов в 17% (из 23 %) и только в 6% фаза шумов, отсутствовавшая до работы, не появлялась и после нее. Имевшаяся налицо фаза шумов увеличилась после работы в 73% всех случаев, исчезла в 3%, уменьшилась после работы в 13% и не изменялась в 4% случаев. Таким образом, на основании собственного материала мы можем сказать, что фаза шумов встречается как правило, а не как исключение.

Гораздо больший интерес представляет вопрос о сущности тех условий, изменение которых в зависимости от физической работы приводят к увеличению фазы шумов. Некоторые исследователи продолжительность фазы шумов ставят в связь с силой сердечного сокращения. К этому же выводу пришли и сотрудники клиники Г. Ф. Магга (Мясиников и др.).

Однако, описаны случаи, которые говорят против такого предположения. Здесь упомянем о наблюдении д-ра Прессмана¹⁾, где у испытуемого субъекта после значительной физической нагрузки на сфигмограмме был зарегистрирован *pulsus inaequalis*, что свидетельствует, как известно, о резком нарушении функции сократительности сердца, а между тем фаза шумов, отсутствовавшая до работы, появилась после нее.

По вопросу о том, не стоит ли в связи длительность фазы шумов с величиной амплитуды кровяного давления, приведем некоторые из собственных случаев:

Случай 64. Г-с, 22 л., 7/I 1929 г.

Время исследования	Кровяное давление по Короткову	Фаза шумов	Пульс
В покое	155—140—128—105	12	72
Через 4 мин.	155—145—120—104	25	72

Случай 105. П-цев, 24 л., 21/II 29 г.

Время исследования	Кровяное давление по Короткову	Фаза шумов	Пульс
В покое	148—145—125—78	20	72
Через 4 мин.	148—135—105—85	30	72

Случай 77. Мар-ов, 22 л., 8/I 1929 г.

Время исследования	Кровяное давление по Короткову	Фаза шумов	Пульс
Через 2 мин.	190—165—128—90	37	60
" 4 "	190—185—130—105	55	58

Как видно, в первом из этих примеров при одинаковых максимальном, минимальном и частоте пульса, во время одного из повторных измерений фаза шумов оказалась увеличенной. 2 и 3 примеры демонстрируют случаи, где при возросшем минимальном давлении, но одинаковых максимальном и частоте пульса также наблюдалось увеличение фазы шумов, несмотря, следовательно, на обуславливаемую этим пониженную скорость течения крови.

Кроме приведенных по вопросу собственных случаев укажем на наблюдения проф. Н. А. Куршакова¹⁾, где фаза шумов на работа-

¹⁾ Сб. физиол. воен. тр., вып. I, 1928 г.

²⁾ Н. А. Куршаков. Врач. вестник, сент.—декабрь, 1922 г.

ющей руке оказалась удлинённой при повышении диастолического и понижении систолического давления. Таким образом, очевидно, что фаза шумов не стоит в связи с величиной амплитуды кровяного давления.

Возникновение шума при протекании жидкости по трубке, как известно, обуславливается благоприятным для этого явления сочетанием скорости течения жидкости и ширины просвета. Первое с ускорением усиливает шумы, второе с увеличением уменьшает. Изменения просвета плечевой артерии при изменениях сосудистого тонуса незначительны; велики изменения при повышении тонуса на мелких артериях, что обуславливает повышение диастолического давления. Поэтому при повторном измерении кровяного давления у одного и того же субъекта, без изменений в нагнетательной сердечной деятельности и сохранившейся высоте кровяного давления можно принять ширину просвета плечевой артерии не изменившейся. При этом появление шумов следовало бы ставить в зависимость от увеличения скорости протекания крови, но повышенное сопротивление на периферии (в случаях с повышенным диастолическим давлением) этому противоречит, и это пульсирующее ускорение с шумом приходится относить на сосудистую работу. В благоприятных случаях это усиление сосудистой работы обуславливает большее совпадение давления по R.—R. с началом фазы шумов, в неблагоприятных—можно ожидать истощения сосудистой работы в близких к периферии сосудистых участках даже и при ее оживлении на плечевой артерии (шум). И тогда, несмотря на увеличение фазы шумов, разница между R.—R. и Коротковым увеличится.

Выводы: 1. Мх по Riva Rossi, в норме совпадающий с началом фазы шумов, после произведённой работы в 20 приседаний у здоровых обыкновенно сохраняет то же взаимоотношение. В патологических случаях после подобной функциональной пробы давление по R.—R. либо отстает от фазы шумов, либо приближается к началу звуковых явлений (начало первых тонов). Отставание R.—R. надлежит объяснить понижением энергии сосудистой деятельности, противоположное явление должно зависеть от чрезмерной силы—возбудимости сосудистых мышц. Как то, так и другое является выражением нарушения гармонического кровообращения.

2. Момент начала пульсации на лучевой артерии (Мх по R.—R.) и величина фазы шумов не стоят в прямой зависимости ни от величины амплитуды кровяного давления, ни от работоспособности сердца.

3. Изменение частоты пульса при производстве некоторой работы есть более результат возбудимости эксцитомоторных центров, независящий от величины этой работы.

Из Детской клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани.

Опасности так называемой строгой диеты.

Проф. Е. М. Лепского.

Различные ограничения в питании больных и даже полное голодание издавна применяются в медицине в качестве лечебного средства. Было время, когда лечение голодом проводилось настолько широко и

энергично, что приносило больным не мало вреда. Особенно быстро вредные последствия голодания сказываются на детском организме. Среди детей, страдающих различными затяжными заболеваниями и находящихся в состоянии тяжелого истощения, можно и в настоящее время выделить довольно многочисленную группу больных, история болезни которых при ближайшем изучении показывает, что причина их тяжелого состояния лежит не только в основном заболевании и даже не столько в нем, сколько в недостаточном питании больного, которое с лечебной целью применялось с начала заболевания. Такие случаи показывают, что знакомство с патологией голодания и с диетотерапией детских болезней еще недостаточно широко проникло в среду практических врачей. Представляется поэтому нелишним разобрать, почему длительное или повторное голодание отражается на детях неблагоприятно и каким образом его можно избежать.

Девочка 1 г. 2 мес. (Ада В.), которая раньше никогда серьезно не хворала, заболела острым колитом. Помимо лекарственной терапии ей назначена была диета, которая в течение первых двух дней состояла только из очень жидкого клюквенного киселя и воды; после этого разрешено было давать, кроме того, манную кашу на воде, рисовую кашу на воде и курный бульон. На такой пище больная оставалась первые три недели болезни; так как состояние ее не улучшалось, ей еще раз была назначена голодовка: в течение 3—4 дней она получала почти только одну воду. Затем разрешено было, кроме перечисленных выше блюд, кушать еще творог; но больную рвало от него. Через некоторое время к картине болезни присоединились симптомы пищевой интоксикации, что побудило лечащего врача еще раз назначить голодание в течение суток. После этого, через 5 недель от начала заболевания, девочка была помещена в клинику. Больная оказалась крайне истощенной; лицо одутловатое, на голенях также незначительная отечность. Мышцы крайне дряблы и атрофичны. Глухие сердечные тоны; пульс слабого наполнения. Испражнения скудные с примесью слизи и крови, 10—15 раз в сутки. В моче следы белка и в осадке до 15 лейкоцитов в поле зрения; 10 дает повышение до 38,5°. В первые дни пребывания в клинике девочка лежала в постели в полной прострации, совершенно неподвижно и только глазами недоверчиво следила за окружающими. Диагноз: гидремическая форма углеводистого расстройства питания, присоединившаяся к первоначальному колиту. Назначено: женское молоко, подкормные вливания виноградного сахара, сердечные средства и местное лечение для кишечника. Состояние больной быстро улучшалось; через несколько дней уже можно было ей дать суп, кашу, кисель, а затем и молоко (подкисленное), творог, который она очень охотно ела в виде блинчиков, масляно-мучные смеси и проч. Через 2 недели она была выписана почти совершенно поправившаяся с прибавкой веса на 1200,0 gr.

Далеко не всегда исход бывает такой благополучный, как в данном случае, наоборот, подобные случаи чаще кончаются неблагоприятно. Так, например, было с Володей К. 11 мес., который в течение 3 месяцев страдал колитом; он все это время питался рисовым отваром, манной кашей на воде, черничным киселем и бульоном с сухарями; несмотря на предпринятое в клинике лечение улучшения не наступило; присоединились симптомы пищевой интоксикации, и он в тяжелом состоянии был взят матерью домой, где вскоре умер. Такой оборот болезни наблюдается нередко; под влиянием длительного голодания способность к усвоению пищи падает у больного настолько низко, что достаточное питание его становится вообще невозможным, и он оказывается перед альтернативой: либо погибнуть от длительного недоедания, либо погибнуть от пищевой интоксикации. В другом случае, у девятимесячной Нины Ф., также долго голодавшей из-за поноса, присоединилась бронхопневмония, и больная погибла. Присоединение вторичной инфекции в виде

пневмонии, фурункулеза, пиелита и пр., приводящей в конце-концов к смерти—самый частый исход болезни в случаях, сопровождавшихся длительным голоданием. Таких примеров можно было бы привести десятки, так как поводов к назначению голодной диеты очень много.

Чаще всего назначают детям „строгую диету“ из-за желудочно-кишечных расстройств. При этом даже не всегда делают различие между первичными расстройствами пищеварения и вторичными, очень часто сопровождающимися парэнтеральными инфекциями и другими заболеваниями детского возраста. Недавно мы наблюдали, например, семилетнего мальчика (Яша В.), которого, несмотря на хороший аппетит, держали из-за кишечного расстройства 3 месяца на диете, состоявшей исключительно из рисовой каши на воде и из небольшого количества белых сухарей. Исследование легких обнаружило у него туберкулезную инфильтрацию и остатки плеврита. Понятно, что в случаях подобного рода терапия, направленная исключительно против симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, не может увенчаться успехом, а, наоборот, очень легко может ухудшить основное страдание.

Другим поводом к назначению „легкой диеты“, состоящей обычно из бульона, киселя, сухарей и т. п., служат острые инфекции и вообще лихорадочные заболевания. В затяжных случаях длительное соблюдение такой диеты может и здесь оказать неблагоприятное влияние на течение болезни. Между тем нет необходимости заставлять больного голодать. Изучая совместно с д-ром Лукьянчиковой концентрированные формы пищи для детей („Ж. по изуч. ран. детск. возр.“, т. II) мы могли убедиться, что даже очень маленькие дети не только хорошо переносят пищу во время инфекций, но что самые инфекции протекают более благоприятно, если питание больного вполне достаточно. Некоторые врачи считают нужным давать даже здоровым детям как можно меньше пищи, строго ограничивая число и объем кормлений, разводя коровье молоко водой в три и в четыре раза и т. д. Результатом таких чрезмерных предосторожностей нередко бывает хроническое недоедание детей, которое приводит в конце концов к атрофии—*„Atrophia e medico“* по меткому выражению Schlossmann'a—со всеми ее тяжелыми последствиями.

Почему „строгая диета“ оказывает такое разрушающее действие на детский организм и ухудшает течение болезни?

Когда ребенка кормят так, как в приведенных случаях, рисовым отваром, рисовой кашей на воде, манной кашей на воде и ягодным киселем, он получает преимущественно углеводы (в виде крахмала и сахара), некоторое количество растительных белков и немного поваренной и других солей. Когда прибавляют еще бульон, значительно увеличивается содержание в пище поваренной соли и очень незначительно—содержание белков и жира (того и другого бульон содержит только около 0,5%). Такая пища недостаточна, во первых, в количественном отношении: если больной будет съедать значительные количества невкусной водяной каши, он получит только достаточно углеводов, но будет находиться в состоянии белкового, жирового и минерального голодания, а так как детскому организму пища служит не только источником энергии, но и материалом для построения тканей тела, то чем моложе ребенок и чем энергичнее происходят в его теле процессы обмена и роста, тем быстрее на нем скажутся результаты голодания. Далее, „строгая

диета" недостаточна также и в качественном отношении. Содержащиеся в ней белки неполноценны, так как содержат не все необходимые для построения человеческого тела аминокислоты. Известно, что неизбежно должны наступить глубокие расстройства обмена и роста, если не покрывается минимальная потребность в таких веществах, которые человеческий организм сам не вырабатывает и которые не могут быть заменены другими; к таким веществам, например, относятся аминокислоты лизин, триптофан, цистин и друг.

Особенно ясно выступает недостаточность „строгой диеты“, если рассмотреть содержание в ней дополнительных пищевых факторов — витаминов. В самом деле, витамины содержатся преимущественно в зелени, в свежих овощах и фруктах; но ни зелени, ни фруктов больным, страдающим кишечными расстройствами или лихорадками, обычно не дают. В частности, противо-скорбутический витамин С имеется в приведенной выше диете только в незначительном количестве, именно в ягодном киселе. В этой диете отсутствуют, кроме того, антиксерофтальмический витамин А, более или менее значительные количества которого содержатся не только во фруктах и овощах, но еще и в жирах, а также антирахитический витамин D, встречающийся преимущественно в жирах. Антиневритический витамин В, содержащийся, если не считать фруктов и овощей, главным образом, в наружном слое зерен, имеется только в виде следов в продуктах, составляющих „строгую диету“, т. е. в очищенном рисе, в манной крупе, в картофельном крахмале и в белом хлебе.

Какие же последствия для ребенка возникают из-за отсутствия витаминов в пище? Как известно, недостаток витамина С ведет к развитию скорбута. Но еще до появления ясной клинической картины скорбута со специфическими изменениями в тканях у таких больных наблюдается своеобразное функциональное расстройство, которое Abels описал под названием „скорбутической дисэргии“. При этом резко понижается устойчивость организма к различным инфекциям; ничтожные инфекции, которые у здоровых людей не вызывают почти никакой реакции, причиняют длительные лихорадочные заболевания у лиц, находящихся в начальном периоде скорбута. При недостатке в пище антиксерофтальмического витамина А у детей развиваются специфические изменения на глазах, сначала в виде пятен Bitôt на конъюнктиве, а затем в виде помутнения и размягчения роговицы. Но и здесь до появления специфического процесса наблюдается общее расстройство, которое Bloch назвал „dystrophia alipogenetica“ и которое сопровождается, между прочим, резким понижением резистентности организма по отношению к инфекциям. Недостаток витамина В в пище детей также не остается без влияния. По мнению некоторых педиатров, например, проф. Reuher'a, определенные симптомы, наблюдаемые при хронических расстройствах пищеварения у детей, как гидролабильность, повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, расширение сердца и др. могут быть результатом авитаминоза В. В картине бери-бери, встречающейся у детей в странах, где народные массы питаются пищей бедной витамином В (Япония, Филиппины и друг.), наблюдаются те же симптомы.

Из вышесказанного следует, что сложным авитаминозом, развивающимся у детей, остающихся долгое время на „строгой диете“, вполне

можно объяснить наблюдаемое у них понижение иммунитета и возникновение вторичных инфекций. Понятно, что оставаясь на „строгой диете“ ребенок не только не может бороться с болезнью, но и вообще не может жить. Если мы видим на практике, что маленькие дети живут на такой пище два и три месяца, то это объясняется тем, что обычно родители все же дают им, кроме перечисленных блюд, и немного молока, яйца, творог, мясо и пр., часто — вопреки предписанию врача. Надо, впрочем, сказать, что не всегда длительное применение голодной диеты проводится по прямому назначению врача. Нередко дело происходит таким образом; врач назначает диету, имея в виду через 2—3 дня заменить ее более питательной. Так как больному стало лучше, родители уже по собственному инициативе продолжают придерживать ее и дальше, боясь перейти к обычной пище. А когда они на это решаются, больной настолько уже ослабел от голода, что он более питательную пищу плохо переносит, тогда возвращаются к прежней голодной диете, отчего состояние больного еще больше ухудшается.

В задачу этой статьи не входит подробное изложение способов питания детей при расстройствах кишечника, или при лихорадочных заболеваниях и т. п., а лишь разъяснение опасностей, связанных с голодной диетой. Поэтому укажу здесь только на важнейшие ошибки, которые при этом чаще всего делают врачами, и на некоторые диетотерапевтические меры, которые позволяют в большинстве случаев не доводить больного до тяжелых последствий голодания.

Основная ошибка заключается в том, что врач сосредоточивает все свое внимание на кишечнике и его выделениях, упуская из виду общее состояние больного. Между тем, пока больной получает полужидкую диету, состоящую к тому же преимущественно из углеводов, кишечные выделения неизбежно должны сохранять характер так называемого „голодного стула“, состоящего из жидкой или слизистой зеленоватой массы. Только при наличии в толстой кишке остатков белковой пищи и жира, в частности жирных кислот и кальция, служащих для образования твердых мыл, кишечные выделения могут принять более нормальный вид и консистенцию. Поэтому появление голодного стула не только не служит противопоказанием, а прямо, можно сказать, требует назначения более питательной пищи. Но и при наличии других симптомов со стороны кишечника надо руководиться прежде всего не ими, а состоянием больного в целом.

Далее необходимо остановиться на применении женского молока. Так как при кишечных заболеваниях у детей коровье молоко в большинстве случаев переносится плохо, то нередко запрещают давать заболевшему ребенку и женское молоко; между тем женское молоко содержит белки с иными биологическими свойствами и в иных количественных соотношениях, имеет другой состав солей, чем коровье: оно доставляет больному иммунные тела и ферменты, которых он не может получить с коровьим молоком. Правда, женское молоко представляет собой пищу, сравнительно богатую жиром, поэтому не во всех случаях его можно давать *ad libitum*. Кроме того, в женском молоке мало неорганических солей по сравнению с коровьим, поэтому в тех случаях, где больной потерял много воды и где желательно в дальнейшем вызвать некоторую задержку воды в организме, целесообразно давать его в перемежку с пахтаньем.

Относительно коровьего молока и его разведений надо сказать, что и эта пища не абсолютно противопоказана при кишечных расстройствах, но она переносится больными детьми гораздо лучше, если применять ее в подкисленном виде (соляной, молочной или другой кислотой). Коровье молоко обладает сравнительно высокой буферной способностью, т. е. оно может связывать большие количества кислоты или щелочи, не меняя активной реакции. При пониженной секреторной способности желудка у больного ребенка важно принять меры к тому, чтобы выделяемая им соляная кислота не связывалась и могла выполнить свою роль в процессе пищеварения. Предварительное подкисление молока и служит для этой цели. Кислые смеси представляют очень ценное обогащение нашего диетического вооружения; к сожалению, они не получили у нас еще такого широкого распространения, какого заслуживают. Недостаточно широко используются также диетические свойства творога. Если готовить творог не из снятого молока, как это делается обычно, а из цельного, он содержит, кроме казеина, еще значительные количества жира. Кроме того, благодаря значительному содержанию кальция, творог содействует образованию в кишечнике твердого мыла из жирных кислот, что, как мы видели выше, придает стулу более нормальный характер.

Вместо чистого бульона, который часто рекомендуется при „строгой диете“ и который из предосторожности обычно варится из одного только мяса без овощей, целесообразнее давать больному обычный суп, в котором варились и овощи, тогда навар содержит и более разнообразный раствор солей и некоторое количество растворимых в воде витаминов; крупу дети также едят охотнее с бульоном, чем в виде водяной каши.

Наконец, при питании детей следует еще больше, чем при питании взрослого, обращать внимание на привлекательную внешность пищи. Один из упомянутых выше больных, у которого раньше творог вызывал рвоту, готов был его по целым дням есть в виде блинчиков. Иногда ребенок отказывается от пищи потому, что она преподносится с ложки, напоминающей ему о противном лекарстве. Но стоит ту же пищу предложить с блюда, украшенного привлекательным рисунком, или с вилки и т. п., как отказ ослабевает и скоро совсем прекращается.

Нельзя, конечно, отрицать и того, что в некоторых случаях очень строгая диета и даже кратковременное полное голодание являются совершенно необходимыми лечебными мерами. Но необходимо помнить, что для растущего организма, в особенности для маленьких детей, голодание является обоюдоострым оружием, которым следует пользоваться с большой осторожностью. Нельзя также утверждать, что применение надлежащей диетотерапии позволяет избежать голодания и выйти из затруднений во всех без исключения случаях. Если возраст ребенка очень мал, а истощение его зашло далеко, способность организма переваривать и ассимилировать пищу, даже наиболее подходящую, понижается так сильно, что он не может выжить. Но если врачи будут помнить об опасностях голодания и будут знать, как их избегать, такие случаи будут встречаться крайне редко.

Из физиологической лаборатории Казанского ветерин. ин-та (Директор проф. К. Р. Викторов) и из Клиники болезней носа, горла и уха Гос. ин-та для усовер. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор проф. В. К. Трутнев).

Влияние носового и трахеального дыхания на содержание кислорода в артериальной крови.

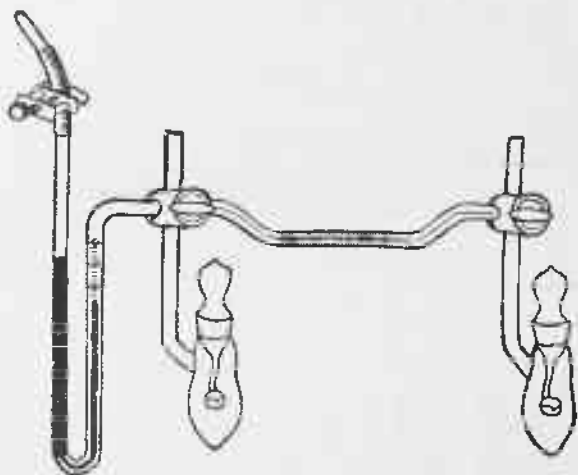
Д-ра А. А. Шаховой.

(С рис.).

Исходя из того, что при сильных затруднениях носового дыхания, человек принужден пользоваться дыханием через рот, важно знать, как отражается это последнее на различных функциях организма. Необходимость проверки этого диктовалась еще и тем, что затруднения дыхания через нос вызывают различного рода страдания, зависящие частью от избыточного высыхания слизистой рта, глотки и гортани, частью же от отсутствия фильтрации воздуха и свободного занесения инфекций; но, кроме этого, в литературе имеются указания, что затруднения дыхания через нос могут привести к глубоким расстройствам в организме, распространяющимся даже на процесс развития растущих индивидов (Ziem). В работе д-ра Гамаюнова имеется указание, что перерождение кровеносных сосудов мозга может стоять в зависимости от нарушения газового состава крови. Улучшением окислительных процессов в организме можно объяснить бурный рост ребенка и общее благотворное влияние на него при восстановлении носового дыхания *post adenotomiam*. Нас же особенно интересует расстройство кислородного обмена (Rugani и Poli, Bottermund), сопровождающееся изменениями крови в сторону уменьшения гемоглобина и эритроцитов (Белоголовов). Но так как при затруднении носового дыхания, как уже сказано, часто пользуются ротовым, то участие в этих расстройствах именно ротового дыхания оставалось невыясненным. А между тем известно, что в случаях, когда в силу тех или иных причин ротовое дыхание становится привычным, наблюдаются изменения в организме: у растущих индивидов изменение строения зева с высоким и узким сводом, расстройства питания, изменения строения грудной клетки и т. д. (Amersbach, Körner). Таким образом, явились само собою показания для опытной проверки влияния ротового дыхания на организм в сравнении с действием носового. Но, так как опыты на животных с чистым ротовым дыханием плохо удаются в таком виде, чтобы получить безупречные и бесспорные данные, приходится ставить эксперименты с дыханием через трахею, которое можно считать в известной степени аналогичным дыханию через рот. Опыты Павловского и Лопатиной с влиянием носового и трахеального дыхания на вентиляцию легких показали, что при трахеальном дыхании эта вентиляция оказывается пониженной на 30% в сравнении с вентиляцией при дыхании через нос. А отсюда уже явно возникает вопрос о степени артериализации крови в легких сравнительно при том и другом дыхании: при этом вполне естественно было предположение, что артериализация крови при трахеальном дыхании должна быть несколько ниже, чем при носовом. Для подтверждения этого предположения нами и была предпринята экспериментальная работа на животных (собаках) при носовом и трахеальном дыхании. Проф. Верховский в своей статье „Значение болезней носа, горла и ушей“ подробно останавливается на проблеме

носового дыхания и отмечает, что при носовом дыхании происходит лучшая газация крови; он опирается на результаты исследований И в а н о в а, работу которого, к сожалению, нам достать не удалось; повидимому, она не была напечатана. Для изучения газового обмена крови при различных типах дыхания мы ставили опыты с кровью собаки, определяя в ней, количество кислорода с помощью аппарата Winterstein'a.

Аппарат (см. рис.) состоит из двух грушевидных, плотно закрывающихся, сосудов, которые сообщаются между собою капилляром с нанесенными на нем делениями. В середине капилляра находится капля керосина; при повышении давления в одном из сосудов она подвигается в сторону другого, пока не уравновесится давление. Но так как движущаяся в сторону другого сосуда капля керосина сжимает воздух, то Winterstein, для избежания влияния колебаний давления и желая получить абсолютные данные, соединяет капилляр еще с ртутным манометром. На последнем имеется приспособление (небольшая резиновая трубка с зажимом), позволяющее произвольно поднимать или опускать ртуть в колене, обращенном к капилляру. Таким образом, опуская ртуть, можно каплю вернуть на исходную точку и прочесть манометре, на сколько куб. миллиметров ртуть опущена, т. е. на сколько куб. мил. увеличился объем газа в прилегающем сосуде. Исследование ведется так: в сосуд вносится раствор аммиака (4 куб. см. уд. в. 0,8 на один литр). В сосуд, прилегающий к манометру, под раствор аммиака осторожно подводится кровь, а в особую стеклянную чашечку, которая припаяна к притертой пробке и которая опускается внутрь сосуда, вносится насыщенный водный раствор красной кровяной соли. Легким наклоном аппарата керосиновая капля при сообщении кранов с внешним воздухом ставится на желаемое место. Аппарат опускается в ванну. Затем краны ставятся на соединение с капилляром, манометром и сосудами. После выключения влияния давления и температуры, путем выжидания, керосиновую каплю возвращают на отмеченное место. На ртутном манометре также производится точное отсчитывание, которое и записывается. Кроме этого, фиксируется ¹⁰ ванны. Краны запираются, кровь смешивается с аммиаком до образования лаковой, а затем наклоном чашечки выливается раствор красной кровяной соли. Аппарат встряхивается в течение 5 минут и вновь погружается в ванну. Сначала опускается ртуть на предполагаемый объем выделенного газа, и в первую очередь открывается кран, прилегающий к манометру, а затем уже кран компенсационного сосуда. При открытии обоих кранов может произойти от неравномерного давления разрыв керосиновой капли, почему при этом требуется осторожность. Изменение положения капли корректируется, и при постоянстве ее положения в течение 3—5 минут производится отсчитывание на манометре. Разница до и после опыта указывает на количество освобожденного кислорода.



Опыты с собаками производились следующим образом: собака, для исключения неучитываемых влияний со стороны возбуждений животного при операции, наркотизировалась 2% раствором морфия с atropinum sulf. (0,005 на 100 к. с. в количестве 5—10 куб. см. по приблизительно-

ному весу собаки). После наступления глубокого сна производилась трахеотомия, и в трахею вводилась Т-образная резиновая трубка; рана на шее зашивалась послойно. На морду надевался резиновый баллон с отводной резиновой трубкой. Баллон плотно прибинтовывался эластическим бинтом. Накладывая зажим поочередно то на резиновую трубку баллона, то на перпендикуляр Т-образной трубки, вставленной в трахею, мы получали то носовое, то трахеальное дыхание. Дыхание при том или ином типе продолжалось не менее 15 минут. Тотчас после трахеотомии отпрепаровывались бедренные артерии, из которых и брали кровь. Для предотвращения свертывания приц смачивали 2% раствором *satri oxalici*. Кровь брали в количестве 5 куб. см. и подводили под жидкий парафин нейтральной реакции, чтобы иметь возможность поставить ряд контрольных опытов или на случай неудачного опыта, так как техника очень трудна и капризна, а кровь под парафином сохраняется в течение многих часов без всяких изменений. Полученные результаты приводим в следующей таблице:

Содержание кислорода в артериальной крови при 0° и 760 мм. ртутного столба.

№ опыта	Носовое дыхание	Трахеальное дыхание	Разница	%
1	11,8	7,4	4,4	36,4%
2	9,4	9,0	0,4	—
3	12,1	9,7	2,4	20%
»	11,6	—	—	—
4	11,0	8,1	2,9	26,3%
5	11,3	7,8	3,5	31%
6	16,4	11,4	5,0	30%
7	16,6	15,6	1,0	6%
8	9,5	17,1	+7,6	—
9	13,9	9,9	4,0	29%
»	14,0	10,4	3,6	25,6%
10	16,5	9,9	6,6	40%
»	17,0	9,0	8,0	47%
11	9,9	8,5	1,4	14%

Из таблицы видно, что содержание O_2 в артериальной крови при дыхании через нос всегда выше, чем при дыхании через трахеотубус. Однако, постоянности в цифрах мы не отмечали, хотя в большинстве случаев мы здесь имели уменьшение артериализации крови при дыхании через трахеотубус на 30—35%. Это непостоянство приходится, повидимому, объяснить различной степенью наркоза и индивидуальностью; это особенно резко выявляется в опыте № 10, где наркоз был не глубок. Кроме этого причиной были и технические недостатки, как напр., в опыте № 2, где собака дышала через трахеотубус всего лишь 3 минуты, или в опыте № 7, где некоторое время по недосмотру было смешанное дыхание через нос и через трахею. Причина повышения содержания O_2 при дыхании через трахею в опыте № 8 осталась для нас невыясненной.

Литература: 1) Amersbach. Handb. d. norm. u. path. Physiologie. Bd. II, 1925.—2) Белоголовов. К вопросу о влиянии затрудненного носового дыхания на морфологию крови. Дисс. СПб. 1903.—3) Bottermund, Poli, Rugani. Цит. по Белоголовову.—4) Köpfer. Цит. по Amersbach'у.—5) Ziem. Цит. по Белоголовову.—6) Павловский и Лопатина. О влиянии носового и трахеального дыхания на вентиляцию легких. Рукопись. Казань.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского госуниверситета
(Директор проф. А. В. Вишневский).

О послеоперационном ацидозе при местной инфльтрационной анестезии.

В. И. Пшеничников и П. С. Крестников.

В последнее время появилось много работ, посвященных послеоперационному нарушению щелочно-кислотного равновесия организма, обозначаемого ацидозом. Это состояние авторы ставят в зависимость от ряда причин и между прочим от способа обезболивания. Ввиду того, что в нашей клинике почти 98% операций проводится по методу проф. А. В. Вишневского, покоящегося на применении послылойной инфльтрационной анестезии с систематическим использованием апоневрозов для образования тугих, послыльных, ползучих инфльтратов, причем иногда зараз расходуются очень большие количества обезболивающего раствора слабой концентрации (1/4% новокаин в Рингеровском растворе—20 кап. Sol. adrenalini hydrochlorici 1:1000 на литр раствора), и так как при обыкновенном клиническом наблюдении нам не удалось отметить никаких осложнений ни в заживлении ран, ни в послеоперационном течении, то является в высокой степени интересным проверить результаты этого далеко необычного метода в свете изучения более объективной методикой послеоперационного состояния наиболее типичных наших больных.

Поскольку в учении о послеоперационном ацидозе затрагивается вопрос о влиянии наркоза или местного обезболивания мы позволим себе привести результаты наших исследований.

Щелочной резерв крови. Мы пользовались методом Rohonyi. По этому автору карбонатное число плазмы крови является показателем щелочного запаса у здоровых оно в среднем равняется 1,42, колеблясь между 1,25—1,62. Это число очень стойкое, по нему можно представить картину ацидоза. Если карбонатное число меньше 1,25, то можно говорить о нарушении обмена в сторону ацидоза. К такому же выводу пришел Якимов. Исследование произведено у 51 б-го: 31 мужч., 20 женщ. Возраст: до 30 лет—15 чел., от 30 до 50 лет 31 чел. и свыше 50 лет 5 чел. По национальности: русских 37, татар 11, евреев 2, турок 1. Кровь бралась накануне, в день операции и на другой день после операции утром. По роду операций б-ые распределялись т. о.: полостных операций 33, на почках, мочев. пуз. и предет. железе 6, ампутиации груди. железы по поводу рака 3, операций на головном и спинном мозгу 3, на яичке 3, геморрой 2, киста шеи 1.

До операции	минимально	карбонатное число	равнялось	0,46.
"	максимально	"	"	1,68.
После "	минимально	"	"	1,02.
"	максимально	"	"	1,78.

Колебания после операции в сторону повышения были от 0,005 до 0,23 и в сторону понижения от 0,005 до 0,35. До операции карбонатное число было ниже нормы у 9 чел., у 2-х из них после операции оно достигло нормы.

№ 216. Б-я Л., 38 л. Инфекционный нефрит. Патолого-анатомически установлены артериосклеротические и нефротические изменения. Карбонатное число до операции 1,02, после операции 1,11. Израсходовано 520 кб. см. анестез. раствора.

№ 300. Б-я III., 34 л. *Hydronephrosis ren. d.* Вес удаленной почки 942 гр., лоханка с детскую голову, почечной паренхимы осталось очень мало. К. ч. до операции 1,215, после операции 1,26. Израсходовано 860 кб. см. анест. р.

№ 124. Б-й А., 27 л. *Hydronephrosis ren. d. Nephrectomia*. Почки представляла сходные с № 300 изменения. До операции к. ч. равнялось 1,17, после операции 1,18. Израсходовано 1,200 кб. см. анест. раств.

№ 271. Б-я II., 65 л. Тяжелое общее состояние. Запущенный рак прав. грудн. железы, миокардит, пиззит, цистит, хронич. колит. Ампутации грудной железы. До операции к. ч. 1,175, после операции—1,105, израсходовано 680 кб. см. анест. раствора. Через 2 мес. при явлениях кахексии б-я умерла у себя дома.

№ 308. Б-й В., 16 л. Крайне истощенный с параличем конечностей и расстройством тазовых органов. *Tumor medullae spinalis. Laminectomy* и удаление опухоли (*Neuroglioma*). До операции к. ч. 1,03, после операции—1,285, израсходовано 450 к. см. раствора.

№ 298. Б-й К., 43 л. *Cholecystitis. Cholecystectomy*. До операции к. ч. 0,965, после операции—1,02. Израсходовано раствора 600 кб. см.

№ 289. Б-я С., 25 л. *Appendicitis chronic. Appendectomy*. К. ч. до операции 1,21, после операции—1,20. Израсходовано 400 кб. см. раствора.

№ 294. Б-й Г., 29 л. *Varices haemorrhoid. Ligatura var. haem.* К. ч. до операции 1,23, после—1,235. Израсходовано раствора 300 кб. см.

№ 251. Б-я П., 36 л. Туберкулез тонких кишок. Резекция тонких кишок. К. ч. до операции 0,45, после—0,94. Израсходовано 650 кб. см. раствора.

После операции к. ч. повысилось у 27 б-х: до 0,1—18 ч., от 0,1 до 0,2—6 ч., от 0,2 до 0,5—4 ч., по роду операций б-ые распределялись: аппендицит 9, опер. на почках и предст. жел. 5 чел., по поводу опухолей головы и спинного мозга 2, резекций желудка 4. Опер. на желчных путях 2, удаления селезенки 1 и проч. 5. Количество анестезир. раствора, израсходованного на отдельные операции от 450 до 1800 кб. ст.

У 21 б-го к. ч. после операции понизилось: до 0,1 у 9 б-х (аппенд. 4, рак грудн. жел. 3, водянка яичка 2), от 0,1 до 0,2 у 8 б-х (аппенд. 3, рак грудн. жел. 1, резекц. желуд. 1, резекция толстых кишок 1, удаление предст. железы 1 и водянка яичка 1), от 0,2 до 0,5 у 4 б-х (аппенд. 3, холецистит 1).

У 2-х б-х к. ч. от операции не изменилось (резекция желудка и аппендицит).

Из 21 больного, снизивших после операции к. ч. в сторону ацидоза (ниже 1,25), было лишь 7. Среди этих больных у 3-х до операции к. ч. было ниже 1,25 (№ 251, № 289 и № 271). За вычетом этих 3-х случ. лишь у 4-х б-х до операции к. ч. было нормальное, после операции снизилось в сторону ацидоза. Вот эти случаи:

№ 275. В-ая Г., 50 л. *Cholelithiasis*. Тяжелое общее состояние, 2 мес. желтуха. *Cholecystectomy+drainage d. hepatici*. До операции к. ч. 1,44, после—1,2. Израсходовано 600 кб. см. раствора.

№ 276. Б-й Ч-о., 28 л. *Appendic. chron. Appendectomy*. До операции к. ч. 1,49, после операции 0,74. Израсходовано 400 кб. см. раствора.

№ 297. Б-й М., 47 л. *Appendicitis chron. Appendectomy*. До операции к. ч. 1,46, после—1,22. Израсходовано 300 куб. см. раствора.

№ 310. Б-й В., 40 л. *Appendicitis chron., Appendectomy*. До операции к. ч. 1,45, после—1,105. Израсходовано 359 кб. см. раствора.

Приведенные 4 случ. не могут быть объединены в одну группу, точно также они не объясняют снижение к. ч. после операции в сторону ацидоза. Заслуживают особого внимания следующие случаи, где оперативное вмешательство было обширное, расходовалось большое количество раствора, а карбонатное число не снижалось в сторону ацидоза.

№ 297. Б-я М., 30 л. Рак грудной железы. До операции к. ч. 1,66, после операции 1,65. Израсходовано 1100 кб. см. раствора.

№ 292. Б-я С., 42 л. Cholecystectomy. До операции к. ч. 1,31, после операции—1,40. Израсходовано 800 кб. см. раствора.

№ 307. Б-я П., 49 л. Рак груди. До операции к. ч. 1,46, после операции—1,442. Израсходовано 1300 кб. см. раствора.

№ 89. Б-й Ф., 27 л. Резекция желудка. До операции к. ч. 1,64, после операции—1,61. Израсходовано 850 кб. см. раствора.

№ 90. Б-й А., 46 л. Резекция желудка. До операции 1,64, после операции—1,68. Израсходовано 950 кб. см. раствора.

№ 97. Б-ая П., 54 л. Резекция всего толстого кишечника. До операции к. ч. 1,60, после операции—1,53. Израсходовано 1800 кб. см. раствора.

№ 100. Б-я Х., 45 л. Резекция желудка. До операции к. ч. 1,45, после операции—1,78. Израсходовано 900 кб. см. раств.

№ 111. Б-я К., 24 л. Splenectomy. До операции к. ч. 1,52, после операции—1,65. Израсходовано 1100 кб. см. раствора.

Rh мочи. Исследование производилось колориметрически компаратором Hellige. Исследовано 79 б-х. Женщин 36, мужчин 33. Возраст от 14 до 64 лет. По национ. русских 53, татар 16, евреев 6, прочих 4. Моча бралась утренняя в день операции и на другой день после операции. У некоторых б-х исследования повторялись в следующие 5—6 дней. Максимальная цифра *Rh* до операции 7,0, минимальная—5,4, максимальная *Rh* после операции 7,4, минимальная—5,2.

Колебания после операции:

Повышение *Rh* от 0,2—1,0 = 12 } 13 чел. = 16%

„ „ свыше 1,0 = 1 }

Понижение *Rh* от 0,2—1,0 = 27 } 31 чел. = 39%

„ „ свыше 1,0 = 4 }

Без изменений 35 чел. = 45%

По роду операций б-ые распределялись:

Наименование операции	Всего операций	Без изменений <i>Rh</i>	Повышение <i>Rh</i>	Понижение <i>Rh</i>	Всего операций	После операции
Аппендицит	28	15	2	11	28	8
Операции на желчных путях	7	3	3	1	9	2
Операции на почках	9	4	1	4	13	—
Желудок. { резекция	4	3	—	1	9	—
{ прочие	2	—	—	2	2	—
Грыжи	5	1	—	4	10	2
Удаление простаты	3	—	2	1	3	—
Геморрой	4	2	1	1	5	—
Ампут. груди. железы по поводу рака	5	2	2	1	11	1
Полн. удаление толстых кишок	2	1	—	1	2	—
Операт. на головн. и спинном мозгу	3	—	1	2	3	—
Водянка яичка	3	2	1	—	2	4
Пробная лапаротомия	2	2	—	—	2	—
Опер. на конечностях	2	—	—	2	2	—
	79	35	13	31	100	14

Ацетонурия. Определение ацетона в моче производилось качественно по методу Лёгалля-Ланге. Моча бралась утром перед операцией и в последующие 5—6 дней. Исследовано 100 б-х—мужчин 59, женщин 41. Русских 74, татар 16, евреев 6, прочих 4. Послеоперационная ацетонурия встретилась у 14 б-х—у 7 мужчин и 7 женщин и держалась от 1 до 3 дней. Предоперационная ацетонурия была у 2 х б-х (хронич. аппендицит—опущение прав. почки и рак грудн. железы). Разбавляя наши случаи послеоперационной ацетонурии, мы можем сказать что в значительном большинстве случаев она встречалась там, где, ставя ее в связи с ацидозом, мы менее всего могли ее ожидать. По Карганиной частота послеоперационной ацетонурии при операциях в брюшной полости зависит от нарушения нормального кровообращения в ней, что отражается и на кровообращении в печени, нарушая нормальную нейтрализацию кислот. Мы на 28 аппендектомий имели послеоперационную ацетонурию 8 раз, тогда как на 9 операций на желчных путях только 2 раза, почечные, желудочные (в большинстве с резекциями желудка) и б-е с полным удалением толстых кишок совсем не дали послеоперационной ацетонурии. Исходя из наших данных, мы ни в коем случае не можем установить зависимости между тяжестью и длительностью операции, а также и тяжестью послеоперационного течения с появлением в моче ацетона. Частота ацетонурии после аппендектомий обращает на себя внимание, что отмечается и другими авторами, но это не может быть постановлено ни в зависимость от манипуляций на кишках, ни в зависимость от нарушения кровообращения в печени, т. к. другие б-е (опер. на желчн. пут., резекции желудка и толст. кишок), где мы могли бы ждать эту зависимость, или не давали ацетона совсем, или давали в слишком малом проценте случаев. Предоперационная ацетонурия, которая у нас встретилась 2 раза, после операции исчезла совсем.

Кровяное давление. Измерение кровяного давления производилось аппаратом Riva-Rocci по Короткову. Измерялось при поступлении б-го в клинику, в день операции утром, тогда после операции, на другой день утром и при снятии швов. Произведено около 900 измерений у 140 б-х. Из них мужчин 59 чел., женщин—81 ч., возраст от 16 до 64 л. По национальности: русских 94, татар 31, евреев 11, прочих 4. Большинство операций полостные. После операции снизили кровяное давление от 1 до 10 mm—44 б-х, от 10 до 20 mm—11 б-х, свыше 20 mm—2 б-х; повысили кровяное давление от 1 до 10 mm—34 б-х, от 10 до 20 mm—19 б-х, свыше 20 mm—2 б-х. Совершенно не изменяли кр. д. 23 б-х.

Как видно из приведенного, резких колебаний кров. давления не было, точно также не удалось установить какой-либо закономерности этих колебаний.

Определение кальция в крови. Определение производилось по методу de Waarda. Кровь бралась накануне операции, в день операции и на другой день после операции утром. Исследовано 78 б-х: мужчин 43, женщин 35; по национальности: русских 59, татар 14, прочих 5; по возрасту: до 20 л.—4 б-х, от 20 до 30 л.—19 б-х, от 30 до 50 л. 43 б-х, свыше 50 л.—12 б-х; по роду операций: полостные 50, опер. на почках, моч. пуз. и простате 11, рак груди 6, на головном и спинном мозгу 2 и прочих 9. До операции минимальная цифра $\text{Ca} = 8,20 \text{ mg}\%$; максимальная—14,84 mg %, соответствен. после операции минималь-

ная цифра—7,96 mg %; максимальная—14,84 mg %. После операции повышение Са до 0,1 mg % было у 4 б-х, от 0,1 до 0,5 mg %—у 18, от 0,5 до 0,8 mg %—у 5, понижение до 0,1 mg % было у 9 б-х, от 0,1 до 0,5 mg %—у 25, от 0,5 до 1,0 mg %—у 16. Без изменения—у 1 б-го. Как видно из приведенного, резких колебаний Са в крови после операций не было.

Что касается клинических симптомов ацидоза, то они встречались в нашей клинике как редкое исключение. Как это обстоятельство, так и результаты наших исследований, быть может, нужно объяснить особенностями методики местной инфильтрационной анестезии проф. А. В. Вишневецкого и предоперационной подготовкой б-х. Рамки настоящего сообщения не позволяют нам подробнее остановиться на этих вопросах, но мы считаем нужным коснуться существенного. Как упоминалось выше, при некоторых операциях вводилось до 1,5—1,8 лг-ра анестезирующего раствора (adipositas), превышающего в 2—3 раза токсическую дозу новокаина, никогда, однако, не наблюдалось следов интоксикации. Чем объяснить это обстоятельство? Очевидно в существе метода имеется ряд особенностей, которые делают его по сравнению с общим наркозом и другими методами местного обезболивания (связанными с концентрированным раствором, с закрытым, разовым введением обезболивающих веществ и т. д.) более индифферентным. Метод нашей клиники связан с особенностями нашего раствора, с постепенным, чаще всего открытым, послойным введением его, с образованием в тканях тугой инфильтрации, позволяющей раствору легко вытекать обратно и с разрезом без выжидания.

В предоперационной подготовке мы отказались от голодания, слабительных и излишних клизм. Перед операцией б-ые, не исключая и желудочных, получают горячий сладкий чай и накануне жидкую пищу в достаточном количестве. На ночь перед операцией б-ые получают 0,5 веронала, утром еще 0,5 и за 20 минут до операции 1 кб. см. морфия под кожу. Слабым б-вым принято до операции вливать под кожу рингеровский раствор. Как упоминалось выше, и новокаин готовится на рингеровском растворе, о благотворительном влиянии которого на хирургических б-х и послеоперационное течение не раз указывалось (See men, Binswanger).

Выводы. После операций с указанным нами методом инфильтрационной анестезии: 1) Щелочной резерв крови существенных изменений не претерпевал. 2) Послеоперационная ацетонурия встречалась в 14%. 3) Частота ее одинакова как у мужчин, так и женщин. 4) Послеоперационная ацетонурия не зависит от тяжести и длительности операций и тяжести послеоперационного течения. 5) Предоперационная ацетонурия не повышалась в послеоперационном течении, а исчезала. 6) Зависимости ацетонурии от величины Ph не было (ацетонурия встречалась одинаково как при понижении Ph, так и при повышении). 7) Кровяное давление существенных изменений не претерпевало. 8) Изменения кальция в крови были незначительны.

Литература: 1) Awdejewa, Thal, Prowatorowa. Arch. f. kl. Chir. B. 149, H. 4.—2) Березов. Послеоперац. ацидоз, 1928, Саратов.—3) Beresow, Kuchowarenko, Lifschutz. Arch. f. kl. Chir. B. 144, H. 1.—4) Beresow. Ib. B. 149. 5) De Waard. Biochem. Zschr., 1919, B. 97.—6) Weller, Bruno, Zschr. f. Urolog., 1927.—7) Wilk, Zbl. f. Chir. 1928,

49—8) Вишневский. Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 22.—9) Он же, Deutsch. Zschr. f. Chir., 1927.—10) Он же, Zbl. f. Chir., 1928, №№ 9—24 41.—11) Он же Казан. м. ж., 1929, №№ 3, 9.—12) Volkman n. Arch. f. kl. Chir., 1926.—13) Heidecker. Zbl. f. Chir., 1927.—14) Kappis, Soiko. Der Schmerz, 1928, В. 2, Н. 1.—15) Kappis, Z. Org. f. Chir., 1928, № 41.—Он же. Zbl. f. Chir., 1927, № 45.—17) Карганова, Нов. хир. арх., 1924, Т. I, кн. 1.—18) Коноплев. Жур. совр. Хир. 1928, Т. III.—19) Mogilew. Z. Org. f. Chir. 1928.—Нимцовицкая. Каз. м. ж., 1928, № 9.—21) Nogara. Z. Org. f. Chir. В. 41, Н. 14.—22) Оппель. Вестн. хир. и погр. обл., 1928, кн. 43/44.—23) Рейнгольд. Труды кл. Воронеж. У-та, 1928.—24) Ruef. Arch. f. kl. Chir., 1927.—25) Сакаян. Русс. кл., 1924, № 4.—26) Seemen, Binswanger, Deutsch. Zschr. f. Chir. В. 208, Н. 3/4.—27) Скворцов. Ацидоз и алкалоз в мед. 1928, Гиз.—28) Ставраки. Нов. хир. арх., 1928, № 54.—29) Толстиков. Русс. кл. 1924, № 4.—30) Флеров. Каз. м. ж., 1929, № 5.—31) Chassin, Schapiro. Arch. f. kl. Chir., В. 153, Н. 2.—32) Щербаков, Дмитриев, Кибяков. Каз. м. ж., 1927, № 3.—33) Якимов, Каз. м. ж., 1926, № 8.

Из Хирургической клиники Харьк. гос. ин-та по усовершенствованию врачей
(Директор Ф. Ю. Розе).

Об острых негнойных тиреоидитах.

Д-р М. М. Ляховицкий.

Острые тиреоидиты, особенно негнойные, являются очень редкими заболеваниями. Первые работы, посвященные описанию острого воспаления щитовидной железы относятся к началу прошлого столетия. В работах целого ряда авторов (Conradi, Weitenweber'a, Bauchet'a, Pinchod) уже успешно выясняется суть данного заболевания и твердо устанавливается различие между тиреоидитом—воспалением здоровой щитовидной железы—и струмитом—воспалением злобно измененной железы. В процессе дальнейшего изучения этого вопроса появился ряд работ (Lebert'a, Kocher'a, Mygind'a и др.), в которых наряду с выяснением целого ряда этиологических моментов, вызывающих данное заболевание, и описанием патологической анатомической картины, подвергалось сомнению и даже отрицалось существование первичного негнойного тиреоидита. Вышедшая в 1904 г. монография De Quervain'a „Die acute, nicht eiterige Thyreoiditis“ на основании целого ряда экспериментов не только подтвердила существование первичного острого тиреоидита, но и впервые установила точную гистологическую картину его, образовав стройное учение о тиреоидитах, легшее в основу многих дальнейших работ. В более позднее время мы имеем две небольшие, но обстоятельные клинические работы на немецком языке (Dunger'a, Lublinsk'ого) и отдельный казуистический материал, посвященный этому вопросу. В 1928 году вышла работа Rurhans'a, в которой автор приводит 262 литературных и своих случая, и на основании их не считает острый тиреоидит редким заболеванием. Но оказывается, что это были все гнойные тиреоидиты, острых же негнойных тиреоидитов в этом числе всего только 4 случая.

Привожу наблюдавшиеся нами случаи:

Случай 1. Больная К. К., 28 лет, из совершенно здоровой семьи, по профессии оперная артистка. 28/XII—27 г. остро заболела с температурой 37,8. Жалобы на боли при глотании и ощущение галочки, сидящей в глотке. На другой

день 10 38, ясное увеличение левой доли щитовидной железы, чрезвычайно болезненной при опухивании. Опухоль плотно-эластической консистенции. У больной сильные головные боли и боли, отдающие в затылок и левое ухо, заметно учащен пульс (108'). 30/XII 10 38,2, боли при глотании исчезли, все остальные симптомы держатся с той же силой. 31/XII опухоль стала ползти, перепла на перешеек и правую долю щитовидной железы. Исследована кровь: лейкоцитоз (15.000,—нейтрофилов 80%, лимфоцитов 15%, моноцитов 5%, эозинофилов изредка. 1/1, 2/1—28 г. 10 38,2, 38, опухоль преимущественно на правой стороне щитовидной железы, появились стреляющие боли в правое ухо. С 3/1 по 11/1 темпер. медленно падает и достигла 37°. Опухоль за это время незначительно уменьшилась, но болезненность почти исчезла. 15/1 снова появилась болезненность и подъем температуры до 37,5. Исследована кровь: лейкоцитов 12.000, лейкоцитарная формула та же. В течение 5-ти дней 10 37,6—37,8, исследование крови бактерий не обнаружило. С 20.1 температура достигла нормы, резкое уменьшение опухоли и к 27/1 полное исчезновение ее. Случай проходил под адрен-терапией. В течение всего времени наблюдалось учащение пульса: 96—100'. Больная находится под наблюдением до сего времени. После перенесенного заболевания отмечается: резкое учащение пульса, заметная раздражительность после физических и психических напряжений. Резюмируя описанный случай, необходимо отметить особенности его: 1) возникновение заболевания без ясной выраженной причины, без того, чтобы ему предшествовало какое-либо острое инфекционное заболевание) 2) ползучесть процесса—переход воспалительного уплотнения с левой доли на перешеек и правую долю щитовидной железы, 3) рецидивирование процесса и 4) стойко оставшиеся после болезни учащение пульса и раздражительность.

Случай. 2. Больная 4-ко, 38-ми лет, 17/V—28 г. перенесла операцию по поводу фибромиомы матки. На 4-ый день операции осложнилась инфильтрацией передней брюшной стенки с повышением температуры до 39,2. 25/V инфильтрат вскрыт и удалено большое количество гноя. До 30/V 10 колебалась между 37°—37,2. 1/VI внезапный подъем 10 до 38° и очень резкие боли в области щитовидной железы, и небольшая припухлость левой доли ее. Боли отдавали в левое ухо. В последующие дни температура стала подниматься и 6/VI достигла 40°. Рана в эти дни почти зажила. Тем временем уплотнение щитовидной железы переходило через перешеек на правую сторону, исчезая в левой стороне. 16/VI температура дошла до нормы, увеличение щитовидной железы едва заметное. Такое состояние продолжалось до 20, а 21/VI вместе с температурой 39,5 появилась опухоль в правой половине щитовидной железы и резкие боли, отдающие в правое ухо. 22/VI температура упала, но 24/VI снова поднялась до 39,3. Через 2 дня температура упала до нормы и больше не поднималась; в последующие несколько дней полное исчезновение опухоли. Случай проходил под казеин-адрен-терапией. Резюмируя данный случай следует отметить: 1) по поводу, метастатический характер тиреоидита, 2) ползучесть процесса—переход воспалительного уплотнения на перешеек и противоположную сторону, 3) рецидивирование болезни.

Случай 3. Больной Г. Г., 40 лет, рабочий, поступил 6/IX—29 г. За 9 дней до поступления внезапно заболел; озяб, незначительные боли в горле при глотании, насморк, легкий кашель, а также чувство стеснения (напряжение) на шее в области щитовидной железы. На 3-й день появилась в области щитовидной железы плотная опухоль. При поступлении 10 38,8, пульс 82'. Здоровый, крепкий мужчина. На шее в области щитовидной железы имеется небольшое покраснение кожи и опухоль величиной с куриное яйцо, чрезвычайно плотной консистенции соответственно перешейку и левой доле. Пальпация опухоли чрезвычайно болезненна. В ягсе и гортани (осмотрен ларингологом) никаких изменений не найдено. Картина крови —нейтрофильный лейкоцитоз (10.000—77% нейтрофилов). Больной жалуется на сильные головные боли и боли, отдающие в левое ухо и затылок. Первые 3 дня после поступления температура колебалась от 37,3 по утрам до 38,3 по вечерам. Общее состояние 6-ного улучшилось, головные боли уменьшились. Опухоль наощупь также плотна, но несколько меньше. В-ной эти дни получал фенацетин и согревающий компресс на шею. 11/IX 6-ному вприснут 0,5 молока, в тот же день вечером 10 39,1. Последующие 2 дня 10 37,4—39,4, 36,8—37,6. Головных болей почти нет; незначительные боли, отдающие в левое ухо. Опухоль стала гораздо меньше—величиной в длину. 14/IX вприснут 1 кб. с. молока, в тот же день вечером темпер. 37,4, а со следующего дня темпер. упала до нормы и больше не поднималась. RW отрицательна. 16/IX 6-ной выписался, имея еще небольшую, как лесной орех, плотную опухоль, при общем хорошем самочувствии и

состоянии. По нашей просьбе б-ной показан через 5 дней. (остатки гное, как и в день выписки, а еще через 3 дня б-ной явился с рецидивом, с еще большей, чем при первом поступлении опухолью опять перешейка и левой доли щитовидной железы. Через день б-ной поступил в больницу, № 380, пульс 88, жалобы те же. Опухоль плотная, величиной с гусиное яйцо. Лейкоцитов 7700. Везе и гортани никаких изменений. Молочное улучшение болезни. Протейно-терапия. Б-ной выписан на 12-й день, имел небольшую, величиной с орех, плотную опухоль, которая в дальнейшем постепенно исчезла. Резюмируя данный случай, следует отметить: 1) наступление тиреоидита вместе с появившемуся гриппозной инфекцией, 2) чрезвычайную плотность опухоли, 3) рецидивирование процесса.

Клиническая картина острого тиреоидита в громадном большинстве случаев довольно типична и диагностика его как-будто не представляет особых затруднений. С этим соглашаются почти все авторы. Болезнь начинается внезапно и иногда больные не могут указать непосредственной причины, повлекшей за собой это страдание. Наряду с появлением высокой температуры, достигающей 40°, появляется озноб, иногда рвота и чувство стеснения на шее в области щитовидной железы. В дальнейшем появляется припухлость какой-либо доли или, что реже, всей щитовидной железы; б-ной жалуется на затрудненное дыхание, боль при глотании, а в более легких случаях только першение в горле, сильные головные боли и боли, иррадиирующие в затылок и ухо. Опухоль чаще всего локализуется в какой-либо доле щитовидной железы и значительно реже поражает перешеек. На 45 случаев De Quervain'a только в одном случае был поражен перешеек. Lublinski'i в своих 11 случаях ни разу не имел опухоли перешейка, в то время как Dunger из своих 7 случаев — в 6 имел опухание перешейка. Во всех 3-х наших случаях было поражение перешейка, хотя не изолированного характера. Опухоль достигает размеров куриного яйца и больше, на ощупь плотной консистенции, мелко-бугристая и болезненна при надавливании. Она также мало подвижна и интимно спаяна с трахеей и гортанью. Кожа над опухолью нормальной окраски, обычно свободна и легко берется в складку, но в иных случаях, как в одном из наших, бывает покрасневшей и сыпавшей с опухолью. Следует указать, что некоторые авторы (Mugind, Lublinski) наблюдают при острых тиреоидитах осложнение со стороны гортани в виде острого ларингита, с охриплостью голоса и кашлем с кровавой мокротой, поражением возвратного нерва и шейного симпатического сплетения. На нашем материале мы ничего подобного не наблюдали.

Указанные симптомы развиваются быстро, в течение первой недели, держатся довольно интенсивно, а затем медленно спадают. Все же для полного возвращения к норме требуется часто несколько недель. Не следует забывать также возможности наступления рецидива заболевания, особенно перехода процесса на другую, здоровую долю щитовидной железы. Эту способность рецидивирования и ползучести процесса совершенно ясно иллюстрируют приведенные нами случаи.

Картина крови при данном заболевании не является типичной для данного процесса, хотя мы в наших случаях получили довольно однородные данные. Как и при всяком воспалительном процессе, в организме в начале заболевания имеется нейтрофильный лейкоцитоз, с эозинопенией и с мало измененным количеством лимфо- и моноцитов. В последующей стадии, в периоде выздоровления, наблюдается увеличение лимфо- и моноцитов и небольшая эозинофилия.

Прежде чем перейти к этиологии данного страдания, необходимо остановиться на вопросе, является ли острый тиреоидит самостоятельным

возникающим первичным заболеванием или это только вторичное метастатическое заболевание. De Quervain в своей монографии разделяет обе эти формы и под первичным тиреоидитом—*Thyreoiditis simplex*—понимает самостоятельно развившееся в этиологическом отношении заболевание щитовидной железы, с особой гистологической картиной характерной для данного заболевания, а вторичные метастатические тиреоидиты рассматривает и обозначает как токсическую реакцию щитовидной железы. Гистологическая картина по De Quervain'у при остром тиреоидите представляется в следующем виде: а) размножение и отторжение эпителия фолликулов, б) изменение и исчезание коллоида, в) проникание полинуклеаров, круглых клеток и больших блуждающих клеток с бледным продолговатым ядром в альвеолы, а также не резорбированные коллоидные комочки, д) образование соединительной ткани. Эти изменения в железе носят характер паренхиматозного воспаления ее. Клиническим подтверждением этому являются случаи острых тиреоидитов, когда в анамнезе нет никаких указаний на предшествующее какое-либо заболевание. Düncker с таким делением не вполне согласен. Он считает, что даже в тех случаях, где предшествующего заболевания не было, очень трудно исключить незначительную, скрыто протекавшую у больного инфекцию, равно как и какой-либо легкий катарр верхушек легких или желудочно кишечного тракта. Lublinski первичными тиреоидитами считает только случаи, развившиеся от яода или возникшие вследствие травмы (случай Burg'a).

Рассматривая наши случаи, мы не можем согласиться с мнением Düncker'a и Lublinsk'ого. Возьмем наши 1-й и 2-й случаи. В первом из них б-ная с абсолютно здоровым организмом до болезни, очень внимательно следившая за своим здоровьем, категорически отрицает предшествование заболеванию какого-либо инфекционного начала. Кроме того характерным является начало возникшего у нее острого тиреоидита (ощущение галупки, сидящей в глотке, появление осухолы уже на второй день). Все это вполне укладывается в картину чистой формы первичного тиреоидита. Не менее интересен с этой точки зрения и 2-й наш случай. Возник острый тиреоидит вследствие послеоперационного нагноения. Мы скорее вправе были бы ожидать, имея бактериальный метастаз, нагноение и в щитовидной железе, но мы его не получили и больше склонны рассматривать этот случай именно как токсическую реакцию щитовидной железы. Конечно, чтобы быть более уверенным в доказательстве, нужно иметь гистологические препараты щитовидных желез указанных больных. Мы их не имеем и не считали возможным их получать.

Вторичные тиреоидиты могут возникать вследствие целого ряда инфекций. В первую очередь их вызывают: инфлюэнца, полиартрит, затем корь, ангина, септические заболевания, реже рожа, скарлатина, паротит, орхит, дифтерия, холера, оспа, тиф, малярия и erythema nod. Также следует помнить и о сифилисе. 3-й наш случай мы рассматриваем как типичный вторичный тиреоидит после гриппозного состояния.

Предрасполагающим моментом является ранее имевшаяся диффузная гиперплазия щитовидной железы. Больше всего предрасположены женщины в возрасте от 20—40 лет.

Как я уже указывал, диагноз в типичных случаях не представляет затруднений. Дифференцировать, главным образом, следует со струмозом,

и в тех случаях, где до заболевания существовала струма, вопрос выясняется сам собой. Труднее в тех случаях, где до заболевания могли существовать небольшие узелки, особенно в таком месте, как, например, перешеек, когда пальпаторно трудно установить наличие их. Все же при струмите имеется припухлость всей железы, в то время как при тиреоидите поражается какая-либо доля; струмита значительно чаще кончаются нагноением.

Прогноз острого тиреоидита в большей своей части благоприятен. В тяжелых случаях может наступить удушье от сдавления трахеи или паралича голосовых связок. В 2х описанных в литературе случаях смерти от острого тиреоидита оба больных погибли от удушья (случай Weitenberga в Streschana, цит. по Lublinsk'ому). Говоря о прогнозе, необходимо еще остановиться на связи острых тиреоидитов с Базедовой болезнью. По De Quervain'у тиреоидит является как бы промежуточным звеном между острым инфекционным заболеванием и Базедовой болезнью. То гистологические изменения, которые De Quervain считает характерными для острых тиреоидитов, во многом напоминают гистологическую картину, свойственную щитовидной железе при Базедовой болезни. Отсутствие неравномерных, атипичных выступов в альвеолах при острых тиреоидитах, что является характерным также для Базедовой болезни, De Quervain объясняет быстротой развивающегося страдания и тем, что атипичный рост эпителия не успел еще развиться. В литературе многими авторами были описаны случаи, когда в связи с острым заболеванием щитовидной железы развились симптомы Базедовой болезни. Случаи De Quervain'a, Apelta, Gilbert'a и Castagne'я, Плетнева и др. являются типичными в этом отношении. Да и наш 1-й случай также не совсем благополучен: резкое учащение пульса, раздражительность и некоторая лабильность всей нервной системы нами рассматривается как некий предстадий, могущий в будущем развиться в Базедову болезнь.

Лечение острого тиреоидита больше симптоматическое. При ревматических формах показаны салицилаты, при малярийной форме—хинин. Местно лед, согревающие компрессы. Рекомендуются также легкое смазывание шеи подной настойкой. Что касается назначений препаратов внутрь, то есть указания в литературе на появление после назначения их некоторой лабильности по отношению к Базедовой болезни или отдельных симптомов ее. Кроме того нужно помнить о случае Dunger'a, когда после *sig. ferri jod.* наступил рецидив. В наших случаях мы проводили протейно-терапию (в двух случаях ятрен. в одном лакто-терапию) и результаты получились довольно хорошие.

Литература. 1) Абражанов А. А. Хирургия, 1903.—2) Apelt. M. m. W. 1908, № 41.—3) Burg. Ib. № 36.—4) Dunger. Ib.—5) Henke-Lubarsch. S. 115, Bd. VIII, 1928.—6) Lublinski Berl. klin. W. 1913, № 18.—7) Милевский Е. Т. Диссертация, 1907.—8) Мыш В. Н. X. А., т. II, кн. 3-4, 1922.—9) De Quervain. Mitt. aus grenz. Chirurg. und inner. Med. Bd. 15, 1905.—10) Плетнев Д. Д. Русский врач, том XIII, 1914.—11) Spanaus. Brun's—Beiträge Bd. 70, 1910.—12) M. Simmonds. Virchow's Archiv, Bd. 246, 1922.—13) Труды 5 съезда российских терапевтов, 1913.—14) Rurhans. Ref. H. X. A. № 74, 1929.

Из госп. хир. клиники Казан. государ. университета (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

О причинах неудачных исходов в лечении закрытых переломов конечностей.

Проф. Н. В. Соколов.

(С рис.).

В данной статье я совершенно не касаюсь причин неудачных исходов в лечении переломов конечностей, зависящих от патологии организма, и пишу в виду остановить внимание на причинах неудачных исходов, зависящих главным образом от лечащего персонала и отчасти от отношения к лечению самих больных. Я полагаю, что неудачные исходы в лечении переломов конечностей очень часто находятся в зависимости, во-первых, от неправильно избранного метода лечения, иначе говоря, — от неправильных показаний к тому или другому методу; во-вторых — от неправильного применения выбранного метода и, наконец, от недооценки последующего „долечивания“, которое почти всегда требуется при всех методах лечения переломов в виде ванн, массажа, гимнастики, словом — механо-терапии. На эти факты нужно поставить акцент; они играют виднейшую роль в неудачных исходах лечения переломов конечностей, которые, по некоторым авторам, достигают колоссальных цифр (Hoff, Hanel, Kaufmann, Carlsson, Поль).

Вопрос о лечении переломов конечностей пропел в историю ряд этапов. До 80-х годов прошлого столетия лечение переломов проводилось исключительно по принципу иммобилизации поврежденной конечности; на первом плане внимания врача был костык, восстановление его анатомической целостности. Метод иммобилизации, которым пользовались врачи всего мира, при критической оценке обнаружил, однако, существенные недостатки: это — расстройство питания конечности и в частности кости, а в связи с этим замедление образования мозоли, временная атрофия мышц, тугоподвижность суставов, ограничение подвижности сухожилий; в связи с этим в пораженной конечности развивается ряд требующих долечивания расстройств, которые, по замечанию проф. Вегнера, — этого яркого противника иммобилизационного метода, — являются следствием не основного страдания, т. е. перелома, а следствием иммобилизационного метода лечения. Поэтому вполне понятно, что высказывавшиеся в разное время идеи лечить переломы вытяжением получили разработку, и с 80-х годов метод вытяжения, связанный с именами разработавших его Bardenheuer'a и Zippinger'a, начинает завоевывать права гражданства и вытеснять в специальных учреждениях с специальными оборудованием методы иммобилизации. Проводимый в условиях достаточного оборудования, в условиях неослабного наблюдения больного и сознательного отношения больного к методу лечения, в условиях постоянного рентгеноанализа, метод вытяжения приводит к прекрасным результатам, удовлетворяя предъявляемым к лечению требованиям — одновременного лечения переломленной кости и всей конечности в целом. При нем срок лечения обычно короче, чем при других методах лечения.

Но опыты и объективная критика показали, что и метод вытяжения не лишен некоторых недостатков, которые лишают его права быть мето-

дом безусловного выбора при лечении переломов. Не всегда и при методе вытяжения удастся достигнуть правильного расположения отломков кости, особенно при применении липкопластырных и им подобных повязок; применение же гвозди Steimann'a дает сравнительно частую секвестрацию, как об этом свидетельствует возглавляемая Н. П. Грековым Обуховская больница (Петрашевская). Метод вытяжения сложнее метода иммобилизации, и для правильного применения требует достаточной аппаратуры, рентгеноанализа, тщательного наблюдения больного и, кроме того, как показал наш опыт, он требует сознательного отношения к лечению самих больных: самовольное снятие грузов, поворачивание в постели, когда утихают боли, сводят иногда на нет преимущества метода у малокультурных, несознательных больных. Наконец, метод вытяжения, применяемый при переломах нижней конечности, требует более длительного занятия больничной койки.

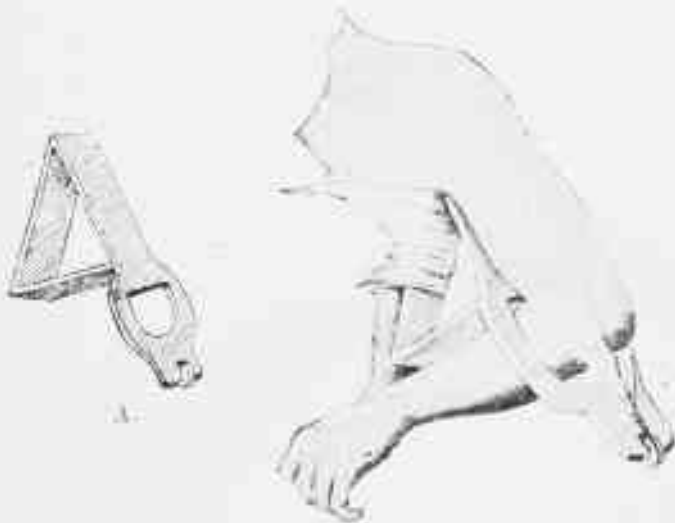
Теневые стороны метода вытяжения направили мысль хирурга на возможность кровавого вмешательства при переломах костей конечностей, причем наиболее активные из них (Lane, Lambotte, у нас Петрашевская) ставят очень широко показания к хирургическому вмешательству при переломах костей. Несомненно, что при кровавом способе лечения имеется полная возможность правильного соединения отломков и получения хороших конечных результатов. Но и этот способ не лишен недостатков, первым из которых является риск инфекции, условия для развития которой особенно благоприятны при размождении мягких тканей при переломах. В большинстве случаев при кровавых методах требуется иммобилизация, и упрек, бросаемый методу иммобилизации, относится и к этому методу. В настоящее время в вопрос о кровавом лечении переломов конечностей внесены существенные поправки, и большинство хирургов признает необходимость оперативного вмешательства только при специальных показаниях (König, Труды XVII Съезда хирургов, 1925 г., Харин).

Для меня не представляет ни малейшего сомнения, что каждый из этих методов—метод иммобилизации, метод вытяжения и кровавый метод имеют свои показания и противопоказания, которые лечащий врач должен учитывать и уточнять. Применение известного метода при известных противопоказаниях естественно может привести к неудачному исходу и скомпрометировать метод при всех его достоинствах. Исходя из этой точки зрения, надо признать, что применение при переломах конечностей кровавого вмешательства, связанного с известным риском для больного, должно строго ограничиваться определенным кругом случаев, именно, 1) при интерпозиции мягких тканей; 2) при отрывах и расхождении костных участков, к которым прикрепляются важные в функциональном отношении мышцы; 3) при одновременном с переломом костей повреждении крупных сосудов или нервов, и, наконец, как *ultimum refugium*, когда другие способы не в состоянии устранить смещения отломков. Кровавый способ не должен применяться в обстановке, неудовлетворяющей хирургическим требованиям (Постановления Бостонской конференции хирургов и ортопедов 1922 г.). Отдавая должное методу вытяжения, нужно подчеркнуть, что при переломе верхней конечности со значительным смещением отломков, имеющем место главным образом при переломах плеча,—метод вытяжения должен быть использован как при ста-

ционарном, так и при амбулаторном лечении больного при условии постоянного контроля над ним. В отношении переломов нижней конечности, главным образом бедра, надо полагать, что в условиях достаточного оборудования, при условии постоянного надзора за больным, возможности частого рентгеноанализа,—метод вытяжения является наилучшим и заслуживает широкого применения. Но при лечении больных с переломом верхней конечности, которые не могут подвергаться постоянному контролю,—предпочтительнее методы иммобилизации. В условиях больничной обстановки при ограниченных финансовых возможностях, при недостаточности обслуживающего персонала, применение метода вытяжения в отношении переломов нижней конечности несет в себе риск неудач, а принимая во внимание экономию коек, его применение является большой нагрузкой для учреждения. В нашем материале наблюдались демонстративные случаи несросшихся переломов, доставленных после лечения вытяжением в обстановке, неподходящей для применения этого метода. При переломах внутрисуставных иммобилизационный метод вообще противопоказан. Здесь я считаю уместным привести данные лечения, основанные на материале Казанской госпитальной хирургической клиники за тот период, когда я в качестве преподавателя вплотную подошел к вопросам лечения переломов, именно с сентября 1925 г. по сентябрь 1929 г. В условиях работы госпитальной хирургической клиники с большой пропускной способностью, экономией коек, ограниченным количеством обслуживающего персонала, невозможности частого рентгеноанализа,—мы сравнительно редко проводили лечение переломов конечностей по методу вытяжения на всем сроке, прибегая к нему в ряде случаев при переломе верхней конечности и частично при переломах конечностей с сильными мышцами в течение 6—7 дней для преодоления тракции мышц, и при этом были вынуждены прибегать к методу иммобилизации, подкупавшему своей простотой, дающему экономно больничных коек и приводящему в общем к неплохому ближайшему и конечному результату.

За указанный период через стационарное отделение клиники прошло с закрытыми переломами конечностей 270 больных; амбулаторно лечилось 163 больных. Наилучшие результаты в общем получены в детском возрасте, где метод фиксации является часто незаменимым методом. В этом возрасте получены в сравнительно короткий срок лечения сращения с минимальным укорочением, минимальными физиологическими расстройствами. Как очевидно из таблицы,—из больных с переломами конечностей 208 падает на горожан и 225 на деревенских жителей, главным образом на крестьян. Это разделение имеет то значение, что большинство городских больных могло быть подвергнуто обследованию и на позднем сроке, большинство деревенских больных ускользнуло от последующего обследования. Кроме того, небезинтересным является то обстоятельство, что те из городских больных, которые после снятия повязки при наличии функциональных расстройств лечились дома без надзора врача, при обследовании 2—3 месяца спустя чаще обнаруживали недолеченные функциональные расстройства, чем крестьяне, которые при тех же расстройствах, очевидно принужденные нести немедленно физическую работу, несколько производили врачебную гимнастику, и при освидетельствовании реже обнаруживали расстройство деятельности пораженной конечности. Амбулаторно лечилось большинство больных с переломами верхних конечностей, большинство больных с переломами нижних конечностей лечилось стационарно. Из больных, лечившихся стационарно, только очень немногие провели полный курс лечения в отделении, находясь на койке до 40—55 дней; большинство же находилось в отделении до наложения гипсовой повязки в среднем от 3—14 дней, и после проверки последней выписывались для лечения амбулаторно или для лежания на дому. Преимущественным методом, которым мы пользовались, был метод иммобилизации.

Метод вытяжения применен полностью в 5 случаях перелома диафиза плеча, причем вытяжение производилось эластической тягой на шине Borggrewink'a. Результаты получены очень хорошие; но в одном случае пришлось перейти на гипсование, так как больной, лечившийся амбулаторно, не показывался в назначенный срок для контроля, эластическая тяга ослабевала и вытяжение не достигло цели. В двух случаях перелома хирургической шейки вытяжение проведено в отведенном положении на шине, мной модифицированной и представляющей из себя сочетание треугольника Middeldorff'a и шины Borggrewink'a. (См. рис.). Здесь получены хорошие результаты, но также требовался постоянный контроль больного. Вытяжением было проведено лечение 5 больных с переломом шейки бедра; 4 больных лечено стационарно, один



В.

В. Шина прибинтовала к грудной клетке; к плечу наклеен липкий пластырь, отдели которого шнур идет чрез блок и натягивается резиновым жгутом, фиксированным на задней стороне шины.

больной на дому; вытяжение производилось в течение 35—55 дней. Сращению получено только в 1 случае. По методу вытяжения проведены и 2 случая внутрисуставного(колен. сустав.) перелома бедра, причем в одном все же получены временные функциональные расстройства. Как правило, вытяжение производилось у всех больных старше 6 л. при переломе конечностей с сильными мышцами, главным образом бедра, в качестве предварительного акта до наложения повязки в течение 5—6 дней с целью преодоления тракции мышц. Таким образом вытяжение проведено в 3-х случаях перелома диафиза плечевой кости, в двух — надмыщелкового перелома плеча, в 69 случаях перелома диафиза бедра, причем вытяжение производилось в течение 6—10 дней. В 9 случаях вытяжение производилось до 21 дня, но затем накладывалась повязка или из-за неправильного поведения больных (снятие груза, поворачивание), или из-за смещения в ширину отломков, неустраняемого тягой; таким же образом предварительное вытяжение было произведено в 7 случаях перелома голени. После наложения больным фиксирующей повязки они обычно выписывались из больницы.

Что касается кровяного метода, то клиника очень строго ставила показания к кровяному методу лечения свежих переломов конечностей, почему в нашем материале оказались оперированными только 3 больных по поводу перелома patellae и 1—при интерпозиции мягких тканей при полном переломе голени. Все 4 случая—с хорошим исходом.

В 10 случаях перелома лучевой кости, в 12 случаях перелома Collie's'a, в 5—перелома локтевой кости, при которых не было смещения, в 1 случае—пе-

перелома patellae и в 5 случаях перелома малоберцовой кости без смещения отломков, — лечение было проведено только путем массажа, напн, без фиксации в повязке. В остальных случаях лечение проведено по методу фиксации в гипсовой повязке, которая обычно накладывалась после минования гематомы, отечности тканей вокруг перелома. Ближайшие результаты оказались наиболее благоприятными при закрытых переломах голени и предплечья в случаях, где имелись были переломы одной кости, что вполне понятно, так как в таких случаях имелось минимальное смещение отломков, другая кость являлась как бы шиной и облегчала фиксацию отломков. В некоторых случаях такие переломы лечились только массажем и ваннами; в некоторых случаях накладывалась гипсовая лонжетка, при которой возможен массаж конечности в области перелома.

Далее идут переломы диафиза плеча, давшие в большинстве случаев благоприятные анатомические и функциональные результаты как при лечении вытяжением, так и при лечении иммобилизирующей повязкой. В одном случае сращения не получилось (гипс), в одном случае получилось искривление конечности без нарушения функции. Больные с переломами внутрисуставными, переломами хирургической шейки, надмыщелковыми получили худшие результаты. Из 5 внутрисуставных переломов, фиксация в повязке которых ограничивалась лишь первыми 5—7 днями, функциональные расстройства в смысле ограничения подвижности наблюдались в 4 случаях, потребовавших длительного периода лечения массажем, гимнастикой и т. д.; в одном из них ограничение подвижности осталось стойким. Из 3-х переломов хирургической шейки в одном случае (лечение вытяжением) сращения не получилось (больная 22 л., с лавашим носом, RW отрицательная). Из 4 надмыщелковых переломов ограничение подвижности наблюдалось в 4 случаях и потребовало долечивания от 4 до 5 недель; в одном из этих случаев при освидетельствовании на позднем сроке ограничение подвижности оказалось стойким.

Переломы предплечья с переломом обеих костей во всех 18 случаях лечились фиксирующей повязкой. В 5 случаях получено искривление конечности, причем в одном из них с стойким нарушением функции.

Большой сравнительно материал клиника имела с переломами бедра. Как уже указано, наиболее неблагоприятные результаты получены при лечении переломов шейки бедра. Из 5 больных, лечившихся вытяжением, сращения получено лишь у одной, причем больная, проверенная на позднем сроке, в состоянии ходить, но вследствие ограничения в движениях, она в значительной степени является инвалидом. В одном случае получено укорочение более чем на 4 см.; 6 больных с переломом шейки бедра лечались в гипсовой повязке, причем 2 из них предварительно подверглись втечение 7 дней вытяжению. Повязка накладывалась в отведенном положении и ротация конечности внутрь. Сращения получено лишь в одном случае. Из 84 больных с переломами диафиза бедра 4 больных лечились амбулаторно; это были дети до 5-летнего возраста, которым повязка накладывалась немедленно. В 15 случаях и стационарным больным также наложена гипсовая повязка без предварительного вытяжения; это тоже относится к детям до пятилетнего возраста. В остальных случаях до наложения гипсовой повязки всегда систематически производилось вытяжение втечение 6—10 дней, после наложения повязки больные в большинстве случаев выписывались до снятия повязки. У 82 больных потребовалось долечивание втечение 30—70 дней. В 27 случаях получено укорочение менее 4 см.; в 4 случаях более 4 см. В 2 случаях сращения не получено. Из них у одного больного в анамнезе перенесенный туб. Другой больной, выпи- санный с гипсовой повязкой, на пути попал в весеннюю воду, промокнул повязку и, несмотря на неурядицу последней, вернулся только спустя 6 недель. Как уже сказано, в 6 случаях лечение вытяжением продолжалось до 20—21 дня, но не доведено до конца, так как вследствие неспокойного поведения больных и нескреп- шей мозоли потребовалось наложение гипсовой повязки. В 4 случаях получено искривление вследствие неправильного сращения. Из осложнений — пролежни наблюдались в 2 случаях, эмболия в 2 случаях.

Менее благоприятные результаты получены при надмыщелковом переломе. В одном случае лечение велось путем вытяжения втечение 17 дней, попытки больного досрочно встать с постели и снимать груз засталили перейти на гипсование. Получилось правильное сращения с некоторым ограничением подвижности в суставе, излечение втечение 25 дней. Из 2-х больных, леченных гипсованием, у одного получилось укорочение более, чем на 4 см. с искривлением конечности и нарушением функции. Два перелома бедра внутрисуставные (коленный сустав)

в обоих случаях лечились вытяжением; при этом в одном из них после снятия груза потребовалось долечивание, так как имелось наличие ограничения подвижности в суставе.

Из 32 переломов голени в одном случае вследствие интерпозиции мягких тканей потребовалось кровяное вмешательство; в 7 случаях вследствие значительного смещения отломков потребовалось предварительное втечение 6—7 дней вытяжение. В 24 случаях гипсовая повязка наложена после ликвидации гематомы. Сращение получено во всех случаях. Укорочение менее 4 см. искривлением в 2 случаях. В 10 случаях вследствие функционального расстройства потребовалось долечивание в течение 2—4 недель. В 2-х случаях наблюдались осложнения в форме мозговых эмболий. Типичные Dupuytren'овские переломы наблюдались в 8 случаях; лечение проведено по иммобилизационному методу, давшему сращение и временное ограничение подвижности в голеностопном суставе, которое было ликвидировано втечение 3—4 недель лечением ваннами, массажем, гимнастикой. Только в одном случае потребовалось вытяжение втечение 5 дней, проводившееся по Steimann'у. Нужно отметить, что приведенные в таблице сроки долечивания касаются далеко не всех больных: по условиям работы Госпит. клиники, при перегруженности работой ограниченного штата среднего медицинского персонала — большинству больных предельвалось только несколько процедур, а затем давались инструкции и больные предоставлялись самостоятельному лечению дома. К сожалению, по условиям нашей действительности выверять конечные результаты лечения переломов на отдаленном сроке, т. е. спустя 9—12 месяцев после получения травмы, удалось далеко не во всех случаях. Но все же, как показывает таблица, проверка произведена у 97 больных и у 82 обнаружено полное восстановление функции; у 13 имеются ограниченная, но стойкая утрата трудоспособности, и двое больных при проверке оказывались совершенно нетрудоспособными: больная с переломом шейки бедра и больной с переломом диафиза бедра; последний больной имеет в анамнезе *lues*.

Приведенные данные убеждают нас в том, что лечение переломов конечностей по методу иммобилизации дает наилучшие результаты при переломах внутрисуставных и надмыщелковых. Что касается перелома диафиза костей, то метод иммобилизации, не являясь идеальным, имея за собой отрицательные стороны (большую продолжительность лечения, чаще наблюдающиеся расстройства функции конечности), все же при правильном его применении не заслуживает той оценки, которую дают ему противники метода иммобилизации. Считать, что случаи хорошего функционального и анатомического результата при лечении гипсом являются исключением, а не правилом, — значит идти в разрез с клиническими наблюдениями. Имеющая большой материал Обуховская больница (Петрашевская) считает, что в 80% случаев после лечения по методу иммобилизации больные выписываются без укорочения с правильно функционирующими конечностями. Наш материал убеждает нас, что в иммобилизирующей повязке при правильных показаниях к ней и там, где нет условий для рационального применения метода вытяжения, мы имеем неплохой способ лечения переломов, дающий в большом проценте случаев хорошие анатомические и функциональные результаты. Но лечение гипсовыми повязками должно проводиться по строгой системе, оно не должно применяться при противопоказаниях к наложению гипсовой повязки и должно быть свободно от шаблона. При наложении гипсовых повязок необходим индивидуальный подход; необходимо в каждом случае соотноситься с характером перелома, с его локализацией и отношением к суставу, с возрастом больного. Неправильное использование метода, отсутствие индивидуализации случаев, выработка шаблона, — часто служат причиной неблагоприятного исхода лечения переломов по методу иммобилизации. Когда-то Steimann писал, что больные с переломами в

вывихами конечностей являются насылкам среди других хирургических больных. Наблюдения подтверждают правильность взгляда Steimann'a. Не являясь кровавым вмешательством, лечение переломов часто привлекает мало внимания со стороны хирургов, особенно молодых. А в результате недостаточное изучение методов лечения переломов, показаний к тому или иному методу и выработка обиходного шаблона, так вредного в медицине вообще и при лечении переломов в частности. В нашем материале были демонстративные иллюстрации этого положения на больных, доставленных со стороны и леченных вне клиники, а отчасти и на больных, леченных сотрудниками клиники. А между тем различные виды переломов в каждой области требуют специального подхода.

Так, переломы плеча требуют строго индивидуального подхода в зависимости от места локализации перелома. Переломы головки и анатомической шейки, т. е. переломы внутрисуставные, в большинстве случаев не сопровождаются смещением отломков и требуют при лечении укладывания предплечья в косынку или самого кратковременного (6—7 дней) укладывания в гипсовую повязку с тем, чтобы рано перейти на движения в суставе, массаж и гимнастику. Только этим можно предупредить так часто наблюдающееся стойкое ограничение подвижности в плечевом суставе. Переломы в области хирургической шейки, в области диафиза плеча в переломы надмыщелковые никоим образом нельзя лечить по одному шаблонному способу, особенно часто практикующемуся путем прибинтовывания плеча к туловищу. Этот прием допустим при абдукционных переломах в области хирургической шейки с подкладыванием ватной подушки в подмышечную впадину после 3—4-дневного вытяжения при сильных мышцах; но при абдукционном переломе тот же прием может повести к неправильному сращению, усиливая аддукцию. Можно пользоваться прибинтовыванием плеча к туловищу и при переломах диафиза плеча у детей, а иногда и у взрослых при отсутствии смещения отломков. Но так как лучше всего лечение переломов плеча проводить в отведенном положении руки, то хорошие результаты дает применение треугольника Middeldorff'a, который можно приготовить из картона-гипса *ex tempore*. В тех случаях, когда есть возможность контроля над больным, переломы плеча удобно и целесообразно производить на шине Boggrenwink'a с эластической тягой или на модифицированной мной шине (см. рис.). никоим образом нельзя прибинтовывать плечо при надмыщелковом переломе. Лучшим методом здесь является лечение с эластической тягой на только что указанной шине. Одним из частых переломов в области луча является типический перелом луча Colles'a, лечение которого по шаблону очень часто приводит к некрасивому искривлению конечности, а иногда к расстройству функции в лучезапястном суставе. В случаях перелома без смещения отломков лечение должно проводиться на простой косынке массажем. При дислокации несомненно лучшим методом является применение гипсовой лонжетки, накладываемой в соответствующей позиции, т. е. при сгибании кисти и отведении ее в сторону локтя. При таком лечении есть полная возможность с первых же дней начинать массаж и контролировать рост мозоли. Чаще всего получаются плохие результаты от шаблонного наложения повязки с двумя лубками: установить кисть в правильную позицию при этих условиях очень трудно и сращение с искривлением конечности является почти правилом.

Необходимо подчеркнуть в некоторые особенности при лечении полного перелома (обоих костей) предплечья. Как известно, при лечении последнего хирург всегда должен помнить о возможности искривления конечности и неправильного сращения всех четырех отломков костей в одну мозоль. Во избежание этого, во-первых, при сильных мышцах и значительном смещении отломков необходимо позаботиться на первые дни (4—5) после перелома положить руку на вытяжение, во-вторых, при наложении гипсовой повязки придавать в большинстве случаев предплечью среднее положение между супинацией и пронацией; при таком положении межкостная связка растягивается до maximum'a и разводит отломки. Далее необходимо подчеркнуть, что швы не должны быть узкими, а первые туры бинта очень тугими: этим можно сблизить отломки и получить неправильное сращение. При переломе одной кости, лучевой или локтевой, при отсутствии смещения можно проводить лечение массажем и на косынке. При смещении обычно требуется наложение повязки без фиксации соседних суставов. Это производится обычно в полусупинационном положении конечности. Но нужно помнить, что есть одна форма перелома луча, когда такое положение при фиксировании предплечья будет вредным для больного: это случаи, когда линия перелома лежит дистальнее места прикрепления *m. pronator teres*; верхний отломок за счет тяги пронатора ложится к локтевой кости, как при сильной пронации. Чтобы получить правильное сращение, необходимо накладывать повязку в положении пронации предплечья. В нашей практике был случай, когда больному после лечения на участке в повязке при полусупинационном положении пришлось соединить несросшиеся кости оперативным путем.

Нигде так не очевиден вред неправильного применения метода и шаблона в лечении, как при переломах бедра. Если при укорочении и неправильном сращении верхних конечностей расстройство функции может мало пострадать, то неправильное сращение, искривление на нижних конечностях, в частности при переломах бедра,—обычно сопровождается и расстройством функции. При переломах хирургической шейки нами получены плохие результаты как при лечении вытяжением, так и при лечении иммобилизацией. Поэтому необходимо испытать оперативный метод вколачивания штифта через *trochanter*. При переломе диафиза должно всегда учитывать мощност мышц бедра, действием которых отломки обычно значительно смещаются. Поэтому только маленьким детям (до 5—6 лет) можно начинать лечение с наложения гипсовой повязки. Во всех остальных случаях предварительное вытяжение конечности на 5—7 дней нужно считать обязательным для преодоления тракции мышц. Наложение гипсовой повязки ни в коем случае не должно быть проводимо по шаблону. Так как переломы бедра часты в верхней трети диафиза, выше места прикрепления аддукторов, когда верхний отломок тягой *mm. iliopsoas* и *glutei* отводится вверх и наружу, то наиболее часто при переломах диафиза бедра и накладывается вполне целесообразно повязка в отведенном и приподнятом положении. Но если принять во внимание, что при переломе ниже прикрепления аддукторов верхний отломок отводится иначе, т. е. за счет аддукторов внутрь, то понятно, что здесь наложение повязки в указанном положении будет неправильным; бедро нужно фиксировать в положении параллельном другому бедру. При надмышелковом переломе возникает вопрос о новом положении конечности в связи с осо-

бешностями положения отломков. Этот перелом характерен тем, что при нем нижний отломок за счет *m-li gastrocnemii* отводится кзади, и смещение устрояется только тягой в физиологическом положении конечности. Лечение этой формы перелома нужно проводить путем вытяжения; и только, когда нет для этого условий, после вытяжения в течение 6--7 дней фиксирующая повязка накладывается в том же физиологическом положении, т. е. при полусогнутом положении бедра и голени.

Лечение переломов голени, когда сломана одна кость, не представляет труда. Лечение может быть проведено без наложения шин массажем и ваннами или наложением лонжетки. Несравнимо труднее вести лечение полного перелома голени, т. е. с переломом обеих костей. При наличии мощных мышц и смещении отломков предварительное вытяжение конечности безусловно необходимо. При наложении гипсовой повязки при полном переломе голени требуется учитывать следующие обстоятельства. Во первых нужно избегать заживления в неправильной позиции в смысле ротации отломков, и всегда выверять линию „прицела“; во вторых, необходимо следить за направлением „профиля“ голени, чтобы избежать перегиба голени по длиннику конечности; при перегибе вперед или назад получаются особенно тяжелые расстройства функции в связи с нарушением статики, так как точка опоры конечности переносится вперед или назад от голеностопного сустава; при перегибании в медиальном или латеральном направлении создаются условия для развития *pes valgus* или *pes varus*.

Особого внимания требует лечение Dupuytren'овского перелома. Сущность его, как известно, сводится к отрыву внутреннего мыщелка с одновременным переломом *fibulae*. Центр тяжести сводится к перелому мыщелка. Несросшийся мыщелок может легко нарушить статику в области сустава и привести к нарушению функции сустава до тяжелой инвалидности включительно. Поэтому внимание лечащего хирурга должно быть особенно сосредоточено на этом пункте. После вправления сгоны и ликвидации гематомы при наложении гипсовой повязки всегда нужно стремиться сильно супинировать стопу для полного соприкосновения отломка с б. берцовой костью; *fibula* срастается легко и разошедшиеся концы сводятся наложением подушек при наложении гипсовой повязки.

Лечение больных с переломами конечностей никоим образом не должно заканчиваться снятием тяги или фиксирующей повязки. Необходимость долечивания в этот период недооценивается многими врачами. А между тем и скелетное вытяжение сравнительно редко обходится без ограничения движения в суставах, как об этом свидетельствует Харьковский травматологический институт (Чаклян), и тем более часты тугоподвижность суставов, атрофия мышц при методе гипсования. Здесь нужно особенно подчеркнуть, что в дальнейшей судьбе больного внимание лечащего врача к последнему в период после снятия гипсовой повязки или вытяжения играет громадную роль. Очень часто больные, получившие сращение кости и возможность хотя бы ограниченного владения конечностью, предоставляют после снятия повязки самим себе, без лечения и достаточного инструкторирования со стороны лечащего персонала о необходимости для полного восстановления трудоспособности механотерапии: ванн, массажа, гимнастики и т. д. С другой стороны, нередки случаи, когда больные, успокоившись на полученных первоначальных

ПЕРЕЛОМЫ		Возраст больного	Городаши	Деревянный	Методы лечения			Срок вытяжения	Срок пребывания в повязке	
					Массаж, ванны	Кровяной	Вытяжение			
П л а ч	Внутричелюстные	17—60	4	2	+	—	—	5	—	5—7
	Хирургической лейки	—	3	—	—	—	2	1	21	21
	Диафиза	3—79	5	22	—	—	4	25	21—28	21—28
	Надмыщелковые	28—44	4	—	—	—	2	2	5—6	14—21
	Внутричелюст. локт. сустава	—	2	1	+	—	—	3	—	5—6
Р о з	Луча	—	28	20	10	—	—	38	—	7—21
	Colles'a	—	26	29	12	—	—	43	—	14—21
	Локтевой кости	—	16	15	5	—	—	26	—	14—21
	Предплечья	10—55	19	8	—	—	—	18	—	17—26
	Шейки бедра	37—77	7	4	—	—	5	6	35—50	42—48
Б о л	Диафиза	1 1/2—89	43	41	—	—	69	69	6—21	28—42
	Надмыщелковые	20—60	3	—	—	—	1	1	17	14
	(Коленный сустав)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Внутричелюстные	31—45	—	—	—	—	2	—	30—35	—
	Patellae	16—56	1	3	1	3	—	—	—	14—21
Г о л	Голени (обоих костей)	6—67	19	13	—	—	—	—	—	21
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Б. берцовой	—	21	40	—	—	—	61	—	7—28
	М. берцовой	—	9	22	5	—	—	26	—	7—21
Д и р	Druyren'a	—	3	5	—	—	—	8	5	16—21
	Итого	—	208	225	33	4	99	380	—	—

Примечание. 4 больных с переломами бедра, умершие в ближайшие дни после в 11 случаях были одновременные переломы костей разных конечностей — обозначены случаи преимущественного лечения по данному методу. Сюда не вошли случаи лечения (кровяным путем) несросшихся

Амбулаторно	Стационарно	Срок стационарного лечения	Ближайшие результаты лечения						Осложнения		Отдаленные результаты				
			Сращение	Менее 4 см.	Более 4 см.	Функциональные расстройства	Срок долечивания	Несращение	Искривление	Пролежни	Эмболии	Не проверено на последнем сроке	Выздоровление	Ограниченная инвалидность	Нетрудоспособность
3	2	7-13	5	—	—	4	21-35	—	—	—	—	2	1	1	
—	—	7-12	1	—	—	1	21	—	—	—	—	1	1		
—	—	—	1	—	—	1	22	—	—	—	—	—	—	1	
—	4	22-28	4	—	—	1	14	—	—	—	—	—	—	—	
3	23	4-17	25	1	—	16	14-21	1	1	—	—	12	11	1	
2	2	7-14	4	—	—	4	28-35	—	—	—	—	2	1	1	
2	1	3	3	—	—	3	21-30	—	—	—	—	2	—	2	
46	2	3	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	
53	2	2-4	55	—	—	19	14-21	—	12	—	—	11	10	1	
24	7	2-6	31	—	—	—	—	—	—	—	—	8	8	—	
7	11	5-14	18	—	—	11	14-21	—	5	—	—	8	7	1	
—	11	35-55	1	—	1	5	40-45	9	—	—	—	—	—	—	
—	—	10-21	1	2	—	6	21-28	—	—	—	—	2	—	1	1
—	69	7-48	67	27	—	45	30-70	—	—	—	—	—	—	—	
4	11	3-43	15	—	—	4	21-32	—	4	2	—	23	18	4	1
—	1	25	1	—	—	1	21	—	—	—	—	1	1	—	
—	2	35-42	2	1	—	2	31-36	—	1	—	—	—	—	—	
—	2	21-28	2	—	—	1	21	—	—	—	—	—	—	—	
—	4	28-31	4	—	—	1	14	—	—	—	—	1	1	—	
—	1	28	1	—	—	1	21	—	—	—	—	1	1	—	
—	7	14-39	7	—	—	3	14-30	—	—	—	—	2	2	—	
—	24	6-36	24	2	—	10	14-28	—	2	—	2	4	3	1	
5	56	4-8	61	—	—	—	—	—	—	—	—	12	12	—	
14	17	3-11	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	8	3-8	8	—	—	7	21-28	—	—	—	—	2	2	—	
163	270		420	33	5	146		13	25	2	4	97	82	14	2

получения травмы, не вошли в таблицу. Среди приведенных 433 случаев переломов костей и из них 1 случай перелома обеих бедер у 4 летнего мальчика, после кратковременного пребывания в гипсовой повязке, переломов.

результатах, несмотря на назначение соответствующего лечения, игнорируют последнее. Как убедил меня клинический опыт и опыт эксперта по инвалидности, дурные конечные исходы в лечении костных переломов обязывают нередко лечащему персоналу, недооценивающему необходимости механотерапии для больных с переломами конечностей и отношению к лечению самих больных. Вопросу о механотерапии для больных с переломами конечностей в период после снятия повязок (вытяжения) необходимо уделять должное внимание как в условиях стационарного, так и в условиях амбулаторного лечения.

В заключение я хотел бы лишь раз подчеркнуть, что считаю метод вытяжения лучшим при лечении переломов конечностей, но считаю его противопоказанным при невозможности постоянного контроля над больными при амбулаторном лечении и при отсутствии подходящих условий в стационарном лечении. При выборе каждого метода нужно уточнять показания и при выборе метода иммобилизации индивидуализировать методику при каждом виде перелома. Механотерапия должна занять должное место в курсе лечения больных с переломами конечностей.

Литература. 1. Вегнер. Переломы и их лечение. 1926.—2. König. Arch. f. klin. Chir. 1905, N. 3.—3. Lane. Lancet. 1900.—4. Петрашевская. Вест. хир. и погр. об., кн. 20.—5. Парин. Ibid., кн. 24.—6. Поль. Ibid., кн. 15.—7. Фиников. Ibid., кн. 4, 5, 6.—8. Чаклин. Журнал современ. хир., вып. 22—23, 1929.

Из Госуд. акуш. гинекол. ин-та НКЗ в Ленинграде: из Клиники послеродовых заболеваний (зав.—проф. Л. И. Бубличенко) и био-химич. лабор. (завед.—проф. О. С. Манойлова).

К вопросу о значении кальция при послеродовых заболеваниях.

И. И. Богорова.

(Предварительное сообщение).

Накопившиеся к настоящему времени в большом количестве данные о физиологическом значении солей кальция позволяют отнести эти последние к разряду бесспорно важнейших факторов животного организма. Правда, в этой области мы еще и сейчас очень далеки от окончательного разрешения вопроса. Все же следует признать, что в этом направлении достигнуто уже много положительных результатов.

Помимо давно известной роли солей Са в процессах костеобразования, установлено их тесное отношение к вегет. н. с. и эндокринным железам (Zondek, Icko, Schültze, Leites, Богомолец, Манойлова, Щеглов и др.), к фагоцитарной (усиливают фагоцитоз—Кольцов, Hamburger) и ферментативной (активируют трипсин-лизоген—Rona и Bien) деятельности клеточных элементов (Манойлова, Леонтьева), к процессам регуляции кислотно-щелочного равновесия (Rona, Takahashi и др.) и т. д. Словом, доказано непосредственное и очень активное участие ионов Са в деле сохранения надлежащего физико-химического состояния коллоидов (Abderhalden, Палладин).

Разумеется, не менее велика роль Са и при патологических состояниях, когда организм мобилизует все имеющиеся в его распоряжении

регулярные приспособления к борьбе за свое благополучие. Вот почему Са-терапия получила за последнее время такое широкое распространение почти во всех областях патологии. Однако эта терапия пока еще носит эмпирический характер, вследствие чего эффект ее часто не оправдывает наших ожиданий. В этом отношении не составляет исключения и область послеродовых заболеваний, в применении к которой упомянутый вопрос и является, собственно, непосредственным предметом наших исканий.

Многостороннее значение кальция для жизненных функций организма требует точных лабораторных и экспериментальных исследований по вопросам его содержания в крови и тканях при различных условиях и под влиянием различных воздействий. Работы в этом направлении начаты нами в прошлом году. Но предварительно мы считали необходимым проверить константу Са в крови при различных послеродовых заболеваниях, каковые исследования и представляются в данном сообщении. К этой предварительной работе нас тем более побуждало то обстоятельство, что подобные исследования еще слишком малочисленны и не вполне четки. В русской литературе мы нашли всего около 60 обследований (Дябобес и Кватер—30, Морозова и Сердюков—23 и единичные у др. авторов). Незначительно число их и у иностранных авторов.

Всего нами произведено 50 обследований, которые распределяются следующим образом: 36—у различных послеродов. больных—4 повторных обследования и 6—у норм. родильниц (для сравнения)—4 до родов (из числа тех же родильниц).

Анализы нами производились в точности по методике De-Waard'a с тщательным соблюдением всех положений, касающихся контрольных опытов, качества сыворотки и т. п. Кровь бралась натощак в количестве 5—6 к. с. из локтевой вены иглой без шприца (самотеком), ставилась в термостат на 1 час, после чего центрифугировалась и подвергалась исследованию по указанному методу. Всех анализов сделано 150. Результаты изображены в след. таблицах №№ 1—3.

Нормальный пуэрперий.

Табл. № 1.

№№ по порядку	День после родов	Са в mgr $\%$ после родов	Са в mgr $\%$ во время род.	Примечания
1	2	9,2	11,3	В послеродов. периоде значит. кровот.
2	2	12,2	10,0	Все обследованные этой группы — первородящие, в возрасте 20—30., со средн. прод. норм. родов и средн. весом плода.
3	3	11,9	11,3	
4	4	12,0	11,1	
5	5	8,9	—	
6	6	8,4	—	

В среднем 10,4 mgr $\%$.

Из табл. № 1 видно, что в 6-ти случаях нормального пуэрперия (на 2—6 д. после родов) цифры Са колеблются в пределах 8,4—12,2, составляя в среднем 10,4 mgr $\%$. Предвариваят нами в 4-х случаях определением Са у одних и тех же женщин после родов и во время родов обнаружено в 3-х случаях повышение содержания его в первые дни пуэрперия и только в одном случае—понижение, которое, однако, можно объяснить бывшей значительной кровопотерей в послеродовом

Общие послеродовые заболевания.

Табл. № 2.

	Диагноз	День после родов	1° тела при взятии крови	Са в mgr % при пер.		Са в mgr % при повтор. исслед.	Примечания
				исслед.	исслед.		
1	Septicaemia	12	40	8,4	—	—	—
2	Septicopyaemia	—	39,8	13,0	—	—	4 д. после малого кес. сечения, 6-ная умерла.
3		30	38,8	9,1	14,0	—	Была экл. sub partu; повт. исслед.—при № 37,3 и знач. улучш. (через 16 дней).
4		7	40,5	6,8	—	—	Была sectio caes. extraperit. при повыш темп.
5		60	39,6	8,8	—	—	—
6		24	40,6	8,0	—	—	Ручное отд. последа, после септ. искусств. аборта при берем. 3½ м.

В среднем 9,0 mgr. %.

первом. Эти данные, между прочим, соответствуют указанию целого ряда других авторов (Вубличенко, Петров-Маслаков, Соловьева, Морозова и Сердюков и др.). Разумеется, делать какие-либо определенные выводы в данном отношении не представляется возможным за малочисленностью случаев.

В таблицах 2 и 3 показано содержание Са в сыворотке послеродовых больных при заболеваниях крови (табл. № 2) и различных местных осложнениях (табл. № 3). Дифференцировать эти случаи на большее количество групп, как это делают Дибобес и Кватер, мы не видим достаточных оснований и полагаем, что этот путь может только привести к запутанным представлениям.

Как видно из табл. № 2, в случаях послеродовой септицемии и септикопиемии Са-сыворот колеблется в пределах 6,8—13,0, давая в среднем 9,0 mgr. %. При местных же послеродовых заболеваниях (табл. № 3) средняя цифра Са=10,0 mgr. % (колебания—7,2—15,2). Наши цифры по абсолютной своей величине несколько меньше цифр большинства других исследователей, что, вероятно, зависит от деталей методики. Но нас интересуют не абсолютные, а относительные величины. Последние же вполне сходятся с данными всех авторов, т. к. показывают, что при тяжелых послеродовых заболеваниях крови, в сравнении с нормальным пуэрперием, имеется довольно значительное понижение содержания Са в крови, а при местных послеродовых заболеваниях—лишь незначительное снижение, мало отличающее цифры у этих больных от таковых у норм. родильниц.

Между прочим, при сравнении средних цифр Са послеродовых больных с цифрами нормальных родильниц не следует забывать, что у первых кровь исследовалась нами по большей части через значительно большие промежутки времени после родов, чем у последних. А так как, по весьма основательному мнению некоторых авторов (Lipzenmeier

Местные послеродовые заболевания.

Табл. № 3.

№ по пор.	Д и а г н о з	День после родов	Т° тела при взятии крови	Са в mgr % при исслед.	Са в mgr % при повторн. исслед.	П р и м е ч а н и я
1	Trombophlebitis	35	39,5	15,2	13,1	Вязк. крови 2", свертив. 2' 37" по Лычковско-му; повторн. исслед. — через 2 нед. (при улучшен.).
2	Metrotrombophleb. . . .	30	36,0	12,5	—	Вязк. крови 5", сверт. 2' 39" по Лычковск.
3	Pelveo-peritonitis. . . .	30	37,8	9,0	—	После аборта.
4	"	—	36,5	10,0	—	
5	"	—	38,0	7,8	—	
6	Peri-param., icterus, ascit.	5	38,8	8,1	—	
7	Parametritis	8	37,5	14,3	—	
8	"	5	37,3	12,6	—	
9	Salp.-oophoritis	—	36,6	7,2	—	Имелся диплококк Neisseria.
10	Abort. febr.	—	38,0	8,9	—	Лихор. около нед. дома на почве какой-то киш. инф.
11	"	—	37,6	11,0	—	После выскаблив. быстро выздоровление.
12	Endometritis puerp. . .	6	41,5	8,5	—	В животе опухоль (возм. злокачеств.).
13	Endometritis.	31	38,9	8,8	—	
14	Endometrit. puerp. . . .	7	37,5	7,7	—	
15	" - pleurit.	4	38,0	9,4	—	
16	Endometritis	4	38,1	9,3	—	
17	"	10	37,7	12,0	—	
18	"	6	37,8	11,0	—	
19	Endom., fibrom. uteri .	3	37,5	12,0	11,6	Повт. исслед через 1 1/2 м (при выздоровл.).
20	Ulc. puerp, supp. . . .	5	38,8	8,0	—	
21	Subinvol., malar., icter. .	7	37,2	8,4	10,4	Повторн. исслед. через 5 дн. (при улучш. сост. б-й).
22	Subinvol., lochyometra .	17	36,3	8,8	—	
23	"	11	36,9	9,0	—	
24	"	7	36,2	9,4	—	
25	"	2	36,8	9,4	—	Во время берем. была нефропатия.
26	Subinv. послерод. пок.	8	37,3	8,2	—	
27	Subinv. uteri.	9	36,6	9,4	—	Темп. через неск. часов после взятия крови повысилась до 37,8.
28	"	4	36,6	14,0	—	
29	Febris ex resorbt. . . .	8	37,1	10,2	—	
30	"	7	36,6	6,8	—	При вычислении средн. велич. содерж. Са этот случ. исключен.

В среднем 10,0 mgr. %.

и др.), в более поздние периоды пuerперия содержание Са в крови повышается и так как, кроме того, длительный постельный режим, соглас-

но исследованиям Di-Frontsin'a, сам по себе повышает содержание Са в крови, то разница в наших цифрах Са у тяжелых послеродовых больных и нор. родильниц выступает еще резче.

При повторных исследованиях у 4-х больных в стадии выздоровления нами обнаружено: в 2-х случаях с низкими цифрами Са в разгар болезни—заметное повышение их в период выздоровления, в одном случае, при нормальном содержании кальция на высоте заболевания, мы получили почти ту же цифру в стадии выздоровления, и, наконец, в одном случае (тромбофлебита), наоборот, понижение Са при улучшении состояния б-ой. Между прочим, в обоих наших случаях тромбофлебита (табл. 3, случаи 1 и 2) мы получили высокие цифры Са. Какой-нибудь определенной типичной зависимости между температурой и картиной крови, с одной стороны, и содержанием Са с другой—у послеродовых больных мы установить не могли.

Итак, в тяжелых случаях послеродовых осложнений имеется определенное и довольно значительное понижение константы Са-серум. При этом нельзя не отметить, что индивидуальные колебания в содержании Са настолько велики, что установить определенную среднюю константу для какой-либо группы послеродовых больных, может быть, было бы рискованно.

Хотя „колебания содержания Са в крови“, как это справедливо отмечает Р. Г. Дурье, „не являются специфическими для того или иного заболевания, они являются выражением каких-то внутрисекреторных или вегетативных расстройств“, однако это обстоятельство, разумеется, ни в коем случае не исключает показаний к Са-терапии при тяжелых послеродовых заболеваниях. Наоборот, целесообразность такой терапии очевидна и вытекает логически из вышеприведенных исследований. Весь вопрос только сводится к выработке более совершенных методов Са-терапии, чем те эмпирические методы, которые практикуются в настоящее время. В этом отношении, нам кажется, полезным обратиться к помощи гормонов. Вопрос этот, как было упомянуто, служит предметом особой экспериментальной работы, начатой нами, по предложению проф. М. Н. Бубличенко, еще в 1928 году.

Из невро-патологического кабинета Центральной профилактической амбулатории-диспансера для детей и подростков г. Казани.

Опыт гипервентиляции над школьниками нормальной школы I ступени.

Д-р Б. С. Николаевский.

Опыт гипервентиляции, как способ искусственного выявления пораженной нервной системы, протекающих в момент исследования скрытно, стал известен с 1924 года. В этом году, независимо друг от друга, об опыте гипервентиляции впервые опубликовали свои исследования в Германии Foerster в своем труде: „Hyperventilationsepilepsie“, в С. А. С. III-х Rosett в своем труде: „The experimental Production of Rigidity, of Abnormal Involuntary Movements and of Abnormal States of Conscious-

ness in Man". Foerster производил опыты гипервентиляции только над эпилептиками (45 эпилептиков) и предложил его как способ искусственного вызывания эпилептического припадка, а Rosett производил опыт гипервентиляции не только над эпилептиками, но и при разнообразных др. поражениях нервной системы, причем его материал охватывал 1000 больных.

Практическая проверка опыта гипервентиляции с 1924 года до настоящего времени показала, что гипервентиляции имеет большое диагностическое значение не только при положительном результате и не только при эпилепсии, но и при многих других заболеваниях нервной системы (истерия, мигрень, нарколепсия, невралгия, психопатия, encephalitis epidemica, органические поражения нервной системы и пр.). Все эти болезненные состояния, иногда во время исследования протекающие скрытно, при применении гипервентиляции нередко становятся явными. Так, развивающийся во время гипервентиляции припадок и его характер (эпилептический или истерический) указывает на эпилепсию или истерию, и Foerster считает гипервентиляцию одним из важных средств для распознавания и различения друг от друга этих болезней. При органических страданиях головного и спинного мозга в пораженных частях могут наблюдаться судороги, повышение и неравенство сухожильных рефлексов, появление патологических рефлексов (с. Бабинского, Оррнгейма и пр.). При encephalitis epidemica наблюдали наступление приступа сна и Schüaunfälle. При мигрени наступала головная боль. У невротиков развивалось общее дрожание, щелканье зубами, головокружение (Radovici и Sager). Rosett наблюдал одного больного с dementia paranoidea, который при исследовании не представлял ничего ненормального (nichts Auffälliges bot), а при применении гипервентиляции вполне выявил свою психическую неустойчивость: через короткое время после начала гипервентиляции он пришел в состояние сильного возбуждения, кричал, смеялся, был совершенно дезориентирован, не отвечал на вопросы и производил совершенно дементное впечатление.

Приведенные примеры показывают, какое разностороннее диагностическое значение имеет опыт гипервентиляции, особенно при различного рода испытаниях, напр., при определении % утраты трудоспособности, годности к военной службе, пригодности к той или иной профессии и пр. При этом время испытания благодаря применению опыта гипервентиляции значительно сокращается, напр., при искусственно вызванном посредством гипервентиляции эпилептическом припадке.

Интересно отметить, что положение Foerster'a, высказанное им еще в 1924 году и гласящее: „внешнее проявление вызванного посредством гипервентиляции припадка отражает произвольно наступающий припадок“ в общем подтвердилось и последующим опытом применения гипервентиляции и не только при эпилепсии, но и при др. заболеваниях нервной системы. Ярким примером сказанного является наблюдение Heidrich'a над 2 больными, страдавшими травматической эпилепсией Джексоновского типа. При повторении опыта гипервентиляции припадки у этих больных каждый раз начинались с одного и того же места и протекали совершенно одинаково. После произведенной операции на соответствующем участке коры головного мозга, течение 6 недель наблюдения за больными. у них не было больше припадков, а опыт гипервентиляции был отри-

Так как практическое применение гипервентиляции показало полную ее безвредность (до сих пор не описано ни одного случая какого-либо серьезного осложнения после применения гипервентиляции) и ввиду легкой техники применения гипервентиляции, интересно было посмотреть, как на гипервентиляцию отвечают дети. Нельзя ли будет посредством гипервентиляции из среды школьников выделить с профилактической целью более нервных. С этой целью мной проделан опыт гипервентиляции над 86 школьниками одной из нормальных школ I ступени г. Казани.

Гипервентиляция мной производилась в учительской комнате школы в послеобеденное время, когда занятий в школе уж не было и никаких посторонних звуков в учительскую комнату не доносилось. Перед производством гипервентиляции собирался подробный анамнез об испытуемом как от него самого, так и от педагогического персонала и делалось подробное неврологическое исследование испытуемого. Испытание проделывалось в лежачем на спине положении на скамье. Под голову клалась подушка или, за неимением последней, верхняя одежда испытуемого. Ворот расстегивались, ноги разувались. Продолжительность опыта равнялась 15'. Во время производства опыта отмечались: психическое состояние испытуемого, состояние зрачков, рефлексов сухожильных и кожных, появление патологических рефлексов, появление дрожания, судорог, плача, слез и пр. В день исследовалось 3—5 человек.

Всего обследовано 86 человек. Из них м. 38, д. 48. По возрасту они распределялись так:

9 л.	10 л.	11 л.	12 л.	13 л.	14 л.	15 л.
5 ч.	9 ч.	17 ч.	21 ч.	21 ч.	9 ч.	4 ч.

Главный контингент.

Почти все обследованные—русские (84 ч.), из них только 1 девочка—татарка и 1 мальчик, у которого отец—поляк, а мать—русская. У 35 человек (40,69%) при невролог. исследовании не отмечено ни субъективных, ни объективных изменений нервной системы, а у 51 (59,30%) отмечены сл. изменения: неврастенические явления у 28 человек (32,55%), истерические у 2 (2,32%), Basedowismus у 1 (1,16%), психопатические явления у 3 (3,48%), debilitas у 1 (1,16%), ночное недержание мочи у 15 (17,44%), артропатическая эмбриопия у 1 девочки (1,16%).

У 29 человек (33,72%) (из них м. 15, д. 14) опыт гипервентиляции оказался отрицательным, а у 57 человек (66,27%) были отмечены сл. патологические явления. Чаще всего наблюдался симптом Хвостека—у 45 человек (78,99%), затем по частоте следуют: тетаническое сведение пальцев рук и ног, кистей и стоп у 12 человек (21,05%), головокружение у 12 человек (21,05%), оживление сухожильных рефлексов у 8 человек (14,03%) и плач у 3 девочек и у 1 мальчика (7,01%). Эпилептических припадков, затемнения сознания, появления патологических рефлексов, неравенства сухожильных рефлексов, изменения зрачков не наблюдалось, что является вполне понятным, так как ни страдающих эпилепсией, ни каким либо органическим поражением нервной системы в нашем материале не было. Никаких осложнений после опыта гипервентиляции также не наблюдалось, а отмеченные выше патологические явления, развивавшиеся под влиянием гипервентиляции, исчезали уж через несколько минут после прекращения опыта гипервентиляции.

Насколько часто вышеотмеченные явления при опыте гипервентиляции наблюдались при поражениях нервной системы и при отсутствии таковых, видно на следующих двух таблицах:

ТАБЛИЦА № 1.

Учащиеся с поражением нервной системы

Название заболевания	Число заболевших	Число положительных результатов	Число отрицательных результатов
Неврастения	28 ч.	21 ч. (75%)	7 ч. (25%)
Истерия	2 ч.	2 ч. (100%)	—
Basedowismus	1 ч.	1 ч. (100%)	—
Психопатич. явления	3 ч.	1 ч. (33,33%)	2 ч. (66,66%)
Debilitas	1 ч.	1 ч. (100%)	—
Ночное недержание мочи	15 ч.	10 ч. (66,66%)	5 ч. (33,33%)
Артропатич. амiotрофия	1 ч.	—	1 ч. (100%)
Всего	51 ч.	36 ч. (70,58%)	15 ч. (29,41%)

ТАБЛИЦА № 2.

Учащиеся без поражения нервной системы.

Общее число	Число положительных результатов	Число отрицательных результатов
35 ч.	17 ч. (48,57%)	18 ч. (51,42%)

Из приведенных таблиц видно, что положительных результатов опыта гипервентиляции при поражениях нервной системы получилось резко больше (70,58%), чем без поражения нервной системы (48,57%). Обращает на себя внимание, что большой % положительных результатов дали неврастеники (75%) и страдающие почным недержанием мочи (66,66%). Видимо, страдающие неврастенией, характерной особенностью которой является т. наз. раздражительная слабость, и страдающие функциональным почным недержанием мочи, которое, очевидно, также является выражением пониженного тонуса, слабости нервной системы, чаще дают и различные судорожные явления при гипервентиляции.

Если сопоставить результаты опыта гипервентиляции по возрасту, то, как показывает ниже приводимая таблица, трудно отметить какую-либо зависимость между положительными результатами гипервентиляции и возрастом, но снова бросается в глаза соответствие между частотой положительных результатов гипервентиляции и частотой поражения нервной системы.

Возраст 9 л.; 5 человек, из них	здоровых 3	
	больных 2	
Возраст 10 л.; 9 человек, из них	здоровых 4	
	больных 5	

Возраст 11 л.; 17 человек, из них	здоровых 6	$\begin{Bmatrix} - \\ -4 \end{Bmatrix}$
	больных 11	$\begin{Bmatrix} - \\ -4 \end{Bmatrix}$
Возраст 12 л.; 21 человек, из них	здоровых 4	$\begin{Bmatrix} - \\ 3 \end{Bmatrix}$
	больных 17	$\begin{Bmatrix} - \\ 3 \end{Bmatrix}$
Возраст 13 л.; 21 человек, из них	здоровых 9	$\begin{Bmatrix} -3 \\ 6 \end{Bmatrix}$
	больных 12	$\begin{Bmatrix} - \\ 1 \end{Bmatrix}$
Возраст 14 л.; 9 человек, из них	здоровых 3	$\begin{Bmatrix} - \\ 1 \end{Bmatrix}$
	больных 6	$\begin{Bmatrix} - \\ 1 \end{Bmatrix}$
Возраст 15 л.; 4 человека, из них	здоровых 1	$\begin{Bmatrix} -1 \\ -0 \end{Bmatrix}$
	больных 3	$\begin{Bmatrix} -2 \\ -1 \end{Bmatrix}$

Положительные результаты гипервентиляции отмечены плюсом, а отрицательные минусом.

С другой стороны, приведенные выше таблицы показывают, что и при отсутствии каких-либо указаний на поражение нервной системы опыт гипервентиляции может дать вышеотмеченные патологические явления и, наоборот, у страдающих выраженной формой поражения нервной системы результат гипервентиляции может быть отрицательным. Однако, я полагаю, что „здоровые“, у которых опыт гипервентиляции дал положительные результаты, должны быть поставлены под особое наблюдение на продолжительное время.

Приведу два примера того и другого случая.

Пример положительного результата опыта гипервентиляции при отсутствии данных поражения нервной системы:

(Случай № 10—здоров). Мальчик, 12 л., русский, городской житель, живет в светлом, сухом и теплом помещении; указаний на патологическую наследственность не имеется; перенес корь, коклюш и малярию; субъективных жалоб нет; неврологическое исследование отрицательно. Во время опыта гипервентиляции: повышение коленных рефлексов, резкое тетаническое сведение пальцев рук и кистей, так что по окончании опыта мальчик только с трудом мог разжать свои пальцы; по окончании опыта плач.

Пример отрицательного результата опыта гипервентиляции при поражении нервной системы:

(Случай № 2—психопатия). Девочка 13 л., русская, городская жительница; мать—санитарка; живет, хотя в теплом и сухом помещении, но без достаточного света; дедушка по матери умер в психолечебнице. Ходить начала только ок. 2 лет, а говорить ок. 2½ лет; перенесла тиф; иногда ночью во сне встает с кровати, стучит в дверь, а потом ничего обо всем этом не помнит; боится ночью оставаться одна в комнате; очень впечатлительная; умственной отсталости не отмечается; учится хорошо; объективных изменений нервной системы нет. Опыт гипервентиляции—отрицательный.

Выводы: 1) Опыт гипервентиляции в детском возрасте является совершенно безвредным способом; 2) положительный результат опыта гипервентиляции, проявляющийся даже только в виде т. наз. побочных

явлений (Begleiterscheinungen) указывает на известные дефекты в нервной системе, так как положительные результаты гипервентиляции получаются у больных чаще, чем у здоровых; 3) зависимости между частотой положительных результатов гипервентиляции и возрастом отметить не удалось.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской б-цы Татареспублики.

Случай эхинококка щитовидной железы.

Б. В. Огнева.

Эхинококк щитовидной железы, являясь редким заболеванием, представляет некоторый интерес как с точки зрения его распознавания, так и с точки зрения хирургического лечения. По статистике Алексинского, он встречается в 0,25% случаев всех эхинококковых заболеваний, а по статистике Тер-Нерсесова представляет 0,48% общего числа эхинококков. Несмотря на то, что в литературе описано 38 случаев указанного заболевания, только в одном из них, а именно в сл. Eiselberg'a был поставлен правильный диагноз до операции. В настоящее время в русской литературе насчитывается тринадцать случаев эхинококка щитовидной железы: 1—Юзефовича (1886 г.). 1—Цогс-Фоп-Мантейфеля (1881 г.). 1—Карпаченко (1888 г.). 1—Вржозовского (1910 г.). 1—Тяхова (1911 г.). 1—Парийского (1911 г.). 2—Газданова (1925 г.). 2—Тер-Нерсесова (1927 г.). 1—Валькера (1928 г.). 2—Калязина (1929 г.), и кроме перечисленных я встретил еще один случай у Вакуленко (1925 г.). Ввиду редкости указанного заболевания, я позволю себе привести случай, прооперированный мною в хирургическом отделении Наб.-Челнинской б-цы.

Больная М. М. 24 лет, крестьянка, поступила в хирургическое отделение 27/VI—29 г. Из анамнеза выяснилось, что год тому назад она заметила в области щитовидной железы незначительную опухоль, которая постепенно увеличиваясь мешала б-ной при глотании, а при разговоре появлялась охриплость голоса. При осмотре оказалось, что в нижней трети шеи, в области правой доли щитовидной железы имеется опухоль, округлой формы, с небольшим придатком, расположенным как раз по средней линии. Величина опухоли была с кулак большой; при акте глотания опухоль смещалась в вертикальном направлении. При ощупывании ее констатировано резкое напряжение и отсутствие подвижности в стороны. При тщательном осмотре б-ной никаких заболеваний кроме указанного не обнаружено. Лимфатические железы не увеличены, пульс 80 в минуту, отклонений со стороны сердца нет. На основании анамнеза и осмотра большой был поставлен диагноз—кистозидный зоб, по поводу чего она и была оперирована 30/VI—29 г. под местной инфльтрационной анестезией 1/2% Sol. Novocaini. Через Кохеровский разрез обнаружена капсула и около нее слой нормальной щитовидной железы. Капсула при выделении была порвана, после чего вытекло небольшое количество прозрачной жидкости и показалась хитиновая оболочка. Несмотря на трудности при выделении капсулы, она все же была удалена целиком, в одном месте даже с весьма тонким слоем трахеального кольца, после чего по бокам рана зашита, а в средину вставлен небольшой тампон. Заживление per primam intentionem, а 14/VII больная была выписана в хорошем состоянии.

Через 3 1/2 месяца я видел больную. Голос у ней остался таким же хриплым, каким он был и до операции. На указанный факт следует обратить особенное внимание потому, что здесь чисто-механическим путем, повидимому, происходит сильное сдавление как трахеи, так и периферических ветвей нижнего гортанного нерва, в результате чего может появиться стойкая хрипота. Раннее распознавание данного заболевания является весьма важным, т. к. оперативное вмешательство при запущенных случаях может дать гораздо больше осложнений. Не исключена

возможность поражения трахеальных колец от механического сдавления их опухолью. Последнему факту на основании экспериментальной работы Deeterich'a¹⁾ придается огромное значение, т. е. в результате давления может быть истончение внутреннего хрящевого слоя, нарушение правильного расположения хрящей и почти полное замещение наружного хрящевого слоя соединительной тканью. Кроме того автор отмечает образование в результате давления паратрахеитов и перихондритов. Zülger в своей экспериментальной работе указывает на расстройство сердечной деятельности и падение кровяного давления от механического сужения трахеи. Наконец, большие эхинококковые кисты могут нагнаиваться и давать гораздо больше осложнений, тем более что и при оперативном вмешательстве здесь приходится прибегать к марсеализации—способу далеко не идеальному, так как является весьма желательным полное удаление фиброзной капсулы. Диагностика указанного заболевания по Валькеру характеризуется ростом опухоли скачками и образованием выпячиваний вследствие прорыва фиброзной капсулы, хорошей смещаемостью опухоли при плотных движениях и весьма ограниченной боковой подвижностью, кроме того резким расстройством дыхания и изменением голоса. Признак дрожания гортани считается весьма ненадежным. Все указанные явления, за исключением последнего, у нашей больной были резко выражены, а потому они являются весьма ценными и существенными признаками при распознавании эхинококка щитовидной железы.

Литература. 1) Бржзовский А. Т. Хирургия, т. XXVII, 1910 г.—2) Тихов и Левенсон. Ibid., т. XXIX, 1911 г.—3) Парийский Н. В. Ibid., т. XXX, 1911.—4) Алексинский. Дисс. Москва, 1899.—5) Валькер. Нол. хир. арх. № 64, 1928.—6) Он-же. Вестн. хир., кн. 48—49, 1929.—7) Газданов. I Съезд Хир. Северо-Кавк. края, 1925.—8) Dévé. Revue de Chir. 1926.—9) Вакulenko. Ваз. мед. журн., № 10, 1925.—10) Калязин А. П. Вестн. хир., кн. 50, 1929.—11) Deeterich H. A. f. kl. Chir. Bd. 147, H. 2, 1927.—12) Zülger E. D. Z. f. Ch. Bd. 201, H. 1—2, 1927.

Из хирургического отд. Артемовской окр. больницы.

К вопросу о мытье рук $\frac{1}{4}\%$ раствором нашатырного спирта по способу проф. Спасокукоцкого.

П. В. Приселков.

Несмотря на обилие способов, предложенных для предоперационной очистки рук хирурга, ни один из них до настоящего времени не может считаться идеальным, ибо никакой из методов дезинфекции кожи не может сделать кожу рук абсолютно стерильной. Поэтому в практической жизни приходится довольствоваться тем, чтобы насколько возможно более ограничить содержание возбудителей и выделение их с кожной поверхности. Мы не будем останавливаться на разборе многочисленных способов очистки рук—они достаточно хорошо известны—укажем только, что именно это обилие методов служит доказательством того, что вопрос до настоящего момента не может считаться окончательно разрешенным и заставляет хирургический ум искать новые пути, новые более совершенные методы очистки, обеззараживания и дезинфекции рук. Одним из таких методов нужно считать способ, предложенный проф. Спасокукоцким еще в 1926 г., заключающийся в обеззараживании рук $\frac{1}{4}\%$ (в последнее время $\frac{1}{4}\%$) раствором нашатырного спирта. Теоретические обоснования способа со всей исчерпывающей полнотой изложены в работе автора (проф. Спасокукоцкий и Кочергин „Углубленное обеззараживание рук с отказом от мыла“, Н. х. а. №№ 62 и 65) и разбирать их снова нет оснований. Целью настоящей заметки служит стремление поделиться с товарищами теми результатами, какие выявились после 10-месячного мытья рук по этому способу. К сожалению, кроме сообщений автора о своих результатах, о применении этого метода в других клиниках и лечебных учреждениях в доступной нам литературе до сего времени мы не нашли никаких указаний. 1) Вкратце

¹⁾ Пред сдачей работы в печать мы познакомились с работой д-ра Герш (Н. х. а. № 75), в которой автор приходит к выводам близким к нашим, что еще более убеждает нас в правильности последних.

позволим себе напомнить его практическое применение. Каждый из принимающих участие в операции после механической обработки ножницами и ногтеачистой ногтей и подногтевых пространств, моет руки в стерильном, отдельном для каждого тазике или миске, куда налит горючий $1\frac{1}{2}\%$ раствор нашатырного спирта в течение $1\frac{1}{2}$ —2 мин., тщательно протирая кожу рук смоченной в растворе стерильной салфеткой.

По истечении указанного срока (2 м.) вода меняется и процедура повторяется снова. Следовательно всего на мытье рук уходит от 3 до 5-минут. Затем руки высушиваются стерильным полотенцем и обрабатываются в течение 5 минут спиртом, благодаря чему наступает устойчивое дубление кожи.

Клпнякой проф. Спасокукоцкого способ был применен (при однородных операциях) в 1927/28 г. в 173 случаях при 100% заживлении р.р.; той же клиникой за время с 14/У по 25/XI-28 г. на 197 операций заживление наблюдалось в 193 случаях при 4 случ. нагноений. Наш материал с подготовкой рук по указанному способу обнимает 306 чистых операций (за время с 15/1 по 15/XI-1929 г.), нагноение же получалось лишь в одном случае чрезвычайно большой луночной грыжи (репагпа) у больной с обильной жировой клетчаткой, в одном случае наблюдалась нагноившаяся гематома после операции аппендицита и такая же гематома наблюдалась после лапаротомии по поводу обширной эвентрации. Во всех остальных заживление per prim. int. Основные группы операций представлены на следующей сводной таблице:

Название операций.	Количество	Нагноение
1) Грыжесечений	120	1
2) Аппендэктомий	31	1
3) Лапаротомии (кисты, G-E.A., камни желчн. пуз., янепат. беремен.	25	1
4) Прочих чистых операций.	130	—
ВСЕГО	306	3

Таким образом процент нагноений чрезвычайно низок, он равен всего лишь 0,98%. Проверив исходы операций отделения за последние пять лет при обработке рук по способу (наиболее распространенному) Фюрбригера, мы нашли его равным 1,5%, т. е. значительно превышающим предыдущий.

Полностью разделяя выводы, приведенные в указанной выше работе проф. Спасокукоцкого, мы после десяти-месячного применения его метода решаемся выставить следующие положения:

1) Способ проф. Спасокукоцкого сокращает время предоперационной подготовки рук (8—10 мин.).

2) Способ чрезвычайно экономичен, требуя лишь ничтожных затрат (вода, нашатырный спирт, денатурат), сокращая расходы на мыло и щетки, что при современном режиме экономии имеет немаловажное значение.

3) Процент нагноений при обработке рук по этому способу чрезвычайно мал и несколько не превышает таковой при других методах очистки.

4) Желательно, чтобы способ получил большее распространение среди го-варийцев хирургов с опубликованием в печати полученных результатов.

Крестообразный шов.

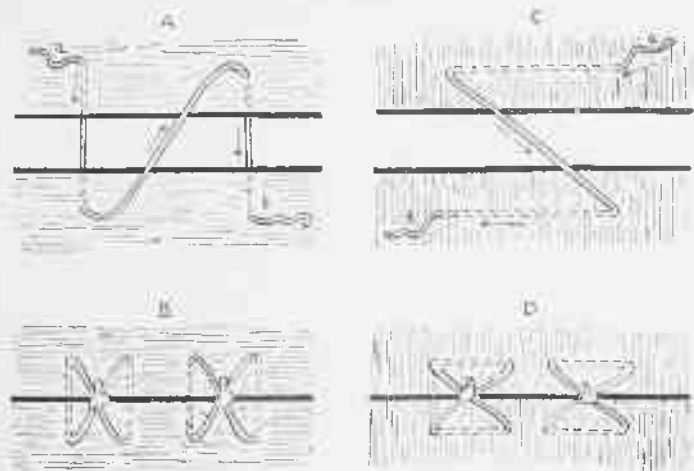
Ординатора Илсцкой районной больницы

А. И. Баскакова.

Среди целого ряда швов, предложенных в свое время различными авторами для соединения тканей преобладают две разновидности: неперывный и узловатый.

Уже несколько лет мною применяется для сшивания тканей крестообразный шов, соединяющий в себе положительные качества того и другого вместе. Особенно он превосходит при сшивании краев апопекроза, с большим усилием сближаемых друг с другом, как это бывает иногда при лапаротомиях; в последнем случае при применении крестообразного шва не бывает прорезывания нитками захваченных

краев апоневроза, несмотря на сильное натяжение. В этом заключается самое главное достоинство данного шва. Кроме того, при применении указанного шва достигается хорошее сближение соединяемых краев апоневроза, герметичность участков, где наложены швы, и, наконец последнее качество—это экономия во времени.



При зашивании апоневроза разрезанного по ходу волокон, крестообразный шов накладывается следующим образом (рис. А и В).

Производится вкол иглы сначала на одном краю сближаемого апоневроза с поверхности внутрь и нитка проводится поперечно ходу волокон сближаемого края, затем игла проводит нитку на другом краю сближаемого апоневроза также поперечно ходу волокон изнутри на поверхность; таким же образом проводим еще одну петлю, несколько отступя от первой, как это обычно делается, когда мы шьем непрерывным швом; сделав вторую петлю указанным образом, начало нитки (а) и ее конец (б) натягиваются и завязываются обычным хирургическим узлом.

В том случае, когда апоневроз был рассечен не по ходу волокон, а поперечно (рис. С и D), то, соблюдая тот же принцип шва, нитки проводятся также поперечно волокнам сближаемых краев апоневроза, т. е. вкол с поверхности внутрь и выкол изнутри к поверхности проводят на одном краю сшиваемого апоневроза, а потом тоже продлеваются и на другом крае.

После зашивания и завязывания узлов шов имеет вид как бы креста.

Из Парافیевской участковой больницы Нежинского округа. (Главн. врач С. Н. Жданович).

Случай первичной доношенной брюшной беременности.

Ординатора К. А. Променицкого.

Вопрос о возможности первичной имплантации плодного яйца в брюшной полости даже в настоящее время является спорным. Несомненно случай подобного рода чрезвычайно редки. Поэтому я позволю себе перейти к описанию одного наблюдавшегося мною случая, который, мне кажется, должен быть отнесен к категории первичной брюшной беременности.

25/XI—1927 года была доставлена в Парافیевскую больницу Наталия Г., 23-х лет, украинка, жительница с. Рубанки, Конотопского окр. Первые менструации появились на 15-м году, протекали правильно (через 4 недели по 3—4 дня).

Доложено в заседании Акуш.-Гинеколог. секции Киевского единого науч. мед. о-ва 4 апреля 1928 г.

и безболезненно. Замуж вышла в 18 лет. Характер менструаций с началом половой жизни не изменился. Последние регулы были в первых числах января 1927 года. Беременностей было 3, из которых две первые закончились нормальными срочными родами живыми детьми, а третья—в феврале 1927 года была искусственно прервана посредством выскабливания. Менструации после выкидыша не появлялись и больная считала себя вновь забеременевшей. Первые два с половиной—три месяца периодически чувствовала неопределенные, иногда сжимающие боли внизу живота, главным образом справа. Движение плода почувствовала впервые в конце июня 27 г. Беременность у больной протекала легко и женщина считала себя нормально беременной. 18—20/XI появились боли в животе, которые с 21-го приняли характер схваткообразных болей, причем, как говорит больная, «сжимало только низ живота, по всему же животу была тупая боль». Считая, что начались роды, она обратилась в свою участковую больницу. При поступлении в больницу, больная все время ощущала движение плода. «Родовые» боли выявлялись через 5—10 минут, были очень болезненны и непродолжительны. 22/XI по словам больной, ей были сделаны в больнице какие-то выскребывания в кожу живота, после которых схватки участились, но характер их остался прежний. 23/XI схватки совершенно прекратились, а вместе с тем прекратились и движения плода. 24/XI над больно́й был произведен ряд манипуляций, в числе которых, судя по ее рассказу, был и кольцевидный. После этих манипуляций оказались кровяно-родовая деятельность не восстановилась, и больно́й было предложено отправиться в Парфиевскую больницу для оперативной помощи.

Больная среднего роста, правильного телосложения, питания удовлетворительного, кожа и слизистые нормально окрашены. Грудные железы конусовидной формы, околососковые кружки пигментированы. Живот увеличен, как при доношенной беременности, но имеет неправильную конфигурацию с заметным выпячиванием правой половины. Средняя линия от пупка к низу пигментирована. Температура тела 38,8°; пульс 116—удовлетворительного наполнения, регулярный. Язык влажный. Окружность живота 96 сантиметров, размеры таза: dist. sp. 25 см., d. вг. 28 см., d. tr. 30 см., c. ext. 20 см.. Органы грудной полости никаких отклонений от нормы не представляют.

При исследовании живота, который, как сказано выше, увеличен и имеет асимметрическую форму, обнаружено следующее: контуры матки не обрисовываются, брюшные стенки напряжены и чувствительны; дно матки не определяется. При пальпации живота, справа ниже реберной дуги прощупывается выпуклое, гладкое тело плотной консистенции. Далее книзу и к средней линии явно прощупываются, как бы сейчас же под кожей, мелкие части плода; слева находится справа. Над входом в таз предлежит исконтурируемая, плотно-эластической консистенции опухоль, несвязанная с плодом. Вырав от нее, в подвздошной области, расположена очень плотная, явно-связанная с плодом опухоль, принятая за головку. Пальпация этой опухоли вызывает болезненность в левосагитальной области. Ни сердцебиение, ни движение плода, ни маточные шумы не констатируются; схваток нет.

При вагинальном исследовании обнаружен свежий правосторонний разрыв влагалищной части матки до свода, длиной в 5 см., с выворотом передней и задней губ на всем протяжении разрыва. Тело, определяемое при наружной пальпации над лобком, является непосредственным продолжением шейки матки. Левый свод несколько чувствителен, правый—резко болезнен. На исследующем пальце—кровь.

Совокупность данных анамнеза и объективного исследования заставила предполагать здесь прежде всего доношенную несвоевременную беременность и в выборе пособия остановиться на чревосечении.

25/XI под общим эфирно-хлороформным наркозом произведена лапаротомия продольным разрезом по белой линии. Брюшина утолщена и бархатиста. Непосредственно под брюшиной лежат мелкие части плода, местами прикрытые разорванными и спавшимися, очень плотными остатками плодовместилища. Плод расположен во второй позиции, переднем виде. Ягодицы лежат в правом подреберье. Чрезвычайно большая головка целиком выполняет правую подвздошную область. Плод извлечен из разорванного плодовместилища и половина (непульсировавшая и спавшаяся) перерезана между двумя зажимами. Кишки покрыты воспалительным налетом и частично спаяны. Плодный мешок, разорванный в нескольких местах и обособленный от окружающих органов, состоял, evidentemente, только из очень плотных оболочек плода. Вправо и вверх плодовместилище оказалось

сращенным с кишками. На дне мешка была желтовато-зеленоватая жидкость с запахом; такая же жидкость находилась и в полости малого таза.

Детское место прикреплено к париетальной брюшине. Оно удалено легко и без кровотечения путем отслойки рукой. Вместе с плацентой извлечена только часть плодного мешка, так как остальная его часть была спаяна с кишками.

Матка расположена по средней линии, в ante flexio, резко гиперемизирована, по величине соответствует трем с половиной лунным месяцам беременности. Оба яичника увеличены и как бы отечны. Правая труба (диаметром в 1,5 сант.) прижата за яичную стенку матки, цианотична, отечна, имеет три перетяжки и фиксирована в таком положении спайками. Левая труба (диам. около 1 сант. по всей длине) также носит следы воспаления. Фимбриальные концы обеих труб свободны от каких бы то ни было сращений и совершенно нормальны на вид. Широкие и круглые связки отечны. При самом тщательном осмотре матки, труб, яичников и широких связок ни в одном из этих органов не обнаружено ни нарушения их целостности, ни следов старых дефектов ткани. В брюшную полость введен водородный тампон. Извлеченный плод—hydrocephalus, мужского пола имеет все признаки доношенного младенца. Личико и голова начали мацерироваться. Конечности, живот и ягодичные носят следы *verrucae caseosa*. Никаких деформаций в строении скелета плода не отмечено. Вес плода—12,5 фун., длина—62 сант., ширина плеч 14 сант. Размеры головки: прямой размер 13 сант., большой поперечн. 15 сант., малый пош.—9 сант., большой кос. 18 сант., малый кос. 14 сант. Плацента дряблая, весом 1 1/4 фун.; пуповина славшалась, длиной 63 сант.; прикрепление ее к плаценте эксцентрическое.

Через 36 час. после операции удален тампон. Заживление раны гладкое. В послеоперационном периоде больная перенесла сухой правосторонний плеврит и тромбофлебит правого плеча. Выписалась 28/XII. При выписке—плотноватый рубец на месте разрыва шейки; матка—в ante flexio-positio, несколько смещена вправо, не болезненная, находится в состоянии *subinvolutio*; маточная часть правой трубы—толщиной в карандаш, несколько чувствительна; левая труба и яичник не прощупываются.

Переходя к анализу нашего случая, я должен отметить, что операция не представляла особенных технических трудностей. При отделении детского места кровотечения не было. Разрыв *portionis vaginalis* в нашем случае я склонен поставить в связь с манипуляциями, предпринятыми для ускорения родовой деятельности.

Базируясь на париетальном прикреплении последа, обособленности плодово-мемориальной от внутренних половых органов, а также принимая во внимание целостность матки, труб, яичников, широких связок и доношенность плода, я считал бы себя вправе отнести данный случай к типичной форме первичной доношенной брюшной беременности¹⁾, которая прервалась по достижении нормального срока начавшейся «родовой» деятельностью.

В заключение считаю своим приятным долгом выразить глубокоуважаемому Д. А. Абуладзе мою искреннюю признательность за помощь в данной работе.

¹⁾ Прим. ред. Однако эти основания, при наличии в анамнезе «сжимающих» болей внизу живота справа, не исключают здесь возможности вторичной брюшной беременности на почве раннего трубного выкидыша.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Современное состояние серодиагностики сифилиса.

А. Б. Вайнштейн.

Серология сифилиса представляет одну из интереснейших и незаконченных еще глав современной микробиологии. Вассерманновская реакция (WaR) далеко вышла за узкие пределы сифилиса; не укладываясь в рамки иммунитета Эрлиха, она потребовала для своего объяснения ряд крайне интересных теорий, расширяющих наши познания в области иммунитета, в частности в учении о лейкодах. Когда в 1901 г. Bordet и Gengou предложили реакцию связывания комплексов, то это открытие прошло мало замеченным; потребовалось пять лет, пока Wassermann в 1906 г. совместно с Neisser'ом и Bruck'ом, несколько видоизменив реакцию, предложили ее для серодиагноза сифилиса. Они писали тогда: „Имело бы большое диагностическое и терапевтическое значение, если бы удалось обнаружить постоянно сифилитические вещества или антитела в циркулирующей крови сифилитиков. Мы имеем уже случаи, где это удается, и случаи, где это не удается“. Гениальная прозорливость оправдалась. В реакцию Bordet-Gengou вдохнули „живую душу“—и она под именем Вассерманновской выходит на широкую арену и становится необходимым лабораторным методом не только в клинике сифилиса, но и целого ряда пограничных областей. Несколькая судьба постигла реакцию Bordet-Gengou при гонорее и туберкулезе: в виду трудности изготовления антигенов, их нестойкости и разноречивых данных о клинической пригодности—при этих инфекциях реакция не нашла широкого применения. Совершенно иное мы видим при сифилисе: с момента опубликования Wassermann'ом своей реакции, несмотря на всеобщее ее признание, несмотря на миллионы произведенных анализов и тысячи работ, посвященных этой реакции—нужно признаться, что сущность ее не является окончательно решенной и до настоящего времени. Wassermann, применяя вместо отсутствовавшей тогда культуры бледной спирохеты нодулу вытяжку из сифилитического печени, полагал, что открытая им реакция есть строго специфическая на антиген-антитело, но вскоре работами Landsteiner'a, Müller'a, Pütz'l'a и др. было установлено, что антигенами при WR могут служить спиртовые вытяжки из нормальных органов (сердца) различных животных. Работами Sachs'a и Rondoni было установлено, что главную роль играет не исходный материал, из которого готовится антиген, а способ разведения последнего в физиологическом растворе: так, быстрое и медленное разведения одного и того же антигена давали растворы различной силы. Стало очевидным значение оптимальной коллоидальной установки антигена, т. е. соответствующей дисперсии частичек антигена в окружающей среде.

Работами Forges'a было установлено, что действующим веществом всех спиртовых антигенов являются липоиды и что прибавлением искусственных липидов (холестерин) усиливается действие антигенов. Все эти изыскания проливали крупную брешь в стройную теорию, положенную Wassermann'ом в основу его реакции. С этого момента образуются две теории, борющиеся за пальму первенства в объяснении сущности WR: амбоцепторная и физико-коллоидная. Wassermann и его школа (Cytton, Weil, Braun, Münch), защищая амбоцепторную теорию, доказывают наличие в сифилитической сыворотке особого антитела, «Вассерманновского я-ва» белковой природы с характером антилипоидного амбоцептора, жадно соединяющегося с липоидами антигена в более сложный комплекс—«Вассерманновский агрегат», который ведет себя различно в отдельных реакциях: в WR, оставаясь ультрамикроскопическим, он ведет к поглощению комплекса, в осадочных—появляется в виде макроскопического осадка.

Другая, физико-коллоидная школа (Weissbach, Levaditi, Jacobstahl, Bruck, Schmidt, Sachs, Georgi) отрицает наличие антител в сифилитической сыворотке, полагая, что основанием всех серологических реакций

на сифилис (WR и осадочных) является нарушение коллоидального равновесия сифилитической сыворотки при воздействии на нее липоидов антигена. „Сифилитическая сыворотка представляет собой неустойчивый коллоид, в котором содержится большее количество глобулинов и липоидов, чем в нормальной сыворотке; грубые молекулы этого раствора, заряженные электроположительно, находятся в чрезвычайно неустойчивом состоянии, что влечет их легкую осаждаемость под влиянием различных факторов“ (цит. по Фанкельштейну). При встрече такой сыворотки с другим коллоидом-антигеном, заряженным электроотрицательно, от изменения дисперсии среды образуется преципитат; последний, оставаясь ультрамикроскопическим в WR, ведет к поглощению комплемента, в осадочных же, благодаря усилению антигена липоидами, он становится макроскопическим. Нужно сказать, Wassermann до конца жизни (1925) упорно защищал амбоцепторную теорию, большинство же исследователей находилось в лагере его противников. В самые последние годы работы Sachs'a и его школы (Witebsky, Weil, A. Klopstock), а также работы Felix'a Klopstock'a внесли много нового в интересующий нас вопрос и вновь нас возвращают к амбоцепторной теории Wassermann'a. Прежде всего, Sachs в своей монографии «Новые пути к выяснению роли антигенов и антител в организме» расшифровывает термин «антиген», применяемый нами в WR. Антигеном в истинном смысле этого слова является белковое вещество, обладающее двумя функциями: а) иммунизационной (выработка в организме антител), б) связывать эти антитела в пробирке. Вещества же, идущие под названием «антигенов» в WR являются в действительности, как мы видели, липоидами — не полноценными антигенами („гаптанами“), способными только к одной функции — связыванию антител; но если к такому гаптену прибавить чужеродный белок в качестве буксирной субстанции (Schleppersubstance) — он становится полноценным антигеном. В организме сифилитика по мнению Sachs'a и его школы, антигеном, служащим для выработки липоидных антител, является тканевой распад липоидов (местом этого распада по Berger'ю являются лимфатические железы), в качестве чужеродного белка — белковая субстанция бледной спирохеты. Так как в организме сифилитика, являются липоидные аутоантитела, то любая спиртовая вытяжка липоидов проявляет свою способность связывать эти антитела в пробирке в WR. Свою теорию Sachs обосновал экспериментально: впрыскивая кролику спиртовую вытяжку липоидов кроличьих органов (почек) со смесью чужеродного белка (свинная сыворотка) он получил у кролика положительную WR. Sachs следующим образом формулирует положение: „при WR дело идет о липоидных противотелах, принципиально вступающих в реакцию с вытяжкой любого органа“. Несколькими иными мнениями держится Felix Klopstock. Признавая также амбоцепторную теорию, он только расходится во взглядах с Sachs'ом о происхождении антигена при сифилисе: по его мнению антигеном, продуцирующим антитела при сифилисе является не тканевой распад липоидов, а сама бледная спирохета — сложная белково-липидная субстанция. Против теории Sachs'a он приводит ряд соображений: WR наступает уже тогда, когда нет еще речи о распаде тканей; при экспериментальном сифилисе обезьян и кроликов WR наступает при отсутствии распада тканей; экспериментально удается вызвать WR всеми возможными липоидами, так что нет данных принимать, что эти липоиды происходят обязательно из органов. Свою теорию об антигенной роли бледной спирохеты он подкрепляет экспериментально: иммунизируя кроликов культурой бледной спирохеты, он получает у них антитела, дающие WR с алко-гольным экстрактом из *spir. pallida*. Такой спирохетный экстракт оказался в WR чувствительнее других антигенов, особенно в ранней стадии сифилиса, в дальнейших же стадиях сифилиса он идет параллельно с обычными антигенами (органными экстрактами) для WR. С таким спирохетным экстрактом удастся получить экспериментальную WR, что не удастся при обработке животных обычными (органными) экстрактами. Работы Hesch'a, Гельцера и Попова подтверждают выводы Felix'a Klopstock'a и подчеркивают большую ценность спирохетного антигена в сравнении с другими. Некоторый диссонанс в теорию Felix'a Klopstock'a вносит работа Schulze и Krog: иммунизируя здоровых людей убитыми культурами бледной спирохеты, они получали у них положительную WR только при применении спирохетного экстракта, а не обычного (органного); кроме того, спирохетный экстракт, по наблюдениям этих авторов, оказался менее чувствительным в WR у сифилитиков в сравнении с обычными органами экстрактами; последнее обстоятельство дает им основание сделать вывод, что *Pallida*-экстракт регистрирует в сифилитической сыворотке другие составные части, чем

орган-экстракт. Felix Clorstock объясняет результаты выше цитированной работы недостаточной техникой в изготовлении спирохатного экстракта. Резюмируя кратко все вышесказанное, мы должны признать, что при WR дело идет об истинной реакции иммунитета против липидов; остается только нерешенным еще окончательно вопрос, кто продуцирует антитела — тканевой распад собственных органов или сама бледная спирохета.

Наряду с изучением теоретического обоснования серодиагностики сифилиса усиленно идет разработка методики и изучение практической ценности различных реакций. Разработка методики идет по трем направлениям: 1) уточнение техники, 2) упрощение техники, 3) разработка т. н. «осадочных» реакций.

Методика, предложенная первоначально самим Wassermann'ом, содержала ряд погрешностей (в вопросах приготовления антигенов, применения дозы компонента и т. д.); этим объяснились разноречивые данные, получавшиеся в различных лабораториях (т. н. «парадоксальные реакции»). Ряд исследователей (Каур, Sornali, Jacobstahl, Маслаковец, Либерман) уточнили реакцию, ввели целый ряд взаимных контролей различных ингредиентов, участвующих в WR (особенной сложностью отличается методика Каур'a) — и все же благодаря различной технике, применявшейся в различных лабораториях, разноречивые результаты (иногда даже по поводу одной сыворотки, посланной в один день в разные лаборатории) сильно дискредитировали WR в глазах клиницистов. Становилась очевидной необходимость унификации WR, введя единого технического метода. Этому вопросу была посвящена ряд съездов и конференций серологов в Зап. Европе и нашем Союзе, начиная с 1921 г. Единая инструкция по постановке WR принята в Германии. В нашем Союзе унификации WR много содействовала московская серологическая школа проф. Фликельштейна; ею выработана инструкция по производству WR, принятая в 1925 г. большинством наших лабораторий; инструкция и настоящее время уже проверена на большом материале и оказалась вполне приемлемой с научной и практической стороны.

Второй путь развития методики WR шел по линии упрощения техники. Сложность и дороговизна WR, делающие ее недоступной в простой лабораторной обстановке, побуждают искать новых путей в области серодиагностики сифилиса. Попытки были уже сделаны давно в Германии — это применение т. н. «активного метода» с использованием естественного компонента и гемолитичной негетеротической испытуемой сыворотки (модификация Вагнер'a, Нешт'a, Стег'a, Врук'a, Кадисч'a, Тсü и др.). Помимо простоты техники активный метод имеет и чисто теоретический интерес, т. к., по мнению некоторых серологов (Врук), при нагревании мы уничтожаем в сифилитической сыворотке некоторые термолабильные люэсраггены, что не имеет места при активном методе. Большинство, испытавших активный метод, отмечают его большое совпадение с оригинальной WR и даже большую чувствительность, некоторыми же авторами отмечается известная неспецифичность. Мною совместно с д-ром Потапником испытан активный метод в модификации Тсü на 700 сыворотках параллельно с WR и реакцией Sachs-Georgi; модификация Тсü показала себя весьма чувствительной и легко выполнимой.

Третий путь в развитии методики серодиагностики сифилиса представляет собой разработку т. н. «осадочных реакций». Зародившись в 1917—18 г.г. в Германии исключительно в силу тяжелых экономических условий, переживаемых тогда страной, с целью освободиться от дорого стоящей WR — осадочные реакции в силу теоретического интереса и практической ценности прочно укрепились в Германии, Америке и нашем Союзе. Существует множество реакций осаждения, допущения, но наибольшая распространенность пользуется в Германии реакция Sachs-Georgi (SGR), Menicke (MK); в Америке реакция Кауа; в нашем Союзе получили распространение все три реакции. Несмотря на большой процент совпадения осадочных реакций с WR и легкость их производства, они все же не получили полного права гражданства, и на различных съездах и конференциях серологов они признаны не самостоятельным методом, а только ценным дополнением к WR, что нашло свое отражение и в принятой у нас инструкции. Нами лично из осадочных реакций долгое время применяется SGR, а в последнее время (совместно с д-ром Лейзеровским) реакция Кауа.

В настоящее время большинство серологов считает, что сифилитические изменения крови не могут регистрироваться одной какой-либо реакцией; поэтому на Западе и у нас принята «комплексная» серодиагностика сифилиса, куда входит WR и по крайней мере одна из осадочных.

Перейдем к рассмотрению следующих вопросов: специфичности и клинической ценности WR. Противники WR главным доводом выставляют ее неспецифичность, т. е. она встречается при ряде патологических и физиологических состояний, не имеющих ничего общего с сифилисом. И действительно, WR встречается изредка, как проходящая, при сыпном и возвратном тифе, скарлатине и проказе, но все указанные заболевания имеют столь резко выраженную клиническую картину, что не представляют никаких трудностей при дифференцировании с сифилисом. Особняком стоит вопрос о малярии. При острой малярии ряд исследователей находил довольно большой % неспецифических реакций (10—50); что касается хронической малярии, то, как правило, WR при ней отрицательна; повторная положительная реакция при хронической малярии с большей вероятностью говорит за латентный сифилис. Что касается физиологических состояний, при которых может наблюдаться неспецифическая реакция, то сюда относятся последняя неделя беременности в первые дни жизни новорожденного. Изредка неспецифическая реакция отмечалась в связи с пищеварением, откуда возникло требование брать кровь преимущественно натощак. Наблюдаются изредка случайные положительные реакции с сыроворотками больных, страдающих распадом тканей (опухоли); также положительные реакции должны расцениваться с крайней осторожностью; повторное исследование в таких случаях является необходимым. Совершенно в явочном порядке должна рассматриваться даже слабо положительная реакция у лиц с lues om в анамнезе: здесь она является показанием для лечения.

Последний вопрос, на котором следует остановиться — это о практической ценности серодиагностики сифилиса. Вначале WR применялась исключительно в клинике кожного сифилиса. Если в первичной стадии сифилиса WR не имеет большого диагностического значения, т. е. появляясь на 6—7-й неделе, она уступает решающее место при диагнозе микроскопу; если во вторичной стадии сифилиса клиническая картина столь ясна, что исследование крови в диагностическом отношении является излишним, то совершенно иное мы видим в латентной стадии. Здесь она является единственным методом диагноза, давая в среднем до 50% положительных результатов. Колебания в частоте и силе положительных результатов стоит, как было установлено Cutronom, в обратно пропорциональном отношении к давности инфекции и интенсивности проведенной терапии. Прогностически WR имеет большое значение в первичной стадии сифилиса (в вопросе абортивного лечения) и особенно в вопросе излечимости сифилиса, на котором мы остановимся в дальнейшем. По скорости превращения положительной WR в отрицательную мы судим также о достоинстве различных antiluetica.

Вскоре WR вышла из стен сифилодологической клиники и стала необходимым лабораторным методом ряда пограничных областей (висцерального сифилиса, нервного, глазного, хирургического и т. д.). Ряд неясных заболеваний сердечно-сосудистой системы получая свое истинное объяснение благодаря WR; при целом ряде висцеральных заболеваний, при полном отсутствии анамнестических данных удается установить бывшую сифилистическую инфекцию только на основании серологического контроля. Большую роль сыграла WR в выяснении патогенеза врожденного сифилиса, целиком опровергнув закон Colles'a об иммунитете к сифилису матерей врожденных сифилитиков: WR показала, что эти „Коллесовские матери“ почти все являются латентными сифилитиками. Сифилис нервной системы, P. P. и T. D. — стал нам более понятен благодаря WR. Рамки обзора не дают возможности говорить о значении исследования liquor'a по Wassermann'u в отдельных стадиях кожного, висцерального и нервного сифилиса.

Вопрос излечимости сифилиса разрешается также только при помощи WR. Длительная отрицательная WR в крови и liquor'e, если и не является „охранной грамотой против металюса“ (Nonne), то все же при настоящем уровне наших знаний клиники и лаборатории сифилиса она является единственным критерием излечимости и, наоборот, положительная WR в латентной стадии сифилиса с неосомненностью говорит о наличии в организме очага спирохеты, требующего энергичного лечения, т. е. положительная WR в латентной стадии сифилиса есть серологический рецидив, уподобляемый нами рецидиву сифилиса на коже. Исключением из вышесказанного правила являются резистентные серологические случаи, где, несмотря на самую энергичную терапию, WR остается стойко упорной; речь идет о тех больных, у которых WR является косметическим недостатком крови (Kyrle).

Помимо лечебной медицины WR занимает подобающее ей место и в социальной медицине, в борьбе с вен болезнями: обследование целых народностей, различ-

ных групп населения с целью выяснения сифилизации тесно связано с серологическим контролем.

Мы видим, что WR завоевала себе прочное место в клиниках различных специальностей, но она не является, как говорят Воас, чудесным средством (Wundermittel), разрешающим всю сложную проблему сифилиса; это только вспомогательный клинический метод, который в целом ряде случаев, где все остальные пути отрезаны, дает нам свое заключение.

Советское здравоохранение на новом этапе.

А. Я. Плещицер.

Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян открывает новую страницу и дает начало новому направлению советского здравоохранения. ЦК считает, „что новые задачи реконструктивного периода требуют коренной перестройки работы Наркомздравов союзных Республик. ЦК отмечает, что нынешнее состояние работы Наркомздравов на практике не обеспечивает проведение в жизнь директив партии. Темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства“...

Основные установки партии на ускорение темпа индустриализации и разветвливании социалистических форм сельского хозяйства—получили свое реальное осуществление в течение первого года пятилетки, значительно опередив намеченный пятилетний план, принятого на XVI-й партконференции в апреле 1929 года.

Коренная перестройка работы Наркомздравов должна обеспечить в первую очередь медпомощью развивающийся быстрым темпом социалистический сектор города и деревни. Ноябрьский Пленум ЦК предусматривает следующий конкретный план народно-хозяйственного развития на 1929/30 г. Капитальные вложения в народное хозяйство должны составить около 13 млрд. (против 10,2 млрд. по пятилетнему плану), в том числе в планируемую промышленность: в электрификацию—4 млрд. руб. (против 2,8 млрд. по пятилетнему плану), в транспорт—1,9 млрд. руб. (против 1,5 млрд. руб. по пятилетнему плану) и в сельское хозяйство—4,3 млрд. руб. (против 3,5 млрд. руб. по пятилетнему плану). Вложения в просвещение и здравоохранение должны составить 646 млн. руб. против 336 млн. руб. истекшего года. Основные фонды народного хозяйства должны возрасти с 74,5 млрд. руб. в 1928/29 г. до 85,2 млрд. руб. в 1929/30 г. или на 14,42% (против 7,2% прироста основных фондов в 1928/29 г.). Валовая продукция планируемой промышленности должна возрасти с 13,7 млрд. руб. в 1928/29 г. до 18,1 млрд. в 1929/30 г. или на 32,12% (против 21,5% по пятилетнему плану). Валовая продукция сельского хозяйства в 1930 г., по сравнению с 1929 г. должна возрасти на 13%. Народный доход в неизменных ценах должен будет возрасти с 28534 млн. руб. в 1928/29 г. до 34363 млн. руб. в 1929/30 г. или на 20,4%. Численность лиц трудящегося должна возрасти с 12,2 млн. чел. в 1928/29 г. до 13,3 млн. чел. в 1929/30 г. или на 9,4%, в том числе индустриального и транспортного пролетариата—с 5,9 млн. чел. до 6,5 млн. чел. или на 10,2% и сельско-хозяйственных рабочих—с 2,1 млн. чел. до 2,3 млн. человек.

Эти темпы ставят по новому задачи в области здравоохранения. По пятилетке по РСФСР предполагается рост числа застрахованных минимум на 40%, между тем по пятилетке здравоохранения рост числа городских кооп. предположен лишь в 32%.

Н. А. Семашко указывает, „что если сделать перераспределение внутренних ресурсов и провести хотя бы минимальные мероприятия по рационализации, тогда рост кооп. для застрахованных в пятилетке будет не 32%, а 58%, т. е. он значительно обгонит рост числа застрахованных (40%); обеспечение социалистического сектора сельского хозяйства значительно поднимется: вместо 0,6 кооп. на тысячу человек для всего сельского населения, мы будем иметь для социалистического сектора 1,1 на тысячу. Предполагаемые ассигнования на больничное строительство в совхозах и колхозах еще более повысят эти коэффициенты“.

Развивающаяся городская промышленность и мощный рост коллективизации сельского хозяйства значительно изменят быт городов и деревень. В городах одна лечебно-санитарная единица будет обеспечивать более мощные коллективы рабочих и их семей, чем это было до сих пор. Новое строительство городов, поселков, фабрик и заводов выдвигает на передовые позиции санитарно-гигиенические мероприятия, и они становятся руководящим фактором в деле построения здравоохранения. На селе тоже одна лечебно-санитарная единица получает возможность лучше обслуживать более мощные коллективы, чем обслуживание индивидуальных хозяйств.

В этом же постановлении указывается, что «Наркомздравы Союзных Республик должны коренным образом перестроить всю практическую работу в области здравоохранения, более четко отражая в ней классовую пролетарскую линию. Улучшить лечебную и профилактическую помощь в промышленных центрах, выделяя в особую группу основные индустриальные районы (горная, металлургическая промышленность и т. п.). В пятилетнем плане здравоохранения особо обеспечить медицинское обслуживание застрахованных. В связи с переходом на 7-м часовой рабочий день и на непрерывную производственную неделю—перестроить работу лечебно-санитарных учреждений, обслуживающих нужды рабочих...» В виду особого тяжелого санитарного состояния Донбасса, Кузбасса и Урала „провести ряд широких мероприятий по санитарному оздоровлению этих районов“.

В какой мере классово-пролетарская линия здравоохранения получала отражение до сих пор? Директивы Наркомздрава определяют, что в переходную эпоху народного хозяйства, здравоохранение не может быть безклассовым, здравоохранительские мероприятия должны строиться таким образом, с таким расчетом, чтобы пролетарские массы были лучше обслужены, чем все остальное население. Коновалов (НКЗдрав Р.С.Ф.С.Р.) приводит следующие цифры, доказывающие, что эти установки осуществлялись. Из общей суммы затрат всех источников средств здравоохранения тратилось в 1926—27 г. на застрахованных 186,253 4 тыс. руб., на незастрахованных 107,980,3 тыс. руб. В 1927/28 г. тратилось на застрахованных 293,427,6 тыс. руб., на незастрахованных 127,991,9 тыс. руб. В то же время автор подчеркивает, что уменьшение поступлений по фонду медпомощи застрахованных в 1927/28 г. повело к ухудшению медико-санитарного дела в промышленных районах и задержало его дальнейшее развитие (уменьшение отчисления по фонду медпомощи на одного активно-застрахованного с 26 руб. 18 коп. за 1926—27 г. до 25 руб. 24 коп. в 1927—28 г.), также изъятие 10.746 тыс. руб. на покрытие дефицита по бюджету социального страхования привело к значительному снижению удельного веса фонда медпомощи в общем бюджете здравоохранения с 48,8% до 45,2%. Застрахованное население в значительно большей мере использует медпомощь по сравнению с остальными жителями, составляя в РСФСР вместе с семьями 16,1% от общей массы населения в 1927—28 году, больничных койко-дней приходится на застрахованных 48,2%, амбулаторных посещений 49,3%. Расход на оказание медпомощи для одного активно застрахованного равняется 36 р. 59 коп., на одного застрахованного жителя—14 руб. 36 коп. и на одного незастрахованного жителя—1 руб. 77 коп.

Директивы партии о более четком отражении в деле здравоохранения классово-пролетарской линии ставят перед органами здравоохранения задачи улучшения обслуживания медпомощью застрахованных, требуют не успокаиваться на достигнутых результатах и намечают более высокие коэффициенты. В контрольных цифрах здравоохранения по РСФСР за 1929—30 г. имеется уже определенный сдвиг в смысле повышения затрат на обслуживание медпомощью застрахованных и промышленных рабочих. Фонд медпомощи увеличивается до 220,5 млн. руб. в 1929/30 г. вместо 191,0 млн. руб. в 1928—1929 г.

Постановление ЦК ВКП(б) уделяет особое внимание вопросу постановки медицинской помощи в деревне. Учитывая резкую недостаточность медицинской помощи в деревне, особенно в обслуживании бедняцко-батрацких масс, ЦК предлагает Наркомздравам Союзных Республик наметить план систематического расширения сельской лечебной сети.

«Развертывание работы в деревне должно быть увязано с колхозным и социальным строительством, охватывающим широкие массы батраков, бедняков и середняков».

Пригодны ли те организационные формы на селе, которые получены советской медициной от земства и которые до настоящего времени развивались, не подвергались коренному пересмотру?—ставит вопрос тов. Коновалов² и отвечает, что нет.

Когда усиленным темпом идет развитие колхозов, совхозов, коммун, когда деревня индустриализуется и растут кадры пролетариата на селе, обслуживание жилищно-бытового, социалистического сектора села не может находиться на цифрах и показателях 1927—28 года. Разрыв в медобслуживании застрахованного и сельского жители, выраженный в отношениях 11:1, должен быть значительно уменьшен. Циклетики Наркомздрава РСФСР намечает следующие отношения застрахованного и жители обществленного сектора сельского хозяйства 11:5 (в абсолютных цифрах вместо 1 руб. 37 коп.—около 5 р. 18 к. на одного жителя колхозов). Развитие жилищно-бытового сектора на селе ставит перед органами здравоохранения новые задачи и новые возможности в деле организации санитарно-гигиенических мероприятий. Распыленность сельского населения, карликовое натуральное хозяйство крестьян и его ничтожный бюджет—ставили почти непреодолимую преграду санитарным мероприятиям в деревне... Совхозы и колхозы, как укрепленные хозяйственные организации, имеют большие возможности и средства, и вполне реальные крупные санитарные мероприятия (Сысый). В контрольных цифрах по здравоохранению в РСФСР на 1929/30 г. имеется небольшой сдвиг в увеличении расширения сельской лечебной сети. Число больничных коек села намечено увеличить до 30259 вместо 45915 в 1929/30 году, сельских врачебных участков намечено увеличить до 5498 вместо 5084 в 1929/30 г. и в том числе больниц увеличить до 3073 вместо 2920 в 1928/29 году.

Директива НК ВКП(б) о систематическом расширении сельской лечебной сети не есть только проблема количественная. Во всей полноте и впервые ставится задача систематического обслуживания социалистического сектора деревни. Очередной задачей является изучение производственных и бытовых вредностей рабочих совхозов и колхозов, изучение профессиональных и бытовых болезней и борьба за оздоровление труда и быта в сельском хозяйстве. Курортную помощь рабочие совхозов должны получать наравне с промышленными рабочими, а батраки и активные участки колхозов за счет крестьянских мест в первую очередь (Нештытский).

Диспансерный метод работы—это основная установка, по которой должна строиться наша работа в колхозах и совхозах. Взятие на учет всего населения, систематическое диспансерное наблюдение, постоянный охват профилактическими мероприятиями—это те вехи, по которым должна идти работа медперсонала в обслуживании колхозов (Алексеев*).

«Призывая неотложной задачей коренное улучшение в составе кадров народного здравоохранения, НК ВКП(б) считает необходимым:

а) Взять решительный курс на орабочение аппаратов, путем выдвигания и охраны здравоохранения рабочего и крестьянского актива». Именно, небольшая прослойка пролетариата в наших лечебных учреждениях является характерной чертой.

Соотношение отдельных групп медработников весьма своеобразное, отличающееся их от соотношения разных групп на фабриках и заводах. В среднем 1 врач на 10 человек среднего и младшего медперсонала. На фабрике или на заводе приходится один инженер на несколько сот рабочих.

Из-за своего социального происхождения врачевый и средний медперсонал весьма близки.—они вышли из рабочих и беднейших крестьян в этих двух группах не больше 5—10%. Младший медперсонал в большинстве выходит из крестьян, возможно из батрацких его слоев, но никогда не бывавшие на фабрике или заводе, многие женщины-санитарки малограмотны, некоторые религиозны и т. д. В то время как инженер на фабрике изо дня в день имеет самое близкое общение с широкими рабочими массами и последние влияют на инженера, втягивая его активно в социалистическое строительство,—в лечебно-санитарных учреждениях врач не имеет ничего подобного,—врач стремится оказать большое влияние на остальных медработников.

Директива партии о коренном улучшении в составе кадров народного здравоохранения ставит себе задачей улучшить работу аппаратов управления органов здравоохранения, также и лечебно-санитарных единиц. Обычные разговоры среди врачей, в чем они всегда были убеждены, что только врачи могут управлять делом здравоохранения и стоять во главе лечебных учреждений, стали реже за последние годы. Многие врачи мирятся с тем, что во главе аппаратов управления здравоохранения или его отделов (отд. медпомощи застрахованным), могут быть рабочие, но в их сознании не укладывалась целесообразность выдвигания рабочих на командные должности в качестве Главврачей. Упрощая этот вопрос, некоторые врачи полагают, что раз во главе лечебных учреждений будет рабочий, то он не может

отвечать за постановку медицинского дела, что он только может администрировать и распоряжаться финансами и хозяйственными делами. Другие просто говорят, что это будет не Главврач, а Главхоз над Завхозом. Некоторые полагают, что нужно выдвигать осторожнo, раньше в пом. главврачей, потом, как освоится можно и в Главврачи: тов. М. И. х.² считает, что: «нужно, чтобы заведующий был хорошим администратором и организатором, политически развитым, чтобы он умел создать хорошие взаимоотношения с врачами, со всем персоналом, наладить общественностью и т. д. К нему необходимо предъявить те же требования, что и к директору фабрики. Это должен быть ответственный политический работник, а не тип настоящего завхоза (должность которого при Директоре, конечно, сохраняется)».

«Что из того, что подобных ответственных товарищей у нас и так нехваток» — возражает тов. Юзефсон³ и продолжает, что каждая новая фабрика, каждый завод, каждый вновь разворачиваемый зерносовхоз, каждый район сплошной коллективизации... требует все новых и новых кадров администраторов-организаторов, хороших общественных и политических работников... Советская медицина имеет достаточные кадры врачей для перестройки здравоохранения на новые, не потребительские рельсы, достаточно благодарный материал, поработавши над которыми можно пойти в ногу со всей переустраивающейся народно-хозяйственной жизнью, не теряя перспективы».

Постановление ЦК партии разрешает этот вопрос в целом. Не в том дело, кто как и лучше справится. Рабочий во главе лечучреждения и врач администратор не противопоставляются друг другу. Коренное улучшение в составе кадров органов здравоохранения, выдвижение рабочих на командные должности должно способствовать еще большему улучшению работы лечанучреждений и органов управления и должно обеспечить более четкое отражение классовой пролетарской линии в деле здравоохранения. Это постановление партии констатирует, «значительное скопление медицинских работников и оканчивающих медвузы в крупных городских центрах при резком недостатке таковых в деревне и фабрично-заводских поселках ЦК считает необходимым, чтобы Наркомтруд СССР совместно с Наркомздравами Союзных Республик и ЦК Союза Медсантруд провели в месячный срок мероприятия, обеспечивающие использование этих работников в деревне».

Этот вопрос приобретает первостепенное значение в настоящее время, когда перед органами здравоохранения ставится задача количественного и качественного улучшения медпомощи социалистическому сектору деревни. Наша страна не настолько богата медицинскими врачами, чтобы позволить себе роскошь иметь резерв врачей в несколько тысяч человек, неиспользованных на практической работе.

Это постановление партии должно быть категорически выполнено без всяких ослаблений. Это резкое несоответствие и численное соотношение — один врач в городе на несколько сот человек, а на селе один врач на 2—3 десятка тысяч крестьянского населения — должно быть уменьшено.

В этой статье нами охвачены только некоторые пункты этого постановления. Остальные вопросы этого постановления не менее важны. Эта совокупность мероприятий определяет новое направление в построении лечебно-санитарного дела, коренная перестройка работы, наиболее четкое выявление классовой пролетарской линии, усиление темпа развития дела здравоохранения в соответствии с темпом роста всего народного хозяйства.

Литература. ¹ Вопросы здравоохранения, № 20, 1929. — ² Ibid. № 18. — ³ Ibid. — ⁴ Ibid. № 22 — ⁵ Ibid. № 19. — ⁶ Ibid. № 22.

Медицина и здравоохранение на путях социалистического соревнования.

Проф. М. Гран.

Для партийного и беспартийного объективного наблюдателя современной текущей жизни непреложно устанавливается, что мы переживаем исключительный исторический период. Это бьет в глаза при наблюдении процесса социалистического строительства в нашей стране, темпа его и форм, в которых это строи-

тельство и темпы протекают. Н. Бухарин в последней статье, напечатанной в „Правде“ (декабрь 1929 г.), особенно ярко и образно отражает эту мысль и положение. Особенно поражает разнообразие и оригинальность форм социалистического строительства, которое выдвигает и дает партия и власть. При бешеных темпах, в которых протекает строительство, отдельные партии, не говоря уже о беспартийных, на наш взгляд, не успевают достаточно осознать ни самого процесса, ни тем более отдельных форм его.—особенно, когда дело касается жизненного, делового претворения этих форм в жизнь.

Мы намерены фиксировать внимание на одной из форм социалистического строительства—социалистическом соревновании. Это ныне общий лозунг страны—партии и власти. Мощным движением этот лозунг охватил страну; прежде всего этот лозунг был брошен по всему фронту хозяйственной, производственной жизни,—промышленной и сельско-хозяйственной; он коснулся всех сторон жизни, всех ее разделов: этот лозунг был подхвачен прежде всего рабочими массами, пролетариатом; намечены были первые методы, пути, начала устанавливаться цифровые показатели, индексы, „контрольные цифры“ для социалистического соревнования; начали появляться первые итоги социалистического соревнования; они были явны и резко эффективны и быстро установилось положение: социалистическое соревнование в области хозяйственной народной жизни—мощное орудие подъема, интенсификации, стимулирования развития народно-хозяйственного развития и в темпах, и в продукции, и в эффективности.

Тогда был поставлен вопрос о перенесении лозунга социалистического соревнования по фронту социально-культурной жизни; это касалось науки, культуры просвещения, здравоохранения и других секторов социально-культурной жизни. Но здесь на первых порах было не мало скептицизма и недоуменных вопросов насколько данный лозунг применим в области науки, просвещения, здравоохранения? Эти недоуменные вопросы стояли даже в крупных столичных центрах. Мы приведем тому пример. В июне 1929 года Томский университет сделал „вызов на социалистическое соревнование Казанскому университету; насколько нам известно, это был первый вызов на социалистическое соревнование по линии ВУЗ'ов. На многочисленном (2.000 человек) собрании студентов и преподавателей Казанского университета этот вызов был принят с энтузиазмом. Мы разсказали последние канюкулы, зная, что с осени нам предстоит социалистическое соревнование: в Москве я продумывал, как строить это соревнование, по каким вопросам, по каким линиям, по каким методам, по каким объективным показателям, с какими контрольно-учетными мерилками; я ставил перед собой прежде всего вопрос конкретно, применительно к профилактическим кафедрам. И надо сказать, что я терпелся в ряде своих недоуменных вопросов. Я сознавал, что жизнь ставит перед нами большой, сложный, важный, ответственный вопрос. Необходимо его осознание, необходимо его коллективная проработка. Я начал консультировать с товарищами по профилактическим кафедрам. При этой индивидуальной консультации я чувствовал и видел недоумения и растерянность, которые были свойственны и мне. Я решил поставить этот вопрос на обсуждение коллегии—Бюро профилактических кафедр в Москве. Мой доклад ставил вопрос конкретно: я выдвигал на соцсоревнование 15 вопросов, хотя их можно было ставить 30 и более. Доклад вызвал к себе интерес; был оживленный обмен мнений; было признано, что, естественно, лозунг соцсоревнования—жизненный и обязательный для ВУЗ'ов, как и всего социально-культурного сектора, но было признано, что число поставленных мною вопросов велико; из 15 было взято в первую очередь лишь 4—наиболее важных и актуальных для профилактических кафедр.

Но жизнь шла впереди нас. За короткий период 3—4 месяцев (сентябрь—декабрь) жизнь решила твердо и категорически, что лозунг соцсоревнования жизнен и обязателен для всех разветвлений науки и социально-культурной жизни. За это время накопилась громадная литература, уясняющая этот вопрос идеологически, программно, методически. Вопрос дискуссионно проходил в ряде организаций общественных, научных, ведомственных, профсоюзных.

Но все же, надо признаться, мы и до сих пор не имеем общих точек зрения по данному вопросу—ни принципиальных, ни организационных, ни методических. Уяснить и уточнить эти точки зрения мы и пытаемся.

Прежде всего об идеологической установке соцсоревнования: последнее имеет целью максимально активировать социалистическую реконструкцию в смысле усиления темпов этой реконструкции, с целью получить наибольшую продукцию и эффективность—количественную и качественную. Эта точка зрения относится

в равной мере и к чисто производственному, и к социально-культурному, научному фронту. Разница между тем и другим кроется в том, что чисто производственный фронт в большинстве случаев дает возможность количественного учета продукции, эффективности соц-соревнования; здесь в большинстве случаев — метод учета и контроля — цифровой: индекс, процент повышения продукции и эффективности; этим надо объяснить то, что на производственном, промышленном, хозяйственном фронте — соц-соревнование было ясно и четко, убедительно с первого момента даже в рабочей массе. Несколько иначе дело обстоит на фронте социально-культурном и научном: здесь большинство вопросов для соц-соревнования — вопросы идеологически-организационного порядка, трудно поддающиеся цифровому, математическому учету и контролю; реконструктивные процессы на социально-культурном и научном фронте ставят вопросы не только идеологические, но программные, организационные, методические; соц-соревнованию подлежат прежде всего вопросы такого порядка, где цифровой математический метод учета и контроля не приложим или приложим в очень ограниченной мере; поэтому в большинстве случаев пункты, выдвигаемые для соц-соревнования на культурном и научном фронте необычно общи, расплывчаты. Мы имеем перед собой показательный пример: перед нами два „генеральных“ договора Томского и Казанского университетов: договор „вызова“ (Томского) включает 7 пунктов, договор — „ответный“ (Казанский) включает в себе 25 основных пунктов, а если взять эти 25 пунктов в детальном разложении, то число пунктов доходит до 82. Мы имеем перед собой также ряд договоров „внутри вузовских“ и „межвузовских“, и опять одни договора — ставят на соц-соревнование 4—5 вопросов, другие — выдвигают по 5—10 „разделов“, от 46 до 100 вопросов („вызов“ Казанского госуд. Института усовершенствования врачей Казанскому университету и Казанского рабфака). Все пункты этих договоров необычайно разнообразны, касаются самых разнообразных отраслей дела — идеологических, политических, учено-исследовательских, учебно-педагогических, административных, хозяйственных и проч.; одни пункты — необычайно общи, другие — необычайно мелочны. Учетные показатели или отсутствуют совсем, а там, где они выражены в цифровых показателях — они чрезвычайно условны, произвольны, необоснованы. — Мы опять приведем несколько тому примеров: 100% подписка на III-й заем Индустриализации (не поздно-ли?), 100% членство КЦРК, 100% вступление в добровольное Об-во, 60% увеличение кадров научных сотрудников из нацменов, 100% переобучение татар „Аналифу“, доведение % татар среди младшего и среднего персонала до 15%, поднять посещаемость общих собраний до 55% (почему не 50 и не 60 к общему числу сотрудников?), связать по отношению к общему счету на 1929/30 год расходы на топливо — на 5%, на электричество — 10%, на воду — 10%, на медикаменты — 10%, на служебные командировки — 20%, сокращение покупок на животных (за счет приплода) на 25%. Почему эти цифры, а не другие, чем они обоснованы?

Но более всего странно то, что все договора и генеральные, и частные (внутри- и межвузовские) почти не затрагивают основных вопросов реконструкции ВУЗ'ов — тех вопросов, которые ныне стоят основными, коренными, капитальными. а если и затрагивают, то самым поверхностным образом и они тонут в море самых разнообразных, подчас мелочных вопросов.

Что касается учетно-контрольной части соц-соревнования, то она методически совершенно не разработана. Прежде всего ни в одном из договоров не предусмотрена основная предпосылка соц-соревнования. Последнее прежде всего должно предусматривать первую стадию соц-соревнования: это стадия „самокритики“, самооценки, выявления своих дефектов; это должно предшествовать соц-соревнованию; это должно быть зафиксировано, документировано — особенно в областях, где трудно выявить дефект цифровым показателем; это необходимо, чтобы можно было учитывать итоги соц-соревнования, меру достижения по окончании срока соц-соревнования. Этого не предусматривает ни один из договоров и обязательств. а без этой предпосылки можно выражать опасение, что соц-соревнование не будет плановым творческим процессом, измеримым в своей динамике и развитии.

Следует помнить, что соц-соревнование не есть ударная кампания, а метод работы, долженствующий сопровождать длительный период социалистической реконструкции и социалистического строительства: а с этой точки зрения организаторность и плановость соц-соревнования первейшая и обязательная предпосылка. В этом центр вопроса, в этом его сущность. И в этом смысле надо признать, что с соц-соревнованием на научном и социально-культурном фронте у нас пока

неблагополучно. Мы следуем директивам, мы подражаем, мы стараемся равняться по фронту промышленности и производства, но мы не осознавали ни важности вопроса, ни его особенностей применительно к науке и социально-культурным областям нашей социалистической, реконструктивной работы.

Мы в данном случае имеем ввиду прежде всего медицинские ВУЗ'ы, научно-исследовательские учреждения, научно-медицинские (-ва), широкую область здравоохранения, а, следовательно, и врачей и весь вспомогательный медицинский персонал. Мы хотели бы иметь ввиду эти учреждения в вопросе соц-соревнования в соотношении и органической увязке со всеми процессами социалистической реконструкции медицины в нашей стране; это касается и целеустановки и темпов. Соревнование в этой специальной области должно быть в то же время и соц-соревнованием научно-культурной и производственно-индустриальной областей соц-соревнованием науки и труда, ученых, врачей и рабочих. Мы полагаем, что к нам запросы и требования могут и должны быть больше и выше.

Все это — повторяем — обязывает нас к наибольшему осознанию значения и процесса соц-соревнования, к наибольшей организованности и плановости в соц-соревновании. Вопрос этот — не академический, а жизненный, практический срочный. Надо сознаться, что в данном вопросе мы плетемся в хвосте, мы слишком медлительны, мы уже отстали на 6—7 месяцев.

Поэтому мы формулируем общие основные положения, по которым должно строиться соц-соревнование в области медицинской науки и здравоохранения; эти положения следующие:

1) Соревнование есть революционный метод периода социалистической реконструкции, имеющий целью дать наибольшую продукцию и эффективность в темпах, количественных и качественных достижениях в процессе социалистического строительства.

2) Соревнование есть метод равно обязательный как для сектора индустриально-производственного (промышленности и сельского хозяйства) так и для сектора научно-культурного.

3) Медицинские ВУЗ'ы, научно-исследовательские институты, научно-медицинские о-на, широкая область здравоохранения требуют соц-соревнования в целях социалистической реконструкции, согласно директивам партии и власти.

4) Социалистическое соревнование должна предшествовать самокритика и самооценка в целях выявления всех слабых сторон постановки дела применительно к запросам социалистической реконструкции.

5) На социалистическое соревнование в первую очередь должны ставиться в каждой данной области и специальности применительно к кабинету, кафедре, лаборатории, лечебному учреждению вопросы основного порядка, выдвигаемые целями и задачами социалистической реконструкции данного периода.

6) Число вопросов на данный период соц-соревнования не должно быть слишком многочисленным, громоздким — в первой очереди должны стоять вопросы идеологического, планового, организационного, методического порядка.

7) Вопросы на соц-соревнование должны ставиться конкретные, нерасплывчатые, четкие по формулировке, чтобы отныне на них — в итоге соц-соревнования — поддавались столь же конкретному четкому учету и измерению.

8) В связи с указанным вопросу об учете конечных итогов соц-соревнования в текущему контролю над соц-соревнованием должно быть уделено особое внимание.

9) В числе вопросов, выдвигаемых на соц-соревнование, вопросы общественного порядка, вопросы выявления общественного значения данной отрасли в социалистической реконструкции, вопросы увязки данной отрасли деятельности с интересами рабочих и крестьянских масс в процессе социалистической реконструкции страны — должны быть обязательно необходимыми.

10) Наконец, весь процесс соц-соревнования должен протекать не канцелярски, не бюрократически, как это, к сожалению, во многих случаях имеет место до сих пор; процесс соц-соревнования должен сопровождаться живой взаимной формой соревнующихся, периодической отчетностью, на местах — периодическими собраниями, междугородные соревнования — обменом делегациями, активностью учетно-контрольных бригад и всеми мерами привлечения широкого общественного — особенно пролетарского — внимания к соц-соревнованию на фронте науки и культуры.

I Всеукраинский офтальмологический съезд.

Д-р А. Б. Коленько (Казань).

Неоднократные выступления на конференциях, съездах, в печати вызвали в жизнь постановление Совнаркома СССР об урегулировании происходящих в Республике съездов. Обилие докладов, из которых многие даже не заслушиваются, скромность прений, перегруженность заседаний не дают возможности съехавшимся многое вывести со съезда. Одной из потребностей общественной жизнью, есть организация съездов небольшого масштаба — окружных, краевых, областных, на которых прорабатываются местные вопросы и таким образом отсеивается материал для всесоюзных съездов. Таким областным съездом и явился Всеукраинский съезд офтальмологов, происходивший в Харькове 27—31 декабря 1957 года. Он не вполне оправдал свое название. Хотя из 320 делегатов было 257 (80,8%) из Украины, но и другие места СССР были представлены институтами колхоз (Донецко-Восточный Край, Татарстан, ИССР, Узбекистан, Кавказ и многие другие). Что Съезд имеет считать пяти Всесоюзным.

В многочисленных прилогах подчеркивалось, что здравоохранение должно иметь темп развития народного хозяйства, максимально соответствующий социалистическому строительству. Усиление темпа научной работы в ближайшем будущем, время реконструкции, должно быть направлено на оздоровление среды, труда и быта. Оттенялась и большая роль офтальмологии в условиях нашей действительности (профтраматизм, трахома, профотбор и т. п.). Зачтен целый ряд приветствий в-за границы (Вьет, Китай, Япония, Мексика и др.).

Делегаты Съезда открыли д-р Затонская докладом о состоянии глазной помощи на Украине и ее перспективах. В настоящее время при средней энтропиальности 20% организуется и организуется на 40 тысяч человек при одной глазной помощи на 11 тысяч. На официальном данным процент трахимальных энтропиаль (глазная энтропиаль). На этот трахималь идет специальный институт — трахималь. В своей последующей работе НИИ широко опирается на соответствующие секции Научного об-ва, которому он дает прорабатывать отдельные вопросы. Хотя все внимание пятилетки обращено на поднятие промышленности страны, но осуществление ее открывает широкие горизонты перед социально-культурным сектором нашего быта. Предусмотрено довести одну глазу койку на 10 тысяч населения в рабочих районах, в городе — на 15 тысяч и на село — на 20 тысяч населения. Д-р Поляк удачно наметил роль гражданской армии органов здравоохранения в организации и обеспечении Красной армии глазной помощью. Д-р Дашевский в докладе «Санитарное просвещение в офтальмологии» горячо призывает к ломке старых методов лечебной малоэффективной глазной помощи. Необходимо самоперевоспитание, изучение новой методики, усвоение элементов санитарной педагогики (санитарная гигиена, санпросвет на основе общей педагогики). Ряд докладчиков сообщали ценные данные о глазной помощи на местах: Савваитов (РСФСР) — «В борьбе с трахомой от глазных отрядов к сельским трахоматозным пунктам», Мальте (Крым), Мантуляк (АМССР). По вопросу о глазных отрядах подавляющее большинство высказывалось, что в условиях нашей действительности отряды приносят большую пользу. Намечалось создание специальных научных отрядов. Все выступавшие решительно возражали против передачи лечения трахомы не медицинскому персоналу. Для поднятия квалификации участковых врачей Съезд считал необходимым организовать трехмесячные трахоматозные курсы. Оживленные прения вызвало сообщение д-ра Блонского о рационализации подачи глазной помощи. Докладчик достиг значительного эффекта не столько путем максимального, сколько оптимального использования всех возможностей (разделение по манипуляциям, разделение по времени и т. п.).

Сотни тысяч новых рабочих, втянутых и втягиваемых в производство, настойчиво требуют изучения и предупреждения профессиональных заболеваний (доклад д-ра Натансона). Необходим строгий профотбор, необходимо, чтобы врач был детально знаком с производством и занимался вопросами профзаболеваемости в повседневной обстановке. Обращая внимание на максимальное использование предохранительных мер общего характера, Съезд считает пока незаменимой индивидуальную защиту глаз (консервы). В особо вредных цехах Съезд считает ношение очков обязательным. Вызвали к себе интерес также доклады Миллера и Медведева — о рефракции вышивальщиц, Кантора — о реф-

ракции наборщиков в гор. Минске, Хордаса (Днепропетровск) — о травматизме глаза и Попова (Сталино) о локализации инородных тел в роговице у рабочих металлообрабатывающей промышленности. Большие дебаты вызвало публичное докладчика Натансона, что работа с малыми объектами способствует развитию и увеличению близорукости. Этому противопоставлялось мнение профессора Ниррейл, что „в тот момент, когда спертматозонд встречается с яйцом, решается вопрос не только о рефракции глаза, но и о степени этой рефракции“. Не разрешая вопроса, большинство высказывалось, что субъекты с наклоном к близорукости все же должны быть поставлены в наиболее благоприятные условия, при которых вредное влияние было бы наименьшим. Особо оттеняя необходимость полной коррекции гиперметропии, которая значительно понижает работоспособность, при которой „глаз травмирует весь организм“ (проф. Очаповский). В виде отдельного доклада поднимался вопрос о вредном влиянии на глаз ультрафиолетовых лучей, в частности лучей кварцевой лампы (Дворжец).

Большую работу проделали гг. Рабкин и Миллер по выявлению слепоты на Украине и ее этиологии. Средний процент слепоты по Украине $10,9\text{‰}$, обнаруженный переписью, совпадает с данными поголовного обследования. Средний мировой показатель около 13‰ . По этиологии на первом месте травма, оспа, трахома. Для борьбы со слепотой Съезд наметил: санпропаганду среди здоровых, изучение и борьбу с профтравматизмом, обязательную регистрацию по единой карточке одно- и двусторонней слепоты, произвести перепись всех слепых, увеличение и улучшение кадров окулистов.

Большие оживленные прения вызвало сообщение проф. Каяаса „Об активизации сифилиса лечением“. Докладчик предостерегал не будить дремлющих инфекций, которыми возбудили все ткани нашего тела и которые могут спать в нашем организме десятки лет. Они могут быть вызваны к жизни каким-либо толчком. Таким толчком для бледной спирохеты могут быть малые дозы наших антилюэтических средств, которые, возбуждая ее жизнедеятельность, порождают явления биотропизма. Почти все явления нодизма и отравляющее действие неосаливарсала укладываются в биотропизм. По мнению докладчика, провокация сифилиса по Миллан-Гелнериху недопустима. Целый ряд выступавших товарищей отмечали, что большие дозы не имеют никаких преимуществ перед малыми и средними (проф. Соболев), на основании большого опыта предостерегали, что губя спирохету, надо не ранить организм (д-р Губер-Гриц). Большинство выступавших отмечало, что начавшийся *tabes dorsalis* необходимо лечить. Специфические средства можно применять весьма осторожно, лучше препараты йода. Проф. Проконенко поделился своими выводами по поводу лечения 227 случаев ларенхиматозного кератита. Идиопатично согласился с докладчиком, что специфическую терапию на практике применять надо, но ожидать успеха от нее не стоит. Лучший успех дают фрикция и общее укрепляющее лечение. Балабанина предлагала повторные пункции передней камеры.

Целый ряд докладов был посвящен трахоме. Д-р Марзеев по поводу трахомы на Украине и борьбы с ней отмечал, что по официальным данным статистики, данные которой ниже фактических цифр (поголовное обследование), затраченность была 34‰ в 1926 году, 31‰ в 1927 году, и 29‰ в 1928 году, т. е. трахома как бы идет на убыль, далеко не достигая довоенных цифр— 63‰ . Пока осмотрено около 1% населения. Средний процент в наиболее пораженных районах— $9,7\%$. Глазные огряды уничтожать еще рано, они должны существовать и обследовать всю Украину, обращая особое внимание на эпидемиологию трахомы. Коллективы и коммуны помогают организовать и оздоровить быт. Индивидуальная санподготовка может быть оставлена только в амбулатории и должна быть заменена обработкой коллективов. Только реконструкция сельского хозяйства может дать реконструкцию быта, его оздоровление. Без трахоматозной массовой сестры борьба с трахомой на селе немыслима. Выводы проф. Барабашева об устройстве отдельной школы для трахоматозных не встретили поддержки. Большинство высказалось, что главным источником заражения все же является семья, хотя упускать из виду школы не следует. Отмечалось, что только диспансерными методами можно бороться и победить трахому. Обязательное лечение немислимо без обязательной сети глазных врачей. Целый ряд товарищей сделал интересные доклады по поводу распространения трахомы на местах: проф. Очаповский (в Черкессии) д-р Гитов (в Якутии), д-р Каркашвили (Грузия), Пыжов (в Харьковском Округе). В большом программном докладе проф. Васютинский

сделал литературный суммарный обзор, подкрепленный большим личным опытом *о диагностике и терапии трахомы*. Положение с диагностикой трахомы осталось попрежнему затруднительным, даже несмотря на ряд дополнительных методов (Провачевские тела, патолого-анатомическая картина, серологическая реакция, исследование конъюнктив и т. п.). Диспансерный метод является крупным подобным диагностическим методом. Лечение трахомы попрежнему остается темной и запутанной страницей офтальмологии. Попрежнему в центре нашего внимания стоят общие меры борьбы с социальными болезнями. Глубокий интерес вызвал доклад д-ров Стенановой и Азаровой „*К этиологии трахомы*“, которые поделились данными, сообщенными им Рокфеллеровским Институтом и своими результатами по проверке опытов Noguchi. Им удалось выделить 8 штаммов палочки, по морфологическим и культурным свойствам идентичным с bac. granulosis Noguchi. Прививка 6-ти обезьянам дала в 5-ти случаях образование фолликул. Отмечали ауто-инфекцию. От окончательных выводов докладчики воздерживаются в виду малого количества опытов (всего под опытом 11 обезьян). Производится дальнейшее изучение оригинальной культуры, присланной из Америки. Вопрос *о конституции и трахоме* (доклад Холлиной) все еще недостаточно освещен. Интересные данные сообщила Левкоева (Москва) „*О этиологии конъюнктивитов при трахоме. Физическими методами при лечении трахомы*“ были посвящены доклады д-ра Коленько (Казань)—„*Лечение трахомы монофорезом*“ и д-ра Рафалович (Дисперпетровск)—„*Лечение трахомы лучами рентгена*“. Докладчики получили ободряющие результаты.

По вопросу о трахоме в принятой резолюции Съезд отметил, что сделать выводы о падении или увеличении трахомы нельзя, желательно повторное обследование одних и тех же пунктов. Съезд отметил отсутствие должного внимания как со стороны Советской общественности, так и со стороны врачей к вопросам трахомы; считает целесообразным принудительное лечение трахомы; постановку в школах санитарной работы; обязательную диспансеризацию трахомных в поликлиниках; считает недопустимым передачу лечения трахомы не медперсоналу; для более успешной борьбы считает необходимым созыв Всесоюзного съезда по борьбе с трахомой.

Д-р Гольдфебер внес весьма интересное предложение — применять хрящ ушной раковины для пластических операций на веках и на глазном яблоке. При колоссальном количестве слепых от бельм (около 50% всех слепых) особый интерес приобретает доклад проф. Филатова (Одесса)—„*К вопросу о пересадке роговицы*“. Докладчик настойчиво рекомендует на основании большого литературного и личного опыта широко пользоваться этой операцией. Съезд счит необходимым отметить, чтобы органы здравоохранения облегчили прием таких больных и снабдили больницы достаточным оборудованием.

Физиотерапия при глазных болезнях была также освещена в докладе Бельского (Севастополь). Докладчик указывает, что все физиотерапевтические методы имеют успешное применение в глазной практике. Он особенно останавливается на „гальваническом воротнике“ (на шейно-грудном поясе) и на „грязевом воротнике“—диатермия шейной части позвоночника. Этим способом достигается раздражение (мобилизация) шейного вегетативного аппарата и достигается успех при различных заболеваниях. Юзефова, Черни и Гейнисман на основании 70 случаев настойчиво рекомендуют лечить гипофизарные опухоли рентгеном. Ряд выступавших т.г. подтвердили, что оперативные методы, влекущие или гибель глаза, или смерть, должны быть заменены рентгенотерапией.

Проф. Авербах и д-р Рабкин поделились своими интересными впечатлениями о *Всемирном конгрессе офтальмологов в Амстердаме*, который состоялся в сентябре 1929 года. В ряде стран трахома резко пошла на убыль— в Швеции за последние годы не было ни одного случая трахомы, ее почти нет в Германии, Япония почти осуществила поголовный осмотр населения. На этом Конгрессе было постановлено организовать Всемирную лигу борьбы с трахомой. По предложению проф. Авербаха на Съезде решено было организовать Всесоюзное трахоматозное общество для проведения на местах подготовительной работы по созыву Всесоюзного совещания для организации Общества—назначен временный организационный Совет (51 человек) из представителей крупнейших офтальмологов Союза. От Казани вошел в Совет проф. В. Е. Адамюк. Для непосредственной же организационно-подготовительной работы Съезд выделил временную организационную комиссию в составе 5 человек.

Съезд счит необходимым объединить все Украинские офтальмологические

логов. После организации Всесоюзной ассоциации Всеукраинская должна войти в нее составной частью. Съезд наметил ближайший Всесоюзный съезд на июнь 1931 года в Киеве по следующей программе: 1) О профилактическом направлении в офтальмологии; 2) невропатологии глаза; 3) о подготовке офтальмологических кадров; 4) вопросы рефракции; 5) профилактика и лечение воспалений роговицы (гнойные кератиты, золотушные заболевания). Следующий Всеукраинский съезд предполагается в Днепропетровске, в июне 1923 г. Намечены вопросы: 1) Состояние глазной помощи к концу пятилетки; 2) профпатология глаза; 3) глаукома; 4) туберкулез; 5) физические методы лечения.

На Съезде была организована интереснейшая выставка новейшей зарубежной аппаратуры. Съезд протекал в строго деловой обстановке. Приятно отметить, что ни один из выступавших на Съезде не превысил положенного времени, главным образом этим можно объяснить, что Съезд справился с колоссальным материалом, с теми задачами, которые он поставил перед собой. Организационная сторона Съезда была поставлена в общем удовлетворительно.

Библиография и рецензии.

Проф. В. Ганнес (W. Hannes). *Малая гинекология практического врача*. ГМИ. 85 стр. 1929. Цена 65 к.

Хотя название книги: „Малая гинекология практического врача“ и достаточно ясно говорит для какой группы врачей предназначается она, все же надо оговориться, что изложить с достаточной полнотой и малую гинекологию практического врача приблизительно на 70 страницах (за вычетом места для рисунков и пр.), к тому же небольшого формата (34 строки в строке), едва ли представляется вполне возможным. Поэтому следует указать, что пользоваться этой „малой гинекологией“, по нашему мнению, можно лишь при условии достаточного знакомства с гинекологией вообще.

Книга W. Hannes'a разбита на следующие небольшие главы: 1) Анатомия и топография женских половых органов (2 страницы); 2) Физиология женских половых органов (3 страницы); 3) Диагностика заболеваний женских половых органов (9 страниц); 4) Расстройство менструальной функции (30 страниц); 5) Вени (14 страниц); 6) Бесплодие (8 страниц); 7) Изменения положения (смещения) половых органов (8 страниц); 8) Воспаление тазовых органов (7 страниц).

Если детализировать отдельные главы, то в отношении первой главы—анатомии и топографии гениталий—следует отметить, что изложить ее на двух страницах крайне трудно. Нет ничего удивительного поэтому, что автор вовсе не даст здесь описания наружных половых органов, вагины, промежности, тазового дна, параметров, кровеносных и лимфатических сосудов и нервов гениталий брюшного покрова, соседних органов таза, а также хотя бы в кратких чертах—топографических отношений и анатомических данных.

Здесь же, между прочим, автор сравнивает величину нормальной матки с величиной маленькой груши. При нашем представлении о груше вообще, а малой в частности, величина нормальной матки будет несомненно больше. Нам кажется, величину нормальной матки лучше всего представлять равной приблизительно величине спичечной коробки, как это предлагает проф. А. П. Губарев. И притом в нормальном состоянии орган будет сплюсненно-грушевидной формы.

Непривычно звучит для нас и определение нормальной консистенции матки, напоминающей, по Н., „консистенцию песка“. Обычно здесь говорят о „плотноватой“ консистенции.

Что при бимануальном исследовании матка свободно и безболезненно перемещается, по Н., надо понимать с нашей точки зрения,—безболезненно в физиологических пределах передвижения органа.

В главе второй, в части, касающейся эндокринных препаратов, автором не затронут вовсе вопрос о менотоксинах. В главе, посвященной диагностике заболеваний гениталий, Н. не указаны некоторые добавочные методы для диагностики, доступные в практическому врачу, напр., пробная пункция, цисто-, уретро-, гистероскопия, биологические пробы, проба с пустыми шпильками, пробы с химическими веществами, комбинированное зондирование, проба с искусственным наполнением соседних органов и некоторые другие.

В главе о расстройствах менструальной функции автор вовсе не упоминает о методе лечения внутриматочными инъекциями. Между тем школе проф. В. С. Груздева хорошо известны ободряющие результаты их применения в отдельных случаях... гл. обр. при хронических воспалительных заболеваниях, сопровождающихся расстройствами менструального цикла.

В главе о белях автор, в общем, отрицательно относится к влагалищным спринцеваниям как методу лечения белей. Мы с этим не можем вполне согласиться, т. к. знаем, каким могучим лечебным фактором является тепло вообще и в частности систематическое применение горячих влагалищных спринцеваний при хронических воспалительных процессах, сопровождающихся так часто белями. К этому надо добавить, что влагалищные спринцевания в практике любого нашего врача есть наиболее доступный для больных метод лечения. Конечно, и в лечении белей не должно иметь места лишь шаблонное лечение.

Несколько общо у Н. написана глава о бесплодии.

В главе о смещениях половых органов у женщин проф. Н. М. прочим рекомендует непосредственное вставление pessaria при retroflexio uteri mobilis. Мы однако, согласно взглядам проф. В. С. Груздева, полагаем, что и в случаях неосложненной ретрофлексии матки все же следует проделать некоторое количество сеансов массажа, прежде чем приступить к введению (для ношения на долгое время) pessaria. Массаж здесь облегчит в дальнейшем и более легкое удержание матки в anteversio, и в тоже время будет, по нашему мнению, служить своего рода „пробным камнем“ избранной здесь терапии.

В главе о воспалении тазовых органов, к сожалению, автором не указана дозировка дватермий.

Из того, что мы сказали, вовсе, однако, не следует, что книга проф. Наппельса не представляет труда значительной ценности. Несмотря на ее крайнюю сжатость, те вопросы, которые затронуты автором в перечисленных выше главах, представляют собой все то новое, что является достижением последнего времени в гинекологии. Взгляды автора, что при лечении и специально гинекологических заболеваний имеет весьма большое значение установление связи заболевания органов с общим состоянием организма индивидуума, — другими словами, что следует лечить не болезнь, а больного, — проводится им с полной убедительностью.

Вообще надо сказать, что проф. Н. в своем труде, — что крайне ценно, — держится вполне определенных убеждений. Это особенно хорошо проследывается, напр., в вопросе о климатических расстройствах, об эндокринологических изменениях вообще и т. д.

Книжечку проф. Наппельса безусловно следует рекомендовать, как практическое пособие, врачу, занимающемуся гинекологической практикой.

Пр.-доц. Чукалов.

Konrad Rieger in „Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen“. Bd. VIII, 1929. Verlag Felix Meiner in Leipzig.

Издательство Ф. Мейнер в Лейпциге издает серию: „Современная медицина в автоизображении ее представителей“. Замысел издательства довольно оригинальный и весьма плодотворный. Каждый выдающийся специалист в своей области дает нечто вроде своей автобиографии, рассказывая о своей научной деятельности, о развитии научных своих идей, о своих достижениях и о сделанном им вкладе в общую сокровищницу науки. В этой серии принимают участие и психиатры, и последним по очереди даст в 1929 г. свою автобиографию Вюрцбургский психиатр Конрад Ригер.

К. Ригер принадлежит к выдающимся немецким психиатрам. Он имеет за собой 50-летний период научной и общественной деятельности, во время которого он следил за развитием психиатрии и принимал сам участие в этом развитии. И вот Ригер отрицает не только психоанализ, но всякую психотерапию вообще! «Лечение разговором („durch Reden“), разумеется психотерапия — Галленизм! не есть лечение в строгом смысле». И сравнивает Ригер это лечение с лечением попа (Pfarrer) Блюмгардта из Мётлингенга, который за не сколько десятилетий до рождения Ригера (28 марта 1855 г.), изгонял злых духов из различных органов, напр., из желудка. Ригер находит, что психотерапия в тех формах, в которых она употребляется теперь, даже вредна. «Старая медицинская поговорка: Grinsen non possete нарушается по отношению к мозгу, когда врач к аномальному, продуцируемому больным мозгом, прибавляет глупые (Irrlichte) свои вопросы, особенно касательно сексуальности. Против этого безобразия (Unfug) я

всегда живо протестовал". И еще: "Разумная врачебная терапия устраняет своими средствами прежде всего то зло, которое больной мозг вызвал в теле больного, психотерапевт же хочет вылечить саму болезнь мозга, большей частью разговорами о сексуализме, думая, что он производит каузальную терапию. Причины болезни мозга, как он думает, сексуальны и эти причины следует разобрать (besprechen). Все это и всегда раньше считал ужасной бессмыслицей (schoercklicher Unsinn)".

50-летний опыт психиатрической деятельности Ригера сводится к следующему: "Разговоры (Reden, т. е. психотерапия-Галлант) не помогают, разве только, что соответствующие дружелюбные уговоры могут смягчить болезнь мозга в социальном отношении. Больной же мозг может таким путем так же мало быть вылеченным, как и любой другой орган тела. Действительно, каузальная терапия могла бы быть только медицинско-хирургическая в строгом смысле этого слова. Однако, ввиду того, что мозг не виден глазу и трудно доступен, эта терапия до крайности затруднена. Прогресс возможен здесь лишь при условии новых физических, химических и медицинско-хирургических завоеваний.

Нельзя не прислушаться к трезвому голосу Ригера, хотя он звучит "чрезчур уж трезво". Неограниченное увлечение психотерапией в современной психиатрии с различными и нездоровыми крайностями нуждается отчасти в критике, хотя и не в такой крайней резкой, как Ригера. Но Ригер имеет, быть может, право на такого рода критику, ибо он, может быть, лучше, чем любой другой психиатр, проникся духом настоящей, естественно-научной психиатрии, базирующей на изучении мозга человека. Если Р. отрицает всякую психотерапию, то это не значит, что он советует психиатру сидеть сложа руки. Антропократическое вмешательство, т. е. активное вмешательство (в отличие от физиократического невмешательства или предоставления лечения силам природы) в течение душевной болезни Ригер усматривает главным образом в правильном уходе за душевно-больными, необходимом для спасения б-го от подстерегающей его на каждом шагу косвенной смерти, т. е. смерти, не стоящей в прямой связи с процессом в мозгу. (Ригер указывает на асфиксию эпилептика в припадке благодаря неумелому уходу за ним и т. д.).

Даже те, которые никак не могут согласиться с крайними взглядами Ригера на психоанализ и психотерапию, будут читать его книжку с большим интересом. Книжка написана легким увлекательным языком и дает хорошую ориентировку в вопросах развития и успехах психиатрии за последние 50 лет. Если автор протестует против таких чудовищных, никому непонятных новых понятий, как „Schichtspezifischer Erlebnisskonkretismus" и против всего абстрактно-мистического направления в психиатрии, то нельзя ему не сочувствовать. Нельзя с ним не согласиться, что будущее психиатрии не в психоанализе и не в психотерапии, а в лучшем и более успешном изучении мозга и в медицинско-хирургическом лечении душевных болезней.

Ив. Галлант (Москва).

Prof. Dr Max Flesch. *Gehirn und Veranlagung des Verbrechers. Beiträge zur Aufhebung der Todesstrafe und zur Einführung eines Verwahrungsgesetzes. Im Anschluss an die Besprechung interessanter Rechtsfälle.* Verlag Walter de Gruyter & C., Berlin u. Leipzig, 1929.

Книжка Макса Флеша представляет собой сборник статей, опубликованных в свое время автором в различных не только медицинских журналах, но и в газетах в виде фельетонов, заметок, статей и т. д. Помимо ряда статей, имеющих своим содержанием рассуждения относительно различных сенсационных процессов, напр., процесса покушавшегося на жизнь Висмарка Франца Людвиг Кулмана (Kulmann), имеются в небольшом количестве статьи, содержание которых трактует отнесенные в заглавии проблемы мозга преступников и специальных у них задатков, предрасполагающих к преступлению. Автор высказывается против наличия „специфически преступного мозга", хотя и верно, что мозг преступников чаще обнаруживает отклонения от обычной схемы расположения борозд в коре головного мозга. Однако, характерного для преступников типа «изрождения» (Furchung) коры нет. Еще встречаются у преступников различные аномалии мозга (в одном случае Флеш наблюдал у одной вскрытой им преступницы своеобразную редкую опухоль мозечка, до того живо заинтересовавшую самого Ломброзо, что этот последний приехал специально в Берн к Флешу, чтобы изучать ее), которые, однако, повидимому, не имеют никакого отношения к склонности их

обладателей к преступности. Еще высказывается автор в конце книги за отмену смертной казни и введение „Verwahrungssystem“, т. е. такой системы, при которой преступники, находясь в заключении, нередко пожизненном, получают бы возможность переноситься, заниматься каким-нибудь трудом и сделаться т. о. в своем роде полезными членами общества.

Хотя книга ничего нового не дает, но поскольку она, однако, защищает такие высокие принципы, как перевоспитание преступников в полезных членов общества, она вполне заслуживает наше внимание. Многих она может еще заинтересовать сообщенными в книге сенсационными судебными процессами.

Ив. Галакти (Москва).

„Иприт“ из цикла: „Медико-санитарные вопросы противохимической обороны“ вып. 1 под редакцией проф. С. В. Аничкова, д-ра Н. А. Зеленева и пр.-доц. Ласточкина. Стр. 404; Госмедиздат 1929 г. Цена в переплете 5 рб. 30 кп.

Русская литература до сего времени была крайне бедна оригинальными сочинениями, посвященными вопросам медико-санитарного обслуживания газотравмированных. Большинство имеющихся книг и брошюр (Хлопин, Глянчиков и др.) отразили, главным образом, опыт мировой войны и несколько устарели, т. к. в годы, следовавшие за войной, вопросы газотравлений подверглись во всех странах тщательному экспериментальному изучению, и многие стороны дела были освещены с совершенно новых точек зрения. Также обстоит дело и с переводной литературой, среди которой можно насчитать лишь несколько брошюр, посвященных вопросам патологии и клиники газотравлений.

На фоне такого литературного голода большим событием нужно считать появление реферлируемого сборника. Сборник содержит исключительно экспериментальные работы, освещающие свойства иприта по отношению к животным и человеку. Большая часть статей посвящена кожным поражениям от иприта (Глебович А. А., Другов Ю. В., Серебров Н. В.) и проверке т. наз. противоязвенных средств, т. е. методов деипритажа (Троицкий Н. П., Магницкий В. П., Серебров Н. В.) и только две статьи трактуют поражения ипритом глаза (Зарубин А. А.) и верхних дыхательных путей (Полов и Толоконников).

Следует отметить тщательность выполнения работ, принятую скрупулезность изложения и чрезвычайную убедительность протоколов опытов, которыми пестрят страницы сборника.

Из того нового, что дают статьи сборника интересно, что влажная и разогретая кожа легче поражается ипритом, чем сухая, и что при помощи горячей ванны можно „проявить“ поражения в скрытом периоде (Глебович А. А.). Далее интересно, что из всех растворимых иприт средств лучшим является амиден и четыреххлористый углерод и уж затем идут бензин и керосин. Точно также вещества, нейтрализующие иприт, как спирт, хлорная известь, марганцовистокислый калий и др., могут иметь только значение средств, облегчающих кожные поражения, но не купирующих их даже, если они применены через несколько минут после отравления.

Нужно надеяться, что за 1-м последуют и другие выпуски, которые должны заполнить пробел в литературе и удовлетворить давно назревшую в ней потребность. Внешность книги безукоризненная.

М. С. Зяменский.

Д-р Т. Д. Эпштейн. *Vademecum врача-слушателя по Государственному институту для усовершенствования врачей и.п. В. И. Ленина в Казани*. Под ред. и с предисловием проф. Р. А. Лурья. Издание 19-го. стр. 132, цена 80 коп.

Небольшая изящно-изданная книжка, как справочник, имеет все нужные данные и дает полную возможность вполне ориентироваться врачу-слушателю во всем многообразии работы Ин-та и вполне оправдывает свое название, но сама по себе книга имеет и более общий интерес, на чем мы и позволим себе несколько остановиться.

Основанный менее 10 лет тому назад, Ин-т за этот короткий период своего существования проделал громадную работу как организационного характера, так и по своему прямому назначению. Выросший в большое лечебно-научное учреждение, где новейшие методы и достижения медицинской науки находят себе точные приложения и проверку, Ин-т сейчас же передает их сотням врачей, собирающимся в нем каждый семестр из самых отдаленных и глухих углов нашего Союза. Вот эта-то передача, ее метод, полнейший охват и наиболее продуктивное

использование времени прибывшего врача, умелое и чуткое приспособлявание к запросам состава каждого отдельного семестра и в то же время систематическое проведение ознакомления слушателей с успехами науки и ее практики—вся эта работа Ин-та нашла яркое отображение в *Vademecum'e*, и с этой стороны мы приветствуем его выход, как большое общественное явление.

В. Блажнштейн.

Рефераты.

а) Внутренние болезни.

1) В целях предоставления вкусного продукта и освобождения от дорого стоящих фабричных экстрактов Castle and Bowie (A.M.A. 1 - VI—1929) предлагают простой *домашний способ приготовления печеночного экстракта при лечении пернициозной анемии*: 1. 200,0—250,0 бычьей печени вечером рубятся сечкой на мельчайшие кусочки. 2. Стакан печеночной пульпы (P₁) смешивается с 375,0 холодной воды и в резиновой закупоренной банке сильно встряхивается в течение 5 минут и помещается на ночь в ледяной ящик; вечером желательно повторить встряхивание. 3. Утром банка снова сильно встряхивается в течение 5 минут, и красно-коричневая жидкость (L₁) процеживается через проволочное сито (17 сетель в дюйме). Печеночная пульпа (P₂), оставшаяся на сите, помещается в банку с 300,0 холодной воды, встряхивается 5 мин. и ставится в ледяной ящик до вечера. 4. Фильтрат (L₁) помещается в эмалированную кастрюльку и подогревается с постоянным встряхиванием. Жидкость становится бурой и сгущается. Кипеть позволяют только момент и жидкость быстро остуживается в холодной воде и протирается через вдвое сложенное небеленое полотно. Получается мутная желтая жидкость (L₂) и пульпа остается сухой в полотне. 5. Сухую пульпу из полотна поместить в миску и добавлять 100,0—150,0 воды 40°C; это тщательно перемешивается и опять протирается через полотно; полученная вторично желтая жидкость (F₂) прибавляется к первой (L₁). Сухая пульпа выбрасывается. 6. Т. о. получается около 500,0 желтой жидкости (L₁ и L₂), которая дается пациенту теплой или холодной с прибавкой соли по вкусу. 7. На второй вечер и впредь печеночная пульпа (P₂) после встряхиваний фильтруется и полученная жидкость (L₂) должна заменять воду, требуемую в процедуре 2 в дальнейших приготовлениях.

Автор сообщает о лечении таким экстрактом, где в результате 73-дневного употребления этого экстракта число E с 2.253.000 повысилось до 4.750.000, Hb с 61% до 122% при резком улучшении самочувствия; число ретикулоцитов с 1% к 6-му дню лечения начало повышаться, достигло максимума на 9-ый день—11%, с этого же дня началось и выраженное клиническое улучшение. Н. Крапов.

2) *Дисинсулинизм*. Howland (A. M. A. 31/VIII—1929 г.), сообщает об одной больной, которая в течение 6 лет имела приступы конвульсивных судорог и коматозного состояния при отсутствии каких бы то ни было неурядиц со стороны нервной системы, причем эти состояния уменьшались в своей выраженности или исчезали в связи с назначением молока или легкого завтрака. Помещенная в больницу дала содержание сахара в крови, колеблющееся от 0,05 до 0,15 мг. на 100 куб. смт. Питание углеводистой диетой и сладкими напитками и декстрозой уменьшало приступы, а назначение 20,0 50% декстрозы внутривенно обрывало приступы в течение нескольких минут. Предпринятая операция обнаружила опухоль pancreas без метастазов в другие органы. Опухоль была удалена, здоровье больной восстановилось и уровень сахара в крови повысился. Опухоль оказалась карциномой островков Лангерганса, и инсулин был обнаружен в ней.

Н. Крапов.

3) Badger (A. M. A. 31 VIII—1929), сообщает о 30 детях в возрасте от 1/2 года до 3 1/2 лет, которым были произведены *интраганглияльно* *выскабливания 30,0—30,0 целой крови взрослых людей, перенесших корь* два и более (до 25) лет перед этим. Выскабливание делалось в первые семь дней заражения. Из 30 детей целиком избежали кори 12 детей, имели ослабленные формы без катаральных симптомов—9 детей, с легкими катаральными явлениями—8 детей и только один ребенок из 30 имел типичную сыпь и Коппликовские пятна. Осложнений не было. Автор видит в этом мероприятии могучее средство против кори.

Н. Крапов.

4) В результате *клинических наблюдений над табакокурением* John-son (A. M. A. v. 93, № 9, 1929) приходит к выводу: 1) Табакокурение не оказывает, очевидно, перманентного влияния на кровяное давление. 2) Если табак понижает кровяное давление, то только временно. 3) Нет оснований для распространения среди публики взгляда о том, что курение понижает вес индивида. 4) Сомнительно, чтобы табак играл большую роль в этиологии *anginae pectoris*. 5) Действие табакокурения главным образом местное, на глотку.

Н. К.

5) *Гиперемия как тропико-аллергический токсикоз* основным белком рассматривается Bienstock (Münch. med. Wschr., № 16, 1929) на основании многолетнего изучения своего личного заболевания, ухудшившегося при питании общей диетой и улучшившегося при переходе на строго вегетарианский стол.

С. М. Райский.

6) *Лютетические пориты* по E. Morgenstern'y (Münch. med. Wschr., № 16, 1929) диагностируются на основании рентгеновской картины расширения и удлинения аорты, сильно accentуированного II-го тона на аорте, систолического шума на аорте, субкостальных болевых ощущений за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и в левую руку и Вассермановской реакции. Весьма важно пораньше диагностировать заболевание, так как при своевременной специфической терапии можно достигнуть хороших результатов. Пальнеологические процедуры допустимы только в тех случаях, где нет недостаточности сердечной мышцы и аорты.

С. М. Райский.

7) *Холецистит, вызванный дрожжевыми грибами, вида пилосомомыцетов*. Smetana (Zbl. f. Path. Bd. 46, № 8, 1929) при бактериологическом исследовании гнойного выпота, взятого из брюшной полости, желчного пузыря и желчных протоков у женщ. 61 г., умершей от перфоративного перитонита, получила чистую культуру выделенного дрожжевого гриба. При микроскопическом исследовании печени и желчного пузыря в срезах были обнаружены в большом количестве эти же грибы. Вследствие полного отсутствия других микроорганизмов, обнаруженные в культурах в срезах из органов грибы являются, по мнению автора, действительными возбудителями гнойного холецистита, холангита и последующего перитонита у этой женщины. Патогенность полученных культур была испытана на кроликах, мышах и морских свинках, причем для кроликов они оказались патогенными при внутривенном введении. Животные погибали при явлениях септикопиемии, а из крови и некоторых органов были вновь получены культуры того же гриба.

Н. Вылегжанин.

8) *Самопроизвольное излечение рака*. Этот интересный и важный во всех отношениях вопрос был подвергнут подробному рассмотрению R. Frauchiger (Z. f. Krebsforschung, Bd. 29, H. 5, 1929), причем ею были сопоставлены и критически разобраны все сообщенные в доступной литературе случаи самопроизвольного излечения рака (с. и. р.) и кроме того был обработан материал, собранный по этому вопросу в клиниках и институтах Швейцарии. Действительное научно-несомненное с. и. р. автор тогда считала возможным признать, когда были точно выполнены три требования: клинически и гистологически совпадающий диагноз, известный отдаленный результат и последующая проверка таких случаев вскрытием. Разобрав весь имевшийся в ее руках материал F. пришла к следующим выводам: а) Нет ни одного случая несомненно установленного с. и. р. без всякого вмешательства, который бы полностью удовлетворял вышеприведенным требованиям. б) Известно 6 случаев сомнительного с. и. р. без всякого вмешательства с продолжительностью наблюдения в 4 года. Данные вскрытий во всех случаях отсутствуют. в) Имеется 26 случаев несомненно научно установленного с. и. р. после паллиативных или неполных оперативных мероприятий; из них 16 случаев относятся к ракам матки, которые излечились после неполно проведенных операций б. ч. с диагностической целью. Остальные касались раков грудных желез, яичников, кишечника и нижней челюсти. Данные вскрытий отсутствуют, в некоторых не было произведено даже микроскопическое исследование. г) Известны 21 случай первичных раков с метастазами и без них, при которых клинически установлено частичное обратное развитие опухолей, а гистологически наблюдались ясные признаки защитной реакции организма, но ни в одном из этих случаев все же не получилось полного излечения рака. е) Полное излечение раков кожи известно в 7 случаях, но кожные раки вследствие своей относительной доброкачественности занимают особое место. ф) Для раков грудной железы известны случаи медленного течения, что зависит отчасти, по мнению автора, от защитных сил организма.

Из всего этого следует, заключает Е., что практически при раке не приходится считаться с самопроизвольным излечением. Поэтому всякий раз необходимо применение всех известных врачебных средств борьбы с этой болезнью.

II. Вылегжанин.

9) *Рак и малярия.* Из некоторых статистических данных известно, что во многих странах свободных от малярии смертность от рака больше, чем в пораженных болотной лохотадкой. Так, на 100 000 жителей в Дании, почти не пьющей малярии, в 1901—1905 г. умирало от рака 150 человек, в то время как от рака в Сербии с широко распространенной малярией смертность составляла всего 10 человек. В России по статистике за 1909—1911 г. на 100 000 жителей в Москве, слабо пораженной малярией, умирало от рака 224,2, а в Баку, с большим количеством малярийных заболеваний раковая смертность была 14,7. Конечно, в распространении рака играют большую роль и многие другие еще нам неизвестные факторы, но эти данные все же показывают, что между распространением малярии и рака существует какая-то связь. Главным образом это наблюдение побудило Braunstein'a (Z. f. Krebsforschung, Bd. 29, H. 4 и 5, 1929) к попытке установить некоторые экспериментальные и клинические факты, которые, с одной стороны, позволяли бы подойти к объяснению вышеприведенного наблюдения, а с другой—дали бы возможность практически использовать благоприятное действие заболевания малярией в лечении раковой болезни. Что заболевание малярией может задерживать развитие рака или даже может вести к полной остановке его роста известно из некоторых клинических наблюдений, частью сообщенных в научной литературе. Но задерживающее влияние на развитие рака известно также в отношении некоторых других инфекционных болезней, как-то: оспы, рожи. Далее, некоторые исследователи наблюдали благоприятное действие хемо-, иммуно- и протейноотерапии при лечении раковой болезни. Исходя из некоторых рассуждений и наблюдений, В. попытался экспериментально установить, что селезенка является при этом главным органом, с которым связано развитие защитных процессов в организме против возникшей раковой опухоли. При этом из всего комплекса тканевых элементов селезенки, рет.-энд. с. принадлежит главная роль. При малярии и при других инфекционных болезнях в селезенке развиваются особенно сильные реактивные процессы (полнокровие, набухание), связанные с развитием борьбы организма против болезнетворных начал. И вот, по мнению автора, заболевание малярией, вызывая сильные изменения в селезенке, стимулирует эти процессы в ней специфическими и неспецифическими раковыми протавотел. Таким образом, при этом деле идет об усилении естественных защитных сил организма через перестройку и повышение его функций (Umstimmung u. Leistungssteigerung). Вот это-то обстоятельство В. и кладет в основу лечения рака малярией, о результатах которого он предполагает скоро сообщить.

Н. Вылегжанин.

б) Хирургия.

10) *1) фотографировании отдельных моментов операций.* Prof. A. W. Fischer (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 48) описывает фотографический аппарат для снимков отдельных моментов операций, выпущенный фирмой E. Leitz, Wetzlar, Leika-Kamera с фокусом—5 см., силой света—1:3,5 и размер 24×36 mm. Маленькая величина аппарата делает его достаточно подвижным и легко приспособляемым к любым условиям. Такие снимки легко всегда увеличить. Вес аппарата с камерой и лампами равен 2,9 kgr.

Н. Циммерс.

11) *Металлический ноготь для чрезпузырной простатэктомии.* Dr. F. Krauss (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 48) предложил крепкий стальной ноготь, который выступает на 4 mm. поверх ногтя хирурга. Край ногтя у основания образует замкнутое кольцо, куда вдевается палец хирурга для перерезки слизистой мочевого пузыря.

Н. Циммерс.

12) *Об учащении тромбозов и эмболий за последние годы.* В. Martini и R. Opitz (Münch. medic. Wochensh. 1928 г., № 37) наблюдали за последние годы увеличение числа эмболий и тромбозов. Провосхождение тромбоза и эмболии в большинстве случаев было связано с недостаточной сердечной деятельностью и частым применением внутривенных инъекций.

Н. Циммерс.

13) *Контролируемая стимуляционная анестезия Pitkin'a с эвкалиптом, специфически более легкими, растворами новокаина* по докладу Helmut'a Schmid't'a (Arch. f. kl. Chirurgie. Bd. 157. Kongressbericht, 1929). Непосредственными опасностями применения люмбальной анестезии являются: падение кровяного

давления вследствие центрального паралича сегментарных вазоконстрикторов: паралич дыхания вследствие неконтролируемого восхождения анестетизма и явления интоксикации вследствие быстрой резорбции в кровь. Pitkin пытается устранить все это следующим образом: 1. Падение кровяного давления предотвращается профилактическим впрыскиванием Ephetin'a. 2. Паралич дыхания и интоксикация, которые объясняются тем, что из водного, соляного раствора новокаина слишком быстро проникает в другие растворители, как кровь и спинно-мозговая жидкость, устраняются, по идее Pitkin'a, растворением новокаина в какой-нибудь вязкой, концентрированной, например, крахмал-содержащей жидкости, более легкой, чем спинно-мозговая жидкость, что дает возможность, при высоко-поднятом тазе, задержать новокаин от поднятия вверх (к голове). Новокаин при этом будет быстро абсорбироваться нервной субстанцией и медленно диффундировать в другие растворители организма. Из всего этого вытекают следующие преимущества: а) гарантия незначительным опусканием головы предупредить рвоту и головные боли; б) возможность пользоваться большими количествами новокаина (200—300 мг. вместо 65 мг. в обычном, солевом растворе), чем достигается наилучшие анестезии. в) При этих условиях (контроль) можно поднять анестезию выше. Вязкие, специфически более легкие «пломбы новокаина» (из 2 см.³ 10% смешиваются с соответствующим количеством спинно-мозговой жидкости и безопасно из места укола могут быть подняты. Таким образом 2 см.³ раствора новокаина—2 см.³ спинно-мозговой жидкости дают анестезию таза и нижнего отдела живота; 6 см.³ достигают пупка, при 8 см.³ (6 см.³ спинно-мозговой жидкости+2 см.³ новокаинового раствора) можно довести анестезию до реберной дуги. Возможность контроля достигается через положение, величину новокаиновой пробки и количество анестетикума. Люмбальная анестезия в этих условиях теряет свою опасность и выплывает в надежность.

А. А. Вишневский.

в) Офтальмология.

14) *Лечение глаукомы адреналином.* F. Ungerer (Annales d'Oculistique, Tome CLXVI, 1929 г.) на основании литературных данных и своих наблюдений считает, что адреналин могущественное медикаментозное средство при лечении глаукомы и часто его действие равносильно оперативному вмешательству. Адреналин особенно показан при glaucoma simplex, в 75% он дает понижение глазного давления до нормы. Целесообразно всегда комбинировать адреналиновую терапию с миотических средствами. Инъекции адреналина под конъюнктиву дают лучший терапевтический эффект, чем закапывание. Автор рекомендует для инъекций под конъюнктиву применять дозу 0,2 cc. Sol. adrenalinii pro mille или 0,5 cc. Rechtsglaukosan, а для закапывания Sol. adrenalinii 2% или Linksglaukosan. I'. 7.

15) A. Badie et de Spéville (La Clinique Ophtalmologique, 1928, p. 290) сообщают о 2 случаях *подострой глаукомы*, где на правом глазу у обоих больных была произведена иридэктомия с неблагоприятным исходом, а на левом глазу было назначено медикаментозное лечение, давшее хороший терапевтический эффект; острота зрения на левом глазу у этих больных поднялась до 2/3, а поле зрения у одной больной стало почти нормальным. I'.

16) *Радиотерапия ангиомы век.* Ангиома существует уже в первые дни после рождения, но становится более заметной обычно через несколько недель после родов и тогда необходимо ее лечить. Среди различных методов, предложенных для лечения ангиом, радий по P. Degraies et Anselme Bellot (La Clinique Ophtalmologique, 1928), является наиболее эффективным. Радий безболезнен: лучи его действуют как на поверхностные, так и на глубокие ткани; радием легко манипулировать и его можно безвредно применять на веках, не вызывая особых раздражений со стороны глазного яблока. I'.

17) *Олеин чайного дерева при лечении трахомы* испытала в течение 8 лет на 35000 случаев dr Delanoé (de Mazogan) (La Clinique Ophtalmologique, 1928, p. 337) и весьма удовлетворена полученными результатами. Способ употребления легкий и почти безболезненный: на стеклянную палочку наматывают немного ваты, смачивают ее в Ol. chaulmoogra, выворачивают верхнее и нижнее веко больного и по conjunct. tarsi и fornicis трет означенной стеклянной палочкой слева направо et vice-versa от 20—60 раз до появления мыльной пены. Обычно массированием раздавливаются зерна и масло проникает вглубь их. Ol. chaulmoogra показано при всех формах трахомы и особенно при паннозных изменениях роговицы. Мануэс иногда рассасывается после 2—3 сеансов.

Дюрбен

18) *Связь ретикуло-эндотелиальной системы с патологией глаза.* Redolob et Nordmann (La Clinique Ophtalmologique, 1928) указывают на большую роль, которую играет ретикуло-эндотелиальная система в физиологии и патологии. Они особенно подчеркивают, что при амавротической идиотии окулисты не должны ограничиваться исследованием только глаз, а должны обращать свое внимание на метаболизм липоидов и на ретикуло-эндотелиальную систему. *Г.*

г) Ото-рино-ларингология.

19) *К этиологии и терапии перитонзиллярного абсцесса.* J. Gorgu (Zeitschrift für Hals-Nasen-und Ohrenheilkunde, 1929, B. 23, H. 2), описывает тяжелый случай перитонзиллярного абсцесса. Из анамнеза видно, что больная 3 недели перед появлением абсцесса, во время обыкновенной чистки зубов, почувствовала, что щетинка из зубной щетки застряла в левом миндаляке. Больная все время чувствовала боль при глотании и в левом ухе. В последнее время боль резко усилилась. При исследовании оказалось, помимо перитонзиллярного абсцесса, маленькое желтое пятнышко на левом миндаляке на 1 см. от передней дужки. Инородное тело не обнаружено. Вскрытие абсцесса и обыкновенное лечение не принесли облегчения. Тогда автор обратил внимание на имеющееся желтое пятнышко на миндаляке. После ошупывания миндаль, автору удалось вытянуть оттуда 9-миллиметровую белую щетинку. При зондировании канала нельзя обнаружить связи с абсцессом. После удаления щетинки наступило быстрое излечение. На основании своего случая и такого же случая проф. Seifert'a автор советует обратить внимание на возможность пребывания инородного тела в миндаляках при перитонзиллярных абсцессах. *Б. Голанд.*

20) K. Menzel (Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde 1929, B. 22, H. 4) подробно останавливается на методе лечения абсцессов гортанной части носовой перегородки, основываясь на полном излечении своих пяти случаев. После смазывания слизистой оболочки носа раствором кокаина с адреналином автор делает разрез длиной в 1½—2 см. через всю толщу слизистой оболочки перегородки справа, параллельно сериш mobile, вблизи носового хода. После введения гноя вводит носовое зеркало в образовавшееся отверстие, удаляет все патологическое острой ложкой и щипцами, после чего тампонирует туго обе носовые полости. Тампоны остаются 2 или 3 дня. После удаления тампонов больной здоров. *Б. Голанд.*

21) *Лечение проветриванием мозговых абсцессов, освободившихся от гноя.* O. M u s k (Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde 1929, B. 22, H. 4), считает, что при абсцессах мозга лечение должно вестись по следующим принципам: 1) основательная очистка полости абсцесса, 2) сидячее положение больного, 3) проветривание полости абсцесса посредством предварительно алюминиевой пластинки вместо обычной повязки и 4) ежедневная дыхательная гимнастика (глубокие вдохи, 7 раз). В доказательство автор приводит историю болезни одной больной, которая после скарлатины заболела острым левосторонним менингитом с экстрадуральным абсцессом. После операции выяснилось, что у этой больной имеется абсцесс височной доли слева. Полость абсцесса величиной в куриное яйцо (7,3,5 см.) содержала 30 см³ гноя. Больная находилась 8 суток в сидячем положении, в полость абсцесса была вставлена стеклянная трубка в 1,5 см. ширины, операционная рана была закрыта алюминиевой пластинкой с многочисленными отверстиями, прикрепленная повязкой Köpfer'a. Ежедневно больная предельно глубоких вдохов и задерживала на несколько секунд дыхание. При последней манипуляции заметно было максимальное расширение полости. Через 8 суток полость не видна даже при глубоких вдохах, и через 42 дня больная вышла совершенно здоровой. Больная прослежена 5 месяцев. Автор приписывает успех вышеуказанной терапии и горячо рекомендует такой метод лечения при абсцессах мозга. *Б. Голанд.*

д) Педиатрия.

22) *Туберкулиновые реакции у детей типами Ibo bacillus: Avian, Humanus и Bovinus.* Палочка птичьего туберкулеза, как известно, морфологически ничем не отличается от туберкулезной палочки типа Humanus и Bovinus, бактериологически же дает целый ряд отличий. Она почти апатогенна для морских свинок, у кроликов же, цыплят и других птиц инъекция этой палочки ведет к быстрой кахексии. Литература последних лет показывает, что у человека туберкулез тоже довольно часто вызывается палочкой птичьего туберкулеза. Во всех

описанных случаях птичьего тбс у человека р. *Pirquet* а с типами *Humanus* и *Bovinus* отрицательная, с типом *Avian*—положительная. Gasul (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929) произвел р. *Pirquet* а у 52 детей, страдающих туберкулезом легких и бронхиальных желез, вызванным бацил. типа *Humanus* и *Bovinus* с туберкулезом типа *Avian*, *Humanus* и *Bovinus*. Во всех 52 случаях реакция с типами *Humanus* и *Bovinus* оказалась положительной, с типом *Avian*—отрицательной. Автор считает целесообразным во всех случаях, где имеется подозрение по клиническому течению заболевания на тбс, а р. *Pirquet* а с туберкулином типа *Humanus* и *Bovinus* отрицательная, производить таковую и с туберкулином типа *Avian*. *Тукьяничкова.*

23) *Естественный иммунитет к скарлатинозной инфекции у японцев и китайцев, живущих в южной Манчжурии.* Наблюдениями 1921—25 г. установлено, что заболеваемость скарлатиной среди китайцев, живущих в южной Манчжурии, значительно ниже, чем среди живущих там же японцев. У японцев—2,56%; у китайцев—0,002%. Для выяснения причин этого явления Ando Nishimoto и Ozaki (Journal of Immunology, vol. XVII, № 5, 1929 г.) произвели среди китайцев (431 человек) и японцев (2081 человек) Южной Манчжурии р. Dick'a. Оказалось, что % положительных реакций среди китайского населения в возрасте от 1 г. до 50 лет значительно ниже, чем среди японского населения того же возраста: 17,0% положительных реакций у китайцев и 36,5%—у японцев. Если считать за положительную только резко выраженную реакцию, то у китайцев—2,1%; у японцев—13,8%. Учитывая то обстоятельство, что для обследования брались население, живущее в одинаковых условиях, автор приходит к заключению, что разница в иммунитете к скарлатине зависит от расовых особенностей. *Тукьяничкова.*

24) *Стафилококковый менингит.* Lamb (Archiv. of Pediatrics, vol. XLV, № 5, 1928 г.) описывает случай стафилококкового менингита у ребенка 8-месячного возраста, окончившийся выздоровлением после однократного применения в боковой желудочек мозга 7 к. см. 0,1% gentianviolet. *Тукьяничкова.*

25) *Пневмококковый менингит.* Пневмококковый менингит, согласно литературным данным, в прежнее время давал 100% смертности. За последние годы описаны отдельные случаи выздоровления, главным образом у взрослых людей и у детей старшего возраста, при лечении противопневмококковой сывороткой, аутовакциной и ортохином. Uhr (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929 г.) описывает случай выздоровления от пневмококкового менингита у ребенка первого месяца при применении только одних люмбальных пункций. *Тукьяничкова.*

26) *Сердечные заболевания у детей.* Prof. Franz Hamburger (Münch. med. Wschr., № 13 в 14, 1929) разделяет сердечные заболевания у детей по их тяжести на случаи с тяжелым нарушением компенсации, со средним, легким нарушением и, наконец, без нарушения компенсации. У первых субъектов автор считает совершенно непоказательным учащение пульса после функциональной пробы, равно как и затруднение дыхания может быть также непоказательным, если больной знает, что врач определяет наличие одышки. Самым важным методом определения тяжести заболевания автор считает функциональную пробу (как при врожденных, так и приобретенных заболеваниях). Если ребенок тотчас после рождения или спустя несколько недель при плаче или кашле становится цианотичным, то с наивысшей вероятностью можно ставить диагноз врожденного порока сердца, если даже мы не слышим никаких шумов. Верным признаком врожденного порока являются не часто встречающиеся "барабанные" пальцы. Необходимо знать, что в таких случаях сила шума не может являться критерием работоспособности: при сильном шуме сердца может быть полная его работоспособность и при незначительном шуме полная потеря работоспособности. Разделяя приобретенные заболевания сердца на острые и хронические, автор останавливает внимание на том, что хорез и острый суставной ревматизм чаще дают поражения клапанов, а скарлатина, воспаление легких и тиф-поражения мышц сердца. Перикардиты распознаются гл. обр. по шуму трения перикарда. исчезновение этого шума часто говорит не за исчезновение перикардита, а, наоборот, за скопление экссудата. В отношении прогноза автор отмечает, что острые эндокардиты (за исключением летально кончающихся endocarditis lenta) б. ч. ведут к выздоровлению, но с образованием порока сердца. При пороках клапанов автор затрудняется дать конкретный прогноз, так как последний зависит от степени нарушения компенсации. Сердечная слабость при дифтерии, дизентерии, гриппе,

пневмонии и скарлатине всегда является не безнадежным, но прогностически серьезным признаком. При острых эндокардитах необходим постельный режим и (при суставных явлениях) салвициловые препараты в больших дозах; если последние плохо переносятся, давать за 10 минут до их приема 5 кап. следующей смеси: Tinct. strychni 2, T. gent. 3, T. chin. 15. При малом и частом пульсе—дигиталис, при водянке—диуретики и малосоленную диету. После ликвидации эндокардита и прекращения лекарств больной должен пролежать в постели минимум 3 недели, начиная с момента установления нормального пульса. Переход к хождению должен быть постепенным.

С. М. Рийский.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Анатомо-физиологическая секция.

Заседание 10 декабря 1929 г.

1. Асс. Алькидовский. *О действии препарата из плацента на воспроизводительную способность.* Докладчик отметил важность повышения плодовитости животных. Известны работы по этому вопросу Haberland'a Сахарова, Навленко и других, пытавшихся установить естественный «Sterility» самок путем введения им препаратов из яичника, плаценты. Таким путем Haberland не всегда, однако, мог получить Sterilität, что он объясняет индивидуальностью животных. Докладчик поставил себе целью повторить опыты Haberland'a и на основании их пришел к выводам, что препараты из плаценты, приготовленные по способу проф. М. П. Тупнова, ускоряют рост белых крыс, повышают жизненный тонус и усиливают воспроизводительную способность как самок, так и самцов.—Прения: проф. В. М. Соколов, А. Н. Миславский, Н. П. Сиротинин, К. Р. Викторова, А. Д. Гусев и др. М. В. Сергеевский.

2. Д-р Н. В. Пучков. *Об искусственном понижении температуры тела теплокровных животных.* Докладчик повторил опыты Бахметьева с анабозом и нашел, что всякий наркоз, а не только углекислота, превращает теплокровное животное в животное с неустойчивой температурой. Полутю доклады отметил опыты Дю-Буа, вызвавшего путем повышения содержания углекислоты падение температуры до 30°C; Хорвата, на сусликах, получившего падение t° до —1°C. Вальтер на кроликах установил, что охлаждение до +2°C вызывает остановку дыхания, если затем сделать искусственное дыхание, то вторая критическая точка наступает при +8—+9°C, ниже которой охлажденное животное нельзя возратить к жизни. На основании своих экспериментов докладчик полагает, что вторая критическая точка зависит от остановки сердца.—Прения: проф. К. Р. Викторова, В. М. Соколов, А. Н. Миславский, д-ра Ардашев, Дмитриев, Сергеевский.

3. Административная часть: единогласно в президиум секции избираются: председатель—проф. А. Н. Миславский, зам. председателя проф. С. Н. Афонский, секретари д-ра М. В. Сергеевский и Е. Н. Павловский. Почетным председателем секции по предлож. проф. А. Н. Миславского избирается проф. А. Ф. Самойлов.

Проф. А. Д. Гусев зачитал письмо проф. К. Р. Викторова об его отказе от должности председателя секции. Выражена благодарность проф. К. Р. Викторovu за его труды по организации и руководству секции в предыдущие годы.

Хирургическая секция.

Заседание 20/XI—29 г.

1. Д-р Н. К. Виноградов (Апхабад). *Случай венозной аневризмы подключичной артерии* был с успехом оперирован докладчиком: сделано посечение аневризмы после предварительного лигирования обоих концов обеих сосудов и всех владающих сосудов. Исход благоприятный, тягостные боли в конечности и цианоз покровов ее исчезли.—Прения: д-р Б. В. Огнев подчеркивает значение «зрелости» аневризмы для успеха оперативного пособия в смысле сохранения конечности; проф. М. О. Фридланд в одном из своих двух случаев

аневризм подключичной артерии имел дело с флегмоной в окружности аневризматич. мешка, оперативное пособие сопровождалось отчаянным кровотечением, едва не стоившим жизни больного; проф. Н. М. Красив, д-р. С. А. Смирнов, проф. В. Л. Боголюбов.

2. Проф. Я. М. Брускин. *Энцефаловентрикулография, как метод диагностики и его клиническое значение.*—Подробный доклад, осветивший историю вопроса, технику введения воздуха в полости желудочков головного мозга и субарахноидальные пространства, показания, противопоказания и опасности, связанные с применением метода на практике с демонстрацией рентгенограмм, иллюстрирующих основные положения затронутой темы. Личный материал докладчика, охватывающий всего 82 случая, позволяет сделать ему некоторые выводы, напр., каждый из существующих приемов для введения воздуха в полости желудочков и субарахноидальные пространства—будь то интравентрикулярный путь или субокципитальный или непосредственный в желудочки через ткань мозга—имеет свои определенные показания и противопоказания и не заслуживает особого предпочтения один перед другим; осложнения сводятся, главным образом, к явлениям раздражения мозговых оболочек, обычно скоропроходящим, в единичных случаях наблюдались тяжелый коллапс, смертельные исходы докладчик имел 2, метод не безопасен, но, как подсобный, в деле распознавания патологических состояний головного мозга, главным образом, точного определения локализации опухолей и степени операбельности случаев должен занять прочное место в клинике.—*Прения:* проф. М. О. Фридланд, прив.-доц. В. А. Гусев и др., проф. Н. В. Соколов, прив.-доц. Р. Я. Гасуль: на материале разработанном рентгеновским кабинетом в нервной клинике ГИДУВ'a метод энцефалографии (и миеелографии) дал осязательные диагностические результаты в случаях опухолей и воспалительных процессов. Выбор места введения воздуха зависит от характера поражения; субокципитальный путь, видимо, должен заслуживать предпочтения перед поясничным; там, где оба последние метода в силу каких-либо причин не могут вести к желаемой цели, воздух может быть введен непосредственно в желудочки. Перед энцефалографией необходимо сделать контрольные снимки, т. е. импрегнация опухолей солями ивисты позволяет в некоторых случаях точно распознать и локализовать процесс по обычной рентгенограмме; д-р Ю. В. Первушин располагает материалом в 30 энцефалографий, опыта с вентрикулографией не имеет; обычная доза воздуха 50 куб. с. (реже больше (до 100 куб. с.); смертельных исходов не наблюдалось; зарегистрированы единичные случаи терапевтического эффекта от введения воздуха (исчезновение, напр., тягостных головных болей); проф. Я. М. Брускин: абсцесс мозга служит одним из противопоказаний для применения метода; контрольные снимки необходимы, границы применения метода должны быть строго ограничены, чем отнюдь не умаляется его диагностическая ценность; терапевтическое действие метода должно, видимо, отойти на задний план перед значением его в деле диагностики; проф. В. Л. Боголюбов—резюме.

3. Проф. М. О. Фридланд. *Опыт лечения кистозно-суставного туберкулеза цианистыми золотом.* Докладчик располагает материалом в 32 случаях закрытого кистозно-суставного туберкулеза, леченных по методу, разработанному Ортопедической клиникой к. н-та, цианистыми соединениями золота. Техника, в основном, сводится к следующему: предварительное обезкровливание конечности эластическим бинтом, начиная от периферии ее и кончая местом под очагом, наложение Эмарковского жгута на крупные сосуды конечности по общим правилам и введение непосредственно в воспалительный фокус 10--12 куб. с. дистиллированной воды, к которым прикваш 1 куб. сан. 1% раствора цианистого золота и доводятся до 1/2—1/3 %, затем, по истечении 15—20 минут, снимаются бинт и жгут. Непосредственный результат: обострение процесса в пораженном суставе, а затем, спустя несколько дней, исчезновение прежде всего болей, вызванных этим обострением, и обратное развитие основного страдания; количество инъекций редко приходится доводить до 3-х, обычно вполне бывает достаточно одной или двух, чтобы наступил желаемый терапевтический эффект. Демонстрации 3-х больных; ближайшие результаты примененного по отношению к ним метода вполне удовлетворили и самих больных, и клинику—боли исчезли, появилась подвижность в суставах, функция конечностей восстановилась в значительной степени; метод находится в процессе разработки, почему окончательные выводы и ждут дальнейших клинических наблюдений над ним.—*Прения:* целый ряд вопросов к докладчику, заинтересовавшему аудиторию своим методом; прив.-доц. Р. Я. Гасуль подвергает сомнению мнение докладчика, что метод преследует

цель общей стерилизации организма по отношению к тбс инфекции, почему и выражает пожелание, чтобы он был применен вдали от основного очага, тем более, что туберкулез суставов есть, в сущности, только местное проявление общего туберкулезного процесса, может быть терапевтический эффект от метода следует отождествить с протейнотерапией; проф. М. О. Фридлянд: метод нашел себе применение пока только при закрытых формах тбс поражения суставов; в единичных случаях наблюдалось улучшение верхушечного процесса в легких; Ортопедическая клиника имеет некоторый опыт в деле лечения тбс поражения суставов и костей протейновыми телами, но общее впечатление складывается далеко не в пользу этой терапии: ободряющие результаты получила клиника только после применения доложенного метода лечения. Проф. В. Л. Боголюбов — резюме.

Рино-ларинго-отитатрическая секция.

25-ое заседание 2 марта 1929 г.

1. Д-р Б. В. Огнев. *Демонстрация анатомических препаратов* различных типов *придаточных пазух*: двухэтажная лобная пазуха, разделенная горизонтально расположенной костной пластинкой на верхний и нижний отделы; череп с сильно развитыми лобными пазухами, из коих правая открывается в средний носовой ход, а левая — в верхний; препарат Гайморовой пазухи с сильно развитыми нишами в стенках ее. Препарат резко развитой основной пазухи, занимающей все тело os. sphenoida. Сосцевидные отростки с различными типами строения antr. mastoidei. — *Прения*: проф. В. К. Трутнев, инженер Шауткин, д-ра Голанд, Лобков, Матвеев.

2. Д-р Н. К. Трутнев. *Демонстрация больного с редким вариантом расположения кровеносных сосудов глотки*. У здорового в остальном больной, 45 лет, определяется справа на задне-боковой стенке глотки пульсация крупного сосуда, симметрично на левой стороне пульсаторное сотрясение. Слабые субъективные ощущения в форме першения в горле. Предполагается вариант расположения а. carotis interna.

3. Д-р Д. Н. Матвеев. *Демонстрация больного с аномалией сосудов глотки*. У здорового в остальном юноши замечен на правой задне-боковой стенке глотки крупный венозный сосуд, расположенный поверхностно под слизистой оболочкой. — По демонстрациям 2-ой и 3-ей сделаны замечания проф. Трутневым.

4. Д-р Б. С. Голанд. *Несколько случаев злокачественных новообразований уха*, наблюдавшихся в Казанских ОРЛ клиниках за 3 года. Один случай саркомы и 2 раковых новообразования. Приведен обстоятельный обзор литературы по этому вопросу. — *Прения*: проф. В. К. Трутнев и д-ра Вольфсон, Герасимов, Матвеев, Н. Трутнев, Цвилинг, Чудносветов и Яхонтов.

26-е заседание 15 марта 1929 г., объединенное с физиологической секцией.

1. Д-ра А. П. Никольская и Тушинов. *Случай тяжелого осложнения после аденотомии*. 12-летний мальчик перенес операцию аденотомии. На 10-й день после операции скончался при мозговых явлениях. На вскрытии обнаружен абсцесс правого мозгового полушария, величиною с куриное яйцо, окруженный плотной соединительно-тканной капсулой. При жизни абсцесс распознан не был. — *Прения*: проф. Лепский, Трутнев и д-ра Вольфсон, Герасимов и Журавлева.

2. Д-р В. В. Громов. *Случай опухоли языка*. 16-летний юноша страдает резко выраженной макроглоссией; язык настолько велик, что не помещается в полости рта, выступает наружу на 2 поперечн. пальца, постоянным давлением нарушает правильное развитие зубов и нижней челюсти. Язык стал увеличиваться вскоре после рождения. Вероятнее всего дело идет о разлитой лимфангиоме.

3. Д-ра Е. Н. Павловский и Н. М. Лопатина. *Материалы к вопросу о значении верхних дыхательных путей для вентиляции легких* (предварительное сообщение). Литературные сведения о значении дыхательных путей для вентиляции легких оч. скудны и неоднородны. Прямых исследований вентиляции легких при частично выключенных дыхательных путях почти не было. Аа. производили измерения выдыхаемого воздуха при дыхании через нос (т. е. при нормальных дыхательных путях) и через трахеотубус (т. е. с выключенными верхними дыхательными путями). Всего произведено 214 измерений в 29 опытах. Оказалось, что при дыхании через трахеотубус через легкие проходит значительно

меньшее количество воздуха, чем при дыхания через нос. В большинстве случаев отношение количества выдохнутого воздуха через нос к таковому же через трахеотубус было как 10:7. Причины этого аа-ми еще не установлены, но поставленные опыты показали, что это не зависит от рефлекторных влияний на дыхательный центр со стороны гортани, трахеи, бронхов и легких, а также и от влияний со стороны обонятельных нервов. Работа по исследованию причин разницы в количествах вентилирующего легкие воздуха при дыхании через нос и через трахеотубус продолжается.—Прения: проф. Викторов, Попов, Трутнев и д-ра Ардашев, Сергеевский и Терегулов.

27-ое заседание 17 апреля 1929 г.

1. Д-р Б. Н. Лебедевский. Демонстрировал случай (из Казанского военного госпиталя) *добавочной миндалины — tonsilla pendula*; участок аденоидной ткани, величиною с фасоль, соединен с верхним полюсом 1-й миндалины узкой ножкой.—Выказались д-ра Голанд, Леонатина, Трутнев и проф. Трутнев В. К.

2. Д-р С. П. Яхонтов демонстрировал случай *абсцесса перегородки носа зубного происхождения*. Исходным пунктом абсцесса был, видимо, больной верхний резец; опорожнение гноя в ротовую полость, последующая деформация носа; свищ на нижне-мандибулярной стенке носа. Удаление больного зуба и секвестра альвеолярного отростка ликвидировали воспалительные явления.

3. Д-р С. П. Яхонтов сообщил о случае *срединной зародышевой эпителиальной кисты шев.* приведя классификацию кист, эмбриологические данные, указав на клинические и гистопатологические особенности этого заболевания. По демонстрациям 2 и 3 д-ра Голанд, Матвеев, Трутнев и проф. Трутнев.

4. Д-р Д. Н. Матвеев сообщил о результатах *гистологического исследования костного трансплантата* 15-летней давности.—Прения: проф. Трутнев.

5. Д-р З. П. Вольфсон. *Микробиология в рино-ларинго-отитологии*. Указав на ценность микробиологических исследований в р.-л.-о. клинике, докладчик сообщил о наиболее частых и необходимых исследованиях в условиях работы рино-ларинго-отоларинголога, подчеркнув специфические особенности этих исследований.—Замечания проф. Трутнева.

28-ое заседание 20 ноября 1929 г.

1. Д-р З. П. Вольфсон демонстрировал один случай и сообщил еще о четырех случаях *гнойного отита*, обусловленного возбудителем *Vincentia* и излеченных вдуванием порошка пергенола.—Прения: д-ра Буев, Голанд, Егоров, Трутнев, Яхонтов и Лебедевский.

2. Д-р А. М. Чуприкова демонстрировала случай *первичной саркомы небного миндаляка*. Опухоль величиною почти с куриное яйцо удалена оперативно.—Замечания: д-ра Буев, Трутнев и Лебедевский.

3. Д-р В. Н. Лебедевский сообщил о случае *риносклеромы* у красноармейца 23 лет, коренного жителя Татареспублики, Арского кантона. Это второй случай среди татар, безвыездно живущих в пределах ТР.—Выказались д-ра Буев, Вольфсон, Трутнев и Яхонтов.

4. Д-ра В. С. Голанд и С. П. Яхонтов. „Впечатления о 3-ем Всесоюзном съезде р.-л.-о. в г. Одессе в 1929 году“. Напечатано в № 12 „Казанск. мед. журнала“ за 1929 г.

Хроника.

1. Главиробфом предложено всем МедВУЗ'ам поставить в план своей работы наибольшую *эффективность и активизацию преподавания*, уничтожить зачетные сессии, введя учет знаний в процессе преподавания, сократить, а где возможно вовсе уничтожить, лекционный метод преподавания, перейдя на более активные методы преподавания. Второгодничество уничтожается, должны своевременно приниматься меры к выявлению отстающих и к усиленным занятиям с ними. Занятия на Медфаке должны продолжаться 30 декад в год, отдых 6 декад. Прохождение курса Медфаков предположено сократить до 4½ лет, планы преподавания должны быть разработаны до нового 1930/31 уч. г. и с нового года проведены в жизнь. Большое значение должно быть придано непрерывной и летней производственной практикам студентов. Вводится строгая дисциплина и регистрация посещений занятий студентами и преподавателями.

2. Рабочие завода „Спартак“ приглашены в качестве арбитров социалистического соревнования Института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани с другими Институтами и учреждениями. Для более тесной связи Института и завода „Спартак“ в состав Совета Института введены представители рабочих этого завода. Для ознакомления широких рабочих кругов с задачами и деятельностью Института Директором Института сделан был подробный доклад на собрании рабочих завода „Спартак“, вызвавший весьма оживленные прения. Рабочие, подчеркнув большие достижения Ин-та, указали также на ряд недочетов и меры к устранению их.

3. Институт для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина совместно с рабочими организациями Заречья и Восточно-педагогического Института принял шефство над несколькими волостями Вуьнского и Спасского кантонов Татреспублики, переходящими на сплошную коллективизацию сельского хозяйства. В ударные рабочие бригады, отправляющиеся в колхозы для содействия строительству их, Институт выделил 12 врачей, которые уже отправились для работы в колхозах.

4. В весеннем семестре 1930 года кроме предусмотренных учебным планом Института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина курсов будут проведены еще специальные курсы для врачей по туберкулезу и общественной борьбе с ним и по самым болезням для специалистов—окузистов.

5. Обсудив вопрос о состоянии медико-санитарного обслуживания рабочих и крестьян, Совнарком РСФСР считает, что в этой области мы значительно отстаем от требований всего народного хозяйства и трудящихся масс страны. В связи с этим НКЗдраву и автономным республикам предложено срочно приступить к разработке нового пятилетнего плана здравоохранения, в котором было бы предусмотрено медико-санитарное строительство в таком объеме, который соответствовал бы нашим потребностям и росту населения страны. В новом пятилетнем плане здравоохранения должна быть четко отражена классово-пролетарская линия, в частности должна улучшиться лечебно-профилактическая помощь в наших промышленных центрах. Особое внимание в новом генеральном плане здравоохранения должно быть уделено санитарному оздоровлению Урала и Кузбасса. В плане должно найти отражение систематическое расширение сельской лечебной сети, причем это строительство должно быть увязано с развертыванием колхозов и совхозов.

НКЗдраву наряду с этим предложено теперь же принять конкретные меры к коренному улучшению работы местных органов здравоохранения и поднятию трудовой дисциплины среди медико-санитарных работников.

Учитывая, что рабочие поселки и деревня ощущают острую нужду в медицинских работниках, НКЗдраву и НКТруду совместно с профсоюзами дано задание выработать и привести в жизнь ряд мер к обеспечению этих районов медицинскими кадрами из числа недавно окончивших высшие и средние медицинские учебные заведения (Изв. ЦИК, № 1, 1930).

6. По заданию правительства НКРКИ произвел обследование больничного строительства в 28 промышленных районах.

В больничном строительстве, как отметил представитель НКРКИ, имеет место целый ряд крупных недостатков. В большинстве случаев это строительство носит случайный характер. При постройке лечебно-санитарных учреждений, как правило, отсутствуют предварительные проекты и сметы, нет также и календарных планов работы. Значительными дефектами отличается качество больничного строительства. Это видно из примеров Ростова и Сарнова.

После состоявшегося обмена мнений, Совнарком РСФСР в своем постановлении указал на отсутствие контроля и наблюдения за больничным строительством со стороны НКРКИ, профсоюзов и местных советов.

Совнарком отмечает далее слабое привлечение общественности к обсуждению проектов постройки новых больниц, амбулаторий и клиник. Больничное строительство отличается своей дороговизной и крайне медленным темпом постройки. В дальнейшем признано необходимым категорически воспретить больничное строительство без планов и смет.

ВОНХ и Зернотресту предложено выделить средства на строительство медико-санитарных учреждений в районах, где строятся новые фабрики, заводы и совхозы союзного значения (Изв. ЦИК, № 1, 1930).

7. 22 ноября 1929 г. на научной конференции Отделения физически-аномального ребенка Государственного научного института Окр. здор. дет. и подр.

Наркомздрава был заслушан доклад П. А. Добрейнера «Детские инфекции в СССР и за границей». Конференция привлекла значительное число педиатров. По докладу принята следующая резолюция: Отмечая высокую заболеваемость детскими инфекциями в СССР и в особенности высокую летальность от них, конференция считает необходимым: 1. Поставить на должную высоту систематическое изучение детских инфекций, причин их распространения и методов борьбы с ними. 2. Признать для этого, в частности, необходимым создание мощного Института инфекционных болезней, в котором было бы обеспечено комплексное изучение вопросов эпидемиологии, клиники и профилактики детских инфекций. 3. Признать необходимым усилить работу отдела социальной патологии детского возраста Института ОЗД и П в области изучения детских инфекций. 4. Поставить одной из задач указанного отдела изучение причин внутрибольничных инфекций и способов устранения их. 5. Признать необходимым устроить в Москве показательную инфекционную детскую больницу. 6. Признать желательным дальнейшее освещение вопросов эпидемиологии детских инфекций и борьбы с ними как на конференциях Института и на более широких собраниях врачей, а также в широкой советской общественности.

8. *Смертность в САСШ* (регистрация касается 95,4% всего населения САСШ) в 1928 г. равнялась 12,0 на 1000 жителей (всего 1378676 смертей), в 1927 г. смертность была 11,4 на 1000. Больше половины всех смертей приходится на сердечные заболевания, мозговые геморагии и тромбозы, *diabet. mellit.*, рак, инфлюэнцу и пневмонии. Число смертей от несчастных случаев возросло с 78,4 в 1927 г. до 79,2 на 100000 жителей, при этом резко возрастает число смертей от автомобилей: в 1924 г. под автомобилями погибло—15,7 чел. на 100000 жит., в 1925—17, в 1926—17,9, в 1927—19,5, в 1928—20,8 (24900 смертей), а если к этому присоединить и смерти, вызванные столкновениями автомобилей с другими экипажами, то 23,0 на 100000 (всего 26364 смерти).

9. Крайне высокие цены на радий (50000 долл. за 1 gr.), которые не позволяют широко пользоваться в медицине этим важным средством лечения, как указывают французские газеты, зависят не от дороговизны добывания радия, а целиком объясняются хищническими аппетитами акционерной бельгийской кампании, которой принадлежит главное месторождение радия в Haut-Katanga в бельгийском Конго, в Африке: доход этой компании с 128 милл. фр. в 1927 г. дошел в 1928 г. до 250 милл. фр.

10. В Америке в рентгеновском отделении „University of California“ опять (см. К. м. ж. 1929 г., стр. 871) произошел взрыв и пожар, повлекший убытки в несколько тысяч долларов. Человеческих жертв на этот раз не было.

11. С 10 по 13 января происходил Общественный съезд врачебных секций Медсантруд Татарской республики по окончании съезда с 13 по 17 января состоялась вторая областная научная конференция врачей Татарской республики.

12. VII всероссийский съезд здравоохранения назначен на 15 марта. В работах съезда примут участие также представители крупнейших фаб-рик, заводов, совхозов и колхозов. В программе съезда доклады: 5-летний план здравоохранения, рационализация медико-санитарного дела, социальное страхование, обслуживание медицинской помощью промышленного пролетариата, организация медико-санитарной помощи социалистическому сектору сельского хозяйства и батрачеству, подготовка кадров и т. д.

13. Съезд Поволжского Съезда врачей предполагается летом 1930 г. в г. Астрахани. Точные сведения о времени созыва будут опубликованы в ближайшее время.

14. 30-го мая 1930 г. в Москве созывается XI-й очередной Всесоюзный съезд терапевтов. Программные темы. 1. Этиология и клиника ревматических заболеваний. Докладчики: М. П. Кончаловский (Москва), Е. Е. Фромгольдт (Москва), Г. Я. Гуревич (Смоленск), В. Т. Талаласов (Москва), М. М. Дяттерихс (Москва). 2. Антагонисты легочного туберкулеза. Докладчики: Н. Д. Стражеско, клиника покойного академика Ф. Г. Яновского (Киев). 3. Неуглубленные хронические пневмонии (пнеймосклерозы). Докладчик А. Н. Рубель (Ленинград).

Съезд продолжится 6 дней, причем два последних дня будут посвящены демонстрациям в клиниках, институтах и больницах. Заявления о докладах просит адресовать не позднее 1-го апреля 1930 г. на имя секретарей Комитета с неслепленной присылкой авторефератов. Членский взнос устанавливается в 5 рублей. За подписку на труды съезда 3 рубля. Ответственные секретари: В. М. Ва-

связь с Тиреем, Лестером пер. д. 10, кв. 6, тел. № 1-75-31, П. А. Егорова, Н. Яковлева, д. 47, кв. 2, тел. зам. 12-28.

15-20-го января 1930 г. состоится *Московская конференция по вопросам сексуальной педагогики*, организуемая ИКЗ совместно с ИКП. Участие в конференции врачей и педагогов, работников научно-исследовательских и практических учреждений позволит синтезировать накопленный опыт и подвести под него научно-теоретическую базу. Привлечение к работам конференции представителей общественных организаций, заинтересованных в воспитании нового поколения (женотдел, культотдел, профсоюз, комсомол), должно придать предстоящей конференции общественный вес.

Первой задачей предстоящей конференции является найти правильную линию развития, договориться об основных установках, отправных пунктах в трактовке вопросов сексуальной педагогики.

Конференция, ограничивая круг своих работ школьным возрастом, должна определить воспитательные и в частности образовательные функции врача и педагога в школе, методику их работы, разграничение их функций: выявить роль отдельных медицинских дисциплин в этой области. Намеченным вопросом конференции является доклад Кафедры гигиены воспитания 1-го МГУ (Н. М. Павловский) «Роль врача и педагога в школе по вопросам сексуальной педагогики».

Отдельное место отводится вопросу о совместном воспитании, или факторе организационного детского коллектива и влияющим на характер половых проявлений в нем. Доклад Ин-та методов школьной работы — «Половой вопрос и совместное воспитание» (А. Е. Галкин).

Решение проблем сексуальной педагогики, перестройка системы воспитания упирается в вопросы подготовки кадров в первую очередь педагогов, роль которых в системе общественного воспитания достаточно важна, что выдвигает необходимость в постановке вопроса о специальной подготовке педагогов по сексуальной педагогике (докладчики: Г. А. Баткин и Л. С. Гурвич — Ин-т соц. гигиены).

Нормативная работа в области сексуальной педагогики определяется в известной мере накоплением материалов о детской сексуальности в ее проявлениях. В настоящее время в этой области имеется небольшое число исследований. Методология этих исследований является недостаточной, достойной иногда резко отрицательного отношения. В связи с этим в работах конференции отведено соответственное место методологии исследования сексуальных проявлений в детском коллективе (докладчики: А. Г. Цейтлин — Ин-т ОЗД; С. А. Ривес — Ин-т методов шк. работы).

Оргбюро обращается с просьбой ко всем учреждениям и организациям имеющим материал по отдельным вопросам сексуальной педагогики, направить материал в Оргбюро (адрес: Садовая-Кудринская д. № 1. Ин-т социальной гигиены, тел. 1-18-03).

16) XIII *Интернациональный конгресс по гидрологии, климатологии и медицинской географии* состоится в Лиссабоне 15 октября 1930 г. Нерманентное бюро съездов находится в Париже, генеральный секретарь M. Flurin, 19, avenue Mac-Mahon.

17) В декабре праздновалось 100-летие со дня смерти J. B. Lamarck'a.

18) В Мюнхене в декабре отмечено торжественным собранием 100-летие со дня рождения знаменитого терапевта H. Ziemssen'a.

19) Prof. Zeuprek (Прага), открывший дисптермию, в декабре праздновал свое 60-летие.

20) В декабре умерли: 1) известный итальянский невропатолог G. Milgazzini (70 лет); 2) известный Кенигсбергский дерматолог Jessner; 3) известный английский хирург-ото-рино-ларинголог W. Milligan (65-ти л.), автор прекрасного учебника по ото-рино-ларингологии, редактор журнала, "Journal of Laryngology, Rhinology a. Otolology"; 4) известный американский офтальмолог, много работавший в области профилактики глазных болезней, H. Gifford; 5) Итальянский дерматолог Philippson (Палермо).

21) Скончался академик Д. К. Заболотный. Подробный некролог будет помещен в ближайшем № «К. м. ж.».

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

1) Имеют ли право на пенсию за выслугу 25 л. согласно постановления НК и СНК СССР врачи ж.-д. транспорта (участков и больничные), обслуживающие население линейное и поселковое (или в городской черте — полосе отчуждения)?

Подп. № 1338.
Ответ. На основании Инструкции НК СССР от 3/XI 29 г. № 348 (газета «Труд», № 278 от 4/XII 29 г.) правом на пенсию за выслугу лет врачи пользуются независимо от того, в каких расположенных в сельских местностях и рабочих поселках учреждениях и организациях они состояли на службе — в учреждениях участковой сети, совхозах, в диспансерах, РОКК, в медветучреждениях железнодорожного и водного транспорта и т. п.

Юрисконсульт союза Медсантруд А. Болтушкин.

2) Прошу сообщить о методике применения инсулина при упадке питания.

Д-р Азбукин.

Ответ. Применение инсулина предполагает общее знакомство врача с биологическими свойствами препарата. Впрыскивания инсулина производятся за полчаса до еды. Лечение начинается с дозы в 5 единиц 1 раз в день перед завтраком или обедом. В случае, если б-ой переносит эту пробную дозу хорошо, увеличивают дозировку на 5—10 единиц ежедневно, вводя все суточное количество инсулина в два приема — перед завтраком и перед обедом. Вечерних инъекций инсулина ввиду возможности появления гипогликемических явлений ночью лучше избегать. Обычные суточные дозы инсулина не превышают 30—50 единиц. У туберкулезных чувствительность к инсулину часто бывает повышена и рекомендуется держаться меньших доз. Больные должны получать богатую углеводами пищу. Усиление аппетита обычно появляется в течение первой же недели на дозах 15—20 ед. инсулина. Клинич. примеры и основную литературу можно найти в статьях: Р. И. Лепской и Л. М. Рахлина (Врач. Газета, 1926, № 19), Лепской, Кудряшева и Рахлина (Вопросы туберкулеза, 1929 г., № 9). Об инсулине вообще см. «Инсулин», Штауб.

А. Рахлин.

3) Чем объясняется кровоостанавливающее действие (при метrorрагиях) рентген-облучения селезенки и печени? Литература.

Подп. № 711.

Ответ. Опыты последних лет (Kaznelson, Lorant) показали, что при освещении небольшими дозами рентгеновых лучей любого участка тела наступает, правда не во всех случаях, ускорение свертываемости крови. Особенно выражено это явление при освещении селезенки (Stephan, Neuffer), печени (Tichy) и др. внутренних органов (Lewin, Jurasz, Seitz, Wintz, Kreis). В крови при этом находят повышенное количество фибриногена. Большинство склоняется в пользу первичного повреждения очень неустойчивых лимфо- и лейкоцитарных клеток, которые распадаясь освобождают тромбокиназу, способствующую быстрому свертыванию крови. Т. наз. Reizbestrahlung (раздражающее освещение) не является первичным моментом (Holzknecht, Holfelder). На нашем материале это действие не всегда имело место. Освещение без вреда может быть применено перед хирургическими операциями и при различного происхождения кровотечениях (гемофилия, метrorрагия, гемоптоз). Литература: Невенов, Рентгенология, Wetterer. Handbuch d. Röntgentherapie, Bd. I u. II, — Internationale Radiotherapie Bd. I, II, III (1928), Holthausen, в Handbuch der ges. Strahlenheilkunde von Lazarus, 1928, стр. 729, Kreis. Bull. d. I. Soc. d. Gyn. Paris, 1915, Архангельский. Рентгено-терапия в гинекологии. ГИЗ, 1928.

Р. Гасуль.

4) Достаточно ли односторонняя рентген-кастрация при маточных кровотечениях? Литература.

Подп. № 711.

Ответ. В тех случаях, когда желательна временная кастрация (у молодых женщин), пользуются методом односторонней кастрации по Парс и Mansfield. Противопоказан этот метод при маточных миомах, воспалениях придатков и у тучных больных. Литература: Strahlentherapie 1920, Bd. X, стр. 712 и Zentralblatt f. Gynaekol. 1920, стр. 1260.

Р. Гасуль.

5) Какова техника рентген-облучения hypophysis cerebri при климактерических расстройствах? Литература.

Подп. № 711.

Ответ. По Вогак'у 3 поля 4×4 с висков и лба до $\frac{1}{2}$ HED pro dosi через 0,5 Cu + 3 Al — фильтр, на расст. 30 см. К этому присоединяется в подходящих случаях освещения и щитовидной теми же дозами. Литература: — Вогак. Strahlentherapie, 1925, Bd. 21. Н. 1, Порховник: Вестник рнтг. 1926. IV Съезд.

Р. Гасуль.

6) Не противопоказано ли облучение гипофиза при климактерических расстройствах при наличии morb. Basedow? Подп. М 711.

Ответ. Т. к. метод Вогак'a освещения гипофиза при климактерических расстройствах основан на экспериментально доказанном предположении, что климактерические симптомы выпадения не являются исключительно результатом инволюции яичников, но следствием гиперфункции и гипертрофии экстрагипоталамических желез внутренней секреции (гипофиза, щитовидной, надпочечника), — то явления базедовой болезни eo ipso не могут быть противопоказанием освещению гипофиза. Вогак освещает и щитовидную железу. (См. выше).

Р. Гасуль.

7) Какие наиболее приемлемы теории Röntgenreiztherapie яичников? Подп. М 711.

Ответ. „Раздражение“ яичников после малых доз рентгеновых лучей является вторичным явлением, реакцией на распад *неполноценных* фолликулов, которые задерживали полное созревание других фолликулов и этим самым регулярное образование желтых тел. Этот „избирательный“ процесс имеет место лишь при очень тщательной дозировке, малейшая передозировка может вызвать повреждение нормальных фолликулов и повести к еще более длительной аменорее и сп. стерильности. Теория „некротормонов“ Caspari подтверждена экспериментально (Holzknecht, Geller).

Р. Гасуль.

8) Можно ли ожидать успеха от Röntgenreiztherapie яичников после чрезмерного выскабливания слизистой матки во время аборта? Литература.

Подп. М 711.

Ответ. Это зависит от тех изменений, которые наступили вследствие выскабливания.

Р. Гасуль.

9) Следует ли применять Röntgenreiz яичников при uterus infantilis, если даже имеются нормальные menses? Литература. Подп. М 711.

Ответ. При инфантилизме или гипофункции матки с амено-, гипо- или олигоменореей слабое освещение яичников (и самой матки) даст иногда хорошие результаты (Thaler, Zentr. f. Gynäkol. 1922. Kongressheft; Lachm in Internat. Radiotherapie Wetterer'a. Bd. III. 1928). Если, однако, имеются нормальные месячные, зачем освещать?

Р. Гасуль.

10) Лечение frigiditas sexualis у женщины? Подп. М 711.

Ответ. Frigiditas sexualis — это слишком широкое понятие. Необходимо установить патогенез, имеется ли *органическая* импотенция или *функциональная* (психоневрозы и др. моменты). В зависимости от случая применяется или каузальное, или симптоматическое лечение. Подробнее см. Hirschfeld M. Sexualpathologie. 1926. Монография Adler'a „Über weibliche Frigidität“.

Р. Гасуль.

СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ ТРУДА.

Воспитосанитарное управление РККА объявляет конкурс на замещение *вакантной должности профессора* вновь организуемой кафедры рентгено-радиологии Военно-медицинской академии РККА в Ленинграде. Лица, желающие участвовать в конкурсе, должны подать на имя начальника Военно-медицинской академии РККА заявление с приложением краткого жизнеописания и научных трудов не позднее 20-го февраля 1930 г. Должности присвоены права и преимуществ, установленные для высшего начальствующего состава РККА. Более подробные сведения можно получить в Военно-медицинской академии (Ленинград, Нижегородская, 6).

Медфак Тифлисского гос. ун. объявляет конкурс на вакантную должность заведывающего кафедрой Социальной гигиены. Последний срок подачи заявлений с приложением curriculum vitae и научных трудов 1 февраля 1930 г. Знание грузинского языка не обязательно.

НКЗ РСФСР объявлены конкурсы: 1) На должность ассистента Кардиологической клиники Гос. бальнеологического ин-та в Кисловодске (годовая работа) и ассистента Ессентукской клиники Гос. бальнеологического ин-та (на летний сезон, работа в зимнее время в Кисловодской кардиологической клинике). От ассистентов требуется пятилетний клинический и бальнеологический стаж. Зарплата 225 р. в месяц. 2) На должности 2 ординаторов Кардиологической клиники Гос. бальнеологического ин-та в Кисловодске (годовая работа) и 4 ординаторов

Ессентукской клиники Гос. бальнеологического ин-та (работа с 15 мая по 30 сентября). Кандидаты должны иметь не менее 3 лет клинического и бальнеологического стажа. Зарплата 175 р. в месяц. Для всех сотрудников желательно знание одного из иностранных языков. Заявления с приложением жизнеописания, заверенной копии диплома об окончании ВУЗа, научных трудов и отзывов научных учреждений или специалистов о научной работе и общественных и советских организаций об общественной работе—направлять в Гос. бальнеологический институт. Пятигорск, Александровский, 5. Срок конкурса—20 февраля 1930 г.

Касимовский райздравотдел сообщает об имеющихся вакантных местах врачей: в г. Касимове—Главврача больницы имени „Тружеников“ и зав. Болотницким врачом, амбулат. уч. при с. Болотцах Касимов. р-на.

В Моршанске свободны следующие врачебные должности: 1) Суд.-мед. врача. Ставка 138 руб. 2) Врача лаборанта, необходимо знание R. W. Ставка 116 руб. Всем выдаются подъемные в размере месячного оклада. В подписании квартир будет оказано содействие. Предложения адресовать: Моршанск, Райисполком. Инспектору здравоохранения.

Великолуцкий окрздравотдел сообщает, что вакантные места врачей в округе имеются: в райгородах для заведывания клиническими лабораториями и врачебно-амбулаторными пунктами на селе, также санврачи. Условия: оклад 110 руб. в месяц. На селе квартира бесплатно, а в городе оказывается содействие в подыскании таковых. Подъемные—месячный оклад с дачей подписки на год. Заявления с документами надлежит направлять в В. Луки. Ленинградской обл., в Окрздравотдел.

В Тюменском округе имеются следующие вакантные врачебные должности: *гор. Тюмень*. 1. Патолого-анатом Окружной больницы на 250 коек. Оклад 170 руб. в месяц. Срок подачи заявлений до 1-го февр. 30 г. 2. Инспектор санэпид-а Окрздрави. Оклад 180 руб. в мес. 3. Ординатор Вод.-электро-света лечебницы. Оклад 150 руб. в мес. Срок подачи заявлений до 10 февр. 30 г. 4. Школьно-санитарных врачей—4 места. Оклад от 110 до 120 руб. в мес. Срок подачи заявлений до 1 февр. 30 г. Завед. Первым отделением Окружной больницы на 25 коек. Оклад 160 руб. в мес. Срок подачи заявлений до 1-го февр. 30 г. 6. Ординатор Перв. отделения Окр. б-цы для работы в Псих.-изоляторе на 25 коек. Оклад 110 руб. Срок подачи заявлений до 1-го февраля 30 г. *Гор. Ялуторовск*: 1. Районный санитарный врач. Оклад 173 руб. в мес. Предоставляется готовая квартира и коммунальные услуги. *Суржский район*: 1. Ординатор район. б-цы на 30 коек. Оклад 115 руб. в мес. 2. Завед. вен. пунктом в селе Суржском—115 руб. в мес. Предоставляется готовая квартира и комму. услуги. Всем врачам выплачиваются подъемные в размере месячного оклада и оплачивается фактический проезд. Кандидатам надлежит подать в Окрздрав: копию диплома, *curicul. vitae* и отзывы о работе по возможности к указанному сроку.

Нерехтский Райздрав сообщает, что имеются свободные места врачей при Нерехтской Центральной б-це: уха, горла и носа, зубного врача и санитарного врача на участки: на врачебный пункт врача и фельдшера. Заявления подавать по адресу: г. Нерехта, Костромского округа. Райздрав.

Сердобский райздрав (Ниже-Волжск. край) сообщает, что в районе имеются свободные врачебные места на амбулаторные медпункты в селе Зеленовке в 18 км., в селе Куракино в 10 км. и селе Вороновке в 20-ти км. от города. Условия: оклад содержания 110 руб. Квартира или квартирные, отопление и освещение, подъемные в размере месячного оклада и оплата билета за проезд по жел. дороге.

Приглашаются 3 санитарных врача на должности районных санитарных врачей в Зиновьевском округе с жильем в районных центрах. Условия: зарплата 125 руб. в месяц, квартирные 7 руб. и за райздрав и инспекторство, если таковое будет взято по совместительству, 35 руб. в месяц. Адрес: г. Зиновьевск. Окрисполком, Окраниспектору.

Сызранский Здравотдел объявляет конкурсы: на 1 врача заведывающего детской и женской консультацией с ведением приема в детской консультации и 1 врача женской консультации в городе Сызрани. От кандидатов требуется: от 1-го специальная подготовка по Охране матмлада в одном из институтов по Охране Матмлада и практический и административный стаж не менее 2-х лет, от 2-го специальная подготовка по Охране матмлада в одном из институтов Оматмлада и практический стаж не менее 2-х лет. Оклад 1-му 120 рублей, 2-му 110 рублей. Выдается на проезд месячный оклад жалованья. Срок конкурса до 15/II 1930 г.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЫ в 1930 г.

ОДЕССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Одесского Государственного Медицинского Института. = (Год издания 5-й). Журнал выходит один раз в месяц в течение академ. года, т.е. 10 номеров в год. Программа журнала: 1) Оригинальные статьи по всем отделам теоретической и практической медицины. 2) Статьи обзорного характера. 3) Научная жизнь: отчеты о съездах и заседаниях научных обществ. 4) Известия Одесского Медицинского Института. 5) Библиография. 6) Корреспонденция. 7) Хроника. Подписная цена на 1930 год 5 рублей в год. Допускается рассрочка по 1 руб. в месяц в течение первых пяти месяцев.

Адрес редакции: Одесса, Валиковский переулок 2, канцелярия Медицинского Института.

ИЗВЕСТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

в г. Ростове на Дону

выходят отдельными выпусками по мере накопления материала в количестве нескольких выпусков в год.

В «Известиях» публикуются работы и отчеты Сев.-Кав. Краевого Микробиологического Института, Кафедры Микробиологии Медицинского Факультета Северо-Кавказского Государственного Университета, Отделения Микробиологии Научно-Исследовательского Института при СКГУ и др. Помещаемые статьи сопровождаются кратким резюме на одном из европейских языков. Издание высылается по требованию положенным платежом, а также в обмен на русские и иностранные научно-медицинские журналы, труды Института и т. д. = Содержание первых девяти выпусков: Вып. 1. Бактериологическое и санитарно-химическое исследование реки Дона в 1927 г. Ц. 1 р. 50 к. Вып. 2. Отчет Института за 1927 г. Ц. 1 р. Вып. 3. Ростовская эпидемия брюшного тифа и паратифов 1926 г. Ц. 2 р. Вып. 4. Проф. *И. В. Ренсбек*. К вопросу о выборе места забора воды для строящегося Ростово-Нахичеванского водопровода. Ц. 1 р. Вып. 5. *И. М. Христюк*. Микробиологическое исследование реки Дона. (Печатается). Вып. 6. *С. Б. Васин*. Биология водных вбрюшных реки Дона. Ц. 1 р. Вып. 7. *М. И. Сергеев*. Применение катетерометра и эффективных температур к исследованию воздуха школьных помещений. Ц. 1 р. Вып. 8. *И. Г. Иофф*. Материалы к познанию фауны эктопаразитов Юго-Востока СССР (V, VI, VII часть). Ц. 1 р. Вып. 9. Сборник работ Противочумной организации Сев. Кавказского Края за 1928 г. Ц. 2 р. 50 к. По вопросам касающимся издания, обращаться к секретарю «Известий» д-ру *И. Г. Иофф*. Адрес редакции: Ростов - Дон, Микробиологический Институт. Ответственный редактор Директор Института проф. *М. И. Нтущер*.

Н. К. З. УКРАИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ У. С. С. Р.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ И РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

(3-й год издания)

ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ (LES PROBLÈMES D'ONKOLOGIE)

Журнал, посвященный изучению злокачественных новообразований и борьбы с ними. В журнале следующие отделы: 1. Экспериментальный. 2. Морфологический. 3. Клинический. 4. Радиологический. 5. Отдел социальной патологии и статистики, обзоры, рефераты, рецензии. Журнал выходит 4 раза в год отдельными книжками по 6 печатных листов каждая. Редакционный совет: проф. *А. И. Абрикосов*, проф. *Б. А. Герцен*, *Д. И. Ефимов*, проф. *А. А. Кроктовский*, проф. *М. И. Лифшиц*, проф. *Н. Н. Петров*, проф. *А. В. Репрев*, проф. *Г. И. Хармандарьян*. Секретарь редакции д-р *Б. М. Варшавский*. = Подписная цена: на год 6 рублей, на полгода 3 руб. 50 коп. Допускается рассрочка платежа: 3 рубля при подписке и 3 рубля к 1 июля 1930 г. В отдельной продаже стоимость одного номера — 2 рубля. Подписку и денежные переводы направлять по адресу: Всеукраинское Медицинское Издательство «Научная Мысль», Харьков, ул. Свободной Академии 6/8.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1929—30 ГОД (с октября 1929 г. по октябрь 1930 г.)

НА ЖУРНАЛ **МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ** Узбекистана и Туркменистана

(объединившийся с Средне-Азиатским медицинским журналом). Издание Наркомздрава Узбекистана, Наркомздрава Туркменистана и Ср.-Азиатского Научного Медицинского Общества при САГУ. = Год издания 4. = Журнал субтропической, лечебной и профилактической медицины. Журнал ставит своей задачей: 1) Научное изучение болезней, свойственных субтропическим странам, в частности Узбекской и Туркменской республикам и всей Средней Азии. 2) Изучение вопросов теоретической и практической медицины как лечебной, так и профилактической. 3) Ознакомление широкой массы врачей с новейшими достижениями медицинской науки. 4) Изучение быта, расовых и конституциональных особенностей и местных заболеваний коренного населения Узбекистана, Туркменистана и всей Ср. Азии. = Выходит ежемесячно книжками, около 6 печатных листов и монографиями в виде отдельных приложений. = Редакционная коллегия: Наркомздрав УзССР д-р *Н. Т. Приданников*, Наркомздрав ТССР д-р *В. И. Венценовцев*, проф. *А. Д. Греков*, проф. *А. Н. Крюков*, проф. *Н. П. Ситковский* и проф. *М. И. Слоним*. = Подписная плата на 1929—1930 год (с октября 1929 по октябрь 1930 г.)—7 руб. Цена отдельного номера 1 руб. Высылается по требованию наложенным платежом. = Адрес редакции: Ташкент, ул. Кафанова, 81, Узбекский Санитарно-Бактериологический Институт.

„НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АРХИВ“

(год издания X-й)

под редакцией проф. *С. П. Федорова* и проф. *Н. О. Гальперна*.

В 1930 г. будет выпущено 10 книг, в общем не менее 100 печат. листов. Подписная цена 15 руб. в год с пересылкой. Допускается рассрочка: 8 руб. при подписке и 7 р. не позже 1 мая 1930 года. Для сельских врачей возможна по соглаш. с редакц. и более дробная рассрочка.

(8-й год издания)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ

(8-й год издания)

Выходит 6 книг в год.

Ответственные редакторы: *М. Н. Кончаловский*, *Г. Ф. Ланг* и *В. Б. Коган*.

В журнале участвуют: *Э. А. Гранстрем*, *К. Н. Георгиевский*, *К. А. Егоров*, *И. В. Завадский*, *Н. К. Горяев*, *А. П. Корхов*, *Д. О. Крылов*, *В. М. Коган-Ясный*, *П. А. Кабанов*, *Н. И. Лепорский*, *А. М. Левин*, *Ш. Н. Николаев*, *Д. Д. Плетисев*, *Н. Д. Стражеско*, *Е. Е. Фромгольд*, *М. В. Черноуцкий*, *В. Д. Шервинский*, *П. П. Файншмидт*. Ответственный секретарь: *Р. М. Обакевич*. Секретари редакции: *А. Н. Володин*, *В. Н. Жмурова-Обакевич*, *М. Д. Тушинский*.

Подписная цена: на год—8 руб., на 6 мес.—4 руб. Подписку направлять: Отделению Госиздата РСФСР—г. Казань, Гостинодворская, Гостиный двор и во все почтово-телеграфные конторы.

ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

(Грузинский научно-врачебный журнал). = Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Государственного Университета. Редакционная коллегия: Председатель— проф. *И. А. Микеладзе*. Члены коллегия: проф. *А. Н. Натишвили*, проф. *В. К. Жгенти*, пр.-доц. *М. Ф. Мгалобели*, ассистенты: *Э. Майсурадзе*, *П. П. Кастарадзе*, *И. А. Аслишвили* (ответственный секретарь редакции). Журнал выходит ежемесячно не менее 4 печ. листов (64 стр.) каждый №. Кроме того годовые подписчики получают беспл. приложения. Подписная плата с доставкой и пересылкой на год 12 р.; на 1/2 года 6 р. Требования и деньги направлять по адресу: Грузия, Тифлис, Ул. Камо 47-а. Редакция «Танамедрове Медицина».