

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издание Краевой медицинской ассоциации Татарской Республики

Орган Казанского медицинского института и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

АТССР
XV

ЮЛЛЪСЬ

15 ЛЕТ
АТССР

№ 5

М А Й

КАЗАНЬ.
1935

СОДЕРЖАНИЕ.

См.

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Проф. Ф. Г. Мухомедьяров (Казань). 15 лет советского здравоохранения в Татарии	547
Проф. И. И. Русецкий (Казань). Невропатология в Татарии в 1920—1935 гг.	561
Проф. М. О. Фридлянд (Казань). Достижения здравоохранения Татарии за 15 лет в области ортопедии и травматологии.	562
Проф. Е. М. Лелский (Казань). Татария в борьбе за здоровую смену	565
Проф. Г. А. Клячкин (Казань). Достижения в области физиотерапии в Татарской республике за 15 лет	568
Проф. И. Н. Олесов и Ц. Ю. Ротштейн (Казань). 15 лет борьбы с венерическими болезнями в Татарии	570
Проф. Р. Я. Гасуль (Казань). Развитие рентгенологии в Татарии за 15 лет.	573
П. В. Деизидерев (Казань). На фронте борьбы с туберкулезом в Татарской республике	574
З. Н. Блюмштейн (Казань). Изучение минеральных источников и лечебных грязей в Татарии.	578

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Проф. А. Г. Терегулов (Казань). К распознаванию хронических гастропарезов	580
Л. В. Исаева (Ленинград). Гипотония и нарзанные ванны	585
И. Шулуто (Ленинград). К вопросу о клинических проявлениях симптомокомплекса артериосклероза в молодом возрасте.	590
И. И. Цветков, И. А. Курицина и К. С. Казаков (Казань). Переливание крови, консервированной на жидкости ИПК и 6% цитрате.	594
А. П. Штрайхер (Магнитогорск). Новокаиновый блок при ревматических артритах	600
М. М. Муштариева (Казань). К картине туберкулезного менингита.	601
Ю. А. Ратнер (Казань). О патогенезе и лечении гипертрофии предстательной железы	606
А. И. Михельсон (Минск). О диагностике и механизме переломов поперечных отростков поясничных позвонков.	614
В. И. Пшеничников (Казань). К хирургии желудка.	619
Проф. Н. М. Какушкин (Саратов). Травматический разрыв лонного сочленения в детском возрасте	623
М. А. Романов и И. В. Данилов (Казань). Ведение послеродового периода родов по способу д-ра Роговина	626
С. Б. Еналеев (Казань). Новообразования зрительного нерва, их цитология и цитопатология.	633
М. К. Даль (Ленинград). Влияние пыли горючих сланцев на организм опытных животных.	640

Отдел III. Из практики.

Г. Ш. Юмаев (Казань). Случай spinocellular'ного рака в месте травмы.	648
--	-----

(См. окончание)

1920—1935.

„Старому миру, миру национального угнетения, национальной грызни или национального обособления, рабочие противопоставляют новый мир единства трудящихся всех наций“.

Эта гениальная формула нового мира В. И. Ленина осуществлена на $\frac{1}{6}$ части земного шара рабочим классом СССР под руководством коммунистической партии и ее мудрого вождя тов. Сталина.

Революционный процесс ломки старого мира и возмательно напряженный труд победившего пролетариата по строительству социализма обусловили гигантский прыжок истории в нашей стране. Во всех уголках нашей великой родины идет героическая стройка. И советская Татария из экономически отсталой Казанской губ. с некультурным, забытым населением за 15 лет своего существования превратилась в передовую индустриальную республику с механизированным обобществленным сельским хозяйством. Рост экономической мощи края сопровождается цветением культуры, национальной по форме, социалистической по содержанию,—в области просвещения, театра, литературы, науки. Все это является ярчайшим выражением правильности ленинско-сталинской политики, правильности того пути, по которому коммунистическая партия и ее величайший стратег Иосиф Сталин провели Страну советскую через неслыханные трудности к величайшим победам.

Научные работники с первых дней Октябрьской революции окружены вниманием и заботами партии и рабочего класса.

Ни в одной стране мира научной творческой мысли не дан—и не может быть дан—такой широкий идейный и творческий размах, как в нашей стране. Советская интеллигенция сплоченными рядами стоит и трудится под знаменем диктатуры пролетариата.

Медицинским работникам доверены ответственнейшие задачи по охране самого ценного, что имеется в стране—здоровья трудящихся. Все свои силы, все свои знания научные и практические медицинские работники с энтузиазмом отдают для дальнейшей борьбы за новый мир, а в грозный час военной опасности—для обороны нашей великой родины.

Научно-медицинская ассоциация ТР и редакция „Казанского медицинского журнала“ от имени членов ассоциации и широких врачебных кругов—читателей журнала в юбилейные дни присоединяют свои голоса к победным песням трудящегося пролетариата советской социалистической Татарии и заверяют правительство орденоносной ТССР и ОК ВКП(б) в своей беззаветной преданности делу коммунизма.



Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

15 лет советского здравоохранения в Татарии.

Проф. Ф. Г. Мухамедьяров ¹⁾.

I

Победа Октябрьской революции, свергнувшей царское самодержавие и освободившей миллионы трудящихся от капиталистической эксплуатации, уничтожила основные причины, порождающие нищету, голод, высокую заболеваемость и смертность, и создала решающие условия для правильного и коренного разрешения национального вопроса.

Дореволюционная Россия была одной из отсталых в культурном отношении стран на земном шаре, и вполне справедливо называли ее „тюрьмой народов“, страной эпидемий, высокой смертности и голода. Положение национальных окраин, в том числе и Татарии, было еще тяжелее. Хозяйственно-культурное неравенство, экономическая и культурная отсталость, „идиотизм деревенской жизни“, помноженные на национальный гнет, — вот чем характеризовалось положение татарского пролетариата и трудового крестьянства в прошлом. „Насильственная колонизация Татарии царским правительством сгоняла с земли массы татарского крестьянства, заставляя их пролетаризироваться и уходить в поисках работы в далекие от родных мест промышленные центры страны, где татарский пролетариат подвергался всевозможным способам классового и национального угнетения“, — пишут авторы экономической географии СССР М. Грин и А. Кауфман.

До Октябрьской революции Татария представляла собой весьма отсталую аграрную колонию царской России, где промышленность, занятая на 0,9 обработкой сельскохозяйственного сырья, составляла примерно 20% в народном хозяйстве края. Упадок сельского хозяйства губернии, особенно в татарских деревнях, принимал угрожающий характер. „В селениях татарских хозяйственный упадок принял уже острые формы. Упадок этот выражается, с одной стороны, в значительности цифры дворов безлошадных и бескоровных и в очень незначительном количестве скота, приходящимся на 1 двор, с другой — в преобладании сдачи земли в наем и значительном проценте дворов, бросивших хозяйство“, — читаем в трудах Каз. губ. земства.

Касааясь культурного уровня татарского населения в прошлом, следует отметить, что среди всего населения бывшей Казанской губернии на 1000 человек —

¹⁾ Для настоящей статьи автор использовал свою совместную с В. В. Трейманж работу на тему „Охрана здоровья трудящихся ТР за 15 лет“, которую предполагается выпустить отдельным изданием.

было 179 грамотных, а грамотность среди татар была еще ниже. На всей территории губернии насчитывалось около 35 татарских школ общеобразовательного типа. В Казани было 3 высших учебных заведения: университет, ветеринарный институт и высшие женские курсы с общим количеством студентов в 3535 человек; однако число студентов татар никогда не превышало 1—2 десятков.

И в медико-санитарном отношении Татария находилась не в лучших условиях. В то время, как за 1912, 1913, 1914 гг. смертность по Европейской России выражается цифрой в 27,3 на 1000 населения, по б. Казанской губ. она достигает 29,3, что объясняется чрезмерным распространением паразитарных, остро-заразных и социально-бытовых болезней, составляющих по данным 1914 г. 31% всех болезней, против 24% в среднем по России. Более высокий процент, устраняемых и зависящих в главной своей массе от социальных условий жизни населения, болезней, свидетельствует о весьма низком уровне санитарной культуры и о чрезвычайно тяжелом санитарном состоянии края. Характерно отметить, что б. Казанская губ. по заболеваемости трахомой и чесоткой занимала первое место и по данным 1914 года дает 4,5% всех случаев чесотки и 4,7—5% всех случаев трахомы в России, имея на своей территории 1,8% населения страны.

Все это явилось результатом крайне низкого жизненного уровня трудящихся масс, особенно „впородцев“, находившихся под двойным гнетом—бесчеловеческой эксплуатации и национального порабощения.

Систематические оздоровительные и противоэпидемические мероприятия в б. Казанской губернии в революционное время не проводились, и медицинское обслуживание населения, особенно татарского, находилось на весьма низком уровне.

В 7-ми уездах б. Казанской губ., вошедших в состав Татарской республики (Казанском, Ляшевском, Мамадышском, Свияжском, Спасском, Тетюшском и Чистопольском), в 1913 г. имелось всего лишь 37 больниц, 46 фельдшерских пунктов, 41 врачей, 171 человек фельдшерского персонала. На 1 врачебный пункт в сельских местностях б. Казанской губернии приходилось 47449 человек и на 1 койку — 1741 человек.

Медицинская помощь сельскому населению оказывалась в крайне недостаточных размерах, она ограничивалась узкими рамками амбулаторной помощи и была в том же малокачественно. Но особенно плохо обстояло дело с обслуживанием „инородческого“ населения совершенно лишенного медицинской или получавшего ее в ничтожных размерах. В б. Казанской губ. редкое татарское селение имело медицинский пункт. Если взять всю территорию Татарской республики, включая отходившие от соседних губерний уезды, и находящуюся на ней в 1913 г. медицинскую сеть, то татарские селения приходилось всего лишь 5 больниц из 62-х и 12 фельдшерских пунктов из 46-и, на нацменьшинские—2 больницы и 3 фельдшерских пункта. Неудивительно, что среди национальных меньшинств социальные и бытовые болезни получали весьма широкое распространение. Не менее широко среди них было распространено и знахарство.

Городская лечебная сеть в Казани, слившейся одним из самых старых университетов в России и имевшей в его стенах ряд выдающихся профессоров, была в значительном состоянии. Общее число коек по г. Казани не превышало 2000, включая частные лечебные учреждения, причем львиная доля из них приходилась на психиатрическое (1100 коек).

Центром больничной помощи в Казани была плохо оборудованная губернская земская больница на б. Покровской улице на 230 коек. Эта больница обслуживала преимущественно крестьянское население.

Александровская больница на Ново-Горичной улице, развернутая только на 30 коек, оказывала помощь ремесленникам-мещанам; городская Адмиралтейская больница (Визягородская), на 40 коек, должна была обслуживать все население Заречья. Кроме перечисленных стационарных учреждений, функционировали еще 2 родильных пункта—Лихачевское родильное отделение—на 25 коек, и Александровский родильный пункт—на 30 коек. Незадолго до войны в Суковной слободе, в центре Осокинской волости, купцом Шамовым была построена 1-этажная новая больница на 80 коек. Непосредственно для обслуживания рабочих имела лишь больница в Петянях при мыловаренном заводе бр. Крестовниковых на 20 коек и 2—в Заречье. Университетские клиники стояли совершенно изолированно от городской лечебной сети. Лишь незадолго до революции были отстроены их новые здания, и общее количество коек достигло 230. Для обслужи-

вания наиболее обеспеченных слоев населения существовали еще платные лечебные учреждения, но общее число коек в них не превышало 120 — 150.

Амбулаторная помощь населению города оказывалась в 8-ми врачебных пунктах думскими врачами. Этим исчерпывалась организация внебольничной помощи. О помощи на-дому, скорой помощи и о других видах специальной помощи даже в самой Казани не могло быть и речи. Обеспеченные слои населения пользовались услугами частно-практикующих врачей.

Общее количество врачей в 1913 г. составляло 379 (из них 290 в городе Казани) и среднего персонала 527 человек. Если учесть отдаленность татарских селений от медицинских пунктов при безлошадности татарского крестьянства, почти полное отсутствие врачей-националов, отсутствие какой бы то ни было санитарно-просветительной работы среди татарского и нацменьского населения при общей их культурной отсталости, то нетрудно представить себе то положение, в котором находилось коренное население в отношении медико-санитарного обслуживания.

II

15 лет тому назад (25 июня 1920 г.) на основании декрета ЦИК и СНК РСФСР была образована авт. Татар. сов. республ. К моменту образования Татарской республики промышленность и сельское хозяйство края в результате империалистической и гражданской войн находились в состоянии разрухи, а голод 1921 года еще больше подорвал экономику молодой республики. Социалистическое строительство ТР началось в невероятно трудных условиях с восстановления основ экономической и культурной жизни края.

Неуклонное проведение под руководством ЦК ВКП(б) ленинско-сталинской национальной политики, революционный энтузиазм и творческая активность пролетариата и трудового крестьянства Татарии обеспечили восстановление разрушенного хозяйства в сравнительно короткий срок и дальнейшее развитие социалистической промышленности и сельского хозяйства страны.

Благодаря последовательному проведению генеральной линии партии и самой непримиримой борьбе с контрреволюционной султангалевщиной, уклонами в национальном вопросе — великодержавным шовинизмом, местным национализмом, Татарская республика уже в восстановительный период добилась серьезных успехов на культурно-хозяйственном фронте, что и обеспечило ей осуществление великих планов социалистической реконструкции народного хозяйства и выполнение пятилетки в 4 года с большим превышением.

Это привело к окончательной ликвидации хозяйственно-культурной отсталости татарского народа и к превращению Татарии в передовую индустриально-аграрную республику.

На фоне общего экономического, политического и культурного роста страны мы видим небывалый подъем и в области социалистического здравоохранения. В связи с 15-летним юбилеем ТР очень важно подвести итоги тому пути, который пройден здравоохранением ТР.

С победой Октябрьской революции здравоохранение приобретает характер стройной системы государственных мероприятий Народного комиссариата здравоохранения в центре и соответствующих отделов исполкомов на местах. В соответствии с установками партии и правительства широко разворачивается организационная работа по созданию единой советской медицины и осуществление ее принципов на практике применительно к особенностям местного края.

К моменту создания Татреспублики организационная перестройка системы здравоохранения в основном была уже проведена в крае, но небывалый по своим размерам голод, явившийся результатом неурожая в Поволжье, усугубил экономическую разруху, предъявил исключительные требования к здравоохранению и сильно осложнил нормальное строительство в этой области. Рассматриваемый период — годы тяжелых испытаний для молодой национальной республики. Появились невиданные по своему размаху эпидемия сыпного и возвратного тифов, а также холеры и прочих кишечных инфекций. Было зарегистрировано 955319 заболеваний на почве голода (48,07% общей заболеваемости по ТР!) с 12 $\frac{1}{2}$ % смертностью. Заболеваемость паразитарными тифами достигает весьма широких размеров, составляя 45,1% общей инфекционной заболеваемости, при средней смертности в 10,9%. Наиболее высокие показатели заболеваемости: сыпным тифом — 286,2 на 10000 населения дает 1920 год, возвратным тифом 95,9 на 10000 населения — 1922 год. В 1921 году заболеваемость брюшным тифом достигает наивысшей цифры — 27,2, дизентерией — 80,3 на 10000 населения. За 1921 — 22 гг. холера дает всего 12162 случая заболевания, в том числе 4769 смертельных.

Вполне понятно, что в этих условиях все внимание партии и правительства, органов здравоохранения, в частности, было уделено борьбе с голодом и эпидемиями, мобилизации медперсонала на борьбу с тифами и холерой, формированию санитарно-эпидемических отрядов, развертыванию госпиталей и больниц.

Но база для развертывания этих мероприятий была крайне ничтожна. В 1920 году в 10 кантонах ТР было только 67 врачей, 454 человека среднего медперсонала, в том числе 42 акушерки. В Казани имелось 123 врача и 255 человек медработников средней квалификации. Таким образом в системе органов здравоохранения всего по ТР насчитывалось около 200 врачей и 709 чел. среднего медперсонала.

Большой интерес представляет вопрос о лечебной сети, которая в самом начале возникновения ТР была представлена в следующем виде: в Казани было развернуто 20 лечебных заведений на 3471 койку, из них 1100 тифозных и 147 для прочих заразных болезней. В 10 кантонах были 63 участковых больницы на 3722 койки, 4 врачебных амбулатории и 63 фельдшерских пункта.

В связи с прекращением голода, уменьшением эпидемической заболеваемости лечебная сеть пересматривается и подвергается сокращению, после чего в Казани остаются 2344 койки, причем число заразных коек сокращается до 815. В кантонах ТР остается 75 лечебных заведений на 2668 коек, в том числе 550 заразных.

Касаясь вопроса о территориальном размещении леч. сети, надо отметить, что в 1920 году в ТР на татарские селения приходилось всего лишь 8 больниц из общего числа 63 и 18 фельдшерских пунктов из 63; на надменовские селения — 3 больницы и 5 фельдшерских пунктов.

Наряду с перестройкой лечебного дела в соответствии с требованием момента развертывается сеть профилактических учреждений по борьбе с социально-бытовыми болезнями, по охране материнства и младенчества и охране здоровья детей и подростков. Правда, большинство из этих учреждений в то время выполняло еще и функции по борьбе с голодом и его последствиями, но в основном они вели профилактическую работу.

в процессе которой вырабатывалась ее методика и воспитывался кадр работников.

Детская профилактическая сеть к концу 1922 г. состоит из 42 учреждений с числом служащих в 538 человек с контингентом обслуживаемых детей в 3165 человек. Наряду с другими специальными учреждениями по борьбе с голодом профилактической сетью была проделана колоссальная работа по спасению главным образом детского населения. С уменьшением остроты голода и улучшением экономики края их количество постепенно сокращается и только к концу 1923 года достигает некоторой стабильности.

По линии охраны материнства и младенчества сохраняется один дом младенца на 120 коек, 5 консультаций, 9 яслей по городу Казани и 13 домов младенца на 620 коек и 10 консультаций по кантонам. По линии охраны здоровья детей и подростков по городу Казани остаются 3 школьные амбулатории, 1 дом физкультуры со стадионом, 1 диагностический пункт и 6 человек школьно-санитарных врачей; в кантонах, где имеются общие санврачи, фупакции ОЗДП возложены на них.

К этому же времени оформляется постоянная сеть учреждений по борьбе с социальными болезнями в составе туберкулезного диспансера с филиалами—в Адмиралтейской слободе и в татарской части города, 2-х туберкулезных санаторий („Обсерватория“, „Каменка“), туберкулезного дома (убежище для туберкулезных больных 3-й стадии), вендиспансера и центральной малярийной станции с 10-ю малярийными пунктами.

Что касается проведения санитарных и противоэпидемических мероприятий, то отсутствие специалистов санврачей и ненадежность санитарной работы в бывшей Казанской губернии сильно затрудняют постановку дела в этой области. Но все же в 1920 году создается санитарная организация в составе 14 санврачей и их помощников, формируются дезинфекционные отряды, организуются изоляционные квартиры, распределители и проч. В 8 кантонах, охваченных эпидемией холеры, работают 10 эпидемич. и 14 прививочных отрядов, в Казани работают прививочные отряды, организуются систематические наблюдения за источниками водоснабжения. Зимой 1921-22 г. в наиболее пораженных голодом Спасском, Тетюшском и Челнинском кантонах работают врачебно-питательные отряды.

В помощь санитарной организации работают следующие учреждения: Оспо-прививательный институт по изготовлению оспенного детрита, Сывороочно-диагностическое отделение по выработке вакцин при Казанском бактериологическом институте, Химико-биологическая лаборатория, которая проводит главным образом санитарно-бактериологические анализы. К концу 1923 г. санорганизация ТР имеет в своем составе по г. Казани 6 районных врачей, 1 санврача по пищевому надзору и 6 школьно санитарных врачей, по кантонам—7 общих санитарных врачей.

В мероприятиях по борьбе с социально-бытовыми и инфекционными заболеваниями большое внимание уделяется вопросам санитарного просвещения. Организация специального Дома санпросвета в Казани, где сосредотачивается вся агит-массовая работа в области здравоохранения, имела большое значение в отношении методического руководства этой важнейшей отраслью советского здравоохранения.

III

Начало 2-й половины 1923 года является для Татаркомздрава той гранью, за которой дело здравоохранения в Татарии делает решительный поворот в сторону профилактического направления и качественного улучшения работы по медсанобслуживанию населения края.

В результате успешной борьбы с экономической разрухой, голодом и эпидемиями быстро улучшается санитарное состояние республики: проходит острый период опустошительных эпидемий, прекращается холера, резко уменьшается заболевание тифами, и это открывает возможность применения других методов борьбы за санитарное оздоровление края сообразно с изменением характера предстоящих задач. Если за истекший период (1920 — 1923 гг.) работа органов здравоохранения была по преимуществу противоэпидемической, то в восстановительный период (1924 — 1928 гг.) главное внимание уделяется оздоровлению условий труда и быта, издаются обязательные постановления по санитарной части, проводится большая организационная работа по восстановлению и укреплению, отчасти и расширению, сети лечебно-профилактических и санитарных учреждений.

Для укрепления и улучшения работы медико-санитарных учреждений ТНКСЗдрав уделяет серьезное внимание их пополнению квалифицированными кадрами и развертыванию специальной медикосанитарной помощи, в результате чего из года в год идет рост численности врачей и среднего медперсонала как по городу Казани, так и по районам ТР. К началу 1-й пятилетки в ТР насчитывается 740 врачей и 1097 чел. среднего медперсонала, в том числе 149 акушеров. В районах ТР работают в 1928 г. 224 врача и 604 чел. среднего медперсонала, в том числе 112 акушеров, в Казани — 516 врачей и 493 чел. среднего персонала. В числе врачей имеется татар 44 человека.

Что касается расширения сельской сети, то в рассматриваемый период наблюдается увеличение числа врачебных участков до 124 в 1928 г., против 72 в 1924 г., главным образом за счет врачебных амбулаторий, число которых достигает 51 к началу 1-й пятилетки, против 10 в 1924 г. За этот период число больниц увеличивается с 62 до 73, число фельдшерских пунктов уменьшается с 62 до 42. К началу 1-й пятилетки (1928 г.) в системе ТНКСЗ по г. Казани имеется 770 коек, в том числе 120 заразных и 139 родильных. Кроме того, Казань имеет 575 коек в психиатрической лечебнице, 775 коек в 2-х высших медицинских учебных заведениях (Медфак КГУ и ИИДУВ), 75 коек при диспансерах, 100 коек в больницах при исправительно-трудовых учреждениях, 40 коек в больницах для хроников. Таким образом общее количество коек по г. Казани к началу 1-й пятилетки выражается цифрой в 2320.

Одновременно с укреплением и расширением лечебной сети и на ее базе развертываются специальные виды медицинской помощи, и к 1928 г. имеются функционирующие рентгено-, радио- и физио-терапевтические установки, 31 зубо-врачебный кабинет, в том числе 17 в кантонах ТР, 11 врачей помощи на дому, 8 пунктов первой помощи на более крупных производствах и 2 станции скорой помощи.

Начиная с конца 1923 г., функции санитарной организации расширяются, обращается большое внимание на жилищно-санитарный надзор. Увеличивается число проводимых санитарными работниками осмотров, появляются первые санитарные врачи на селе (5 чел. в 1923 г.). В 1924 г. сельская санитарная организация состоит из 10 санитарей и 4 помощников, а по г. Казани — из 7 врачей и 7 помощников. В начале первой пятилетки санитарная организация ТР имеет в своем составе 22 санитарных врача, 6 помощников санитарей и 47 оспопрививателей, в том числе 11 санитарей, все 6 помощников и 38 оспопрививателей — в районах.

Расширение функций санитарной организации и перестройка ее работы в сторону наибольшего внимания вопросам оздоровления условий труда и быта и внедрения санитарной культуры в массу, предъявляют большие требования к санитарно-просветительной работе и требуют применения новых методов для разрешения новых сложнейших задач, в связи с чем и расширяется работа по санитарному просвещению (изготовление наглядных пособий, организация выставок-передвижек для районов, приобретение кинопередвижек и т. д.), и количество проведенных лекций и бесед достигает 7000 в 1928 г., против 2000 в 1924 г. В конце 1926 г. Дом санитарного просвещения, слившись с санитарно-гигиеническим отделением Микробиологического института (прежнее Химбио), входит в состав Института социальной гигиены, в системе которого функционирует в дальнейшем как отделение санитарного просвещения.

В результате проведения санитарно-профилактических мероприятий, приближения медицинской помощи к населению при неуклонном повышении материально-культурного уровня последнего, мы наблюдаем значительное снижение заболеваемости.

Борьба с социальными болезнями — трахомой, туберкулезом, венерическими и малярией, являющимися вековым наследием царизма, занимает центральное место в работе ТНКС за данный период. Для выявления степени пораженности населения социальными болезнями и для проведения мер борьбы с ними широко практикуется посылка в районы специальных лечебно-обследовательских отрядов. Наряду с этим развертывается и укрепляется сеть постоянных лечебно-профилактических учреждений: по г. Казани функционируют 3 тубдиспансера, 3 вендиспансера, 3 санатория для туберкулезных больных, 1 ночной санаторий при Центральном диспансере и 1 профилакторий с диетстоловой при Заречном диспансере исключительно для производственных рабочих. В районах ТР организуются смешанные диспансеры с отделениями туберкулезным, венерологическим и трахоматозным в зависимости от степени распространения той или иной социальной болезни. Число смешанных диспансеров в районах ТР достигает 6 в 1927 г., против 3 в 1924 г., и кроме того функционируют 2 вензункта.

Для разработки научно-теоретических вопросов, а также для организационно-методического руководства работой по борьбе с трахомой и туберкулезом в Казани организуются Трахоматозный и Туберкулезный институты. Расширение сети учреждений по борьбе с социальными болезнями, качественное улучшение их работы в условиях систематического повышения культурного уровня и санитарной грамотности населения обуславливают повышенную обращаемость населения, тем самым способствуя выявлению фактической заболеваемости.

Мероприятия по охране материнства и младенчества, начало которым было заложено тотчас же после Октябрьской революции, получают значительное свое развитие в реконструктивный период. Расширяется сеть учреждений санитарно-бытового обслуживания (ясли, консультации), при сокращении сети учреждений, несущих функции призрения. В 1928 г. в Казани функционируют следующие учреждения: Дом охраны материнства и младенчества на 120 коек, 13 постоянных яслей на 470 мест, 9 консультаций, в том числе 5 детских и 4 женских. В районах ТР — 24 смешанных консультации, 8 домов матери и ребенка на 250 детей и 129 сезонных яслей, обслуживающих 3280 детей. Эти учреждения пользуются большой популярностью среди населения, и обращаемость в них с каждым годом возрастает.

Работа по охране детей и подростков развивается очень медленно, и сеть учреждений ОЗДиП в течение ряда лет остается стабильной. В 1928 г. кроме 3-х ДПА имеются оздоровительная и спортивная площадки, дом физической культуры, психо-неврологическая школа-санаторий с отделением для психопатов и санаторной колонией. Число врачей ОЗДиП доходит до 15. В районах ТР организован 1 пункт ОЗДиП и работают 3 врача.

Касаясь финансово-материальной базы здравоохранения, следует отметить, что после введения новой экономической политики, начиная с 1922-23 хозяйственного года, здравоохранение переходит на твердый

бюджет, определяемый для первого бюджетного года в сумме 257920 руб. В следующем году бюджет увеличивается более чем в 3 раза, в 1925-26 году удваивается по сравнению с предыдущим годом, а в начале 1-й пятилетки выражается суммой в 5033200 рублей.

Бюджет здравоохранения по ТР:

Г о д ы	Сумма (руб.)
1922/23	257.920
1923/24	878.641
1924/25	1.327.954
1925/26	3.774.628
1926/27	4.203.956
1927/28	5.033.200

Годы первой пятилетки и два первых года второй пятилетки характеризуются весьма интенсивным ростом индустриализации Татарии. За этот период развертывается строительство ряда новых предприятий, имеющих всеобщее значение, реконструируются на основе новой техники около 20 старых заводов и фабрик, в результате чего удельный вес промышленной продукции повышается до 69%. На базе индустриального развития края мы имеем небывалый подъем и в области с/х хозяйства: к 1935 году 3800 колхозов объединяют 78% хозяйств, число совхозов достигает 47, посевная площадь по сравнению с 1913 годом расширяется на 47,3% и по сравнению с 1928 годом — на 20%; на полях Татарии в 1934 г. работают 314 комбайнов, 239 виндмолуэров, 2315 тракторов, 387 тракторных жатвенных машин, 110 сложных молотилок, 12780 сеялок, 19250 конных жатвенных машин, 8770 конных молотилок. Имеющиеся 53 МТС обслуживают 50% колхозов с охватом 55% посевной площади. В результате коллективизации и механизации сельского хозяйства достигнуто повышение урожайности по зерновым культурам с 6 ц с га в 1930 г. и 8,9 ц в 1933 г. до 9,4 ц в 1934 г. Благодаря успешному выполнению 5-летнего плана социалистического строительства, Татарская республика, находившаяся ранее в состоянии экономической и культурной отсталости, быстро подтягивается до уровня наиболее передовых республик и областей Союза и награждается орденом Ленина.

В связи с неуклонным ростом народного хозяйства и культурного уровня трудящихся Татарии улучшилось и медицинское обслуживание.

На основе решений партии и правительства органы здравоохранения ТР в годы первой пятилетки широко развернули работу по поднятию здравоохранения до уровня передовых звеньев народно-хозяйственного строительства.

Первая пятилетка характеризуется огромным развитием лечебно-профилактической сети, расширением и приближением квалифицированной лечебной помощи к населению Татарской республики.

За годы первой пятилетки в новое больничное строительство ТР вложено 5.834.700 руб. и за первые 2 года второй пятилетки — 3.737.000 руб. За первую пятилетку и за два года второй пятилетки в ТР построено 24 больницы на 1156 коек, в приспособленных помещениях развернуто 367 коек. Постоянных яслей построено 9 на 480 коек, заканчиваются строительством 2 санатория, единственный диспансер в Сталинском районе г. Казани и в Зеленодольске.

Районная сеть с 73 единиц в 1928 г. увеличивается до 85—1932 г. В 1934 г. число больниц увеличивается до 93. Число коек на селе с 2215 в 1928 г. повышается до 2678 в 1932 г. и 3550 в 1934 г.

В татарских селениях в начале первой пятилетки имелось всего 20 больниц на 405 коек, в начале 2-й — 30 больницы на 643 койки, а в 1934 г. — 35 больниц на 1051 койку.

В промцентрах сеть увеличилась со 145 коек до 215. 12 казанских больниц увеличают число коек за 1-ю пятилетку с 1565 до 1779, а в 1934 г. до 2325, куда входят койки всех лечебных учреждений, включая клинические, но без психиатрических в количестве 800 коек.

Общее число самостоятельных врачебных амбулаторий на селе увеличивается с 51 в 1928 г. до 71 в 1932 г. и 90 в 1934 г. Очень существенное увеличение числа самостоятельных врач. амбулаторий и поликлиник произошло в татарских селениях. Вместо 25 в начале первой пятилетки, татарские селения имеют в 1932 г. 37 и в 1934 г. 53 врачебных амбулатории.

Поликлиническая помощь за годы 1-й и 2-й пятилеток получает широкое развитие не только в Казани, но и в районах и в рабочих центрах ТР (Бувяск, Вугульма, Бондюг, Зеленодольск, Елабуга, Кукмор, Рыбная Слобода, Набережные Челны, Чистополь и другие). Значительно расширяется число кабинетов по специальности. Широкое развитие получает физиотерапия. Электролечение, светолечение, гидропроцедуры, грязелечение расширяются не только в самой Казани, где в 1934 г. мы имеем 12 самостоятельных врачебных амбулаторий и поликлиник, но и в районных центрах. За годы первой пятилетки в ТР организовано 10 новых рентгеновских кабинетов (Бондюг, Елабуга, Наб. Челны, Чистополь, Вугульма и др.) В настоящее время работают уже 26 рентгено-кабинетов, из них 11 в районах.

Фельдшерские пункты с 42 в 1928 г. увеличиваются до 55 в начале второй пятилетки и до 124 в 1934 г. Число фельдшерских пунктов в татарских селениях с 23 в 1928 г. и 22 в 1932 г. возрастает до 57 в 1934 г.

Рост коллективизации, широкое развитие колхозного строительства, увеличение числа МТС в ТР потребовали перестройки в работе органов здравоохранения и обусловили возникновение новых форм обслуживания важнейших хозяйственно-политических кампаний.

Для медицинского обслуживания совхозы и МТС прикреплены к ближайшим больницам; в МТС, расположенных вне районных центров, открыты врачебные амбулатории и здравпункты. Последние в совхозах и МТС возникли впервые в 1932 г., в настоящее время число их возросло до 33.

На время посевной и уборочной кампаний в помощь медперсоналу районов, начиная с 1932 г., посылаются медбригады, состоящие из врачей, среднего медперсонала, а также студентов медицинского института и медицинского политехникума. Для обслуживания посевной и уборочной 1932 г. в районы ТР послано 75 медбригад, организовано 1274 пункта первой помощи и 1604 санитарных поста, послано 3790 аптек. В 1934 г. послано 140 медбригад и организовано 689 пунктов первой помощи. Широко проведенная организационная работа дала возможность подготовить из колхозного актива персонал для санитарных постов, достаточный для охвата всех занятых в поле колхозных и совхозных бригад, и довести число санитарных до 7373.

Все предприятия ведущих отраслей промышленности ТР и все крупные предприятия остальных видов промышленности обеспечены в настоящее время здравпунктами, число которых с 8 в 1928 г. повышается до 59 в 1932 г. и 63 в 1934 г., в том числе 18 в районах.

Касаясь медикаментозной помощи, следует отметить, что за годы первой и первые 2 года второй пятилетки аптечная сеть дает большой рост, достигая 103 ед. в 1934 г., вместо 50 в 1928 г. и 89 в начале второй пятилетки; при этом число аптек в районах ТР увеличивается с 35 в 1928 г. и 72 в 1932 г. до 86 в 1934 г.

Не подлежит никакому сомнению, что за последние годы произошли крупнейшие сдвиги в улучшении санитарного состояния ТР: промышленные и районные центры, отдельные совхозы и колхозы с каждым годом становятся все более благоустроенными, разворачивается массовое движение за чистоту, за культуру, за здоровую жизнь; большое внимание уделяется жилищному строительству, водоснабжению, озеленению. Громадная роль здесь принадлежит самим трудящимся орденоносной Татарии, их активности и самодеятельности. Не менее важно в деле санитарного оздоровления пополнение санитарной организации, которая значительно выросла и окрепла за годы 1-й и 2-й пятилеток. Общее число санитарных врачей в ТР с 23 в 1928 г. увеличилось до 35 в 1932 г., в т. ч. 13 в районах, и пом. сан. врачей с 5 до 25. Согласно постановлению ЦИК и СНК СССР о государственной санитарной инспекции число санитарных врачей к 1935 г. увеличивается до 57 единиц, в т. ч. 18 в районах ТР, и пом. сан. врачей до 58 единиц.

В улучшении санитарного состояния республики сыграли также важную роль широко проводимые мероприятия по предупреждению острозаразных заболеваний при непосредственном и активном участии самих трудящихся города и села, как-то: массовые санитарные походы, систематически проводимая санитарная обработка и т. д. Среди мероприятий по борьбе с острозаразными заболеваниями следует указать на борьбу с бациллоносительством и на широко развернутое прививочное дело: количество прививок против брюшного тифа в 1934 г. достигает цифры 78181, в т. ч. 33655 законченных по 2 раза и 54526 — по 3 раза, против 57393 в 1932 г.; число прививок против скарлатины выражается цифрой в 22864, против дифтерии — 5917. Особенно большое внимание было уделено проведению плановых предохранительных прививок против оспы, абсолютное число которых в 1934 г. достигает цифры 1042955, или 3725 на 10000 населения, против 1045 в 1928 г., что должно обеспечить в ближайшее время полную ликвидацию в ТР натуральной оспы, которая, к сожалению, в отдельных пунктах еще имеется.

Следует отметить громадные сдвиги в постановке дезинфекционного дела: в течение 1934 г. и 3-х месяцев 1935 г. районы Татарии получили 30 парофармалиновых камер японского образца, 11 камер хлорцикриновых, 7 — других систем, 32 банно-душевные установки и в 8 пунктах выстроены парофармалиновые камеры постоянного типа. В результате всего этого достигнуто снижение по целому ряду инфекций.

Перестройка дела здравоохранения в соответствии с задачами социалистического строительства при неуклонном повышении материально-культурного уровня населения дала свои положительные результаты и в отношении борьбы с социально-бытовыми болезнями. Значительное расширение сети, рост численности специально подготовленных врачей туберкулезников и окулистов, надлежащее руководство их работой со стороны органов здравоохранения и соответствующих институтов — вполне обеспечивают проведение плановых мероприятий по борьбе с социальными болезнями, с достаточно полным охватом пораженных участков. В настоящее время в районах ТР работают 6 врачей — туберкулезников, 25 врачей окулистов и 7 врачей венерологов. В местностях наиболее неблагоприятных по трахоме развернуто 126 трахоматозных сестринских пунктов, которые работают под руководством участковых врачей-специали-

етов. Кроме того, туда посылаются лечебно-обследовательские отряды, широко проводится санитарно-просветительная и массовая работа (выставки-передвижки, кино-фильмы, лекции-беседы и пр.). В отношении других форм бытовых болезней, имеется заметное снижение количества заболеваний: число больных чесоткой, составлявшее в 1913 г. в бывшей Казанской губернии 679,7 на 10000 чел. населения и в ТР в 1928 г.— 646,2, уменьшилось в 1932 г. до 117,4, а в 1933 г.— до 30; данные в отношении парши составляют соответственно — 14,5, 7,1, 3,7.

В последние годы большое внимание уделяется мероприятиям по борьбе с малярией. В ТР эта задача является особенно актуальной, т. к. на ее территории протекают 4 судоходных реки (Волга, Кама, Белая, Вятка), имеющие много мелких притоков и многочисленную систему озер, являющихся после спада воды источником малярии. Поэтому в настоящее время планомерно проводятся мелiorативные работы в наиболее неблагоприятных по малярии местностях, аэроопыление крупных водоемов, хинизация населения, большая санитарно-просветительная работа. Проводится переподготовка участковых врачей, работающих в малярийных местностях. В 1935 г. все эти мероприятия будут значительно расширены: число пунктов по лечебно-профилактической хинизации увеличивается до 11, проток 7 в 1934 году, аэроопылением предполагается охватить около 15000 га, наземным — около 3000, на гидротехнические мероприятия ассигновано 377000 рублей и т. д.

Годы 1-й пятилетки в ТР характеризуются массовым вовлечением женщин в производство и широким участием их в социальной, культурной, и политической жизни. Неудивительно, что особенно большие результаты достигнуты в области мероприятий по охране материнства и младенчества. В 1933 г. были выполнены с превышением на 124,9% контрольные цифры Наркомздрава РСФСР по развертыванию сезонных яслей. Ряд районов ТР (Атнинский, Елабужский, Мензелинский и Чистопольский) показал превосходные образцы работы и был премирован НКЗ РСФСР.

В начале 1-й пятилетки в ТР имелось всего 13 постоянных яслей, причем все они находились в Казани. В конце 1-й пятилетки число постоянных яслей увеличилось до 126, из них 108 в сельских местностях, в т. ч. 34—в татарских селениях. В 1934 г. число постоянных яслей увеличивается более чем вдвое по сравнению с 1932 г., достигая цифры 229, из которых 205 в районах, в т. ч. 89—в татарских селениях.

Исключительный рост дают сезонные ясли, которых в 1928 г. имелось всего лишь 129 един. с охватом 3280 детей. В 1932 г. число сезонных яслей увеличивается до 3042 на 111179 мест, и в 1934 г. 4050 сезонных яслей на 152638 детей.

Наряду с количественным ростом ясельной сети ведется большая работа по улучшению качества ясельного обслуживания.

Число женских консультаций с 36 в начале 1-й пятилетки увеличивается до 48 в начале 2-й пятилетки и до 52 в 1934 г. Число консультаций в районах с 24 увеличивается до 35 в 1932 году и 40 в 1934 г. и в татарских селениях—с 9 до 17.

Начиная с 1933 г., большое внимание привлекает к себе организация родопомощи. В аппарате ТНКЗдрава учреждена инспектура по родопомощению. При большинстве больниц выделены специальные ро-

дельные койки, число которых в настоящее время достигает цифры 607, в т. ч. 407 в районах.

В области охраны здоровья детей и подростков широко развернута оздоровительная работа как среди школьного и подрастающего, так и среди дошкольного населения. В 4-х районах г. Казани имеются 4 детских профилактических амбулатории (ДПА) и в 16 районах ТР пункты ОЗДиП. В Казани имеется также врачебно-педологический кабинет, кабинет профотбора, физкультуры. Кроме того, имеются детские оздоровительные площадки, психо-неврологическая школа-санаторий на 60 коек. Закончен строительством туберкулезный павильон для рабочих подростков на 100 коек при санатории „Обсерватория“. Число врачей ОЗДиП с 15 в 1928 г. возросло до 42 в районах работают кроме того 15 сестер ОЗДиП.

В годы первой и второй пятилеток в ТР получает значительный размах санаторно-курортная помощь. В начале первой пятилетки Татария имела всего 3 небольших санатория („Обсерватория“, „Каменка“, „Ижминвод“) на 130 постоянных и 295 сезон. коек. К началу же второй пятилетки число постоянных коек возросло до 175, сезонных—310.

В 1934 г. Татария имеет 5 санаториев, с числом санаторно-курортных коек—постоянных 230, сезонных—575.

Необходимо отметить, что Татареспублика имеет очень большие перспективы в отношении дальнейшего развития и расширения санаторно-курортного дела.

Ижевский минеральный источник, относящийся к разряду щелочно-земельных вод, имеет высокую бальнео-терапевтическую ценность при ряде распространенных заболеваний.

Очень ценное и сравнительно редкое сочетание двух важнейших бальнео-терапевтических моментов: грязи (торфяные и иловые) и сероводородные источники имеются в Шугуровском районе ТР (Сарабикулово—Бакирово). Помимо высокого содержания в иловой грязи коллоидных веществ, Бакировское грязевое месторождение имеет мощный фонтанирующий источник сероводородной воды с содержанием 14—15 миллиграмм сероводорода на 1 литр. Находящиеся в 15 километрах от Бакирова Сарабикуловские крепкие сероводородные источники по содержанию сероводорода (338 миллиграмм на литр) превосходят Мацесту, благодаря чему Сарабикулово-Бакировский район в бальнеологическом отношении приобретает союзное значение.

Благодаря красивому местоположению, хорошим климатическим условиям и удобным путям сообщения, Ижминвод и Бакирово в ближайшее время займут полюбившее им место. В большой степени использованы также возможности развертывания домов отдыха в живописнейших местностях ТР: Берсут, Васильево, Шеланга, Моркваши, Петровское, Тарловка и др.

Годы первой пятилетки характеризуются увеличением выпуска врачей и среднего медицинского персонала, улучшением качества преподавания в высшей и средней медицинской школе, что является одним из важнейших условий обеспечения районов ТР квалифицированными медицинскими кадрами. Несмотря на это, вопрос о кадрах все еще является одним из самых неблагоприятных на фронте здравоохранения. Численный рост медперсонала в ТР не поспевал за ростом потребностей страны,

кроме того имелись недочеты в распределении медперсонала, в результате чего около 25—30% врачебных участков ТР не имели врачей.

Общее число врачей в ТР, включая также врачей, работающих не в НКЗ, а в других ведомствах, с 740 в 1928 г. увеличивается до 1006 в 1932 г. до 1155 в 1934 г. Число врачей, работающих в районах, увеличивается соответственно с 231 до 290 и 328. Увеличивается также число врачей-татар с 89 в 1928 г. и 130 в 1932 г. до 196 в 1934 г. Наряду с количественным ростом сельских врачебных кадров имеются значительные сдвиги и в отношении их специализации, являющейся одним из качественных показателей медико-санитарного дела. В числе 328 врачей, работающих в районах ТР, кроме хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов, зубных и санитарных врачей имеются врачи по тем специальностям, которые раньше встречались только в городах, а именно: туберкулезники—6 человек, венерологов—7, педиатров—8, рентгенологов—3, невропатологов и физиотерапевтов—3, врачей ОММ—23, ОЗД—7, окулистов—25 и т. д.

Средний медперсонал дает несколько иную картину. Общее число медработников средней квалификации с 1125 в 1928 г. увеличивается до 1813 в начале второй пятилетки и до 2480 в 1934 г. Особенно существенно увеличение среднего медицинского персонала в районах ТР—с 589 чел. в 1928 г. и 829 в 1932 г. до 1348 в 1934 г. Общее число медработников татар средней квалификации к началу второй пятилетки увеличилось вдвое по сравнению с 1928 г. (206 вместо 102), и в 5 раз в 1935 г. (526.)

Несмотря на значительный рост численности медперсонала, вопрос о подготовке врачей и среднего медперсонала и о пополнении районов квалифицированными специалистами продолжает оставаться центральным звеном в организации здравоохранения в ТР. Правда, в этом отношении Татария занимает более выгодное положение, имея в своей столице—Казани—старейший в нашей стране медицинский вуз—Медицинский институт, существовавший до 1930 года в системе Казанского университета как медицинский факультет. В 1928 г. медфак КГУ насчитывает в своих стенах 1170 студентов, в т. ч. 108 татар, а в 1934 г. (на конец года) общее количество студентов достигает цифры 1640, в т. ч. татар 361 и 249 студентов прочих национальностей. За годы первой и второй пятилеток всего выпущено 1283 врача, в т. ч. 175 татар. Из 852 врачей, выпущенных КГМИ за последние 4 года, 261 человек оставлены в Татарии. В числе 51 профессоров и доцентов КГМИ в настоящее время имеется 7 татар, а среди ассистентско-ординаторского состава из 128 человек насчитывается 37 татар. Особенно следует отметить высокий удельный вес националов среди аспирантуры и интернатуры: в числе 45 аспирантов и интернов имеется 13 татар.

Казань является также крупной базой для повышения квалификации врачей и подготовки инспекторов здравоохранения не только для ТР, но и для всего Союза. Организованный в 1920 г. Казанский клинический институт им. В. И. Ленина в 1923 г. переименовывается в Государственный институт для усовершенствования врачей и в настоящее время является одним из крупных научно-учебных учреждений в СССР по подготовке медицинских кадров-специалистов и по повышению квалификации периферических участковых врачей. За 15 лет существования ГИДУВ'ом выпущено 4782 врача, в т. ч. 1948 из национальных республик, и начиная с 1930 года—190 курсантов-организаторов здравоохранения. Кроме того, в стенах института за это время подготовлено 792 квалифицированных специалиста, из них 88 татар и 38 человек других национальностей. В настоящее время среди профессорско-преподавательского состава из 89 человек имеется 12 татар и 34—нацменьшинств, а в числе

аспирантов, интернов и других научных сотрудников—17 татар (из 71).

Как Казанский государственный медицинский институт, так и Государственный институт для усовершенствования врачей с их клиниками и кадрам высококвалифицированных специалистов принимают деятельное участие в общей лечебно-профилактической работе Наркомздрава ТР, содействуя повышению качества медобслуживания населения. В 1935 г. общее количество лечебных коек в клиниках КГМИ и ГИДУВ'а достигает 1110.

Ведется весьма интенсивная работа по подготовке среднего медперсонала. За период времени с 1928 г. по 1933 г. Казанский медицинский политехникум выпустил 658 специалистов средней медицинской квалификации, в том числе 397 татар. Контингент студентов в медицинских техникумах Татарии (Казань, Чистополь, Мензелинск) с 584 человек в 1928 г. увеличился до 784 в 1934 году (из них 419 татар и 69 нацмен). Медтехникумы Татарии выпускают фармацевтов, зубрачей, пом. савврачей, акушеров, фельдшеров, работников охраны матмлада. Кроме того, на краткосрочных курсах проводится подготовка трахоматозных сестер, санитарных инструкторов, ясельных работников и др.

Помимо хорошо известных далеко за пределами Казани кабинетов, лабораторий, музеев и клиник ГИДУВ'а и медицинского института, научно-исследовательская и производственно-практическая работа осуществляется также рядом других научно-исследовательских институтов в Казани, созданных и окрепших за годы 1-й и 2-й пятилеток. Институт социалистического здравоохранения и гигиены, Трахоматозный институт им. В. В. Адамюка, Микробиологический институт, Туберкулезный институт, а также возникшие за эти годы Институт экспериментальной медицины, Институт переливания крови с 12-ю отделениями в районных центрах Татарии, Институт ортопедии и травматологии, Институт стоматологии, Дом санитарной культуры с санитарно-гигиеническим музеем и мастерской наглядных пособий,—все они проводят колоссальную научно-педагогическую и лечебно-профилактическую работу, увязывая теорию с практикой и тем самым способствуя развитию здравоохранения на основе последних достижений науки.

Рост народного хозяйства Татарии, ее успехи на фронте социалистического строительства дали возможность правительству ежегодно увеличивать ассигнования на мероприятия по здравоохранению, что видно из следующей таблицы:

Годы	Всего ассигновано в тыс. рублей	В т. ч. на капитало- вложения
1928	5033,2	750,0
1932	14062,5	1437,9
1933	18732,7	1532,0
1934	23756,3	2205,5
1935	37797,5	2041,0

Следует особо указать на колоссальный рост бюджета на 1935 г., выражающегося в сумме 37797,5 тысяч (в т. ч. ориентировочно 4000 тысячи рублей на зарплату по новым ставкам), против 23756,3 тысяч рублей в 1934 г. Существенно важным моментом в структуре бюджета этого года является то, что на борьбу с малярией предусмотрено 800 тысяч рублей, на борьбу с трахомой 100 тысяч рублей, на противо-эпидемические

мероприятия 1351,8 тысяч рублей, на содержание яслей—2500 тыс. р., на прибольничное хоз-во—500 т. р. и т. д.

Все вышеизложенное о состоянии здравоохранения в Татарии лишний раз подтверждает, что социалистическое строительство открывает широкие перспективы для дальнейшего развития здравоохранения и создает возможность разрешения проблемы оздоровления трудящихся. „Перед нами огромные перспективы. Мы должны и в здравоохранении добиться таких же завоеваний, какие имеются во всех областях социалистического строительства. Мы должны поднять на щит охрану здоровья широчайших трудящихся масс“. (Каминский).

Невропатология в Татарии в 1920—1935 гг.

Проф. И. И. Русецкий.

До Октябрьской революции помощь нервным больным в Казани была крайне недостаточной: она оказывалась стационаром нервной клиники университета, рассчитанным на 20—25 коек, отделением в „Шамовской“ больнице на 6—10 коек; там же оказывалась амбулаторная помощь, проводилась очень ограничено физиотерапия. Процветала частная практика, процветала частная лечебница—лечился лишь обеспеченный класс. В Казани имелось 9 невропатологов, а в районах тогдашней Татарии не было ни одного специалиста по нервным болезням.

Советское здравоохранение—детище Октябрьской революции—поставило на новые рельсы дело неврологической помощи в национальной Татарской республике,—невропатология стала креннуть. В первый же год существования АТССР была организована нервная клиника при Гос. институте для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, далее было произведено расширение нервного отделения Областной советской больницы, государственная помощь нервнобольным получила более широкую базу в нервных стационарах, амбулаториях и физкабинетах, основанных в рабочих центрах Казани и районных центрах.

Каково теперь состояние невропатологии в Татарии? Общее число стационарных коек двух нервных клиник Казани и нервного отделения Областной советской больницы достигает 95. Этими медицинскими учреждениями пропускается ежегодно около тысячи стационарных больных. Амбулаторная помощь в Казани оказывается невропатологами в девяти поликлиниках. Физиатрическая помощь нервнобольным производится в одиннадцати физиокабинетах или отделениях, в которых имеются все виды электро-, свето- и водолечения, а при ГИДУВ'е постоянно функционирует грязелечебница. Рабочее население Заречья обслуживается Кировской поликлиникой. Сталинская поликлиника обслуживает Сталинский рабочий район. Число невропатологов в Казани достигает в настоящее время 24 человек. Организованы районные неврологические пункты в Зеленодольске и Чистополе, где имеется по одному невропатологу.

Приведенным числом не исчерпывается общее количество невропатологов. В нервных клиниках подготовлено более 50 врачей-ин-

тернов, научных сотрудников и ассистентов. Из них четыре врача получили звание профессора и занимают самостоятельные кафедры в Казани, Астрахани и Самарканде, три врача получили звание доцента, выпущено три диссертации типа докторантских работ. Из национальных кадров получили или получают специальное образование одиннадцать татар, два чувашина и два удмурта. В нервной клинике ГИДУВа подготовлено кроме того 92 прикомандированных врача-невропатолога.

Методы исследования и лечения больных значительно улучшились. Введена субокципитальная пункция, контрастная энцефало-и миелография, субарахноидальная аутогемотерапия, лечение периферических поражений переливанием крови, расширено применение рентгенотерапии, гравидана, сконструирован новый рефлектор, описаны новые рефлексы конечностей и пр.

Научная работа казанских невропатологов выразилась в 150 напечатанных работах, из которых около 50 работ напечатано за границей. Среди этих трудов имеется до 10 монографий, посвященных изучению синкинезий, методики исследования вегетативной нервной системы, эпидемии летаргического энцефалита, коленного рефлекса, пирамидного синдрома. Клиниками выпущены отдельные сборники работ. Научно-исследовательская работа производилась, главным образом, в сфере органических заболеваний нервной системы и касалась моторики и вегетативной нервной системы.

Перед невропатологией в Татарии стоят дальнейшие задачи по улучшению помощи нервным больным. Среди них можно указать: Расширение сети нервных коек в Казани и районах Татарии, создание образцовых палат для нервных больных, рассчитанных на одну—две койки, организация санатория для функциональных больных, диспансеризация нервных больных, устройство неврологических пунктов в основных районах Татарии, улучшение статистики нервной заболеваемости в крае, районные сообщения по текущим вопросам невропатологии и др.

Достижения здравоохранения Татарии за 15 лет в области ортопедии и травматологии.

Проф. М. О. Фридлянд.

Исторической датой, знаменующей начало организованной борьбы с ортопедическими деформациями в Казани, а затем и во всей Татарии, следует считать 1-ое ноября 1918 года, когда Казанский губернский отдел социального обеспечения кладет основание Ортопедическому институту в составе стационара на 40 коек и протезной мастерской. Это учреждение в 1920 г. переходит в ведение Казанского губернского отдела здравоохранения и вливается, в качестве Ортопедической клиники, в основанный в том же году Клинический, позднее Государственный институт для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Некоторое время спустя, протезная мастерская отделяется от Ортопедической клиники и ведет самостоятельное существование. С 1931 г.

клиника развертывает большую работу по борьбе с промышленным и сельскохозяйственным травматизмом и переименовывается в Клинику ортопедии и травматологии.

С 1920 до 1935 г. через амбулаторию клиники прошло около 30 тысяч больных, из них 33% травматиков, 30% с туберкулезом костей и суставов, 7% профессиональных и школьных искривлений, 7% ревматиков, 6% рахитиков, 5% с деформациями после паралича, 4% с врожденными деформациями, 3% с последствиями инфекционно-воспалительных страданий и 5% различных других поражений костяка и мускулатуры. При этом 86% больных приходится на возраст до 40 лет.

Из вышеуказанного количества около 8 тысяч больных прошло через стационар. Им произведено около 5 тысяч реконструктивных (восстановительных) операций и более 50 тысяч различных механо-терапевтических процедур.

Отсюда видно, что клиника имела дело почти исключительно с социальными болезнями и притом с больными, находящимися в наиболее активном рабочем возрасте.

Устраняя калечество и восстанавливая работоспособность трудящихся, клиника ортопедии и травматологии сохранила государству большие материальные ресурсы.

За 15 лет своей работы в составе ГИДУВ'а им. Левина клиника ортопедии пропустила через свои стены 1500 прикомандированных для усовершенствования врачей со всех концов Советского Союза. Служа с 1932 г. учебной базой и для Медицинского института, клиника подготовила также значительное количество студентов.

Помимо лечебной и учебной деятельности, клиникой ортопедии и травматологии развернута интенсивная научно-исследовательская работа, отразившаяся в 124 печатных трудах, опубликованных в отечественной и иностранной прессе; из них многие носят характер монографий и учебных руководств. Последние общеприняты во всех советских мединститутах.

Помимо этого, сотрудниками клиники сделано в различных научных обществах, а также на областных и всероссийских съездах 200 докладов. Ведущая проблематика — уточнение диагностических методов и усовершенствование лечебной, преимущественно хирургической, техники лечения, а также выявление особенностей течения различных ортопедических заболеваний (костный туберкулез, рахит и др.) и травматизма в условиях Татарии.

С целью непосредственного ознакомления и изучения характера заболеваний и травматизма на местах, сотрудники клиники участвовали в экспедициях и предпринимали специальные поездки в районы Татарии, освещая результаты своей работы не только в журналах, но и на страницах общей прессы.

Учитывая важность укрепления и дальнейшего развития дела ортопедии и травматологии в Татарской республике, Совет народных комиссаров АТССР постановлением от 1 января 1935 года реорганизовал клинику ортопедии и травматологии в Татарский институт ортопедии и травматологии, развернув перед ним ряд ответственных задач — всестороннее теоретическое и практическое изучение вопросов предупреждения и лечения врожденных и приобретенных страданий кожно-мышечной системы; борьба с физическим калечеством во всех его видах; организация пла-

воинской борьбы с костно-суставным туберкулезом, с промышленным и сельскохозяйственным травматизмом; подготовка кадров периферических медработников.

Таким образом дело борьбы с ортопедическими страданиями, обязанное своим возникновением Октябрьской революции, быстро заняло подобающее ему место в ряду других медицинских дисциплин и завоевало свою долю в том общем успехе, с которым здравоохранение орденоносной Татарии приходит к 15-летию своего славного существования.

Татария в борьбе за здоровую смену.

Проф. Е. М. Лепский.

Внимание к подрастающим поколениям составляет одну из отличительных особенностей послеоктябрьского культурного строительства. Советские республики по праву гордятся своим законодательством, охраняющим права и здоровье матери и ребенка, развитую сеть детских учреждений и т. д. Естественно, что и Татарская республика, как детище Октября, также имеет успехи в этой области.

В деле здравоохранения, как во всяком деле, чтобы правильно оценить современное положение, полезно оглянуться назад и сравнить то, что имеется теперь, с тем, что было раньше. Молодым врачам, не знакомым с дореволюционной действительностью по собственному опыту, особенно полезно знать, как и из чего развилось то дело, на котором они работают. Поэтому да позволено будет мне в связи с пятнадцатилетием Татарской республики привести из недавнего прошлого Казани и Казанской губернии некоторые факты, характеризующие заботу правящих классов о детях, и сопоставить эти факты с современным положением.

Спросим прежде всего, как было организовано в Казани удовлетворение такой потребности первоочередной важности, как оказание лечебной помощи заболевшим детям. На это приходится ответить, что *организовано* ничего не было. В губернской больнице были отделения для больных дифтерией и скарлатиной, где естественно лежали преимущественно дети. Была детская клиника медицинского факультета, основной задачей которой являлось не оказание лечебной помощи населению, а обучение студентов. „Общество попечения о бедных и больных детях“ также имело небольшой стационар. При стационарах велись и амбулаторные приемы.

Ясно, что эти учреждения не могли даже и в незначительной мере удовлетворять потребность детского населения в лечебной помощи. Да они и не были вовсе рассчитаны на помощь широким слоям населения. Предполагалось, что каждая семья сама заботится о лечении своих детей, обращаясь к частно-практикующим врачам. Имущие группы населения действительно так и поступали, а мало обеспеченные оставались почти без всякой помощи.

Так было в Казани, а в уездных городах и в деревнях даже и такой недостаточной медицинской помощи детям не было.

В настоящее время мы имеем 2 детские клиники и новую инфекционную больницу с обширными детскими отделениями, санаторий для туберкулезных детей. Амбулаторные приемы больных детей специалистами ведутся не только при клиниках и поликлиниках, но и в детских профилактических амбулаториях и в пунктах охраны здоровья детей, где работают 25 специалистов в городе и 30 в районах. Детские консультации, которых имеется в Татарской республике более 50, также оказывают детям лечебную помощь. Через все эти учреждения ежегодно проходят сотни тысяч детей.

Еще более разительна разница в состоянии профилактических детских учреждений. Часто говорят, что до революции никаких профилактических учреждений у нас не было. Это не совсем верно. Кое-что было, и нужно

знать, что именно было, для того, чтобы по достоинству оценить все убожество дореволюционного „здоровохранения“.

Так, например, в Казани задолго до войны существовали ясли. В подвальном, полутемном помещении стояло 30 кроваток, вечно покрытых пологом; в них лежали дети работниц пошивочных мастерских. Врач редко заглядывал в эти ясли. За детьми ухаживали невежественные старухи-няни. Ни о каком оздоровительном влиянии таких яслей на детей, а тем более о влиянии их на домашний быт ребенка не могло быть и речи. Это было просто приспособление, устроенное владельцами мастерских, которое облегчало вербовку работников.

Некоторое время до войны функционировали в Казани при двух родильных домах консультации для детей. Врачи-добровольцы приходили туда раз в неделю на час, чтобы давать советы матерям. По личному опыту могу засвидетельствовать, что посещения ограничивались единицами. Вскоре эти консультации прекратили свое существование.

Было в Казани и учреждение для бесприютных детей с „лечебным“ отделением при нем для детей грудного возраста. Для характеристики господствовавших там порядков приведу некоторые запомнившиеся мне эпизоды.

Молодая крестьянка с новорожденным ребенком слезно умоляет принять ее, но получает отказ. „Устрой его какнибудь“, — говорит ей заведующая. И на другой день ребенок „устроен“: был подкинут на какое-то крыльцо и принесен городовым. Теперь все в порядке: правила разрешали принимать только брошенных детей, в буквальном смысле этого слова.

Когда я, ставши в 1917 г. старшим врачом этого учреждения, обратился в земскую управу с указанием, что в приюте нет вентиляции, давно не было ремонта и что дети от этого в большом % умирают, я получил успокоительный ответ: „Но ведь они всегда умирали“.

Грудные дети лежали в бельевых корзинах на мешках с соломой, покрытых грубой дерюгой. На мое замечание, что от такой материи у новорожденных может стираться кожа, мне было разъяснено, что по мнению члена управы, заведующего „богоугодными“ заведениями „такие“ дети не должны принадлежать к роскоши.

Таковы были принципы, которыми руководилась господствовавшая клика.

Но и те жалкие крохи медицинской помощи, которые отпускалились детям, доставались почти исключительно господствовавшей русской национальности. Угнетенное татарское население было лишено и этого.

Как хорошо, что эти порядки разрушены до основания и окончательно похоронены! Только Октябрьская революция направила организацию помощи детям по новому пути. Не легко дался этот путь Татарии. Последствия империалистической войны, острые формы гражданской войны, эпидемии, голод 1921 г., огромное количество сирот и бесприютных детей — все это, конечно, чрезвычайно затрудняло нормальное развитие детских учреждений.

И все же в настоящее время имеется в Казани 28 яслей, в которых помещается около 2000 детей, постоянные ясли в сельских местностях обслуживают почти 5000 детей. На лето 1934 г. было организовано по ТР более 5000 временных яслей, которые обслужили 187.000 детей.

Краткосрочные курсы, организуемые Татнаркомздравом для подготовки и переподготовки ясельных работников, охватывают около 6000 человек. Бюджет ясельного управления составляет в этом году около 2½ миллионов рублей.

Изменилось не только количество детских учреждений. Коренным образом изменилось качество и содержание их работы. Санитарно-просветительная работа, которая повседневно ведется словом и делом в консультациях и яслях, серии плакатов-выставок, популярная литература, которая в десятках тысяч экземпляров издается ежегодно Татнаркомздравом, на русском и татарском языках, радиолекции и т. п. и в особенности практическое знакомство с работой яслей, консультаций, детских садов, радикально изменили взгляды населения на методы воспитания детей и отношение его к профилактическим учреждениям.

До войны всякая попытка земства или местной интеллигенции устроить ясли в деревне встречалась подозрительно населением, которое опасалось, что потраченные на это деньги будут потом взысканы в принудительном порядке вместе с другими недоимками. Теперь по собственной инициативе и на средства колхозов построено в ТР более 150 специальных зданий для яслей, не считая десятков яслей, которые строятся по плану ясельного управления.

Не даром ясельное управление Татнаркомздрави получило в 1933 г. переходящее красное знамя Наркомздрави РСФСР!

Организованного врачебного надзора за учебными заведениями совсем не было до революции. Только единичные школы в Казани, где учились дети привилегированных слоев населения, имели своих врачей.

В настоящее время десятки школьно-санитарных врачей по всей ТР обслуживают тысячи школьников. Во всех школах организованы горячие завтраки, значительная часть детей получает питание в детских садах, здоровые виды спорта охватывают все более широкие слои молодежи. Ежегодно летом устраиваются массовые и санаторные лагеря, площадки для игр и т. п.

К перечисленным мероприятиям надо еще прибавить всю систему мер, касающихся охраны труда, которые прямо или косвенно отражаются и на здоровье детей, как отпуска работающим женщинам до родов и после них и охрана труда подростков.

Система мер и учреждений, имеющих целью оздоровление детского населения Татарии, достигла в настоящее время таких размеров, что она может считаться значительной не только по сравнению с жалкими дореволюционными масштабами.

Все это не может не оказывать благоприятного влияния на здоровье детей. Так, например, известно, что ознакомление населения с порядком и режимом в детских учреждениях повлияло и на домашний быт детей. Даже в деревнях многие матери теперь уже воспитывают детей так, как им это рекомендовали в консультации, яслях или в детском саду.

Внедрение гигиенических навыков в семейный быт повело к тому, что, например, тяжелых форм рахита, которых было очень много в Татарии, стало гораздо меньше прежнего.

К сожалению, мы относимся недостаточно внимательно к учету этих влияний и до сих пор не имеем по ТР точных данных об изменениях в состоянии здоровья детского населения.

Достижения Татарской республики в борьбе за здоровую смену значительны. Было бы однако совершенно неправильно из приведенных данных сделать вывод, что в деле охраны ребенка выполнено все, что требуется. И в количественном, и особенно в качественном отношении ~~предстоит~~ еще очень многое доделать. Так, например, совершенно ~~недостаточно~~ количество детских коек в лечебной сети Татарии, особенно на периферии. Приказ Наркомздрава РСФСР о выделении в общих лечебных заведениях 15% коек для детей не выполнен, почему госпитализация заболевших детей часто встречает затруднения. Амбулаторная помощь организована плохо в том отношении, что почти везде прием проводится в совершенно непригодных помещениях, не ограждающих приходящих детей от заражения какой-либо инфекцией. Специальной медицинской помощи детям на-дому совершенно еще нет. Подготовка среднего и младшего медицинского персонала в большинстве случаев крайне недостаточна, поэтому качество работы многих лечебных и профилактических учреждений стоит на очень низком уровне.

Список ведомств можно было бы значительно увеличить. Это, однако, не должно внушать беспокойства потому, что возможность их устранения быстро возрастает вместе с ростом экономического и культурного уровня жизни. Благодаря вниманию, с каким советская общественность относится к здравоохранению, и благодаря улучшившимся материальным условиям работы медперсонала, можно быть уверенным, что и недочеты, еще имеющиеся в организации профилактической и лечебной помощи детям, будут скоро исправлены.

По мере устранения затруднений материального и организационного порядка качество детских учреждений Татарской республики и уровень оздоровительных мероприятий для детей все больше зависят от инициативы, настойчивости и качества работы стоящих на этом деле врачей. В конечном счете крепость и бодрость подрастающей смены также зависят больше прежнего от качества нашей работы. Дело теперь, главным образом, за нами, врачами, работающими в Татарии, и в первую очередь — за педиатрами.

Достижения в области физиотерапии в Татарской республике за 15 лет.

Проф. Г. А. Клячкин.

Говоря о достижениях в области физиотерапии в Татарской республике за 15 лет, мы не должны забывать, что это в сущности и ее первые 15 лет. Эта дата совпадает с моментом возникновения Государственного института для усовершенствования врачей, при котором была организована физиотерапевтическая клиника, вторая по времени в Союзе, являвшаяся базой для развития физиотерапии в Татарской республике. До этого о массовой физиотерапевтической помощи не могло быть и речи: на периферии ее совсем не было, а в г. Казани существовала единственная частная водо-электролечебница, обслуживавшая лишь наиболее материально обеспеченные слои населения.

Начав свое существование с весьма скромных размеров, в дальнейшем клиника постепенно оборудовалась новейшими физиустановками, имея стационар в 30 коек, причем ее лечебной помощью до самого последнего времени широко пользуются не только больные ТР, но и других республик и областей. Развитие физиотерапии в Татарской Республике не отставало от развития физиотерапии в Союзе вообще, а по некоторым видам физиотерапевтической помощи Татарская Республика шла впереди. В особенности здесь следует подчеркнуть применение внекурортного грязелечения.

За последнее время созданы физкабинеты при лечучреждениях в ряде районных пунктов: Чистополь, Бугульма, Бондюжский завод, Агрыз, Ижевский санаторий и др.

И в области научно-исследовательской деятельности физиотерапия ТР не отставала от других республик и областей Союза. Большое количество работ, касающихся различных вопросов практической и теоретической физиотерапии, опубликовано в нашей и иностранной печати. Татарская Республика принимала участие в 2-х всесоюзных съездах физиотерапевтов (в 1924 и 1927 гг) и в настоящее время готовится к 3-му съезду.

Но особенно велики заслуги ТР в области подготовки физиотерапевтических кадров. 147 врачей прошли усовершенствование по физиотерапии. Многие врачи получили высококвалифицированную подготовку, причем некоторые из них подготовлены к самостоятельной преподавательской и научно-исследовательской деятельности.

Все физиотерапевтические кабинеты Татарской Республики насыщены средним медперсоналом, получившим квалификацию преимущественно в физиатрической клинике.

Наконец, следует отметить создание при ГИДУВ'е специальной мастерской, изготавливающей физиотерапевтическую аппаратуру, по качеству не уступающую заводской продукции.

И несмотря на все эти успехи и достижения, мы должны признать, что физиотерапия не может быть отмечена, как идущая вровень с общим развитием всей народно-хозяйственной жизни Татарии.

Целый ряд показателей свидетельствует об отставании физиотерапии, а вместе с ней и физиопрофилактики, от практики социалистического строительства.

Большая плановость со стороны Татаркомздрава в постановке физиотерапевтической помощи населению, дальнейшее развитие физиотерапевтических и физиопрофилактических мероприятий в соцсекторе сельского хозяйства, внедрение физиотерапии и физиопрофилактики в клинику острых заболеваний—по этим основным путям должна, на наш взгляд, пойти наша дальнейшая работа.

15 лет борьбы с венерическими болезнями в Татарии.

Проф. И. Н. Олесов и д-р Ц. Ю. Ротштейн.

Татария, бывшая Казанская губерния, во времена помещичье-царского режима считалась „инородческой“ окраиной. В результате колониальной политики, проводимой царским правительством, эта губерния имела крайне отсталое сельское хозяйство и промышленность. Широкие массы трудящегося населения, особенно татары, буржуазией и помещиками подвергались неслыханному порабощению и стояли на невысокой ступени культурного развития.

Это создавало предпосылки к тому, что венерические и паразитарные кожные болезни приняли массовый социально-бытовой характер. Парша, в результате установившихся национальных обычаев, освященных религией, приняла характер массового заболевания.

Царское правительство не принимало никаких мер для организации борьбы с этими грозными заболеваниями, ведущими к тяжелым последствиям вплоть до вырождения.

До Октябрьской революции Казань не имела более или менее удовлетворительной статистики, определяющей распространение кожных и венерических болезней. По далеко неполным данным, которые сохранились до нашего времени, видно, что население бывшей Казанской губернии было широко заражено сифилисом.

До Октябрьской революции в б. Казанской губ. (ныне Татарии) только в г. Казани можно было получить квалифицированную помощь по кожно-венерическим болезням. Но эта помощь, как можно иллюстрировать статистическими данными, была недоступна широким массам трудящегося населения, особенно татарам. Богато обставленная кожно-венерологическая университетская клиника (ныне клиника КГМИ) имела 25 коек, и большинство из них было платных и недоступных трудящимся. Кроме клиники имелось кожно-венерическое отделение на 90 коек при губернской земской больнице, где работали два врача. Целый корпус этого отделения был отведен специально для лечения проституток, количество коек для пользования широким трудящимся масс ограничивалось 35—40.

Следовательно, больные с заразными формами сифилиса и другими венерическими заболеваниями не интернировались и весьма плохо лечились. Это и являлось одним из условий, вследствие которых сифилис и другие социально-бытовые болезни широко распространились по районам б. Казанской губ.

Лишь после Октябрьской революции создалась возможность, под руководством ленинской партии, приступить к строительству новой жизни, на новых началах.

В соответствии с установками НКЗ РСФСР в 1922 г. в Казани открывается первый (центральный) венерологический диспансер, который берет на себя методологическое руководство и организацию всего дела борьбы с венерическими болезнями в Татарии. В 1923 г. открываются его филиалы в За-речье (ныне Кировский район), а в 1924 г. в Сталинском районе.

С 1924 года начинается организация борьбы с венеризмом в районах Татарии.

В 1924 году ТНКС совместно с РОКК открывает 8 вендиспансеров, в 1925 г.—13, а в 1927 г. их насчитывается уже 17. Наибольший раз-

мах противовенерическая работа получила в Казани и районах Татарии в 1926—27 гг.

В 1926 году в Казани был созван краевой поволжский противовенерический съезд, который послужил толчком к росту противовенерических организаций и улучшению методики ведения противовенерической борьбы. В эти годы количество кожно-венерических коек в Казани было доведено до 200, кроме того в районах Татарии почти при всех крупных больницах было отведено по 3—5 коек для больных заразными формами венерических болезней. Здесь особо необходимо отметить, что в университетской кожно-венерологической клинике количество коек было увеличено и кроме того открыты новая кожно-венерологическая клиника Гос. ин-та для усовершенств. врачей и кожно-венерологическая больница гор. здрав. Эти мероприятия, с одной стороны, дали возможность готовить кадры квалифицированных специалистов, с другой, дали возможность широким массам трудящихся Татарии пользоваться совершенно бесплатно квалифицированной медицинской помощью.

Первый (центральный) венерологический диспансер в короткое время занял место ресубликанского центра, организующего борьбу с кожно-венерическими болезнями. Помимо методологически организационной работы, диспансер вел большую работу по подготовке кадров венерологов-общественников. Справедливость требует отметить, что вендиспансер, привлекая рабочую общественность, проделал большую работу по организации борьбы с проституцией.

Как известно, царское правительство с проституцией, служившей одним из основных источников распространения венерических болезней, боролось путем открытия домов терпимости, издания правил о местожительстве, костюмах, поведении на улице, а против нарушающих изданные правила применяло меры полицейского административного взыскания. Т. к. полицейская власть боролась не с проституцией, как социальным явлением, а лишь с отдельными проститутками, то естественно, что все мероприятия царского правительства никаких результатов не давали, и проституция из года в год увеличивалась, что и в настоящее время наблюдается в капиталистических странах.

Мероприятия советского правительства по раскрепощению трудящейся женщины, по охране материнства и младенчества и полная ликвидация безработицы позволили вендиспансеру развернуть работу с проституцией на совершенно новых основаниях. Здесь особо приходится отметить работу Казанского трудпрофилатория, где заболевшим венерическими болезнями беспризорным женщинам предоставляется общежитие и право работать и обучаться меховому или другому производству в зависимости от способности. Большая культурно-воспитательная работа, тесно увязанная с трудовыми процессами, способствовала резкому уменьшению проституции. Этим трудпрофилаторий за время своей работы перепослал и поставил на трудовой путь более 100 женщин, стоявших по тем или иным причинам на граве проституции.

Годы первой пятилетки характеризуются громадными достижениями на всех участках социалистического строительства нашего Союза. Особенно эти успехи огромны в Татарии, благодаря правильно проводимой ОК ВКП(б) ТР ленинско-сталинской национальной политике.

На основе экономических достижений и культурно-бытового подъема широких масс трудящихся здравоохранение ТР проделало огромную работу, давшую большой эффект в области охраны здоровья населения. Вен-организация, как часть всего здравоохранения Татарии, также добилась больших успехов в деле борьбы с венерическими болезнями. Мы являемся свидетелями значительного и неуклонно продолжающегося снижения вензаболеваемости как по РСФСР в целом, так и по Татарии.

Успехи социалистического строительства в нашей стране создали объективные предпосылки для ликвидации социально-бытовых болезней, как массового явления, и это естественно обуславливает резкое снижение в вензаболеваемости.

Быстрые успехи в снижении вензаболеваемости создали среди некоторых работников противовенерического фронта и отдельных руководителей здравоохранения ТР „головокружение от успехов“, в результате чего был ликвидирован в 1931 г. ряд венучреждений и резко ослаблен фронт пропагандистской борьбы.

Некоторый подъем вензаболеваемости мы отмечаем за последний год в Казани. Этот факт на первый взгляд как-то не вяжется с весьма резким улучшением культурного и материально-бытового положения широких трудящихся масс Татарии. Анализ фактов дает следующее объяснение этому чрезвычайно прискорбному явлению. Население Казани за последние годы выросло с 164 до 258 тыс., а венучреждения, в противоположность другим учреждениям здравоохранения, давшим резкий рост, не только не увеличились в числе, а наоборот были сокращены, сократились и кадры венерологов. Профилактическая работа ряда венучреждений стала замирать. Диспансеры—детище Октябрьской революции в области борьбы с венеризмом—были превращены в обыкновенные амбулатории.

В течение 1934 и 1935 гг. ТНКС ошибки, допущенные прежним руководством, исправляет—с лета 1934 г. открыто при ТНКС отделение организации борьбы с венболезнями, которое организует и методически руководит борьбой с венболезнями в Казани и районах ТР.

Венорганизациям Татарии в ближайшие годы предстоит большая работа в направлении резкого снижения вензаболеваемости в городе, ликвидации очагов кожно-венерических болезней в отдельных селах района и поднятия на должную высоту борьбы с болезнями кожи, распространенными среди рабочих некоторых производств и среди детей. Вся эта работа должна протекать в самом тесном сотрудничестве с рабочей общественностью, с колхозной и совхозной массами.

Успешное проведение этого плана, конечно, невозможно без дальнейшего увеличения числа вендиспансеров, венпунктов, венерических коес и подготовки квалифицированных кадров, особенно из националов-татар.

Задачи, которые стоят перед венорганизацией Татарии, будут решены и задания правительства и партии—выполнены. Руководством к действию для нас, венерологов, в дальнейшей работе будут указания нашего великого вождя тов. Сталина на XVII съезде партии: „не увлекаться достигнутыми успехами и не зазнаваться“.

Развитие рентгенологии в Татарии за 15 лет.

Проф. Р. Я. Гасуль.

Советская рентгенология является детищем Октябрьской революции. И действительно, лишь после Октября в связи с тем вниманием, которое партия и правительство оказывали этой юной дисциплине и ее адептам и пионерам, нарождается то, чего не было до революции 1917 г., — *рентгенология, как дисциплина, как предмет преподавания, как новый метод распознавания и лечения в системе здравоохранения Советского Союза.*

В советской Татарии — крае, раскрепощенном от царского ига, постепенно начинает внедряться рентгенологический метод исследования в клинику и амбулаторию. Появляются вначале, за отсутствием отечественного производства, заграничные установки в отдельных клиниках и поликлиниках Казани. До 1917 г. в районах (кантонах) не было ни одной рентгеноустановки. До 1927 г. всего установок на ходу было 7 в Казани и 1 в районе.

Организация кафедры рентгенологии и радиологии при Госуд. институте для усовершенствования врачей им. Ленина и организация О-ва рентгенологов и радиологов в Казани послужили мощным стимулом для дальнейшего развития рентгенопомощи в городе и на селе. С каждым годом по мере увеличения продукции советских заводов, число рентгеноустановок в Казани и районах растет. Вместо 8 в 1926 г. мы в 1927 имеем 10, в 1928 — 11, 1929 — 13, 1930 — 15, 1931 — 15, 1932 — 20, 1933 — 22 и 1934/35 — 29. 1933 и 1934 гг. были рекордными в этом отношении — особенно в Казани, которая, можно сказать, насыщена рентгеноаппаратурой. В настоящее время в казанских клиниках и поликлиниках работают 19 аппаратов, из которых 12 советского производства, вполне хорошего качества. Правда, в районах с постоянным током не совсем благополучно, т. к. там некоторые рентгеноаппараты из-за отсутствия умф рмеров (для преобразования постоянного тока в переменный) не могут быть пущены.

Вопрос этот в свое время обсуждался в Совнарком РСФСР и в НКЗ, и мы можем надеяться, что этот пробел будет ликвидирован еще в этом году. Больше того, в ближайшем квартале ТНКЗ будет иметь *передвижную рентгеностанцию* для обслуживания даже таких районов, которые вовсе не имеют электростанции. Это еще более приблизит рентгенопомощь к широким слоям колхозников атакья.

Наряду с увеличением количества рентгеноустановок необходимо отметить и улучшение качества работы кабинетов. Кафедра рентгенологии, помимо курсов усовершенствования и специализации врачей гражданских и военных (до 1935 г. через курсы прошло около 200 курсантов), с 1933 г. организовала курсы и для рентгентехников, выпустив (и переквалифицировав некоторых уже работавших в кабинетах Казани и районов) за время до 1935 г. около 35 человек, в настоящее время обслуживающих рентгеноустановки ТР. Объем работы кабинетов рос по годам. По данным обследования ТНКЗ, произведенного в середине 1934 г., число просвечиваний и снимков в рентгенокабинетах ТР возросло по сравнению с 1927 г. в 15—20 раз. Менее широко развернулась глубокая рентгенотерапия, несколько шире — поверхностная терапия, очень мало —

радиотерапия. Это объясняется более медленным ростом кадров рентгено- и радиотерапевтов и трудностями в получении мощных установок и принадлежностей к ним в достаточного количества дорогостоящего радиия. Тем не менее с 1927 г. число установок для глубокой терапии в Казани утроилось, а количество радия удвоилось. Точно также увеличилось количество процедур по этим видам рентгенопомощи. В 1927 г. проведено около 700 процедур глубокой терапии и 600 процедур поверхностной терапии, в 1934 г. — около 4000 процедур глубокой и 1500 процедур поверхностной терапии. Это количество еще более повысилось в связи с организацией **ТНКС Онкологического отделения** по борьбе со злокачественными опухолями (на базе Кафедры рентгенологии).

Работа О-ва рентгенологов, филиала Всесоюзной ассоциации рентгенологов и радиологов и секции Краевой научной медицинской ассоциации ТР много способствовала внедрению рентгенодиагностики и терапии в клинику и в повседневную практику врача, а тем самым и улучшению качества обслуживания больного рабочего и колхозника.

Кафедра рентгенологии и О-во рентгенологов являются руководящим центром и в практической работе рентгенолога, и в области развертывания научно-исследовательской работы.

В советских и зарубежных журналах напечатано более ста работ (часть из них была доложена на международных съездах, некоторые велись в контакте с советскими и зарубежными институтами).

В связи с приказом НКЗ РСФСР от февраля 1935 г. на кафедру рентгенологии и О-во рентгенологов возлагается общее руководство делом рентгенологии в Татарской Республике. Мы надеемся еще более улучшить дело приближения рентгенопомощи к широким слоям рабочих и колхозников ордевоносной Татарии.

В этом деле постановление СНК и ЦК от 4/III 35 г. сыграет немаловажную роль.

На фронте борьбы с туберкулезом в Татарской Республике.

П. В. Дезидерьев.

В конце 1920 г. в Казани был основан первый туберкулезный диспансер. Таким образом 15-летие туб. организации в ТР совпадает с 15-летним юбилеем Татарской Республики.

Молодая Татарская Республика, как и большинство национальных республик, получила тяжелое наследство социальных болезней — трахому, сифилис и туберкулез.

Жестокое эксплуатация населения буржуазией и помещиками, низкая культура находившихся в загоне различных национальностей были причиной широкого распространения туберкулеза среди жителей Казани и ТР. Первые же работы, проведенные Центральным диспансером Казани (Дезидерьев) по изучению заболеваемости и смертности от туберкулеза, подтвердили это. Смертность от туберкулеза в Казани превосходила смертность от туберкулеза гг. Москвы, Ленинграда в 2—3 раза.

Татарский Наркомадрав начал борьбу с туберкулезом с развертывания сети учреждений в городе и подбора кадров специалистов.

В первые 5 лет были последовательно открыты:

- 1) Центр. диспансер с 3 врачами (1920-1921 г.).
- 2) Санаторий при станции Обсерватория (1921-22 г.) для детей на 80 коек с 3 врачами, а позднее и санаторий для взрослых.
- 3) Санаторий в Каменке (1923 г.) для взрослых на 50—60 коек с 1—2 врачами.
- 4) Диспансеры в Заречье и Забулачье (в 1924 г.) с числом врачей 2—3 в каждом.
- 5) Санаторий в Ключищах (в 1925-26 г.) для взрослых на 60 коек.

Эти учреждения существуют и до сего времени, за исключением санатория в Ключищах (закрыт). С 1932 г. развернута ТНКЗ кумысолечебница Ютаза близ Бугульмы.

Все они за 15 лет выросли в тубучреждения с соответствующим оборудованием и высококвалифицированными кадрами.

На базе Центрального диспансера и Туберкулезной больницы в 1929 году организован Казанский научно-исследовательский туберкулезный институт.

Туб. институт имеет следующие отделения:

- 1) Клиническое—на 45 коек.
- 2) Социально-гигиеническое с диспансером, где по числу участков Баум. района имеется 6 терапевтов, 2 педиатра, 1 ларинголог, 2 рентгенолога, 1 хирург.
- 3) Экспериментальное отделение с лабораториями—диагностической, биохимической, экспериментальной, вакцинным отделением и патолого-анатомическим кабинетом.
- 4) Дневной санаторий для детей, на 50 коек.
- 5) Рентгеновское отд. с двумя рентг. аппаратами.

Не имея возможности за недостатком помещения развернуть педиатрическое и хирургическое отд., Т. И. пользуется койками Клинического ин-та. В самое последнее время установлен контакт с Ин-том ортопедии и травматологии, который поможет Т. И. частично удовлетворить нужду в клинических койках по хирургическому туберкулезу. Все же надо признать, что темпы развертывания борьбы с детским и хирургическим туберкулезом у нас крайне недостаточны. Равно крайне недостаточно количество коек (45) в клиническом отделении.

Если в г. Казани в основном сеть противотуберкулезных учреждений крепнет из года в год (на территории санаторий проведено значительное строительство—особенно в сан. Обсерватория, где выстроено 3 специальных корпуса на 200 коек, — установлены рентгены, закреплены охранные зоны с парковым хозяйством, развернуты лечебные, животноводческое хозяйство и пр., а общий бюджет перечисленных учреждений даже сравнительно с 1929 г. *утроился*), то не так благополучно обстояло дело с сетью и кадрами по туберкулезу на селе.

В борьбе с туберкулезом на селе мы должны отметить следующие 3 периода:

- 1) Красный крест с 1924 года в 6—7 кантонных городах (Арск, Буинск, Лаишево, Елабуга, Чистополь, Межевский и др.) последовательно развернул сеть смешанных по борьбе с соц. болезнями диспансеров,—единственный опыт в Союзе республик. Они просуществовали до 1930 г. Ими проделана работа по учету сравнительной заболеваемости туберкулезом различных национальностей нашего края (татары, чуваш и др.), по вовлечению сельской советской общественности в борьбу с туберкулезом. Около 10—12 деревень с 20-тысячным населением подверглись неоднократному поголовному освидетельствованию. Накопленный сельскими диспансерами материал был положен в основу след. работ: работа Гильмаева—Елабужск. дисп., Баева—Буинский дисп., Айзенберг—Межевский диспансер. За пределами ТР работа Потехина—Цивильский дисп., работа Стрелкова—Ишкар-Олинский дисп. и др. Все они опубликованы в журнале „Борьба с туберкулезом“. На базе Межевского и Марийского диспансеров проведена

большая экспедиционная работа с участием высококвалифицированных специалистов Казанского и Центрального туб. ин-тов. Та и другая экспедиция дали интересные материалы как в области научной, так и в области организационно-практической работы. Разработка материалов Марийской экспедиции (Туберкулез и зоб*) позволила углубить наши знания в области генеза и течения туберкулеза в зависимости от условий местности, конституции, внутренней секреции и т. д. Разработка материалов Мензелинской экспедиции 1926—1930 гг. показала, что коренное население Мензелинского района является как бы застрахованным от злокачественных форм туберкулеза.

Все работы социально-гигиенического отдела были положены в основу построения плана II пятилетия по борьбе с туберкулезом в ТР.

Ликвидация сельской туб. сети, поставленная в 1930 г., затормозила развертывание борьбы с туберкулезом на селе. Этот второй период в жизни туб. организации ТР период снижения темпа борьбы с туберкулезом продолжался до 1933—34 г.

В настоящее время — 1934—35 г — мы вступили в третий период *значительного оживления противотуберкулезной борьбы*.

На 1935 год сельская сеть в ТР состоит из 12 диспансеров, половина диспансеров имеет рентген и лаборатории. Общий бюджет их доведен до 62 тыс. р. Большинству из диспансеров выделены койки для диагностики; в Кукморском, Чистопольском, Мензелинском диспансерах применяются пневмоторакс. Мы ставим задачу провести весной туб. курсы для 5 сельских хирургов. Сочетанная работа хирургов с врачами наших туб. диспансеров в Кукморе, Чистополе, Мензелишке и др. даст возможность широко применить на селе френикоекзерез — эту несложную технически и чрезвычайно эффективную, при односторонних кавернозных процессах, операцию. Для колхозника и вообще работника села эта операция, как убедил нас многолетний опыт, имеет значительное преимущество перед пневмотораксом.

Перед нами стоит также задача укрепления существующей в Шугуровском р-не в течение двух лет кумысолечебницы, организованной колхозом, по инициативе учителя, по примеру оправдавших свое существование колхозных санаторий в ЦЧО.

Укрепление сельской сети, постоянное совершенствование кадров врачей и сестер, предстоящее оборудование за счет центр. фонда рентген. аппаратами, лабораториями, снабжение сельских диспансеров пневмотораксными аппаратами, — все это позволит направить борьбу с туберкулезом по правильному руслу и с той же эффективностью, как и в городе.

Постановление съезда райздравов в Москве (август 1934 г.), декабрьское постановление Совнаркома РСФСР об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом, наконец, совещание туб. ин-тов 2—4 февраля 1935 года в корне изменяют и размах и темпы борьбы с туберкулезом.

Основная задача, которая поставлена сейчас перед туборганизацией — это *раннее выявление туберкулеза*.

На совещании в Москве нам пришлось демонстрировать диаграмму, свидетельствующую, что в 1934 г. мы имели в Казани уменьшение обращений с запущенными двусторонними легочными процессами на 10% против 1933 г.

Вторая задача, стоящая перед туб. организацией, это *своевременность госпитализации и широкое применение хирургических методов лечения* (пневмоторакс, френикоекзерез и др.). В области применения активной терапии мы имеем несомненные достижения. В 1933 г. из вновь обнаруженных ВК-выделителей лишь 9% больных подверглись хирургич-

ческим вмешательствам, в 1934 г. мы имели уже 25% таких вмешательств, а на 1935 г. намечено свыше 30%. План в I квартале 1935 года выполнен. Насколько высока эффективность хирургических вмешательств показывают следующие сравнительные данные: если при консервативных методах лечения (санатории, кумысолечение, стационарное лечение и пр.) бацилловыделители становятся абациллярными не свыше чем в 12—15%, то % абациллярных удваивается при лечении хирургическими методами.

Значительные достижения в выявлении раннего туберкулеза среди гришающих, длительно болеющих и контактов привели диспансеризацию отдельных цехов тех производств (Пишмап, 4-я меховая и др.), где обнаружено наибольшее количество бациллярных больных. Обнаружение новых туберкулезных больных сопровождается лечебными и профилактическими мероприятиями: посылка в санаторий, применение колюпестерации, включение на усиленное питание. Ряд производств уже выделил значительные суммы на усиленное питание туберкулезных больных: Пишмап 2500 руб., швейники для своих 5—6 фабрик 15 тысяч и т. д.

Вопросы трудоустройства больных и устройства быта рабочих намечены планом наших мероприятий, но здесь перед нами стоят значительные трудности. Так, не располагая достаточным фондом стационарных лечебных коек в клиническом отделении (28 из 45), мы не можем проводить своевременную госпитализацию всех категорий больных, перечисленных в обязательном постановлении Совнаркома РСФСР. В постановке санаторного дела имеются также несомненные достижения: процент непоказанных не превышает 5—8, а процент противопоказанных резко снижен, но остается еще высоким для больных села. В санатории Каменка за последние 2 года широко применяется первичный односторонний и двусторонний пневмоторакс.

За 15 лет проведена большая работа научно-исследовательского характера. Если до организации Туб. института число научных работ не превышало 2—3 десятков, то за пять лет существования Т. И. выпущено около 70—80 работ. Ценные работы вышли и напечатаны в русской и иностранной литературе из Клинического отделения к вопросу о классификации, генезе туберкулеза—о гематогенно-диссеминированных формах (Аксянцев, Мастбаум, Кревер, Захаров и др.); о лечении туберкулеза—кумысолечение (Крамов и др.), из Экспериментального отделения: об иммунитете при туберкулезе, о диссоциации туберкулезной палочки, антивирусе и др. (Мазур, Аксянцев, Баев, Вылегжанин и др.). Работы об антивирусе, являясь вкладом в область теоретической научной мысли, одновременно являются ценными и для практических целей, давая эффективный и быстрый результат излечения железистых открытых форм туберкулеза. Наконец, Туб. ин-том совместно с ГИДУВом проделана громадная работа по подготовке кадров *врачей по туберкулезу* для ТР и, главным образом, для РСФСР.

Изучение минеральных источников и лечебных грязей в Татарии.

З. Н. Блюмштейн.

Если ранее считалось, что на территории Татарской республики Ижевский минеральный источник является единственным бальнеологическим представителем, то сейчас, когда начало широко проводиться изучение производительных сил нашего края, мы можем обрисовать несколько иную картину.

За последние 7—8 лет Татнаркомздравом и по его инициативе Татгеоразведкой и Биохимической лабораторией Казанского медицинского института начали производиться систематические обследования республики с целью обнаружения бальнеологических объектов. Результаты этой работы, которую можно считать только еще началом, показали, какими богатствами располагает наш край.

Вместо Ижевского источника—мы сейчас уже говорим об „Ижевских минеральных источниках“, ибо здесь обнаружен целый ряд других ключей и близких к нему по составу („новый грифон“, скважины и др.), и несколько разнящихся (напр., Рысовский, он же Соленый ключ, Гулюштерминский и др.), но зато расширяющих область их применения, как Рысовский, весьма сходный с источн. *Bagni de Lucca* и очень близкий к *Контрексевиллю*.

И это еще не все, что может быть найдено в этом северо-восточном районе республики, ожидающем еще более детального и углубленного обследования.

В пределах юго-восточной части, именно в Шугуровском районе, обнаружены необычайно ценные бальнеологические объекты совсем иного характера, чем только что описанные: здесь открыты серные ключи и грязи с столь высоким содержанием сероводорода, что ставит их на первое место не только среди подобных источников в СССР, но и за границей.

Мы отмечаем Сарабикуловскую скважину с 338,3 миллиграмма сероводорода в литре воды, тогда как в Мацестинских ключах—221,9 мг. и 153,4 мг. H_2S в литре.

На всем обследованном участке, а он пока очень мал, обнаружен еще ряд ключей с разнообразным содержанием сероводорода, а в одном месте, именно в д. Бакирово-Иптерьяк, имеется прекрасное сочетание серной воды с серной грязью, очень хорошей по своим пластическим и механическим свойствам и содержащей сероводород в большем количестве, чем широко известные Серноводские и Варзятчинские грязи. Клинические наблюдения над этой грязью показали ценность ее применения и уже 2 года, как функционирует первый в Татарии грязелечебный курорт в Бакирове.

Если к этому добавить, что экспедицией Татнаркомздрава в 1932 г. обнаружен еще целый ряд местностей, могущих представлять бальнеологическую ценность, и мы с своей стороны отметим еще совершенно не задетый район Сюкеева с серными водами, то становится ясным, какие большие целебные богатства таятся в недрах нашего края и какие ши-

рокие перспективы расцвета и развития открываются перед молодой республикой.

Уже заложен курорт в Бакирове. Санаторий при Ижевском источнике, не говоря о самой воде, известной по всему Союзу ССР, уже признан санаторием республиканского значения (по РСФСР) и, наконец, поставлен центральными органами вопрос о создании курорта всесоюзного значения для использования Сарабикуловских серных вод. Это еще только начало!

Научное изучение бальнеологических объектов, проводившееся Биохимической лабораторией Каз. мед. ин-та в течение ряда лет, положило прочную основу для курортного строительства Татарии, большие успехи которого мы отмечаем уже сейчас наряду с блестящими перспективами в самом ближайшем будущем.

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из Пропедевтического терапевтического клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. А. Г. Терегулов).

К распознаванию хронических гастропарезов.

Проф. А. Г. Терегулов.

В клиническом смысле гастропарез представляет длительную постоянную задержку желудка, ведущую, в зависимости от длительности процесса, к острому или хроническому застою пищевых масс в желудке. Острая форма, встречающаяся, как осложнение, при хлороформном наркозе и больших операциях в области желудка, желудка *Paresis ab ingestis* по вследствие чрезмерного переполнения желудка *Paresis ab ingestis* по Boas—общезвестна. Этого, пожалуй, нельзя сказать про хроническую форму—она, как особая клиническая форма, стала известна только в последнее десятилетие.

Первые наблюдения относятся к 1920 году, когда впервые *Emilio Schlesinger*, на основании рентгенологических исследований и данных операции, доказал возможность развития симптомокомплекса сужения выхода желудка у людей, страдающих круглой язвой малой кривизны. По автору, при язвах малой кривизны развивается синдром сужения выхода в том случае, если круглая язва вызывает грубое нарушение корреляционной деятельности интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. Следствием такого рода нарушения является парез мускулатуры желудка, ведущий при длительном течении к хроническому застою пищевых масс в желудке. Ни в одном из случаев автором на операции не были найдены какие-либо органические изменения в области пилорического канала, которыми можно было бы объяснить задержку пищевых масс в желудке.

В дальнейшем данные *Schlesinger's* были подтверждены *Katsch* путем наблюдения соответствующих клинических случаев. Так же как и в наблюдениях *Schlesinger's*, это были больные с симптомокомплексом декомпенсированного стеноза pylorus'a. При рентгенокопии, несмотря на большое скопление застойных масс в желудке, рудимент не представлял никаких-либо изменений, которыми можно было бы объяснить клинические явления; наоборот, он был всегда открыт и приходил к себе контрастная масса задерживалась в желудке больше, чем 24 часа. Наблюдения *Katsch's* и *Schlesinger's* были подтверждены рентгенокопически, операционно или в отдельных случаях на аутопсии.

За последние годы мною неоднократно были распознаны случаи хронического гастропареza, аналогичные случаям *Schlesinger's* и *Katsch*. Больные обращались с жалобами обычными для сужения выхода желудка. Однако, вместе с тем некоторые данные осмотра подложечной области и исследования желудочного сока не позволяли укладывать заболевание в обычные рамки сужения выхода желудка. Это прежде всего полное отсутствие видимой перистальтики или только намеки на последнюю; при исследовании желудочного сока—принесешь желчи в застойных пищевых массах. Во всех этих случаях причину отступления от обычной картины заболевания нам легко объяснила рентгенокопия. На малой кривизне в области *angulus* мы имели прямые или косвенные признаки язвы желудка и вместе с тем сильную эктазию желудка при очевидно открытом состоянии pylorus'a. Переход контрастной массы в пилорический канал

и duodenum совершался пассивно непосредственно после приема контрастной массы или же при легком массировании подлежащей области. В последующем все случаи были проверены на операции или на вскрытии и ни в одном из них не были найдены какие-либо указания на органические изменения пилорической части и duodenum'a.

В клинике мы часто имеем дело с язвой желудка и почти в $\frac{2}{3}$ случаев она локализуется в области antrum, и все же каждый из нас по опыту знает, что при данной локализации язвы желудка застой пищевых масс не встречается или, если и встречается, но только в силу сопровождающегося пилороспазма. Кроме того, в этих случаях количество застойных масс не достигает тех степеней, какие наблюдаются при сужениях выхода желудка, и чаще дело ограничивается только микроэвакуацией, однако, приведенные клинические факты доказывают обратное — может быть, причиной хронического застоя пищевых масс в желудке. По Schlesinger'у в таких случаях застой развивается вследствие длительного нарушения коррелятивной связи интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. При этом развивается хронический парез мускулатуры, который последовательно и обуславливает застой пищевых масс в желудке.

На первый взгляд указанный точка зрения Schlesinger'a кажется несколько необычной, парадоксальной, но тем не менее приходится согласиться с мнением автора по следующим соображениям. С точки зрения современных экспериментальных данных есть основание думать, что моторная деятельность желудка протекает по некоторой аналогии с деятельностью сердца. Она так же, как и сердце складывается из автономной деятельности интрамуральной нервной системы желудка и экстрагастральных влияний. Сравнительно с сердцем способность желудка к автоматизму менее развиты, чем и объясняется отсутствие проявлений его в клинике, но накопившиеся факты не оставляют сомнения в ее существовании.

Еще в 1885 году Hofmeister и Schütz, а в позднейшее время Klee доказали, что желудок изолированный от экстрагастральных нервных влияний in situ сохраняет способность совершать автономные координированные движения. Эта же способность сохраняется и при условии изолирования желудка из тела. По наблюдениям Heschl, изолированный желудок лягушки, будучи суспендирован в рингеровском растворе, обнаруживает неясные ритмические движения, но стоит только после предварительной перерезки cardia и pylorus увеличить интравентрикулярное давление путем инъекции того или иного количества рингеровского раствора, желудок начинает совершать спонтанные координированные ритмические движения в направлении от cardia к pylorus'у.

Далее оказалось, что не только изолированный желудок, но и отдельные части его, вырезанные из любого участка желудка, — мышечные кольца, продольные полосы — обладают способностью совершать ритмические спонтанные движения (Heschl, Boas, Sicu, Tedesco). При этом части, вырезанные из области cardia, corpus и pars pylorica обнаруживают различной интенсивности движения — они более выражены в препаратах, взятых из области cardia и pylorus'a, как отделов желудка, наиболее богатых скоплением ганглиозных клеток.

Эти факты, будучи сами по себе весьма интересными, но могли не привлечь авторов, занимавшихся вопросами автоматизма желудка, к признанию существования отдельных автономных интрамуральных центров желудка — гастромоторного у cardia (Alwaretz, Маноу) и пилорического у antrum (Mandl). На этих центрах руководящая роль принадлежит кардиальному узлу. По аналогии с влиянием сердца импульсы, возникающие в этом узле, определяют ритмо-

пилорический ритм желудка. Однако, прямых морфологических доказательств наличия этих центров в желудке не имеется, хотя и нет недостатка в косвенных доказательствах их существования. (Boas, Нешн). Поэтому ряд других авторов (Heldt и Buddе) склонны рассматривать автоматику желудка не столько как результат деятельности отдельных автономных центров, сколько как следствие функционального различия проксимальных и дистальных отделов интрамуральной нервной системы желудка. По наблюдениям авторов, это импелет хотя бы из следующих данных эксперимента. Как правило, препараты, взятые из области fundus и pars pylorica, будучи суспендированы в рингеровском растворе, обнаруживают спонтанные автономные сокращения.

Вместе с тем, оказалось, что результаты наблюдения значительно зависят от связи препарата со слизистой. В то время, как препараты, взятые со слизистой из области cardia и fundus, дали спонтанные сокращения в 88% и 17,5% из области pars pylorica; препараты, взятые из тех же областей, но без слизистой, дали сокращения в кардиальной части только в 20%, а в пилорической в 70%. Отсюда — и вышеупомянутый взгляд авторов о функциональном различии проксимальных и дистальных отделов интрамуральной нервной системы желудка.

В основном, двигательные импульсы возникают в кардиальной части интрамуральной нервной системы желудка — в Мейснеровском сплетении. Частота импульсов кардиальной части желудка значительно выше, чем дистальной. Нормальные импульсы направляются от cardia и pylorus, чем и определяется, собственно, кардиопилорический ритм. В дистальных частях движение зависит от импульсов, возникающих в Ауэрбаховском сплетении, но здесь они значительно тормозятся влияниями, исходящими из субмукозной части интрамуральной нервной системы.

Вопросы экстрагастральных влияний более разработаны. Как известно, они складываются из влияния центральной нервной системы, блуждающего и симпатического нервов.

Центральная нервная система оказывает на желудок тоническое влияние. При выпадении его или ослаблении, согласно рентгенологическим данным, желудок приходит в состояние гипотонии или атонии.

Блуждающий нерв представляет по преимуществу двигательный и симпатический тормозящий нерв желудка. Нормальная моторная функция желудка значительно определяется синергией указанных нервов.

В клинике мы часто наблюдаем те или иные нарушения моторной функции желудка — тонуса, перистальтики — в зависимости от преимущественного влияния того или иного нерва, но мне кажется, что нам еще недостаточно известны закономерности их нарушения. Так, в частности, если взять язвенных больных, то, наблюдая на экране те или иные нарушения моторной функции желудка, мы, собственно говоря, не всегда в состоянии дать объяснение причины этих нарушений. Например, почему при одних формах язвы желудка дело ограничивается повышенном тонуса, гиперперистальтикой, в других случаях дело доходит до гипертонуса, глубокой стенозирующей перистальтики, или же на фоне перистальтических волн появляются антиперистальтические движения. Но я не хотел бы быть неправильно понятым. Наблюдая на экране, у язвенных больных тот или иной вид нарушения тонуса перистальтики желудка, мы все же делаем заключение о локализации язвы, но вместе с тем без достаточно конкретного представления о сущности внутренних причин нарушения ритмики желудка. Здесь мы находимся в неизмеримо худшем положении, чем при анализе нарушения ритма сердечной деятельности.

Обычно при язвах малой кривизны дело не доходит до грубых нарушений моторной функции желудка. Хронический застой пищевых масс

в желудке представляет явление, связанное или с органическими изменениями пилорической части желудка, или с механическими влияниями извне, или же, наконец, со стойким пилороспазмом. Наблюдения же Schlesinger'a и Katsch и наши собственные показывают возможность развития хронического застоя без всякого соучастия со стороны pylorus'a и только вследствие длительного паретического желудка. По мнению Schlesinger'a в этих случаях дело зависит, как мы видели выше, от нарушения корреляции интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. Из того, что я говорил о моторной функции желудка, видно, что данные эксперимента установлению такой точки зрения не противоречат. До последнего времени признание гипотезы Schlesinger'a все же встречало некоторое препятствие и именно по причине отсутствия прямых морфологических доказательств существования связи между периферическими окончаниями блуждающего нерва и интрамуральными нервными ганглиями желудка. В настоящее время этот пробел можно считать устраненным. Доказательства существования этой связи принадлежат классическим исследованиям Лаврентьева, Колосова и Забусова—ученикам А. Н. Мыславского. Авторами это доказано на ваготомированных собаках (Лаврентьев) и голубях (Колосов, Забусов) путем изучения отношения периферических окончаний денервированного блуждающего нерва к нервным ганглиям желудка (серебрением по методу Bilschowsky). Вопросы отношения периферических окончаний блуждающего нерва к нервным ганглиям желудка еще не являются окончательно изученными, но несомненно дальнейшие исследования в этой области, а равно и новые экспериментальные исследования по вопросам двигательной функции желудка значительно расширяют как понимание, так и анализ механизма нарушения моторной функции желудка при различных его заболеваниях.

Симптомы хронического гастропареза, согласно данным указанных авторов и наших собственных наблюдений, сводятся к следующему: Клиническая картина в значительной степени зависит от тяжести заболевания. В легких случаях дело ограничивается жалобой на чувство давления полноты, или тупые боли в подложечной области, или же на болевые припадки, но тогда в отличие от язв желудка, не осложненных парезом, боли носят постоянный характер и отсутствует явление периодичности.

В выраженных случаях жалобы больных ничем не отличаются оттого, что мы наблюдаем при сужении выхода желудка. Больные жалуются на тупые боли в подложечной области, припадки рвоты застойными массами, но, в отличие от застойной рвоты при сужении выхода желудка, рвотные массы содержат примесь желчи. При осмотре области эпигастриума обращает на себя внимание своеобразная неподвижность желудка при явном выступании контуров. Обычная при сужении желудка видимая перистальтика отсутствует. Только после механических манипуляций—массирования области желудка—можно видеть пробегание неясных перистальтических волн—в направлении от cardia к pylorus'u. При исследовании желудочного сока до и после пробного завтрака налицо застойные желудочные массы, и одновременно с этим примесь желчи, что ясно свидетельствует об открытом состоянии pylorus'a. Кислотность держится в умеренных цифрах. Отсутствие HCl, присутствие молочной кислоты

и обильное содержание палочек *Boas-Oppel* указывают на карциноматозное перерождение язвы.

При рентгеноскопии важно установление эктазии желудка и открытого состояния *pylorus'a*—*Paretische pylorus insuffizienz*, о чем можно легко получить представление по прохождению контрастной массы через *pylorus* непосредственно после приема или массажа пилорической части. По форме желудок напоминает вяло растянутый мешок и не имеет формы чаши, как это обычно наблюдается при декомпенсированных сужениях выхода желудка. Перистальтика отсутствует; только время от времени пробегающие неправильные червеобразного типа перистальтические волны свидетельствуют о неполной утрате желудком способности к перистальтическим движениям. В отдельных, относительно легких, случаях после массажа можно наблюдать появление более или менее оживленных перистальтических волн в направлении от *cardia* к *pylorus*. На фоне указанных изменений весьма важно установление признаков наличия язвы малой кривизны.

В этом смысле при отсутствии прямого признака язвы-ниши—вопрос решается в пользу язвы, если имеется укорочение кардиопилорической дистанции, дэкстропозиция или деформация каудальной части желудка в виде улитки.

В общем симптомокомплекс хронического гастропареза несложен. Распознавание его обеспечено, если при очевидной эктазии желудка отсутствует видимая перистальтика, имеется рвота застойными массами с примесью желчи; исследование желудочного сока обнаруживает то или иное количество застойных пищевых масс с примесью желчи, а при рентгенологическом исследовании имеются налицо доказательства открытого состояния *pylorus'a* и одновременно с этим и признаки, прямые или косвенные, язвы малой кривизны.

Хронический гастропарез при язвах малой кривизны встречается нечасто. По *Katsch* своевременное распознавание этих форм заболевания желудка далеко небезразлично. Легкие, незапущенные случаи доступны излечению консервативным путем. Так, автору удавалось при строгой диете в относительно короткий срок восстановить у больных компенсацию желудка. Контрастная масса, которая до лечения задерживалась в желудке больше, чем сутки, после лечения оставляла желудок через два-три часа.

В легких случаях рекомендуется постельный режим, язвенная диета, в тяжелых—ограничение жидкости *per os* и капельные клизмы. Полезно вечернее выкачивание желудочного содержимого.

Из лекарственных средств можно испробовать *Strichnini nitrici* до 1 mg. *Physostegmini salicyl.* до 1 mg. *Cholini chlorati medicinale Merck* до 1 mg на 1 kg веса или *Pituitrini*. При безрезультатности консервативного лечения—оперативное вмешательство. Во всех наших случаях больные были подвергнуты оперативному вмешательству, но ни в одном из случаев благоприятный результат не был получен—экзитус наступал вскоре после операции. Мы имели случаи далеко запущенные и в одном из них карциноматозно перерожденную язву.

Из Кисловодской курортной поликлиники III отделения (заведующий д-р Н. Темпераментов) и из Терапевтической клиники ГИДУВ'а (Ленинград) (дир. проф. Я. А. Ловцкий).

Гипотония и нарзанные ванны.

Асс. Л. В. Исаева.

Сейчас, как никогда прежде, требуется четкое и точное знание всех показаний и противопоказаний к направлению на каждый данный курорт тех или иных категорий больных. Актуальным для Кисловодска является вопрос о лечении гипотоников.

Изучение различных форм гипотонических состояний дало нам возможность более полной оценки влияния бальнео-лечения при гипотонии.

С какими же формами гипотоний встречаемся мы в Кисловодске? Коротко говоря, со всеми, исключая гипотонии на почве органических поражений нервной системы и токсико-инфекционного характера.

Под нашим непосредственным наблюдением находилось 120 гипотоников¹⁾, которые по классификации могли быть разбиты на следующие группы: 40% составляли случаи неврогенных гипотоний (из них 8% вегетоневрозов); 30% гипотоний на почве поражения „центрального“ сердца (17% мышечных поражений и 13% клапанных расстройств); 15% конституциональных гипотоний и 15% гипотоний эндокринного происхождения (из них 8% недостаточности генеративных желез, 5% недостаточности щитовидной железы, 2% недостаточности надпочечников).

Все больные проходили возможно полное клиническое обследование и рентгеноскопию (некоторые при том и ортокардиографию, которая, к сожалению, по техническим условиям не могла быть сделана всем)²⁾. Большее число их подвергнуто было специальным исследованиям: наблюдениям за состоянием пульса и кровяного давления в нарзанных ваннах (всего 116 наблюдений) и определению у них Штанге-Мюллеровской пробы сердца (всего около 200 проб). И то и другое производилось у них неоднократно за весь курс лечения. Что касается определения функциональной способности сердца, то из всех многочисленных проб я остановилась на Штанге-Мюллеровской, как на наиболее подходящей в условиях амбулатории и кроме того особенно применимой у гипотоников, превалирующей жалобой которых всегда является одышка от застоя в малом кругу кровообращения, о чем свидетельствует часто наблюдаемый у гипотоников акцент на II тоне art. pulm., отчего эта сердечно-дыхательная проба у них становится особенно чувствительной. Как известно, положительной пробой называется та, которая после задержки дыхания на высоте вдоха (длящейся в норме 40—50 секунд) дает повышение

¹⁾ Что касается возрастных групп, то под нашим наблюдением были большей частью гипотоники среднего возраста от 27—38 л., небольшое количество — моложе и старше, а в отношении высоты кровяного давления, мы приняли как условную — стандартную величину максимального кровяного давления = 100 mm ртут. столба и ниже, независимо от возраста и конституции.

²⁾ Интересно отметить, что в 88% гипотоний наблюдалось при рентгеноскопии понижение сердечного тусуса и малая амплитуда, в 6% приблизительно нормальные, в остальных 6% не указана вовсе. Рентгенологическая часть работы произведена доктором Леонтьевым.

кровенного давления на 10 *mm* ртутного столба и ускорение пульса на 10 ударов в сравнении с исходной нормой; отрывательной пробой—такая, где при ускорении пульса будет наблюдаться снижение кровяного давления, причем задержка дыхания отлагается кратковременностью (18—20 секунд), что служит указанием на дефицитность сердца. При определении Штанге-Мюллеровской пробы у гипотоников, кроме этих 2-х типов, нередко приходилось наблюдать еще 3-й тип реакции, а именно, снижение кровяного давления и частоты пульса при хорошем „Штанге“—в 40—50", что указывает уже на слабость не „центрального“, а „периферического“ сердца, рефлекса на сердечно-сосудистую систему, обусловленный вероятно раздражением конечных ветвей п. *vagi* при глубоком вдохе у людей особенно чувствительных к этому раздражению.

В отношении нарзанных ванн, желая поставить свои наблюдения в условия возможно близкие к эксперименту, я производила свои исследования всегда в одной и той же кабине, всегда в одни и те же утренние часы, при одной и той же t° как кабины (20—22 $^{\circ}$ C), так и воды (33°—32 $^{\circ}$ C)¹⁾, всем больным назначался одинаковый режим—легкий завтрак за $\frac{1}{2}$ —1 ч. до нарзанной ванны (сухарик и $\frac{1}{2}$ —1 ст. молока), покой и отдых 10—15 м. до принятия ванны. Войдя в кабину, больной (6-ая) приготавливался к ванне, ложился на кушетку в той же самой кабине, и у него считывался пульс и измерялось кровяное давление; затем он с одетой уже на руку резиновой манжеткой Реклинггаузена переходил в нарзанную ванну, и пульс и кровяное давление исследовались ему в ближайшие 1—2 м. после погружения в ванну, на 4—5 м. и 9—10 м. в самой ванне и затем опять на кушетке тотчас же по выходе из ванны.

Как известно, строго согласованных мнений относительно влияния углекислых и в частности нарзанных ванн на состояние пульса и кровяного давления еще до сих пор не существует; тем не менее все исследователи приходят к выводу, что как пульс, так и кровяное давление претерпевают при этом целый ряд закономерных изменений. Так, классические работы Müller'a, Winkler'a показали, что после кратковременного сужения периферических сосудов наступает их расширение, вследствие чего кожа краснеет; наоборот, более глубокие сосуды суживаются, отчего кровяное давление должно повыситься; глубина дыхания увеличивается; пульс замедляется. О том же говорит Кёйбс в своем руководстве „Болезни сердца и сосудов“ (1916, стр. 192). Однако в первые минуты, следующие за погружением в ванну, число пульсовых ударов и дыханий несколько увеличено (Лозинский). При углекислых ваннах выше индифферентной t° отмечается часто понижение максимального и минимального давления (Полонский). З. Цондек в своем труде (Болезни сердца, 1929 г.) указывает однако, что „механизм действия углекислых ванн еще нельзя считать выясненным“.

Не имея возможности в пределах краткой журнальной статьи привести протоколы всех моих исследований, я вынуждена ограничиться лишь общей сводкой их. По моим наблюдениям, реакция на углекислую ванну со стороны пульса и кровяного давления при детальном ее изучении у гипотоников выражалась в следующем: в первые секунды после погружения в нарзанную ванну и кровяное давление и пульс повышаются в сравнении с контрольными цифрами, полученными у данного больного (6-ой) при исследовании его до ванны в лежачем положении, затем кровяное давление немного снижается с тем, чтобы с 4—5 м. снова начать несколько повышаться, а пульс замедляться, и такое состояние продол-

¹⁾ Одним из отличительных свойств гипотоников является их собственная гипотермия, поэтому у них наблюдается большая зябкость, и t° нарз. ванн у них не удавалось значительно понижать.

жаются около 9—10 м., т. е. до конца обычно прописываемой нарзанной ванны; по выходе из нее наступает кратковременный взмах как кровяного давления, так и пульса, значительно более высокий, чем при входе в ванну, и затем кровяное давление остается относительно высоким, между тем пульс снова замедляется, это длится обычно $\frac{1}{2}$ —1 час, после чего обе эти величины приходят к норме. Такая прямая или положительная реакция на нарзанную ванну получена была мною у гипотоников лишь в 40%. Это касалось почти исключительно неврогенных форм гипотоний и гипотоний, связанных с мышечной недостаточностью сердца (недалеко зашедшей), изолированной или комбинированной иногда с клапанными поражениями его или склеротическими изменениями сердечно-сосудистой системы, а также в некоторых случаях эндокринных гипотоний (именно при недостаточности генеративных желез—также не резко выраженной). Необходимо отметить, что гипотоники, обнаруживавшие эту реакцию, давали я положительную Штанге-Мюллеровскую пробу для себя самого начала, или к концу лечения, и уезжали из Кисловодска с улучшением общего состояния, с повышением общего тонуса, проявляли тенденцию к некоторому повышению кровяного давления, однако остававшегося в большинстве случаев на субнормальных цифрах; у некоторых отмечалось уменьшение одышки, появлялось более бодрое настроение, обычно сочетавшееся с улучшением и физического их состояния (появление аппетита, повышение веса и пр.). 35% гипотоников давали другой тип реакции на нарзанную ванну: замедление пульса у них сопровождалось не повышением, а, наоборот, снижением кровяного давления, т. е. получалась как бы общая „ваготоническая реакция“. Этот тип реакции наблюдался у всех без исключения конституциональных гипотоников, у некоторых вегетоневротиков с преобладанием ваготонического раздражения и при некоторых других формах гипотоний. Если учение Eppinger'a и Hess'a о симпатико- и ваготонии давно оставлено и теперь говорят об общей амфотонии, то жизнь дает нам правда редкие, но иногда очень яркие примеры чистой ваготонии. Полюшине отметить, что у этих же гипотоников очень часто наблюдалась также ваготоническая реакция и на Штанге-Мюллеровскую пробу. Факт очень интересный, указывающий на определенный характер их биологических ответных реакций на тот или другой раздражитель. Общее состояние этих гипотоников-вегетоневротиков было индивидуально различно: те из них, которые до конца лечения сохраняли свою „ваготоническую реакцию“ в большинстве случаев уезжали с курорта без улучшения, а в 2-х случаях даже наблюдалась такая существенная urticaria, связанная каждый раз с приемом нарзанной ванны, что пришлось прекратить нарзанное лечение. Наоборот, те же гипотоники-ваготоники, у которых в течение курса лечения ваготоническое раздражение сменялось умеренной амфотонией, т. е. те из них, которые выравнивали свой вегетативный тонус путем попеременного раздражения с одного звена вегетативной н. с. на другое (выражавшееся между прочим, в изменении характера их реакции на нарзанную ванну и Штанге-Мюллеровскую пробу), покидали Кисловодск обычно с некоторым улучшением. Безотрадное впечатление производили все конституциональные гипотоники с их унылым видом, общей вялостью, легкой утомляемостью, продолжавшимися до конца пребывания в Кисловодске; большинство из них обнаруживало прогрессирующее падение веса, что служило поводом к отмене дальнейшего лечения, а те из них, которые его продолжали по настоятельному собственному желанию, обычно переносили его вяло; таким образом нарзанное лечение для них имело отрицательное значение.

Наконец, в остальных 25% случаев реакция на нарзанную ванну выражалась в понижении кровяного давления и ускорении пульса. Трудно понять механизм этой последней парадоксальной реакции; может быть, она как и при Штанге-Мюллеровской пробе, является показателем недостаточности сердца и в основе ее лежит примерно тот же механизм, что и при состоянии нидиса. Эта реакция кстати отмечена была мною у гипотоников со значительными поражениями миокарда, в 15% из них; при чем 5% это были гипотоники, приехавшие на курорт с ясно выраженными явлениями декомпенсации сердца, что до некоторой степени говорит за правильность высказанного предположения. Надо однако сказать, что в остальных 10% подобную реакцию давали некоторые эндокринные формы гипотоний (недостаточность щитовидная и надпочечниковая) и небольшое число невротиков, не обнаруживавших при этом значительной слабости сердца, но которые так же, как и остальные случаи из этой последней группы, не дали улучшения к концу лечения.

Остается подвести итоги. Итак, для 40% гипотоников (большинства неврогенных форм, сердечных, эндокринных—с расстройством генеративных желез и небольшого количества вегетоневротиков), нарзанное лечение в конечном итоге оказывалось более или менее эффективным, но они переносили его в большинстве случаев при условии одновременного проведения у них и общей укрепляющей терапии (в виде препаратов *Arg.*, *Fe.*, *Strychn.* или опотерации—при эндокринных формах). Эта же группа гипотоников, как впрочем и все остальные, выносила лишь незначительное снижение t° вана, так как одним из отличительных свойств гипотоников является их собственная гипотермия, что делает их очень зябкими, а уменьшение частоты пульса под влиянием нарзанных ванн, т. е. замедление и без того уже замедленной у гипотоников циркуляции крови, вызывали у них ощущение сильной слабости и усталости, длившееся обычно значительно дольше, чем это мы видим иногда у других сердечных больных. Все это вместе взятое заставляло строго индивидуализировать их лечение, вести его с большой осторожностью и сопровождать его психотерапией. Для 21% гипотоников нарзанное лечение оказывалось явно противопоказанным (в 15% конституциональных гипотоний, в 2% резко выраженного ваготонического невроза и в 4% гипотоний с серьезным поражением миокарда, уехавших с курорта в состоянии неустойчивого равновесия). Для остальных 39% гипотоников (гипотонии на почве *stenosis mitr.* и эндокр.—недостаточности щитовидной железы, надпочечниковой, небольшое число невротиков и вегетоневротиков) нарзанное лечение казалось на первый взгляд индифферентным; но если нельзя было установить объективных признаков ухудшения, то во всяком случае оно отмечалось больными субъективно и выражалось в еще большей вялости, одышке, быстрой утомляемости, которые можно было поставить в связь отчасти, может быть, с самим нарзанным лечением или с отрицательным влиянием таких факторов Кисловодска, как высота места, способствующая понижению и без того уже низкого у б-х кровяного давления, *terrain sec* и интенсивная инсоляция, увеличивающие одышку и предъявляющие может быть слишком большие требования слабому у гипотоников „периферическому“ и их неполноценному „центральному сердцу“. Все это делает их лечение в Кисловодске не только мало показанным, но скорее непоказанным. Неустойчивое состояние многих гипотоников под влиянием лечения углекислыми ваннами было по видимому причиною для Jean Blandel считать их нежелательными вообще для гипотоников (см. его статью: „*Les bains carbo-gaseux et l'hypotension arterielle*“).

Мне остается сказать несколько слов по поводу статистического материала. Эта часть работы выполнена мной совместно с д-ром С. Л. Никитиной. То постоянство, с каким гипотоники поддерживают свое низкое кровяное давление, дало нам основание просмотреть материал, прошедший через наши руки за летний сезон 30 и 31 гг., причем во внимание принимались истории болезни только тех б-ных, у которых кровяное давление исследовалось неоднократно за курс лечения. На материале около 800 ч. мы вычислили % попадающих в среди них гипотоников, который оказался равным 6. Этот же большой материал дал нам право высказаться о связи гипотоний с тем или другим из основных конституциональных типов

(мы имеем в виду практически наиболее распространенные классификации Кречмера и Сиго).

В этом отношении гипотонический тип является как бы вкрапленным в другие типы; но различные формы гипотоний можно до некоторой степени приурочить к тому или иному основному типу: так, конституциональная гипотония встречается по преимуществу у астеников и респираториков; эндокринные гипотонии (именно недостаточность щитовидной железы, генеративных желез, связанных вообще с понижением обмена) — чаще всего у пикников. Другие эндокринные гипотонии, неврогенные и сердечные формы их могут встречаться у любого из основных типов. Повидимому, свободным от гипотонического синдрома является тип мускулярика, и только разве нервная и сердечная гипотонии изредка могут встретиться и у него. Этот же большой статистический материал подтвердил наш % показанности, противопоказанности и мало-или непоказанности нарзанного лечения при различных формах гипотоний, установленный нами на детально изученном клиническом материале.

Выводы.

1. Нарзанное лечение является более или менее эффективным лишь для 40% гипотоний, именно:

- а) при неврогенных формах;
- б) при гипотониях, связанных с мышечной недостаточностью сердца (недалеко зашедшей), изолированной или комбинированной с поражением клапанного аппарата сердца;
- в) при гипотониях, вызванных недостаточностью генеративных желез (резко выраженной);
- д) при некоторых формах вегетоневроза, при тех именно, где выравниванием вегетативного тонуса удается достичь умеренной амфотонии.

2. Нарзанное лечение является противопоказанным в 21% гипотоний, именно:

- а) при гипотониях конституционального характера;
- б) при вегетоневрозах с преобладанием ваготонического раздражения;
- в) при гипотониях, связанных с некоторыми клапанными заболеваниями сердца, как: stenosis mitralis (систолическая гипотония), при Insuff. v. aortae (диастолическая гипотония), stenosis aortae (тотальная гипотония);
- д) при гипотониях на почве глубокого поражения сердечной мышцы.

3. Нарзанное лечение является мало или вовсе непоказанным в 39% гипотоний, именно:

- а) при неврогенных формах гипотонии, протекающих с истерическим или депрессивным симптомокомплексом;
 - б) при гипотонии, вызванной недостаточностью щитовидной железы, надпочечников, гипофиза и панкреатической недостаточности;
 - в) при некоторых формах вегетоневроза (не указанных в пункте б, в).
4. Гипотонии встречаются у 6% всех сердечно-сосудистых б-вых Киселеводского курорта.

Из государственного Сестрорецкого курорта (главврач Н. А. Завадский) и И терапевтической клиники Ленинградск. гос. института для усовершенствования врачей (директор-проф. Я. А. Ловцкий).

К вопросу о клинических проявлениях симптомокомплекса артериосклероза в молодом возрасте.

И. Шулуто (Ленинград).

Считается установленным, что артериосклероз является весьма частым случаем пожилых людей.

По статистике Вейдта на материале одного большого страхового общества, артериосклероз является главной причиной смерти в старческом возрасте.

Все чаще и чаще в печати появляются сообщения, указывающие, что артериосклероз нередко встречается и в молодом возрасте. Так, Менкенберг, разрабатывая материал вскрытия павших на войне молодых людей в возрасте от 21 года до 30 лет, поражен был огромным (44.5%) числом людей, у которых можно было отметить явления артериосклероза (цитирую по Плешу).

В работе Лихачевой и Барвиша, вышедшей из клиники проф. Ловцкого, приведены статистические материалы различных авторов, которые в основном повторяют приведенные выше данные Менкенберга.

На Сестрорецком курорте, где подавляющий контингент больных — неврологи, нам приходилось наблюдать довольно большое количество лиц молодого возраста (от 28 до 35 лет), где, наряду с явлениями функционального невроза, мы могли также отметить отчетливые проявления артериосклероза.

Материалом для настоящего сообщения нам служат больные Сестрорецкого курорта и ряд случаев, который нам удалось наблюдать при проведении диспансеризации рабочих. Эти больные нами наблюдались для более подробного изучения в клинике проф. Ловцкого. Таких больных на курорте у нас было 38 человек, среди диспансеризуемых больных — 8 человек. Сюда входят только те больные, у которых клиническая диагностика артериосклероза находила свое подтверждение в рентгенологической картине склеротических явлений со стороны аорты.

Чрезвычайно трудно дать общую клиническую картину для всех наших случаев. Она, по крайней мере со стороны субъективных моментов, чрезвычайно варьировала, проявляясь у различных больных по различному в зависимости от конституциональных особенностей больного, этиологических моментов, лежащих в основе данного заболевания, места поражения склеротическим процессом и т. д.

В нашем материале (46 чел.) клинический симптомокомплекс артериосклероза наблюдался у женщин в 3 случаях. Отметим при этом, что контингент больных, который проходил через наш прием, состоял преимущественно из мужчин.

По профессиональному признаку они распределяются следующим образом:

Занимающиеся умственным трудом (педагоги, врачи, инженеры, ответств. работники, учащиеся и канцелярские работники)	71 чел.
Квалифицированные рабочие (техники, мастера)	6 "
Занимающиеся физическим трудом (в условиях производства)	14 "

Военно-служащие 3 чел.

По возрасту наши больные распределяются следующим образом:

от 26 до 30 лет	10 человек
„ 30 „ 33 „	28 „
„ 33 „ 36 „	8 „

По конституциональному признаку (по Черноруцкому):

астеников	9 чел.
нормостеников	33 „
приближающихся к гиперстенич. типу	4 „

Из перенесенных инфекций удалось отметить:

брюшной тиф в	14 случаях
сыпной „	6 „
суставной ревматизм	4 „
малярия	3 „
туберкулез	2 „
частые ангины и грипп	17 „

Кровяное давление: к моменту приезда на курорт только у 3-х больных можно было отметить повышение преимущественно за счет максимальной границы. Употребление алкоголя в незначительном количестве отмечается почти во всех случаях в более значительном количестве можно было отметить только в 4 случаях. Курение отмечалось у 41 человека. Материальные и жилищные условия жизни у наших больных можно признать вполне удовлетворительными.

Общая клиническая черта, почти во всех наших случаях — это совершенно ясный симптомокомплекс функционального невроза; отдельные жалобы, которые конечно, варьировали в каждом отдельном случае, были чаще всего на повышенную возбудимость, головную боль, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, пототделение и т. д. Как довольно частую жалобу, можно отметить чувство онемения, ползания мурашек в конечностях, в особенности при положении ноги на ногу, или же некоторые больные указывают, что при положении на боку немеет именно та половина тела, на которой они лежат. Часто выслушивались жалобы на быструю утомляемость ног (при ходьбе, стоянии). Так называемых явлений перемежающейся хромоты, описанной Шарко, мы у нашего контингента больных отчетливо не наблюдали. Довольно часто (почти в половине случаев) отмечалась одышка при быстром движении, подъеме на лестницу и т. д. В единичных случаях больные отмечали ослабление *libido sexualis*. Все приведенные жалобы по существу могли бы быть объяснены в неврозостений. Однако, объективные данные этой группы больных дают право подумать и об определенной заинтересованности сосудистой системы в клинической картине этого функционального невроза. При более подробном изучении этих больных удастся нередко еще отметить и нарушения в обмене веществ.

Следует отметить далее, как довольно частое явление, что эти больные выглядят значительно старше своего возраста. Несколько реже (в 12 случаях) мы отмечали наступление ранней седины. Последняя не имела своей типичной локализации. У одних мы наблюдали разбросанные единичные седые волосы на всей голове, у остальных седина была в виде ограниченных участков на висках и т. д.

Как частое явление, мы наблюдали выступление височных сосудов с типичной змеобразной извилистостью. Как постоянное явление, мы

1) Ввиду малочисленности больных мы не имеем возможности проследить зависимость этого заболевания от такого важного фактора как конституция.

отмечали пульсацию кубитальных сосудов при небольшом сгибе в локтевых сосудах, также с ясно очерченной змееобразной извилистостью. Перкуторные границы сердца в передних случаях указывали на незначительную гипертрофию левого желудочка. Сосудистый пучок перкуторно определялся расширенным. Загрудинная пульсация аорты отмечалась редко. Как редкое явление, можно было еще отметить развитую венозную сеть на крыльях носа. Пульс обладал известной лабильностью, что, повидимому, нужно увязать с явлениями функционального невроза. Стенка лучевой артерии наощупь в большинстве случаев не представляла особых отклонений от нормы и только в единичных случаях можно было отметить некоторую плотность ее.

Если в случаях, где мы находили перкуторные изменения со стороны аорты, пульсацию со стороны кубитальных сосудов, выраженную извилистость височных сосудов, отмечался еще систолический шум на аорте при опущенных руках и усиливающийся при положении по Сиротинину-Куковерову и, если мы отмечали к тому же акцент II тона на аорте, то мы с большой вероятностью высказывались за явления артерioskлероза аорты. Принимая во внимание и потерю эластичности других сосудов (плечовых, кубитальных), жалобы на ощущения тяжести в ногах, чувство их онемения, раннее старение, седину и т. д., можно, на наш взгляд, говорить о совершенно отчетливом симптомокомплексе артериосклероза.

Для иллюстрации приведем как пример одного нашего больного, который вначале находился у нас под наблюдением в Сестрорецком курорте, а затем нами еще дополнительно изучался в клинике.

Б-ной М-ев, 33 лет, Швейник-утожник. Заработная плата—250 рублей (живет втроем). На этом производстве он 12 лет, а до этого был учеником у портного. Поступил в клинику с жалобами на быструю утомляемость, сердцебиение, головобрижение, головные боли, рассеянность, нередко чувство ползания мурашек по телу, частое чувство онемения конечностей, быстро мерзнут ноги, руки, нос, уши; потеет. В последнее время наблюдается ослабление *libido sexualis*. Курит. Умеренно употребляет алкоголь. Половая жизнь с 21 года, жеват, имеет 1 ребенка. 62-х летний отец здоров. Мать умерла 35 лет от туберкулеза легких. Из перенесенных заболеваний больной отмечает: с детства малярию; в 1919 году сыпной тиф, изредка грипп, ангина. Рост больного—161 см.; окружность грудной клетки 88 см.; вес 62 кг., правильного телосложения. Окраска кожных и слизистых нормальна. Губы и кончик носа слегка цианотичны и холодны наощупь. То же можно отметить в отношении конечностей. На крыльях носа видна сосудистая венозная сеть. Височные сосуды достаточно выделяются, плотноваты и змееобразно извилисты. Во рту единичные карозные зубы. Миндалины рыхлы. Длинный туп грудной клетки. Сердце: левая граница на соске; правая—по правой грудничной линии; верхняя—4 межреберье. Размеры (ортодиаграфически): $Lo=4,9$ см. (правая половина аорты 2,3; левая 2,6); $Mr=3$; $ML=7,9$. Пульсация всех отделов сердца—нормальная. У верхушки выслушивается нечеткий I тон и ясный II тон; на середине грудины выслушивается неясный систолический шум; во втором межреберье справа систолический шумок и небольшой акцент II тона. Пульсация кубитальных сосудов при сгибе в локтевых суставах. Загрудинная пульсация не определяется. Кровяное давление по RR—115/65. Легкие: перкуторные границы легких в пределах нормы, подвижность хорошая. Дыхание жесткое. Живот: пальпируется опущенная на 2 см. печень, гладкая, мягкая, безболезненная при пальпации. Несколько опущен желудок. Болезненных мест при пальпации полости живота не определяется.

Органы движения—без особых отклонений от нормы. Нервная и эндокринная системы: зрачки равномерны, хорошо реагируют на свет. Умеренный дермографизм. Рефлексы—норма. Щитовидная железа не увеличена. Больной выглядит значительно старше своих лет. Небольшая седина.

Рентгенологически: удлинение аорты и усиление ее тени. Небольшая гипертрофия левого желудочка. Легкие — норма.

Анализ крови: эритроцитов 4.500.000; гемоглобина 84%; лейкоцитов 4.200; эозинофилов — 1%; нейтрофилы палочковидные — 3%; нейтрофилы сегментированные 53%; лимфоциты — 39%; моноциты — 4%. Реакция Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости — отрицательная.

Анализ мочи: удельный вес 1018. Белка, сахара — нет. В осадке: единичные эпителии мочевых путей, лейкоциты — 1-2 в поле зрения. Анализ кала: без особых отклонений от нормы. Яйца глист не обнаружены.

Рентгенограмма черепа: изменений со стороны турецкого седла не обнаружено.

Рентгенограмма кисти (правой) — отклонений не обнаружено.

Проба К в и к з (дневной диурез) 1075 уд, в. 1016 конц. NaCl 0,89%;
(ночной диурез) 600 " 1020 " 0,21%.

Выпито жидкости за сутки до 1500.

Основной обмен: повышен на 9%.

Сахарная кривая.

Натощак 97 ⁰ / ₁₀₀	После нагрузки 100,0 сахара			
	через 30 м.	через 60 м.	через 90 м.	через 120 м.
	170 ⁰ / ₁₀₀	143 ⁰ / ₁₀₀	—	122 ⁰ / ₁₀₀

Холестерин в крови 2,4%.

Билирубин — непрямая реакция — 3%; Сера — 1,2 мг %; Остаточный азот — 39,8%. Проба на кожную гидрофилию (Мак-Клора) = 40 м.

Проба Фольгардта: Выпито натощак 1000 кс.

Через	1/2 часа	к-во мочи	уд. вес
		135	1023
"	1	нет	м о ч и
"	1 1/2	30	1016
"	2	175	1004
"	2 1/2	85	1001
"	3	375	1001
		800,0	

Температура тела за время пребывания в клинике колебалась между 36—36,6°C.

Остальные случаи по существу отличались немногим от только что приведенного больного. Жалобы и объективные данные со стороны сердечно-сосудистой системы в основном укладывались в то описание, которое мы приводили выше.

Лабораторные данные указывают, что здесь мы нередко встречаемся еще с некоторыми нарушениями в обмене веществ.

Нам в этой работе хотелось бы особенно подчеркнуть, что случаи, трактуемые в условиях амбулаторной практики как функциональные невротики, нередко протекают с одновременными явлениями артериосклероза. Последние в степени своего проявления могут находиться в теснейшей зависимости от самого функционального невроза. Но нельзя упустить из виду, что этот развившийся артериосклероз у функционального невротика, может быть и следствием совершенно иных причин и появившись может ухудшить течение явлений невроза. Далее в этих случаях надо помнить, что наряду с лечением неврастения необходимо лечить и развившийся артериосклероз. Возможно допустить, что ряд жалоб, которые весьма часто трактуются как проявление функционального невроза у этой группы больных, может быть в известной зависимости от явлений склероза. Артериосклероз, развившийся с молодых лет, обычно имеет тенденцию прогрессировать и довольно быстро изнашивать организм. Вот почему на него необходимо обратить самое сугубое внимание. В этом отношении

можно согласиться с существующей поговоркой, что человек имеет возраст своих сосудов.

Мы обычно привыкли ставить диагноз артериосклероз только в старшем возрасте, однако, тщательный разбор случая нередко его обнаруживает и в более молодом возрасте.

Терапия артериосклероза, так значительно выросшая за последние годы, для лиц более молодого возраста должна быть безусловно несколько иной, чем в пожилом возрасте. И возможность получения ощутимого эффекта от этой терапии в молодом возрасте более вероятна, чем в пожилом. Если еще принять во внимание, что эти люди находятся в расцвете творческих сил, то становится совершенно ясным, насколько важно изучение этого вопроса. И, конечно, мы упираемся в начало-начал — в уточнение диагностики этих случаев. Без этого невозможна никакая рациональная терапия. Мы ясно себе представляем, что как и приведенном примере, так и в описании наиболее характерных симптомов нет исчерпывающей клинической картины артериосклерозов. Мы и не претендуем на полную изложение этой клинической формы заболевания. Каждому клиницисту совершенно ясно, насколько эта клиническая картина в индивидуальных случаях может варьировать. К этому вопросу нужно максимально привлечь внимание врачей, чтобы более быстрыми темпами изучить особенности артериосклероза в молодом возрасте и помочь выявлению этиологических факторов, играющих особую роль в его раннем развитии. Совершенно справедливо указывает проф. Дольский, что особенно необходимо здесь выявить состояние эндокринной системы вообще и щитовидной железы в частности.

Областной институт переливания крови и гематологии НКЗ АТССР (директор К. С. Казаков, научный консультант проф. Н. К. Горяев, зав. клиническим отделением прив-доц. И. И. Цветков).

Переливание крови, консервированной на жидкости ИПК и 6% цитрате.

И. И. Цветков, М. А. Курицина и К. С. Казаков.

Всего лишь 5—6 лет тому назад переливание крови по Советскому союзу производилось в подавляющем большинстве случаев в виде цитратной крови от донора. Многочисленные приспособления, модификации, специальные приборы для непосредственного переливания крови от донора не нашли себе широкого применения и можно сказать быстро забываются в настоящее время. Главным неудобством переливания крови от донора служит то, что донор, являясь центральной фигурой в каждом отдельном переливании крови, требует больших затрат времени и представляет часто затруднение, чтобы его не только обследовать, но и получить в каждый нужный момент. С тех пор, как Балаховский и Владос в Центральном институте переливания крови были предложены способы заранее готовить кровь и хранить ее в консервированном виде, почти без изменения ее живых свойств, мы получили широкую возможность

в любое время, в любом доступном месте переливать кровь в отсутствии донора и не терять драгоценного времени, иногда совершенно безрезультатно, на поиски донора.

В настоящее время накопился большой клинический и практический опыт переливания консервированной крови на различных сроках хранения как в Центральном институте переливания крови, так и в его многочисленных филиалах.

Мы имеем в виду в настоящей статье сообщать результаты клинического и лабораторного наблюдения над действием консервированной крови (ИПК и 6⁰/₁₀ пикрат) на больных, находившихся за последний год в клиническом отделении Областного института переливания крови НКЗ ТР.

Материал наших наблюдений состоял из больных со следующими заболеваниями:

1. Абсцессы легких	21	переливание
2. Острые и хронические полиневриты	27	"
3. Рак желудка	2	"
4. Лимфатическая лейкемия хрон.	2	"
5. Миелоидная лейкемия хрон.	6	"
6. Вторичные гипохром. анемии	1	"
7. Пернициозные анемии	5	"
8. Экссудативные плевриты	12	"
9. Острый ретикулэндотелиоз	1	"
10. Артриты	2	"
11. Энцефалит	2	"
12. Тромбопении Франка	1	"
13. Прочие больные	3	"

Всего . . . 73 переливания

Прослежены тщательно 73 переливания. Из 73 случаев в 40 сл. была перелита кровь, консервированная на ИПК и в 33 сл. на 6⁰/₁₀ пикрат. Мы контролировали действие консервированной крови на больного наблюдением за кровяным давлением, Pb, Eг, содержанием ретикулоцитов, кровяных пластинок, лейкоцитарной формулы по III и ланггу, определением билирубина в сыворотке и уробилина в моче и одновременно с этим проводилось, тщательное общеклиническое наблюдение за больным с момента переливания крови и в ближайшие дни после переливания. Обращалось особенное внимание на реакцию больного во время и после переливания. Обычно переливались небольшие и средние дозы крови от 100 до 300 и 350 мл.

При переливании пикратной крови от донора, в подавляющем большинстве случаев, мы наблюдали реакцию на переливание реципиента; эта реакция начиналась в самый момент переливания или вскоре после переливания и продолжалась несколько часов, причем реакция на переливание по своей выраженности колебалась в очень широких пределах, начиная от общей разбитости, головных болей с небольшой t°, до очень тяжелой реакции с резким ознобом и t° до 39—40, кожными проявлениями, одышкой и т. д. Реакция продолжалась от нескольких часов до нескольких суток, но заканчивалась обычно благополучно для реципиента.

Полную противоположность мы видим в материале по переливанию консервированной крови. При первых же переливаниях консервированной крови мы могли убедиться в непосредственных положительных результатах. На 73 прослеженных нами случаях переливания консервированной крови можно говорить о реакции на переливание только в 16 (22%) случаях, из которых в 12 (16%) случаях реакция выразилась в легком познабливании, повышении t° до 37,5°; у некоторых больных отмечалась небольшая тяжесть в голове, иногда тошнота, но без повышения t°. Во всех этих 12-ти случаях реакция продолжалась очень короткий срок—от 2-х до 4-х ч., почти незаметно проходила для больных и быстро кончалась.

В 2 (2,7%) случаях (экссудативный плеврит и втор. анемия) мы наблюдали реакцию, которая выражалась в сильном ознобе, повышении t° до 39 градусов, ломоте в ногах, слюне и общей разбитости. Реакция закончилась в одном случае через 3 ч. и в другом случае через 4 ч. Особо стоит два случая (больные с полиневритом и берной рвотой), которая проявилась потрясающим ознобом, t° до 40°, крапивницей, герпесом, болями в конечностях и слюне, легкой желтухой, увеличением селезенки, увеличением уробилина в моче. Больным была перелита кровь 4-дневной давности одновенозной с большим группой крови. Случаи закончились вполне благоприятно через 7 дней.

Терапевтическое действие переливания консервированной крови нами оценивалось по результатам непосредственного действия на больного и смысле улучшения основного страдания. Сравнивая результаты от переливания крови донора и консервированной на различных сроках хранения, мы не можем отметить заметной разницы терапевтических результатов. При различного рода кровотечениях (язвы желудка и кишок, метрорагия, геморр. язвы и др.) всегда, при переливании (избыток жидкости) всегда, гемостатический эффект, не хуже чем при неконсервированной крови. Многочисленные (30 сл.) вторичные анемии на почве острых и хронических кровопотерь в детоксикации, как правило, и резко улучшались или совершенно излечивались. Особо следует отметить два случая резкой анемии (б-ные П. и М.) вследствие хронических маточных кровотечений на почве расстройства секреции яичников. Переливание консервированной крови не только прекратило кровотечение, но привело к восстановлению правильного цикла менструаций и излечению малолетних: им было сделано по два переливания 250 к. с. с интервалами в 6 дней; больные совершенно поправались, стали трудоспособными и находятся под нашим наблюдением в течение 8 мес. и 1 года.

Лечение пернициозной анемии консервированной кровью по нашему впечатлению дает резкое улучшение в комбинации с лечением печени.

Прекрасный терапевтический эффект получается при переливании консервированной крови при полиневритах—быстро восстанавливаются чувствительность, движение и исчезает атрофия мышц; о результатах лечения полиневрита сообщено в трудах нервной клиники КГМУ д-ром Молчановой. Хорошие результаты получаются при лечении подострых ревматических и внутрисекреторных полиартритов. Наш опыт лечения острых и хронических лейкозий мало утешителен, но в одном случае (больной X. с хронической миелоидной лейкемией) нам удалось, правда, временно, снизить количество лейкоцитов с 200 т. до 10—12 т. с изменением состава лейкоцитов в смысле уменьшения молодых, незрелых форм. Очень положительные результаты получаются при лечении экссудативных плевритов и абсцессов легких; к настоящему времени у нас скопился значительный материал, который будет опубликован отдельно.

Единичные случаи самых разнообразных заболеваний (наркомании, ангины, фурункулез и т. д.) давали нам хорошие терапевтические результаты при переливании консервированной крови.

Приводим ниже таблицы с данными лабораторных исследований, наглядно показывающие изменения периферической крови реципиента после переливания консервированной крови.

Изменение Hb и Eг после переливания, как правило, отмечается, но не во всех случаях. При анемиях, особенно после кровотечений, непосредственное увеличение Hb и Eг всегда можно отметить, но при заболеваниях (плевриты, абсцессы легких, полиневриты), где количество Hb и Eг бывает мало изменено, нарастания их обычно не бывает. Равным образом и количество ретикулоцитов увеличивается в значительной степени больше при анемических состояниях; правда, и у другого рода больных мы имели возможность наблюдать увеличение ретикулоцитов, но не в значительной степени.

Кровяные пластинки, как правило, увеличивались во всех случаях. Билирубин сыворотки крови и уробилин мочи увеличиваются в течение первых и вторых суток, затем обычно уменьшаются до исходного предела. Кровяное давление после переливания консервированной крови заметных изменений не дает. Что касается лейкоцитарной картины крови, то следует отметить крайнее разнообразие ее; очевидно здесь, если и есть какая-либо закономерность, то она стирается основным патологическим процессом, ведущим к изменению лейкоцитарной формулы.

Таблица 1.

Переливание 150 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 2 сут.
Б-ной И. (Abscess pulm.).

	№.	Темп.	Рети- куло- цит.	Кров. пласт.	L.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	Б.	Били- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реакция
До	78	4,8	6 1000	150 т.	6,7	53	8,5	—	22,5	10	5	—	6,2	—	110 80	
2 сут.	80	4,7	8 1000	250 т.	7,5	56	10	—	30	3	1	—	24,8	+++	105 80	103,8 в теч. 4 час.
6 сут.	79	5,0	5 1000	200 т.	6,6	50	6	—	32	9	3	—	6,2	сл.	110 75	

Таблица 2.

Переливание 300 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 3 сут.
Б-ная К. (Ca ventr., anemia secund.).

	№.	Темп.	Рети- куло- цит.	Кров. пласт.	L.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	Б.	Били- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реакция
До	18	1,8	20 1000	200 т.	3,5	58,5	9,5	—	27	3,5	—	—	12,4	++	80 40	
2 сут.	20	2,3	30 1000	300 т.	9,1	54,5	21,5	—	19,5	2,5	—	—	24,8	+++	82 40	Реак- ция нет.
6 сут.	30	2,0	21 1000	250 т.	5,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Таблица 3.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 10 сут.
Б-ной Ч. (Pleurit exsud.).

	№.	Темп.	Рети- куло- цит.	Кров. пласт.	L.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	Б.	Били- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реакция
До	95	4,8	5 1000	300 т.	6	47	18	—	32,5	10,5	—	—	6,2	—	110 70	
2 сут.	96	4,8	6 1000	280 т.	5,4	57	13	—	15	12	1	—	124,8	+++	110 70	103,5
6 сут.	96	5,0	5 1000	300 т.	8	54	8	—	38	1,5	0,5	—	10,5	12,4	100 70	

Таблица 4.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на 6‰ цитрате 17 дн.
Б-ой Ч. (Pleurit. exsudat.).

	Нв.	Ег.	Рети- куло- цит.	Кров. пласт.	Л.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	В.	Бил- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реак- ция
До	92	5,0	$\frac{5}{1000}$	250 т.	6	54	8	—	38	1,5	1,5	0,5	12,4	—	110	Реак- ция нет.
2 сут.	95	5,0	$\frac{6}{1000}$	300 т.	6	42	9,5	—	38,5	9,5	3,5	—	28,8	+	80 105	
6 сут.	94	5,1	$\frac{5}{1000}$	260 т.	6,8	48	3,5	—	36	8,5	3,5	—	12,4	—	70 105	

Таблица 5.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на ИНК 6 дн.
Б-ая А. (Anapnea pernicios.).

	Нв.	Ег.	Рети- куло- цит.	Кро- в. пласт.	Л.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	В.	Бил- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реакция
До	32	1,4	$\frac{15}{1000}$	125 т.	4,5	39	12	—	41	3	4	1	21,8	+	90	Реакция нет.
2 сут.	34	1,5	$\frac{25}{1000}$	150 т.	6,5	42	15	—	37	4	2	—	24,8	++	60 90	
6 сут.	40	1,8	$\frac{81}{1000}$	130 т.	6	40	13	—	39	5	2	1	24,8	+++	60 90	

Таблица 6.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на ИПК 8 дн.
Б-ой С. (Тромбозения Франка).

	Нв.	Ег.	Рети- куло- цит.	Кро- в. пласт.	Л.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	В.	Бил- рубин	Уро- билин.	Кров. давл.	Реак- ция
До	27	2,4	$\frac{26}{1000}$	60 т.	4,7	54,5	7,5	—	29	3	3,5	0,5	6,2	+	80	Реак- ция нет.
2 сут.	30	3,1	$\frac{40}{1000}$	100 т.	3,9	56	11	—	27,5	4	1	0,5	12,4	++	50 90	
6 сут.	—	—	$\frac{42}{1000}$	90 т.	4	54,5	5	—	32,5	5	2	1	6,2	+	45 90	

Таблица 7.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на ИПК 11 дн.
Б-ая А. (Апаемиа pernicios).

	Нв.	Ег.	Рети- куло- цит.	Кро- вян. пласт.	L.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	В.	Били- рубин	Уро- билин	Кров. давл.	Реакция
До	33	1,5	20 1000	80 т.	4	57	6	—	37	—	—	—	12,4	+	90	Реакции нет.
2 сут.	40	1,7	37 1000	150 т.	9	51	7	—	37	3	1	1	24,8	++	40 100 50	
6 сут.	36	1,8	30 1000	100 т.	8	50	8	—	34	5	2	1	12,4	++	100 55	

Таблица 8.

Переливание 300 к. с. крови, консервированной на ИПК 21 день.
Б-ая П. (Апаемиа pernicios).

	Нв.	Ег.	Рети- куло- цит.	Кро- вян. пласт.	L.	Н. С.	П.	Ю.	Л.	М.	Э.	В.	Били- рубин	Уро- билин	Кров. давл.	Реакция
До	20	0,56	$\frac{90}{1000}$	70 т.	1,5	31	3.	—	58	3	4	1	24,8	+	$\frac{70}{—}$	Реакции нет.
2 сут.	22	0,91	$\frac{120}{1000}$	75 т.	1,8	29	4	—	60	4	2	1	48,6	+++	$\frac{80}{25}$	
6 сут.	20	0,9	$\frac{100}{1000}$	80 т.	2,30	5	—	57	5	3	—	24,8	+	$\frac{80}{30}$		

Количественные изменения билирубина и уробилина при переливании консервированной крови на ИПК и 6% цитрате характеризуются тем, что при 6% цитрате увеличение билирубина и уробилина больше, чем при ИПК, вместе с этим и реакция на переливание консерв. на 6% цитрате сравнительно встречается чаще и выражена сильнее. Конечно, на материале в 73 случая выяснить преимущество консерватов на 6% цитрате и ИПК представляется затруднительным, мы можем говорить лишь о впечатлении, которое остается у нас после переливания того или другого консервата. В заключение мы должны отметить, что морфологические и физико-химические изменения в консервате, которые отмечаются в отдельных случаях, нельзя отнести на всю массу консерватов, различных как по длительности хранения, так и по интенсивности гемолиза эритроцитов и физико-химическим изменениям в плазме. При переливании консерватов больным с различными заболеваниями и различным состоянием их кроветворных органов, количественные изменения билирубина и уробилина реципиента могут зависеть и от степени гемолиза эритроцитов в консервате и от состояния кроветворных органов (ретикуло-эндотелиальной системы) реципиента.

Новокаиновый блок при ревматических артритах.

А. П. Штрайхер. (Магнитогорск).

Новокаиновый блок нервной системы мы стали применять в случаях ревматического артрита с начала 1933 г.

Наш материал охватывает восемнадцать случаев. Блок производился по методу, разработанному А. В. Вишневым, и ни разу не давал осложнений.

Во всех почти случаях достаточно было однократной блокады и лишь у 2-х больных была произведена блокада вторично.

Из 18 больных — 11 было с острым ревматическим артритом, остальные 7 — с подострым и хроническим артритом.

Приведем отдельные случаи.

1. Больная Р., 20 лет, посудница, поступила 15/V с/г с болями в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Больна с 1931 г. Объект.: положение вынужденное, движения нижних и верхних конечностей резко ограничены и болезненны; левые коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, горячи на ощупь, чрезвычайно болезненны при пальпации. Значительно болезненны большие берцовые кости.

Сердце увеличено влево до сосковой линии. Тоны глуховаты. Пульс 116 в 1'. Температура — 39,1°. 17/V усиллись боли в правом коленном суставе, сустав увеличен в объеме; движения невозможны. Темпер. — 38°. 17/V — произведена новокаиновая блокада (введено 160 кб. см. 1/4% раств. новокаина). 18/V — темпер. утром 37,1°, вечером 36,8°, отсутствие болей в суставах, движения свободны, безболезненны, больная ходит. В последующие дни темпер. — N, боли отсутствуют, движения свободны, конфигурация и объем суставов — N. 25/V больная выписалась.

2. Больной Б., 19 лет, учащийся, поступил 20/IV с/г с болями в коленных и локтевых суставах; 10 лет тому назад болен ревматизмом. Объект.: Больной бледен; коленные и локтевые суставы увеличены в объеме, значительно болезненны, резко ограничены в движениях; положение больного вынужденное. Сердце — умеренно увеличено во всех размерах. Систолический шум на легочной артерии и верхушке, акцентация 2-го тона на легочной артерии. Температ. 38°. 21/IV — состояние то же. Темпер. 38,1°. 22/IV — новокаиновая блокада (введено 200 кб. см. 1/4% раствора новокаина). 23/IV — больной чувствовал себя значительно лучше; движения в суставах свободны; припухлости в области суставов не отмечается, боли незначительны, температура — 37,2°. В последующие дни суставы совершенно безболезненны, движения свободны, конфигурация и объем суставов — N, сердце — *idem*. Пульс 76—80 в 1'. Температура все дни N, за исключением одного вечера 26/IV, когда она поднялась до 38°, но к утру упала до N и не сопровождалась никакими явлениями со стороны суставов. 4/V больная выписалась.

3. Больная А., 28 лет, уборщица, поступила в отделение 27/IV с болями в суставах верхних и нижних конечностей. Больна с 12/IV. Объект.: коленные и голеностопные суставы значительно болезненны, ограничены в движениях и увеличены в объеме. На голенях и нижних третях бедер — эритема. Легкие — норма. Сердце — границы в норме, тоны глуховаты на основании. Пульс — 16 в 1'. Температура — 37,1°. 28/IV — новокаиновый блок (200 кб. 1/4% новокаина). 29/IV — самочувствие значительно улучшилось. В суставах незначительная болезненность; сгибание и разгибание в колен. суставах совершаются свободно; может вставать и наступать хорошо на ноги; оба коленных сустава значительно уменьшились в объеме, температура — N. 30/IV — значительно уменьшились узлы эритемы, движения в суставах свободны и лишь слегка болезненны. 1/V — эритемы нет, болезненность в суставах весьма незначительна, темпер. — норма. Пульс 72 в 1'. Сердце — *idem*, 4/V больная выписалась без жалоб.

Из 18 случаев — в 12-ти мы отметили положительный эффект непосредственно после блокады; у трех больных снижение температуры и затихание болевых и объективных явлений со стороны суставов наступали

лишь на 4—8 дней после блока, и дальнейший процесс восстановления шел медленнее, чем в вышеуказанных случаях. У прочих трех—блокада не дала каких-либо ощутимых результатов (двое с явлениями подострого артрита, один — с сопутствующим плевритом), и дальнейшее лечение их проводилось с помощью салицилатов и физиотерапии.

Несомненно — делать какие-либо выводы на основании приведенного материала не представляется возможным, но кажется очевидным тот факт, что дальнейшие работы в этом направлении не только дадут возможность ближе подойти к патогенезу этого заболевания, но кроме того, при правильно выработанных показаниях, предоставят врачу средство для быстрого купирования тех, порой невыносимых страданий, которые испытывает больной с острым воспалением суставов.

Из Детской клиники Казанского гос. ин-та для усовершенствования врачей
им. Ленина (директор проф. Е. М. Лепский).

К картине туберкулезного менингита.

М. М. Муштариева.

Целый ряд вопросов, касающихся иммунитета, течения болезни при туберкулезном менингите, а также и этиологии, все еще до сих пор остается невыясненным и требует дальнейшего изучения, несмотря на большое число работ в этом направлении.

Особенный интерес представляет вопрос о реактивности организма, больного туберкулезным менингитом, при введении туберкулина Коха.

Излагая свои данные по этому вопросу, мы основываемся на нашем материале с реакцией Пирке (124 случая). Всего больных, положительно реагировавших на туберкулин, оказалось 73, а отрицательно реагировавших — 51 человек. Приблизительно такие же отношения отмечались и другими авторами (Гельм, Oestreicher, T wasar Kewicz). Причем на нашем материале у $\frac{2}{3}$ больных туберкулезным менингитом раннего возраста (до 2 лет) встречалась положительная реакция, а в старшем возрасте, наоборот, чаще встречалась отрицательная реакция на туберкулин. Но эти цифры не могут служить достаточным основанием для какого-либо заключения; здесь нужно иметь в виду и влияние других моментов.

При анализе нашего материала по временам года, отмечается повышение числа положительно реагировавших на туберкулин в зимние месяцы и падение этой кривой до наивысшей точки в весенние месяцы. Такие сезонные колебания чувствительности организма к туберкулину особенно резко выявляются в нашем материале у детей грудного возраста. Нужно еще отметить, что кривая повышения чувствительности к туберкулину идет параллельно кривой роста числа больных туберкулезным менингитом в зимние и, особенно, весенние месяцы.

Такие соотношения, возможно, объясняются состоянием эндокринного аппарата в зависимости от гелио-влияний.

Интересны также наши данные о чувствительности организма на туберкулин при туб. менингите в зависимости от общего питания больного.

При сравнении цифр мы видим, что положительная реакция на туберкулин вдвое чаще встречается у детей удовлетворительного общего питания, а отрицательная — относительно чаще у детей плохого общего питания. Эти данные, совпадающие с данными Пирке, Моро, Мух, Феер, Свек, Лангштайн, Зигерт, позволяют нам сделать вывод о связи лучшей реактивности организма на туберкулин при туберкулезном менингите с удовлетворительным общим питанием больного.

Анализируя вопрос о чувствительности организма больного туберкулезным менингитом к туберкулину в связи с выраженностью менингеальных симптомов, мы нашли, что большинство из случаев с сильно выраженными симптомами туб. менингита реагировало отрицательно (30 — отрицательно при 22 положительно реагировавших). А большинство со слабо выраженными симптомами, наоборот, чаще давало положительную реакцию на туберкулин (17 + при 6 —).

Здесь, помимо, наряду с другими факторами, большую роль играет и то, что сильное наводнение организма туберкулезными токсинами ведет к большему абсорбированию и связыванию антител.

Такое объяснение подтверждается также нашими цифровыми данными, показывающими понижение чувствительности к туберкулину по мере приближения к смерти. Из всего числа больных туб. менингитом, получивших туберкулин в последнюю неделю болезни, 30 реагировало положительно, а 40 — отрицательно. Из больных, получивших туберкулин в течение предпоследней недели, положительно реагировали 22, а отрицательно — 13 человек. Из 4-х больных, получивших туберкулин за 3 недели до смерти, 3 реагировали положительно. А все трое больных, подвергнутых туберкулиновой реакции за 4 недели до смерти, реагировали положительно. Хотя все эти цифры слишком малы, чтобы на основании их прийти к тому или иному выводу, но они имеют некоторое значение в дополнение к данным других авторов (Oestreicher, Twasz Kawicz и др.).

Кроме того, нас интересовал вопрос, какова связь чувствительности к туберкулину с температурой больного при туберкулезном менингите. На нашем материале, среди 83 больных с повышенной t (выше $37,4^{\circ}$) отмечалось преобладание положительно реагировавших; их было 58 при 30 отрицательно реагировавших на туберкулин. Из числа случаев с нормальной температурой 21 чел. реагировали положительно, 20 — отрицательно.

Хотя нередко лихорадочные заболевания препятствуют проявлению чувствительности к туберкулину, в данном же случае наблюдался параллелизм.

Переходя к вопросам течения и этиологии туберкулезного менингита, приведем материал детской клиники ГИДУВ'а за 7 лет (за время с 1925 по 1931 г.).

Предварительно коснемся вопроса о возрастном составе наших больных.

Таблица 1.

От 0 — 6 мес.	13 чел.	41 чел.	От 3 — 4 лет	18 чел.
От 6 — 12 "	28 ")		От 4 — 5 "	16 "
От 1 — 2 "	29 "		От 5 — 7 "	14 "
От 2 — 3 "	22 "		От 7 — 15 "	14 "

Всего больных туберкулезным менингитом было 154 человека. Среди них отмечается преобладание детей грудного возраста (41 ч.). Дети до 2 лет составляли меньше $\frac{1}{4}$ всех случаев (70 ч.). Как видно из литературных данных, по Холту, на этот возраст падает $\frac{3}{4}$ всех заболеваний туберкулезным менингитом. По Знаменскому, максимум заболеваний отмечается в возрасте от 2 до 3 лет. Из всех наших случаев $\frac{4}{5}$ падает на детей первых 5-ти лет. У Орозца это отношение падает на первые 6 лет. Такая разница в цифрах может быть результатом различных социально-бытовых условий, в которых жили дети, давшие материал разным авторам.

Большой интерес представляет вопрос о течении болезни при туберкулезном менингите, именно о том, как часто встречались так называемые классические формы заболевания, т. е. такие, когда в картине болезни имелись налицо все три стадии и наиболее важнейшие симптомы менингита.

Заболевания с классическим течением на нашем материале составляют меньше, чем $\frac{3}{5}$ всех случаев. Остальная часть заболеваний протекала нетипично: то выпадал период продромов (в $\frac{2}{3}$ всех нетипичных случаев), то выпадали наиболее кардинальные симптомы туб. менингита, как рвота, головная боль и др. Такие неклассические формы чаще встречались у младших детей до 7 лет (в $\frac{1}{2}$ случ.), а среди детей старше 7 лет такие формы встречались только в $\frac{1}{5}$ случаев.

Приводим историю болезни.

Девочка Т. Н., 6 мес., поступила в клинику на 4-й день болезни. В анамнезе отмечалось внезапное начало без предшествующих заболеваний, при явлениях жара, кашля и рвоты. На 3-й день болезни рвота прекратилась. В прошлом никаких заболеваний не отмечается, контакт с туберкулезными больными отрицается. При поступлении: ослабленное общее питание, краниотабес, гиперемия зева, правильное дыхание (35—40 в 1'), пульс—120 в 1', удовлетворительного наполнения, 1—38, увеличена печень, нормальный стул, сознание ясное, выраженный Кернига, слабый с. Врудзинского. При люмбальной пункции жидкость вытекала под сильным давлением, р. Панди—положительна, лейкоцитоз—63.

На 5-й день утром 1° спала, а вечером опять повысилась до 38,6°. Временами—потеря сознания. Р. Пирке резко положительная. При бактериоскопическом исследовании паутинки из люмбальной жидкости обнаружены bacilli Коха.

На 6-й день болезни 1° поднялась до 39,2°, а ребенок экзатировал при явлениях сердечной слабости. Аутопсия подтвердила диагноз.

При анализе отдельных симптомов болезни у наших больных отмечалась следующая картина: В продромальной стадии чаще встречался кашель (в 40% случаев). Отсутствие аппетита наблюдалось в 37%, изменение настроения—в 35%, жар—в 29%, головная боль—в 21% и рвота—в 19% случаев. При дальнейшем течении болезни различные симптомы по частоте распределялись так: Задержка слуга встречалась в 74%, причем чаще она отмечалась у более старших детей и в начале стадия раздражения. Рвота наблюдалась в 76% случаев; причем в $\frac{3}{4}$ случ. она выделяется, как начальный симптом и чаще в возрасте 2—7 лет. Судороги отмечены в 62% и чаще у детей старше 7 лет, а также и до 2-х лет, преимущественно не в первые дни, а в дальнейшем течении болезни. Затемнение сознания отмечено в 62% и чаще присоединялось при дальнейшем течении, а в начале болезни оно наблюдалось чаще у младших детей. Базиллярные симптомы встречались в 64%, причем $\frac{3}{5}$ из них падают на возраст старше 7 лет. Симптом Кернига наблю-

дался в 64%, а с Брудзинского в 68% случ. Эти два симптома по своей частоте у детей различного возраста представляют некоторый параллелизм. У детей старше 7 лет они отмечены во всех случаях, а до 7 лет встречались в $\frac{2}{3}$ случаев заболеваний. Головная боль наблюдалась в 15% всех случаев, и почти всегда как начальный симптом. Что касается вскрикивания, то оно встречалось только в 13% всех случаев.

Перейдя к анализу симптомов конечного периода болезни, а именно, к параличу мозговых центров, мы выявили, что критическое повышение t и сильное учащение пульса в течение последних 24 часов наблюдалось больше, чем в половине всех случаев. Это говорит за то, что в терминальном периоде туберкулезного менингита не так уж редки случаи без критического поднятия t и учащения пульса.

Что касается продолжительности болезни, то она учитывалась на основании анамнеза и, возможно, что в некоторых случаях действительное начало оставалось незамеченным. Кроме того часть больных выписывалась до наступления смерти. Поэтому до конца болезни прослежены нами только 84 больных, умерших в клинике.

Чаще всего наблюдалась продолжительность болезни в 2—3 недели (в $\frac{3}{5}$ всех случаев, оставшихся в клинике до смерти). Самая короткая продолжительность болезни, в пределах 1 недели, наблюдалась чаще у детей до 7 лет (в $\frac{1}{2}$ случаев заболеваний данной группы детей, умерших в клинике). Продолжительность же болезни в 1 месяц и более, наоборот, чаще встречалась в старшей группе детей (в $\frac{1}{2}$ всех заболеваний данной группы). В группе детей до 7 лет такая продолжительность отмечалась только в $\frac{1}{7}$ случаев заболеваний.

Стадия же продромов в большинстве случаев длилась 1 неделю. Но в $\frac{1}{4}$ всех случаев болезнь начиналась сразу, без продромальных явлений.

Интересно было проследить связь туб. менингита с предшествующими заболеваниями и условиями среды ребенка, которые могли бы вести к генерализации бывшего у него туберкулезного процесса.

На нашем материале в 80 из всех 154 случаев туб. менингита в анамнезе отмечаются различные заболевания, непосредственно предшествовавшие менингиту.

Таким образом выраженную связь туб. менингита с эпидемиями отметить не удалось. Можно лишь указать на некоторую их связь в 1930 году, который выделяется из ряда других лет количеством случаев туб. менингита и когда наблюдалась также эпидемия гриппа и отчасти кори. 8 из 27 случаев туб. менингита, которым предшествовал грипп и 6 из 12 случаев, где незадолго до менингита была корь, падают именно на этот год.

Нужно заметить, что эпидемия гриппа, наблюдавшаяся с 1926 по 1930 г., видимо, несколько заглушала обычное сильное повышение заболеваемости туб. менингитом в весенние месяцы, усиливая заболеваемость в зимние и осенние месяцы. Наивысшая точка кривой эпидемии гриппа по г. Казани в 1930 г. (по данным Нимцевичко и) падала на осенние месяцы, а в остальные годы на зимние месяцы, и в нашем материале 4 из 8 заболеваний 1930 г., связанных с гриппом, падают на осенние месяцы. Это, возможно, и отразилось на общей картине

распределения туб. менингита по временам года за 7 лет (зимой — 47 случ., весной — 51, летом — 20, осенью — 36 случаев заболевания).

Что касается других заболеваний, то туберкулез легких и костей предшествовал туб. менингиту в 19 случаях, пневмония — в 4 сл., желудочно-кишечные заболевания — в 7, а другие заболевания — в 11 случаях. Травма головы предшествовала в 2 случаях. В 29 же случаях незадолго до заболевания туб. менингитом наблюдались только неясные симптомы, как периодическое повышение t° , что, возможно, было связано с имеющимся скрытым туберкулезным процессом в организме. В остальных 43 случаях на какие-либо заболевания в анамнезе указаний не имелось. Но $\frac{2}{3}$ этих детей — плохого общего питания, дети ослабленные и перенесшие много заболеваний в прошлом.

Что касается соц.-бытовой среды больных, то в подавляющем большинстве были налицо неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, плохое питание и низкий культурный уровень семьи. Следовательно, имелись те условия, которые, обычно, ослабляя организм, содействуют общей миллиаризации туберкулезного процесса или же, в других случаях, дают возможность получить обильную туберкулезную инфекцию. Тесный и продолжительный контакт с явно туберкулезными больными отмечается на нашем материале в 29%, а контакт с больными, где заразительность их не выяснена, в 12% случаев.

В заключение остановимся также на учете состояния люмбальной жидкости, как на важном методе в диагностике туб. менингита.

Люмбальная жидкость была прозрачной почти во всех 154 случаях, за исключением 13, когда она была или слегка мутноватой, или же опалесцирующей. Положительная р. Панди и образование нежной паутинки при стоянии жидкости наблюдались во всех случаях. Сильное давление в люмбальной жидкости наблюдалось преимущественно в периоде продромов и раздражения, а в конце периода параличей жидкость вытекала под слабым давлением. Почти во всех случаях в жидкости наблюдались лимфоциты. Количество же клеток в ней колебалось в больших пределах (от 60 до 5000), иногда оно не поддавалось подсчету. В 51% всех случаев в люмбальной жидкости были обнаружены bacilli Коха.

Выводы.

1. Заболеванию туберкулезным менингитом чаще подвержены дети грудного возраста.

2. Выявляется связь между заболеваемостью туб. менингитом и распространенностью гриппа, что несколько затупевывает тенденцию к повышению заболеваемости туб. менингитом в весенние месяцы.

3. Заслуживает внимания большая частота отклонения в течении туберкулезного менингита от так называемой „классической формы“ заболевания.

4. Отмечается параллелизм между повышением заболеваемости туб. менингитом и увеличением процента положительно реагирующих на туберкулин среди больных туберкулезным менингитом в весенние месяцы.

5. Частота положительных реакций на туберкулин при туберкулезном менингите находится в зависимости от общего питания больного; она выше при удовлетворительном состоянии питания и ниже при плохом.

6. Имеется параллелизм между повышением температуры больного туберкулезным менингитом и реактивностью его на туберкулин.

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей

(директор проф. В. Л. Боголюбов)

О патогенезе и лечении гипертрофии предстательной железы.

Прив.-доц. Ю. А. Ратков.

Так называемая гипертрофия предстательной железы, по мнению многих авторов, встречается у одной трети мужчин, достигших преклонного возраста. Явления простатизма свойственны вообще старческому возрасту; как думают некоторые, они наблюдаются у большинства стариков. Это невинное, казалось бы, страдание, почти „физиологическое“, чревато, однако, для многих тяжелыми осложнениями и часто обрывает жизненный путь старика. Отсюда ясно огромное практическое значение вопроса о лечении гипертрофии предстательной железы (г. п. ж.).

Каждый мыслящий врач, естественно, стремится познать болезнь прежде, чем лечить. Принципы лечения в конце концов отвечают установившимся взглядам на причины и сущность болезни.

Что такое гипертрофия предстательной железы (г. п. ж.)? Название болезни, к сожалению, ничего не говорит о сущности ее. Чем вызвано увеличение железы, наступающее при закате жизни? Если это простая гиперплазия тканей, почему она с такой закономерностью наблюдается только в предстательной железе и в определенном возрасте? Или мы имеем дело с новообразованием железы, в большинстве случаев, видимо, доброкачественным? Вот, в сущности, основной вопрос, от решения которого зависит лечение. Чем ближе врач к познанию истины, тем эффективнее его помощь. Если мы стремимся к терапии каузальной, мы должны знать, какая причина вызывает увеличение предстательной железы в старости. Одна ли это причина или их несколько? Ответ на эти волнующие вопросы, по современному состоянию наших знаний, пока не может быть дан в ясной форме. Тем не менее можно сказать, что в большинстве случаев мы имеем дело с доброкачественным новообразованием железы. Это с определенностью доказывает гистологическое исследование удаляемых желез, обнаруживающее строение аденомы или фиброаденомы.

Но далеко не всегда можно высказаться с уверенностью о характере строения гипертрофированной железы. Во многих случаях можно говорить только о гиперплазии железистой ткани; часто отмечаются элементы воспаления. Стало быть, если в большинстве случаев мы можем с уверенностью говорить о новообразовании, то в других случаях мы отмечаем простую гиперплазию железистой ткани, вызванную различными моментами.

Каковы эти причинные моменты такой простой гиперплазии тканей, почему-то не наблюдаемой в других органах человеческого тела? Их несколько.

То обстоятельство, что г. п. ж. встречается, как правило, в преклонном возрасте и никогда не наблюдалась у молодых, естественно, толкало мысль в определенном направлении. Г. п. ж. есть одно из проявлений угасания жизни организма. Это, конечно, неоспоримо, но какая связь между увеличением одного органа и угасанием функций других? Наи-

более обоснованной теорией, лучше всего поясняющей кажущееся противоречие в живом организме, является эндокринная компенсаторная теория. Г. п. ж., согласно этой теории, является ответной реакцией в виде компенсаторного увеличения ткани железы на развивающуюся в старости атрофию яичек. Остается все же неясным, почему при угасающей функции половых органов, предстательная железа не атрофируется, а, наоборот, увеличивается. За последние годы большинство исследователей склоняется к тому, что действительно в пожилом возрасте наступает атрофия железы. Организм компенсирует развивающуюся атрофию п. ж. гипертрофией маленьких парауретральных простатических железок, занимающих место атрофированной железы. Таким образом, согласно этому взгляду, мы при операции удаляем не предстательную железу, а увеличенные парауретральные железы. Сама предстательная железа, атрофированная, истонченная, составляет как бы капсулу для опухоли. Этот новый, безусловно, интересный, взгляд получил подтверждение на многих экспериментах (рост добавочн. желез при удалении простаты) и клинических наблюдениях (рецидивы после тотальной экстирпации). Другим связующим звеном между старостью и г. п. ж. является, по видимому, сосудистая система. Наступающий в старости склероз сосудов может вызвать изменения в паренхиме железы. По какой причине, однако, при склерозе сосудов железа гипертрофируется, остается непонятным. И почему при общем склерозе мы не наблюдаем гипертрофии других органов. Скорее можно допустить, что склероз сосудов влечет к атрофии органа, к сморщиванию его при недостаточности питания. Явления, характерные для гипертрофии п. ж., нередко наблюдаются и при нормальных размерах железы, а также при атрофии ее (*prostatisme sans prostate*). Для объяснения этого парадоксального факта приходится допустить, что в механизме расстройств, наблюдаемых при атрофии п. ж., большую роль играют изменения со стороны мочевого пузыря и сфинктера. Теория склероза нам обычно кажется более всего приложимой к тем случаям, когда мы наблюдаем явления простатизма *sans prostate*, или когда железа оказывается уменьшенной. Надо предположить, что нарушение питания сказывается на функции как детрузора, так и сфинктера. Расстройства акта мочеиспускания, столь типичные для г. п. ж., могут развиваться у людей не только как следствие механического препятствия для оттока мочи, в виде опухоли п. ж., но и в силу различных других причин. Сюда следует отнести расстройства иннервации детрузора и сфинктера, слабость детрузора, отек сфинктера, воспалительные рубцовые изменения в области сфинктера и т. д. Сложный акт мочеиспускания, в котором участвует много компонентов, главным образом, сосудистая и нервная система, легко теряет свою гармоничность при нарушении питания и иннервации.

Таким образом, теория склероза, неприменимая, собственно, к объяснению гипертрофии п. ж., имеет много данных для понимания старческого простатизма. Дизурические явления, характерные для г. п. ж., развиваются иногда в молодом возрасте, при нормальной п. ж. и зависят большей частью от хронического воспаления в области таза, пузыря или от ряда нервных моментов, вызывающих контрактуру сфинктера. Длительная хроническая контрактура в конце концов влечет за собой те же последствия, как г. п. ж. Наконец, не остается без влияния на акт

мочепускания хроническая инфекция предстательной железы. Старые авторы склонны были связать развивающуюся в старости гипертрофию п. ж. с перенесенной в молодости инфекцией. Подтверждением этой теории должны были служить те воспалительные изменения, которые очень часто находили при гистологическом исследовании удаленной железы. Простатические явления обязаны чаще всего хронически воспаленной предстательной железе. Это т. н. простатизм. Простатизм нельзя смешивать с г. п. ж., что так часто наблюдается среди врачей. Явления простатизма составляют только часть клинической картины гипертрофии п. ж. Г. п. ж. развивается далеко не у всех простатиков, перенесших в молодости гонорею. Гонореей болеет, по данным больших статистик, едва ли не $\frac{3}{4}$ мужского населения, гипертрофией п. ж. заболевают все же значительно меньше. И, наконец, почему хронически воспаленная железа начинает расти только к старости? Воспалительная теория в особенности пострадала за последние годы, когда было доказано, что те же воспалительные изменения находили в удаленных железах у лиц, заведомо не болевших гонореей.

Хорошо известно, что одним из тяжелых осложнений г. п. ж. является инфекция, которая неизбежно развивается с течением времени у больных после катетеризации или самостоятельно (остаточная моча). Т. о. воспалительные изменения в простате развиваются, большей частью, вторично. Однако, нельзя отрицать того, что г. п. ж. у лиц, страдающих хроническим простатитом, наблюдается относительно чаще. Для этого даны все условия как в смысле роста новообразования, так и в смысле дисфункции половых органов.

Наши современные представления о патогенезе г. п. ж. ограничиваются выше приведенными теориями. Жизнь в своем многообразии не может быть охвачена, объяснена одной, хотя бы и самой обоснованной, теорией. Рост тканей, как при г. п. ж. обозначает, большей частью, новообразовательный процесс. Не так редко при этом микроскоп показывает злокачественную опухоль. Некоторые авторы, систематически исследуя удаленные препараты, нашли в одной пятой оперированных случаев раковую опухоль. Мы, на основании своего материала, можем присоединиться к этому.

Как важно помнить об этом практическому врачу, доказывать не приходится. Уже при одном подозрении на скрытно протекающий рак, консерватизму при лечении г. п. ж. нет места. Отсюда, конечно, не следует, что оперировать надо во всех случаях. Это, однако, обязывает врача точнее, детальнее исследовать больного, больше вникать в анализ. Развитие болезни играет немаловажную роль для суждения о том, имеем ли мы дело с новообразованием или простой гипертрофией органа на почве воспалительных, склеротических или эндокринных расстройств. Когда развиваются угрожающие осложнения, практически безразлично, что лежит в основе гипертрофии. Действовать приходится радикально.

Значительные изменения в наших взглядах на патогенез г. п. ж., определившиеся за последние годы, расширили границы оперативного вмешательства при этом страдании.

Совершенно ясно, что при малейшем подозрении на рак простаты операция абсолютно показана. Пока опухоль не проросла капсулы, операция имеет большие шансы на успех. Опорными пунктами

в дифференциальной диагностике являются *боль и плотность опухоли*. Боль при акте мочеиспускания и впе акта является одним из *ранних* признаков рака. При г. п. ж. боли не бывает.

Методика лечения определяется не только характером болезни, но ее течением. „Доброкачественные“ формы г. п. ж. можно с успехом лечить консервативно до тех пор, пока в течении болезни не наступили осложнения, требующие оперативного лечения. Какие это осложнения? Кроме злокачественного перерождения, безусловно показывающего оперативное вмешательство, два осложнения являются, большей частью, показанием к операции: *интоксикация и инфекция*. Крайние степени указанных осложнений скорее противопоказывают оперативное вмешательство. *Диагноз г. п. ж. еще не является показанием к операции. Показанием к операции служат, главным образом, инфекция и интоксикация*. Разумеется, такая упрощенная схема показаний к операции не является законом. Мы хотели бы лишь указать, что высказываемое здесь соображение, проводимое на опыте, отвечает истинному положению вещей. Нет инфекции, нет интоксикации — нет прямых показаний к операции. При чистой стерильной моче, при хорошей функции почек не следует оперировать, хотя имеются большие количества остаточной мочи. Бороться с атонией пузырной мышцы возможно и консервативным путем. Другие, менее тяжелые осложнения, как, например, камни мочевого пузыря и простаты, дивертикул, гематурия, могут служить относительным показанием к простатектомии. Показанием к операции в редких случаях могут явиться социально-бытовые факторы, препятствующие проведению консервативного лечения.

Хотя очерченный круг показаний к оперативному вмешательству относительно не широк, на самом деле оперировать приходится часто, ибо такова закономерность развития последующих осложнений в течении этого заболевания. Рано или поздно эти осложнения развиваются. Недостаточность почек и восходящая инфекция приводят больных к гибели.

Противопоказаний к операции, именно в тех случаях, где существуют прямые показания, очень много — сам по себе почтенный возраст большинства пациентов, недостаточность сердца, почек, эмфизема легких, бронхиты, артериосклероз. Однако, большинство противопоказаний является относительным. Их необходимо устранить или ограничить хорошей подготовкой к операции. Успех операции во многом зависит от предварительной подготовки.

Как уже выше говорилось, главными показаниями к операции являются инфекция и интоксикация. В резких формах они превращаются в противопоказание к операции. Подготовка больных к операции обозначает планомерную борьбу с инфекцией и интоксикацией.

С этой точки зрения весьма серьезным является вопрос о выборе срока производства операции. Как известно, течение г. п. ж. делится на три стадии.

Трудно, разумеется, провести резкую грань между этими стадиями. В своей практике мы держимся, в общем, следующих правил. *В первой стадии не оперируем, во второй оперируем всегда* при наличии признаков инфекции и интоксикации, если не удастся консервативным путем перевести больного в первый стадию. В третьей стадии

оперируем только при достаточной функции почек после серьезной предварительной подготовки. Чаще всего удается перевести больного из третьего во второй стадий планомерной борьбой с инфекцией и интоксикацией. Лучшим средством против обоих осложнений является, конечно, катетер, применяемый систематически или *à demeure*. Одновременно проводится также промывание пузыря. Повышается тонус пузыря, улучшается функция почек, уменьшается, но крайней мере, количественно, инфекция мочевых путей. Для борьбы с восходящей инфекцией катетер также незаменим. Полезное действие оказывает повышение диуреза и применение дезинфицирующих средств *per os* и внутривенно (*urotropin*). Явления интоксикации заметно убывают. Об этом можно судить по виду и самочувствию больных. Исчезают явления легкой уремии, хорошо известные врачам (головные боли, апатия, потеря аппетита, сухой язык, полиурия). Функция почек во всех случаях должна быть проверена до операции. Мы исследуем, обычно, суммарную функцию по Фольхарду. Ставим также красочную пробу (хромоцистоскопия). Цистоскопия применяется в большинстве случаев. Она способствует выяснению многих интересных нас подробностей (камни, дивертикулы, состояние слизистой пузыря, мочеточниковые устья). Цистоскопия обязательна, если *per rectum* простата прощупывается увеличенной, а клиническая картина соответствует гипертрофии. При цистоскопии мы, в таких случаях, обычно находим увеличенной среднюю долю предстательной железы, сильно выдающуюся в просвет мочевого пузыря. На нашем материале мы много раз наблюдали при цистоскопии гипертрофию средней доли предстательной железы.

Материал, прошедший под нашим наблюдением за последние годы (6 лет), подвергался тщательному исследованию и проводился по единой методике, кратко изложенной здесь. Всего за эти годы прошло через наши руки более ста случаев в стационаре (клиника в больница) и в амбулатории. Оперативное вмешательство мы нашли необходимым применять только в 42 случаях. Во всех остальных случаях проводилось консервативное лечение. Это были, главным образом, начальные формы г. п. ж. или уже во втором стадии, но с чистой мочой, без явлений интоксикации. Под консервативным лечением мы здесь подразумеваем лечение катетеризацией (помимо обычного совета простатикам соблюдать общий и диетический режим). Непосредственные результаты, ближайшие, были хорошими. Отдаленные—проследить нам не удалось. Вообще трудно говорить об отдаленных результатах у почтенных стариков.

Массаж предстательной железой в тех случаях, где в анамнезе отмечалась плохо леченная гонорея, нами не применялся. (Этот метод за последнее время, кажется, всеми оставлен). Не применялась нами и рентгенотерапия. О последнем методе лечения, недавно лишь вошедшем в практику, трудно пока сказать что-либо определенное. Неясны показания и неизвестна дозировка. Волна гравиданотерапии захватила также урологов. Весьма возможно, что применение этого нового средства при простатизме даст хороший эффект. Наблюдения в этом направлении уже ведутся нами. Гораздо меньше шансов ждать эффекта от гравидана при г. п. ж. (по крайней мере, теоретически рассуждая, нельзя ждать ничего от применения того или другого средства при новообразовании, каким в большинстве случаев является г. п. ж.). Немногочисленные

наблюдения, проведенные в нашей клинике, не оставили у нас определенного впечатления. Нельзя отрицать кратковременного улучшения явлений (общее стимулирующее действие гравидана), но чему приписать это улучшение, трудно сказать, ибо одновременно применялся катетер.

Катетер мы считаем самым лучшим методом консервативного лечения г. п. ж. В течение иногда многих лет удается поддерживать удовлетворительное общее самочувствие больных при небольших количествах остаточной мочи.

Из консервативных операций, предложенных при г. п. ж., мы несколько раз применяли двустороннюю перевязку vasis deferentis (vasectomy). Эта небольшая операция, применявшаяся на практике уже давно, не нашла широкого распространения. За последние годы интерес к этой операции снова возрос. Некоторые склонны считать вазектомию самостоятельной операцией, находящей свое обоснование в эндокринной теории происхождения г. п. ж. Другие отрицают всякое самостоятельное значение этой операции. Разумеется, при новообразованиях железы (доброкачественных и злокачественных) вазектомия не может приостановить процесса роста опухоли.

Известным показанием к этой операции могут служить строго подобранные случаи начальных форм г. п. ж., где в основе страдания предполагаются воспалительные изменения или эндокринные расстройства. В некоторых таких случаях мы видели хороший эффект, правда, кратковременный. Гораздо больше значения имеет вазектомия как профилактическое средство для борьбы с послеоперационными эпидидимитами. Во избежание этого неприятного осложнения после операции мы предлагаем вовсе отказаться от катетера.

Эндоуретральная операция при г. п. ж. — давно позабытый старейший метод лечения (рассечение ткани железы уретротомией, устраняющее препятствие для оттока мочи) — снова воскресла в форме эндоуретральной электрокоагуляции. Изменялась методика, но не сущность операции, отвергнутой в свое время, как нерадикальная и не дающая успеха.

Применение эндоуретральной коагуляции показано преимущественно при атрофии железы, контрактуры шейки пузыря, при т. н. барьере мочевого пузыря.

Для истинной гипертрофии предстательной железы, являющейся большей частью новообразовательным процессом, единственно радикальным лечением является полное удаление железы, простатектомия, нашедшая за последние четверть века весьма широкое распространение.

Главное, что препятствует более широкому распространению радикального лечения — это почтенный возраст пациентов. Смертность после простатектомии вначале была очень высокой. Тогда применялся промежуточный путь. Опасности этого доступа — разрыв кишки и мочевого пузыря. Восходящая инфекция являлась серьезным осложнением после операции, унесшим много жертв. Только надлобковый путь, предложенный Фрейером, сделал операцию менее опасной. Надлобковая простатектомия дает меньший процент смертности. Интересно отметить, что процент смертности, бывший вначале значительным, снизился за последние годы до 5—6—8%. Первая сотня операций у самого автора, и последующих за ним хирургов, давала во много раз большую смертность, чем последующие. Чем это объяснить? Имеет значение не только улучшение

техники и послеоперационный уход, но, главным образом, правильными подбор случаев и серьезная подготовка к операции. Последние моменты определяют успехи оперативного лечения.

Но для большинства наших пациентов одномоментная операция оказывается не по силам. Недостаточность почек (уремия) и восходящая инфекция (пиелонефрит) часто развиваются вскоре же после операции и кончаются, по большей части, смертью. Надо иметь в виду, что большинство оперируемых стариков имеет инфицированную мочу. Функция почек у них значительно понижена. Кажущееся равновесие сил весьма шатко. Операция быстро выводит многих из строя. Борьба с недостаточностью почек и инфекцией мало реальна. Интересно отметить весьма любопытный факт, что больные с чистой стерильной мочой часто оказываются менее устойчивыми к оперативному вмешательству и гибнут от острого гнойного пиелонефрита. Возможно, что при этом имеет значение отсутствие приспособляемости старческого организма к борьбе с инфекцией, попадающей в пузырь при операции, быстро восходящей по мочевым путям. Распространение инфекции на почки облегчается существующим всегда при п. п. ж. значительным расширением мочеточников и лоханок.

Учитывая опасность одномоментной простатектомии, в особенности в более запущенных случаях, многие хирурги производят операцию в два момента.

Первый момент операции, высокое сечение пузыря, переносится больными легко. Операция во всех случаях производится под местной инфильтрационной анестезией. Отверстие в пузыре не надо делать очень большим. Нужно, чтобы пузырная рана плотно обхватывала широкую толстостенную дренажную трубку. В таком случае удастся нередко держать больного сухим. Дренажная трубка отводит мочу в сосуд с водой, куда она поступает по сифону. При наличии инфекции пузырь ежедневно промывается до тех пор, пока моча не делается макроскопически чистой. Обычно через 2—3 недели производится второй момент операции — экстирпация железы. За время между первой и второй операцией значительно уменьшаются явления интоксикации, моча становится чище. Т. о. послеоперационная смертность немного снижается. За последние годы мы почти исключительно оперируем по двухмоментному способу и не потеряли ни одного больного, в то время, как при одномоментном способе смертность в прежние годы у нас достигала 8—10%.

Правда, материал наш не так велик, чтобы на основании его строить определенные выводы. Тем не менее мы — за двухмоментный способ, несмотря на то, что при этом способе пребывания больных на койке затягивается на много времени, в среднем — 45—50 дней.

Несколько деталей в технике простатектомии заслуживают известного внимания. При втором моменте операции нами применяется спинно-мозговая анестезия. Воистину возможно применение местной инфильтрационной анестезии по методу Вишневского. Однако она отнимает много времени и не всегда сопровождалась у нас полным успехом. Под спинно-мозговой анестезией вся операция отнимает 10—15 минут. Пузырный связок под влиянием рубцового процесса оказывается часто недостаточным для манипуляций в пузыре. Его приходится при втором моменте операции расширить кнizu. Сливая пузырь надсекается ножом ближе к внутреннему сфинктеру. Выделение железы может представить известные трудности при наличии рубцового процесса вокруг. Важно всегда по-

часть в слой и выделить железу туго из капсулы. Кровотечение из простатического ложа часто бывает значительным. Мы применяем всегда орошение пузыря горячим раствором. Ложе пузыря тампонируется рыхло. В борьбе с последующим кровотечением в полость пузыря мы чаще всего прибегаем опять-таки к горячим орошениям. Внутрь — кровеостанавливающее. Угрожающего жизни кровотечения мы на нашем материале не наблюдали. Можно в таких случаях рекомендовать, кроме местных средств, переливание крови.

Следует отметить, что при двухмоментной операции мы не наблюдали значительных кровотечений в послеоперационном периоде и склонны поставить это в связь с наступающим сокращением мочевого пузыря после первой операции, с возможной ретракцией предстательной железы, сморщиванием ее.

Нужен ли катетер à demeure после операции? Этот вопрос был поднят на страницах печати несколько лет тому назад не напрасно. Двусторонний гнойный эпидидимит и орхит наблюдаются нередко после операции и обязаны своим возникновением катетеру. Не лучше ли отказаться от него? Смысл катетера à demeure, главным образом, в том, чтобы вокруг него регенерировалась поврежденная уретра. Опасение, что без катетера не восстановится уретра, является преувеличенным. Даже в тех случаях, когда вместе с железой удаляется часть уретральной трубки, происходит полное восстановление, без сужения канала. Концы поврежденной уретры находят друг друга. Самостоятельное мочеиспускание без катетера, обычно, появляется уже к концу второй недели после операции и затем происходит нормально.

За последние три года мы почти совершенно отказались от катетера после операций и не имеем оснований раскаиваться в этом. Катетер, по нашему мнению, может быть показан в тех случаях, когда медленно и вяло идет заживление пузырного свища.

Резюмируя все сказанное, мы должны отметить, что надлобная простатэктомия (двухмоментная) далеко не является идеалом оперативного лечения г. п. ж. Отрицательные стороны этой операции — длительный послеоперационный период, долго незаживающие пузырные свищи.

Это заставляет многих хирургов снова пересмотреть свое отношение к промежностной простатэктомии. Последняя получила большое распространение за последние годы в Америке (Юнг). Промежностный путь значительно сокращает мучительный послеоперационный период. Опасность кровотечения при этом способе незначительна и легко устранима.

Техника промежностной эктомии сложнее надлобковой. Труден доступ к железе. Для облегчения доступа применяются особые щипцы (подобие штопера), подвигающие железу ближе к оператору. Тяжелым осложнением, которое часто можно встретить при промежностной операции и очень редко при надлобковой, является ранение кишки (пузырно-прямокишечный свищ). Указанные технические трудности (вовне преодолимые) и возможные осложнения послужили причиной того, что промежностный путь у нас в СССР не получил широкого распространения. Этот путь, однако, является совершенно правильным при подозрении на злокачественную опухоль предстательной железы.

Методом выбора пока, по нашим данным, для большинства г. п. ж. является двухмоментная надлобковая простатэктомия.

Из 1-й хирургической клиники Бел. гос. мед. института (директор проф. С. М. Рубашев) и Центрального рентген. института (зав. доц. С. М. Лившиц).

О диагностике и механизме переломов поперечных отростков поясничных позвонков.

А. И. Михельсон. (Минск).

Среди многочисленных и разнообразных форм травматических повреждений позвоночника переломы — отрывы поперечных отростков поясничных позвонков встречаются сравнительно редко. В дорентгеновское время такие травмы почти не диагностировались, и даже теперь они не всегда своевременно распознаются. Такие больные зачастую долго ходят со своим страданием под диагнозом: люмбагия, дисторзия и т. п. В силу того, что объективные явления при этом могут быть незначительными, постоянные жалобы и обращения таких больных к врачам трактуются очень часто как аггравация или свмуляция, до тех пор, пока рентгенография, а иногда повторная, не обнаруживает перелома одного или нескольких поперечных отростков поясничных позвонков (п. о. п. п.). На 51-м съезде германских хирургов, где ставился вопрос о переломах поперечных отростков поясничных позвонков, было отмечено, что этим переломам до недавнего времени уделялось мало внимания. Такие переломы, значительно понижающие работоспособность, легко могут быть просмотрены ввиду того, что они не дают тяжелых симптомов, и причинный момент травмы может быть по своей незначительности упущен из виду.

Большинство описанных случаев переломов п. о. п. п. является односторонними и преимущественно 3—4 позвонков, что по данным Гольдана, Внарта наблюдалось в 40%. Более редки переломы всех поперечных отростков на одной стороне, а еще реже с обеих сторон.

По своему механизму и характеру причиненной травмы все переломы п. о. п. п. можно подразделить на 2 группы: на прямые или непосредственные и косвенные или посредственные. За последние 3 года в 1-й хирургической клинике БГМИ и Центр. рентген. ин-те наблюдалось 6 случаев переломов п. о. п. п. от прямой и непрямой травмы.

Считаю необходимым кратко остановиться на наших случаях, и также разобрать вопрос о диагностике и механизме этих переломов.

Переломы от прямой травмы.

Случай 1-й. (Журн. № 20314). Вусль И. 36 л., десятник, на работе получил удар железными воротами по спине. Сразу упал и не мог подняться. Был доставлен в клинику. Рентгенография: отлом всех п. о. п. п. справа, отлом попер. отр. I—II поясн. позвон. слева, перелом тела II поясн. позвонка, перелом таза. Смерть на 5-й день.

Случай 2-й. (Журн. № 19474). Мч Ая. 10/XII 30 г. был ушиблен поездом. Доставлен в клинику. Рентгенография: перелом V поясничного позвонка, перелом всех п. о. п. п. справа. Больной исцелился (рис. 1).

Переломы от не прямой травмы — отрывы.

Случай 3-й. (Журн. № 20719). М-в Ф., 22 г., кр-ц, был доставлен в рентгенологический кабинет из военного госпиталя 4/I 1933 г. Два месяца тому назад во время охоты упал с подвздош. и через него должно было пересечь колесо.

Желая избежать опасности, больной быстрым движением как-то повернулся в сторону и при этом почувствовал резкую боль в спине, но таким образом колесо через него не перескало. В течение 2-х мес он обращался к врачам, все трактовали это как ушиб с аггравацией. Больной был направлен в военный госпиталь. Рентгенография обнаружила отрыв всех п. о. п. п. слева.

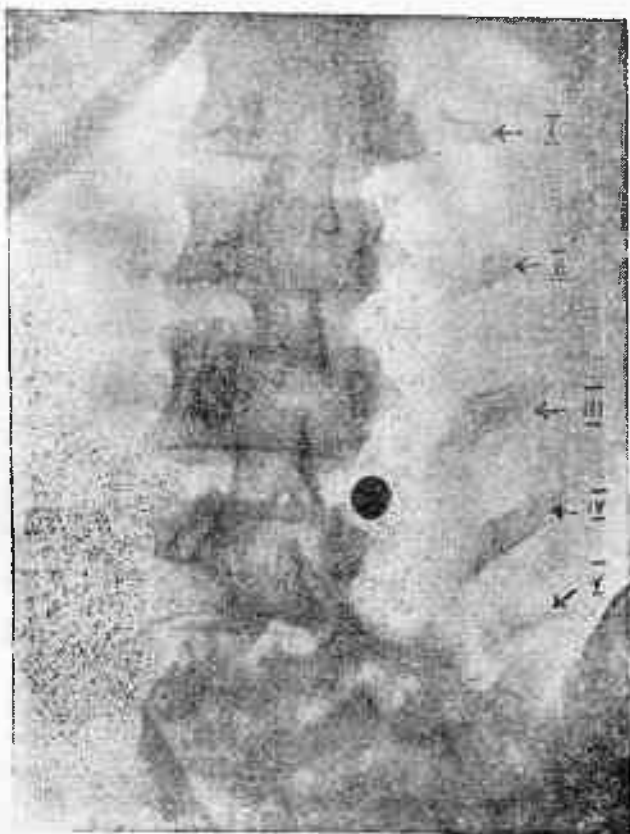


Рис. 1.

Случай 4-й. Т-в Н., кр-д, 22 лет. Проходил по двору во время учебной верховой езды и попал под лошадь. Когда ездок крикнул и одернул лошадь назад, он быстрым поворотом выкрутился из-под лошади и отделался незначительными ушибами. Во время поворота почувствовал боль в животе. Несколько дней лежал в постели, после чего был направлен на рентген. Рентгенография обнаружила отрыв I—II—III—IV п. о. п. п. справа.

Случай 5-й. (Ист. бол. № 825). П-в Ив. 35 лет, крестьянин, работает на торфоразработках. Возвращаясь с работы верхом на лошади, встретил в поле трактор. Лошадь испугалась и понесла. Желая удержать лошадь, больной долго координировал свои движения, напрягал всю мускулатуру спины и бедер и, несмотря на все это, упал с лошади и ударился. Жалобы на боли в спине, грудной клетке, затрудненное и болезненное дыхание. Объективно: резкая болезненность при дыхании, левосторонний сколиоз, гиперальгезия кожи на стороне ушиба. Главное наше внимание было обращено на грудную клетку—ребра. Больной был помещен в стационар. Покой, наркотические средства, тепло. Рентгеноскопия грудной клетки:

никаких изменений не обнаружено. Через некоторое время больной выписался с небольшим улучшением. Спустя 5 дней он снова вернулся в клинику с такими же жалобами в болях, как и в первый раз. При вторичной рентгенографии лумбальной области обнаружено: отрыв I—II—III—IV п. о. п. с. слева.

Случай 6-й (Истор. бол. № 1528). Ю. ч. А., 22 лет. Студент Энергетического института, отбывал производственную практику на Везграссе. Получил задание совместно с товарищем прочистить „очистительную сетку“. Сетка весом приблизительно в 25 пуд. была приподнята. Вследствие несправности блока, последняя сорвалась и стала падать. В момент падения сетки больной находился под ней. На крик товарища он стал бежать. Добежав до стены, он почувствовал удар в спину в области лопаток. В этот момент больной как-то грубо повернулся назад и очутился в сидячем положении лицом к сетке. Больной болей ничего не помнит. В бессознательном состоянии он был доставлен в ближайшую районную больницу и пролежал 2 недели. По приезде в Минск он обратился в 1 хир. клинику. Общественно: ходит, опираясь на палку, боли в пояснице слева, следы рассасывающегося кровоизлияния на спине в области лопаток. Рентгенография: отрыв попер. отр. 3—4 поясн. позв. слева.

Придя тем разбирать вопрос о механизме, напомним в нескольких словах нормальную анатомию поясничного отдела. Поперечные отростки расположены в глубине от поверхности тела и защищены целым рядом мышц и фасций, на которых главным образом следует упомянуть о *M. Eriector dorsi Communis*, который представляет собой весьма сложную мышцу, располагающуюся на обе стороны от позвоночника, и обуславливает разгибание позвоночника и вращение позвоночника по отношению друг к другу. В дальнейшем эта мышца разделяется на 2 отдела, из которых первая и вторая отходят от нижних остистых и поперечных отростков и перекрещиваются, образуя направление, обратное первому. Кроме упомянутых мышц, в поясничном отделе к поперечным отросткам прикрепляются еще более мощные мускулы, как: *M. Quadratus lumbor. i m. Psoas major*. Связочного аппарата п. о. п. с. не имеют.

Для непосредственного перелома изолированных (без мышц и фасций) поперечных позвонков большой физической силы не требуется. Однако, наблюдая за случаями бытового и промышленного травматизма, следует констатировать, что в сравнении с частыми ушибами и поврежденными спиной и поясницей, переломы позвонка и в частности п. о. п. с. наблюдаются сравнительно редко. Мы имеем случаи, когда после падения на спину получался подкожный разрыв почки, и другом случае длительная гематурия, все же позвоночник оставался невредимым. Видимо, мощный мышечный фасциальный вал, который покрывает п. о. п. с., служит как бы буфером, защищающим их в значительной степени от непосредственной, прямой, грубой травмы. В тех случаях, где предшествовала значительная грубая травма, почти всегда получается сложный перелом позвонка, где кроме поперечных отростков повреждаются и тела позвонков, дужки, тазовые кости и т. д. В качестве примера мы можем привести наш 1—2 случая или случай, демонстрируемый Кромаренко, когда через работника, лежащего на земле, прошло колесо трактора и вызвало перелом всех поперечных отростков на одной стороне и последнего — на другой, одновременно был перелом таза с расхождением в лобковом и левом крестцовом подвздошном соединениях.

Некоторые авторы считают, что переломы п. о. п. с. возможны только от непосредственной травмы. Но как объяснить тогда переломы п. о. п. с. в тех случаях, когда не было прямой травмы или травма была крайне незначительная? Как объяснить переломы в нашем 3—4—5 случаях или в случае, описанном Поповым, когда больной поднял тяжесть около 4-х пудов и почувствовал резкую боль в правой половине живота. На рентгене обнаружено было: отрыв поперечного отростка 4 го поясничного позвонка справа. В таких случаях приходится говорить не о переломе, а об отрыве п. о. п. с. силой сокращающихся мышц, главным образом *M. quadrat. lumbor. i m. Psoas major*. Даже в тех случаях, где одновременно с сильным напряжением в указанных мышцах была небольшая прямая травма, все же надо полагать, что перелом наступил не вследствие прямой травмы, а вследствие отрыва силой мышечного.

напряжения во время уваливания от удара в момент быстрого неудобного, иногда защитного поворота. Проф. Волкович допускает, что здесь играет роль и ненормальная ломкость этих частей.

Таким образом при травмах прямых—непосредственных следует употреблять термин перелом, а при не прямых—отрыв п. о. п. и.

Травматические повреждения позвоночника и вообще заболевания поясничной области встречаются очень часто среди рабочих рудников и шахт и являются профессиональными заболеваниями углекопов. В качестве такой профгравмы проф. Вегнер указывает на отрывы боковых отростков у поясничных позвонков силою напряжения мышц, которые наблюдаются у углекопов при работе в забое, сидящих в согнутом положении с поджатой под себя ногой. При ударе груди угля по спине, забойщик опрокидывается на сторону. Ввиду того, что он занимал неудобное положение, то при падении получающееся рефлекторное движение туловища повышает напряжение в мышцах до крайней степени. Подвергнувшись предельному напряжению длинные мышцы на данной стороне спины силою сокращения отрывают поперечные отростки, к которым они прикреплены. Перечерченные отростки ломаются, как показывает целый ряд рентгенограмм, чаще всего недалеко от их верхушки. По Тантону переломы п. о. п. и. происходят по определенному правилу, а именно, линия излома имеет косое направление, снизу - внутри кверху-наружу. На нашем материале, который насчитывает 27 переломов отдельных отростков, мы этого правила установить полностью не могли. Косые переломы, которые соответствовали бы правилу Тантона, мы частично получали при отрывах вследствие сокращающихся мышц. При переломах вследствие прямой-грубой травмы, отростки ломались без всякого правила в разных направлениях.

Что касается диагностики переломов п. о. п. и., то она большей частью является нелегким делом. Вообще, все повреждения позвоночника нужно отнести к отделу трудно диагностируемых заболеваний в медицине.

Клерк, описавший 52 случая перелома позвоночника, указывает, что в $\frac{1}{2}$ повреждения вовсе не были распознаны, а в $\frac{1}{2}$ были распознаны только через промежуток времени от 5 недель до 15 лет. Это явление объясняется тем, во-первых, что данные рентгена и клиники не совпадают, а, во-вторых, очень распространенным мнением, что переломы позвоночника должны сопровождаться тяжелыми клиническими явлениями. Астров, выступавший на съезде врачей Средн. Азии в 1928 году, на основании материала в 30 с лишним случаев, также утверждает, что переломы часто не диагностируются, и спустя много лет рентген обнаруживает деформации, чаще всего в поясничном отделе. Голландский, занимающийся в нашем Сов. Союзе изучением поясничной боли среди рабочих различных отраслей производства, на основании клинического и рентгенологического материала в 425 случаев, различает 8 форм поясничной боли. Переломы п. о. п. и. он относит к отделу „закрытых переломов поясничной части позвоночника“, при чем указывает, что эти повреждения являются редкими и очень трудно и редко диагностируемыми. На основании данных литературы и нашего материала нужно указать, что особых характерных симптомов для диагностики переломов п. о. п. и. не имеется. Диагностика прямых переломов, где в большинстве случаев одновременно имеется сложный перелом и других отделов позвоночника, а иногда и таза, больших затруднений не представляет. Сама по себе диагностика перелома поперечного отростка в таких случаях не имеет особого значения, ибо при этом почти всегда выступает целый ряд явлений, дающих возможность ставить суммарный диагноз перелома позвоночника. Особое затруднение для диагностики представляют случаи отрывов п. о. п. и. силою мышечного напряжения. Основным из общих симптомов—боль в пояснице, которая может иррадиировать и в соседние места,

Затрудненное и болезненное дыхание может иногда отвлекать внимание врача на грудную клетку и ребра. Боли и затруднения при наклонении тела вперед. Гиперестезия кожи и небольшой сколиоз на стороне перелома. В единичных случаях некоторыми авторами отмечается положительный симптом Тренделенбурга (со стороны ягодицы) (Вестерман) и паралитическая непроходимость кишечника, вследствие забрюшинного кровоизлияния с распространением между листками брыжейки (Кромаренко).

Из числа обращающихся в наши амбулатории и медпункты большой процент падает на больных с жалобами на „боли в пояснице и крестце“ после невольного поворота или после подвигания чрезмерной тяжести, падения и т. д. Памятуя о возможности перелома п. о. п. п., всегда следует самым подробным образом выяснять, при каких обстоятельствах и каким образом началось заболевание, ибо такого рода больных сплошь и рядом не подвергают детальному исследованию, ограничиваясь диагнозом люмбаго и назначением какого-нибудь натирания. Главным и решающим моментом в диагностике все же остается рентгеновский снимок, иногда повторный, без которого почти невозможно окончательно распознать это страдание. В качестве диагностического приема в случаях с длительным течением, не поддающихся обычному консервативному лечению, проф. Голяницкий предлагает делать эксплоративную люмботомию, которая может одновременно служить и лечебным мероприятием, при этом предупреждает, что показания к этой операции должны быть самые строгие.

Выводы.

1. Переломы—отрывы п. о. п. п. встречаются сравнительно редко, все же они случаются чаще, чем мы их распознаем.
2. Диагностика отрывов п. о. п. п. в большинстве своем затруднена.
3. Термины „отлом“ и „отрыв“, которыми пользуются как тождественными, должны быть расчленены, для внесения ясности в происхождение и механизм травмы.
4. При люмбалгиях с длительным течением, неподдающихся обычному консервативному лечению, не следует забывать о переломах п. о. п. п. и направлять таких больных на рентген.
5. Внимательный осмотр и подробный анамнез с выяснением всех деталей происшедшей травмы должны служить диагностическим подспорьем.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного
медицинского института (директор заслуженный деятель науки
проф. А. В. Вишневский).

К хирургии желудка.

В. И. Пшеничников.

Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта язва желудка и двенадцатиперстной кишки, при определенных показаниях, наиболее часто дают повод к оперативному вмешательству. Сведения об этих заболеваниях мы находим уже в далеком прошлом (Цельзий, Гален).

Современное учение о язве имеет своим источником исследования Cruveilhier (1791 — 1874), который выделял это заболевание в самостоятельную форму, подробно описал клиническую картину, указал способ распознавания и основные принципы лечения.

Разработка же вопросов этиологии и патогенеза язвенной болезни принадлежит Rokitansky и Virchow'у.

В вопросе о способах операции при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки нет единства, и он до сих пор еще обсуждается на врачебных съездах и конференциях.

Наша клиника не разделяла крайних тенденций в этом вопросе. Учитывая важность роли дуоденальной регургитации, мы ставили показания для гастроэнтеростомии в случаях язв желудка и двенадцатиперстной кишки, где тонус желудка еще сохранился, где не было расширения его, где была хорошая проходимость пилоруса и не было мозолистых изменений и стеноза его. В этих же условиях мы предпочитали делать гастроэнтеростомию у больных молодого возраста, имея в виду способность к регенерации трофически измененных тканей. При каллезных язвах, сопровождавшихся стенозом привратника, расширением желудка, вялостью и атонией его стенки, мы ставили показания к обширной резекции.

С развитием оперативной техники и применением местной анестезии, упреки в отношении обширной резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки все более и более утрачивают свое значение.

Осложнения после резекции наблюдаются реже, чем после гастроэнтеростомии, но смертность остается все еще высокой, достигая 5 — 20%.

Радикализм операции приобретает исключительное значение при раке желудка. Резекция желудка при этом обычно разворачивается в сложную операцию. Здесь еще более актуально значение местной анестезии при операции, сопровождающейся все еще высокой смертностью (18 — 50%).

За истекшие 7 лет наша клиника имела 486 желудочных больных, среди которых лишь 381 имели показания к операции. Эти больные все оперированы под местной анестезией по способу ползучего инфильтрата.

Локализация язвы (164 резекции желудка).

В пилорической части малой кривизны — 81 сл. в среднем отделе малой кривизны — 23, у кардии — 17, на большой кривизне — 4, на задней стенке желудка — 32, множественные язвы желудка — 7.

Пенетрирующих язв в печень и поджелудочную железу было — 36. Среди 72 случаев рака желудка мы имели: Аденокарциному — 41 сл., скirr — 21, другие формы рака — 10 сл.

Д и а г н о з	Колич.	О п е р а ц и и	Смертность	Возраст б-вых
Ulcus ventriculi . . .	164	Billroth I . . . 18	1	26-55 л. Боль- шая часть 30-45 л.
„ duodeni . . .	21	Billroth II . . . 167	4	
„ ventriculi . . .	1	Gastrectomia totalis	1 0	
„ duodeni . . .	9	Паллиативная резекция по Finsterer'y . . . 9	3	
„ pepticum jejunum	10	Degastroenterostomia, Billroth I . . . 4	1	35-65 л. Боль- шая часть 45-55 л.
Друг. последствия GSA	4	Degastroenterostomia, Billroth II . . . 9	0	
		Degastroenterostomia	1 0	
		Billroth I 10	2	
Cancer ventriculi . . .	72	Billroth II 58	4	8,8%
		Gastrectomia totalis . . 4	1	
Ulcus ventriculi . . .	48	Gastroenterostomia . . 100	1	1%
„ duodeni . . .	52			
				24-60 л. Боль- шая часть 30-40 л.

Со времени доклада Mikulicz'a на хирургическом конгрессе (1887) установился взгляд, что при острых профузных желудочных кровотечениях хирургическое вмешательство не показано. Но уже Roux (1893) впервые с успехом применил при этом перевязку сосудов и экспизию кровоточащей язвы. И до сих пор еще нет единства в вопросе лечения профузных желудочных кровотечений. Многие авторы считают возможным при этом выжидание и применение терапевтических процедур, другие же (Finsterer, Rauchet, Юдин и др.) считают показанным немедленное хирургическое вмешательство — резекцию желудка.

Большое значение имеет здесь переливание крови, а местная анестезия при операции в этих условиях имеет решающее значение. На небольшом, сравнительно, материале, мы убедились в преимуществе резекции при остром профузном желудочном кровотечении. Из 7 больных мы потеряли одного, которого не оперировали.

В течение последних трех лет ведется большая дискуссия о выборе способа оперативного вмешательства при так называемых нерезецируемых язвах, к числу которых относят тяжелые случаи глубокосидящих язв двенадцатиперстной кишки и высокосидящие, кардиальные язвы малой кривизны. Понятие об этих язвах не лишено субъективизма, частота их у разных авторов колеблется от 6 до 55%. Успехи хирургии желудка создали тенденцию к радикализму и при этих язвах.

При глубокосидящих язвах двенадцатиперстной кишки Finsterer (1917) предложил резекцию для исключения привратника. При высокосидящих язвах малой кривизны Madlener (1923) предложил паллиативную резекцию антральной части желудка, Rauchet — субтотальную резекцию „en gouliere“, Вознесенский (1928) — резекцию по методу низведения, Schmieden — седлообразную, Kirschner (1932) — дистальную. При рецидиве пептической язвы тощей кишки, Kreuter (1924) также предложил паллиативную резекцию.

Продолжающийся и до сих пор спор о пилорусе (Friedemann, 1934) разделил сторонников резекции для выключения привратника на две группы: одни авторы, как правило, при этой операции удаляют и пилорус, другие — оставляют пилорус на месте, считая рискованным удаление его в трудных случаях т. н. нерезецируемых язв. Кроме высоких цифр смертности (до 20%), после резекции для выключения привратника возникают серьезные осложнения (пептическая язва тощей кишки (4—27%), дуоденальная фистула и др.). Резекцию для выключения привратника по Finsterer'у мы применили в 9 трудных случаях глубоко-сидящих язв двенадцатиперстной кишки и потеряли 3-х больных от дуоденальной фистулы на поздних сроках (до 2-х мес.). За последний год мы пересмотрели нашу точку зрения в этом вопросе.

Дегастроэнтеростомия с резекцией желудка представляет собою сложную операцию, показанием для которой обычно служат пептическая язва тощей кишки и другие осложнения, возникающие на разных сроках после гастростомии.

При этом, сложность патолого-анатомического субстрата делает операцию в высшей степени трудной. Эта операция часто затягивается, так что применение общего наркоза при ней противопоказано. Среди существующих же способов местного обезболивания лишь наш метод местной анестезии обеспечивает планомерное выполнение всей операции с начала до конца без какого-либо компромисса к общему наркозу. В нашем материале 14 дегастроэнтеростомий; мы потеряли лишь одного больного на 4-й день после операции. Исключительную ценность приобретает здесь гидравлическая пренаровка, которая в высшей степени облегчает доступ к анастомозу.

Еще большее значение приобретает применение нашей анестезии при полной гастрэктомии. В настоящее время число этих операций превышает 200 случ., с 80 благополучными исходами.

Термином тотальная гастрэктомия нередко злоупотребляют в литературе. Полными гастрэктомиями следует считать лишь те случаи, где неоспоримо доказано, что на одном конце удаленного желудка имеется отрезок пищевода, а на другом — двенадцатиперстной кишки. В нашем материале 5 полных гастрэктомий, в строгом смысле этого слова (4 по поводу рака и 1 по поводу язвы). Из 5 больных мы потеряли одну больную преклонного возраста, у которой одновременно была удалена и селезенка. Один из больных, оперированный по поводу рака желудка, находится у нас под наблюдением около 5 лет.

Одним из серьезных осложнений после операций на желудке является атония; часто она наблюдается и после других операций, в особенности на печени, а также и при некоторых заболеваниях вне связи с оперативным вмешательством.

В развитии этого осложнения общий наркоз играет немаловажную роль (Kelling, Braun, Seidel, Payr, Lee, Лесной и др.). По наблюдениям нашей клиники атония желудка после резекций была реже, чем после гастростомии, а при резекции — после Billroth'a II реже, чем после Billroth'a I.

Так как роль общего наркоза в развитии этого осложнения неоспорима, то отсюда следует, что из методов местной анестезии при операциях на желудке, реже будет сопровождаться атонией тот, который

абсолютно не имеет никакого компромисса к общему наркозу. Этому положению наиболее удовлетворяет применяемый у нас метод местной анестезии проф. А. В. Вишневецкого. Метод этот прост, доступен широким кругам хирургов, в рамках его укладываются все операции на желудке, он эффективен и в своей динамике тесно увязан с каждым моментом операции. (Описание его см. в руководстве проф. А. В. Вишневецкого. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Татвиздат, 1933, Казань).

При наличии слизистых спаек и сращений, при интратрахеальной инфильтрации в печень или поджелудочную железу, новокаиновый инфильтрат и гидравлическая препаровка в высшей степени облегчают трудные моменты операции.

Вопрос об этиологии язвенной болезни до настоящего времени живо интересует теоретиков и клиницистов. Многочисленные теории, пытающиеся объяснить причину этого заболевания, в основном исходят из патолого-анатомических изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки под влиянием физических и химических факторов, поражений сосудов, центральной, периферической и вегетативной нервной системы, количественных и качественных изменений, компонентов желудочного сока, расстройств эндокринных желез, понижения резистентности организма и ацидоза тканей, конституциональных моментов и тяжелых условий быта и труда. Не имея возможности хотя бы в кратком обзоре остановиться на всех теориях и взглядах, подчеркну лишь, что в последние годы в этом вопросе большое внимание уделяется роли нервной системы.

На основании клинических наблюдений над применением блока по Вишневецкому мы также получили доказательства роли нервной системы в развёртывании и течении патологического процесса при язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти наблюдения позволили прийти к выводу, что „язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — своеобразный трофоневроз в специфических условиях органа“ (проф. А. В. Вишневецкий).

Из Акушерско-гинекологической клиники Саратовского университета
(директор проф. Н. М. Какушкин).

Травматический разрыв лонного сочленения в детском возрасте.

Проф. Н. М. Какушкин.

Этиология разрывов лонного сочленения двоякая. Наиболее наблюдаются разрывы пуэрперальные, исключительно, конечно, у взрослых, при различных видах насильственного разрешения, например, при извлечении плода щипцами. Такие разрывы во время родов могут быть и при произвольных родах, так называемых спонтанных (23%), и даже после родов. Пуэрперальные разрывы лона чрезвычайно редки: Строганов наблюдал на 34000 родоразрешений 3 разрыва, а Бубличенко на 36000 родов—ни одного. В 1910 и 1911 гг. в Сиб. городских родильных приютах на 44000 родов не наблюдалось ни одного разрыва лонного сочленения. По немецким статистикам, один случай разрыва приходится на 10.000 родов.

В отдаленном прошлом такие разрывы в 35,5% случаев давали смертельный исход. Причины смерти—ранение мелких частей, нагноение, кровотечение. В настоящее время процент смертности, конечно, значительно ниже. При выздоровлении обыкновенно происходит или полное сращение концов лобковых костей или расхождение их остается навсегда, но последнее обстоятельство на походку не влияет.

Благоприятствующим обстоятельством для пуэрперальных разрывов является физиологическое размягчение лонного сочленения под влиянием беременности (токсикоз?), но, само собой разумеется, не исключается при этом как причинный момент и грубое акушерское вмешательство, по крайней мере, в большинстве случаев.

Другая категория разрывов лонного сочленения относится к области общей хирургии и специального отношения к пуэрперальному процессу не имеет. Это, так сказать, хирургические разрывы лона обыкновенно включаются в общую группу переломов таза (König).

Некоторые авторы говорят о вывихе в лонном сочленении, хотя обыкновенно оговариваются, отмечая, что лонное сочленение не сустав, а синхондроз, составленный из гиалинового и волокнистого хряща и содержащий в себе полость. Впрочем, термин „вывих“ сохраняется для тех случаев, где при разрыве лона концы костей смещаются, для тех же случаев, где концы только расходятся, применяется термин „дистаз“ (E. Fimm. Ueber Symphysenluxationen D. Z. f. Chir. 1929, 213. 5. 231).

Вообще переломы таза редки. Статистика Purit'a—0,3% к общему числу костных переломов. Бейюл (Нов. хир. арх. 1922, 11, стр. 351) нашел широкие колебания этого процента, от 0,03% до 2,93%. В Истияте скорой помощи им. Склифасовского в Москве за 4 года наблюдалось 5% тазовых переломов (к общему числу переломов костей).

Наиболее ломается лобковая кость. У Кургана—на 49 случаев перелома таза—29 раз (59,2%) (Новая хир. 1926, № 4, стр. 377). В одном

из госпиталей Нью-Йорка за 1925—1928 гг. наблюдались 35 случаев перелома таза, из них перелом лобковой кости встретился в 24 случаях (68,5%).

В каком отношении к переломам таза встречается разрыв лонного сочленения? За 10 лет в Петропавловской больнице в СПб. было 35 случаев перелома таза, из них только в одном случае расхождение лона—около 3% (Морозова). На 35 случаев перелома таза в Нью-Йорке 4 случая расхождения лона—11,4%. По другой американской статистике, за 8 лет (1920—1928) на 125 переломов—9 случаев расхождения лона (7%).

Перелом таза и разрыв лонного сочленения чаще всего происходит от сдавливания таза автомобилем, телегой и проч. травмой. За последние годы число переломов таза и расхождения лона возрастает именно вследствие увеличивающегося и усложняющегося уличного движения William R. Gilshour (Ann. of Surgery 1932, 95, № 2, p. 161) сообщает, что из 81 случая перелома таза лишь в 23 случаях (28,4%) перелом получен на производственных, остальные все на улице от экипажей.

Разрыв лонного сочленения может произойти изолированно, без перелома костей. Известны опыты Areilza (Breus u. Kolisko. Die pathologischen Beckenformen. Bd. II, 5. 528) при фронтальном сдавлении таза силой в 100 килограммов получается расхождение лона, но бывают случаи, где и 400 килограммов не в силах произвести разрыва лона; индивидуальные различия велики. Опыты Кузьмина (Breus u. Kolisko) показали большую устойчивость лона в сравнении с другими сочленениями таза и даже в сравнении с костями. С другой стороны, возможные переломы лобковых костей и разрыв лона при ничтожной травме, действующей даже не непосредственно на таз. Сюда относятся переломы, вызываемые мышечной тягой. Негбана (Zbl. Gyn. 1914, S. 182) сообщает случай: кавалар поскользнулся на лестнице, но не упал; получился перелом лобковой кости и разрыв лона. Очевидно, травма вызвана чрезвычайно сильным и быстрым сокращением приводящих бедро мышц.

Особое отношение к травме имеют детские тазы, где, особенно в раннем детстве, нет полного окостенения таза; кости эластичны, упруги, гнутся, но не ломаются. Известен старый случай Pitha: через таз 8-летней девочки проехала телега с грузом в 75 пудов, и таз остался цел. Кроме мягкости костей детские тазы отличаются подвижностью сочленений. Естественная ширина лонного сочленения у ребенка 3 лет—10 миллиметров, у 20-летнего—6 миллиметров, у вполне взрослого—2 миллиметра (Fr. Krauss. Ueber Symphysen sprengung, z. f. Chir. 1930. № 3, S. 134). Неудивительно поэтому, что сильное сдавление таза у детей вызывает скорее разрыв лонного сочленения, нежели нарушение целостности кости.

Я встретил в литературе несколько случаев разрыва лонного сочленения у детей.

Случай Вакеса (Zbl. Chir. 1912, S. 397). Реб. 2½ лет попал под телегу. Разрыв лона, расхождение на 6 см. Наложен особый сдавливающий аппарат. Хороший результат в анатомическом и функциональном отношении.

Случай Winkler'a (Arch. f. Gyn. 1870, 1, S. 346). Девочка. 1 года 6 нед., попала под телегу; разрыв лона, с отрывом хряща от кости. Через 4 недели ребенок свободно бегал. При исследовании больной через 15 лет обнаружена задержка в развитии правой лобковой кости: конец ее отошел далеко от средней линии, в то время, как оставшийся конец левой кости расположен правильно, у средней линии. Между концами костей плотно-эластический соединительнотканый тяж, длиной 2—3 см., растягивающийся при разгибании ног до 4 см. Востальном жидичана правильно сложена и имеет хорошую походку.

Случай Muret (Hegar's Beitr. fur Geb. u. Gyn. 1903. VII, S. 325). Девочка. 4½ л. попала под телегу. Расхождение лона с повреждением наружных половых частей. Пролежала 6 месяцев, но через 6 недель после травмы могла уже ходить, а через 2 месяца бегала. Теперь, через 20 лет, здорова. Между концами лобковых костей соединительнотканый, тяж, длиной 8½ см.; он может растягиваться

до $10\frac{1}{2}$ см, а при положении для камнесечения даже до 12 см. Рубцы на наружных половых частях; кишечно промежностный свищ.

Случай Wankе (D. Z. f. Chir. 1929, 220, S. 425). Девочка, 7 лет, попала под трамвайный вагон. Перелом лобковых костей, разрыв лонного сочленения, ранение влагалища. Через 5 недель раны зажили, осталось расхождение лона.

Случай Соппа (Bruns Beitr. 1905, 45, S. 539.). Дев., $1\frac{1}{4}$ г., придавлена телегой с грузом в 30 центн. Упала на живот, телега проехала между ногами. Ранение наружных половых частей, расхождение лона в 6 см, недержание мочи. Повязка, покой. Через 2 недели расстояние между костями 3 см, еще через неделю — на поперечных пальца. На 7-й неделе стала ходить без помощи, широко расставляя ноги.

Случай Frankenhеймa (Zbl. Chir. 1926, S. 1519.). Девочка 4-х лет. Перескал экипаж. Повреждение пузыря, разрыв лона. Выздоровление.

К этим шести случаям я присоединю наш случай. Девочка 6 лет, была приведена в клинику с жалобой на недержание кала. Из расспроса выяснилось, что четыре года тому назад, когда ей было 2 года, она в деревне попала под телегу. После этого она не могла передвигаться и была доставлена в местную больницу, но пробыла там недолго, была взята родителями домой, где оставалась без врачебной помощи. Вскоре после этого она, постепенно поправляясь, стала ходить без помощи и в настоящее время имеет хорошую походку.

Сложена хорошо, имеет полный разрыв промежности, рубцы на наружных половых частях после заживших ранений и расхождении лонных костей на 6 см (см. рисунок). Других повреждений в тазу при рентгеноскопии не обнаружено. Между разошедшимися лобковыми костями натянута плотный соединительнотканый тяж, несколько расслабляющийся при сдавлении таза с боков¹⁾.

Расстройство со стороны мочеиспускания не было в нет.

Произведена операция восстановления целостности промежности и прямой кишки, с хорошим результатом (1919, 29 VII, история болезни № 972).

При заживлении раны отмечено весьма интересное явление: очень быстрый рост окружающих рану здоровых тканей, формирующих промежность; расстояние между входом во влагалище и отверстием заднего прохода, т. е. так называемая высота промежности, росла, как говорят, на глазах; размеры промежности отмечены по дням: 6/IX — 0,5 см, 15/X — 0,75 см, 23/XI — 1 см, 10/XII — 2,25 см, 28/XII — 2,4 см.

Девочка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.



Рис. 1.

Таким образом наш случай, как видно из приведенного описания, является очень похожим на все остальные, взятые из литературы. Приходится делать заключение, что определенная травма (падение под экипаж) влечет за собой определенную форму повреждения детского таза — разрыв лонного сочленения. Цело обыкновенно заканчивается выздоровлением в функциональном отношении. Возможно восстановление формы и с анатомической стороны, если после травмы применяется соответствующая корсетная повязка. Чрезвычайно характерным и закономерным является образование особого тяжа-ленты между разошедшимися концами лобковых костей, которую Waldstein назвал тазовой пружиной или рессорой. Эта рессора компенсирует недостаток лонного сочленения и сохраняет эластич-

¹⁾ Рисунок сделан по рентгеновскому снимку, на котором тяж не виден.

ность в движениях других тазовых сочленений. Было бы очень интересно проследить в дальнейшем, как могли бы протекать беременность и особенно роды при таком тазе, и мы имели это в виду, воздерживаясь до поры до времени от публикации нашего случая. К сожалению, больная через несколько лет после выписки из клиники исчезла из-под наблюдения.

Описанное здесь повреждение таза у детей, как видно из собранного материала, заканчивается обыкновенно благоприятно, но далеко не так обстоит дело у взрослых. Из 15 случаев изолированного повреждения лонного сочленения, собранных Сohn'ом, в 13 случаях были взрослые. Из этого числа погибло 6 человек—все взрослые, что к общему числу собранных случаев составляет 40%. Причина гибели—повреждение соседних органов, главным образом, мочевого пузыря и тазовой клетчатки. С акушерской точки зрения интересны случаи разрыва лонного сочленения у всадников, во время верховой езды, когда части седла, аналогично головке плода, вколачиваются в таз напоподобие клива.

Из Акушерско-гинекологической клиники КГМИ (директор проф. Н. В. Маненков, научный консультант заслуженный деятель науки проф. Н. С. Груздев).

Ведение последового периода родов по способу д-ра Роговина.

Асс. М. А. Романов и асп. И. В. Данилов.

Несмотря на то, что акушерство является одной из старейших медицинских дисциплин, вопрос о ведении последового периода родов продолжает оставаться открытым, и в периодической медицинской печати до последнего времени появляются статьи, предлагающие т. наз. „новые способы“ ведения его. Однако эти якобы новые способы на деле представляют собою ничто иное, как модификации старых. Так, В. Е. Роговин недавно предложил свой „профилактический активный способ“ ведения последового периода, обоснованный точными законами механики, который, в сущности, представляет собою усовершенствование старого способа, заключающегося в отделении и извлечении последа потягиванием за пуповину. Что этот способ не новый, свидетельствует история родо-вспоможения.

Так еще Ambroise Paré, решительным образом выступая против выжидательного метода, горячо рекомендовал удалять послед немедленно после рождения младенца путем влечения за пуповину. Его ученик Guillemeau, сильно опасаясь задержания последа в матке, также предложил приступать к влечению за пуповину тотчас после того, как ребенок родился и еще не отделен от пуповины. Такого же мнения придерживаются и такие корифеи старого акушерства, как Mauriceau и Desventer. Не веря в возможность самопроизвольного отделения и выделения последа при помощи естественных сил природы—схватки и retractions матки, они рекомендовали как можно скорее применять способ влечения за пуповину, а в случае бесполезности его прибегать к ручному отделению последа.

Однако в XVIII столетии ряд акушеров—Ruysch, Puzos и др. начинают смело доказывать, что силы природы заслуживают полного доверия, и что не только изгнание самого младенца, но и выхождение детского места может быть предоставлено действию этих сил, почему и считают необходимым по рождении ребенка выжидать появления новых потуг, воздерживаясь от каких-либо манипуляций,

Таким образом период увлечения немедленным извлечением плаценты за пуповину миновал. Настало время критического отношения к этому способу. Появляется ряд статей, направленных и выявлению вредностей этого метода, каковы: отрывы пупочного канатика, частей плаценты и оболочек, выворот матки и кровотечения.

Эти осложнения наряду с учением о преимуществах выжидательного способа ведения последового периода постепенно порождают разочарование в освобождении плаценты потягиванием за пуповину. Разочарование стало особенно заметным со времени введения в акушерскую практику выжимания последа по Credé и выжидательного способа A. H. Feld'a. Усиленное применение этих способов на долгие годы заглушило интерес к извлечению последа потягиванием за пуповину, и нужно было пройти не одному десятилетию, пока не накопилось достаточное количество разноречивых результатов от активного способа Credé и expectативного—A. H. Feld'a, и не появилась резкая взаимная критика их приверженцев.

Благодаря этому снова началось искание идеального способа ведения последового периода родов, во время которого вспомнили и про старый французский способ потягивания за пуповину. Даже сам Credé, отмечая, что его способ в руках менее опытных людей часто не ведет к цели, советовал повзвальных бабкам не вставать долго на его способе, а выводить плаценту потягиванием за пуповину.

Другие представители акушерства, как Ribémont-Désaignes, разбавляя способ Credé и способ потягивания за пуповину, отдали предпочтению второму методу, предупреждая однако не приступать к нему раньше того, как детское место отделится от матки. Выжимание по Credé Ribémont-Désaignes допускает лишь в тех случаях, когда пуповина оборвалась или, когда можно предвидеть, что она оборвется при потягивании. Все содержание своей работы он резюмирует в следующих двух основных положениях: La délivrance par tractions—voilà la règle, la délivrance par expression-voilà l'exception.

Другой французский автор—Charpentier, категорически высказываясь против способа Credé, рекомендует также применять потягивание за пуповину; в тех же случаях, где это не помогает, советует пользоваться комбинированным способом—потягиванием за пуповину вместе с одновременным надавливанием на матку.

Проф. И. П. Лазаревич внес очень важную поправку в комбинированный способ Charpentier, а именно, он предложил ребром ладсти правой руки, положенной перпендикулярно к брюшной стенке выше свища, приподнимать дно матки и одновременно производить легкое потягивание за пуповину. Только в тех случаях, где послед после этого не выходил, он применял надавливание на дно предварительно выпрямленной матки. От такого ведения последового периода он видел хорошие результаты.

Д-ра П. Н. Чулихин и М. О. Бриль в свое время проверили способ Лазаревича на 729 случаях, где в 50,6% послед был удален выпрямлением матки и потягиванием за пуповину.

Проф. В. В. Строганов на VII всесоюзном съезде акушеров и гинекологов также предложил для освобождения плаценты потягивание за пуповину. Впрочем, в противоположность Лазаревичу, сочетал его с приемом Credé. Применяя этот метод там, где одно выжимание плаценты по Credé не достигало цели и где имелось настоятельное показание к ручному отделению последа, он в большей половине случаев получал хорошие результаты. Предложение проф. Строганова не встретило однако на съезде сочувствия—в прениях проф. В. С. Груздева и др. предостерегали от широкого применения его способа во избежание выворота матки и т. п. Критически также отнеслись к этому способу А. Ю. Лурье и К. Е. Ефимов. Этот последний автор предложил свой метод ведения последового периода, именно, он „легко и удобно стягивает матку с последа, пользуясь пуповиной как естественной и очень удобной точкой приложения сил“. Ефимов остался вполне доволен результатами выделения последа по тому способу, который существенно отличается от метода Строганова и очень похож на способ Роговина.

Техническая разница между способами Роговина и Ефимова заключается только в том, что первый при выделении последа становится с правой стороны роженицы, а Ефимов—с левой. Естественно, первый автор тянет пуповину правой рукой, одновременно короткими и быстрыми толчками пальцев левой руки приподнимая матку вверх. Таким образом действующей рукой у него

является левая, у Ефимова же наоборот: левая рука натискивает пуповину, а правая „нежными движениями пальцев смещает ее вверх“, т. е. является активной.

Приведенный нами исторический обзор методов ведения последового периода родов свидетельствует о том, что потягивание за пуповину прошло определенную эволюцию, технически совершенствовалось и давно оценено акушерами всех стран, только в этой оценке до сих пор нет единого мнения: в то время, как одни авторы дают об этом способе восторженный отзыв, другие говорят осторожно или прямо предупреждают не производить потягивания за пуповину, так как оно может вызвать не только обрыв последней и частичную задержку плаценты, но даже тяжелое маточное кровотечение и выворот матки.

Из-за явного противоречия этой оценке, мы и сочли необходимым проверить способ Роговина, как более усовершенствованный и технически обоснованный, на однородном материале нашей клиники, исключив и нашу статистику только случаи со срочными нормальными родами.

В ведении последового периода родов наша клиника обычно придерживается выжидательного образа действий, стремясь процесс отделения последа от маточной стенки и выделение его наружу предоставлять силам природы. Этот выжидательный образ действий у нас протекает под периодическим контролем за сокращениями матки и признаками отделения последа (Ahlfeld'a, Küstner'a, Чукалова, Schröder'a, Mikulicz-Radecky). Обычно в течение 10—15—30 мин. после рождения младенца появляются упомянутые признаки, указывающие на совершившееся отделение последа, вскоре после чего в потугах матери самопроизвольно рождается послед.

В тех же случаях, когда с момента рождения плода пройдет более получаса, а отделившийся послед не выходит, мы с целью увеличения внутрибрюшного давления производим легкое надавливание на брюшную стенку. Растирания для матки в этих случаях мы не применяем. Детское место, выходящее частью или совершенно в выходной трубке, выскальзывает благодаря *vis a tergo*. В ряде подобных случаев задержании отделявшегося последа мы пользуемся методами Абуладзе-Бера или Lichtenstein'a, причем особых преимуществ за каким-либо из этих случаев мы не видим.

Выжимание последа по Credé в нашей клинике применяется только в случаях, когда выжидательный метод оказывается не ведущим к цели, или имеются показания для немедленного удаления последа. В случаях безрезультатности способа Credé мы приступаем к ручному отделению последа.

В сопоставлении с этими методами мы и проводили наблюдения над способом Роговина, причем техника этого способа была в точности такая, как ее описывает автор, а именно, роженица лежит на спине с согнутыми в коленях ногами; к отделению последа мы приступаем тотчас же после рождения плода и отделения его от пуповины, для чего пуповина прочно захватывается клеммой вблизи половой щели; затем, осторожно натягивая ее правой рукой, мы пальцами левой руки стараемся быстрыми и короткими толчками сместить тело матки вверх. Обычно после нескольких таких отталкиваний левая рука ощущает, как разрывается связь между отделяющимся последом и стенкой матки, после чего последняя плотно сокращается, а плацента опускается в нижний

отрезок полового канала, начинает папирать на промежность и выходить наружу.

Таким способом с 1 мая по 30 ноября с/г послед был удален нами в 230 случаях. За этот же промежуток времени выжидательный способ ведения последового периода был применен нами в 1383 случаях.

Обычно в упрек выжидательному методу ставят то обстоятельство, что он связан с длительной затратой времени, обильными кровотечениями и ущемлением последа, что не только утомляет роженицу, но в ряде случаев, после бесплодных усилий выжать послед по Credé, вынуждает акушера прибегать к ручному отделению последа.

На нашем контрольном материале экспектативный способ с успехом был применен 1251 раз (90,5%). В остальных 132 случаях последовый период родов пришлось закончить с помощью легкого надавливания на брюшную стенку—96 раз, выжимания по Credé—23 раза и ручного отделения последа—13 раз. Учитывая все отрицательные последствия этих манипуляций как минус для экспектативного метода, рассмотрим результаты чисто-консервативного ведения его. Анализ относящегося сюда материала показал следующее.

Послед выделился:

через 5 мин.	в 20 сл. (2,4%)	через 30 мин.	в 108 сл. (8%)
" 10 "	" 151 " (13,2%)	" 30—60 мин.	88 " (7,3%)
" 15 "	" 284 " (23,5%)	" 1—2 часа	17 " (1,5%)
" 20 "	" 349 " (30%)	" 2—3 "	5 " (0,5%)
" 25 "	" 170 " (14%)		

Таким образом продолжительность последового периода родов, предоставленного своему естественному течению, в нашем материале в 91% случаев не превышала полчаса, что подтверждают и другие авторы (проф. В. С. Груздев, Stockel, Витт, Fabre и др.).

По мнению почти всех корифеев акушерства, в этот промежуток времени матка находится в состоянии физиологического покоя. В эту фазу она собирается с силами для предстоящего отделения и изгнания последа. Наступление кровотечения в эту фазу предотвращается как физиологическим сжатием сосудов мускулатурой матки, так и тромботическими процессами, происходящими под прикрепленной еще плацентой. Преждевременное раздражение матки нарушает „Ритмику сокращений“ (проф. Г. Г. Генгер), тромботический процесс, вызывает разрыв, несовершенное отделение нежных и рыхлых яйцевых оболочек и ведет к ущемлению последа. Поэтому „насилие акушера“ (Рогов) в эту фазу при нормальном течении родов имеет свой *raison d'être*.

Потеря крови в нашем контрольном материале за период изгнания последа выразилась следующими цифрами:

от 0 до 50 гр.	в 77 сл. (6,15%)
" 51 " 100 "	" 238 " (11%)
" 101 " 200 "	" 370 " (29, 5%)
" 201 " 300 "	" 385 " (30, 7%)
" 301 " 400 "	" 75 " (6%)
" 401 " 500 "	" 20 " (1,5%)
" 501 " 600 "	" 12 " (0,96%)
" 601 " 700 "	" 9 " (0,72%)

от 701 до 800 гр. в	7 сл.	(0,57%),
" 801 " 1000 " "	6 "	(0,48%),
" 1001 " 1200 " "	3 "	(0,24%),

Таким образом средняя первичная потеря крови при выжидательном методе равнялась 228 гр.

В последующие два часа кровопотеря была:

от 0 до 50 гр. в	613 сл.	(54,5%),
" 51 " 100 " "	489 "	(39 %),
" 101 " 200 " "	97 "	(7,7%),
" 201 " 300 " "	32 "	(2,5%),
" 301 " 400 " "	12 "	(0,9%),
" 401 " 500 " "	9 "	(0,7%),

т. е. средняя потеря крови в эту фазу равнялась 94 гр., а за весь последовый период при консервативном методе ведения его в среднем было потеряно крови 322 гр.

Очень жаль, что д-р Роговин не вывел этой цифры на своем контрольном материале, а лишь ограничился указанием, что она колебалась от 300 до 1350 гр.

Задержание оболочек при самопроизвольном выделении последа было констатировано 17 раз, что составляет 1,4%. Из них в 8 случаях последовый период протекал с субфебрильной температурой, а в одном случае даже было многократное повышение температуры.

В 95,4% случаев послеродовой период при выжидательном методе протекал вполне нормально. Однократные повышения температуры до 39° наблюдались 25 раз (2%), многократные — 18 раз (1,5%); местный септический процесс был констатирован 10 раз (0,8%), случаев общего сепсиса при выжидательном методе ведения последового периода родов не было.

Теперь рассмотрим полученные нами результаты отделения последа по способу Роговина.

По времени отделения последа наши случаи распределялись следующим образом: послед выделен —

через	0,5 мин.	в 45 сл.	(19,5%),
"	1 "	" " 86 "	(37,4%),
"	2 "	" " 53 "	(23%),
"	3 "	" " 7 "	(3%),
"	4 "	" " 9 "	(3,9%),
"	5 "	" " 22 "	(9,56%),
"	10 "	" " 3 "	(1,3%),
"	15 "	" " 1 "	(0,43%),
"	20 "	" " 1 "	(0,43%),
"	55 "	" " 1 "	(0,43%),
" 1 ч. 50 "	" "	" " 1 "	(0,43%),
" 2 ч. 35 "	" "	" " 1 "	(0,43%).

Итак послед был отделен главным образом в первые 2 мин. (80%), причем признаки его отделения еще отсутствовали. Они были налицо только в 2-х случаях, а именно при выделении последа через 15—20 мин.

Что касается потери крови, то она выразилась в следующих цифрах:

от 0 до 50 гр. в 92 сл. (40%),	в 500 гр. в 6 сл. (2,6 %),
„ 51 „ 100 „ 76 „ (33%),	„ 800 „ 2 „ (0,9 %),
„ 101 „ 200 „ 29 „ (12,6%),	„ 900 „ 1 „ (0,43%),
„ 201 „ 300 „ 12 „ (5,65%),	„ 1000 „ 2 „ (0,9%),
„ 301 „ 400 „ 8 „ (3,5%),	„ 1200 „ 2 „ (0,9%).

Средняя потеря крови была равна 144 гр. В последующие 2 часа кровопотеря колебалась:

от 0 до 50 гр. в 34 сл. (15%),	от 201 до 300 гр. в 34 сл. (14,7%),
„ 51 „ 100 „ 41 „ (41%),	„ 301 „ 400 „ 13 „ (5,6%),
„ 101 „ 200 „ 46 „ (20%),	„ 401 „ 500 „ 9 „ (3,9%).

В среднем кровопотеря равнялась 175 гр., за весь же последовый период родов в среднем было потеряно крови 319 гр.

Задержание оболочек при отделении последа по Роговину встретилось 7 раз (3%), причем в одном случае (ист. родов № 873) оборвалась почти все оболочки. Случай этот сопровождался обильным кровотечением (1200 гр.) и был закончен удалением оболочек с помощью выскабливания полости матки. Послеродовой период протекал гладко, и роженица выписалась на 6-е сутки здоровой.

Пуповина при этом способе отделения последа оборвалась в 5 случаях (2,1%), причем в одном случае было оболочечное ее прикрепление. В 3 случаях (ист. род. №№ 828, 942, 1838) плаценту пришлось выжать по Сеге, так как началось сильное маточное кровотечение, а в остальных 2 случаях послед через 10 минут родился самостоятельно в потугах матери.

Влияния присутствия мекония в околоплодных водах на прочность пуповины на нашем материале мы установить не могли.

В одном случае (ист. род. № 1818) послед был извлечен с трудом; оболочки были все налицо, но целостность плаценты осталась под сомнением. Случай этот закончился общим сепсисом с исходом в выздоровление. В остальных случаях отрывов плацентарных долек не было, плацента обычно рождалась с гладкой, ровной поверхностью.

С точки зрения затраченной силы для отделения последа наш материал распределялся следующим образом: легко отделился послед в 110 случаях (48%), со средней трудностью—в 94 случаях (40,8%), с трудом—в 19 случаях (8,2%).

В 7 случаях (3%) наша попытка отделить послед по Роговину не имела успеха. Из них в 5 случаях, как уже было отмечено выше, имел место отрыв пупочного канатика, в 1 случае—ущемление плаценты (ист. род. № 747) и в одном—приращение ее (ист. род. № 1976).

В случае ущемления последа к отделению по способу Роговина было приступлено через 5 минут после рождения плода; признаки отделения плаценты отсутствовали. Отделение продолжалось дольше обычного; послед как-будтобы стал опускаться в нижний отдел полового канала, а затем все прекратилось; наши попытки выделить послед оказались тщетными. При этом роженица вела себя беспокойно, кричала от боли. Пришлось отказаться от освобождения плаценты по способу Роговина, вырыснуть роженице пантупон и предоставить изгнание последа силам природы. Через 1 час 5 мин. послед родился самостоятельно; потеря крови была в 1100 гр.

Случай приращения плаценты (№ 1976) был закончен ручным отделением ее.

Послеродовой период в 92,7% протекал нормально, в остальных случаях были осложнения в виде: однократного повышения температуры до 39° в 8 случаях (3,5%), многократного повышения до 39° — в 5 случаях (2,1%), местного септического процесса — в 3 случаях (1,3%), общего септического процесса с исходом в выздоровление — 1 раз (0,4%).

Следует отметить при этом, что способ Роговина вовсе не является настолько деликатным, чтобы роженицы не замечали его, как об этом пишет сам изобретатель способа, — большинство женщин при этих манипуляциях реагируют выраженным болю, напрягают живот и энергично протестуют против насильственного выведения плаценты.

Сопоставляя данные, полученные нами при выжидательном методе ведения III периода родов, с теми, какие дало нам применение способа Роговина, — правда, на гораздо меньшем материале, — мы не можем уловить за последним способом особых преимуществ. Кровопотери как при том, так и при другом методе почти одинаковы, да если бы даже и оказалось, что при способе Роговина она на несколько десятков граммов меньше, то выгода от этого вряд ли искупает другие дурные последствия: задержку оболочек, отрывы пуповины и долек плаценты.

Не гарантирует этот способ и от ущемления последа. Мы знаем, что подобного рода ущемления происходят в тех случаях, когда растирание производят слишком энергично, или начинают производить его не со дна матки, а с тела или, что еще хуже, с нижнего сегмента матки. При способе Роговина пальцы действующей левой руки кладутся как раз на нижний сегмент матки и толчкообразно смещают тело ее с большой силой кверху. Благодаря этому сокращения органа могут принять неправильный характер — сокращение пойдет не со дна матки, а со стороны *isthmus'a*. Наш случай ущемления последа как раз и доказывает возможность этого осложнения.

Способ Роговина, несомненно, значительно экономит время, но этот факт может удовлетворить только нетерпеливую врача, а не интересам роженицы, а мы знаем, что нигде терпение так не вознаграждается, как именно в акушерской практике. Доказательства этому мы видим на каждом шагу. Роды представляют собою чисто физиологический акт, который природа в громадном большинстве случаев доводит до конца своими собственными силами. Поэтому „кончать роды“, вмешиваться со своим искусством, там где это вовсе не требуется, — ошибочно.

Выводы.

1. Способ д-ра Роговина, технически усовершенствованный и механически обоснованный, нельзя считать вполне безболезненным и безопасным.
2. Количество теряемой при нем крови почти такое же, как и при выжидательном способе.
3. Способ этот далеко не всегда достигает цели, и проц. неудач при нем значительно больше, чем это отмечает автор.
4. Отрывы оболочек и пуповины при этом способе встречаются сравнительно чаще, чем при выжидательном методе.

5. Нельзя считать этот способ профилактическим в смысле предупреждения кровотечения, ущемления плаценты и инфекции.

6. Однако, он несомненно, заслуживает предпочтения перед способом Сгедё в тех случаях, где требуется немедленно закончить роды.

Из Глазной клиник Казанского государственного медицинского института (дир. проф. В. Е. Адамюк) и Офтальмологического отделения Тат. института теор. и клин. медицины (зав. отд. доц. С. Б. Еналеев).

Новообразования зрительного нерва, их цитология и цитопатология.

(Предварительное сообщение).

Доц. С. Б. Еналеев.

В течение последних десятилетий в литературе описано около 300 случаев новообразований зрительного нерва. Предполагалось, что некоторые из них вырастали из оболочки нерва, но большинство их происходило из собственного нервного ствола. Гистологическая структура опухолей последнего рода определялась различным образом, — меньше чем третья часть из них рассматривалась как глиомы, некоторая часть — как невромы и остальные как опухоли мезодермальной природы. Из мезодермальных опухолей одни описывались как миксосаркомы, другие — как миксомы и третьи — как фибромы.

Изучение микроскопических срезов одиннадцати первичных опухолей зрительного нерва убедило Verhoeff'a, что почти все внутренние опухоли зрительного нерва, описанные в литературе, были глиомами. В дальнейшем автор убедился в справедливости своего мнения при изучении 12 дополнительных опухолей, — включая 6 опухолей перекреста зрительных нервов, — представленных ему д-ром Cushing'ом и описанных последним же. Как будет указано ниже, эти опухоли частью близко подходили к миксоме, так что есть основания думать, что все опухоли, частично или полностью описанные как миксоматозные, были de facto глиомами. Немногие опухоли рассматривались как ангиомы, но автору и без рассматривания срезов кажется вероятным, что они тоже были глиомами, лишь с чрезвычайно сильно развитой сосудистой сетью.

Hudson был, повидимому, первым автором, полагавшим, что все опухоли, описанные как вырастающие из ствола зрительного нерва, были одинаковой природы. При этом он не рассматривал их как истинные новообразования, но классифицировал их под названием „дегенеративный глиоматоз зрительного нерва“. По мнению давнего автора, тот факт, что эти разрастания составлены преимущественно из невроглии, — что они поражают соединительнотканную строму нервной ткани зрительного нерва, пропитывают и мягкую мозговую оболочку pia mater, причем чрезмерно разрастаются в субдуральном пространстве, и что, наконец, они гистологически сходны со многими глиомами мозга, дает достаточно оснований для того, чтобы рассматривать их как истинные глиомы.

Глиомы зрительного нерва. Трудно получить точное представление о той частоте, с какою эти опухоли попадают среди населения, но не может быть сомнения в том, что они встречаются весьма редко. Соотношение между случаями глиомы зрительного нерва и случаями саркомы сосудистой оболочки равнялось около 1:200.

Hudson нашел, что эти опухоли чаще встречаются у женщин, причем в 75% случаев они развиваются в первые 10 лет жизни, и только в одном случае опу-

холь встретила в возрасте 60 лет. Тот факт, что эти опухоли обычно появляются в раннем возрасте жизни, наводит на мысль, что они имеют врожденное происхождение и возникают на почве местных ненормальностей в развитии нервного зрительного нерва. В четырех случаях глиомы зрительного нерва уподоблялись болезни Recklinghausen's. Из того, что при этом заболевании иногда наблюдаются врожденные неправильные образования, а именно, эндотелиомы мягкой мозговой оболочки, опухоли слухового нерва и глиомы мозга, не должно следовать, что глиомы зрительного нерва относятся к нейрофибромам периферических нервов, исключая до известной степени то, что и те и другие могут зависеть от некоторых врожденных аномалий.

Клинические данные, а также данные вскрытия свидетельствуют, что в большинстве случаев опухоли эти начинаются в внутриглазничной части нерва, откуда они быстро распространяются через канал зрительного нерва на-перекрест. Первые симптомы их — это потеря зрения и экзофтальм одного глаза, вследствие чего, очевидно, почти все случаи их и были описаны офтальмологами. В некоторых случаях, — во скольких именно — трудно установить, рост их был первично внутричерепной. В этих случаях экзофтальм развивается обычно поздно, зрение скоро ослабевает и внутриглазничные части зрительного нерва становятся более или менее равномерно утолщенными. Martin и Cushing описали семь таких случаев, когда опухоль была открыта во время операции или вскрытия. Нет сомнения в том, что некоторые случаи этого рода, впервые обнаруженные офтальмологами после развития экзофтальма, рассматривались как первично-внутриглазные.

В препаратах, полученных при операции в случаях внутриглазных глиом, зрительный нерв представляется в виде ампулообразной припухлости. Припухлость эта может быть расположена непосредственно за глазным яблоком или где-нибудь на пути зрительного нерва. Твердая мозговая оболочка над опухолью обычно бывает не повреждена, но иногда местами перфорирована. Продольные срединные разрезы показывают, что опухоль состоит прежде всего из утолщенного нервного ствола, но она быстро проникает в pia и разрастается внутри субдурального пространства таким образом, что в конце концов наибольшая масса опухоли может быть внутри этого пространства. Внутричерепные опухоли существенно сходны с внутриглазными.

Bailey и Cushing классифицировали первичные опухоли мозга на основе их эмбриологической структуры, согласно с характером преобладающих в них клеток. Их классификация, без сомнения, имеет некоторую ценность для прогноза; что же касается глиом мозга, то, казалось бы, их классификация имеет меньшее значение по сравнению с глиомами зрительного нерва. Из какого рода клеток эти опухоли первично состоят, определить почти невозможно. Но нам кажется, что в основном они составлены из клеток, развивающихся из астроцитов, так как в случаях,

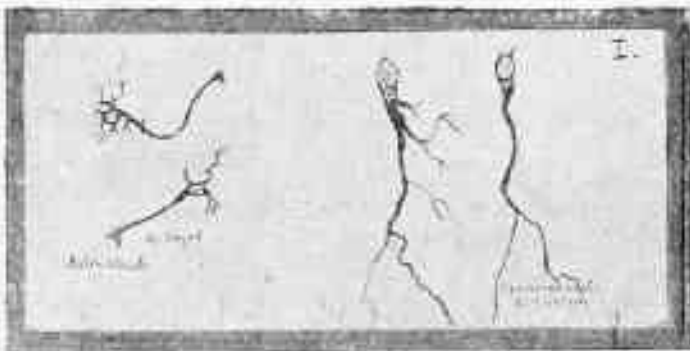


Рис. 1. (Астроциты и спонгиобласты).

когда часть нерва остается относительно-нормальной, постепенный переход астроцитов в клетки опухоли констатировать легко. По мере приближения к главному телу опухоли клетки эти становятся все более и более атипичными до тех пор, пока они не потеряют всякое сходство с астроцитами. Они становятся удлинёнными и часто обнаруживают тенденцию располагаться радиально к соединительнотканной перегородке и кровеносным сосудам,—другими словами, они принимают более или менее характер спонгиобластов. Если мы примем, впрочем, что клетки опухоли дифференцируются в такой же последовательности, как и нормальные клетки по мере эмбриологического развития, то эти клетки не могут быть рассматриваемы как спонгиобласты.

Рассмотрение нашего материала, обнимающего наиболее типичные случаи новообразований зрительного нерва в институте Wilmer'a, принуждает нас к тому, чтобы предварительно классифицировать ткани этих опухолей на три главных типа, между которыми могут быть переходные стадии. Все эти типы тканей можно обычно найти в любой опухоли, причем иногда один тип преобладает над другими.

Первый—это тонко-сетчатый тип, до некоторой степени сходный с невроглией нормального зрительного нерва. Он состоит из matrix'a—тонких фибрил невроглии, пробегающих в промежутках тонко-сетчатого синцития, в который внедрены небольшие круглые или яйцевидные ядра. Фибриллы эти могут быть с трудом различаемы и пробегают или неправильно, или большей частью в одном направлении. Клеточная сеть может быть или настолько тонкой, что ее трудно распознать, или может быть обозначена отчетливо. Ткань обычно бывает разделена соединительнотканными перегородками на полости, как в нормальном нерве, но иногда встречается в неправильных или менее явно обозначенных массах. Ядра могут встречаться или в небольшом количестве, или в изобилии, причем бывают или правильными или неправильными по форме. Обычно они окружены небольшим количеством цитоплазмы, которая слабо окрашивается и зачастую содержит небольшие вакуоли. Иногда встречаются клетки невроглии с большим количеством цитоплазмы, эксцентрически расположенным ядром и с длинными отростками, что делает их похожими на ганглиозные клетки.

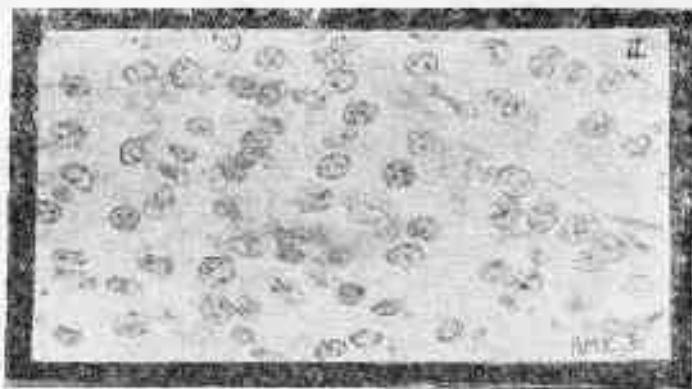


Рис. 2. (Тонко-сетчатый тип).

Второй тип ткани—тонко-сетчатый, который просто кажется преувеличением первого типа. Ядра сходны, но клеточная сеть гораздо грубее, и вакуолизация цитоплазмы чрезвычайно ярко обозначена, производя впечатление сходства с миксомой. Эта ткань проявляет особое стремление образовывать кистовидные полости, часто большого размера. Как правило, вакуоли, несомненно, бывают пусты, но в некоторых опухолях, возможно, благодаря методу фиксации, они содержат тонкие зерна и нити, которые окрашиваются гематоксилином и таким образом походят на муцины или псевдомуцины. Кистовидные полости, очевидно, происходят из вакуол, сообщающихся друг с другом. Они обычно содержат сыворотку, без сомнения выделяющуюся из сосудов. Этот процесс кистообразования кажется аналогичным кавернозной атрофии, часто встречающейся в зрительном нерве при глаукоме.



Рис. 3. (Грубо-сетчатый тип).

Третий тип ткани—это веретенообразные клетки или грубо фибриллярный тип. Опухоли этого типа состоят из грубых фибрилл невроглии, многие из которых частично имеют спиральную форму, причем между ними лежат клетки невроглии. Последние—обычно так называемые веретенообразные клетки. Клетки эти могут встречаться в таком изобилии, что делают ткань похожей на веретенообразно-клеточную саркому. Иногда, впрочем, клетки в большинстве бывают сходны с клетками первого типа. Фибриллы обычно расположены прекрасно очерченными пучками. Клетки образуют вакуолизированный свиватый с боковыми сообщениями, между которыми проходят фибриллы таким образом, что, когда пучки видны в поперечном сечении, они представляют большее или меньшее наружное сходство с тканью второго типа. В некоторых случаях проявляется заметное стремление клеток располагаться радиально к кровеносным сосудам и соединительнотканным перегородкам. Когда опухоль внедряется в строуму, мягкую или твердую мозговую оболочку, пораженная ткань оказывается всегда третьего типа и бывает настолько перемешана с соединительнотканскими элементами, что без специальной окраски ее настоящая природа может ускользнуть от определения.

В опухолях всех трех типов никогда не бывает каких-либо ядер невроглии, подвергшихся прямому или косвенному делению. Это, вероятно, происходит вследствие очень медленной их пролиферации. Клетки показывают центрозоны, состоящие из двух точек, но никогда не содержат

много точек, как это видно в эпендимальных клетках или их дериватах. Опухоль никогда не содержит розеток таких, как розетки ретинобластомы, но иногда в них можно встретить псевдо-розетки, когда клетки располагаются радиально вокруг кровеносных сосудов особенно когда стенки последних бывают разрушены. Ни в одном случае опухоль не становится свободной, в большинстве случаев инфильтрирует окружающую ткань.

Кровеносные сосуды опухолей всех трех типов не обнаруживают каких-либо особенных, достойных замечания, черт. Они могут быть немногочисленны или в таком изобилии, что иногда внушают мысль об ангиоме. Их стенки склонны утолщаться и делаться гиалиновыми. В опухоли часто находят рассеянные интерстициальные геморагии и гематогенный пигмент. Некроз встречается редко. Особенно обширные площади полного гиалинового перерождения могут быть найдены там, где по соседству обнаруживаются чуждые гигантские клетки и амилонные тела. В тех случаях, где опухоль сильно растягивает вагинальную полость, паутинная оболочка впереди опухоли может обнаружить настолько заметные пролиферативные изменения, что производит в этом месте впечатление эндотелиомы.



Рис. 4. (Грубо-фибрилярный тип).

Внутри новообразований этих типов почти всегда встречаются, иногда в чрезмерном количестве, тельца, несколько сходные с гигантскими клетками. Они схожи по внешности с пиявными тельцами, находящимися при некоторых патологических условиях в сетчатой оболочке, где их смешивали с ганглиозными клетками. Нужно думать, что эти тельца появились вследствие отложения в невроглии известного вещества, которое дает при окрашивании реакции невроглии. Бросается в глаза, что пиявные тельца как в этих новообразованиях, так и в сетчатой оболочке встречаются только в местах предшествующих геморагий, и это заставляет думать, что вещество, их составляющее, возникло из красных кровяных телец, проникших в сингиций невроглии и подвергшихся там особому превращению. Тот факт, что эти тельца остаются по исчезновении остатка крови, казалось бы, указывает, что они были защищены от общего процесса всасывания и что они окружены пиявлязмой невроглии. Под микроскопом, впрочем, трудно определить, лежат ли они в полостях, внутри или между клетками. Мы никогда не находили их нигде, кроме ткани невроглии, но Cushing нашел их в глиомах мозга. Повидимому, они вообще были просмотрены и нами и другими авторами.

Verhoeff отметил в отношении роста опухоли один факт, который может иметь большое практическое значение, а именно, что внутри нервного ствола разрастание не подвигается путем внедрения в первоначальную структуру, но путем вытеснения на пролиферацию невроглии по соседству с новообразованием и путем принятия последней характера новообразованной ткани. Это служит указанием на то, что новообразование содержит какое-то вещество, которое стимулирует прележащую невроглию. Сounsilman ранее пришел к подобному же заключению в отношении глом мозга. Практическое значение этого наблюдения заключается в указании на то, что удаление большей части новообразования может прекратить высывание стимулирующего вещества и таким образом предупредить дальнейшее разрастание опухоли.

Как было указано Hudson'ом, не было описано ни одного случая, где имел бы место рецидив новообразования в глазнице, хотя во многих случаях удаление опухоли было неполным.

Что касается глаза, то изменения здесь ограничиваются главным образом соском зрительного нерва и сетчатой оболочкой. Ни в одном из пораженных глаз, обследованных многими авторами, сосок не обнаружил заметного отека. В трех случаях тканей его была обращена в ткань невроглии, схожей с тканью новообразования, а в одном из этих случаев в соске оказалась большая киста. В одном из случаев (Cushing'a) оба соска были поражены подобным образом. Представляется возможным поэтому, что во многих, если не в большей части случаев, где при офтальмоскопических исследованиях находят отек соска, на самом деле выпячивание последнего обязано своим происхождением образованию опухоли. В одном из случаев было описано, что пролиферация невроглии простиралась на значительное расстояние внутри глазницы, а в другом оно распространялось вдоль гиалоидной мембраны, которая была отделена от сетчатки. В последнем случае наблюдался заместный эндобаскуляр сосудов сетчатой оболочки, и в одном месте начинался *retinitis proliferans*. Некоторые из сосудов сетчатки обращены были в плотные гиалиновые тяжи. В исключительных случаях, где наблюдались заметное внутритречепное поражение и усиленное внутритречепное давление, без сомнения, мог получиться и действительный застойный сосок.

Из 118 случаев Hudson'a только в трех сосок при офтальмоскопировании оказался нормальным, в половине случаев офтальмоскоп указал на наличие атрофии или на изменения, которые рассматривались как, последующая невритическая атрофия, а в остальных обнаружены неврит или отек соска.

Клинический диагноз глиомы зрительного нерва никогда не может быть поставлен с значительной степенью уверенности. Лишь у одного больного, около 14-ти лет, с медленно нарастающей потерей зрения на один глаз, сопровождаемой медленно прогрессирующим экзофтальмом в направлении глазничной оси и с относительно слабым ограничением движения глаза, а также офтальмоскопическими данными атрофии зрительного нерва и несомненной папиллемы, — диагноз внутриглазничной глиомы зрительного нерва, при отсутствии других противоречащих данных, мог быть поставлен с несомненностью.

Первичная внутритречепная глиома зрительного нерва, однако, может быть заподозрена, когда, при отсутствии экзофтальмуса, имеются налицо медленно нарастающая потеря зрения на один или оба глаза, атрофия зрительного нерва или, позднее, выбухание зрительного соска, а также рентгеноскопически устанавливаемые деформация турецкого седла и расширение одного или обоих зрительных каналов. Если при операции на глазнице, вместо ограниченного новообразования, зрительный нерв будет найден почти равномерно расширенным в области глазницы, то это также может с уверенностью указывать, что новообразование возникло внутри черепной полости.

К операции следует прибегать во всех подозрительных случаях, если только исключена возможность некоторых других условий. Одной из целей операции является при этом — избавить больных от экзофтальма и

предупредить или отсрочить дальнейшее его увеличение. При этом лучше всего было бы удалять глаз вместе с новообразованием и затем вводить в глазницу искусственный глаз в виде стеклянного шара. Эта процедура дает вполне удовлетворительный косметический результат. Если же опухоль будет удалена при целостности глазного яблока, путем надреза вдоль глазничного края, или по методу Kröplein'a, то в результате почти наверняка образуется безобразное косоглазие, часто с птозом верхнего века, и в большинстве случаев в дальнейшем все же потребуется удаление глаза из-за дегенеративных изменений. Попытка сохранить глаз бывает показана лишь тогда, когда последний сохраняет ясное зрение, в каком случае возможность глиомы зрительного нерва исключается. Опасность операции бывает велика особенно при внутричерепном поражении, так как в десяти из одиннадцати случаев менингита именно такое поражение было находимо при аутопсии.

Что касается результатов лечения внутричерепных глиом, то лишь Cushing сообщает на этот счет данные своего опыта. Только в одном из его семи случаев новообразование зрительного нерва было заподозрено перед операцией; в этом случае больной был поражен болезнью Recklinghausen'a. Трансфронтальная операция была произведена в пяти его случаях, пункция мозолистого тела в одном, и в одном же случае субтенториальная декомпрессия. Трое больных умерло от гипертермии в течение сорока восьми часов после оперативного вмешательства, и ни в одном случае не было достигнуто вполне благоприятного результата.

Так как в этих случаях операция неизбежна, то в них следует удалять возможно большую часть опухоли, не подвергая опасности зрение другого глаза. Полезна или нет в подобных случаях послеоперационная рентгенотерапия, остается в настоящее время еще невыясненным.

Эндотелиома, менингиома или менингеальная фибробластома зрительного нерва. В литературе описано значительное число случаев „эндотелиомы“, предположительно возникшей из оболочек зрительного нерва.

Hudson собрал тридцать случаев этого рода, причем 8 случаев гистологически и некоторые чисто-клинически, в которых больные были направлены к хирургу-невропатологу. Теоретически здесь нет причины, почему бы такое новообразование не возникло, но, по мнению автора, „эндотелиома“, выросшая из внутриглазничной части зрительного нерва, не была еще неопровержимо установлена. Хорошо известно, что „эндотелиомы“ передней мозговой оболочки имеют стремление проникать в орбиту, и гистологические находки согласуются с утверждением, что все глазничные эндотелиомы первично-внутричерепного происхождения. В старых случаях были сделаны рентгеноконические исследования, которые показывали, что новообразования проникали в глазницу из черепной полости. Эти опухоли часто поражают вагинальную полость зрительного нерва и оттуда распространяются на сосудистую оболочку глаза, производя отделение сетчатой оболочки и вторичную глаукому. Они обнаруживают то же разнообразие в структуре, что и внутричерепные разрастания.

Hudson выделил из литературы шесть случаев заболевания, которое он назвал фиброматозом оболочки зрительного нерва. Автор имел срез, относящийся к одному из этих случаев, именно случаю Farson'a, а также относящийся к одному неопубликованному случаю того же рода. В этих случаях глазничная ткань внутримышечного конуса была обильно замещена разрастанием густой фиброзной ткани, инфильтрованной в значительной степени мелкими клетками. Разрастание было окружено и глубоко спаяно с субдуральной оболочкой зрительного нерва, но не проникало в вагинальную полость нервного ствола. Таким же образом оно было спаяно с оболочками глазных мышц, а в случае Farson'a и со склерой, почему трудно было сказать, что оно непременно возникает из оболочки нерва. Эти разрастания идентичны по структуре с опухолями, которые встречаются где-нибудь в глазнице, обычно под глазничным краем, и известны под названием лож-

ных опухолей. Некоторое число их автор имел случай исследовать под микроскопом. Характерными их чертами, которые выражены в области внутримышечного конуса, являются эндартериит и наличие внутри разрастаний рассеянных кучек лимфоцитов, проникших из активно пролиферирующих капилляров. Разрастания эти были, без сомнения, воспалительного происхождения, но причина воспаления не всегда могла быть определенно установлена. Сифилитическая их природа не могла быть исключена, и тот факт, что они часто исчезают под влиянием лечения водными препаратами, говорит в пользу такой возможности.

Метастатические новообразования зрительного нерва. Как можно ожидать, зрительный нерв иногда поражается метастатически, напр., в случаях карциномы груди и злокачественных пигментных родинок кожи. Такие материалы, впрочем, слишком редки, чтобы об них стоило подробнее говорить.

Литература. 1. Verhoeff. Primary intraneural tumors of the optic nerve. A. M. A. pp. 87—127, 1921.—2. Hudson. Primary tumors of the optic nerve. Roy. Lond. ophth. Hosp., 1912.—3. Bailey and Cushing. Tumors of the glioma group. Phila., Lippincott, 1925.—4. Martin and Cushing. Primary gliomas of the chiasm and optic nerves in intracranial portion. Arch. ophthalmol., 1923, 52.

Из Экспериментально-биологической лаборатории (зав. И. Р. Петров) Ленинградского института организации, экономики и охраны труда (директор проф.

С. Г. Шмерлинг, пом. директора по научн. части
проф. Б. Б. Койранский).

Влияние пыли горючих сланцев на организм опытных животных.

М. К. Даль.

В иностранной литературе имеются лишь отдельные указания о тех изменениях в организме, которые возникают или которые можно ожидать при вдыхании пыли сланцев. Так, например, Бьюкенен (J. of Ind. Hyg., 1931 г., № 5) упоминает, что сланцевая промышленность должна быть отнесена к той группе, при которой наблюдается развитие у рабочих силикоза. Но подобное заключение, как и последующие данные, по видимому, относятся не к горючим сланцам, которые нас интересуют, а строительным, содержащим большой процент кварцевых включений. Гейнес (J. Hyg., 1931, № 1) обследовал 18 различных видов пыли и располагает их в определенном порядке, в зависимости от тяжести наблюдаемых при них поражений. Коллоидный уголь, а также пыль сланцев по материалам автора могут считаться потенциально опасными лишь в очень больших концентрациях в воздухе.

Гальдан (T. Inst. Min. Eng., 1931 г., 80) уже более подробно касается данного вопроса и при обследовании рабочих на сланцевых разработках он частоту бронхитов связывает лишь с метеорологическим фактором, сама же пыль, по его мнению, не опасна для здоровья. Наоборот, наряду с угольной, данный вид пыли, поступая в легочную ткань, стимулирует активность фагоцитарных клеток и тем самым создает известную гарантию против заболевания туберкулезом.

Специальных работ о влиянии пыли горючих сланцев на организм человека или опытных животных как в иностранной, так и в русской литературе мы не встретили. Но разрешение вопроса, или, вернее, приближение к уяснению характера влияния данного вида пыли, имеет несомненное значение, что, с одной стороны, связано с практическими вопросами охраны труда и здравоохранения в новой промышленности с широкими перспективами в будущем — с другой, — теоретически интересны морфологические изменения в легких от этой пыли, представляю-

шейся смешанной из органических и неорганических химических соединений. Для своей работы мы пользовались пылью Веймарских сланцев, которые содержат около 30% органических соединений. В зольной ее части имелось SiO_2 —43,89%; Al_2O_3 —7,06%; CaO —20,15%; MgO —9,91% и различных сернокислых солей—2,19%; натриевые и др. соединения отмечены в единицах процента. Данная горная порода очень мягка и легко превращается при дроблении в мелкий порошок без запаха, который хорошо и легко „пылит“. Под микроскопом пыль представляет угловатые частицы с несомненно острыми краями; некоторые из них в проходящем свете блестящи, другие же слегка бурой или бледно-коричневой окраски.

Концентрация пыли в малых пылевых камерах, в которых проводились опыты над 12 кроликами, была установлена в среднем 35 мг на куб. метр воздуха, при наличии около 2500 пылинки в куб. сантиметре. Влажность их была следующей: меньше 1 μ —41%; 1—5 μ —48%; 5—10 μ —3%; свыше 10 μ —3%. Максимальный срок запыления несколько превышает 6½ месяцев, что соответствует 503 ч. 35 м. пребывания кроликов в камере. Вес опытных животных незначительно увеличивался, но далеко не у всех кроликов; процент гемоглобина в общем оставался прежним и в наиболее длительных опытах имел место снижение числа как белых, так и красных форменных элементов крови, т. е. имелись явления апемии.

Изменения в лейкоцитарной формуле крови отмечаются уже у опытных животных после 2-х месяцев запыления и, как следует из прилагаемой таблицы, мы имеем уменьшение числа лейкоцитов с нарастанием количества как больших, так и малых лимфоцитов. Исключение представляли 3 кролика из 9, у которых число лейкоцитов оставалось без изменений при уменьшении лимфоцитов (№№ 178, 184) или первоначальном их проценте (№ 168).

В виде иллюстрации к изложенному приводим данные формулы крови у кролика № 179.

Ч и с л о	Нейтрофилы			Лимфоциты		Эозинофилы	Базофилы	Моноциты
	Юн.	Пал.	Сегм.	мал.	больш.			
Норма до запыления . . .	—	0,3	61,0	35	2,7	0,3	—	0,7
2.VI	—	—	40,3	54,7	4	0,3	—	0,7
11.XII	—	—	35,5	59,5	3,5	0,5	—	1

Все исследования крови у животных произведены ст. лаборантами лаборатории Н. К. Анчутинной и В. Ф. Филипповой.

При секции опытных животных, через различные сроки запыления, мы истощения отметить не могли. Катаральные или катарально-гнивные риниты констатированы три раза, острые пневмонии дважды; последними была обусловлена смерть 2-х кроликов при непродолжительных сроках запыления. Уже с 5 месяцев подопытного состояния кроликов под плеврой, преимущественно в нижних долях легких, макроскопически обнаруживаются серые точки, которые в дальнейшем увеличиваются как в размерах, так и в числе. Со стороны внутренних органов макроскопических изменений не имелось.

Гистологические поражения дыхательных путей (кроме тех кроликов, у которых имела место бронхопневмония) неизменно отсутствовали и

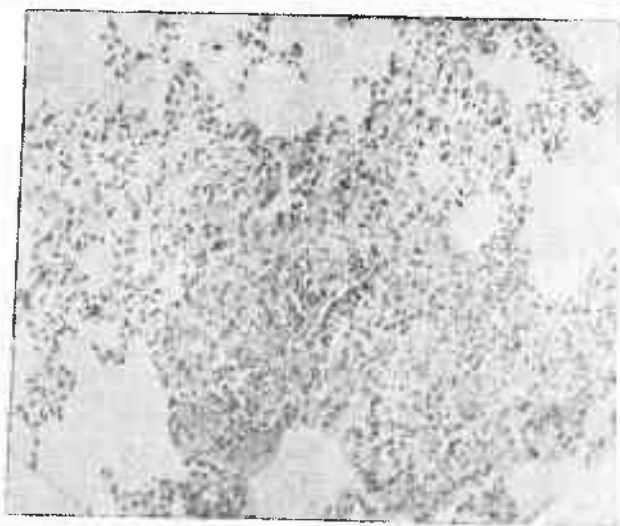
нельзя было установить как атрофических, так и гиперпластических поражений со стороны эпителия и всей толщи слизистой оболочки.

Обогащение мелкими пылинками легких идет весьма быстро, и они скоро фагоцитируются. Крупные частички сланцевой пыли в органе никогда не встречаются; все они едва достигают 3 микрон и в очень ограниченном числе отмечаются в протоплазме альвеолярных клеток. Последние в просветах альвеол локализируются преимущественно в подплевральных отделах, вблизи сосудов среднего размера и у бронхов. Часть пылевых клеток непосредственно прилежит к альвеолярным стенкам, в скоро пылинки можно обнаружить в тканевых щелях стромы легких. Необходимо указать, что ни разу мы не могли отметить большого накопления пыли в клетках, всегда ее очень ограниченное количество, однако деструктивные явления в протоплазме выявляются рано и прогрессируют довольно быстро. Первоначально можно обнаружить неравномерную окраску протоплазмы, и в ней возникают как бы очаги разрыхления; в дальнейшем происходит формирование мелких вакуолей, заполненных гомогенной жидкостью, бледно-розового цвета при окраске эозином (вакуольное перерождение). Реакция на слизь с тионином положительного аффекта не давала, появляясь же суданфильных мелких капелек отмечается довольно скоро. Пылинки в вакуолях не встречаются и они как бы скучиваются ближе к какой-либо одной стороне клетки. Частички сланца не подвергаются процессу складывания и остаются изолированными, но несколько сближаются друг с другом.

Пылевые клетки, увеличиваясь численно в группах и в отдельных альвеолах, примерно к 4—5 месяцам образуют пылевые очажки или небольшие поля, которые в конечном итоге представляют уже совершенно безвоздушную ткань. Межальвеолярные перегородки постепенно истончаются, сдавливаются, а одиночные альвеолы резко растягиваются, в силу большого в них скопления пылевых клеток. Первое время никакой клеточной реакции по окружности данных фокусов не отмечается и периферические отделы пылевых очажков неправильно угловаты. Но в дальнейшем, повидному, в процессе растяжения альвеол, границы округляются и к этому времени (к 6 мес. опытов) начинается инфильтрация перегородок и вообще краевых отделов узелков, почти исключительно лимфоидными клетками, правда, между ними встречаются одиночные лейкоциты и плазматические клетки, но данные форменные элементы имеют резко подчиненное значение. Расширения кровеносных сосудов в области инфильтратов мы не встречали.

Благодаря изменению формы пылевых очажков и реактивным явлениям по периферии, они становятся более четко контурированными. В этой стадии протоплазма легочных фагоцитов более или менее диффузно просветляется, овальное ядро с эксцентрическим положением окрашивается не четко, ядрышко и хроматиновая сеть представляются смазанными, а пылинки сланца — особенно мелкие и немногочисленные. В некоторых фагоцитах уже имеются явления ясно выраженного распада, что происходит по преимуществу путем кардио- и плазмолитиса. Контуров клеток становятся неразличимыми и ядро превращается в пузырек. Процессом распада клеток можно объяснить появление свободных пылинок уже в сформированных узелках.

Фокусы диффузного склероза в легких (что является характерным для силикоза) при данном виде запыления кроликов не встречаются, и почти



Микрофот. 1.
Влияние пыли горючих сланцев на организм
опытных животных.

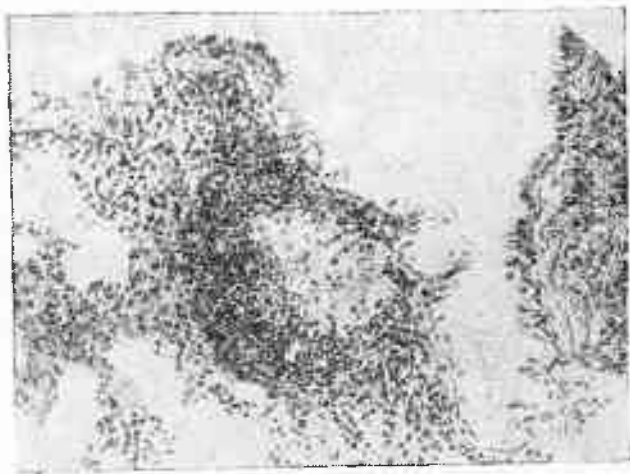


Микрофот. 2.
Влияние пыли горючих сланцев на организм
опытных животных.

отсутствуют участки из ателектазированной ткани, что нами наблюдалось в опытах с запылением животных асбестовой пылью. Очаговая везику-

лярная эмфизема имела место лишь в наиболее продолжительных опытах. Но при запылении асбестовой пылью отмечено наличие большого количества пылевых клеток в дыхательных путях, что иногда приводит к образованию пробок с последующим фокусным ателектазом. Изменений плевры в областях прилежащих бугорков не происходит и нигде в легочной ткани синцитиальные гигантские клетки не встречались.

Процессы элиминации пыли совершаются очень интенсивно лимфогенным путем; в некоторых лимфатических сосудах образуются мелкие пробки из пылевых клеток, что отражается в периферических отделах расширением лимфатических сосудов. Большое количество пылевых клеток достигает перибронхиальных лимфатических узлов, в которых они скапливаются почти исключительно в краевых синусах. Здесь образуются большие скопления крупных клеток со светлой протоплазмой, в которых, как и всюду, число пылевых включений очень незначительно (микроф. 3 и 4). В опытах наиболее длительных можно встретить такие лимфатические узлы, в которых большая часть состоит из пылевых клеток, и одновременной гиперплазии лимфоидной ткани при этом не происходит.



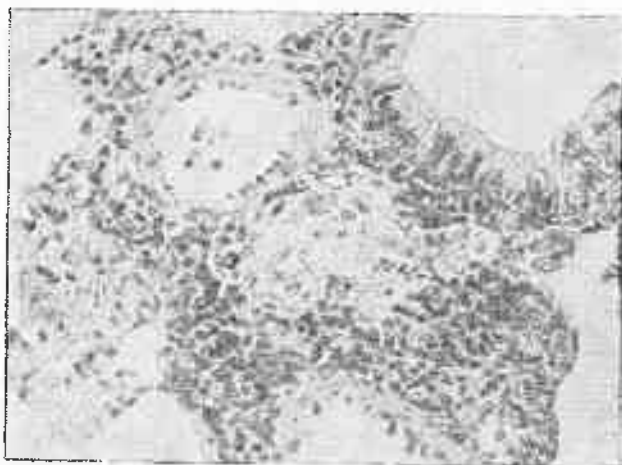
Микрофот. 3.

Влияние пыли горючих сланцев на организм
опытных животных.

Заканчивая описание изменений легочной ткани при вдыхании пыли сланцев, отметим еще своеобразные гистологические картины, которые были обнаружены у кролика № 168. В области пылевых очажков у него обнаружены мелкие абсцессы, из нейтрофильных лейкоцитов, которые во множестве окружали скопления каких-то друз, несколько напоминающих актиномицетические; по всей вероятности они были занесены в легкие вместе с пылевыми частицами. Подобные гистологические картины нами отмечены и в опытах с этроловой пылью. У данного кролика, точно так же, как и в опыте № 184, в почках имелись небольшие фокусы лимфоидных инфильтратов, что, повидимому, стоит в связи с осложнением

в легких упомянутым грибковым поражением и резким катарально-гнойным ринитом (кролик № 184). Других заметных поражений во внутренних органах при применявшейся обычной гистопатологической обработке материала установить у всех опытных животных нельзя было.

Для сравнения характера изменений легочной ткани при запылении сланцевой пылью мы используем материал текущего года (опыты с апатитом и втралом), а также опыт прошлых лет работы нашей лаборатории. Условия содержания и кормления всех кроликов в наблюдениях текущего года были вполне одинаковы. Из сопоставления имеющихся данных следует, что в рассматриваемой серии опытов прибавка в весе у кроликов была выражена в целом очень не резко, в противоположность другим опытным животным. У последних с возрастом и прибавкой в весе увеличивался процент гемоглобина и возрастало число эритроцитов, — обратное наблюдается у кроликов, запылившихся сланцевой пылью. К этому надо добавить снижение также и числа лейкоцитов в наиболее длительных опытах; последнее несомненно имеет существенное значение, учитывая наличие у животных воспалительных изменений в полости носа, что почти как правило сопровождается лейкоцитозом. В данных же опытах общее состояние организма обуславливает отсутствие данной реакции. Довольно ясной реакцией со стороны крови является увеличение числа лимфоидных клеток.



Микрофот. 4.

Влияние пыли горючих сланцев на организм опытных животных.

Таким образом, приведенные данные уже свидетельствуют о том, что при длительном вдыхании пыли горючих сланцев наступают в организме изменения, указывающие, повидимому, на обще-резорбтивное влияние данного вида пыли.

Морфологическое изучение опытного материала не устанавливает явных патологических изменений со стороны дыхательных путей, а частота обнаруженных ринитов не превышает процента подобных заболеваний при условиях обычного содержания кроликов в виварии.

Кролик № опыта	Общее время в опыте	Число часов защелкивания	Вес		Число лей- коц.	Число эритроцитов.	Имен. фор- мудр. крови		Макроско- пические данные	Основные микроскопиче- ские данные
			До опыта	После опыта			Изменения			
							Лейк.	Фог.		
183	м	20 д.	88 ч. 30 м.	2000 2010	—	+ 100.000	+	б/вз.	Подох. Полость веса без особ.	Кат. гнойн. бронхо- пневмония.
171	м 15 д.	31 д.	111 ч. 55 м.	1150 2090	— 40% + 500	+ 1000000	б/вз.	б/вз.	Без особ.	Без особ.
180	м 26 д.	40 д.	113 ч. 55 м.	2800 2700	— 10% — 3000	— 200.000	б/вз.	б/вз.	Без особ.	Обогатение легких пылев. клетками.
177	м —	42 д.	151 ч. 10 м.	2170 2020	— 50% + 500	+ 900.000	—	+	Подох. Катар.	Обогат. легк. пылев.
181	м 28 д.	93 д.	384 ч. 10 м.	2530 2660	+ 60% — 4000	— 1000000	—	+	Говф пылев.	к. Секция. пневмон.
169	м 1 д.	97 д.	400 ч. 30 м.	1830 2100	+ 100% —	+ 1.000	—	+	Кат. гнойн. рн- вн. сер. точки под п.	Мелкие пылев. очажки в альвеолах. Начало образцов, узел- ков в легких.
168	м 1 д.	97 д.	400 ч. 30 м.	2020 2100	— 20% + 5000	+ 1100000	б/вз.	б/вз.	Под плевр. се- рье точки.	Пылев. очажки. Грнб. спор. с лейкоц. реакц. гепатит. селез. лимф. пиф. в почках.
170	м 11 д.	122 д.	484 ч. 35 м.	3120 3180	— 20% + 8000	— 200.000	—	+	Под плевр. се- рье точки.	Много пылев. очажки Пыль в лимф. узлах легких.
178	м 11 д.	122 д.	484 ч. 35 м.	2370 2780	+ 50% — 2000	+ 900.000	+	—	Без особ.	Пылев. очажки, без лимф. инфильтрат.
184	м 19 д.	86 д.	355 ч. 25 м.	2430 3300	+ 10% — 7000	— 800.000	б/вз.	—	Кат. ринит. эмфизема	Много пылев. очаг. в легких и лимф. узл. лимфод. очажки в почках.
185	м 19 д.	128 д.	503 ч. 25 м.	2100 2710	+ 60% — 2000	— 1000000	—	+	Кат. гнойн. рн- вн. легки без особ.	Много пылев. узелк. с лимф. реакц. по периферии.
179	м 19 д.	128 д.	503 ч. 35 м.	2670 2700	+ 10% — 500	— 800.000	—	+	Сер. точки под плевр.	Много пылев. узелков с четкими границ.

Фагоцитоз частичек сланца происходит в легочной ткани весьма быстро, но резкой загрузки ими протоплазмы клеток не происходит, с чем приходится постоянно встречаться в опытах с ультрамарниновой (Петров), угольной (Вальтер), эггловой и апатитовой пылью (Даль). Но даже небольшое содержание фагоцитированных частиц обуславливает быстрое наступление деструкции протоплазмы с ее вакуолизацией, ожирением и последующим общим просветлением клеток.

Элиминация пыли бронхогенным путем несомненно недостаточна, и этим обусловлено возникновение в легких фокусных поражений. Первоначально альвеолы обогащаются пылевыми клетками, и быстрота развития этого поражения примерно равна таковой в опытах с кварцевой пылью. Какая-либо воспалительная реакция по окружности пылевых фокусов (альвеолярных пробок в описании Agnold'a) первоначально отсутствует и только в дальнейшем происходит лимфоидная инфильтрация периферических отделов узелков.

В эту стадию своего существования они уже имеют четкие границы, ясно выступают на фоне эмфизематозной ткани, и с полным правом могут быть обозначены „псевдотуберкулами“ (Mavrogordato), которые формируются без участия каких-либо микроорганизмов.

Очень вероятным представляется возможность растворения пылевых частиц в протоплазме клеток легочных фагоцитов, что морфологически выражается в несколько уменьшенном числе пылинков в наиболее старых узелках, с которыми приходится встречаться в длительных опытах. Вряд ли одним кремне-кислым соединениям, которых почти половина в пыли горючих сланцев, принадлежит главенствующее значение в деле деструкции альвеолярных фагоцитов и в процессе общего влияния на организм, что отражается на составе крови. Опыты, проведенные в лаборатории (Вальтер) с почти чистым кварцем (SiO_2 —99,5%, Fe_2O_3 —0,5%), показали более интенсивную загрузку клеток пылевыми частицами и одновременно гораздо менее резко выраженную деструкцию их протоплазмы.

Несомненно нужно принимать во внимание и приписать главенствующее значение в процессе повреждения клеток сернистым и органическим соединениям горючих сланцев (точный химический состав последних еще не вполне выяснен). Это по преимуществу остатки растений в различной степени карбонизации, частички мелких спор, алыги, споровые оболочки и некоторые масла.

Таким образом, даже при отсутствии явных структурных изменений в большинстве внутренних органов у экспериментальных животных, мы должны констатировать возможность общерезорбтивного влияния и возникновения своеобразных изменений в легочной ткани при вдыхании пыли горючих сланцев.

Это заключение должно быть принято во внимание органами охраны труда, клинические же обследования и врачебный контроль несомненно необходимы для установления возможности подобных поражений также у человека.

Отдел III. Из практики.

Из Кожно-венерической клиники Казанского медицинского института
(директор профессор И. Н. Олесов).

Случай spinocellular ного рака на месте травмы.

Г. Ш. Юмаев.

Редкость развития рака в течение короткого времени на месте травмы побудила нас опубликовать наблюдавшийся в кожном отделении клиники случай рака, развившийся на месте укола стеблем травы.

Больной X.—31 года, татарин, крестьянин-единоличник (недавно прибыл из Донбасса, проработав там 4½ года) обратился в клинику 13. XI. 34 г. по поводу образовавшейся опухоли на кончике носа. Больной рассказывает, что он, в начале сентября этого года, во время сноповязки, уколол каким-то колючим растением кожу кончика носа. По истечении 4—5 дней на этом месте появился небольшой болезненный „прыщик“, который в течение одной десятидневки превратился в безболезненную опухоль, увеличившейся с горошину.

15. X. Больной по поводу образовавшейся опухоли обратился в местную больницу, где ее лечили прижиганием *Arg. nitric*, но безрезультатно. Опухоль постепенно увеличивалась в размерах. Это побудило больного обратиться в нашу клинику.

Из перенесенных заболеваний больной отмечает только воспаление среднего уха в 1933 году.

Наш больной рос и развивался здоровым мальчиком. Туберкулез, сифилис и кожные заболевания в семье больной отрицает. Курит и пьет умеренно. Женат. Акушерский анализ жены уклонений от нормы не установил. Больной живет материально в обеспеченных условиях.

St. praesens. Больной среднего роста, правильного атлетического телосложения, с умеренно-развитой подкожной клетчаткой. Вес 59,4 кг. Кожа смугловата, эластична, чиста—никаких высыпаний и следов бывших эфлоресценций нет. Слизистые—нормальной окраски. Костная система нормальна. Пото- и салоотделение в пределах нормы. Ногти неизменены. Волосы русые, густые. Со стороны лимфатических желез отклонений не отмечается. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют, а потому рентгеноскопии больной не подвергался. Нервная система никаких патологических изменений не представляет.

Поражение кожи локализуется на кончике носа и на верхней половине кожной части перегородки носа (см. фото) и представляет собой опухолевидное образование, величиною с крупную малину, неправильной полушаровидной формы, возвышающейся на 1—1½ см над уровнем нормальной кожи, воспалительно-красного цвета, имеющее широкое основание, исходящее из толщи кожи. Основание пораженного участка резко уплотнено. Сама опухоль более мягкой консистенции, нежели ее основание, и напоминает гранулематозную ткань. Поражение резко отграничено от здоровой кожи розовато-красным валиком по периферии. Субъективных ощущений почти нет, но при надавливании больной отмечает небольшую болезненность. Свободная поверхность опухоли неровная, а бугристая, поверхностный слой эпидермиса разрушен и представляет картину поверхностного изъязвления, но без заметного отделяемого.

Лабораторные исследования: Моча патологических изменений не представляет. Кровь: 1. Гемоглобин—72 деления по Sahli; эритроцитов—4490000; лейкоцитов—7000; цветной показатель 0,80.

II. Лейкоцитарная формула по W. Schilling'у: базофилов—0; эозинофилов—3; миелоцитов—0; юных—0; палочкоядерных—6; сегментированных—56; лимфоцитов—28; моноцитов—7.

Бактериологическое исследование: Посев содержимого опухоли на питательные среды (сахарный и кровяной агар) дает рост мелких и крупных прозрачных колоний без гемолиза. Пересев на сахарный бульон дает помутнение бульона. Под микроскопом находим чистую культуру грамположительных палочек.

Реакции Вассермана и Э-Г. с кровью больного отрицательные.

Гистопатологическое исследование: Экспизия произведена 15. XI. Иссечена нижняя треть опухоли. При гистологическом исследовании края язвы отчетливо выявляются эпителиальные тяжи, которые проникают в глубже лежащие слои кожи, образуя местами жемчужины с ядрами паракератоза. В огромном большинстве раковых клеток отмечается митотическое деление. В части эпидермиса, прилежащего к язве, отмечается акантоз. В соединительнотканном слое значительная воспалительная реакция, состоящая из лимфоцитов, значительного количества плазматических и небольшого числа фибробластов.



Рис. 1.

Случай представляет затруднение для диагноза. Точная диагностика могла быть установлена только после гистологического исследования биопсированного кусочка.

Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

О гуморальных факторах в нервной деятельности.

Проф. Д. С. Ворояцов. (Казань).

До недавнего времени в науке держались мнения, что деятельность организма управляется двумя принципиально различными способами — нервным, где главную координирующую роль играет центральная нервная система, и химическим. Последний способ регуляции осуществляется главным образом специальными железами, железами внутренней секреции или эндокринными, через посредство специально вырабатываемых веществ, гормонов. Более детальное изучение химической регуляции показало, что она не ограничивается только деятельностью специальных эндокринных желез, но что и другие органы и ткани могут принимать в ней участие либо через посредство продуктов метаболизма (напр., химическая регуляция дыхательного центра), либо особыми веществами, вырабатываемыми различными органами, имеющими главной своей задачей какие-либо другие, а не только лишь координирующие функции (напр., тонкие кишки, вырабатывающие секретин, желудок — гастрин, хромаффинные ткани панкреас и др.). Круг тканей и органов, причастных к химической регуляции, все больше и больше расширялся, в связи с этим были предложены и различные классификации для тех химических веществ, которые принимают участие в этом рода регуляции, как „гормоны“, „парагормоны“, „гормоны“. Почти все ткани организма оказались в той или иной мере причастными к управлению организмом через посредство тех или иных образующих ими веществ. Даже нервная ткань оказалась причастной к этому делу (надпочечники, гипофиз, хромаффинные тела). Однако, это участие нервной системы в химической регуляции заключалось в том, что нервные элементы в процессе онтогенетического развития утрачивали свои собственно нервные функции, а вместе с тем и свои характерные морфологические особенности, и переходили к другой деятельности — инкреторной. Так что эти факты яв в какой мере не противоречили всеобщему взгляду, противопоставлявшему нервную регуляцию химической, как совершенно особую и принципиально отличную от химической форму координации.

Между тем уже давно в науке были известны факты, которые указывали, что и собственно нервная деятельность может быть связана с химическими влияниями со стороны самой же нервной ткани. Наиболее ярким примером этого является так наз. „паралитическое“ (Клод Бернар) и особенно „антипаралитическое“ (Гейденгайн, Ленглей) слюноотделение. После перерезки *chorda thympani* с одной стороны через сутки подчелюстная железа на этой стороне начинает выделять слюну. Это слюноотделение постепенно усиливается и продолжается около 6 недель. Но наряду с этим появляется спонтанное слюноотделение и на противоположной стороне, где нервы не перерезались, и это „антипаралитическое“ слюноотделение не прекращается после перерезки секреторных нервов. Если „паралитическое“ слюноотделение можно было бы объяснить либо теми раздражениями, которые обуславливаются процессом дегенерации секреторных нервов, или вынадением тормозящих влияний, то „антипа-

ралимическое* слюноотделение представляло гораздо больше трудности для его объяснения с точки зрения прямого нервного влияния. В 1913 г. Demoor показал, что если слюну, полученную у одной собаки путем электрического раздражения хорды, впрыснуть в кровь другой собаки, то ее слюнные железы начинают выделять слюну. Следовательно, при стимуляции железы через нерв образуются вещества, способные действовать на нее раздражающе. Конечно, эти вещества могут поступать не только в слюну, но и в кровь и через посредство крови действовать не только на эту же железу, но и на другие. Впоследствии это и было показано Б. П. Бабкиным, о чем речь будет ниже. Слюнные железы не являлись единичным случаем подобного рода. Были известны и другие примеры такого загадочного влияния со стороны одного органа на другой. Достаточно напомнить так наз. „симпатическую“ передачу некоторых патологических процессов с одного глаза на другой, для предупреждения чего офтальмологи прибегают к удалению заболевшего глаза, чтобы спасти другой.

Плохо укладывалось в рамки прямого нервного влияния также и так наз. „антидромное“ влияние раздражения чувствительных корешков на кровеносные сосуды кожи (Bayliss). Предположение о том, что чувствительные волокна дают ответвления к кровеносным сосудам кожи и что, следовательно, не только раздражение задних корешков вызывает сосудистую реакцию, но и раздражение кожи после перерезки этих корешков дает такую же реакцию через посредство так наз. „аксонрефлекса“ (Лэнглий), трудно примирить с тем обстоятельством, что эта реакция имеет длинный скрытый период.

Тем не менее до 1921 г. не было строгих прямых доказательств, что нервный импульс приводит соответствующий эффектор в деятельность через посредство химических агентов. Поэтому различные попытки привлечь предположение о химической природе передачи нервных процессов с одного нейрона на другой или с нервного волокна на рабочий орган для объяснения тех сложных физиологических взаимоотношений, которые мы наблюдаем в организме между различными частями центральной нервной системы и между ней и рабочими органами, не имели успеха.

В 1906 г. Howell обратил внимание на зависимость действия вагуса на сердце от состава неорганических солей в крови, а в 1908 г. совместно с Дюком показал, что рингер, протекающий через сердце, обогащается солями калия при раздражении вагуса. Отсюда он заключил, что тормозящее действие вагуса осуществляется через калий. Хотя его точка зрения встретила возражение (Ten Cate), но факт образования особых тормозящих веществ в сердце при раздражении вагуса получил затем широкое подтверждение. Впервые это было показано с полной ясностью немецким фармакологом О. Loewi в 1921 г. Он брал сердце лягушки, навязывал его на шпательную канюлю, в которую вводил некоторое количество рингеровского раствора. Если он на этом сердце вызывал торможение раздражением вагуса и после этого брал рингеровский раствор из этого сердца и вводил его опять в это же сердце после того, как оно пришло в норму, то оно теперь уже без всякого раздражения вагуса обнаруживало совершенно ясное торможение, преимущественно отрицательно инотропное влияние, но вместе с тем получалось и совершенно

ясное хронотропное влияние. Это действие тотчас же устраняется атропином, чего не бывает при тормозящем действии калия. В первой же работе он показал, что если агропинизированное сердце под влиянием раздражения вагуса дает усиление и учащение сокращений, то полученный в это время из него рингеровский раствор также вызывает усиление и учащение. Таким образом, в сердце образуются два вещества—одно при раздражении волокон блуждающего нерва, которое развивает такое же тормозящее действие, как и прямое раздражение вагуса, другое при раздражении симпатических волокон, которое влияет также точно на сердце, как и непосредственное раздражение симпатического нерва сердца. О. Loewi тщательно дифференцировал эти два вещества. При слабых раздражениях вагуса у лягушки, где тормозящие и ускоряющие волокна идут к сердцу в одном стволе, получается лишь тормозящее вещество (Vagusstoff), вызывающее в подавляющем большинстве случаев отрицательное инотропное действие. При более сильных раздражениях к тормозящему веществу присоединяется и ускоряющее, симпатическое вещество, так как при этих раздражениях, наряду с волокнами вагуса, приводятся в действие и волокна симпатические. Это ведет к ослаблению тормозящего действия рингеровского раствора, который при этом был в сердце. Наконец, при очень сильных раздражениях может образоваться так много симпатического вещества, что теперь рингер из этого сердца не производит больше тормозящего действия, а, наоборот, усиливает деятельность сердца. Если же исключить участие симпатических волокон отравлением сердца эрготамином (1:20.000 Ergotamintartrat, фирмы Sandoz), то теперь при раздражении вагуса получается только лишь вагусное вещество и в тем большей концентрации, судя по его действию, чем сильнее и продолжительнее было раздражение вагуса. Вагусное вещество вызывает в сердце все те изменения, которые вызывает и прямое раздражение вагуса, т. е. отрицательно инотропно- и хронотропно. Так же, как и прямое влияние вагуса, действие вагусного вещества целиком устраняется атропином.

Эти исследования О. Loewi произвели сильное впечатление на физиологов и вызвали большое количество исследований, которые имели своей целью, с одной стороны, проверку результатов О. Loewi, а с другой—выяснить, каково действие этих веществ, образующихся в сердце на другие органы и ткани, какова природа этих веществ и не образуются ли подобные вещества или другие какие-либо раздражающие или угнетающие вещества в других органах.

Многие исследователи проверяли опыты Loewi на сердце и почти все из них в той или иной мере подтвердили, хотя не все были согласны в том, что образующиеся в сердце при раздражении нервов вещества являются специфическими передатчиками нервных влияний. Kahn R. предложил более усовершенствованную методику для наблюдения гуморальной передачи нервных влияний на сердце, которая значительно облегчала этого рода опыты. Самойлов при помощи метода Kahn'a показал, что вагусное вещество оказывает такое же влияние на форму электрокардиограммы, как и прямое раздражение вагуса. Ученик Самойлова, Б. Болдырев, показал, что и при изолированном раздражении симпатического нерва в сердце образуется симпатическое вещество, вызывающее симпатический эффект на контрольное сердце, а при изолированном раздражении вагуса (продолговатого мозга лягушки) получается

вагусное вещество. Были предложены и другие методы для надежного наблюдения образования вагусного и симпатического вещества. Главное здесь заключается в том, конечно, чтобы оба эти вещества образовывались, по возможности, по отдельности, так как они взаимно друг друга нейтрализуют, или ослабляются в их действии, и чтобы образовавшееся в одном сердце вещество могло бы достигнуть другого, если бы даже деятельность первого сердца при раздражении, напр., вагуса, совершенно остановилось. Все это показывает, что те авторы, которые не могли подтвердить наблюдений Loewi, допускали в своих опытах те или иные ошибки и что, следовательно, образование в сердце веществ при раздражении сердечных нервов является бесспорным фактом.

Эти вещества, каково бы ни было их происхождение и природа, оказывают характерное и специфическое для них действие не только на сердце, но и на другие органы, иннервируемые соответствующими нервами. Впервые это было показано Brinkman'ом и van Dam'ом. Эти исследователи поставили опыт следующим образом: Рингеровский раствор, протекавший через сердце одной лягушки, направлялся по особой системе трубок в кровеносные сосуды желудка другого животного. Сокращения желудка регистрировались на барабане одновременно с сокращением сердца первого животного. При раздражении вагуса первого животного наряду с тормозящим эффектом на сердце этого животного, наблюдались явные сокращения желудка второго животного, т. е. типичный вагусный эффект для мускулатуры желудка. Этот опыт затем в более совершенной форме повторен Ten Cate с тем же результатом. Подобные результаты были получены затем многими другими исследователями и не только на хладнокровных, но и на теплокровных животных (Lanz, Külz, Ryland). Так, например, Dusché и Windholz наблюдали гуморальную передачу действия вагуса у теплокровных, связанных друг с другом по Зауэрбруху (парабиз). Раздражение вагуса у одного животного вызывало вагусный эффект на сердце другого.

Далее появилось много исследований, имевших своей целью выяснить — не имеют ли место аналогичные химические факторы в иннервационном механизме других органов. Loewi и Geiger показали, что экстракты из вполне утомленных раздражением скелетных мышц обнаруживают в 5—10 раз более сильное холиноподобное действие на сердце, чем экстракты из нераздраженных мышц. Hess наблюдал, что рингеровский раствор, прошедший через сосуды мышцы лягушки, действует раздражающе на кишку морской свинки и крысы. При длительной перфузии мышцы этого действие пропадает, а при тетанизации оно опять значительно усиливается. Атропин 1:2.000.000 тормозит эти сокращения. Brinkman и Ruiter предприняли следующий опыт: Они связывали канюли в брюшную аорту и брюшную вену одной лягушки. Обе воротные вены почек перевязывались. Другой конец канюли, введенной в брюшную вену, связывался затем в брюшную аорту другой лягушки. Через канюлю, введенную в брюшную аорту первого животного, пропускали рингеровский раствор, который протекал по сосудам мускулатуры задних конечностей, мочевого пузыря и стенки клоаки первого животного и затем по тем же самым органам второго животного.

Жидкость пропускалась через первое животное до тех пор (несколько часов), пока из брюшной вены вытекала совершенно прозрачная жидкость.

и затем уже вена этого животного соединялась с артерией второго. Клоака второго животного оставалась все время в покое. Но стоит только пораздражать люмбальное сплетение первого животного и вызвать этим сильное сокращение мышц задних конечностей, как спустя некоторое время (когда жидкость из первого препарата попадет в сосуды другого) клоака второго животного производит сильные сокращения. Когда эти сокращения прекратятся, их вновь можно вызвать раздражением нервов первого препарата. Совершенно ясно, таким образом, что в первом препарате в ответ на раздражение нервов образуется вещество или вещества, действующие раздражающим образом на нервно-мышечный аппарат клоаки второго животного. Finkelstein пропускал рингер через отрезок кишки кролика. Этот рингер затем омывал другой отрезок кишки и когда в первом отрезке вызывалось торможение его движений раздражением нервов, то и вторая кишка обнаруживала торможение. При повторном раздражении нервов торможение наблюдалось лишь на первой кишке, на второй уже не наблюдалось. Ефедрия тормозит действие и нервов, и получаемого вещества.¹⁾

Эти данные, а также аналогичные наблюдения других авторов на других органах, побудили ряд авторов к широким обобщениям относительно иннервационного механизма, в основу которых бралось предположение, что нервные окончания не только в гладких мышцах и железах, но и в скелетных мышцах и в центральной нервной системе продуцируют под влиянием приходящих к ним по нервным волокнам импульсов особое вещество, которое уже затем раздражает или угнетает (в зависимости от его характера) подлежащую клетку. Для центральной нервной системы такой взгляд был высказан Шеррингтоном, а для скелетной мышцы Самойловым. Шеррингтон выдвинул предположение, что синапсы в центральной нервной системе продуцируют либо раздражающее (E), либо тормозящее (J) подлежащий нейрон вещество. Этот взгляд был принят и другими исследователями (см. Fulton). Однако, в последнее время Шеррингтон оставил эту химическую точку зрения на процесс возбуждения и торможения в центральной нервной системе, склоняясь к предположению о физико-химической природе этих процессов (см. Eccles и Sherrington).

Прямых доказательств эти теоретические представления не имели, но вероятность их возрастала по мере того, как накапливались факты относительно гуморальных или, вернее, химических агентов в иннервационных механизмах различных органов. Образование химических веществ, действующих раздражающе или угнетающе на тот же или другие органы при раздражении нервов, сами по себе не говорят еще за то, что эти вещества являются основными посредниками в нормальных физиологических взаимоотношениях между нервом и иннервируемым им органом. Эти вещества могут образоваться, как побочный продукт усиленной деятельности либо нервного окончания, либо самого эффектора. До сих пор остается нерешенным вопрос о месте образования этих веществ, ни о точке приложения их влияния. Но как бы ни решались эти вопросы факт образования таких веществ в организме уже сам по себе представляет громадный интерес и большую важность для правильного понимания координированной деятельности организма в целом.

¹⁾ См. Frelman, Phillips и Cannon.

Особенно подробно роль гуморальных или химических факторов исследована в отношении, с одной стороны, регуляции хроматофор у разных классов животных, а с другой—в отношении симпатической иннервации внутренних органов высших животных.

Хроматофоры, как эффекторные органы, изменяющие свою форму и состояние под влиянием раздражения, встречаются у моллюсков, разнообразных рыб, амфибий и рептилий. Они имеют различную форму и разную степень сложности. У головоногих моллюсков в их изменении принимают участие гладкие мышцы, которые своим сокращением их растягивают, а при расслаблении мышц они принимают сферическую форму под влиянием эластичности своей оболочки. Другой тип хроматофоров встречается у ракообразных низших позвоночных. Эти хроматофоры представляют собой либо отдельные клетки, либо небольшие группы клеток, протоплазма которых содержит окрашенное вещество. Это вещество под влиянием движения протоплазмы передвигается из центра клетки на периферию либо обратно, и таким образом создается впечатление либо расширения хроматофор либо их сокращения. В других случаях пигментное вещество либо заново образуется, либо разрушается на месте под влиянием раздражений. Передвижение окрашенных частиц чаще встречается у рыб, амфибий и рептилий, а образование и разрушение пигмента—у ракообразных.

Как известно, путем изменения состояния хроматофор обуславливается приспособительная и защитная окраска животных. Если, например, лягушку положить на что-либо белое (напр., белую тарелку), то она через некоторое время приобретает светлую окраску; напротив, на черном фоне она становится темной. Еще лучше это выражено у камбалы. Она не только приспособляет свою окраску к общему фону среды, но и к подробностям окраски ее. Если, например, камбалу положить на поверхность, состоящую из больших чередующихся белых и черных квадратов, то ее кожа через некоторое время покроется крупными черными пятнами на светлом фоне. Если же черные и белые квадратики очень малы, то и пятна на коже камбалы будут мелкие и более или менее равномерно распределены между белыми пятнами (Mast). Хорошо также всем известна способность хамелеона очень быстро и сложным образом менять свою окраску, особенно при возбуждении.

Каков же механизм этих реакций?

Еще Rouchet (1872—76 гг.) показал, что при перерезке нервов у камбалы, идущих к той или иной части тела, особенно если эти нервы содержат симпатические волокна, соответствующая часть тела получает темную окраску и эта окраска в этой части тела уже затем не изменяется или почти не изменяется. Хроматофоры в этой части находятся в состоянии среднего (не максимального) расширения, следовательно, при наличии нервов они могли бы еще больше расширяться. Эти данные Rouchet были затем подтверждены и значительно расширены при более совершенной методике (без повреждения кровеносных сосудов) различными исследователями на различных рыбах (Frisch, Wymann и др.) Деиннервованная часть рыбы не изменяет своей окраски, тогда как остальные части ее тела нормально реагируют на изменение освещения или окраски окружающей среды. Эта реакция у рыб зависит от глаз, так как при закрытии глаз или их экстирпации изменение окраски рыбы на изменение среды пропадает. Но если всю рыбу закрыть, а оставить открытыми только глаза,

то она изменяет свою окраску соответственно окраске среды. Все это ясно указывает на то, что у рыб мы имеем дело с нервным механизмом и регуляции хроматофор, что подтверждено также и гистологическими исследованиями, показавшими, что хроматофоры у рыб богаты снабжены нервными (Ballo witz). У некоторых рыб имеется несколько сортов хроматофор, позволяющих им в значительной мере менять свой цвет. Все эти хроматофоры, повидимому, управляются центральной нервной системой, и для некоторых форм рыб удалось установить местоположение соответствующего центра в центральной нервной системе. Хроматофоры, или по крайней мере, меланофоры рыб (Giersberg, Smith) имеют двойную иннервацию—симпатическую и парасимпатическую; под влиянием симпатической иннервации они сокращаются, а под влиянием парасимпатической—расширяются. Соответствующим образом влияют на них симпатические и парасимпатические яды (адреналин, эрготамин, пилокарпин, холин и др.), но наряду с нервной регуляцией хроматофоры рыб имеют и гуморальную. Так, если рыбе, у которой часть тела денервирована, ввести в кровь адреналин, то хроматофоры сильно сокращаются не только в нормально иннервируемых частях, но и в денервированной. Также точно и под влиянием паркотизации (эфир) происходит значительное расширение хроматофор и в денервированной, и в нормальной частях (W u t a n).

Совершенно иначе обстоит дело с хроматофорами у амфибий. У них перерезка нервов, идущих к коже, не оказывает влияния на их приспособительную окраску. Напротив, введение гормонов в кровь (адреналин, питуитрин) сильно изменяет их окраску. Hog ben показал, что удаление гипофиза у лягушки ведет ее к побледнению в результате сокращения меланофор и что после этого ее окраска уже не изменяется при изменении освещения или окраски среды. Если головастики, у которого предварительно был экстирпирован гипофиз и который в результате стал светлым, пересадить затем часть гипофиза, то он становится темным. Если бледному животному в результате экстирпации гипофиза выпрыснуть экстракт этой железы, то оно темнеет, но это потемнение оказывается временным. Таким образом, хроматофоры амфибий регулируются гуморально—повидимому, надпочечники через адреналин приводят их к сокращению, а гипофиз какими-то своим гормоном—к расширению. Однако, в этой реакции все-таки замешана нервная система, так как после удаления глаз или вообще после ослепления животного оно теряет в значительной мере способность менять свою окраску под влиянием среды. Следовательно, свет действует на глаза и вызывает рефлекс через центральную нервную систему на эндокринные железы, и уже через посредство их происходит изменение окраски животного. Этот рефлекс, повидимому, может в некоторой мере осуществиться и без участия глаз; вероятно, кожа амфибий содержит фоторецепторы, которые могут отчасти заменять глаз в этой реакции.

У рептилий хроматофоры мало исследованы. Объектом исследований служил главным образом хамелеон. Здесь оказалось, что изменение окраски происходит преимущественно под прямым влиянием нервной системы. Если у хамелеона производить перерезку спинного мозга на различных уровнях (Hog ben и Mirvish), то часть его тела позади перерезки становится темной, и ее окраска, в противоположность впереди лежащим частям тела, не изменяется при раздражении передней части головы (рта). Однако, если выпрыснуть в кровь адреналин, то это вызывает значительное

побледнение животного. Следовательно, надо признать, что у рептилий главным регулирующим деятельность хромофоров механизмом является нервный.

Очень интересные свойства обнаруживают хромофоры и их регуляция у ракообразных. Здесь имеется большое число различных сортов хромофоров (по цвету пигмента) у одного и того же животного. В одних случаях пигмент под влиянием того или иного воздействия среды на животное растворяется, выходит из клетки и диффундирует окружающие ткани. В других случаях дело ограничивается лишь сокращением или расширением хромофора. Во всяком случае ракообразные обладают прекрасно выраженной способностью приспосабливать свою окраску к окраске окружающей среды. Эта способность у них пропадает после ослепления. Закрывание одного глаза не влияет на их приспособительную окраску. Но наряду с этим перерезка нервов (первой почки) не нарушает изменения окраски депигментированной части тела (Perkins). В этой части тела окраска так же хорошо изменяется, как и в других частях тела. Повреждение же или перевязка кровеносных сосудов прекращает реакцию хромофора той части тела, которая снабжалась данными сосудами. Причем гистологическая проверка не обнаруживала нервных волокон в кровеносных сосудах рака. Если взять кровь от темноокрашенного рака и впрыснуть светлору, то кожа последнего на некотором протяжении быстро темнеет (Koller). Таким образом ясно, что у раков хромофоров регулируются гуморально, но эта регуляция осуществляется через посредство глаз, как это имеет место и у амфибий.

При детальном исследовании этого механизма было найдено, что столон, на котором находится у рака глаз, продуцирует под влиянием, видимо, нервной системы особое вещество, которое через кровь приводит хромофоры в сокращение. Если ослепленному и в силу этого получившему темную окраску раку впрыснуть в кровь экстракт из глазных столон светлого рака, то уже в течение часа темный рак становится светлым в силу сокращения хромофоров и остается таким в течение суток, после чего опять темнеет (Perkins). Ряд других опытов с несомненностью показал, что глазной столон у рака действительно продуцирует вещество, вызывающее сокращение хромофоров. Но что заставляет их расширяться? У одной из креветок Koller нашел, что экстракт из определенной части ее рострума, и именно той, где в личиночной стадии находился глаз, исчезающий потом, вызывает сильную экспансию хромофоров при впрыскивании его в кровь светлой креветке. Следовательно, мы здесь имеем своего рода железу внутренней секреции, гормон которой был назван „экспантин“ в противоположность „контрактину“—гормону глазного столона. Оба эти гормона имеют полное сходство в общих свойствах с гормонами высших животных, именно—они не разрушаются кипячением, не подвергаются изменению в пищеварительном тракте, сохраняют свое действие при значительном разбавлении (до 100 тысяч раз) и не обладают видовой специфичностью; гормон, полученный от одного вида, действует на животных не только другого вида, но даже другого типа. Именно гормон, полученный из глазного столона креветки, вызывает сокращение меланофоров у рыб (Koller и Meyer).

Итак, мы имеем два типа регуляции хромофоров у различных животных. У рыб и рептилий и также, по видимому, у моллюсков—нервную, а у амфибий и ракообразных—гуморальную или, вернее, нервно-гумо-

ральную. С эволюционной точки зрения такая принципиальная разница в природе этих механизмов вызывает некоторое недоумение. Как с этой точки зрения понять, что у беспозвоночных мы имеем гуморальный механизм, у низших позвоночных—нервный, а у более высокоорганизованных позвоночных—амфибий—опять гуморальный? Эти соображения, с одной стороны, а с другой—то обстоятельство, что у ракообразных и у амфибий гуморальный механизм тесно связан с участием нервной системы, так как этот механизм приводится в действие при участии не только нервных рецепторов (глаза), но и железистых образований тоже нервного происхождения (гипофиз и, вероятно, надпочечники), побудили некоторых исследователей поставить вопрос: не является ли нервный механизм у рыб и рептилий в действительности гуморальным? Может быть здесь те нервные импульсы, которые бегут из центральной нервной системы к хроматофорам, ведут к секреции нервными окончаниями каких-то веществ, которые затем уже и приводят хроматофоры в деятельность. Опыты, поставленные в этом направлении, дали положительный ответ на этот вопрос. Мейер брал сыворотку из крови камбалы, которая приобрела темную окраску под влиянием 2-недельного пребывания на темном грунте, и вырыскивал ее светлой камбале. Через пять минут у светлой камбалы появлялась темная окраска в области выпрыскивания. Это потемнение усиливалось в течение получаса, после чего оно исчезало. Напротив, выпрыскивание сыворотки от светлой камбалы темной вызывало локальное посветление. Выпрыскивание же сыворотки светлой камбалы в светлую же или же от темной—темной же не вызывало никаких заметных изменений. Отсюда ясно, что и у камбалы, где механизм регуляции хроматофор, казалось, является чисто нервным, в действительности изменение окраски сопровождается появлением в крови каких-то веществ, действующих раздражающе на хроматофоры. Повидимому, у рыб и рептилий нервные элементы, обслуживающие хроматофоры, секретируют эти вещества, но в таком малом количестве, что они могут действовать лишь вблизи места их образования. Тогда различие в механизме регуляции хроматофор у рыбы и рептилий, с одной стороны, и у амфибий и беспозвоночных (ракообразных)—с другой, заключается в том, что в первом случае нервные элементы подходят к клеткам хроматофор, и здесь вблизи их образуются раздражающие вещества, а у амфибий и ракообразных нервные же элементы обособились и специализировались в отношении секреторной лишь деятельности и образуют столь большое количество гормона, что он действует уже на весь организм в целом. Несомненно, что такой взгляд вырос на почве открытия химических агентов в нервной регуляции сердца. Но, с другой стороны, исследования, проведенные и проводящиеся в направлении этого взгляда, дают ряд новых важных доказательств в пользу его.

Особый интерес в этом отношении представляют исследования Саппола и его сотрудников. Этот автор применил для изучения тех изменений в организме животного, которые происходят при эмоциональных возбуждениях и при некоторых других обстоятельствах, животных (кошки) с денервированным сердцем. Предварительно перерезались все нервы, идущие к сердцу, так что этот орган находился в связи с другими частями тела лишь через посредство крови (Саппола и Britton). Такое животное, положенное на одну минуту в особый станок ногами кверху, конечно,

производило ряд усилий, чтобы высвободиться из этого неестественного положения, и при этом частота сердечных сокращений значительно увеличивалась. Это увеличение было особенно велико при паличии неденервированных надпочечников. В последнем случае всякое раздражение животного вызывало эту реакцию. Но и после удаления одного надпочечника и денервации другого эта реакция сохранялась, хотя теперь протекала несколько иначе. Именно, учащение не достигало такой степени, как при наличии надпочечников, а затем скрытый период реакции значительно удлинялся. Частота сокращений начинала постепенно возрастать после минутной борьбы кошки за высвобождение ее из неестественного положения. Через 3—4 минуты частота достигала максимума и после этого постепенно в течение 7—9 минут возвращалась к норме или даже спускалась ниже.

Были предприняты всевозможные попытки открыть причину этого „мистического“ явления. Чрезвычайно обстоятельные опыты (Newton, Zwenner, Cannon) показали, что это ускорение не обуславливается ни изменением кровяного давления, ни повышением температуры тела в результате сокращения мышц, ни выхождением адреналина из денервированного надпочечника или из хромаффинной ткани, ни ускоряющим веществом из печени, ни каким-либо веществом, продуцируемым поджелудочной железой, либо желудочно-кишечной мукозой или полужидким ганглием (его хромаффинные клетки), ни участием щитовидной железы или половых желез, ни деятельностью скелетных мышц. Этот неизвестный фактор, ускоряющий деятельность денервированного сердца, они назвали „х-фактор“. Но после того, когда они удалили почти всю симпатическую цепочку с двух сторон и перерезали все связи оставшейся симпатической нервной системы с центральной нервной системой, денервированное сердце уже не ускоряло своего ритма после борьбы животного. Следовательно, этот „х-фактор“ вызывается каким-то образом через посредство симпатической нервной системы.

Далее были предприняты исследования для выяснения механизма влияния симпатической нервной системы на ускорение сокращений обезглавленного сердца (Cannon и Vase). У кошки после предварительной денервации сердца, лигатуры надпочечников, разрушения головного и спинного мозга до середины грудного отдела, удаления верхней части грудного отдела симпатической цепочки и перерезки печеночных нервов, раздражение периферического конца перерезанной брюшной симпатической цепочки над крестовым выступом вызывало эрекцию волос на хвосте и вместе с этим повышение кровяного давления и ускорение сердцебиения. Максимум ускорения достигался через 1,5—2 минуты по прекращении раздражения, и через 5—6 минут пульс возвращался к норме. Так как было замечено, что раздражение симпатикуса вызывает ускорение сердца лишь в том случае, когда получается положительная реакция на пилототорах, то естественно возникло предположение, что эта реакция на сердце связана каким-то образом с симпатической иннервацией гладкой мускулатуры. Для проверки этого предположения были предприняты следующие опыты. Кошка подвергалась предварительной денервации сердца: удаление грудных симпатических цепочек от gangl. stellatum до седьмого или восьмого ребра, перерезка правого вагуса ниже отхождения

ларвингеуси, а также общей сердечной ветви. Правый надпочечник был удален, левый — денервирован (перерезка левых симпатикусов и экстирпация левого верхнего брюшного симпатического ствола), нервы печени перерезаны. Через 7—10 дней, когда животное вполне оправилось после этой операции, оно быстро анестезировалось эфиром (другие наркотики, кроме эфира, и dial мешают выявлению „х-фактора“). Перерезался левый вагус на шее и спинной мозг у основания 7-го грудного позвонка. После этого борьба животного за высвобождение из естественного положения, в которой теперь принимала участие лишь передняя часть, не оказывала никакого влияния на сердце. Теперь у животного обвивался симпатический нерв у корня хвоста или на спинной поверхности каудального конца аорты и нижней поллой вены между 6 и 7 лумбалными ганглиями, а для эффектов на гладкой мускулатуре кишек изолировались симпатические волокна, сопровождающие мезентериальные артерии. Центральные связи этих волокон всегда разрушались. Раздражение симпатических стволов при этом методе давало всегда столь же регулярные и надежные результаты, как и эмоциональные раздражения, т. е. частота сердечных сокращений при этом увеличивалась типичным образом. 30 сек. раздражение изолированных нижних абдоминальных симпатических стволов вызывало всегда ускорение пульса в среднем на 13 ударов в минуту. Это ускорение достигало постепенно своего максимума через 1—1,5—3—5 мин. по прекращении раздражения, а, примерно, через 7—8 мин. пульс постепенно приходил к норме. Такие же результаты получались при раздражении периферического конца перерезанного симпатикуса на той стороне, где был удален надпочечник у животного с перерезанными почечными нервами. То же самое получалось и при раздражении симпатических волокон, идущих к гладким мышцам матки и мочевого пузыря или толстой кишки.

Если кровообращение в задней половине животного приостанавливалось на 5 минут путем зажатия аорты и нижней поллой вены (выпие IIIa) перед раздражением, то ускорение сердца в ответ на раздражение симпатических нервов было незначительным и не увеличивалось после снятия зажима. Повторение раздражения после восстановления нормального кровообращения вызывало обычный эффект. Введение в кровь животному эрготамина или эрготоксина заметно повышало эффект раздражения симпатических нервов, идущих к гладким мышцам, на денервированное сердце, даже если это раздражение не вызывало заметного сокращения мышц (пиломоторов).

Раздражение симпатических нервов, производимое вышеописанным методом, кроме того вызывает сокращение кровеносных сосудов, секрецию слюны из денервированной подчелюстной железы; особенно ясно это действие на слюнную железу выступает на фоне слабого действия пилокарпина. Заметного действия на ирис и на движение желудка и кишек эти исследованиями не было обнаружено. Следовательно, при раздражении симпатических волокон, иннервирующих гладкие мышцы, выделяется (мышцами или нервными окончаниями) в кровь адреналино-подобное вещество, которое, передвигаясь с кровью, может оказать свое характерное действие на отдаленные органы животного. Это вещество было названо этими авторами симпатином.

Действие симпатина суммируется с действием адреналина и может быть в значительной мере усилено небольшими дозами кокаина, в особенности это выступает по отношению к кровеносным сосудам, тогда как на денервированном сердце действие кокаина незаметно (Rosenblueth, Schlossberg). Далее оказалось, что хорошим индикатором на появление в крови симпатина является мигательная перепонка глаза кошки. Если предварительно (за 4—8—10 дней) вынуть верхний шейный симпатический ганглий, то чувствительность мышц этой перепонки к симпатину так же, как к адреналину, значительно повышается. Повышение чувствительности к симпатину путем предварительной денервации было замечено и у сердца. Введением кокаина в кровь животного эту чувствительность можно усилить еще раз в 10 (вводить 25 *mg* солянокислого кокаина на 3,5 кило веса животного). При этих условиях уже сравнительно слабое раздражение симпатикуса при наличии денервированных надпочечников вызывает сокращение м. п., которое оказывается тем сильнее и продолжительнее, чем сильнее раздражение. Такие же сокращения можно вызвать впрыскиванием в кровь адреналина в известных количествах, и таким образом можно производить количественные сравнения концентрации симпатина в крови по отношению к адреналину. При сенсибилизации указанным способом брюшной симпатической цепочки, вызывающей сокращение пилomotorов на хвосте. Также совершенно ясное сокращение мигательной перепонки получается и в том случае, если раздражение симпатических нервов приводит к сокращению гладких мышц кровеносных сосудов задних конечностей (скрытый период 75 сек.). Чем большая масса гладких мышц приводится в действие через симпатические нервы, тем большее количество симпатина образуется, тем сильнее его действие. Печеночные клетки продуцируют значительное количество симпатина при раздражении симпатических нервов печени (двенадцатая артерия с ее нервами была крепко пережата, так что нервы разрушены). В этом случае получается такое сильное сокращение мигательной перепонки, как при раздражении симпатикуса при наличии неповрежденных надпочечников, со скрытым периодом гораздо более коротким, чем при раздражении нервов к гладким мышцам, что указывает на то, что этот эффект обуславливается клетками печени, а не гладкими мышцами, находящимися в печени. Такой же эффект получается и в том случае, если в течение 10 дней кровь портальной вены отводилась от печени в нижнюю полую вену.

Симпатин печени действует и на денервированное сердце, как и симпатин гладких мышц. Разница между печеночным и мышечным симпатином, по видимому, лишь количественная. Печеночный симпатин оказывается более деятельным у животных, накормленных мясом (Rosenblueth и Cannon).

Эти опыты, произведенные на кошках, были затем повторены с тем же результатом и на собаках (Rosenblueth, Phillips).

Таким образом, Cannon'ом с сотрудниками с полной очевидностью было показано, что при раздражении различных симпатических нервов, вызывающих положительную реакцию в гладких мышцах, железистых клетках (печень, надпочечники) получается вещество, которое через кровь действует возбуждающе на те, хотя бы и отдаленные органы, на которые действует возбуждающе симпатическая нервная система. Однако,

это вещество не оказывает влияния на те органы, которые симпатической нервной системой тормозятся. Но, как уже указывалось выше, Finkelmann показал химическую передачу тормозящего действия через рингеровский раствор из одного отрезка кишки кролика, заторможенного раздражением идущих к ней нервов, на другой отрезок кишки. Brinkmann, van Dam, Lauz'a и Kûl'a показали, что симпатическое вещество сердца действует тормозяще на движение желудка. Bain наблюдая, что жидкость, протекающая через сосуды языка собаки во время раздражения лингвалисы, вызвавшего расслабление гладкой мускулатуры сосудов, оказывает раздражающее действие на мускулатуру кишки у кролика. Бабин со своими сотрудниками (Gibbs, Skelsoe, Alley, Stuytaky) показали, что при раздражении chorda thympani подчелюстной железой выделяется в кровь или протекающую через сосуды железы рингеровскую жидкость какие-то вещества, которые вызывают падение кровяного давления, действуют возбуждающе на слюнную железу, усиливают движение кишки и тормозят сердце. В условиях нормального кровообращения у животного они наблюдали при раздражении периферического отрезка chorda thympani, на одной стороне, секрецию подчелюстной железы, предварительно денервированной, на другой стороне и наряду с этим — падение кровяного давления. Резенков и Пчелина показали, что при раздражении блуждающего нерва кровь, оттекающая от поджелудочной железы, при введении ее в кровь контрольной собаки или при пропускании через изолированную железу, побуждает железу к секреции, т. е. действует на нее раздражающе. То же им удалось наблюдать и в отношении желудочных желез. Henderson, Коерке и Secker в общем подтвердили эти наблюдения. Кибяков наблюдал, что рингеровская жидкость, протекающая через сосуды задних копечностей во время раздражения задних спинно-мозговых корешков, действует тормозящим образом на кровеносные сосуды, расширяя их. Engelhart при раздражении глазодвигательного нерва вапел, что жидкость передней камеры глаза получает тормозящее влияние на сердце. Следовательно, при раздражении как парасимпатических, так и симпатических нервов получают также вещества, тормозящие те органы, которые иннервируются симпатической нервной системой. Но только в опытах Brinkmann'a и van Dam'a, Lauz'a, Kûl'a и Finkelmann'a эти угнетающие вещества были получены при раздражении явно симпатических нервов. Из сопоставления этих данных с данными Саппон'а нужно предположить, что под влиянием раздражения симпатических нервов образуются не одинаковые вещества, а различные вещества в зависимости от того, какие симпатические нервы берутся. Если раздражается такой симпатический нерв, который вызывает положительную реакцию в иннервируемом им органе, то при этом образуется вещество, симпатин, вызывающее и в других органах положительную реакцию, которые возбуждаются симпатикусом, но не действующее на тормозимые симп. органы. При раздражении же тормозящих симпатических волокон образуется вещество, действующее лишь на органы, тормозимые симпатической нервной системой и действующее лишь тормозяще.

Этот вопрос подробно был исследован Саппон'ом. Он обратил внимание на то, что адреналин, в противоположность симпатину, действует двояким образом — возбуждающе на положительно иннервируемые симпатикусом

органы в тормозяще—на отрицательно иннервируемые. Разница между симпатиком и адреалином очень хорошо выявляется в их действии на кровеносные сосуды после отравления эрготамином. После этого отравления адреналин вызывает лишь падение кровяного давления. Симпатик же (раздражение нижней брюшной симпатической почки) после начального слабого падения давления вызывает длительное повышение давления. Раздражение печеночного нерва при этих условиях вызывает чистое повышение давления (без предварительного падения). Следовательно, адреналин может вызвать и сокращение и расслабление гладких мышц, а симпатик вызывает только лишь сокращение.

Под влиянием адреналина денервированная мигательная перепонка сокращается, тогда как денервированная небеременная матка расслабляется. Раздражение печеночного нерва вызывает сокращение мигательной перепонки, но матка не расслабляется. Раздражение симпатикуса вызывает не только сокращение сосудов, но и торможение гладких мышц желудочно-кишечного тракта. Интересно, что при раздражении симпатикуса не только сокращается мигательная перепонка, но и тормозится матка. Симпатический нерв, идущий по гепато-дуоденальной артерии, разветвляется на две ветви—одна идет в печень, а другая—в дуоденум. В печени этот нерв вызывает сокращение гладких мышц, а также, повидимому, действуют возбуждающе и на печеночные клетки, в кишке же он тормозит мускулатуру. При раздражении этого нерва в целом мигательная перепонка сокращается, а матка тормозится (оба эффекта, конечно, через кровь). Если же ветвь, идущая к кишке, перерезана, то то же раздражение вызывает лишь сокращение мигательной перепонки, а матку уже не тормозит (Саппон и Roseblueth). На основании этих данных Саппон заключил, что имеется два рода симпатина: один возбуждающий, а другой тормозящий. По примеру Шеррингтона, первый он обозначает буквой Е, а второй—J. Дальше мы увидим, что выделяющееся в кровь вещество, при раздражении и тормозящих симпатических волокон и возбуждающих, может быть одно и то же, но не действие их определяется местными условиями.

Таким образом, иннервация разнообразнейших органов связана с образованием каких-то веществ, которые обладают значительным раздражающим действием не только на данный же орган, но их действие через кровь может передаваться на отдаленные органы и приводить их в деятельность или затормаживать в зависимости от характера вещества и природы органа.

(Продолжение следует).

IX всесоюзный съезд акушеров и гинекологов в Москве 10—15 марта 1935 года.

Проф. П. Маненков, аспиранты И. Данилов, М. Манасыпова.

IX всесоюзный съезд был торжественно открыт 9 марта 1935 г. в 7 часов вечера в переполненном делегатами и гостями колонном зале Дома союзов избранном почетного и рабочего президиумов. В почетный президиум съезда при овациях избран весь состав политбюро ЦК ВКП(б), Крупская, Горький, Тельман. Председателем съезда под шумные аплодисменты избирается заслуженный деятель науки проф. В. С. Груздев (Казань).

После короткого приветствия последнего, председатель оргкомитета съезда заслужен. деятель науки проф. М. С. Малиновский (Москва) произнес яркую речь, демонстрирующую цифрами и фактами огромные успехи СССР, со времени последнего съезда, в области политики, хозяйственного строительства и науки, а в частности в области акушерско-гинекологической науки и практики. Затем под бурные аплодисменты принимается текст приветствия тт. Сталину и Молотову. При произнесении имени товарища Сталина все присутствующие в зале встают, и аплодисменты переходят в долго несмолкаемую овацию. В заключение съезд принимает текст обращения ко всем медицинским работникам СССР в связи с постановлением партии и правительства об увеличении заработной платы медицинским работникам и ассигнований на нужды здравоохранения.

Торжественное открытие съезда закончилось прекрасным концертным отделением.

Научная работа съезда протекала в пленарных и секционных заседаниях, которые происходили утром и вечером в аудиториях Дома ученых. Всего было пленарных заседаний 9 и секционных—3. На всех заседаниях заслушано около 130 докладов и прения по ним, причем в прениях по предварительному списку, заранее напечатанному в программе съезда, выступало много лиц с сокращенными докладами о тех работах, которые не были включены в программу заседаний.

Опубликованная вначале оргкомитетом программа съезда, ограничивавшаяся тремя вопросами: 1) узкий таз, 2) гинекологические кровотечения, 3) перелечение крови в акушерстве и гинекологии, фактически затем оказалась расширенной вопросами: 1) воспалительные заболевания женской половой сферы, 2) физкультура в акушерстве и гинекологии, 3) гормоно-уро-гравиданотерапия и др.

Первым из основных программных вопросов съезд рассмотрел вопрос об узком тазе. Этому вопросу было посвящено 12 докладов. Основной докладчик проф. Скробанский (Ленинград) изложил современные представления об „узком тазе“ и терапии при нем. Он указал, что издавна установившееся и принятое до сих пор определение узкого таза по анатомическим признакам (форма и размеры таза) неправильно и требует изменения. Узкий таз по современным научным данным должен определяться не только анатомическими признаками, но и функциональными, касающимися особенностей головки,

способа ее вставления и особенно силы родовой деятельности. Отсюда понятие „узкий таз“ расширяется и включает в себе как анатомическую, так равно и функциональную недостаточность. Чисто анатомическая оценка имеет решающее значение только при больших степенях сужения таза, а именно при истинной конъюгате ниже 7,5—7 см (III и IV степени сужения); при меньших же степенях сужения, когда истинная конъюгата больше 7—7,5 см (I и II степени сужения), анатомические особенности таза играют только ориентировочную роль. С целью иметь своевременную и точную анатомическую оценку таза, докладчик считает необходимым осуществить предложение проф. Архангельского (Москва) об обязательном измерении в консультации у каждой беременной диагональной конъюгаты.

Касаясь терапии родов при узком тазе, проф. Скробанский наметил основные установки и общую схему. При I и II степенях сужения (истин. конъюг. II — 7,5—7 см) возможны самопроизвольные роды живым плодом; роды ведутся выжидательно, причем в процессе выжидания возможно применение различных акушерских операций. При III степени сужения (истин. кон. от 5 — 6 см до 7 — 7,5 см) самопроизвольные роды живым плодом невозможны, а посему здесь применимы или кесарское сечение или краниотомия. Наконец, при IV степени сужения (истин. кон. ниже 5—6 см) — роды *per vias naturales* совершенно невозможны, и здесь может быть применено только кесарское сечение.

Из остальных докладчиков 1) проф. Пальмов (Ленинград) указал на необходимость а) выработать в теории и практике борьбы с узким тазом единый план и унифицировать основы учения об узком тазе, чего пока мы не имеем; 2) проф. Елкин (Ленинград) обратил внимание на включение в терапию узкого таза операций экстроперитонеального кесарского сечения и пубнотомии и 3) прив. доц. Гусаков (Ленинград) выступил горячим защитником операции пубнотомии.

В прениях большинство выступавших согласилось с основными положениями указанных докладчиков. Лишь только защита пубнотомии пр. доц. Гусаковым не встретила заметной поддержки. В резолюции съезда по вопросу об узком тазе особое внимание уделено операции высоких щипцов. По этому поводу съезд считал необходимым указать, что 1) высокие щипцы следует применять лишь в случаях фиксированной в тазу головки, 2) эта операция является не операцией выбора, а вынужденной и 3) производство этой операции должно иметь место в клиниках и благоустроенных больницах, притом квалифицированными акушерами.

Второму программному вопросу — о гинекологических кровотечениях — было посвящено вечернее заседание 10/III, на котором заслушано было 12 докладов. Основной докладчик по этому вопросу, заслуженный деятель науки проф. В. С. Груздев (Казань) остановился на классификации этих кровотечений и терапии. Он изложил наиболее исчерпывающую, несколько видоизмененную им, классификацию маточных кровотечений, предложенную Nababan'ом и основанную на этиологическом принципе. По этой классификации все маточные кровотечения можно разделить на 6 групп, а именно: 1-я группа — кровотечения, обусловленные местными видоизменениями в матке и, особенно, андометрии; 2-я гр. — зависящие от общих заболеваний женского организма и прежде всего разных форм геморрагического диатеза; 3-я группа — от воздействий

со стороны первой системы; 4-я гр.—от анатомических и функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы; 5-я гр.—от заболеваний яичника, сюда входят 3 подгруппы: а) первичное расстройство внутрисекреторной функции яичника, б) вторичные расстройства ее в результате дисфункции других эндокринных желез, в) функциональные расстройства яичников на почве воспалений и опухолей; 6 гр.—маточные кровотечения на почве травмы. Отсюда очевидны вариации и характер терапии таких кровотечений.

В остальных докладах были затронуты вопросы этиологии, диагностики и, главным образом, терапии маточных кровотечений. Среди разнообразных терапевтических средств—медикаментозные, гормоны, лучистая энергия—особое внимание уделено здесь гемотерапии. Проф. Крупский (Киев) рекомендует лечение ювенильных кровотечений переливанием 200—400 куб. см. крови. Д-ра Образцова и Зурабова (Ленинград) при маточных кровотечениях овариогенного происхождения с успехом применяли плацентарную кровь в количестве 10 инъекций по 5—10 к. с. Д-ра Гумилевская и Введенская (Тула) рекомендуют использовать с этой целью сыворотку крови, получаемой при операции искусственного аборта. Нельзя обойти молчанием одно неблагоприятное впечатление, которое осталось у многих участников этого заседания после доклада Фейгеля, Покровского и Гофмана (Москва). Эти авторы, как выяснилось из их доклада, весьма легко подошли к собиранию материала для решения затронутого ими научного вопроса. Поставив себе задачей изучить гематологию маточных кровотечений, они добыли у женщин путем операций 15 препаратов для полного гистологического исследования матки, труб и яичников, причем на вопрос аудиторики: „а каковы были показания к удалению матки и придатков в данных случаях“—докладчик Покровский ответил: „подозрение на рак“. Такое большое количество операций удаления органов по одному только „подозрению“, да и при том в условиях столичного города, явилось для аудитории фактом неожиданным.

Третье заседание, утром 11 марта, было посвящено вопросу переливания крови в акушерстве и гинекологии—около 13 докладов.

Программный докладчик заслуженный деятель науки проф. М. С. Малиновский отметил важность этой проблемы и обратил особое внимание аудитории на использование для целей переливания так называемой утильной крови, особенно—плацентарной. В развитие основных положений проф. Малиновского остальные докладчики коснулись показаний и противопоказаний к переливанию крови, способов получения крови (плацентарная, ретроплацентарная, кровь экламптичек, реинфузия и пр.), результатов применения этого средства при септических процессах и внематочной беременности и некоторых организационных вопросов переливания крови.

Четвертое заседание, вечером 11 марта, было посвящено вопросам о воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Почти все доклады, заслушанные на этом заседании, касались консервативных методов лечения и преимущественно физиотерапии. Из других методов лечения особое внимание было уделено так называемому новокаиновому блоку (6 докладов). Испробовано лечебное значение различных модификаций блока (околопочечный, анестезия зона Head'a) при воспалительных

процессах и для обезболивания родов (Стремовская и Фирсова) (Свердловск). По единогласному заявлению докладчиков, новокаиновый блок дает благоприятные результаты, среди которых особенно резко выступает обезболивающее действие. Исключительный интерес и аудитории и прессы вызвало успешное применение анестезии зои Head'a для обезболивания родов. Докладчики (Стремовская и Фирсова) применяли в периодах раскрытия и изгнания анестезию кожи нижней части живота 100 — 150 к. с. 1/2% раствора новокаина, в результате чего маточная деятельность оставалась нормальной, а родовые боли исчезали на время до 2-х часов. Однако, наши наблюдения показывают, что этот эффект непостоянен и предложенный метод обезболивания родов требует дальнейшей разработки.

Ввиду обилия вопросов в программе, утром 3 дня съезда (5-е заседание) были организованы секционные заседания по трем темам: 1) физкультура, 2) методы лечения воспалительных заболеваний и 3) классификация и номенклатура в гинекологии и акушерстве.

На секционном заседании по физкультуре было сообщено около 10 докладов, которые касались применения физкультуры в гинекологии (при гинекологических заболеваниях, после гинекологических операций) и главным образом в акушерстве (при беременности и после родов). Все докладчики единогласно отметили важное значение для профилактики и терапии правильно поставленной в акушерстве и гинекологии физической культуры.

В резолюции по этому вопросу съезд ставит перед НКЗдравом задачу внедрения физкультуры в практику акушерско-гинекологических учреждений и отмечает необходимость организации для подготовки акушеров краткосрочных курсов по физкультуре.

На секционном заседании, обсуждавшем методы лечения воспалительных процессов, было заслушано также 6 докладов. Эти доклады касались прежде всего лечения гонорей у женщин (5 докладов), причем из затронутых в докладах методов лечения обращает внимание лечение амниотическими солями серебра (предложено Ермолаевым) и культурой живых гонококков. Остальные 5 докладов были посвящены этиологии и терапии послеродовых заболеваний.

Третье секционное заседание съезда занималось вопросами номенклатур и классификаций (6 докладов). Программный докладчик по этой теме, заслуж. деят. науки проф. М. С. Малиновский, продемонстрировал на ряде примеров путаницу и неточность в акушерско-гинекологических номенклатурах и классификациях и, отметив тормозящее значение этого факта для прогресса акушерства и гинекологии, а также в преподавании, нашел своевременным поставить вопрос об устранении этого дефекта нашей специальности. Остальные докладчики высказались в том же направлении. После обсуждения данного вопроса решено было избрать комиссию для выявления и устранения дефектов в акушерско-гинекологических номенклатуре и классификациях. В эту комиссию от Казани был избран проф. П. В. Мепенков.

По окончании секционных заседаний в 2 часа дня на пленарном заседании съезда выступил с красочной речью парком здравоохранения РСФСР т. Каминский. В своей речи т. Каминский подчеркнул прежде всего неумелую организацию наших научных съездов вообще и в частности и данного съезда акушеров и гинекологов (малую акуаль-

ность некоторых программных вопросов, плохой отбор докладов, теснота помещения и пр.). Далее он обратил внимание съезда на разработку наиболее актуальных вопросов. Такими вопросами из области нашей специальности тов. Каминский считает — обезболивание родов, противозачаточные средства, половое воспитание детей и др. Кроме того в своей речи нарком обращает внимание на недостатки в подготовке кадров — слабая подготовка врачей 1930-31 гг.

4 и 5 дни съезда были посвящены вопросу гормоно-уро-гравиданотерапии и индивидуальным докладам. Гормоно-уро-гравиданотерапия представлена 10-ю докладами. В докладах, касающихся лизатов, выявлены два взгляда: 1) лизаты обладают специфическим действием и содержат гормоны (Павленко, Шмундак), 2) лизатам свойственно неспецифическое действие (Егоров, Гуревич). Д-р Казаков (Москва), получивший при лечении лизатами в 80% успех, отстаивает преимущество лечения полилизатами. Суть действия последних, по Казакову, заключается в улучшении окислительно-восстановительных процессов во всем организме, что, в свою очередь, позволяет организму органу восстанавливать свою структуру, а затем и функцию. Воспалительный процесс Казаков считает общим заболеванием, основывающемся на ацидозе тканей. Длительный ацидоз — дает пролиферацию. Отсюда генетическая связь между воспалением и новообразованием и предложение лечить лизатами запущенные формы рака. Остальные доклады дают обоснование уро-гравиданотерапии.

Большое количество индивидуальных докладов касалось различных вопросов акушерства и гинекологии. Среди этих докладов имелись доклады представителей других специальностей — акад. Лазарева (Москва) и проф. Бурденко (Москва). Хирург, заслуж. деятель науки, проф. Н. Н. Бурденко выступил с оригинальным объяснением причины механизма движений головки во время родов. А. склонен объяснить движения, производимые головкой плода при прохождении через тазовое кольцо, не особенностями таза, а рефлекторными движениями частей плода, возникающими в результате раздражения мозга, вследствие анемии его.

Заслуживают, далее, внимания некоторые доклады, посвященные патогенезу и терапии токсикозов беременности. Проф. Улезко-Строганова (Ленинград) и Мандельштам (Харьков) в основе развития токсикозов устанавливают влияние продуктов распада плаценты. Беллкова и Маневич (Москва), исходя из признания токсико-аллергической природы эклампсии, предлагают десенсибилизировать больных парентеральным введением в стадии преэклампсии небольших количеств собственной крови. Применение того же метода с момента появления припадков ухудшает заболевание. Д-ра Морозова и Видулов (Москва) обнаружили в эксперименте, что сыворотка экламптичек в различной степени токсична для животных.

Интересно также указание д-ра Фоминой (Харьков) о том, что для усиления слабых маточных сокращений при родах можно применять амниотическую жидкость, в которой, по ее мнению, содержится питуитин. Дон. Каплун (Харьков), изучая действие строгановской терапии эклампсий, нашел, что морфий в терапевтических дозах вызывает нежелательное для экламптичек влияние на почки, угнетает деятельность почек и является

в этом отношении синергистом питуитрина. Д-р Могилев предложил и использовал для изучения гормонов, вырабатываемых яичником, единственно точный метод — ангиостомию (получением крови через канюлю, введенную в вену), разработанный проф. Е. С. Лондоном.

Несколько индивидуальных докладов было посвящено новым медикаментозным средствам, предлагаемым для лечения воспалительных процессов. Отсутствие на рынке ихтиола вынуждало искать заменяющий его препарат. Таким препаратом предлагается так называемый альбихтол, вещество, добываемое в СССР. Здравомыслов (Москва), применив его в гинекологической практике вместо ихтиола, установил, что альбихтол по своему действию и качеству не только не хуже ихтиола, но даже превосходит его. Проф. Поцандопуло и д-р Писарская (Харьков) с успехом применили для лечения эрозий и язв при пролапсе марлевые тампоны, пропитанные натуральным человеческим желудочным соком.

Из других индивидуальных докладов следует отметить доклад Гентера (Ленинград) „К вопросу о ведении послеродового периода“. Проф. Гентер дает, по нашему мнению, правильную установку в ведении этого периода, когда требует в периоде отделения последа активно не вмешиваться, а только наблюдать за процессом отслойки, в периоде же изгнания последа рекомендует, иногда, активное содействие врача. Наиболее рациональными способами такого содействия он считает приемы Креде и Гентера. При изгнании последа следует ждать не более 3-х часов. После изгнания последа нужно следить за состоянием матки 2 часа.

Харитонов и Ермолаев (Москва), по опыту акушерско-гинекологической клиники 1 МГУ, рекомендуют для лечения септических и воспалительных процессов амивачные растворы солей серебра.

Одно из заседаний съезда было посвящено специально организационным вопросам родовспоможения на селе. В основном докладе этого заседания тов. Ногина, представитель НКЗ РСФСР, остановилась на основных формах организации сельского родовспоможения на данном этапе. Среди этих форм она рекомендовала: 1) организацию в больших колхозах родильных покоев на 5 коек со штатом из 3-х человек — акушерка на средства здравоохранения и 2) сиделки за счет колхоза; радиус обслуживания такого покоя не должен превышать 5 километров, 2) создание при родильном покое амбулатории, 3) организацию патронажа беременных и родильниц, 4) обратить особое внимание на правильное осуществление закона о декретном отпуске по беременности для колхозниц, причем выдачу этих отпусков поручить акушерке колхозного родпокоя, и 5) организовать шефство образцовых роддомов города по организации и обслуживанию сельских роддомов. Доклад встретил горячее сочувствие участников съезда и уже на заседании ряд представителей крупных родучреждений Москвы включился в шефство и обязался в порядке соревнования создать то или иное количество роддомов на селе.

Съезд закончился 14 марта, вечером, заключительным словом председателя заслуж. деятеля науки проф. Груздева, отчетом мандатной комиссии, утверждением резолюций текущего съезда, а также программы и места созыва будущего съезда.

Из отчета мандатной комиссии выяснилось, что вместо предполагаемых 350 делегатов на съезде участвовало около 850 делегатов и большое количество гостей. Среди участников съезда около 45% приехали из РСФСР,

около 30% из УССР и около 25% из остальных местностей СССР; женщины составляли 40% участников съезда. После утверждения резолюций по затронутым на съезде вопросам было решено созвать 10-й съезд в г. Киеве, через 2 года, по следующей программе: 1) организационные вопросы, 2) противозачаточные меры, 3) обезболивание родов и 4) рак женской половой сферы.

Заключивая отчет о IX всесоюзном съезде акушеров и гинекологов, нужно отметить, что прошедший съезд продемонстрировал большую теоретическую и практическую работу в области акушерства и гинекологии, выполняемую в нашем Союзе. Вместе с тем однако он выявил и ряд недостатков. Основным из этих недостатков является дефект организации съездов, а именно: 1) длительный перерыв между 8-м и 9-м съездами, 2) повторное откладывание срока созыва съезда, 3) плохая информация в пределах Союза о сроке съезда, 4) самотек в направлении делегатов, 5) недостаточная подготовленность оргкомитета к встрече и размещению делегатов, 6) недостаточный отбор докладов и др. В результате многолюдный съезд работал в тесном помещении, повестка была перегружена докладами, скрытыми докладами загружены были даже прения, некоторые доклады были малосодержательны и необработаны. Все это вместе взятое — снизило содержательность и продуктивность работы съезда, невыгодно отразилось на впечатлении от съезда и породило твердое убеждение о необходимости коррективов в организации будущих всесоюзных съездов.

Библиография и рецензии.

„Труды медико-биологического научно-исследовательского института им. М. Горького“. Т. 3, под ред. директора ин-та проф. С. Г. Левита. Госмедиздат, 1954 г., 281 стр.

Третий сборник Трудов медико-биологического (в настоящее время носящего уже название медико-генетического) института содержит 20 работ; из них 10 посвящены изучению соотносительной роли наследственных и средовых факторов при помощи „близнецового метода“ и представляют собою разносторонние исследования близнецов (обследованное охвачено всего около 750 пар близнецов), являясь центром данного сборника и, повидимому, центром работы института. Вводная статья проф. С. Г. Левита — „Некоторые итоги и перспективы близнецовых исследований“ дает хороший обзор и анализ встающих при этом проблем.

В работе Игнатьева — „Определение генотипической и паратипической обусловленности количественных признаков при помощи близнецового метода“ даются обстоятельные указания по математической обработке близнецового материала, работа специальная, требующая предварительной математической подготовки читателя. Напротив, доступна по изложению для всякого врача, затрагивающая много интересных вопросов статьи Босика — „К вопросу о роли наследственности и среды в физиологии и патологии детского возраста“. Здесь приводятся данные о весе при рождении, начале прорезывания молочных зубов, начале сидения, хождения, поражения периферического лимфатического аппарата, течения острых инфекций. Значительную (максимальную при всех указанных явлениях) роль наследственности автор устанавливает в отношении начала прорезывания зубов, сидения и хождения; однопяцые близнецы дают здесь высокие цифры одновременноности начала (0—80%), тогда как двупяцые — только 40—50%.

Из работы Малкова видно, что в изменчивости кровяного давления генотипические факторы играют существенную роль, тогда как в изменчивости частоты пульса их роль неопределенна и, повидимому, невелика.

В связи с этим работа Кабанова и Рывкина показывает очень резкую степень обусловленности изменчивости электрокардиограммы генотипическими факторами, настолько резкую, что авторы говорят о возможности при помощи электрокардиографии диагностировать одно- и двуяйцевость близнецов (действительно, сходство электрокардиограмм у однояйцевых близнецов наблюдалось в 87,6%, а у двуяйцевых—только в 24,4%).

Две работы (Миреновой, Миреновой и Колбановского) посвящены вопросу о психомоторном и интеллектуальном развитии дошкольника и дают хороший анализ (в противоположность слишком схематизированным выводам Газелла) роли наследственных и средовых влияний, подчеркивая роль первых в развитии более простых функций.

Работа проф. Диллона и Гуревича говорит о значительной роли генотипических факторов в пневматизации придаточных полостей носа и соседственного отростка, в определении формы и размеров турецкого седла (рентгенологическое исследование).

Наконец, очень интересна—для всякого врача—работа Босика, Пасынкова и Гуревича "Терапевтические исследования на однояйцевых близнецах" (сообщение 1—о лечении кварцевой лампой рахита и туберкулезного бронхоаденита). Отмечая положительный эффект этого лечения, авторы в примечании при корректуре указывают, что наблюдались за детьми в течение 7—10 месяцев после лечения позволило заключать, во 1-х, о кратковременности этого эффекта и, во 2-х, об уменьшении сопротивляемости детского организма после облечения (облученные дети медленнее прибывают в весе, чаще заболевают и тяжелее болеют различными инфекционными болезнями). Вопрос чрезвычайной важности, требующий тщательных обширных дальнейших исследований.

Остальные работы сборника соответствуют двум другим основным направлениям работы института: клинко-генетическому (работы о генетических факторах сахарного диабета, язвенной болезни, лейкомии, пароксизмальной тахикардии) и цитологическому (2 статьи). Кроме того, одна работа посвящена вопросу о стимулирующем действии эриональных экстрактов на заживление ран, и одна—о приспособлении организма к меняющимся условиям кровообращения при поражении сердечно-сосудистой системы.

В краткой рецензии невозможно хотя бы коротко остановиться на каждой работе, хотя все они представляют интерес и по теме и по результатам; уже приведенный беглый перечень, с краткими замечаниями по поводу некоторых работ, показывает, как широк круг вопросов, охватываемых сборником, и какой интерес он представляет для врачей различных специальностей (интернистов, педиатров, психологов, туберкулезников, оториноларингологов, физиатров и теоретиков-физиологов, патофизиологов, биологов и др.). при этом, не только в узко-теоретическом аспекте, но и в плоскости самых практически важных вопросов повседневной работы врача. Обстоятельность и тщательность выполненных в этом плане работ является надежной гарантией их ценности. Некоторые из работ (особенно по близнецовому методу) являются трудно повторяемыми в других условиях и ставят важные и новые проблемы в общей и клинической медицине (проблема соотношения факторов в развитии, в борьбе с инфекцией, в терапии и т. д.).

Положительные стороны сборника увеличиваются его хорошей внешностью (чего, к сожалению, нельзя часто сказать об аналогичных сборниках трудов других медицинских учреждений); moreover, при этом и цена достаточно высока (8 р.).

Несомненно, что сборник заслуживает большого внимания со стороны многих врачей и не только в порядке „ликвидации генетической неграмотности“, но и для стимулирования и организации врачебного опыта во многих направлениях.

М. Андреев.

Проф. И. И. Русецкий. *Коленный рефлекс*. Татгосиздат, Казань, 1935 г. 143 страницы, цена 3 р. 50 к.

Среди неврологических работ, вышедших за последнее время в нашем Союзе, одно из первых мест следует отнести монографии проф. И. И. Русецкого—*„Коленный рефлекс“*.

Коленный рефлекс является одним из феноменов, на основании которого делаются очень часто весьма важные заключения. Нет врача, который не использовался бы коленным рефлексом для выявления состояния нервной системы, но далеко не всякий врач может дать правильное заключение о различных нюансах этого рефлекса и увязать различные изменения его с теми или другими

изменениями нервной системы или, тем более, с той или иной организацией нервной системы у здорового субъекта. В книге Русецкого (I и II главы) конкретно и достаточно полно изложена история учения о коленном рефлексе. Детально изложена методика вызывания коленного рефлекса, способы регистрации его с описанием регистрирующих приборов, среди которых фигурирует и собственный проф. Русецкого прибор, построенный очень просто, но отвечающий требованиям точной и объективной регистрации исследуемого рефлекса.

Далее (в III и IV главах) дается, на основании собственных исследований автора, подробное описание коленного рефлекса у здоровых людей, приводятся кривые, диаграммы и таблицы, характеризующие этот рефлекс в зависимости от различных условий, индивидуальных различий, влияния приемов расторможения, активации и дается описание различных типов коленного рефлекса. Уделено большое внимание „тормозному типу коленного рефлекса“, по поводу которого автор приводит подробные данные собственных исследований, выявляя наличие этого рефлекса у лиц с недостаточностью экстрапирамидной системы.

Начиная с V главы книги, автор дает ряд собственных исследований кол. рефл. при поражении пирамидной и экстрапирамидной системы, при различных заболеваниях центральной и периферической нервной системы, на основании которых приходит к важным выводам, устанавливая определенные характерные черты коленного рефлекса, свойственные тому или другому патологическому состоянию нервной системы.

Знание автором мировой литературы, многочисленные самостоятельные точно поставленные экспериментальные исследования, наблюдения, приведенные в монографии, точные и определенные формулировки автора делают книгу, написанную к тому же хорошим языком, легко читаемой и очень убедительной.

Особенно интересной является последняя заключительная глава книги, в которой автор, анализируя отдельные типы кол. рефлекса, привлекая данные современных учения о деятельности центральной нервной системы и значения периферии, устанавливает, что коленный рефлекс, несмотря на кажущуюся простоту этого феномена, представляет собой сложное явление, выражающее целостную деятельность нервной системы.

Книга должна иметь успех не только у врачей и физиологов нашего Союза, она несомненно привлечет к себе внимание и зарубежных ученых.

М. В. Кочергин.

Рефераты.

а) Серология и иммунитет.

G. Kornel. Сравнительные опыты связывания компонента сыворотками лепрозных, туберкулезных и люэтиков (*Zschr. f. Immunitätsf.* Bd. 78. H. 3/4, S. 237). Вопрос о серодиагностике лепры является очень важным, так как только таким путем оказалась бы возможной диагностика этого заболевания, когда еще нет налицо клинических проявлений болезни. Попытки установить способ исследования W.R. с антигеном из лепром дали авторам весьма обнадеживающие результаты, в то время, как люэтический антиген и туберкулезный антиген Виттебского-Клингенштейна-Куна оказались практически непригодными, так как они не исключают возможности одновременного наличия у пациента сифилиса или туберкулеза. Особенно ав. подчеркивают, что при помощи антигена из лепром удается обнаруживать антитела у лиц, находящихся в близком общении (родственников и персонала, ухаживающего за лепрозными). Это дает возможность держать таких субъектов под контролем и, следовательно, тем самым ограничить возможность распространения или инфекции. Не менее важной является открывающаяся таким образом возможность ранней диагностики лечения лепры. *И. Р.*

Oldstead and Dawson. Агглютинация гемолитического стрептококка сыворотками ревматиков; отношение реакции к действию высокой температуры. (*Proc. Soc. exp. Biol. Med.* 30, P. 96). В литературе имеются сообщения, что большинство сывороток от больных ревматизмом агглютинирует гемолитических стрептококков при 55°. С другой стороны, известно, что скарлатинозные стрептококки агглютинируются сыворотками больных пневмонией, рожей

и тифом при 37° в тех же разведениях, как и сывороткой скарлатинозных больных, но что эти штаммы и сыворотки не агглютинируются после прогревания их до 60—62°.

Авторы поставили опыты сравнительной агглютинации культур стрептококков живых при 37° и 55° и погибших при 55° с сыворотками, полученными от ревматиков. Подобные же опыты были поставлены с сыворотками, полученными: 1) у больных разными инфекционными заболеваниями, 2) у здоровых людей и 3) у кроликов, иммунизированных гемолитическими стрептококками. Оказалось, что сыворотка здоровых людей и больных несривматиков хорошо агглютинирует стрептококков при 37°; при 55° реакция идет значительно слабее, а с прогретыми при 55° в течение 1 часа бактериями реакции совсем не получается. С прогретыми сыворотками агглютинация происходит тоже значительно слабее. Иначе ведут себя сыворотки ревматиков. С ними реакция хорошо получается как при 37°, так и 55°. Прогревание сывороток и бактерий не вредит агглютинации. Так же действуют и иммунные кроличьи сыворотки. Такие же результаты были получены с сыворотками больных подострым бактериальным эндокардитом и с культурами стрептококков, выделенных у них из крови.

П. Р.

J. Aoki и K. Miga. *К вопросу о применимости принципа Витебского к туберкулезной комплементсвязывающей реакции и при лепре* (Zschr. f. Immunopath. Bd. 79 N. 5/6 S. 355) Витебский, Клингенштейн и Кун предложили новую реакцию связывания комплемента при туберкулезе, исходя из принципа, в основу которого кладутся следующие положения: 1) серологическая реакционная способность при тбс обусловлена не только неспецифической лабильностью белков крови, но является и выражением образования антител, 2) обычные алкогольные экстракты туберкулезных бацилл не в состоянии ограничить туберкулезные изменения сыворотки от сифилистических и 3) обнаруживаемое наличие антител часто относительно ничтожно. Аа. употребляли, как антиген, нерастворимые в спирте и азоте, и растворимые в пиридине и бензоле вещества туберкулезной палочки с прибавлением лецитина. При таких условиях выделяется большая часть веществ, реагирующих положительно при WaR и значительно усиливается реакционная способность туберкулезной сыворотки. Авторы настоящего исследования, следуя методике Витебского, применившего вышеописанный антиген и при лепре, показали, что в 1 из 18 случаев лепры и в 4-х из 5 случаев легочного туберкулеза р. связывания комплемента с антигеном Витебского, Клингенштейна и Куна была несомненно положительная; в контроле же с просто растворимым в бензоле лецитином реакции в большинстве случаев отрицательная. 5 одновременно исследованных сифилистических сывороток, дававшие положительную WaR, не реагировали с этим туберкулезным антигеном.

Что касается антигена из лепромы, приготовленного по Витебскому, то автор установил его непригодность для серодиагностики лепры, так как этот антиген дает более низкий процент положительных реакций и, кроме того, его действие распространяется на положительные по Вассерману сыворотки. П. Р.

J. Seydel. *Биохимические и серологические свойства b. typhi flavum* (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1934. L II 2). А. изучила детально 80 штаммов в typhi flavum, выделенных из различных источников (испражнения, моча, кровь больных брюшным тифом, вода, животное масло, носовая слизь, а также воздух в различных помещениях). Их биохимические свойства не представляли ничего характерного, что могло бы дать повод для классификации. По своим серологическим свойствам все штаммы пришлось разбить на несколько групп, не давших перекрестных реакций. Зато часть штаммов в typhi flavum хорошо агглютинировалась сыворотками животных, иммунизированных культурами бацилл брюшного тифа или дизентерии, а также сыворотками брюшнотифозных больных. В некоторых случаях сыворотки больных агглютинировали в более высоких разведениях бациллы желтого тифа, чем палочку Эберта. Перехода b. typhi flavum в типичных тифозных бацилл in vitro обнаружить не удалось. А. не решает в окончательном смысле вопроса о существовании генетической связи между культурами желтого тифа и истинными брюшно-тифозными бациллами. Этиологическую роль бацилл желтого тифа в заболевании брюшным тифом а. отрицает.

Н. Казан.

F. Nitti. *Среда для получения гомогенных культур стрептококков* (Compt. rend. Soc. de Biol. 1935. CXVIII, 6). Проблема получения гомогенных культур стрептококков представляет большие затруднения. Между тем ее нельзя обойти

при попытках изучения серологических свойств культур. А. предлагает средой следующего состава: К 500,0 Мартеновского пептона добавляется 400,0 мясной воды и 20 гр. фосфорнокислого натра. Устанавливается РН = 7,7. В отдельном сосуде к 2,5 гр. крахмала добавляется 100,0 мясной воды и кипятится на водяной бане до растворения крахмала. Раствор добавляется к остальной среде, и все подвергается стерилизации при 115° в течение 15 минут. Среда чрезвычайно мутна после стерилизации. Просветление продолжается 2—3 дня. После этого прозрачный слой жидкости стерильно разливают по пробиркам. Для улучшения роста перед посевом в каждую пробирку добавляют 2 капли стерильного (30%) раствора какого-нибудь углевода. На подобной среде гомогенный рост получается обычно уже после одного пересева. А. отмечает прекрасные результаты при работе со средой

Н. Каган.

А. М. Appelmann, Р. H. van Thiel. *Выделение Leptospira icterohaemorrhagiae из воды* (Centralbl. für Bakter. Orig. I. Abt, 1935, 133. 1/4). Выделение *L. ictero haemorrhagiae* из воды представляет большие затруднения вследствие постоянного присутствия безаредной *L. pseudo-icterogenes*, которая оказывает на первую явно антагонистическое действие. Аа. предлагают для этой цели следующие два метода: 1. Морских свинок предварительно вакцинируют культурами микробов, выделенных из этой воды, которая предназначена для исследования. Это делается с целью предупреждения развития вторичной инфекции. Затем исследуемую воду подвергают непродолжительному (до 10 часов) высушиванию с целью увеличения содержания спирокет в определенном объеме воды и впрыскивают морским свинкам. 2. Второй метод, значительно превосходящий первый по своей эффективности, заключается в том, что морских свинок, которым была предварительно выбрита и скарифицирована кожа на брюхе, купали в воде, содержащей спирокеты. Инфекция наступала в том случае, если количество спирокет составляло не менее одной особи на 3 см³ воды.

Н. Каган.

б) Туберкулез.

Cesare Bassagani. *Синдромы псевдотуберкулезного заболевания при стенозе носа*. (Издание журнала L'oto-rino laringologia italiana, 1934).

В начале своей книжки автор говорит о важности анатомического и функционального статуса носовой полости для хорошего функционирования всего дыхательного аппарата, о единстве в интимной связи всех частей его, о важности для легких нормального носового дыхания и, наконец, о том, что стеноз носа различного происхождения (искривление носового костяка, хроническое воспаление слизистой оболочки, полипы, аденоиды и т. п.) отражается на всем дыхательном аппарате.

Изменения в нижних дыхательных путях под влиянием стеноза носовой полости давно были известны; так, Lemoine и Sieur еще в 1908 г. отмечали изменения везикулярного дыхания; Розенталь, Фридели констатировали изменения при перкуссии; Меневуа и Сержан — уменьшение подвижности диафрагмы, атрофию дыхательных мускулов, анкилозы реберных дуг, деформацию грудной клетки. Пьестрантони устанавливает наличие анатомических и функциональных изменений дыхательного аппарата одной стороны при стенозе соответствующей ноздри (меньшее развитие, искривление позвоночника, меньшую подвижность, паретическую диафрагму, ослабленное дыхание соответствующей стороны грудной клетки). Баккарани объясняет это тем, что нормальная слизистая носа, богатая иннервацией, стимулирует нормально акт дыхания, тогда как изменения, вызванные стенозом носовыми процессами, парализуют ее способность влиять на функцию легкого той же стороны.

Все стенозирующие поражения носа готовят почву для вторичной инфекции и могут вызывать заболевание бронхов и легких.

В некоторых случаях без глубоко выраженных изменений этих органов легко выявить зависимость легочного заболевания от стеноза носа. В других же случаях, когда поражения бронхов и легких более интенсивно выражены, синдром их может симулировать начальный туберкулез легких. Автор называет эти псевдотуберкулезные легких (носового происхождения) — *псевдо-туберкулезными рино-бронхитами*.

Еще в 1915 г. Рист и Сержан обратили внимание на то, что многие солдаты, освобождавшиеся от военной службы из-за туберкулеза легких, на самом деле имели

не туберкулез, а псевдо-туберкулезные ринобронхиты: из 600 освобожденных из-за тбк легких у Риста их было—34%, у Соржана—14,8%.

Синдром этих псевдо-туберкулезных рино-бронхитов, напоминающий симптомо-плекс начального туберкулеза легких, сводится к следующему: 1) Общее состояние изменяется: бледность, похудание, вялая мускулатура, утомляемость, небольшая одышка (хроническая); 2) *потеря аппетита*, диспепсия, обложенный язык, запах изо рта, метеоризм, диарея, чередующаяся с запорами (постоянное проглатывание пищи с слизисто-гнойными выделениями носоглотки); 3) субфебрильные повышения температуры.

При наличии такого сходства имеется, однако, и существенная разница: 1) при тбк температура уменьшается или становится нормальной после лежания в течение нескольких дней в постели, при рино-фарингите и назо-бронхите она остается без изменений; при тбк легкого температура поднимается обычно к вечеру, при рино-бронхите, чаще утром; 2) при начальном тбк тахикардия и пульс часто не соответствуют температуре; при ринобронхите частота его соответствует температуре или даже нормальная; 3) *кашель* при начальном тбк легких сухой, утрешний; при ринобронхите, наоборот, он упорный, длительный, сказывается нередко конвульсивными приступами (когда секрция спускается к фаринксу); 4) *мокроты* при начальном тбк мало или нет, при ринобронхите же ее больше, она вытягивается из носа и гнойная; 5) больные с ринобронхитом могут иметь кровохарканье (в набухшей слизистой носоглотке разрываются сосуды при сильном кашле), но в мокроте у них нет ВК, на рентгене нет изменений в легких. Этот последний синдром заставляет приклеивать часто этикетку туберкулеза легких, а между тем у Lauffera и Vitgu, например, из 1007 случаев с кровохарканьем только в 60% был тбк, в 20% это было кровохарканье при болезнях носоглотки.

Диагноз труднее в случаях раннего тбк легких, когда еще нет ВК в мокроте. Тут тщательное исследование носоглотки помогает диагнозу.

Одностороннее утолщение грудной клетки не решает вопроса, так как эта деформация иногда имеет место при старом риностенозе. Жизненная емкость при начальном тбк, как и при свежем ринобронхите, может быть нормальной. Признак Потежера наблюдается при ринобронхите. Перкуссия при тбк дает притупление, при свежем ринобронхите его нет. При старом же стенозе носа со склерозом в соответствующем легком, особенно со сморщенной верхушкой, притупление тоже есть. Тут анамнез выясняет диагноз.

При псевдотуберкулезном ринобронхите дыхание ослабленное и немного жесткое на стороне стеноза; при тбк имеются в ограниченном участке мелко-пузырчатые хрипы, которых при ринобронхите автор никогда не встречал.

Рентген часто решает вопрос. Он отрицателен при обычном ринобронхите. При старом ринобронхите со склерозом имеются перебронхиты и фиброзы.

Положительные результаты лечения носовой полости имеют большое значение для диагноза. При всех, даже минимальных, болезнях дыхательного аппарата лечение это необходимо.

У больных со стенозом носовой полости с синдромом псевдотуберкулеза лечение носа дает иногда в краткий срок блестящие результаты: температура месяцами повышенная, становится нормальной, является хороший цвет лица, увеличивается вес, явления бронхита исчезают.

Многие авторы, задавая себе вопрос, может ли стеноз носа быть косвенной причиной тбк легких, и часто ли у больных с тбк легких бывает стеноз носа, отвечают цифрами: у Филибера из 100 туб. больных—у 30% имелся стеноз носа, из 100 здоровых—только у 13%, у Вазмана в 33% стеноз носа у туберкулезных и 14%—у здоровых. Полость носа—это ворота для вхождения ВК. У здоровых людей Робек не нашел ВК на слизистой носа в 15—30%. При стенозе носа, благодаря дыханию через рот, и ВК легче достигают легких.

Автор, однако, думает, что развитие тбк у больного со стенозом носовой полости скорее зависит от меньшей сопротивляемости организма, ибо стеноз носа может вызвать меньшее развитие грудной клетки, олигоэмию, уменьшение общего питания, атрофию мускулов.

Синдром стеноза подготавливает почву для развития тбк. В связи с этим встает во весь свой рост социальная проблема; борьба с болезнями носоглотки должна занять большое место в профилактике тбк; больные со стенозом носа нуждаются в лучших социально-экономических условиях жизни.

Как ринобронхит не исключает наличия тбк легких, так и больной с тбк легких может иметь синдром ринобронхита. Автор предостерегает от опасности за псевдотуберкулезным ринобронхитом не распознать начального тбк легких.

Важно достигнуть правильного диагноза при существовании обоих этих заболеваний, чтобы не упустить лечения одного из них, так как борьба с тбк легких идет гораздо лучше, когда одновременно лечат и поражение носа. Поэтому автор считает абсолютно необходимым оториноларингологические исследования всех страдающих заболеванием дыхательного аппарата.

А. М. Лунkevich.

Andrew L. Banyai. Ингаляция угольной кислоты при туберкулезе легких (The American Review of Tuberculosis. December 1934 г.).

Ингаляция смеси угольной кислоты (CO_2) с кислородом (O_2) применялась еще Гендерсоном (Henderson, 1934 г.) для уменьшения кашля и одышки. Чрезмерный кашель вызывает развитие тбк гортани, эмфизему, спонтанный плевноторакс, кровохарканье, рвоту, бессонницу, повышение температуры, одышку, цианоз, боли в груди. При неусеке смещающих кашель и отхаркивающих лекарств Гендерсон, применяя ингаляцию CO_2 , получил хорошие результаты, которые он объяснил тем, что CO_2 стимулирует и регулирует дыхание. Brown (1932), наблюдая в бронхоскоп во время ингаляции CO_2 , пришел к выводу, что 1) CO_2 увеличивает норму и глубину дыхания, 2) при глубоком дыхании стенки бронхов приближаются друг к другу и тем самым освобождают слизистую оболочку от секрета, прилипшей к стенкам. Приципелл (1931 г.) нашел, что дыхание 100% CO_2 увеличивает отрицательное давление внутри плевры, которое стремится освободить спавшиеся ателектатические участки легкого.

Автор употребляет для ингаляции смесь 10% CO_2 и 90% O_2 . Показанными для этого он считает больных: 1) с напряженным, сильным кашлем без эффективного отхаркивания при густой мокроте, вызывающей подчас рвоту; 2) с одышкой от множественных лобулярных ателектазов; 3) с каверной без достаточного дренажа полости; 4) с бронхоэктазами; 5) с затрудненным отхаркиванием при блоке диафрагмального нерва или при искусственном плевнотораксе и 6) при эмфизе с дренажем для расширения коллабированного легкого (Chubbill).

Для проведения ингаляции автор применял баллон, содержащий смесь вышеуказанного состава. При баллоне имеется оксиметр, регулирующий количество выходящего газа в минуту. Баллон соединен резиновой трубкой с т-образной стеклянной трубкой, к другому концу которой присоединен ингалятор (маска), а посредине отходит трубка с резиновым мешком, служащим резервуаром для смеси двух газов. Оксиметр перемещает от 5—7 литров газа в минуту, в зависимости от индивидуальной реакции. Больной может ингалировать лежа или сидя. Если он не выносит маски, ее можно заменить стеклянной трубкой. В таком случае больной вдыхает через рот, а выдыхает через нос.

Эта ингаляция ингаляция рекомендуется слабым больным, а также в тех случаях, когда у них появляются какие-нибудь субъективные ощущения.

Продолжительность первой ингаляции не больше 3'—5', на второй день—10', на третий—15', остальные тоже по 15'. Автор находит, что большинство больных легко переносят через стеклянную трубку даже первую ингаляцию в течение 15'. При закрытой же ингаляции (с маской) лучше в течение 10' делать через каждые 3' перерыв из 1—2'. Этим путем автор предотвращает усталость и другие неприятные симптомы. Число ингаляций колеблется от 1 до 20, производится они либо ежедневно, либо с интервалом. При длительном лечении в большинстве случаев можно ограничиться 2-мя ингаляциями в неделю. Вообще же CO_2 должна быть дана в дозе, достаточной для того, чтобы увеличить перистальтику бронхов и аэрацию закупоренной части ателектатического легкого.

Автор наблюдал действие ингаляции CO_2 на 50 туберкул. больных. В первую же минуту выявлялось усиление дыхательного акта. С каждым вдохом пациент начинал глубже дышать. Отмечалось увеличение окружающей грудной клетки при каждом вдохе и в сравнении с дыханием перед ингаляцией. Больные чувствовали себя хорошо. Частота дыхания понижалась у одних внезапно, у других постепенно. Из субъективных ощущений больные отмечали чувство облегчения в груди, легкость дыхания, уменьшение или даже прекращение кашля, облегчение отхаркивания. Мокрота из густой и тягучей превращалась в слизистую, жидкую. Гнилостный запах утихался. Благодаря отходу продуктов воспаления, накопившихся в легком, ателектаз и одышка уменьшались. Все это улуч-

шало сон и общее самочувствие. Улучшение от лечения ингаляцией отмечалось через 3—4 сеанса. Хороший эффект длится после 10 сеансов около 1 месяца. Длительность хорошего эффекта индивидуальна. Безрезультатны были только 5 случаев.

Автор считает ингаляцию смесью CO_2 с O_2 *идеальным лекарством* для удаления густой слизистой мокроты из нижних дыхательных путей и объясняет это не только тем, что улучшенное кровообращение вновь наполненных воздухом пазух в ателектатическом участке помогает откашливанию, но, согласно Раки-типскому, Ослеру, Фишбергу, Бирю и др., и тем, что пассивная гиперемия мешает развитию тбк и является помощником в лечении этой болезни. Последний вывод опирается на следующие соображения Петерсена и Лезинсона: они утверждают, что сопротивляемость туберкулезу легких с пассивной гиперемией может быть приписана и высокому содержанию угольной кислоты; и это тем вероятнее, что по исследованиям Корпера, Гауса (Gauss) и Ренша (Rensch) 30% CO_2 мешает росту ВК, 15% — убивает их в пробирках, а жизнеспособные культуры ВК, помещенные в живые ткани, задерживаются в росте, когда CO_2 , вырабатываемая организмом, приближается к высокой концентрации.

Автор приводит следующие противопоказания, для применения ингаляции: 1) упорные кровохаркания; 2) поверхностные тонкостенные каверны; 3) эмфизема; 4) широко распространенный фиброз без ателектаза и без задержки мокроты; 5) острый пластический плеврит и экссудат; 6) высокое артериальное давление; 7) одышка, кашель нелегочного происхождения и 8) чрезвычайное общее истощение.

Выводы, к которым приходит автор, можно формулировать так: ингаляция 10% CO_2 с 90% O_2 является: 1) надежной и безопасной процедурой для тбк легких, 2) эффект лечения сводится к более легкому откашливанию, к уменьшению кашля и облегчению одышки, 3) это облегчение сопровождается длительным покоем легких, лучшим сном, улучшением общего состояния, повышением аппетита и облегчением болей в гортани, 4) ингаляция CO_2 не только избавляет от упорного кашля, но и уменьшает употребление наркотиков и откашливающих.

А. М. Лукивич.

в) Хирургия.

Kohlmaуег. *Злокачественные опухоли почек.* (Wien. Klin. Wochenschr. № 42, 1934).

Из 133 сл., поступивших в клинику с 1913—1933 гг. обследовано гистологически 100; в 85% случаев наблюдалась гематурия и в 23% падение веса. Эти симптомы и послужили к обнаружению опухоли. В 15% сл. больные сами заметили опухоли. Боли отмечены в 85%. При поступлении в клинику пальпацией доказано присутствие опухоли в 83%. Вследствие безнадежности лучшей терапии методом выбора является операция, но результаты плохие: из 89 оперированных (всфректором) 10% умерло вскоре после операции (первичная смертность). В первый год после операции умерло от рецидива или метастазов еще 44,7%. Больше 5 лет переживают операцию лишь 36,8%, а больше 10 лет—10%.

Т. Шарбе

Kosch. *К этиологии послеоперационных легочных осложнений.* (Zbl. f. chir. 1934, № 13).

Возбудитель находится в большинстве случаев в виде спор в криптах миндалин и в лунках десен. Насморк и последующий бронхит, вызванные простудой, активируют споры. Многие пожилые люди страдают длительными зимними катархами, которые так истощают их, что к концу зимы они умирают. Такую же роль в активировании инфекции, как простуда, может сыграть и операция. Поэтому в поздних зимних месяцах надо очень и очень считаться с опасностью послеоперационных легочных осложнений, и, уже не говоря о тщательном предварительном исследовании дыхательных путей, следует, если только возможно, отложить операцию на апрель—май.

Т. Шарбе.

Повреждение менисков как результат работы с инструментами сжатого воздуха. Dr Karl Regensbürger (Zentralbl. f. Chir. 1934, 47) приводит три истории болезни повреждений менисков у горнорабочих, работающих с инструментами сжатого воздуха.

И. Цимхес.

Лечение свищей мочеочочника рентгеновским просвечиванием почки. Prof. H. Schloessman (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 45) приводит 3 случая успешного лечения свищей мочеочочников путем рентгеновского просвечивания почек.

Впервые этот метод лечения мочеточниковых свищей описал Klein в 1928 г. и поделился своими 4-мя случаями успешного лечения. В настоящее время в немецкой литературе насчитывается до 50 случаев подобного способа лечения свищей мочеточников. Особенно разрабатывают этот метод гинекологи, которым чаще приходится встречаться со свищами мочевых путей после Вертгеймовской операции. Лучший эффект от лечения рентгеновскими лучами наблюдается при протеночных послеоперационных свищах мочеточника. *И. Цимхес.*

О значении крапивницы при острых хирургических заболеваниях. Dr. Karl Güttig (Zentralbl. f. Chir., 1934, 45) описывает случай: 28-летняя женщина заболела впервые зудящим высыпанием на коже (urticaria). Вскоре после этого появились боли, концентрирующиеся в правой нижней половине живота. Рвота отсутствует. Объективно: бледная, худая пациентка, на многих участках кожи явления крапивницы в стадии увядания. Сердце и легкие без изменений. Лейкоцитоз—15,200, из них 63,5% нейтроф. Температура 36,6—37,2. Живот сильно напряжен; правая нижняя половина живота доскообразно напряжена и очень чувствительна. Со стороны половых органов—норма. Предположен диагноз: острый аппендицит с воспалительным процессом, перешедшим на париетальную брюшину. Во время операции обнаружено обильное количество прозрачной жидкости с желтоватым оттенком. За слепой кишкой забрюшинное пространство резко вздуто и представляется мягкой подушкой. Удален неизменный отросток. Брюшная полость зашита наглухо. Боли исчезли, и через 1½ года больная здорова. Автор полагает, что в брюшной полости был процесс идентичный кожной крапивнице. *И. Цимхес.*

К технике перевязки в глубине. Prof. F. Härtel (Zentralbl. f. chir., 1934, 44) для облегчения перевязок сосудов в глубине операционного поля сконструировал окончательный корнцанг, на периферии которого в особом желобке удерживается лигатура. При подведении этого инструмента к кровоостанавливающему зажиму лигатура не соскальзывает с корнцанга, и благодаря этому плотно удается завязать кровотокающий сосуд. *И. Цимхес.*

Простой шов для погружения культи червеобразного отростка. Dr. H. Birkard (Zentralbl. f. Chir., 1934, 44) предлагает при погружении культи червеобразного отростка накладывать кисетный шов, захватывая культи отростка анатомическим пинцетом под боковой частью лигатуры вправо или влево от узла. При затягивании узла, помощник погружает культи при помощи упомянутого пинцета. Затем этот пинцет удается извлечь без труда, и повторного ушивания не требуется. *И. Цимхес.*

К технике шва брюшной стенки. Dr W. Kettig (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 44) предлагает при труднорастяжимой брюшной стенке вследствие плохого сна больного и сильного выпячивания петель кишок, вводить в рану резиновый палец с катетером на конце, через который возможно надуть резиновый палец по мере надобности, катетер зажать и избежать ранения кишок и захватывания салыника при сшивании брюшины. *И. Цимхес.*

г) Акушерство и гинекология.

Pinkert, *Матка с placenta praevia in toto increta* (Zbl. f. gyn. № 2, 1935, стр. 112). В случае автора плацента выросла всей поверхностью в нижний сегмент матки. Попытка ручного отделения повела к перфорации матки. Абдоминальная ампутация матки. Выздоровление. Автор подчеркивает редкость истинного вставания плаценты. В литературе собрано 55 сл., из них гистологически подтверждено 40 сл. Только в 7 сл. плацента выросла всей поверхностью, при этом разрыв матки наблюдался в 4-х; два раза при ручном отделении и два раза спонтанно. Причиной считают истощение эндометрия на почве первичной гипоплазии. Терапия должна быть оперативной и дает около 15,4% смертности, против 75% при консервативном лечении. *Т. Шарбе.*

Ottow, *Нормальная беременность и роды при полном прорастании печени раковыми метастазами.* (Zbl. f. gyn. № 2, 1935, стр. 108). У 36-летней, повторно беременной, в первые месяцы последней беременности происходит бурный рост раковой опухоли левой грудной железы. Последняя менструация 26 янв. 1934 г., 5 мая 34 г. радикальная операция. Беременность протекает нормально. Рецидива на месте операции нет. 20 ноября 6-ная поступает в больницу по по-

воду прогрессирующей кахексии при нормальном течении беременности. При исследовании обнаружена сильно увеличенная, бугристая и болезненная при давлении почка. Явления токсикоза беременности, желтухи нет. В моче лишь следы белка. Кахексия усиливается с каждым днем. 2 окт. наступили спонтанные, очень легкие роды, вслед за ними прогрессирующий упадок сил, кома и смерть на 3-й день после родов. Вскрытие: легкие почти свободны от ракового метастаза, также и место операции; имеется раковый плеврит (левосторонний); вся почка пронизана громадными, частично распавшимися, раковыми узлами, печеночной ткани почти не видно. Этот случай снова показывает, как быстро может развиваться рак при беременности и что при этом могут отсутствовать симптомы токсикоза и нарушения обмена.

Т. Шарбе.

Kohlhaage. *Ветряная оспа—тяжелое осложнение послеродового периода.* (Zbl. f. гун. № 3, 1935). Автор сообщает случай ветряной оспы у 32-летней, повторно беременной. Роды на две недели раньше срока. Сыпь появилась через сутки после родов. Болезнь осложнилась экссудативным плевритом и тромбозом сосудов правой нижней конечности. Пребывание в больнице свыше 2-х месяцев. Источник инфекции: 5-летняя дочь больной за 2 1/2 недели до родов матери перенесла ветрянку и заразила ею мать. Новорожденный ветряной не заболел. В литературе последних 20 лет автор не мог найти подобного случая.

Т. Шарбе.

Klaften. *Основы и результаты вагинальной инсулиновой терапии при эрозиях шейки матки.* (Med. Klin. № 2, 1935). Действие: 1) чисто местное на тканевой обмен и сосуды, 2) общее—окружным путем на яичники и желтое тело. Способ применения—смазывание эрозий кисточкой либо тампонада, а в последнее время пользовались таблетками инсулина. Ободрающие результаты, полученные до сих пор, дают право надеяться на уменьшение уродующих операций на шейке матки.

Т. Шарбе.

Madgaza. *Материалы к прогнозу и терапии аденокарцином шейки матки.* (Zbl. f. гун. № 1, 1935). Сообщение о 9 сл. аденокарциномы шейки матки которые подвергались лучистой терапии в университетской клинике в Фрейбурге. При комбинированной радий-рентгено-терапии достигнуто в 2-х из 9-ти сл. стойкое излечение, длющееся уже свыше 5 лет. Вопрос о лучистой или оперативной терапии этой формы рака можно решить только на основании большого статистического материала.

Т. Шарбе.

Uter. *Применение препаратов secal. corn. при воспалительных заболеваниях половой сферы.* (Zbl. f. гун. № 1, 1935 г.). Автор рекомендует secal. corn. при воспалительных состояниях половой сферы, характеризующихся часто недостаточным тонусом мышц матки. Secal. cornut. действует не только благоприятно при обильном кровотечении, но уничтожает или улучшает все остальные симптомы болезни с восстановлением нормального тонуса матки.

Т. Шарбе.

Заседания медицинских обществ.

Глазная секция Научной медицинской ассоциации АТССР.

Заседание 21/XI 34 г.

1. Д-р Булгаков. Демонстрация больной с врожденными аномалиями развития глаз (с необычной формой Membranae pupill. persiv.). В прениях участвовали: проф. В. Е. Адамюк, Мурзин, Искандеров.

2. Д-р Эпштейн. Демонстрация больной с саркомой радужной оболочки и цилиарного тела. В прениях участвовали: проф. Адамюк, Мурзин, Блятштейн, Тазетдинова.

3. Д-р Тазетдинова. Демонстрация больной с Exophthalmus et Xerophthalmus Oc. Sin. при Базедовой болезни.

У больной, много лет страдавшей Базедовой болезнью 5—6 дней тому назад появились сильные боли, параллельно с увеличением Exophthalmus'a левого глаза,

сильное раздражение, отек и высыхание глаз, по поводу чего больная и обратилась в клинику. По анамнезу можно было предполагать ущемление левого глаза веками. В прениях обсуждался вопрос о происхождении страдания. Участвовали: Адамюк, Мурзин, д-р Блитштейн и др. Необходимо дальнейшее исследование больного в отношении хирургической помощи и лечения основной болезни.

4. Проф. Мурзин сделал информацию о предстоящем Всесоюзном съезде глазных врачей в г. Казани в 1935 г. и об участии членов глазной секции в борьбе с трахомой по Татреспублике. В прениях участвовали: проф. Мурзин, Батарчук, Еналеев, Чубуков, Вейс, Зубаиров, проф. Адамюк и др.

Постановили: Офтальмологическая секция Научн. мед. ассоц. в лице всех своих членов предлагает свои силы и знания на борьбу с трахомой в ТР. В целях быстрого практического осуществления этого решения, секция считает необходимым в ближайшие 10 дней ТНКС-ву выработать формы участия членов секции, с привлечением для обсуждения этого избраных секцией представителей, гг. Искандерова, Эпштейн, Гафаровой и Артемьевой.

Председатель проф. В. Е. Адамюк.

Секретарь д-р Искандеров.

Заседание от 16/1 1935 г., посвященное 25-летию юбилею научной и общественной деятельности проф. А. Н. Мурзина.

1. Д-р Тихонравова. *О врожденных семейных катарактах.* (С демонстрацией 3-х больных).

Сообщалось о семье с 8 детьми, из которых у 2-х братьев и одной сестры были двусторонние врожденные катаракты. Наблюдаемое потомство состоит из 3-х человек, причем двое имеют также врожденные двусторонние катаракты. Отмечается наличие катаракт только у лиц с черными глазами, в то время, как лица со светлыми глазами не имеют катаракт. В демонстрируемых случаях у всех африканские глаза, причем у старшего мальчика (15 лет), оперированного в глазной клинике в 1933 году, значится диагноз: *Cataracta molle os. dex et Cat. centralis os. sin.* У самой младшей девочки (3 лет) имеется *Cataracta punctata os. dex. et Cat. centralis os. sin.* Данный случай, подобно ряду найденных в русской и иностранной литературе, позволяет расценивать это как случай наследственный, причем передача идет здесь по доминантному типу у лиц с темными глазами. Подробный анализ эволютических причин (клиническое исследование наблюдаемых больных) заставляет признать в данном случае за причину—глубокие изменения в химизме тканей.

2. Док. Еналеев. — *О некоторых данных Bacterium Granulosis* (с демонстрацией культур, полученных им в Казанской лаборатории ТИЭМ). В прениях принимали участие: проф. А. Н. Мурзин, проф. В. Е. Адамюк, Шиков, Коленько и др.

3. Док. Вейс. — *О новой модификации операции против заворота и трахиаса.* В прениях принимали участие: проф. В. Е. Адамюк, проф. А. Н. Мурзин, д-ра Пилиева (Ашхабад), Шипков (Туркменистан), А. Б. Коленько (Марсиабаст).

Метод будет опубликован.

4. Асс. Чубуков. — *О конференции по физиологической оптике.* Конференция по физиологической оптике состоялась 25—29 декабря в г. Ленинграде. Докладчик излагает доклады и прения по некоторым важным вопросам световосприятия, стереоскопического зрения и др., которые обсуждались на конференции.

Конференция приняла решение о создании всесоюзной организации по физиологической оптике, специального печатного органа, кафедр по физиологической оптике при некоторых вузах и институтах.

Подробный отчет напечатан в „Каз. мед. журн.“, № 3—4, 1935 г.

5. Асс. Блитштейн. *Ulcus rodens corneae.*

У двух больных с рубцовой трахомой на роговице развивалась язва типа Ulcus rodenus; у одного на обоих глазах. Язвы медленно протекали, без развития гипопиона, закончились стойким рубцовым изменением роговицы. Бактериологическое исследование — отрицательно. Чувствительность роговицы понижена. Язва рассматривалась как заболевание неврогенного характера. Прижигание язвы, парацетез роговицы, конъюнктивальная пластика по Купф'у, освещение кварцевой лампой, новосановый блок, — не имели успеха. В *прениях* принимали участие: проф. А. Н. Мурзын, проф. В. Е. Адамюк, д-р А. Б. Коленько. Высказано сожаление, что своевременно не были продемонстрированы больные.

Председатель проф. В. Е. Адамюк.

Секретарь Н. А. Шикин.

Хроника.

83) *Чествование проф. В. И. Воячека.* В Ленинграде 6 мая в доме Красной Армии и Флота состоялось чествование заслуженного деятеля науки, орденноносца, профессора В. И. Воячека в связи с 35-летием его научной, общественной и педагогической деятельности.

На заседании был зачитан приказ народного комиссара обороны тов. Ворошилова, в котором отмечается исключительная работа юбиляра с первых дней Октябрьской революции по воспитанию и подготовке для РККА в советской страны прекрасных кадров врачей. По приказу тов. Ворошилова клинике болезней уха, носа и горла при Военно-медицинской академии присвоено имя проф. Воячека. Начальнику строительно-квартирного управления РККА и начальнику санитарной службы РККА приказано предусмотреть в 1936 году отпуск средств на расширение и дооборудование клиники проф. Воячека.

Народный комиссариат здравоохранения отпустил Ленинградскому институту уха, носа и горла, научным руководителем которого является проф. Воячек, 60 тысяч рублей на развитие научных работ и 10 тыс. рублей на издание специального научного сборника.

Юбиляра приветствовали помощник командующего войсками Ленинградского военного округа тов. Гарькавий, а также делегации рабочих заводов „Красный выборжец“ и „Красногвардеец“.

84) *Съезд врачей-отоларингологов.* В Ленинграде открылся 6 мая с. г. 4 всесоюзный съезд врачей-отоларингологов. На съезд прибыло около 800 врачей со всех концов Союза.

85) *Юбилей профессора Л. Т. Левина.* В Ленинграде состоялось чествование крупного советского специалиста по болезням уха, горла и носа, профессора Л. Т. Левина в связи с 40-летием его врачебной, педагогической и общественной деятельности. Профессору Левину принадлежит более 50 ценных печатных научных работ. Он был инициатором и организатором 1-го всероссийского съезда врачей по ушным и горловым болезням и состоит многолетним, бессменным председателем ото-рино-ларингологического общества в Ленинграде.

86) Украинский институт экспериментальной медицины оборудовал на одной из главных улиц Харькова образцовую физиотерапевтическую научно-экспериментальную поликлинику. Она состоит из 8 отделений: гидротерапии, электро-терапии, светолечения, грязелечения, сероводородных и углекислых ванн, специального детского отделения, ингалятория и экспериментальной лаборатории. Поликлиника имеет первоклассное оборудование. Паровое и водяное хозяйство обеспечивает постоянную циркуляцию воды нужной температуры и давления. Подача грязи для ванн механизирована: грязь поступает из грязевых бассейнов по транспортеру. После ванны больному дается подогретая простыня, а утюжная мастерская раздевального зала готовит выглаженную одежду.

87) В Сочи начали работать почти все санатории. В мае сочинские санатории и дома отдыха обслуживают 10 тыс. курортников.

88) *Переливание крови* начали применять 5 районных больниц Одесской области: Очаковская, Вобринецкая, Новоукраинская, Березовская и Савранская. Больничные врачи прошли специальные курсы при Всеукраинском институте переливания крови.

89) *Жюри конкурса на лучшую больницу Северных железных дорог* присудило первую премию—25 000 рублей и переходящее красное знамя ЦК союза медсантруд—кировской железнодорожной больнице. Персонально премирован заведующий этой больницей д-р С. Бармян.

90) *Локшинский минеральный источник*. Как сообщает „Горьковская коммуна“, несколько лет назад во время сенокоса старым рабочим Кулебакского металлургического завода, героем труда тов. Шаблыкным был обнаружен в Локше, Кулебакского района, минеральный источник. Проба этой воды была отправлена для анализа в Москву, в Институт курортологии при Наркомздраве. Ответ Института гласит: „Анализ присланного вами образца воды показал, что вода эта по химическому составу относится к весьма редкой группе кислых сульфатных кальциево-натриевых минеральных вод“. Горьковскому физио-терапевтическому институту предложено произвести опыты с этой водой над животными для выявления ее лечебных свойств.

91) Аспирант Всеукраинского института экспериментальной медицины т. Кривобок сконструировал *оригинальный радиоприбор для выслушивания сердца*. Звук пульсации сердца отчетливо передается через репродуктор установки. Опыты выслушивания тонов сердца с помощью нового аппарата дали прекрасные результаты.

92) Согласно недавно изданному в Германии для медицинских факультетов положению, к испытанию на звание врача и зубного врача допускаются только студенты арийского происхождения. (Klin. Woch. 1935, № 12).

93) В Германии в 1934 г. 250 тысяч несчастных случаев от автомобильного движения, т. е. в каждые 2 минуты—один несчастный случай. В 1933 г.—259110 несчастных случаев. На 1000 км пути приходилось 27 несчастных случаев (в США только 9). (D. m. Woch. 1935, № 12).

Съезды и конференции.

1) VI) Всеукраинский съезд хирургов состоится в Одессе в июне месяце 1936 года.

Программные темы.

1. Сельскохозяйственный травматизм, его профилактика и организация хирургической помощи при нем.
2. Кишечная непроходимость.
3. Лечение ожогов.
4. Лечение инфицированных ран.
5. Гнойные артриты и их лечение.
6. Лечение перитонитов.
7. Ортопедический день.

Заявки на доклады принимаются, и должны сопровождаться тезисами и подробными авторефератами. О принятии докладов и времени, предоставленном для доклада, авторы будут своевременно извещены.

Заявки и авторефераты направлять на имя председателя оргкомитета проф. Н. И. Кефера, по адресу: Одесса, Бебеля, 58, кв. 1.

Председатель оргбюро проф. Н. И. Кефер.
Ответственный секретарь доц. А. З. Коздоба.

2) Осенью с. г. в Мадриде состоится международный конгресс по истории медицины; председателем назначен Gregoriano, Maranow. (D. m. Woch. 1935, № 12).

3) С 29/III по 15/IV с. г. в Париже состоялся 2-й международный конгресс по пластической косметике (Kl. Woch. 1935, № 12).

4) 3/IV с. г. в Лондоне состоялось совещание международной ассоциации по борьбе с трахомой. (Kl. Woch. 1935, № 12).

5) В сентябре 1935 г. в г. Lund'e (Швеция) созывается конгресс международной лиги борьбы с ревматизмом. Председатель—prof. Ingvar (Lund), секретарь проф. Kahlmeter (Stockholm). Подробные сведения можно получить у д-ра van Briesen: Amsterdam, Kreizergracht. 489/491. (D. m. Woch. 1935, № 12).

Профессор Владимир Федорович Бургсдорф

(17 мая 1864 г.—23 апреля 1935 г.).

Советская дермато-венерология понесла тяжелую утрату: 23 апреля скончался на 72 году жизни один из старейших дермато-венерологов Союза б. профессор Казанского университета, ныне профессор Тифлисского медицинского института Владимир Федорович Бургсдорф.

Окончив в 1889 г. Медицинский факультет Казанского университета, В. Ф. был назначен сначала сверхштатным, а затем штатным ординатором кожно-венерологической клиники проф. А. Г. Ге. По окончании ординатуры в 1897 г. В. Ф. избирается сверхштатным, а в 1900 г. штатным ассистентом. В 1902 г. блестяще защитил докторскую диссертацию под заглавием: „Основы учения о красном струпевидном лишае и опыт исследования при нем обмена азот содержащих веществ“, являющуюся и до настоящего времени одним из капитальных трудов в этой области. В том же году по прочтении установленных двух пробных лекций В. Ф. получил звание приват-доцента с поручением чтения частного курса фототерапии кожных болезней. В 1906 г. после смерти своего учителя А. Г. Ге, В. Ф. избирается по конкурсу на кафедру кожных и венерических болезней, которую и занимал до 1927 г., когда по расстроенному здоровью был вынужден переместить клинику и перейти на кафедру в Тифлиссский университет.

Еще молодым ученым, В. Ф. дважды был в заграничной командировке, изучая теоретически и практически фототерапию под руководством проф. N. Fin sen'a. При ближайшем и непосредственном участии В. Ф. при клинике был организован первый в то время в России мощный светолечебный кабинет для лечения кожных болезней ультрафиолетовыми лучами по методу Fin sen'a.

Ближайший ученик и сотрудник проф. А. Г. Ге, основателя одной из лучших дерматологических школ, В. Ф. всю свою жизнь был последователем и продолжателем дела своего учителя. Обладая обширной эрудицией, колоссальным клиническим опытом и исключительным умением ориентироваться в сложных вопросах своей специальности, В. Ф. принадлежал к плеяде крупнейших ученых и клиницистов, которыми по праву гордится старый Казанский университет. Живые и увлекательные по форме и глубоко содержательные по существу лекции В. Ф. привлекали студенчество и врачей; всегда веселый, жизнерадостный, бодрый, мягкий и деликатный в обращении, он пользовался широкой популярностью среди студентов и завоевывал горячую любовь и глубокое уважение своих сотрудников и учеников.

Весьма требовательный к самому себе, В. Ф. требовал и от нас, его сотрудников, полноценной работы, облегчая ее своим повседневным умелым руководством. Особенно строг был он к научно-исследовательской работе, требуя от сотрудников серьезного к ней отношения.

Многочисленные ученики В. Ф., получившие под его руководством серьезную специальную подготовку, рассеяны по территории всего Союза; некоторые из них занимают кафедры в медицинских институтах (проф. Голосовкер, Печников, Россиянский и Явнянский).

В первые годы после Октябрьской революции на долю В. Ф. выпала большая и ответственная работа по консультированию в Окружном военном госпитале заболевших бойцов Красной армии.

Вследствие призыва в ряды Красной армии сотрудников клиники, В. Ф. в течение продолжительного времени один с помощью фельдшерицы С. А. Колокольниковой вел всю клинику, выполняя сам обязанности ординаторов и ассистентов и принимая все меры к поддержанию клиники на ее высоком уровне. В качестве ближайшего сотрудника В. Ф., я был повседневным свидетелем тех неустанных забот, которые проявлял он в отношении клиники; нередко в тяжелые минуты он оказывал и материальную помощь, обеспечивая личными средствами удовлетворение неотложных нужд клинической жизни. Эта самоотверженная работа не прошла даром: когда миновали тяжелые годы затруднений и наступил период восстановления, клиника попрежнему блистала чистотой и порядком. Это глубокое понимание своего долга, неустанная забота о вверенной ему клинике, сохранение ее в блестящем состоянии в тяжелых условиях—большая заслуга В. Ф. перед родным для него университетом.

26 декабря 1934 г. В. Ф. отпраздновал свой 45-летний юбилей, юбилей крупного ученого, популярного и любимого больными врача и общественника. Со всех концов Союза В. Ф. получил теплые приветствия. Едва успели замолкнуть они, как телеграф принес печальное известие о смерти В. Ф.

Оборвалась яркая, содержательная жизнь. Ушел крупный ученый, преданный науке и активный борец за дело оздоровления трудящихся.

Прими последнее прощанье, дорогой и любимый учитель.

Проф. Яценко.

Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Проф. Д. С. Воронцов (Казань). О гуморальных факторах в нервной деятельности	650
Проф. П. В. Мананков, И. Данилов, М. Манасыпова (Казань). IX всесоюзный съезд акушеров и гинекологов в Москве 10—15 марта 1935 года	664
Библиография и рецензии. 1) Труды медико-биологического научно-исследовательского института им. М. Горького <i>М. Андреев</i> . 2) Проф. И. И. Русецкий. Коленный рефлекс. <i>М. В. Кочергин</i>	670
Рефераты: а) серология и иммунитет; б) туберкулез; в) хирургия; г) акушерство и гинекология	672
Заседания медицинских обществ:	
Кривая научно-медицинская ассоциация АТССР. Глазная секция	679
Х р о н и к а	681
Съезды и конференции	682
Проф. Яснитский. <u>Проф. В. Ф. Бургсдорф</u>	683

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОХРАНЫ МАТМЛАДА

(7-й год изд.)

(7-й год изд.)

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ, ПЕДОЛОГИИ И ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

В течение 1935 г. выйдут 6 выпусков,
которые составят 1 том (том VII).

В издании принимают участие: проф. Анничков Н. Н., прив.-доц. Антонов А. Н., проф. Hamburger R. (Берлин), проф. Гартон О. О., Гиндес Е. (Баку), проф. Давилевич М. Г., Eliasberg E. (Берлин), проф. Иогихес М. И., проф. Кисель А. А. (Москва), проф. Карницкий А. О. (Баку), проф. Keinschmidt H. (Гамбург), проф. Колтыпин А. А. (Москва), проф. Красногорский Н. И., проф. Лепский Е. М. (Казань), проф. Лондон Е. С., проф. Люблинский П. И., проф. Маслов М. С., проф. Медовиков П. С., проф. Meyer L. F. (Берлин), проф. Менделева Ю. А., проф. Меньшиков В. (Казань), доц. Мицник З. О., проф. Мочан В. О., Nassau E. (Берлин), проф. Oritz H. (Берлин), проф. Осиповский Н. И., проф. Пичугин П. И. (Пермь), проф. Рейнберг С. А., проф. Селицкий С. А. (Москва), проф. Скробанский К. К., доц. Стукс Г. Г. (Одесса), доц. Тихеева Е. И., проф. Тур А. Ф., проф. Finkelstein H. (Берлин), проф. Czerny A. (Берлин), проф. Чулицкая А. И., проф. Schiff E. (Берлин), проф. Эрлих А. И., доц. Эрруси П. О. и др.

Редакционная коллегия: прив.-доц. А. Н. Антонов, проф. В. Н. Иваниц (Ин-т ОЗДиП), д-р Д. С. Линденбрате, проф. М. С. Маслов, проф. Ю. А. Менделева.

Отв. редактор проф. Ю. А. Менделева.

Секретарь редакции прив.-доц. А. Н. Антонов.

Подписная цена на 1935 г. 12 руб. с пересылкой.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1935 г.

ИЗДАНИЕ КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ
ТАТРЕСПУБЛИКИ

Орган Казанского медицинского института и Казан-
ского института для усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина.

ГОД ИЗДАНИЯ XXXI

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Врио председателя (ответ. редактор) проф. М. И. Мастбаум. Члены кол-
легии: проф. А. Ф. Агафонов, доц. М. И. Аксентьев, проф. И. С. Алуп,
проф. З. Н. Блюмштейн, проф. И. П. Васильев, проф. А. В. Вишневский,
К. В. Волков, проф. Р. Я. Гасуль, проф. Н. К. Горяев, проф. В. С. Груздев,
доц. С. Б. Еналиев, Н. В. Инушкин, проф. И. Ф. Козлов, С. М. Курбангалеев,
проф. Е. М. Лелский, проф. П. В. Маненков, проф. А. Н. Миславский,
проф. Ф. Г. Мухамедьяров, проф. И. Н. Олесов, доц. А. Я. Плещицер,
проф. Н. Н. Сироткин, проф. А. Г. Тергулов, проф. В. К. Тругнев,
проф. С. М. Шварц, проф. Т. Д. Эпштейн. Ответ. секр. д-р Г. Г. Кон-
дратьев.

Журнал выходит ежемесячно книжками не менее 7 печ.
листов (112 стр.) каждая.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА

с доставкой и пересылкой на год (12 №№) — 12 руб.;
на 1/2 года (6 №№) — 6 руб.

**ПОДПИСКУ НАПРАВЛЯТЬ
ПО АДРЕСУ РЕДАКЦИИ:**

Г. Казань. Редакция „Казанского медицинского журнала“.