

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издание Совета филиалов научных медицинских обществ Татарской АССР

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

---

1938 г.

(Год издания XXXIV)

№ 2

ФЕВРАЛЬ

КАЗАНЬ

## РЕДАКЦИЯ:

заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский (ответств. редактор), д-р Г. Г. Кондратьев (ответств. секретарь), проф. А. И. Миславский, проф. В. К. Трутнев.

## В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Проф. А. Ф. Агафонов, проф. В. Е. Адамюк, проф. А. Д. Адо, проф. С. М. Алексеев, проф. М. П. Андреев, проф. З. Н. Блюмштейн, проф. Л. М. Броуде, проф. И. П. Васильев, засл. деят. науки проф. А. В. Вишневский, доц. Н. И. Вылегжанин, проф. Р. Р. Гельцер, проф. Б. Г. Герцберг, доц. Б. С. Гинзбург, доц. Д. Е. Гольдштейн, доц. М. И. Гольдштейн, проф. Н. К. Горяев, засл. деят. науки проф. [В. С. Груздев], проф. А. Д. Гусев, проф. В. А. Гусынин, проф. И. В. Домрачев, проф. А. В. Кибяков, доц. Л. Н. Клячкин, проф. И. Ф. Козлов, проф. Р. И. Лепская, проф. Б. Л. Мазур, проф. З. И. Малкин, проф. П. В. Маненков, проф. М. И. Мастибаум, проф. В. К. Меньшиков, проф. В. В. Милославский, проф. А. Н. Мурzin, д-р М. В. Нежданов, проф. Г. М. Новиков, проф. Л. И. Омороков, проф. И. Н. Олесов, проф. Я. Д. Печников, доц. Ю. А. Ратнер, проф. И. И. Русецкий, проф. Н. В. Соколов, проф. А. Г. Терегулов, проф. В. Н. Терновский, доц. Л. И. Шулутко, проф. Т. Д. Эпштейн.

Адрес редакции: Казань, ул. Толстого, № 14, тел. 34—02.

## СОДЕРЖАНИЕ:

Стр.

Советский суд выполнил волю народа . . . . .	I—II
Клиническая и теоретическая медицина	
Засл. проф. Н. Ф. Голубов (Ялта). Насыщенность воздуха солями, как важнейший фактор морского климата . . . . .	113
Прив.-доц. А. Л. Вилковыский и М. А. Левин (Горький). Изменения венозного давления в связи с гидростатическим фактором углекислых ванн . . . . .	122
А. А. Герасимович (Ленинград). К вопросу о выборе торфа для лечебных целей . . . . .	132
Г. М. Мальковский (Воронеж). Эффективность лечения артериосклериков ваннами на курорте Сергиевские минеральные воды. Сообщение I . . . . .	136
Г. М. Мальковский (Воронеж). Эффективность лечения больных артериосклерогиками Сергиевскими минеральными ваннами. Сообщение II . . . . .	143
А. П. Сперанский (Воронеж). Материалы к вопросу об отдаленных результатах лечения люмбошиалигий на Сочи-Мацестинском курорте . . . . .	150
А. А. Хасанов (Чистополь ТАССР). Наблюдения над действием сульфидных вод и грязей Чистопольского района . . . . .	156
Я. С. Хентов, А. С. Бардахчьян (Ростов н/Д). К вопросу о выделении мочевой кислоты под влиянием минеральной воды Ачалуки № 2 . . . . .	160
В. И. Зимин (Ростов н/Д). Лечение иритов и иридоциклитов грязевыми и гальваническими воротниками . . . . .	165
А. И. Шейкин (Астрахань). Диатермия при болезнях желудка . . . . .	170
Р. А. Вяслев (Казань). К вопросу о газовой инфекции в условиях мирного времени . . . . .	174
Г. С. Самойлов (Казань). Перимускулярная алкоголизация при спастических гипертониях мышц конечностей . . . . .	183

(Окончание на 3 стр. обложки)

## **Советский суд выполнил волю народа.**

Карающая рука советского правосудия опустилась на головы заклятых врагов социализма, участников антисоветского „правотроцкистского блока“. Гнусные изменники родины, шпионы, провокаторы, вредители, диверсанты, убийцы понесли заслуженную кару. Приговор Советского суда выразил непреклонную и единодушную волю всего великого советского народа.

Остервенелая троцкистско-бухаринская банды совершила неслыханные, чудовищные преступления. Одержимые лютой звериной ненавистью к государству рабочих и крестьян, преступники добивались своей гнусной цели—восстановления капитализма, власти буржуазии и помещиков. Во имя этой цели троцкистско-бухаринские мерзавцы шли на самые низкие и коварные преступления; они торговали родиной, шпионили и вредили во всех отраслях социалистического строительства. Они делали все, чтобы подорвать хозяйственную и оборонную мощь нашей страны, чтобы сорвать высокий подъем материального и культурного уровня трудящихся. Изменники народа намеревались при помощи вооруженных сил фашистских государств свергнуть советскую власть, отдать нашу страну на разграбление и порабощение империалистическим хищникам.

Установлено, что делом рук этих фашистских извергов явилась смерть виднейших, преданнейших большевиков В. В. Куйбышева, В. Р. Менжинского и великого советского писателя А. М. Горького, а также злодейское убийство пламенного трибуна пролетарской революции С. М. Кирова. Они подготовляли убийство нашего любимого вождя великого Сталина и его соратников.

В борьбе против советской власти в „право-троцкистский блок“ объединились троцкисты, бухаринцы, эсеры, меньшевики, буржуазные националисты и другие презренные отбросы человеческого общества.

В числе гнусных изменников родины оказались изверги-врачи, совершившие неслыханные убийства. Пособники фашистских агентов, подлые негодяи—Плетнев, Левин, Казаков—использовали высокое звание врача для того, чтобы зверски погубить замечательных сынов нашего великого народа, выдающихся деятелей нашей страны.

Славная советская разведка под руководством сталинского наркома тов. Н. И. Ежова разоблачила и обезвредила преступную банду наемных убийц. Но процесс по делу „право-троцки-

стского блока" еще и еще раз напоминает трудящимся нашей страны, что СССР окружен капиталистическими странами, что мы должны быть готовы в любой момент к самым неожиданным вылазкам врага. Следует помнить указание товарища Сталина, что "Нужно весь наш народ держать в состоянии мобилизационной готовности перед лицом опасности военного нападения, чтобы никакая "случайность" и никакие фокусы наших внешних врагов не могли застигнуть нас врасплох..."

Медицинские работники вместе со всем народом клеймят позором врагов народа, презренных выродков человеческого общества.

Партия и советская власть, как нигде в мире, проявляют заботу о работниках здравоохранения. В нашей стране врачам созданы все условия для работы, они облечены большим доверием советского народа. Десятки тысяч врачей с беззаветной преданностью своему делу работают на пользу трудящихся. Но мы должны еще более улучшать качество медицинского обслуживания трудящихся, повысить общий уровень медицинских знаний врачей для того, чтобы не могло быть некритического и бесконтрольного применения "универсальных" средств, представляющих удобное прикрытие для темных дельцов разного рода. У медицинской молодежи мы должны воспитать глубокое сознание ответственности и высокого долга, лежащих на каждом враче, которому вверяется забота о жизни и здоровье людей.

Мы должны повысить революционную бдительность, овладеть большевизмом, бороться за чистоту рядов, быть всегда начеку, в состоянии мобилизационной готовности.

Советская власть крепка как никогда, крепка нерушимым морально-политическим единством народа. Советский народ любит свою прекрасную родину. Мысли и чувства всего советского народа тов. Вышинский хорошо выразил в заключительных словах обвинительной речи: "Пройдет время. Могилы ненавистных изменников зарастут бурьяном и чертополохом, покрытые вечным презрением честных советских людей, всего советского народа.

А над нами, над нашей счастливой страной, попрежнему ясно и радостно будет сверкать своими светлыми лучами наше солнце. Мы, наш народ, будем попрежнему шагать по очищенной от последней нечисти и мерзости прошлого дороге, во главе с нашим любимым вождем и учителем—великим Сталиным—вперед и вперед, к коммунизму!"

---

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 2

ФЕВРАЛЬ  
Год издания XXXIV

1938

## Клиническая и теоретическая медицина

### Насыщенность воздуха солями, как важнейший фактор морского климата.

Заметки по климатотерапии на южном берегу Крыма.

Заслуж. профессор Н. Ф. Голубов.

Южный берег Крыма (ЮБК) с его прекрасным, сухим климатом издавна приобрел славу прежде всего тем, что здесь отлично излечивается и зарубцовывается легочный туберкулез. В старое время, когда на ЮБК еще не было никаких санаториев, больные приезжали сюда и выздоравливали часто от тяжелого, казалось-бы непоправимого процесса. Туберкулезные врачи, приезжавшие сюда в плохом состоянии, иногда на носилках, выздоравливали, работали и доживали до 70 и более лет (проф. Федоров, Дмитриев, Лебедев, Штангеев и др.). И сейчас здесь работают многие врачи—бывшие туберкулезные больные. Было время, когда Ялта была, можно сказать, заселена бывшими чахоточными.

Еще гениальный творец учения о туберкулезе Лаеннек более ста лет назад утверждал, что единственное надежное средство от легочной чахотки—проживание на берегу теплого моря. Его пытливый ум искал объяснения целебного свойства морского воздуха в том, что он якобы насыщен испарениями морских водорослей. В туберкулезные палаты своей парижской клиники он помещал эти водоросли, но в городе их „эмансация“ не дала ему никаких результатов.

В 1370 году до нашей эры фараон Аменофис IV, которого акад. Вавилов называет египетским Коперником, ввел поклонение солнцу, как источнику жизни на земле и источнику здоровья. Древние врачи кое-где намекают на полезное действие солнца на организм. По сведениям проф. Мезерницкого, „с времени Антилла (хирург IV века нашей эры) особенной любовью стали пользоваться солнечные ванны, методика и показания к которым были разработаны“. Затем, начиная с средних

веков, о гелиотерапии никто из врачей не писал; и только в начале прошлого столетия В. Эдвардс, а в Иене проф. Лёбель указывали на терапевтическое значение солнечного света. Их указания прошли незамеченными, а в конце столетия врачебная мысль была увлечена терапевтическим действием электрического света. Пионерами современной гелиотерапии можно считать д-ра Бернарда в Сен-Морисе и Эрнеста Рикли, но главным образом, с начала настоящего столетия,—знаменитого Ролье, в Лейзене, введшего солнцелечение костного туберкулеза (доклад 1 июля 1937 г. на годичном заседании Международного комитета по свету, в Париже, на тему „35 лет гелиотерапии“).

С легкой руки Ролье стали с увлечением повсюду лечить солнцем и легочный туберкулез, но так неосторожно, что наблюдалась масса тяжелых осложнений и неблагоприятных последствий. Кроме туберкулеза начали с таким же увлечением лечить солнцем, как панацеей, всевозможные болезни. Гелиотерапия проникла, конечно, и на южный берег Крыма. Больные и здоровые лежали целыми днями на солнце, часто до вредных явлений инсоляции, что породило здесь прекрасный афоризм проф. Мезерницкого: „солнце лечит, но и калечит“.

С Ролье началось, рядом с увлечением, тщательное и всестороннее научно-обставленное изучение гелиотерапии. У нас в Крыму много сделано в этом направлении в Евпатории—проф Бойко, а на южном берегу—климатологом проф. Мезерницким и его школой. Заключительным аккордом в настоящий момент у нас является прекрасная книга проф. Калитина „Активометрия на курортах“.

Последние же годы на Западе, особенно в солнечной Франции, перестают уже считать солнце единственным лечебным фактором и показателем климата. Там обращено теперь особенное внимание на изучение режима ионизации воздуха в каждом микроклимате. На желательность детального изучения биологами и врачами ионного режима климатов указывалось и у нас некоторыми работниками ВИЭМ (проф. Баранов). Вот, например, какое заключение дает проф. Бодуэн на стр. 924 второго тома нового французского „Руководства по медицинской климатологии“: „Ионизация очень выражена в морском климате и должна рассматриваться как важный фактор уже с тех пор, как проф. Пеш доказал ее влияние на осмотическое движение газов и воды в тканях“. Лионский профессор Пьери, редактор этого руководства, предполагает, что неровная кривая ионизации вызывает в туберкулезных фокусах очаговую реакцию, гиперемию, иногда опасную, а иногда, при слабых размахах кризой, благоприятную, могущую дать полезный результат—действие, сходное, по его словам, с действием, например, туберкулинотерапии. В мае 1935 года в журнале „La presse médicale“ была

помещена обзорная статья двух французских климатологов, Миньо и Анри Молляра, под заголовком: „Новая ориентация в климатотерапии легочного туберкулеза“. Они приходят к заключению, что „истинным портретом“ всякого микроклимата является кривая ионизации. Недавно в Париже вышла книга д-ра Клода Прессá „Изучение групповых заболеваний у легочных туберкулезных и их связь с атмосферным режимом“. Он высказывает гипотезу, что преобладание положительных ионов вызывает кровохаркание и другие болезненные явления, нарушая равновесие в вагосимпатической системе. Если сравнить выводы работы Прессá с содержанием указанной выше обзорной статьи, то оказывается, что данные их вполне совпадают.

Во Франции теперь обращено внимание на значительное напряжение электричества, на его „большой градиент“ на берегу моря. Исследования в этом направлении делал упомянутый проф. Пеш из Монпелье. На торжественном заседании Парижского климатологического о-ва (1935 г.) в первом основном докладе о проблемах приморской гелиотерапии известный климатолог Каттье подчеркнул необходимость изучать подробно электрический режим микроклиматов и ввести это в область практических медицинских наблюдений. Тот же Каттье в 1937 году снова говорит о значении „электрического потенциала“ и предлагает классифицировать морские климаты по их „электрическим полям“. Он сводит все к двум основным климатическим элементам: „солнечная радиация и электрические поля“. И ранее Каттье проф. Баранов (ВИЭМ) указывал на необходимость для врачей-климатологов детально изучать электрическое поле. У нас на ЮБК раньше этим занимались очень мало. Сошлиясь на слова проф. Калитина в его книге 1935 года „Физика атмосферы в применении к медицине“ (стр. 161): „Изучением влияния электрического состояния атмосферы до последнего времени основательно никто еще не занимался; в ближайшее время на этом вопросе будет сосредоточено больше внимания“. А напряжение электрического поля, с его огромными колебаниями, особенно при грозовом состоянии, должно несомненно играть большую роль в климатологическом изучении неврозов.

Теперь у нас на ЮБК в экспериментальном клиническом отделении Государственного института медицинской климатологии и климатотерапии (ГИМКК) второй год ведутся ежедневные систематические наблюдения так называемого „ионного спектра“ и электрического поля. По словам заведующего этим отделением А. А. Овсянникова еще нельзя притти к каким-либо определенным выводам о характере ионного спектра и электрического поля в указанном пункте наблюдений; тем более нельзя еще говорить и о каких-либо влияниях колебаний этих элементов на больных ГИМКК. Несмотря на авторитет Пьери, Пеша

и других, приходится полагать, что французские ученые увлекаются в своих заключениях о роли ионного режима в климатотерапии.

Обращаюсь к климатотерапии туберкулеза. Как известно, легочный туберкулез в огромном числе случаев самоизлечивается. В начальной стадии он излечим часто путем применения основных гигиенических и диететических мероприятий (климатотерапия). В незапущенных случаях он излечивается в санаториях в любом климате. Я здесь не говорю о блестящих результатах колляпсoterапии, а в запущенных случаях — торакопластики.

В согласии со многими опытными врачами, на основании своих разнообразных многочисленных полувековых наблюдений я давно уже, эмпирически суммируя эти наблюдения, пришел к прочному убеждению, что нигде процесс так хорошо и прочно не зарубцовывается, как в теплом (но отнюдь не жарком) морском климате. Здесь излечивались и излечиваются такие больные, которые в другом климате, особенно вне санаторного режима, неизбежно и скоро погибли бы. Краткость этих заметок не позволяет мне подробно сопоставить результаты морского климатолечения с результатами лечения кумысом по моим личным сравнительно немногочисленным наблюдениям в горных санаториях и с результатами наблюдений над течением болезни в климате итальянских озер (Лугано, Локарно). Эти наблюдения относятся еще к тому времени, когда у нас до Советской власти не было развитого санаторного лечения и когда еще не было часто поразительно эффективного лечения пневмотораксом.

Мои больные, лечившиеся многими месяцами в прекрасных гигиенических условиях на итальянских озерах с небольшим процессом, приблизительно по старой номенклатуре A I, с субфебрильной температурой, возвращались разве с небольшой прибылью в весе, но с той же температурой, с теми же хрипами и скучными палочками в мокроте. Помню, я объяснял себе такой результат развившейся у некоторых из них „скучой по родине“. Теперь, задним числом, я убежден, что эти больные выздоровели бы, если бы они столько же времени и в тех же прекрасных гигиенических условиях провели в подходящем морском климате, в той же Ялте, и при том без строгого санаторного режима.

В конце концов мне пришлось, волей-неволей, возвратиться к старинному климатотерапевтическому заключению Лаэннека об излечимости туберкулеза легких на берегу моря, в мягком климате. Здесь, кстати, отмечу, что Лаэннек, который был не только гениальным патологом, но, по тем временам, и гениальным терапевтом, относился отрицательно к горному климату.

Вот его слова: „Горный воздух далеко не полезен всем чахоточным... хотя в горных местностях и мало чахоточных, но несомненный факт, что там болезнь протекает очень (коротечно“ (стр. 468 его знаменитого трактата, в издании 1879 года). Конечно, нужно учесть, что не было в те времена никаких горных санаториев и никакого определенного лечебного режима.

Еще 10 и 7 лет назад в двух своих работах, озаглавленных „Теплый морской климат и туберкулез легких“, я писал<sup>1)</sup>: „В чем же сущность, механизм удивительного действия морского климата на легочный процесс? На это я отвечаю: я не знаю“. Наблюдая поразительные иногда результаты, получаемые у туберкулезных больных и в наши южнобережные, иногда довольно плохие зимы, похожие часто на скучную осень, я не мог по шаблону примириться с мыслью, что такое целебное действие нашего климата зимой зависит, главным образом, от солнца, когда, например, в декабре оно светит здесь не более 52 часов. В Лейзене на высоте 1450 метров, в три зимних месяца бывает 366 часов солнечного сияния, а у нас на ЮБК лишь 225. У нас зимой ультрафиолетовой радиации в среднем меньше чем в Лейзене на тридцать процентов. У нас солнечный свет, из-за густой морской атмосферы менее интенсивен, чем на высоких горах, т. к. у нас прозрачность воздуха меньше, чем там, не менее как на 15 процентов. А все же у нас в холодные и менее богатые солнцем месяцы туберкулезный процесс отлично зарубцовывается даже не в санаторных условиях. В санаториях Герберсдорфе и Фалькенштейне, прославленных без оснований как горные, и в солнечных высокогорных санаториях главнейшим условием успеха является по моим наблюдениям, строгий великолепный режим, а иногда, как у Детвейлера, и подбор более легких случаев. У нас, на южном берегу, горловой туберкулез, конечно, не в безнадежных, не обратимых случаях, отлично излечивается, а для Давосских санаториев он считается формально, по их проспектам, противопоказанным. Нужно заметить, что известный фтизиатр Соколовский был не блестящего мнения о климате прославленного Давоса; он писал, что пневмонии там наблюдаются иногда прямо эпидемически. Такого же невысокого мнения об этом климате был климатолог Киш.

Я уже указал, что при лечении туберкулеза легких нужно быть, как научил врачей горкий опыт, крайне осторожным с солнечным нагревом. Вот почему у Ролье и в других высокогорных санаториях наиболее подходящим временем для лечения считается холодное время года, когда там, часто с октября, все

<sup>1)</sup> Врач, дело, 1928 г., № 11, и брошюра, изданная Крымгосиздатом в Симферополе.

покрыто снегом, солнце светит ярко, а перегрева нет. На ЮБК с наступлением лета, в самое солнечное время, приходится легочных туберкулезных эвакуировать из-за перегрева в наши горно-морские или в северные санатории. Нужна особая обстановка, особая привычка и тяга к солнцу больного с субфебрильной температурой и с плохим аппетитом, чтобы жаркие летние месяцы, когда температура в тени доходит до 30 градусов, не вызвали ухудшения.

Не далее, как в прошлом году появились тревожные статьи Дюфура и известного парижского врача Равинá, указывающие, как часто под влиянием неосторожных солнечных ванн на берегу моря всыхивает резко выраженный легочный процесс у молодых лиц, представлявшихся до перегрева совершенно здоровыми.

Эта необходимость „охранять больного от влияния солнца“ была одной из причин, породивших во мне, в свое время, скептическое отношение к мысли, что солнце является основой лечения легочного туберкулеза. А с другой стороны, я давно видел прекрасные результаты от санаторного режима в Халиле, в Финляндии, в Таицком санатории, под Ленинградом, и в холодное время года, когда солнце там почти не светит. Вот почему десять лет назад, констатируя удивительное действие нашего морского климата на течение легочного туберкулеза, я не указал на общепринятую тогда ведущую роль солнца и сказал, что причин этого выдающегося целебного действия я не знаю.

Идя с увлечением по стопам Ролье и других гелиотерапевтов, мы в поисках „синей птицы“ в лучах солнечного спектра просмотрели было на ЮБК основную, можно сказать, специфическую особенность нашего морского климата, на что я впервые указал в 1931 году. Мы довольно наивно полагали, что главная особенность морского воздуха—его чистота, незасоренность пылью, а в последнее время более искушенные начали говорить о значительной ионизации, о бедности углекислотой. Ознакомившись впервые с работами геофизиков (Золоманов, Классовский и др.), я узнал, что море, особенно при волнении, выделяет в атмосферу колоссальное количество неощутимых частиц морских солей, которые восходящими токами воздуха поднимаются до высоты 3—4 километров. Из исследований норвежского геофизика Хильдинга Келера, работавшего с аппаратом Айткена, я узнал, что над морем в одном куб. сантиметре воздуха содержится 1000 частиц морской соли. Если перевести это на количество литров (12—15 тысяч) вдыхаемого человеком в сутки воздуха, то ведь получится, что при круглогодичном пребывании на берегу моря человек вдыхает в сутки около 10 миллиардов солевых частиц, которые через легкие, конечно, поступают затем и в кровь. Обратившись к новому упомянутому руководству медицинской климатологии

Пьери, я не нашел указаний на то, чтобы и французские климатологи обратили внимание на этот элемент морского воздуха.

Только в одном месте говорится о значении крупных солевых брызг на морском берегу, как о факторе „раздражающем и укрепляющем кожу“. Естественно, что я не мог пройти мимо такого крупного фактора, как резко выраженная соленость морского воздуха. Я уже выдвинул и выдвигаю следующую гипотезу: удивительно рубящее и заживляющее влияние морского воздуха зависит от того, что вдыхаемые миллиарды солевых частиц раздражают, активируют соединительную ткань, мезенхиму пораженного туберкулезом легкого, усиливают ее рост, а это влечет за собой ее победу над туберкулезным микозом и помогают ей, так сказать, замуровывать в себе туберкулезные фокусы и даже обезвреживать каверны.

В пользу моей гипотезы говорят, на первый взгляд парадоксальные, сообщения<sup>1)</sup> Вайнвихта, Никольса, Арнольди-Жоттена о том, что вдыхание угольной пыли в каменоугольных коляках (и даже известковой) способствует излечению туберкулеза, вызывая резкий фиброз. Еще в 1862 году мысль о полезном действии угольной пыли возникла у д-ра Крока, который предлагал лечить ингаляциями этой пыли легочную чахотку (Бюллетень бельгийской медицинской академии, 1862 г., стр. 204; цитировано у Фейля; см. ниже).

В журнале „Presse médicale“, № 31 за 1937 г. напечатана обзорная статья Фейля, большого знатока профессиональных пылевых заболеваний. На основании обширной литературы, статистических и клинических данных, он дает в этой статье вывод, что, повидимому, выраженный туберкулез легких—заболевание сравнительно редкое у углекопов. Он приводит немецкую, частью экспериментальную, работу Видекинда, который объясняет целебное влияние антракоза активацией ретикуло-эндотелиальной системы, что усиливает ее развитие и замуровывающее действие.

В работе Фейля приводится гипотеза, что угольная пыль облитерирует, так сказать, блокирует, лимфатические пространства и, таким образом, способствует ограничению туберкулезного процесса. Такое предположение увязывается с учением проф. Штефко о ведущей роли лимфатической системы в патогенезе легочного туберкулеза. Но я полагаю, что его идеи о возможности лечения туберкулеза при помощи пептона и экстрактов из крабов и раков, изгнания коховских палочек из ткани легкого и возвращения их обратно в лимфатическую систему, слишком уже отдают лабораторией. Я считаю главным в процессе заживления стимуляцию разрастания соединительной ткани путем усиления ее биологической энергии<sup>1)</sup> под влиянием вдыхания солевых частиц морского воздуха.

<sup>1)</sup> „Вопросы туберкулеза“, 1930, № 9–10, стр. 83.

Необходимость поставить туберкулезного больного в условия усиленного развития соединительной ткани вызвала к жизни в Московском областном тубинstitуте новый, оригинальный способ—физиофибропластику, заключающуюся, как известно, в комбинированном воздействии на грудную клетку больного вибрационным массажем, кварцевой лампой („кварцдуш“) и диатермий („диатермическая щетка“). Лечение применялось в хронических случаях, не поддававших уже колляпсотерапии и торакопластике. По словам авторов этого способа, после симптомов местного обострения, „при рентгеновском исследовании факт развития фиброзной ткани не оставляет сомнения“.

В пользу моего предположения об энергичном проникновении морских солей воздуха в легкие, а далее в кровь, говорит, между прочим, следующее. Я давно уже заметил, что у приезжающих на южный берег в первые недели, даже в сухую жаркую погоду, развивается усиленный диурез с понижением удельного веса мочи до 1005 и даже до 1003. Это мое эмпирическое наблюдение было в 1934 году точно проверено и подтверждено в терапевтической клинике ГИМКК на лицах с здоровыми почками и сердцем. Я объясняю этот диурез, в согласии с физиологией, нежным мочегонным действием комплекса морских солей, проникающих в кровь (подробности см. в моей заметке „О мочегонном действии морского воздуха на курортах ЮБК“, „Вопросы курортологии“, № 3, 1937 г.).

Во французской печати за последнее время описывались тщательно исследованные случаи, при которых в почках находили самоизлечившиеся фокусы туберкулеза. У нас на ЮБК больные с легким, незапущенным туберкулезом почек несомненно излекиваются, или их состояние, по крайней мере, резко улучшается. Если итти дальше по пути гипотез, то возможно допустить, что в известной мере излечение костного туберкулеза в нашем морском климате зависит и от действия миллиардов солевых частиц, а не только от действия солнца. Костно-туберкулезные больные и зимой, когда солнца у нас мало, поправляются очень хорошо. В знаменитом костно-туберкулезном курорте Берк-сюр-Мер на берегу Атлантического океана получается то же самое, хотя „климат там жестокий, а небо серое“ (цитирую по Мезерницкому).

Работа проф. Шацилло и его бригады в 1929—31 гг. показала, что на ЮБК в организме приезжающих происходят биохимические сдвиги—резко увеличивается количество хлоридов в крови, изменяется электролитное равновесие натрия, калия и кальция, происходят колебания кислотно-щелочного баланса и др. Конечно, часть этих биохимических изменений происходит под воздействием и других элементов климатотерапии—той же гелиотерапии и проч. Но нельзя отрешиться от мысли, что миллиарды солевых частиц, в том числе иода и брома, должны играть в этих сдвигах большую роль. Необходимы, конечно, параллельные и однотипные исследования и в неприморских санаториях, что могло бы окончательно решить вопрос об этой роли.

Давно уже, с тех пор, как врачи научились ценить чистоту воздуха, они начали требовать, чтобы туберкулезные больные спали с открытыми окнами и круглосуточно были на воздухе даже зимой. Удивительные результаты у нас были получены в костно-туберкулезном санатории им. Боброва, где дети и зимой, во всякую погоду, спят на открытых верандах, обращенных к морю. Покойный директор санатория, д-р Изергин, приводил поразительные случаи, где

1) См. мою статью „Значение конституциональных свойств соединительной ткани в процессе заживления легочного туберкулеза“. Юбилейная брошюра, Ялта, 1932 г.

при таком суровом режиме у детей излечивались даже выраженные нефрозы. Не приходится говорить о влиянии гелиотерапии в ночное время; возможно допустить, что пребывание на берегу моря в длиные холодные ночи увеличивает суточное количество морских солей, поступающих в легкие и в кровь.

Как видно из предыдущего, основным специфическим элементом морского климата, резко отличающим его от других климатов, я считаю насыщенность воздуха морскими солями. До сих пор для изучения солевого режима, для научного изучения его влияния на большой организм, на туберкулез легких, пока еще не сделано ничего, ни у нас, ни заграницей. Я не могу сказать, что о морском воздухе у климатологов нигде не упоминалось, но упоминалось, так сказать, поэтически. Говорилось об ароматах воздуха на берегу моря, о запахе моря, воздухе, насыщенном солицем и т. п. В своей новой книге „Медицинская метеорология“ (1937 г.) проф. Мезерницкий ограничивается словами: „к воздуху могут присоединяться соли, что многими врачами рассматривается, как полезная примесь“. Проф. Калитин в своей книге „Основы физики атмосферы в применении к медицине“ (1935 г.) выражается более четко. Он говорит: „оказалось, что над океанами, морями и в прибрежной полосе воздух засорен огромным количеством солевых пылинок. Таким образом, дыша морским воздухом мы наполняем легкие большим количеством микроскопических солевых частиц. Может быть и этим отчасти объясняется благодетельное влияние морского воздуха на организм“.

До сих пор не изучено колебание количества морских солей в воздухе при различных условиях, например, в разные времена года, не изучено влияние солнечного нагрева, влияние выпадающих осадков. Должна существовать разница солевого режима на ЮБК, с его ничтожным количеством осадков, с солевым режимом, например, на черноморской ривьере с ее большим количеством дождей. Изучение солевого режима воздуха должно ити рука об руку с изучением характера ионизации, так как солевые частицы относятся, конечно, к важным носителям ионов, так называемых „средних и крупных ионов“. Присутствие этих ионов несомненно является главным источником резкой ионизации морского воздуха.

Кроме эмпирических клинических наблюдений, конечно, желательно и экспериментальное изучение на животных, что вполне осуществимо в соответствующих лабораториях. В Парижской медицинской академии в заседании 27 июля 1937 года был заслушан доклад Бианкани и Делявиля об изменениях в легких у кроликов и свинок при ингаляциях, в форме тончайшего тумана, воздуха со взвешенными ультрамикроскопическими частицами различных веществ. При этих острых опытах оказалось, что ткань легкого, в том числе и мезенхима, дает целую гамму микроскопических изменений, имеющих характер раздражения. Некоторые вещества открывались при этом и в моче—интересный для меня факт, также подтверждающий мои наблюдения.

над мочегонным действием морского воздуха. В 1936 году я получил письмо от проф. Института курортологии А. Е. Лейбензона, в котором он сообщил мне в нескольких словах, что его двухлетние наблюдения в Сочи и экспериментальные данные подтверждают мою гипотезу.

Когда на Западе врачи убедились в целебном влиянии на легочный туберкулез санаторного лечения в любом здоровом климате, когда они разочаровались в предполагавшемся прежде почти специфическом значении горного климата, появилось как реакция учение, что никакого специфически полезного для легочного туберкулеза климата не существует. Данные геофизики о громадной насыщенности морского воздуха солями появились сравнительно недавно. Немецкие врачи не обращали внимания на изучение особенностей теплого морского климата потому, что в их поле зрения не было и нет теплых морских курортов. Находясь под влиянием течений западной климатологии, наши врачи были увлечены изучением гелиотерапии. Как было уже указано, я лично обратил внимание на специфичность морского воздуха в смысле его солености только в 1931 году.

Цель моих заметок—обратить внимание наших климатологов и климатотерапевтов на забытую было нами сторону морского климата и на мое предположение о влиянии солености морского воздуха на рубцевание туберкулезных поражений путем стимуляции мезенхимы вдыхаемыми солевыми частицами.

Поступила в ред.  
6/XI 1937 г.

---

Из клинического отделения Б. Ф. О. (Кисловодск).

## Изменения венозного давления в связи с гидростатическим фактором углекислых ванн.

Прив.-доц. **А. Л. Вилковыский** и **М. А. Левин.**

При оценке механизма действия углекислых ванн наряду с факторами—термическим, химическим и др.—придается также значение так назыв. гидростатическому фактору, т. е. давлению столба жидкости в ванне на поверхность тела больного.

Это нашло свое отображение и в технике назначения углекислых нарзанных ванн.

Наряду с регуляцией температуры ванны, ее концентрации, продолжительности и т. д. пользуются, правда, значительно

реже, и дозировкой уровня наполнения ванны. Однако исследований, обосновывающих необходимость регуляции гидростатического фактора ванны, немного.

Так, в литературе имеются указания на работу Тигерштедта, который в эксперименте на кроликах показал, что с повышением давления столба жидкости растет минутный объем и кровяное давление за счет повышения притока крови к сердцу. Далее, в книге Грэдэля имеется ссылка на работу Шотта, который находил повышение давления в *v. cubitalis*, при уровне воды до *Acromion'a*, на 4—6 см в индиферентной ванне и на 6—8 см—в углекислой.

В 1934 г. была опубликована работа Голштейна и Файман-Шоц, посвященная вопросу об изменениях артер., венозного давления и частоты пульса под влиянием нарзанных ванн различного уровня наполнения. Авторы пришли к выводу о более слабом действии ванн с низким уровнем.

Гредель на основании своих наблюдений также утверждает, что „назначением полуванн можно избежать повышения кровяного давления“.

В ряде других работ, трактующих о применении углекислых ванн (Сигал, Беленький и др.), имеются указания на значение гидростатического фактора углекислых ванн, без приведения, однако, экспериментально-клинических обоснований. Вот почему казалось целесообразным вновь поставить задачей изучение этого фактора. Работа была проведена нами в летний сезон 1937 г. В качестве критерия для оценки действия гидростатического фактора мы избрали венозное давление.

Венозное давление, как известно, представляет собой величину, характеризующую соотношение между венозным притоком к сердцу и отсасывающей способностью последнего. Велика при этом роль венозного тонуса, так как от взаимодействия его с кровенаполнением вены зависит та или иная высота венозного давления. Повышение давления в центральных венах грудной полости, искусственно создаваемые затруднения к оттоку крови в правое сердце ведут к повышению давления в периферической вене (*v. mediana cubitis*).

Так, во время опыта Вальсальва (2-я фаза натуживания), при одновременном измерении венозного давления, явно растет столб жидкости в манометре. Также при проведении пробы Плеша (давление на область печени—выжимание крови из вен брюшной полости), с одновременным измерением венозного давления, одним из нас наблюдалось повышение венозного давления, более выраженное при декомпенсации (Вилковыский). Это же подтверждают и другие авторы, работавшие в дальнейшем по этой методике (Коробов, Левин).

Влияние высоты столба жидкости в ванне выражается в дав-

лении на мелкие сосуды и капилляры нижних конечностей, на брюшную полость и в меньшей степени на грудную клетку и должно способствовать выжиманию крови в венозную систему— повышению притока крови к сердцу. Это подтверждается констатацией в углекислой ванне увеличения минутного объема сердца (Срибнер, Крэтц и Бахтер, Полонский и Гетов и др.).

Некоторые авторы изучали изменения венозного давления в связи с приемом углекислых ванн. Так, Герке, Карапетян и Ретинский находили повышение венозного давления после приема углекислых ванн у декомпенсированных больных. Шершевский и Марантиди, при исследовании компенсированных больных с небольшими циркуляторными нарушениями, находили в периоде последействия углекислых ванн снижение венозного давления.

Не вдаваясь в подробный анализ этих работ, все же отметим, что они вызывают некоторые методические возражения. К ним относится возможность влияния на высоту венозного давления повторных инъекций вены на протяжении короткого времени. Главная же трудность заключается в создании при повторном обследовании точно такого же положения пациента и установки ноля манометра на той же точно высоте, что и в предшествовавшем исследовании. Понятно, что небольшие, возможные при этом отклонения, могут влиять на величину определяемого венозного давления. Эти работы, посвященные изучению влияния углекислых ванн на венозное давление, не касаются вопроса о значении гидростатического фактора ванн.

Голштейн и Файман-Шоц в 23 случаях измеряли венозное давление у лиц, находящихся в ванне с разным уровнем наполнения ванн, пользуясь бескровным методом Лейтмана. Они пришли к выводу, что в ваннах до лобка венозное давление снижается, в ваннах же до соска выражена тенденция к его повышению. Методика бескровного определения венозного давления встречает ряд возражений. Одним из существенных моментов, с нашей точки зрения, является невозможность изучать динамику изменений среднего венозного давления. Это объясняется самой методикой определения венозного давления по Лейтману, так как определение здесь каждый раз одномоментно связано с подсоком воды в индикаторе—манометре.

Изложенные соображения побудили нас отказаться от методики изучения изменений венозного давления до и после ванны, а также от измерения венозного давления в ванне бескровным методом.

Для выяснения влияния различных уровней наполнения ванны на венозное давление мы остановились на следующей методике.

Б-ной садился в ванну, в которую предварительно наливалось 3—4 ведра подогретого до 35°С нарзана (эта температура была во всех наших опытах одинакова). Б-ной принимал наиболее

удобное для него непринужденное положение. Правая рука обследуемого укладывалась на специальной подставке, расположенной на уровне сосков. Тут же, в ванне у больного определялось венозное давление в правой v. median cubitis по методу Вальдмана. Манометр, резинка и игла наполнялись 2% стерильным раствором *Natr. citrīci*. Флеботонометр укреплялся на штативе, причем ноль манометра фиксировался на уровне иглы и не изменялся все время исследования.

После того, как давление в манометре устанавливалось на наиболее низкой цифре (ликвидировался подъем давления, связанный с искусственным застоем, вызываемым перед инъекцией вены), дважды проверялась подвижность столба жидкости в манометре, после чего начинался постепенный подъем уровня воды в ванне, путем добавления подогретого до  $t^{\circ} 35^{\circ}$  С нарзана. При этом велись наблюдения за игрой водяного столба в манометре и подсчитывался пульс. Спустя 1—2 минуты после достижения уровня сосков начинался постепенный выпуск воды из ванны, опять таки с наблюдением за столбом жидкости в манометре и счетом пульса. Цифры венозного давления и пульса фиксировались нами при определенных уровнях наполнения ванны: а) исходное положение, б) до уровня лобка, с) до уровня пупка, д) до уровня сосков, е) исходный уровень после выпуска воды из ванны<sup>1)</sup>. Весь опыт продолжался 8—10 минут. Во время опыта испытуемый находился в покойном, непринужденном положении, соединенный интравенозно с водяным манометром.

Таким образом мы имели возможность наблюдать исходные цифры венозного давления и пульса, изменения их как в связи с увеличением гидростатического давления в ванне, так и с уменьшением такового при постепенном выпускании воды из ванны. Что касается высоты столба жидкости в ванне, то в согласии с данными Голштейна, по нашим наблюдениям, она равнялась от дна ванны до уровня I—22 см,—до уровня II—28 см и до уровня III—35 см.

У наших больных, кроме того, определялось до и после ванны артериальное давление, сосчитывались пульс и дыхание, проводилась проба Плеша. У части больных проведены повторные исследования, у некоторых—параллельные наблюдения в нарзанных и пресных ваннах. Часть больных была проведена лишь с уменьшением уровня наполнения ванны, без предварительного подъема.

По описанной методике обследовано 74 человека. Из обработки было исключено 16 человек вследствие технических не-

<sup>1)</sup> Для удобства изложения в дальнейшем уровни нами будут обозначены цифрами:

а) исходное положение—0, б) уровень воды до лобка—I, с) уровень воды до пупка—II, д) уровень воды до сосков—III.

дочетов в проведении опыта (движения больного, недостаточная подвижность столба жидкости в манометре и т. п.).

Таким образом наш материал включает 58 человек, из них 10 здоровых, мужчин 35, женщин 23, над ними проведено 75 наблюдений.

Возраст обследованных: от 20 до 30 лет—5 чел., от 31 до 40 л.—17 чел., от 41 до 50 лет—13 чел., от 51 и выше—23 человека.

Больных с компенсированными серд.-сосудистыми заболеваниями 31, и с начальными формами нарушения компенсации—17.

Таблица 1 иллюстрирует распределение наших больных по диагностическим группам и функциональному признаку.

Таблица 1.

	Компенси- рованные	С наруше- нием ком- пенсации	Всего
1. Артериосклероз умеренно-выра- женный . . . . .	8	1	9
2. Артериосклероз с гипертонией . . . . .	10	6	16
3. Митральные пороки . . . . .	6	5	11
4. Аортальные пороки . . . . .	2	—	2
5. Комбинированные митр. и аорт. пороки . . . . .	2	2	4
6. Кардиосклероз миокардитический . . . . .	3	3	6
7. Здоровые . . . . .	—	—	10
Всего . . . . .	—	—	58

Переходя к анализу полученных нами данных, остановимся на группе практически здоровых людей (без клинически обнаруживаемых изменений со стороны внутренних органов). У 10 таких лиц проведено 12 опытов. Семь из них подвергались обследованию с подъемом и опусканием уровня наполнения ванны и трое только с опусканием уровня. Исходные цифры венозного давления у первых семи здоровых лиц колебались от 45 до 165  $\text{мм H}_2\text{O}$ . При повышении содержания воды в ванне до уровня III венозное давление у двоих несколько снизилось, у остальных 5 повысилось. В среднем венозное давление повысилось на 7,8  $\text{мм H}_2\text{O}$ . У трех обследованных венозное давление, в связи с понижением уровня воды в ванне, снизилось. Первоначальные цифры на уровне III были 75, 101, 130, на уровне 0—65, 95, 110. В среднем венозное давление при этом снизилось на 12  $\text{мм H}_2\text{O}$ .

Таким образом, у здоровых повышение уровня наполнения ванны в большинстве случаев связано с повышением венозного давления и обратно—с уменьшением влияния гидростатического фактора венозное давление снижается.

В следующей группе компенсированных сердечных б-ных (31 ч.—37 опытов) венозное давление определялось у 23 человек с подъемом и последующим спуском воды, у 8 человек лишь с опусканием уровня воды в ванне. У первых 23 человек исходные цифры венозного давления колебались от 30 до 160 мм  $H_2O$ . Повышение содержания воды в ванне от 0 до уровня III сочеталось с изменением венозного давления от—25 до +60 мм  $H_2O$ . В среднем венозное давление при этом повысилось на 6,6 мм  $H_2O$ . У 8 человек венозное давление при понижении уровня воды в ванне от III до 0 изменилось от +10 до—42 мм  $H_2O$ . В среднем венозное давление снизилось на 13,5 мм  $H_2O$ .

У 17 больных с нарушениями компенсации было проведено 20 наблюдений. У 13 больных—опыты с подъемом и спуском и у 4 больных (7 опытов) только с снижением уровня воды в ванне. У первых 13 больных исходные цифры венозного давления были от 40 до 135 мм  $H_2O$ .

При повышении уровня воды в ванне от 0 до III венозное давление изменялось от—5 до +40 мм  $H_2O$ , в среднем повысилось на 17 мм  $H_2O$ .

В 7 опытах с понижением уровня воды в ванне у этой группы больных венозное давление изменялось от +5 до—65 мм  $H_2O$ , в среднем—снизилось на 18,5 мм  $H_2O$ .

Из приведенных данных совершенно ясно вытекает, что с повышением гидростатического давления в углекислой ванне у компенсированных и у больных с нарушениями компенсации венозное давление в большинстве случаев повышается и обратно—при снижении уровня воды в ванне венозное давление падает. Однако степень этого повышения и падения венозного давления разная у разных категорий обследованных. У лиц с нарушениями компенсации повышение венозного давления, а также его снижение происходит в значительно больших пределах, чем у здоровых и компенсированных. К тому же следует отметить, что из 30 человек (здоровые, компенсир. больные), подвергшихся наблюдению с повышением уровня воды в ванне от 0 до III, в 5 случаях наблюдалось снижение венозного давления, а из 13, с нарушением компенсации обследованных по той же методике, лишь в одном случае отмечалось снижение венозного давления и то незначительное (5 мм  $H_2O$ ).

Интересные данные получаются при сопоставлении цифр венозного давления на уровне 0, до повышения уровня воды в ванне и после выпуска воды от уровня III до 0.

У здоровых венозное давление чаще возвращалось к исходной цифре или претерпевало незначительные отклонения от нее. У компенсированных б-ных венозное давление чаще (после спуска воды) снижалось ниже исходного уровня—0, в то время как у больных с нарушениями компенсации венозное давление при этом чаще не достигало исходной цифры, а оставалось несколько повышенным сравнительно с первоначальной величиной. Если выразить указанные отношения в средних цифрах венозного давления, то это составит для здоровых  $+0,6 \text{ мм H}_2\text{O}$ , для компенсированных— $-6 \text{ мм H}_2\text{O}$  и для больных с нарушением компенсации  $+5,5 \text{ мм H}_2\text{O}$ .

Все изложенное относится к динамике венозного давления в связи с изменениями уровня наполнения ваны от 0 до III и обратно от III до 0. Однако, нам казалось нужным провести анализ изменений венозного давления при переходе уровня наполнения от 0 до II, так как это имеет практическое значение при назначении полуванн (с уровнем до пупка). Анализ полученных нами данных показывает, что у здоровых венозное давление при этом почти не изменяется (в среднем  $+0,3 \text{ мм H}_2\text{O}$ ), у компенсированных отмечается умеренное повышение (в среднем  $+2,7 \text{ мм H}_2\text{O}$ ) и у лиц с нарушенной компенсацией это повышение более выражено (в среднем  $+7,3 \text{ мм H}_2\text{O}$ ). Если в последней группе больных сравнить средние цифры венозного давления от уровня 0 до II ( $+7,3 \text{ мм H}_2\text{O}$ ), с приведенными выше от 0 до III ( $+17 \text{ мм H}_2\text{O}$ ), то разница делается явственной.

Что касается изменений венозного давления от 0 до уровня I, то они незначительны. Тем не менее анализ средних цифр показывает, что у здоровых колебания венозного давления при этом составляют  $-1,8 \text{ мм H}_2\text{O}$ , у компенсированных  $+1,1 \text{ мм H}_2\text{O}$  и у больных с нарушением компенсации  $+4 \text{ мм H}_2\text{O}$ .

Таблица 2 иллюстрирует приведенные изменения средних цифр венозного давления при различных уровнях наполнения ваны.

Таблица 2.  
Изменения средних цифр венозного давления при различных уровнях наполнения ваны в  $\text{мм H}_2\text{O}$ .

Уровень наполнения ваны	Здоровые	Больные	
		Компенси- рованные	С наруше- нием ком- пенсации
От 0 до I . . . . . . . . . . . .	$-1,8$	$+1,1$	$+4$
От 0 до II . . . . . . . . . . . .	$+0,3$	$+2,7$	$+7,3$
От 0 до III . . . . . . . . . . . .	$+7,8$	$+6,6$	$+17$

Из 17 больных с нарушением компенсации у 14 пробы Плеша выпала явно положительно и в 3 случаях—сомнительно. Нарушения компенсации у наших больных протекали преимущественно по правожелудочковому типу. Это сопоставление представляет для нас тем больший интерес, что, как уже выше отмечалось, при измерении венозного давления с одновременным проведением пробы Плеша (давление на область печени) наблюдалось выраженное повышение венозного давления у декомпенсированных больных. В наших опытах гидростатический фактор как бы заменяет давление рукой на область печени.

Наш материал не позволяет вывести какие-либо закономерности в отношении изменений венозного давления в связи с гидростатическим фактором, применительно к различным формам поражения сердечнососудистой системы. Как выше неоднократно отмечалось, такая зависимость выясняется при сопоставлении с функциональным состоянием больных.

В отношении же изменения пульса мы во многих случаях наблюдали определенную закономерность. С повышением венозного давления (повышение уровня наполнения ванны) учащался пульс. Получалось как бы в эксперименте подтверждение закона Бейнбриджа о влиянии повышенного притока крови к сердцу на учащение его сокращений.

Артериальное давление, число дыханий и пульс до и после ванны давали незначительные отклонения, которые не отличались закономерностью.

Наконец, представляло интерес сопоставление гидростатического фактора в пресной и углекислой ваннах. Нами проведено 6 контрольных наблюдений с измерением венозного давления у одних и тех же больных в пресных и нарзанных ваннах. В пяти случаях изменения в тех и других были совершенно идентичны, в одном случае в нарзанной ванне венозное давление поднялось (при повышении уровня от 0 до III) на 25 мм выше нежели в пресной. Мы не считаем эти данные достаточными для окончательного суждения о разнице влияния гидростатического фактора в углекислых и пресных ваннах. По вышеприведенным данным Шотта венозное давление, с повышением уровня наполнения, в пресных ваннах повышается, а в углекислых этот подъем венозного давления более выражен.

Ряд других авторов считает действие пресных и углекислых ванн в этом отношении одинаковым (Сигал и др.). Полной идентичности, думается нам, быть здесь не может, так как в углекислой ванне наличие свободной углекислоты и минеральных составных частей в данном объеме воды изменяет силу давления столба жидкости. Возможно, что разница в этом отношении между пресными и углекислыми ваннами такова, что не улавливается методом определения венозного давления. Кроме того,

при сравнении данных венозного давления в тех и в других ваннах следует помнить о невозможности, наряду с воздействием гидростатического фактора, исключить влияние свободной  $\text{CO}_2$  и минеральных составных частей, через вегетативную систему на периферический сосудистый тонус.

Таким образом, примененная нами методика позволила отдиференцировать влияние гидростатического фактора углекислых ванн (при одной и той же температуре).

Нам удалось убедиться в том, что, благодаря нарастающему давлению столба жидкости в ванне, происходит выжимание венозной крови из нижних конечностей, поверхностных вен брюшной стенки, а возможно и из печени и из глубже расположенных вен. В связи с этим повышается венозный приток к сердцу и нарастает венозное давление в периферической вене. В особенности это повышение выявляется при подъеме уровня воды в ванне от II к III, и обратно — при уменьшении уровня наполнения ванны венозное давление снижается. Указанные изменения выражены у всех обследованных нами, однако у здоровых и компенсированных в меньшей степени (встречается в некоторых случаях снижение давления), чем у лиц с нарушением компенсации. Это более значительное повышение венозного давления у декомпенсированных больных можно связать с недостаточностью миокарда (правое сердце), вследствие чего сердце не справляется с повышенным венозным притоком. Отображением этого центрального застоя и является повышение давления в периферической вене. Этим же следует объяснить и отмеченный выше факт, что после уменьшения содержания воды в ванне от уровня III до 0 венозное давление у больных этой группы оставалось повышенным в сравнении с исходной цифрой.

Все приведенные данные получены нами в порядке острого опыта, когда при прочих равных условиях менялся лишь гидростатический фактор.

Подмеченные нами изменения позволяют заключить о важности учета уровня наполнения ванны, как фактора, предъявляющего повышенные требования к сердцу (усиление венозного притока). Практически нам кажется, что углекислые ванны с невысоким уровнем (полуванны, сидячие ванны) должны найти более широкое применение при лечении больных с начальными формами нарушения компенсации, протекающими преимущественно по правожелудочковому типу. Этот вид щажения при проведении курса лечения углекислыми ваннами получает в нашей работе известное экспериментальное подтверждение и обоснование.

В заключение выскажем предположение, что с помощью примененной в данной работе методики дается возможность изучения

в ванне влияния на венозное давление и других факторов, например, температурного.

Это представляет тем больший интерес, что венозное давление при этом может рассматриваться как показатель венозного притока и функции правого сердца.

*Выводы.* 1. При увеличении уровня наполнения углекислых ванн наблюдается повышение венозного давления у всех обследованных, более выраженное в группе серд.-сосудистых больных с нарушением компенсации.

2. Наибольшее повышение венозного давления наблюдалось при подъеме уровня воды в ванне от II до III (от уровня пупка до сосков).

3. При уменьшении влияния гидростатического фактора (уменьшение уровня наполнения) венозное давление снижается.

4. При уменьшении уровня наполнения углекислых ванн от III до 0 (от уровня сосков до исходного) венозное давление у декомпенсированных больных снижается, но остается повышенным в сравнении с исходной цифрой.

5. Углекислые ванны с низким уровнем (полуванны, сидячие ванны) должны найти более широкое применение в терапии серд.-сосудистых больных, в аспекте большего щажения больного организма.

*Литература.* 1. Вальдман, Тонус сосудов и периферическое кровообращение. Практ. мед., 1928.—2. Вальдман, Венозное давление и венозный тонус, Биомедгиз, 1935.—3. Герке, Карапетян и Ретинский, Клин. мед., № 9, 1934.—4. Голштейн и Файман-Шоц, Труды Б. И., т. 12, 1934.—5. Шершевский и Марантиди, Изменения венозного давления в периоде последействия углекислых (нарзанных) ванн (рукопись).—6. Groedel, Физические методы лечения болезней сердца и сосудов, 1927.—7. Бейнбридж, Физиология мышечной деятельности, Гиз, 1927.—8. Коробов и Левин, Функциональное значение пробы Плещ-Полонского у серд.-сосудистых больных (рукопись).—9. Сигал, Углекислые ванны, 1935.—10. Беленький, Труды первой кардиологической сессии в Одессе. Стр. 189, 1936.—11. Вилковыский и Уманский, Тер. арх., № 4—6, 1931.—12. Вилковыский. О функциональном исследовании кровообращения. Горький, 1936.

Поступила в ред. 21/IX 1937 г.

г. Горький, Звездинка, д. № 27, кв. 1.

## К вопросу о выборе торфа для лечебных целей.

А. А. Герасимович.

Большие запасы торфа и торфоподобных веществ на территории Советского Союза выдвигают вопрос о широком использовании их для лечебных целей как на курортах, так и во вне-курортных грязелечебницах.

За последние 10—15 лет изучение так называемых „торфяных“ грязей подвинулось несколько вперед, что дало возможность раскрыть истинную природу некоторых „торфов“.

Оказалось, что некоторые курорты, под названием „торфа“, употребляют сапропелиты<sup>1)</sup>—отложения пресноводных водоемов, но совершенно отличные от торфов как по генезису, так и по физико-химическим свойствам. „Торфяная“ грязь Липецкого курорта, по исследованиям Мещерякова, оказалась известково-диатомовым сапропелитом. Знаменитая Францесбадская „торфяная“ грязь (Чехословакия), Цехоцинская „торфяная“ грязь (Польша) и Миргородский „торф“ по литературным данным также относятся к сапропелитовым образованиям. Эти сапропелиты, очевидно, были приняты за особую разновидность торфа, тем более, что они часто встречаются вместе с торфом и не-редко бывают замаскированы примесями торфянистых частиц. Новым обстоятельством в практике торфо-грязелечения является отказ некоторых курортов (Краинка, Варзи-Ятчи и др.) от общепринятой, многомесячной подготовки торфяной грязи или так называемой „аэрации“.

В некоторых внекурортных грязелечебницах Москвы, Ленинграда и других городов около 10 лет назад дорого-стоящую иловую грязь стали заменять торфом-сырцом.

Ягубов и Усова предложили использовать для лечения торфяную крошку, получаемую при фрезерном<sup>2)</sup> способе добычи торфа.

В это же время изменилась и методика применения лечебного торфа: от торфяных ванн перешли к местным и общим торфяным апликациям, что в значительной степени упростило и удешевило торфолечение.

По данным Московского областного института физиотерапии и физиопрофилактики применение апликаций из торфа-сырца

<sup>1)</sup> Ил, образующийся на дне озер из остатков планктонных организмов и донных животных, носит название сапропеля. Мощность его иногда достигает 10—12 и более метров. Минеральных примесей в нем немного. Старые богатые минеральными частями сапропели носят название сапропелитов.

<sup>2)</sup> Фрезерный способ добычи торфа заключается в том, что „фрезерная“ машина, поочередно срезая слой торфа, превращает его в скоро сохнущую, крошковидную массу.

дает хороший терапевтический эффект при целом ряде заболеваний. Широкое распространение торфа-сырца, легкость его получения, доступность его перевозки, не требующей специальной тары, и т. д., делают его применение особо заманчивым.

Совершенно ясно, что апликационный метод грязелечения требует от грязевой массы повышенной пластичности, дабы создать вокруг тела относительно прочный, хорошо замкнутый, грязевой „мешок“. Однако той пластичности, которой обладает хорошо разложившаяся торфяная грязь, требовать от массы, приготовленной из торфа-сырца, мы не можем.

Вопрос о применении торфяной (фрезерной) крошки—еще совсем не изучен. Торф, достигший высокой степени разложения, без видимых растительных остатков, применяемый для лечебных целей, представляет собой относительно пластичную мягкую массу. В некоторых случаях торф достигает консистенции жира или мази и обладает значительной пластичностью (Белопольский), но никогда не достигает пластичности иловой грязи; такой торф может быть назван торфяной грязью.

Старые авторы считали необходимым условием образования торфяной грязи участие в этом процессе минеральной воды (сульфидной, железистой, соленой и т. д.) и по химическому признаку строили классификацию торфяных грязей. Физические показатели отходили на второй план. Мы полагаем, что основными терапевтическими факторами лечебного торфа являются его физические свойства. Наличие в лечебном торфе минеральной воды лишь увеличивает его терапевтическую ценность.

Вопрос о пригодности того или другого вида торфа для лечебных целей еще очень мало освещен в медицинской литературе. Совершенно очевидно, что, определяя физические константы торфа, мы наиболее точно подходим к разрешению этого вопроса.

Проф. Андреев считает наиболее ценными в лечебном отношении по физическим постоянным торфы с большой теплоемкостью, сравнительно малой теплопроводностью и большой вязкостью.

По Анисимову указанными показателями обладают следующие торфяные грязи Белоруссии.

Название болота	Теплоемкость	Теплопроводность	Вязкость
Болото Цна . . . . .	0,95	0,71	1260
Красный торфяник . . . . .	0,98	0,79	4640
Мазурино . . . . .	0,98	0,69	3720

**Степень разложенности торфа по Вальгрену.**

Условные обозначения		Виды торфа		Признаки	
A+	Торф сильно разложившийся	Растительные остатки неразличимы простым глазом	Вода при славливании в руке торфа не выделяется	—	Масса при сжимании хорошо продавливается через пальцы, пачкая руки.
AB+	Хорошо разжившийся торф	Заметны лишь некоторые растительные остатки	Вода не выделяется или выделяется мало	Выделенная вода окрашена в темно-коричневый цвет	Масса продавливается немногο. Пачкает руки.
B+	Мало разложившийся торф	Остатки растительных заметны	Воды выделяются немного	Вода коричневая или светло-коричневая	Масса почти не продавливается. Поверхность после сжатия шероховатая от остатков расщепленный, рук не пачкает
BC+	Плохо разжившийся торф	Остатки растительных заметны	Воды выделяются много	Вода желтая	Масса очень мало продавливается
B+	Не разложившийся торф	Растительные остатки ясно различимы простым глазом	Вода выделяется как в предыдущем образце BC	Вода почти не окрашена	Масса не продавливается
C—					Знак + означает большую разложенность торфа Знак — меньшую „ „

На практике не всегда легко пользоваться лабораторным методом определения пригодности торфа. Умение определить пригодность торфа для лечебных целей „на глаз“ и „на ощупь“ приобретается практическим навыком. Здесь может быть полезна таблица разложенности торфа, предложенная Вальгреном.

Это, так сказать, первое „полевое“ определение торфа. Совершенно очевидно, что 1 и 2 разновидности торфа пригодны для лечебных целей, так как обладают значительной степенью гумификации, и сравнительно, лучшей пластичностью.

Высокая степень разложенности торфа, почти полная гомогенность, наибольшая пластичность, отсутствие примесей позднейшего происхождения—вот свойства, которыми должен обладать лучший вид лечебного торфа. Не всегда мы можем найти вблизи лечебного заведения указанный вид торфа, и тогда не следует отказываться от торфа, менее гумифицированного, подвергнув его предварительной механической обработке (изменению).

Вопрос об искусственном повышении пластичности торфа еще до сих пор не разрабатывался. В практике нам пришлось встретиться со случаем, когда в разложившийся, но недостаточно пластичный торф добавлялось небольшое количество привозной Сакской иловой грязи (Новгород—1935 г.) Эта комбинация повышала пластичность торфяной массы, но экономически была невыгодна. Вероятно, небольшое прибавление к торфу „тонкого“ глинистого раствора сможет повысить пластичность лечебной, торфяной массы, и вместе с этим усилить терапевтический эффект торфяных процедур.

Заканчивая настоящее сообщение мы рекомендуем знакомиться с качеством каждой вновь поступающей партии лечебного торфа, а при возможности подвергать его лабораторному исследованию, так как часто встречающаяся „слоистость“ торфа, вызванная сменой растительных формаций на болоте, дает резкое изменение физико-химических свойств его.

**Выводы:** 1. Лечебный торф необходимо отличать от сапропелитовых образований.

2. Апликационный метод торфогрязелечения требует повышенной пластичности торфяной массы.

3. Наиболее пригодны для лечебных целей „торфы“, обладающие высокой степенью разложенности, почти полной гомогенностью и наибольшей пластичностью.

4. Определение физических констант лечебного торфа желательно для каждой новой партии торфа.

5. Искусственное повышение пластичности торфа возможно. Однако вопрос еще совсем не разработан.

Поступила в ред. 25/IV 1937 г. Ленинград, 40, Лиговская ул., д. 44, кв. 106.

Из пропедевтической терапевтической клиники Воронежского медицинского института (директор проф. А. А. Герке).

## Эффективность лечения артериосклеротиков ваннами на курорте Сергиевские минеральные воды.

Сообщение I. Наблюдения над однократным применением ванн.

Г. М. Мальковский.

За три года работы я собрал материал на курорте С. м. в., который состоит 1) из историй болезней 80 больных, проекуированных мною лично и 2) из 100 историй болезней примерно аналогичных больных, наблюдавшихся врачами Каспаровым и Автономовой (1933–34 гг), применившими такие же, как я методику исследования, оценку тяжести случая и методы лечения.

Наблюдения велись с целью учета ближайших и отдаленных результатов. Дополнительно на группе из этих же больных поставлены были наблюдения над влиянием однократных ванн на гемодинамику (острые опыты) по следующим признакам: покраснение кожи, пульс, кровяное давление, дыхание, гидрофильность ткани (проба Ольдрича), проницаемость капилляров (исследовалась аппаратом Нестерова, видоизмененным мною), морфологический состав крови.

*Кожно-сосудистая реакция покраснения.* Наиболее „наглядное“, что обращает на себя внимание при изучении сероводородных вод,—это их свойство вызывать покраснение кожи.

В сероводородной воде р. п. обусловливается наличием свободного сероводорода. Правдин получал экспериментальную р. п., если в питьевую воду пропускал сероводород; обратно дегазированная мацестинская вода не давала типичной р. п.

Сущность р. п. выявлена Варшавером, Примаком и др. при помощи капилляроскопии. Ими доказано, что видимая кожная реакция покраснения есть активная гиперемия, зависящая от расширения кожных капилляров и отчасти артериол, при этом усиливается и улучшается артериальный приток и венозный отток крови. Примерно к таким же выводам приходят Этингер и Рабинович.

Что же вызывает местную реакцию покраснения? Сероводород своим непосредственным действием, какая-то промежуточная субстанция (Льюис), которая получается в результате воздействия сероводорода на кожу, или, наконец, то и другое в комплексе со всеми ингредиентами, входящими в наш бальнеологический фактор? Нам кажется, что здесь играет роль неспецифический раздражитель с вегетативными рефлексами и физико-химическими реакциями.

По наблюдениям в Мацесте сердечно-сосудистые больные реагируют интенсивной р. п. в 83% случаев (Черников, Фролов).

Мы подробно остановились на р. п. потому, что ей приписывают большое терапевтическое значение (Подгурский). Р. п. от воздействия С. м. в. впервые описана Кавецким и Шмульсоном. Ими обследовано 199 больных и сделано 266 наблюдений. Авторами установлено появление р. п. кожи в 93% случаев. Мы провели наблюдение на 80 больных—артериосклеротиках. По тяжести заболевания это были больные с легкой и средней степенью недостаточности (по Валединскому, см. труды Центр. института курортологии, том VI). Наблюдения были проведены при температурах воды от 36 до 32°C и повторялись при каждой ванне в течение всего курса лечения. Контрольные наблюдения проведены с пресными ваннами при тех же температурах и на тех же лицах. Одновременно проверялась р. п. у лиц с относительно здоровым сердцем. Всего было произведено свыше 2000 наблюдений.

На основании большого количества наблюдений в течение трех летних сезонов мы утверждаем, что Сергиевская минеральная вода вызывает местную кожную реакцию покраснения. Для доказательства нам удалось впервые на С. м. в. заснять реакцию покраснения.

Физико-химический анализ нашей воды: в 1 литре воды в ванне 34°C по данным аналитика А. Д. Белкина (август 1937).

Содержится в м/гр.

Общ. H <sub>2</sub> S	Общ. CO <sub>2</sub>	В М/ЭКВ	Рассчитано по Ауэрбаху			
			Своб. H <sub>2</sub> S	HS <sup>I</sup>	Своб. CO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>
75,10	444,00	8,45	42,31	31,78	114,84	456,90

На той части тела, которая погружена в сероводородную воду, кожа гиперемируется и приобретает розовое окрашивание, ясно отделяясь от кожи, непогруженной в воду; р. п. держится в большинстве случаев 1—2 минуты по окончании ванны.

Иногда полному исчезновению предшествует появление больших розовых пятен, сплошное розовое окрашивание как бы разрывается на отдельные хлопья (мраморные пятна), розовые пятна постепенно бледнеют, пока окончательно не исчезнут.

Обычно переносимость ванн вполне удовлетворительная. В первые минуты пребывания в ванне больной испытывает чувство тепла по всему телу. Реакция покраснения появляется не у всех одной интенсивности и не в одно время. Первая и вторая ванны

дают нередко слабую реакцию или совсем ее не вызывают. На 3—5-й ваннах р. п. часто усиливалась. Через несколько ванн одной и той же температуры иногда реакция угасала.

При назначении ванны более низкой температуры р. п. вновь вспыхивала и повторялась при приеме нескольких ванн, после чего начинала вновь угасать до приема более низкой температуры. Обратимся к цифрам. В начале лечения при температуре ванн в 36° С р. п. была констатирована у 60 человек или в 75% случаев; из них слабо видимая в 30%, видимая—38% и отчетливо видимая в 32%. К концу лечения при температуре воды в 32° С р. п. обнаружена в 98% случаев, причем слабо видимая в 15%, видимая в 30%, отчетливо видимая в 55%. Обычно р. п. появлялась на 3—4-й минуте (96%).

Наблюдая за р. п. в период всего курса лечения и меняя температуру ванн (в порядке изучения отпускались подряд две ванны 36 и 37° через день) мы убедились, что прохладные ванны вызывали более интенсивную реакцию покраснения. Возникает поэтому вопрос: можно ли приписать более интенсивную р. п. наличию большей концентрации сероводорода в прохладной воде?

Белкин доказал, что температурный фактор в пределах 36—32° С почти не влияет на концентрацию химического состава воды.

Применяя метод активирования сероводорода и увеличивая количество свободного сероводорода почти вдвое, мы убедились, что степень р. п. зависит от количества свободного сероводорода. Результат наших наблюдений послужит темой для отдельного сообщения.

Таким образом для нас стало совершенно бесспорным, что С. м. в. вызывает р. п. и что последняя является результатом действия сероводорода на кожу. Пресные ванны, в отличие от сероводородных, р. п. не вызывали. В нашей С. м. в. имеется углекислый газ, но его настолько мало, что вряд ли он сам вызывает р. п. Можно допустить, что углекислый газ в С. м. в. отчасти способствует освобождению сероводорода и тем самым, возможно, косвенно усиливает реакцию покраснения.

*Изменение кровяного давления (к. д.) под влиянием Серги минеральной ванны.* Для того, чтобы выяснить, как влияет серги мин. ванна на к. д., мы произвели целую серию наблюдений в различных вариантах. На сульфидных курортах, в частности на Мацесте, изучением этого вопроса занимались Правдин, Рабинович, Лукомский, Кевдин, Черников и др. В последнее время большинство авторов склонно утверждать, что под влиянием сероводородных ванн изменяются кровяное давление и пульс чаще всего в сторону снижения (Рабинович, Николаев, Лившиц и Гремячкин).

У всех наших больных (80 ч.) проверялось к. д. в процессе лечения три раза (в начале, в середине и в конце). Дополнительно на группе в 60 ч. из общего числа больных было изучено влияние однократной ванны на к. д. Острые опыты велись в специально организованном экспериментальном отделении ванного здания, при различных температурах сероводородных ванн—36, 34 и 32°C (обычная температура ванн, принятая для лечения с.-с. больных). Для контроля отпускались ванны из пресной воды той же температуры. Объектом изучения были те же больные, у которых контролировалась р. п. Одновременно у этой же группы больных в одно и то же время при тех же температурах ванн производились наблюдения за влиянием воды на пульс, дыхание.

Порядок наблюдений следующий: больной раздевался и лежа отдохнул в кровати под одеялом в продолжение 15 минут (кровать была установлена в хорошо проветриваемой кабине), затем осторожно ложился в приготовленную ванну. Наблюдения велись перед посадкой в ванну, в ванне на 2-й и 8-й минутах, после процедуры на 5-й, 15-й, 30-й и 45-й минутах. К. д. мы определяли по методу Короткова, пользуясь сфигмоманометром Рива-Роччи. Отклонения  $\pm 5$  м $\times$ м столба ртути в расчет не принимались.

На основании собранного материала (свыше 2500 наблюдений) мы позволяем себе судить о влиянии С. м. в. на к. д. При посадке больного в ванну уже на 2-й минуте наступило снижение к. д., в дальнейшем снижение продолжалось, и в большинстве наблюдений больной выходил из ванны с пониженным к. д. по сравнению с исходными цифрами до ванны. Наступившее в ванне снижение к. д. оставалось часто пониженным и после ванны. На 45 м. снижение к. д. сохранялось в 37% случаев. Снижение максимального к. д. сопровождалось снижением минимального в 93%, урежением пульса в 70% и дыхания в 90% случаев. Изменение к. д. варьирует в зависимости от температуры ванны и индивидуальных особенностей испытуемого.

Если сопоставить данные, полученные от действия С. м. в. на кровяное давление, с данными, полученными от действия пресной ванны, то можно констатировать некоторое отличие. При теплых ваннах как сероводородной, так и пресной воды, было отмечено снижение максимального к. д. у большинства наших больных. Прохладные сероводородные ванны давали снижение к. д., при пресной же ванне мы не наблюдали подобной закономерности, нередко даже отмечалось повышение к. д.

Рассмотрим наши данные с точки зрения высоты кровяного давления. Анализ нашего материала нас убедил в том, что снижение наступает у большинства всех трех групп: гипотоников, нормотоников и гипертоников (так называемые эссенциальные);

вариирует только степень снижения; так, например, гипотоники дали снижение до 12 м/м ртутного столба, нормотоники—10—12 м/м, гипертоники—20—30 м/м, а иногда и ниже.

Таковы результаты наблюдений в „остром“, так сказать, опыте. За „курс лечения“ С. м. в. влияет на к. д. в сторону его нормализации. Так, например, из 15 наших больных гипертоников—13 человек после месячного лечения уехали с понижением к. д. по сравнению с исходной цифрой. Из 39 больных—гипотоников повышение к. д. последовало у 21 человека.

*Изменение пульса под влиянием Сергиевской минеральной ванны.* Одновременно с изучением влияния С. м. в. на к. д. мы имели целью выяснить влияние С. м. в. на ритм сердечной деятельности по пульсу.

Из литературных данных нам известно, что под влиянием сероводородных ванн ритм сердечной деятельности замедляется. Сорокин обнаружил методом электрокардиографии замедление сердечного ритма у больных на Мацесте. Ему же удалось зарегистрировать при помощи сфигмографии урежение пульса при изучении влияния Талгинских сульфидных вод.

Нами были поставлены наблюдения за пульсом в двух вариантах: 1) влияние С. м. в. на ритм пульса при относительно спокойном состоянии и 2) влияние С. м. в. на ритм пульса в связи с нагрузкой по способу Брейтмана.

На следующий день после исследования у больного в спокойном состоянии пульса, к. д., дыхания, при тех же примерно условиях производилась пульсовая проба по способу Брейтмана. Техника следующая: в вертикальном положении испытуемого подсчитывался пульс каждые 10 сек. (по секундомеру). После того как пульс приходил в стабильное состояние (трехкратный подсчет показывал одну и ту же цифру), испытуемый проделывал 15 приседаний в течение 30 секунд, после чего немедленно подсчитывался пульс каждые 10 секунд до его выравнивания. Пульсовая проба производилась до и после приема ванны 34° в начале, середине и в конце лечения. Контрольно ставились опыты с пресной водой.

Характерным для действия С. м. в. на с.-с. систему человека является замедление ритма сердечной деятельности и уменьшение частоты пульса.

В ванне из С. м. в. у больных было отмечено урежение пульса, причем в более холодной воде урежение наблюдалось чаще. Урежение обычно было небольшое и достигало максимум 10 ударов в минуту. Одновременно с замедлением сердечного ритма, выразившегося в урежении пульса, нами было отмечено, что пульс по качеству своему улучшался, становился полнее. Пресные ванны часто урежения пульса не давали; пульс оставался без изменения и нередко даже учащался.

Наблюдая за ритмом пульса после процедуры, мы констатировали, что такое замедление пульса, раз возникнув, держится довольно продолжительное время и является одним из наиболее стойких проявлений последствий С. м. в. Так, на 45-й минуте после сероводородной ванны урежение пульса по отношению к исходным цифрам до ванны было отмечено у больных с артериосклерозом в 80% случаев. В конце лечения пульс у большинства больных подходил к средним нормальным величинам. Например: в числе наших 80 больных прибыло на курорт с учащенным пульсом 17 чел., к концу лечения у 15 из них пульс стал реже; наоборот, с замедленным пульсом было 42 больных; он участился у 40 человек. Как правило, качество пульса улучшалось.

Перейдем к другой нашей пульсовой пробе по способу Брейтмана. В данном случае мы пытались выяснить, как влияет С. м. в. на ритм сердечной деятельности в связи с нагрузкой.

Прежде всего обращает на себя внимание, что после С. м. в. учащение пульса после приседания несколько ниже, чем до ванны, в особенности в начале лечений, примерно на 6 ударов в 1 минуту.

Следующий интересный факт состоит в том, что сердце спрятывалось с нагрузкой после С. м. в. сравнительно легче, чем до ванны. Это сказалось на самочувствии больного: после С. м. в. больной делал приседания легче и без одышки, которая наблюдалась у многих из наших больных.

Наконец, часто в конце, а иногда и в середине лечения, выравнивание скорости пульсовой волны наступало быстрей, чем в начале лечения. Пресные ванны выявили следующее отличие: если испытуемый был в стадии недостаточности кровообращения, то и пресная ванна нередко вызывала сокращение времени выравнивания пульса, правда, на меньшее число секунд. У относительно компенсированных больных, когда выравнивание наступало до ванны в пределах 90 секунд, после пресной ванны в отличие от сероводородной время выравнивания не укорачивалось, а часто даже удлинялось.

Важно, что в тех случаях, когда С. м. в. вызывала замедление пульса, было отмечено и укорочение времени выравнивания пульса при пульсовой пробе с нагрузкой. Так, у больных артериосклеротиков такое совпадение выявилось в 83% случаев.

*Изменение частоты дыхания под влиянием Сергиевских минеральных ванн.* Изменение дыхания под действием сероводородной ванны, урежение и большая глубина его отмечены уже давно (Лозинский, Соколов, Лаборда, Циндлер, Роденекер, Хеппард, Павленко и др.). Работ относительно С. м. в. в связи с этим вопросом нам неизвестно. По нашим наблюдениям ванны из С. м. в. также вызвали тенденцию к урежению дыхания.

Урежение дыхания наступает на 1-й минуте после погружения в воду. В воде дыхание продолжает урежаться, и к концу процедуры (10 м.) больной часто выходил из ванны в состоянии некоторого урежения дыхания. Урежение дыхания при нормальной частоте его было небольшое: 3—4 экскурсии в минуту; при учащенном дыхании—несколько больше (5—6 экскурсий в минуту).

Часто с урежением дыхания последнее становилось более глубоким. От пресных ванн той же температуры и продолжительности и у тех же лиц урежение наступало лишь в некоторых случаях, часто же дыхание учащалось. Наступившее в ванне урежение дыхания обычно держалось некоторое время; к 45-й минуте оно оставалось уреженным в 57% случаев.

Таким образом, С. м. в. вызывала урежение дыхания. Мы считаем последний факт небезразличным явлением: урежение дыхания в известной части может также способствовать улучшению кровообращения, в особенности, если дыхание при этом становится более глубоким. На это указывают работы Венкебаха, Кевдина, Сигала и др.

*Влияние С. м. в. на проницаемость капиллярных кожных сосудов.* Кроме исследования влияния С. м. в. на реакцию покраснения, кровяное давление, пульс и дыхание нами были поставлены наблюдения за состоянием проницаемости капиллярных сосудов на участках кожи, над которыми при помощи аппарата Нестерова произведено разрежение воздуха. Данная проба заключается в искусственном получении кожных петехий. Однократное применение вани убедило нас, что С. м. в. в отличие от пресной воды вызывает побледнение фона (71%) и уменьшение количества петехий (69% случаев). Каждая последующая ванна вызывала подобные сдвиги, к концу лечения больные уезжали с курорта с уменьшенной проницаемостью капилляров кожных сосудов.

Примерно к таким же выводам приходит и Сорокин, применивший этот метод к аналогичным больным на сульфидном курорте Талги.

*Влияние на гидрофильтность ткани Сергиевской минеральной ванны.* Нами проверено влияние С. м. в. на гидрофильтность ткани путем введения в кожу физиологического раствора поваренной соли по способу Ольдрича.

В „остром опыте“ нам не удалось выявить какую-нибудь закономерность в сдвигах, но к концу лечения влияние С. м. в.казалось достаточно четко. Из 80 больных отрицательная проба, т. е. рассасывание физиологического раствора раньше 40 минут, была у 57 человек, из коих у 41 к концу лечения время рассасывания подошло к нормальному сроку, т. е. не меньше 40 минут.

Аналогичные исследования провел Сорокин на курорте Талги, он пришел к следующим выводам: „Результат наблюдения указывает на наступающую после талгинских ванн уменьшенную гидрофильтность ткани, а вместе с тем и на более нормальную функцию не только кровеносных, но и лимфатических сосудов“.

*Влияние Сергиевской минеральной воды на морфологический состав крови.* Нами был учтен морфологический состав крови до и после ванны ( $t^{\circ} 34^{\circ}$  продолжительностью в 10 мин.) у 24 чел. Анализы проводил проф. С. С. Речменский.

На основании нашего материала мы можем отметить, что под влиянием однократно примененной ванны увеличивается процент гемоглобина в крови (58% случаев), увеличивается количество лейкоцитов на 1000—3700 (75%), ускоряется реакция оседания эритроцитов на 6—13 м/м в 1 час (66%). Часто сдвиги указанных трех показателей наступали одновременно у одного и того же больного. В составе белой крови в 58% случаев отмечено появление или увеличение эозинофилов на 1—4%.

Подводя итоги клиническим наблюдениям при однократном применении ванны из Сергиевской минеральной воды, можно сделать следующие выводы: Сергиевская минеральная ванна вызывает у артериосклеротиков нерезкие гемодинамические сдвиги, что нашло свое отражение в снижении кровяного давления, замедлении сердечной деятельности при явлениях местной кожно-сосудистой реакции покраснения. Одновременно было выявлено у тех же больных-артериосклеротиков уменьшение проницаемости капилляров кожи и уменьшение гидрофильтности ткани в результате лечения. В морфологическом составе крови наступали сдвиги в сторону увеличения процента гемоглобина, количества лейкоцитов, эозинофилов и ускорения реакции оседания эритроцитов.

Поступила в ред. 25. II. 1938 г.

Г. Воронеж,  
Никитинская 28, кв 6.

---

Из пропедевтической терапевтической клиники Воронежского медицинского института (дир. проф. А. А. Герке).

### Эффективность лечения больных артериосклеротиков Сергиевскими минеральными ваннами.

Сообщение И. Наблюдения за курсом лечения.

**Г. М. Мальковский.**

Артериосклероз можно рассматривать как страдание, при котором недостаточна преимущественно сократительная способность артерий; отсюда возникает замедление в продвижении.

крови и понижение обмена веществ. Можно было поэтому заранее допустить, что сероводородные ванны должны оказать весьма благоприятные результаты, если весь курортный комплекс влияний будет этому способствовать.

Мы провели наблюдения над больными, проводившими на Сергиевских минеральных водах курс лечения ваннами.

*Методика наблюдений.* Больные принимали исключительно сероводородное лечение в виде полных ванн.

Каждый больной осматривался мною 6 раз в период лечения (30 дней). Собирался общий анамнез и сведения о социально-бытовых условиях больного; учитывался возраст, конституция, наследственность, перенесенные болезни, образ жизни больного, давность заболевания, течение болезни.

В субъективном статусе отмечались общее состояние (самочувствие, сон, температура) и жалобы на слабость, головные боли, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в области сердца и пр.

В объективном статусе выявлялись по возможности функциональные отклонения как центрального аппарата сердца, так и периферического — сосудов, с указанием на частоту, характер пульса, на величину кровяного давления; определялись функциональные пробы Генча, Мартинэ, Брейтмана, учитывались тонкость сердца, наличие и характер сердечных шумов, размер сердца на рентгене, застой во внутренних органах, наличие отеков (проба Ольдрича). На ряду с этим учитывалось состояние других систем, а также заносились в карту антропометрические данные, лабораторные исследования (морфологический состав крови, мочи) и проч.

На основании учета анамнеза, оценки субъективных жалоб и объективных данных устанавливался основной диагноз, характеристика степени недостаточности органов кровообращения и состояния больного (тяжесть случая по классификации Валединского, см. Тр. Гос. центр. ин-та курортологии, т. VI). Результаты лечения учитывались в их динамике: исходное положение до первой ванны (на 2-й день приезда), в середине лечения на 7—8-й ванне (в день отдыха от ванны) и в конце лечения (за день до отъезда — ближайшие результаты).

Дополнительно велись наблюдения над отдаленными результатами (до двух лет). В процессе лечения больного мы пользовались консультациями врачей-специалистов: невропатологов, венерологов и др., а в случае необходимости производились дополнительные лабораторные исследования кала, желудочного сока, крови.

Была применена методика сероводородного лечения, установленная на курорте и проверенная в течение многих лет, давшая по отзывам местных врачей вполне удовлетворительные резуль-

таты. В основном порядок лечения сводился к следующему: в первый день приезда на курорт больной помещался в санаторий, получал гигиенический душ, укладывался в постель. На второй день был врачебный осмотр, производство функциональных проб, взятие крови и мочи на исследование и рентгеноскопия сердца и на третий день—первая серная ванна. В течение первых 10 дней пребывания на курорте серные ванны назначались через день, а затем в зависимости от состояния больного назначался отдых через 2, 3, 4 ванны. Общее количество ванн—от 15 до 20. Температура ванн с 36° постепенно снижалась до 32°. Продолжительность ванны с 8 минут постепенно повышалась до 12.

Больные получали ванны в специально отведенных кабинах. Ванны отпускались квалифицированной ванщицей в моем присутствии. Температура ванн измерялась термометром, проверяемым на метеорологической станции курорта. Ванны отпускались с 7 до 11 ч. 30 м. дня ежедневно, причем за каждым больным был строго фиксирован номер ванны и время приема (постоянное для всего курса лечения), а также кушетка для отдыха. Каждый больной отыхал до ванны 15 мин. и после ванны от 20 до 30 мин. (отдых больной проводил, раздевшись в кративи в смежной уютно оборудованной комнате).

*Характеристика материала.* Мы оперируем материалом в 180 историй болезни; 80 пациентов прокурировано лично мною и 100 человек врачами Каспаровым и Автономовой, применявшими одинаково с нами методику лечения и оценку результатов. Разберем наш материал, а затем сопоставим с данными вышеуказанных авторов.

Наш материал делится: I. По полу: мужчин 69 (86,3%), женщин 11 (13,7%). II. По возрасту: от 40 до 50 лет—16 ч. (20%), от 50 до 60 лет—42 ч. (52,5%), от 60 до 70 лет—22 ч. (27,5%). III. По профессии: рабочих 42 (52,5%), служащих 36 (45,0%), колхозников—2 (2,5%); IV. По давности заболевания: до 5 л. 41 (51,2%), от 5 до 10 лет—19 (23,8%), от 10 лет и дольше—20 (25,0%). V. По степени недостаточности<sup>1)</sup> сердечно-сосудистой системы: легкая—36 (45%), средняя—в 33 (41,2%), относительно тяжел.—в 11 (13,8%). VI. Сопутствующие заболевания: хрони-

<sup>1)</sup> Если расценить наших больных по классификации болезней сердечно-сосудистой системы, принятой XII Всесоюзным Съездом терапевтов, то их можно отнести к разделу больных с артериосклерозом с нарушением кровоснабжения соответствующих органов и понижением вследствие этого их функциональной способности (см. монографию проф. Г. Ф. Ланг, „Вопросы кардиологии“ ОГИЗ, 1936).

ческие суставные<sup>1)</sup>—у 58 (72,5%), функциональные заболевания нервной системы у 43 (53,8%). VII. По этиологии: установить точно этиологический момент весьма трудно. Удалось выяснить, что перенесших истинный ревматизм было 10 человек (12,5%), курящих 43 чел. (53,8%), пьющих алкоголь 28 ч. (35,0%).

*Клиническая характеристика.* Больные артериосклеротики были преимущественно мужчины в возрасте от 40 лет и старше, с явлениями склероза периферических артерий, реже аорты. Конечности часто холодные, у некоторых с цианозом. Многие жаловались на боли в спине, пояснице и конечностях (чаще нижних), особенно в начале всякого движения, например, при вставании. Пульс чаще уреженный, иногда слабого наполнения. Это были физически утомленные больные, с головными болями, шумом в ушах, одышкой, сердцебиением, глухими тонами сердца, часто с акцентом второго тона на аорте. Кровяное давление у 15 человек было повышенено (от 160 мм и выше), а у большинства (39 ч.)—понижено.

По тяжести заболевания больных можно отнести к легкой и средней степени, что видно из следующей таблицы.

Артериосклерозы по тяжести заболевания.

Серд.-сосуд. система	Поражения органов дви- жения						Пораж. нервн. сист.				Функц. расстр.
	Число бывш.	Легкие	Средние	Относит. тяжелые	Итого больных	Без пораж. орган. дви- жен.	Легкие	Средние	Относит. тяжел.	Итого больных	
Степень не- достаточ- ности крово- обращения.											
Легкая . .	36	12	10	—	22	14	11	6	1	17	19
Средняя . .	33	12	15	2	29	4	8	10	1	19	14
Относиг. тяжелая . .	11	6	1	—	7	4	2	2	3	7	4
Всего: . . .	80	30	26	2	58	22	21	18	4	43	37

Это именно та группа больных, которой, по нашему мнению, особенно показана „щадящая“ бальнеотерапия. Курорт СМВ с его небольшим количеством сероводорода, сухим теплым кли-

<sup>1)</sup> Хронические суставные заболевания у наших больных можно отнести по классификации суставных заболеваний, принятой XI съездом терапевтов (см. „Вопросы ревматизма“, в. III—IV, за 1932 г.), к группе: „Хронические полиартриты неопределенной этиологии, доброкачественного течения без особых изменений костей и без резких изменений функций сустава (сюда же относятся полиартралгии)“.

матом, степным воздухом—оказался показанным курортом для них.

**Результаты лечения:** Из 80 больных—75 чел. уехало с курорта с улучшением. Больные отдохнули, окрепли, прибавились в весе. Среди наших пациентов было 43 чел. с недостаточным весом, у 38 чел. он повысился в среднем на 2,9 кг. Общая слабость, головные боли, часто шумы в ушах исчезли или уменьшились в 81—88%. Одышка, сердцебиение (свойственные почти всем нашим больным) к концу лечения прекратились или в значительной степени стали меньше беспокоить больных (93%). Пастозность и отеки на голенях были констатированы у 17 человек, уменьшение или исчезновение последовало у 13 больных. Уменьшение размеров печени и ослабление болей наступило у 9 человек из 24. Боли в суставах часто с тугоподвижностью и хрустом были у 58 человек, улучшение последовало в 94,7%. С уреженным пульсом было 42 больных, к концу лечения у 40 (95,2%) из них пульс приблизился к нормальным цифрам, пульс слабого наполнения часто улучшался. Некоторые больные отмечали зябкость в конечностях, которая исчезала к концу лечения.

У 15 человек была гипертония (не почечного происхождения); к концу лечения у 13 из них кровяное давление понизилось на 30—40 мм рт. ст. Если рассматривать падение максимального к. д. как критерий улучшения, то успех в данном случае был хорош.

По нашему заданию лабораторией курорта (врач Чиж) сделано 80 анализов мочи у 40 больных (до и после лечения). Особых патологических отклонений не выявлено. Диурез обычно увеличивался.

Одновременно лабораторией курорта (врач Овчаренко) было сделано 46 общих анализов крови у 23 больных (до и после лечения). Небольшое количество анализов не дает нам права делать окончательные выводы, мы можем только отметить тенденцию к улучшению (нормализации) морфологического состава крови. Это относится к количеству лейкоцитов, к формуле крови, к реакции оседания эритроцитов и проценту гемоглобина.

Сделано 80 телерентгенозарисовок сердца у 40 больных в начале и конце лечения (рентгенолог врач Федотов). Размеры сердца, как правило, не изменялись.

Если к этому прибавить, что наступило одновременно улучшение и со стороны функциональных проб (Генча—66%, Мартинэ—83%, Ольдрича—87%), то, нам кажется, будет достаточно оснований утверждать, что больные артериосклерозом уехали из нашего курорта с безусловным улучшением.

Результат лечения артериосклеротиков дифференцируется в зависимости от тяжести случаев следующим образом:

Тяжесть заболевания	Число больн.	Значит. улучш.	Улучше- ние	Без перем.	Ухудше- ние
Легкая степень . . . . .	36	13	23	—	—
Средняя . . . . .	33	13	18	2	—
Относит. тяжел. . . . .	11	3	5	2	1
Всего:	80	29	46	4	1

Улучшение отмечено в 93,7% случаев, из них значительное улучшение в 36,2%.

Как было выше указано, нами собрано и разработано 100 историй болезни артериосклеротиков, наблюдавшихся другими врачами. Сопоставим их данные с нашими данными.

Результаты лечения больных с артериосклерозом.

Степень недостаточ.	Данные Каспарова, Автономова в процентах					Данные Мальковского в процентах				
	Число	Больш. улучш.	Улучш. лечение	Без перем.	Ухудш. лечение	Число	Больш. улучш.	Улучш. лечение	Без перем.	Ухудш. лечение
Легкая . . . . .	57	38,6	54,4	5	2	36	36,1	63,9	—	—
Средняя . . . . .	39	48,0	48	2	1	33	39,4	51,16	6,0	—
Отн. тяжелая . . .	4	—	25	50	25	11	27,3	45,4	18,2	9,1
	100	41,0	51,0	6,0	2,0	80	36,2	57,5	5,0	1,3
		<u>92,0%</u>					<u>93,7%</u>			

Как видно из прилагаемой таблицы, результаты лечения, полученные нами, совпадают с данными других авторов. Таким образом на основании изучения 130 больных мы подтверждаем предположение, высказанное еще в 1925 г. проф. Николаевым (Саратов), а затем Кавецким (Куйбышев), Валединским (Москва) и автором этих строк о том, что Сергиевская минеральная вода может быть с успехом использована для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности, артериосклеротиков.

Перейдем к отдаленным результатам. Мы располагаем данными о 18 больных. Несмотря на небольшое количество случаев, сведения о них все же дают нам некоторое представление об отдаленных результатах лечения. Через 6 месяцев полученное на СМВ улучшение сохранили 17 человек из 18. Через 12 мес. мы имели сведения о 12 больных, у 9 из них отмечено улучшение после курорта. Через 2 года получены сведения о 10 пациентах, из которых 9 чувствуют себя удовлетворительно.

Было бы ошибочным утверждать, что больные получили улучшение только благодаря сероводородным ваннам. Оказал влияние весь комплекс курортных факторов: правильный режим, благоприятный климат курорта и вместе с ними и сероводородные ванны.

Несколько слов о климате курорта. Микроклимат СМВ отличается своей специфичностью (район заволжских степей), а именно: хорошим воздухом, хорошей инсоляцией, ветрами, дующими в одном направлении при сравнительно небольшом и стойком барометрическом давлении, умеренной температурой воздуха (по данным Белкина, Пришицева). Климат СМВ можно отнести к группе „щадящих“ по своему физиологическому действию, что является весьма важным при лечении артериосклеротиков.

Нам хотелось бы коснуться еще одного вопроса: реакции обострения. Наблюдая за ходом болезни в периоде лечения сероводородными ваннами, врачи часто констатируют в начале лечения ухудшение общего состояния здоровья, или, как это принято называть, „реакцию обострения“. На Мацесте, по данным Кроля, Словцовой и др. авторов, обострение часто проявляется при заболеваниях сердца в виде усиления тупых болей в сердце, одышки, сердцебиения, в виде общего недомогания, усталости, болей в суставах, тяжести в руках и ногах, а иногда возбуждения и бессонницы. В некоторых случаях подобное обострение повторяется несколько раз. Нередко обострение сопровождается небольшим подъемом температуры, зудом, крапивной лихорадкой. Словцова описала ряд случаев резкого обострения, граничивших с анафилактическим шоком.

Сергиевская минеральная ванна не вызывает такой бурной реакции. Обычно реакция обострения выражается (из 80 бывших р. о. отмечена была у 18) в слегка усиливающейся или вновь появляющейся ноющей, зудящей не сильной боли в суставах, без повышения температуры.

Как правило, Сергиевские минеральные ванны в условиях нашего курорта, начиная с первой и до последней ванн, создают бодрое, хорошее настроение. Мы не имели ни одного случая прекращения лечения, хотя бы временного, из-за обострения. Мы не склонны рассматривать р. о. при лечении сероводородной водой, как признак благоприятного влияния бальнеотерапии. Наоборот, мы считаем, что р. о. является нежелательным моментом в лечении.

Наши наблюдения позволяют нам высказать предположение, что Сергиевская минеральная ванна является фактором, нежно стимулирующим работу с.-с. системы в тех случаях, когда условия отпуска ванн и послепроцедурный режим отвечали своему назначению.

*Выводы.* 1. Большинство больных с артериосклерозом при легкой и средней степени недостаточности кровообращения приобретает хорошие и относительно стойкие улучшения с точки зрения ближайших и отдаленных результатов, которые выражаются в следующем: а) улучшается общее самочувствие; б) больной прибавляется в весе, в) исчезают или уменьшаются явления одышки, сердцебиения, боли в области сердца; г) уменьшаются, а в некоторых случаях исчезают отеки на голенях, застойные явления в печени; д) улучшаются функциональные пробы: Генча, Мартинэ, Ольдрича; е) прекращаются или уменьшаются боли в суставах и улучшается подвижность в них; ж) улучшается функциональное состояние нервной системы, появляется сон, прекращаются головные боли и проч.

2. Улучшение объективных и субъективных симптомов со стороны систем сердечно-сосудистой, органов движения и нервной идет часто параллельно у одного и того же больного.

3. Переносимость лечебных ванн хорошая. Лечение Сергиевскими минеральными ваннами в большинстве случаев не вызывает обострения, и каждая принятая ванна создает приятное состояние, бодрое настроение с постепенным нарастанием общего улучшения здоровья.

4. Ввиду большого дебита минеральной воды, выгодного территориального расположения курорта, ровного, сухого климата в летнее время, хороших результатов лечения больных артериосклеротиков—курорт СМВ с его бальнеологическим фактором—сероводородной водой—заслуживает дальнейшего углубленного изучения с целью расширения показаний для лечения сердечно-сосудистых больных.

Поступила в ред. 25.II. 1938 г.

---

Из клиники нервных болезней (и. о. завед. А. П. Сперанский, научный консультант проф. В. М. Верзилов) Государственного клинического института имени И. В. Сталина на курорте Сочи-Мацеста (директор проф. А. И. Нестеров).

## **Материалы к вопросу об отдаленных результатах лечения люмбошиалигий на Сочи-Мацестинском курорте.**

**А. П. Сперанский.**

Учет отдаленных результатов курортного лечения представляет большой интерес при выяснении действительной его эффективности. Имеющийся материал по данному вопросу пока еще крайне немногочислен и далеко не систематизирован.

Некоторые данные об отдаленных результатах лечения в Сочи заболеваний периферической нервной системы представлены в

работах Артемьева, Тарасевича, Перцева, Шишкиной, Маргулиса. Представляя большой интерес, эти работы не лишены весьма существенных недостатков. Они проведены на очень небольшом материале и — что самое важное — отдаленные результаты в этих работах оторваны от непосредственных результатов, особенностей течения этих же случаев на Мацесте.

Впервые изучение отдаленных результатов терапии радикулитов в тесной увязке с учетом реакции б-ных на бальнеолечение было проведено нами в отношении группы люмбошиалгий ревматической этиологии. На основании изучения 72 чел. (железнодорожников), б-ных люмбошиалгиями, мы пришли к ряду интересных выводов. Нами было определено показано, что на Мацесте хорошо лечатся как радикулиты, так и радикулоневриты. Полученный в санатории лечебный эффект через год сохранили 46 человек; 42 человека совершенно не посещали амбулатории по поводу люмбошиалгии в течение 1½ лет после курорта.

Следует отметить резкое уменьшение интенсивности процесса в течение года у леченых на курорте.

Важность вопроса и недостаточность фактических данных побудили нас продолжить работу по изучению отдаленных результатов лечения „ишиаса“ на Сочи-Мацестинском курорте.

В продолжение 1932—1935 г. нами изучены 100 человек, страдающих люмбошиалгиями, леченых мацестинскими ваннами (конц.  $H_2S$  130—140, температура ванн 36—34°C, продолжительность с 6 мин. до 10—12 мин, общее количество ванн 14—16; небольшая часть (16%) лечилась комбинированно: мацестинскими ваннами и физитерапией; наблюдение за состоянием больных проводилось как на курорте, так и после него в течение 1—3 лет.

Нашему изучению в отношении отдаленных результатов подлежали люмбошиалгии разной этиологии — инфекционной (64%), простудной (10%), травматической (14%); обменной (7%); неясной (5%). По тяжести заболевания — 7 случаев легких, 76 — средней тяжести, 17 очень тяжелых. Давность заболевания в пределах от 6 мес. до 20 и выше лет.

Изменения позвоночника: у 23 чел. *sakralisatio*, у 14 чел. *spina bifida*; у 2 челов. *spina bif.* и *sacralisatio*; деформир. спондилиты — 14; проч. изменения 8; у остальных рентгенографических изменений не обнаружено.

При учете отдаленных результатов лечения заболеваний периферической нервной системы необходимо считаться с тем, что на курорте мы имеем дело по существу с хроническими формами этих заболеваний, часто до курорта уже подвергавшихся различному, иногда довольно длительному, не всегда успешному лечению. Необходимо обратить внимание на то, что многие

формы люмбоишиалгий и пояснично-крестцовых радикулитов дают частые рецидивы. Заболевание характеризуется отдельными вспышками патологического симптомокомплекса, наступающими под влиянием определенных, а иногда неизвестных факторов; эти вспышки продолжаются различный период времени — от нескольких дней до нескольких недель. Рецидивы и обострение патологического процесса часто могут проходить под влиянием разнообразного лечения, а некоторая часть подобных вспышек патологического процесса, например при травматических люмбоишиасах, может ликвидироваться в условиях отдыха. В периоды, свободные от рецидивов заболевания, больные данной группы часто практически совершенно здоровы, а клинически лишь у известной части можно найти те или иные симптомы болезни, нередко затушеванные и смазанные.

На основании собранных нами материалов по отдаленным результатам Сочи-Мацестинской курортной терапии люмбоишиалгий, можно дифференцировать по эффективности лечения различные группы больных. В 9 случаях в результате курортной терапии получен значительный эффект, который не удавалось получить до курорта лечением по месту жительства, в том числе физиотерапевтическими методами.

Случай 1-й. Больной Б-ев, 29 лет, железнодорожный смазчик, астеник, не пьет, не курит. В 1931 г. в январе перенес ангину с высокой температурой. Несколько раньше и позднее нерезкие ощущения ноющей боли в левой ноге. В мае 1931 г. при поездке в поезде просыпался — заболела поясница и левая нога. С 18/V по 8/VI больничное лечение по поводу ишиаса: теплые ванны, растирание, компрессы. С конца июня до конца октября в железнодорожной физиолечебнице (стационаре) в Москве — проводится гальванизация, тепловое лечение, местное грязелечение (грязевые лепешки), инъекции по Ланге. Эффекта от всего этого лечения почти никакого, ходить самостоятельно не может. В ноябре лечение в Сочи-Мацесте мацестинскими ваннами. При поступлении на курорт больной передвигается с 2 костьюлями. Жалобы на сильные боли в крестце и левой ноге по ходу седалищного нерва.

Объективно: резко ограниченные движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, сколиоз влево. Точки Valleix слева. Симптомы Ласега, Вас-сермана, Нери, Сикара выше-средней степени; нерезко выраженный симптом Кернига справа и слева. Коленные и ахилловы рефлексы живые. Понижение чувствительности в левой голени по корешковому типу. Понижение мышечной силы в перонеальной группе слева, небольшая атрофия левой ноги. Рентгенография позвоночника — изменений не обнаружено. Систолический шум у верхушки сердца, акцент на arter. pulmonalis. Диагноз. Radiculoneuritis n.vi ischiadici. Insufficiencia v. mitralis, Tonsillitis chronicā — мацестинские ванны переносит хорошо. После 1-й ванны чувствует кратковременное усиление болей в левой ноге. После 3-й ванны боль начинает ослабевать. После 6-й ванны ходит с палкой, уже без костьлей. После 9-й ванны больной заявляет, что стало много лучше, появилась бодрость, ходит свободно. Роз в середине лечения 19 мм, к концу — 11 мм. Со стороны сердечно-сосудистой системы улучшение функциональных проб (Генча, Крэмптона). Больной пробыл на курорте 28 дней, принял 16 мацестинских ванн  $1^{\circ} 35-34^{\circ}\text{C}$ , продолжительность 6, 12 мин. Выписался с значительным объективным улучшением. При выписке — слабые боли в пояснице, движения почти свободные, сколиоз исчез. Ходит свободно. То-

нических рефлексов нет. Симптомы Нери, Сикара исчезли, Ласег и Вассермана выражены умеренно. По приезде домой, в декабре освобождение по больничному листу на 10 дней, после чего работает  $1\frac{1}{2}$  мес. проводником пассажирских поездов, а потом в течение ряда лет кондуктором товарного поезда. Несмотря на неблагоприятные метеорологические условия работы (работа на открытом воздухе и летом, и зимой в Западной области) в течение  $2\frac{1}{2}$  лет наблюдения никаких обострений не отмечается. Больничных листов с диагнозом радикулита нет. При объективном клиническом исследовании через 2 года—не большой симптом Вассермана.

В первой группе случаев после лечения мацестинскими ваннами наступает практическое выздоровление по существу тяжелых форм заболевания, упорных, хронических, которые до курорта лишь в небольшой степени поддаются разнообразным терапевтическим средствам.

После курорта эти больные уезжали с значительным улучшением как общего состояния, так и в отношении люмбошиалгического синдрома. Утраты трудоспособности в связи с основным заболеванием на протяжении нескольких лет не отмечается.

В 22 случаях изучавшихся нами заболеваний в результате курортного лечения боли значительно уменьшились, в дальнейшем обострений в продолжение года не наблюдалось, однако небольшие боли и умеренно выраженные болевые симптомы все же оставались.

Случай 2-й. Больной П-о, 39 лет, литейщик. Диагноз Lumboischialgia bilateralis. На рентгенограмме позвоночника—сакрализация, L<sub>5</sub>. Случай тяжелый. Заболевание началось остро с субфебрильной температурой. Давность заболевания к моменту лечения на курорте 4 года. На Мацесте получает 16 мацестинских ванн, после чего наступает значительное улучшение. Боли остались незначительные, в дальнейшем чувствуются лишь изредка и на работоспособности в общем совершенно не отражаются. У части больных этой группы после курорта были лишь умеренные болевые реакции на изменения погоды (перед дождем, перед непогодой и т. д.).

У 62 больных, где течение заболевания можно было характеризовать до курорта как хроническое, с более или менее частыми или редкими вспышками болевого синдрома, оно по существу осталось таким и после курорта. Однако рецидивы отмечаются значительно реже, меньшей интенсивности и более кратковременные. Число дней нетрудоспособности вследствие рецидивов и обострений после курортного лечения сократилось в этой группе больше, чем в 3 раза.

5 человек из этой группы через 1—2 месяца после курорта находились в том же состоянии, как и до курорта.

И, наконец, у 2 больных мы могли отметить в послекурортный период ухудшение основного заболевания.

Случай 3-й. Больная 26 лет, врач. Диагноз Radiculitis lumbosacralis праесире dexira obesitas. Endocrinopathy. Hysteria. Наследственность: мать полная, подагричка; отец умер от туберкулеза; в семье туберкулез легочный и костный. Больная перенесла много инфекций, частые ангины. Жалобы при по-

ступлении: боли в пояснице и в правой ноге, одышка, сердцебиение, потливость, раздражительность, быстрая смена настроения, слезы. Боли в ноге, которые появились после стрептококковой ангины. Давность заболевания 3 года. Течение хроническое с довольно частыми обострениями (с потерей трудоспособности).

На курорте в клинике почти 2 м-ца. 12 мацестинских ванн, 22 пресных+20 сеансов Солякса. При лечении чрезвычайная вариабильность клинической картины. Больная ярко реагирует на колебания метеорологических факторов (прохождение т. н. фронтальных разделов). РОЭ при поступлении 22 мм в 1 час. НЬ—52%, эритроциты—4140000, Fi—0,7. Л—6200. Лейкоцитарная формула в пределах нормы. При выписке РОЭ 15 мм, НЬ 79%, Fi 0,8. Эр. 4390000. Похудела на 1 кг. Общее состояние заметно улучшилось, небольшое улучшение симптомов радикулита. По приезде домой (ноябрь) 2 м-ца лежит с резким обострением, появился фурункулез (Praediabetes). После 16 инъекций инсулина хорошее самочувствие, почти исчезли боли в пояснице и ногах. Месяц работает, потом резкое обострение, продолжающееся 2½ мес. Несколько помогает рентгенотерапия; вскоре снова наступает на несколько месяцев обострение, делающее больную полным инвалидом. В общем до курорта больная была на больничном листке 3-4 месяца, после курорта в течение года—8 месяцев.

Подводя общие итоги лечения данной группы больных, мы можем отметить следующие показатели эффективности. Непосредственные результаты: в 77% случаев выраженное объективное улучшение, в том числе в 24% сл. полное исчезновение симптомов; в 17% сл. небольшое улучшение, в 3% сл.—без перемен, в 3% случаев отмечено обострение. Полученный на курорте эффект к 6 месяцам полностью сохраняется у 75%, причем в том числе у 17% он значительно выше, чем при выписке с курорта; у 20% эффект сохраняется частично и только в 5% он теряется. Через 1 год после курорта эффект сохраняется у 48%, причем у 18% он нарастает по сравнению с непосредственными результатами, у 32% эффект сохраняется частично; у 20% через год эффект теряется. Таким образом мы видим, что у большинства (80% леченных на курорте) эффект от лечения полностью или частично сохраняется к началу 2-го года.

Заболевания периферической нервной системы, как в процессе курортного лечения, так и после него нередко сопровождаются обострением. Это обострение в процессе бальнеотерапии многими трактуется, как бальнеологическая реакция. Не входя здесь в существование споров о так наз. бальнеологической реакции, не отрицая большой роли бальнеологического фактора в происхождении наблюдавшихся при мацестотерапии обострений, мы не можем вполне согласиться с высказываниями многих авторов, считающих этого вопроса и в частности не можем пройти мимо играющих большую роль в возникновении обострений ряда других факторов, напр. метеорологических и т. д. Непосредственной связи между обострением во время курортного лечения и отдаленными результатами его установить не удается. Улучшение и выздоровление могут наблюдаться как в случаях сильной

реакции, так и без нее. Об этом же говорят наблюдения проф. Черникова и Фролова в отношении суставных больных.

Особо следует отметить обострение, наблюдалось у части больных (19%) непосредственно по возвращении их с курорта. Это обострение иногда продолжается от нескольких недель до 1—1½ месяцев. У некоторых больных эти обострения начались еще на курорте в виде т. наз. позднего, длительного обострения.

Длительные обострения после курорта чаще встречаются у больных, у которых к моменту выписки констатируется повышение РОЭ, в лейкоцитарной формуле отмечается умеренный моноцитоз, эозинофилия, при явлениях неустойчивости вегетативной нервной системы. Эти послекурортные обострения мы наблюдаем чаще всего в осенне время (сентябрь—ноябрь), когда слишком различны климатические условия севера и юга. Как уже указывалось, непосредственные результаты лечения тем лучше, чем раньше приступлено к лечению. Эта закономерность еще отчетливее выражается при анализе данных отдаленных результатов лечения. В группе сравнительно свежих заболеваний с давностью до года отдаленный эффект всегда значительно. В группе с большой давностью заболеваний непосредственный результат нередко весьма значителен, однако он сравнительно быстро теряется.

Резюмируя все вышеизложенное по вопросу об отдаленных результатах мацестинской терапии люмбошиалгий, мы можем отметить:

1. Бальнеологическое лечение на Сочи-Мацестинском курорте оказывает весьма активное воздействие даже при застарелых, упорных и не поддающихся многим другим методам терапии различных формах люмбошиалгий.

2. Эффект мацестинского лечения для разных конкретных случаев люмбошиалгий неоднороден. Часть случаев излечивается в результате мацестотерапии, в значительной части происходит лишь ослабление всего синдрома, уменьшение его выраженности; при ярко выраженных рецидивирующих формах частота рецидивов после курорта резко уменьшается (в 3—4 раза). При некоторых формах люмбошиалгий курорт не дает лечебного эффекта. В этой последней группе преобладают больные с глубокими нарушениями обмена веществ, эндокринопатическими расстройствами, сочетающимися с корешковыми, радикуло-невротическими синдромами.

3. При инфекционных радикулитах без резких нарушений позвоночника возможна большая эффективность лечения даже при тяжелых формах. Выраженные спондилоартриты с резкими болями не всегда успешно поддаются мацестотерапии.

4. Огромное значение для терапевтического успеха имеет мо-

мент давности заболевания: эффективность курортной терапии и отдаленные результаты значительно лучше в случаях небольшой давности заболевания, примерно до года,  $1\frac{1}{2}$  лет.

5. У ряда больных отмечено по возвращении с курорта обострение люмбошиалгического синдрома.

Поступила в ред. 21/X 1937.

Г. Сочи, Тургеневская ул., д. 2.

---

Из отделения нервных болезней (зав. отд. А. А. Хасанов) участковой больницы в г. Чистополе ТАССР.

## Наблюдения над действием сульфидных вод и грязей Чистопольского района.

А. А. Хасанов.

*Фиковская вода.* Фиксовской водой местное население с давних пор пользуется с успехом для лечения различных ревматических заболеваний. Слава о фиксовых источниках распространилась и во всех соседних районах. Число приезжающих сюда больных бывает довольно значительно. Местное население лечит больных водой в жестяных ваннах, подогревая воду в эмалированных чугунах. В теплое время года эта деревня превращается в примитивный „курорт“, где без медицинского наблюдения больные проходят курс лечения.

Три года тому назад я приступил к систематическому наблюдению над больными, приезжающими в Фиксов Колок, регистрируя течение болезни до и после лечения серной водой. Затем я организовал при Чистопольской больнице бальнеологический кабинет, куда вода регулярно доставлялась в плотно-закупориваемых бочках.

Ванны из фиксовой воды переносятся легко. Под действием серной воды наступает нерезко выраженная реакция покраснения кожи, которая через  $\frac{1}{2}$ —1 минуту после окончания ванны исчезает. Кроме излечения основного заболевания, наблюдается улучшение функций сердечно-сосудистой и нервной системы. Серная вода применялась в форме общих и местных ванн, с температурой от 28 до 30° R и продолжительностью от 10 до 20 минут. Курс лечения состоял из 10—25 ванн. Некоторая категория больных получала лечение серными ваннами в комбинации с диатермией или световыми ваннами. Такое лечение несколько ускоряло выздоровление. Подсобными методами лечения в незначительной части наших случаев являлись: массаж.

(при заболеваниях мышц и невралгиях) и внутреннее применение салицилатов, препаратов иода и серы и употребление внутрь фикновской серной воды.

Под моим наблюдением прошло 76 больных. Больные, находившиеся в стационаре, получали общий больничный стол. Больные же, лечившиеся на месте, чаще всего питались в столовой II отд. совхоза им. Галактионова. По заболеваемости эти больные распределяются следующим образом: ревматический артрит—50; ревматический артрит, комбинированный с миозитом—9, ревматический артрит, комбинированный с невралгией—11, фибромиозит ревматический—6<sup>1)</sup>.

По течению болезненного процесса: хронических рецидивирующих случ.—75%, подострых 25%. Возраст от 20 до 50 лет. Мужчин 48, женщин 28.

Субъективные жалобы больных: самостоятельные боли в суставах наблюдались во всех случаях; хруст в суставах в 56 случ.; боли в мышцах в 15 случаях; боли по ходу нервных стволов 11 случ.; боли в области сердца 27 случ.; одышка 7 случ. При исследовании организма оказалось: боли в области желудка 4 сл., запоры в 3 случаях. Понижение аппетита 8 случ. Сухие хрины при аусcultации легких 5 сл., эмфизема 2 сл., с миодегенеративными явлениями сердца 3 сл., с кардиоартериосклерозом (незначит. выр. явл.) 4 сл. С дистоническими явлениями со стороны вегетатив. системы и дискриниями 10 сл. Увеличение печени в 2 сл., увеличение селезенки 3 сл.

Выздоровление наблюдалось в 66% всех случаев. Улучшение болезненного процесса в 23,3%. В 1,7% болезнь оставалась без изменения. Наблюдалось также улучшение сопутствующих заболеваний, невралгические явления прекращались. Улучшалась функция сердечно-сосудистой системы—уменьшение, в некоторых случаях и прекращение одышки, некоторое понижение кровяного давления в случае его повышения в начале. Улучшались дистонические явления вегетативной системы.

Кроме того, нами анамнестически установлено еще значительное количество больных, успешно вылечившихся фикновской серной водой.

Фикновская вода, имея в своем составе небольшое количество сероводорода, не обладает плохим вкусом. Местные жители употребляют эту воду даже для питьевых целей. Приезжающие в Фикновку больные, кроме наружного применения этой воды, употребляют ее также и внутрь.

По Фолину содержание общего количества серы в суточном количестве мочи в норме определяется следующими цифрами:

1) Было также несколько больных с органич. заболев. нервной системы, которые сюда не вошли.

средн. кол. 1,32 г, миним. 1,25 г, максим. 1,49 г. При ревматических заболеваниях выделение общего количества серы, повидимому, уменьшается. У 5 исследованных нами в лаборатории общей химии КГМИ ревматиков получились следующие цифры: у больного И. с острым суставным ревматизмом в суточном количестве мочи обнаружено 0,8069 г общего серы, у К. с рецидивирующим хроническим суставным ревматизмом (+vit. cord.) 0,9338 г. В моче б-ного Л., страдающего острым суставным ревматизмом, суточное количество общей серы оказалось равным 0,5394 г; у О. (остр. суст. ревматизм) 0,5614 г; у б-ного Г. с рецидивирующим хроническим суставным ревматизмом получилось 0,6622 г общего серы. Во всех пяти случаях количество выделяемой за сутки серы меньше единицы, что, повидимому, говорит за некоторое обеднение организма серой. На этом основании, учитывая наличие в фиксовской воде сульфатов и интенсивность всасывания этих солей через кишечник, проделал следующий опыт. Группе больных давалась внутрь фиксовская вода (от 1 до 3 стаканов) при одновременном применении пресных ванн. Лечебный эффект оказался выше в сравнении с тем результатом, который получается от применения одних пресных ванн. Со стороны желудочно-кишечного тракта, кроме легкого послабляющего эффекта, никаких расстройств не установлено.

Приведу выдержки из некоторых историй болезни.

Случай 1. Л. Н. А., 50 лет, по профессии счетный работник, поступил в больницу 31/VIII 1935 г. с явлениями хронического ревматического полиартрита и распространенного фибромиозита. Ходить совершенно не может из-за резких болей в конечностях, в мышцах шеи и спины. Коленные и голеностопные суставы отечны. Со стороны сердца—субкомпенсированный миокардит, незначительный общий артериосклероз, кровяное давление 90/140. Под моим наблюдением он принял 20 общих серных ванн, через день, продолжительностью по 15 минут. Внутрь он получал обычные сердечные средства. После первых же 5—6 ванн началось улучшение. Отёчность и боли становились меньше, движения улучшились, постепенно приобрел возможность ходить, сначала на клюшках, затем и без них. После 20 серных ванн отёчность в суставах и боли в них, а также боли в конечностях прошли, ходит свободно, без посторонней помощи. Констатируется лишь незначительная болезненность при надавливании на мышцы шеи. Улучшилась деятельность сердца, несколько понизилось и кровяное давление. Данный случай интересен еще тем что этот больной за 7 месяцев до лечения серными ваннами находился в моем же отделении, где он лечился водяными и световыми ваннами и вливаниями салицилого натра. После 1½ месячного лечения наступило лишь незначительное и нестойкое улучшение.

Случай 2. Б-ая В. Ф. Н., 36 лет, домохозяйка. В течение 6 лет страдает хроническим ревматическим полиартритом, временами обостряющимся (несколько раз в год). Тупые боли в области сердца. При аусcultации сердца глуховатые тоны. Кровяное давление нормально. Исчерпав все методы лечения в 1933 году, она поехала в д. Фиксов Колос. Там она приняла 20 серных ванн, после чего наступило улучшение. В течение 2 лет никаких рецидивов не наблюдалось. В 1935 году больная сильно простудилась, что вызвало развитие люмбосакральной радикулгии и рецидив ревматического полиартрита. 1/VIII 1935 г. поступила в больницу, где прошла курс серных ванн (2). Боли и отёчность в су-

ставах и боли в области сердца прошли. Ходит normally, осталась лишь слабая боль в области сакральных корешков, которая исчезла после 5 сеансов диатермии. В течение полуторагодичного наблюдения рецидива болезни не установлено.

Случай 3. И. Т. А., 42 лет, рабочий. Впервые заболел острым суставным ревматизмом 12-ти лет. Через год наступило улучшение но в течение последующих лет боли в суставах то и дело повторялись. 2 года тому назад вновь наступило обострение болезни, по поводу чего он был направлен на курортное лечение в Мацесту. Наступило улучшение. В течение почти 2 лет чувствовал себя здоровым. В этом году, после „простуды“ — новое обострение ревматизма. При поступлении в больницу отмечалась припухлость в коленных суставах и сильная боль в них. Со стороны первой системы — функциональное расстройство в форме неврастении. 20 серных ванн, проведенных через день, способствовали не только прекращению артритического процесса, но и улучшению функционального состояния нервной системы. Дальнейшим наблюдением установлено повышение работоспособности.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы: фиксовская вода при ревматических заболеваниях оказывает хорошее лечебное действие. Необходимо более детально изучить клинические свойства фиксовской воды, организовав в деревне Фиков Колод бальнеологический кабинет.

*Чистопольская вода и грязи.* Чистопольская сероводородная вода вызывает выраженную реакцию покраснения кожи, которая держится около 2—2½ минут. При длительной работе у служащих бальнеологического кабинета возникают, под влиянием сероводорода этой воды, головная боль и раздражения конъюнктивы глаза. Проведенные клинические наблюдения на небольшом материале показывают хорошие лечебные свойства чистопольской серной воды.

Чистопольская грязь испытывалась не в больничной обстановке, а в обстановке домашних бань. Грязь применялась исключительно в форме нагретых аппликаций. Нагревание грязи происходило в ведрах, опускаемых в котлы с горячей водой. Больным рекомендовалось покрывать тело нагретой грязью с последующим укутыванием простынями и одеялами. По окончании грязевой процедуры тело смывалось теплыми обливаниями из ведра. Действие чистопольской грязи на организм я наблюдал у 30 амбулаторных больных, страдающих ревматическими заболеваниями. Большинство больных страдало хроническим рецидивирующими ревматическим артритом. Несмотря на то, что процедуры применялись не в больничной обстановке, все же чистопольская грязь оказала лечебное действие в 70%. Каких-либо нежелательных побочных явлений при грязелечении не наблюдалось. При применении чистопольской грязи наблюдалась очаговая реакция в форме незначительной красноты и боли в области суставов. Такие явления, как изменение самочувствия, нарушение правильности сна, жалобы на сердцебиение, чувство разбитости и утомления, указывающие на общую реакцию организма, наблюдались весьма редко. Это объясняется, повидимому, тем, что

аппликационный метод является менее энергичным методом. Ввиду отсутствия надлежащей больничной обстановки я не имел возможности проводить лабораторные исследования при лечении этих больных.

При ревматических заболеваниях чистопольская вода и грязь оказывают пользу. Необходимо дальнейшее изучение клинических свойств чистопольской воды и грязи в условиях стационара, организовав в системе Чистоп. б-цы водогрязелечебницу.

Поступила в ред.  
16/II 1937 г.

г. Чистополь,  
ул. Карла Маркса,  
д. № 17, кв. 2.

Из факультетской терапевтической клиники в Ростове н/Д (директор проф. Э. М. Кастанаян).

## К вопросу о выделении мочевой кислоты под влиянием минеральной воды Ачалуки № 2.

Я. С. Хентов, А. С. Бардахчьян.

Наша клиника занялась изучением действия минеральной воды источника Ачалуки, недавно открытого около г. Орджоникидзе.

По литературным данным производившиеся другими авторами исследования действия минеральных вод на выделение мочевой кислоты мочей приводили к самым различным результатам. Исследования Левочкиного, Стадомского, Соколова показали, что под влиянием минеральных вод Ессентуки № 17, 4, Боржома происходит увеличение выделения мочевой кислоты. Экспериментальные исследования в 1926 г. Зипалова и Лидской не показали увеличения выделения мочевой кислоты под влиянием минеральных вод. Работа Сухинина (1928 г.) дала определенно уменьшение выделения мочевой кислоты под влиянием Ессентуков № 17. Иностранный литература о действии минеральных вод на выделение мочевой кислоты также пестрит различными результатами. Шрейдер находил незначительное увеличение выделения мочевой кислоты под влиянием щелочной воды как Оффенбахского источника, так и источника Фахинген. Детермайер и Ёютер нашли под влиянием воды источника Обербрунен в Зальбурне у здоровых уменьшение выделения мочевой кислоты; Сеген, употребляя карлсбадскую воду, содержащую глауберову соль, нашел значительное уменьшение выделения мочевой кислоты, в то время как Странский, употребляя эту же воду, пришел к противоположному выводу. Исследования Людвига не выявили заметного действия карлсбадской воды на выделение мочевой кислоты. Лива находил уменьшение выделения мочевой кислоты под влиянием воды „Люциусквелле“ в Тараспе. Относительно кальциевых вод тоже имеются разногласия. Лемонако отметил уменьшение выделения мочевой кислоты под влиянием вод, содержащих двууглекислый кальций, Дегре, Ратри и Лякер, применяя воды, содержащие углекислый кальций, наблюдали различное их действие. У гипоурицемиков они не получали никакого эффекта как в выделении мочей, так и в содержании мочевой кислоты в крови, наоборот, у гиперурицемиков (хронич. ревматизм, ожирение, почечно-каменные больные)

получили эффект с первого дня: увеличение выделения мочевой кислоты в моче и уменьшение содержания ее в крови. Особенно хороший эффект эти авторы видели от воды, содержащей кальций (нужно отметить, что эти авторы применяли инъекции минеральной воды). Наблюдения Даппера над действием соляных вод показали незначительное повышение выделения мочевой кислоты от питья воды источника Ракочи в Киссингене.

Различное действие минеральной воды одного и того же состава можно объяснить различной методикой, применяемой теми или иными экспериментаторами, состоянием исследуемых (здоровые или больные), конституциональным их статусом и пр. Если разобраться внимательно в цифрах, полученных в старых работах Левочского, Стадомского, то у них в большинстве случаев в 1-й день применения минеральной воды отмечалось уменьшение выделения мочевой кислоты с увеличением в последующие дни. Методика этих авторов такова: 3 дня исследования мочевой кислоты без водной нагрузки, 3 дня с перегнанной водой и 3—4 дня с нагрузкой Ессентуками или Боржомом. Выводы делались на основании средне-арифметических данных.

В работе Сухинина давалась нагрузка водопроводной водой 1 день, 2 дня проходили без всякой нагрузки, 1 день — нагрузка минеральной водой и опять 2 дня без всякой нагрузки. Исследование мочевой кислоты производилось как из всего суточного количества мочи каждого испытуемого дня, так и одн часовых порций в дни нагрузки водопроводной и минеральной водой. У Сухинина в последующие дни за нагрузкой минеральной водой, давшей уменьшение выделения мочевой кислоты, наступало компенсаторное увеличение выделения ее. Получаются как будто одни и те же результаты у Левочского, Стадомского и Сухинина — уменьшение выделения мочевой кислоты в 1-й день нагрузки минеральной водой.

Перейдем к разбору наших исследований. Ачалуки № 2 представляет собой щелочную минеральную воду с преобладанием иона  $\text{Na}^+$ . Один литр воды содержит (в граммах): бикарбоната натрия 2,6631, сульф. натрия — 0,1978, хлористого натрия — 0,9878, хлористого кальция — 0,0388, сульфат. магния — 0,0326, нитрат. натрия — 0,0028, хлористого калия — 0,0011, хлористого лития — 0,0002, бромистого и иодистого калия — следы.

Больные находились в период испытания в одних и тех же условиях клинического режима, на одном и том же диетическом столе. За день до начала опыта больные собирали суточное количество мочи, затем назначался натощак один литр дестиллированной воды, на второй день — 1 литр дестиллированной газированной воды и, наконец, на третий день — 1 литр Ачалуки № 2, с целью выяснения действия воды,  $\text{CO}_2$  и минерального состава. Дестиллированная вода была газирована так же, как Ачалуки № 2. Последовательность отдельных видов водяной нагрузки менялась, т. е. вначале давали Ачалуки, затем дестиллированную газированную воду и т. д. Делалось это в целях исключения возможного утомления почки. Моча собиралась за первые шесть часов после нагрузки той или иной водой, затем до 8 час. вечера и от 8 час. вечера до 8 час. следующего утра. Во всех этих порциях исследовалась мочевая кислота.

Исследования производились над различными больными с нормальной функцией почек. Нас интересовал вопрос, как влияет минеральная вода Ачалуки № 2 на выделение мочевой кислоты

мочей у людей с здоровыми почками. Наши исследования действия Ачалуки № 2 у 14 больных выявили:

I. В сравнении с дистиллированной водой (с целью выявления действия минерализации + CO<sub>2</sub>): а) в суточных данных—уменьшение диуреза в 93% случаев (при равном диурезе в 7%), уменьшение выделения мочевой кислоты в 76,9% случа., увеличение в 15,4%, без изменений в 7,7%; б) в первые шесть часов—уменьшение диуреза в 100%; уменьшение выделения мочевой кислоты в 66,6% (без изменения в 33,4%); в) в последующие часы суточного опыта: уменьшение диуреза в 50% (увеличение в 12,5% и равный диурез в 37,5%), уменьшение выделения мочевой кислоты в 75% (при увеличении в 25% случаев).

II. В сравнении с дистиллированной газированной (с целью выяснения действия минерализации): а) в суточных данных—уменьшение диуреза в 76,9% случа. (при увеличении в 7,7% и равном диурезе в 15,4%), уменьшение выделения мочевой кислоты в 38,4% (при увеличении в 7,6% и равном выделении в 54%); б) в первые шесть часов—уменьшение диуреза в 87,5% (увеличение в 12,5%), уменьшение выделения мочевой кислоты в 50% (при равном выделении в 50%); и в) в последующие часы суточного опыта—уменьшение диуреза в 37,5% (при равном диурезе в 62,5%), уменьшение выделения мочевой кислоты в 62,5% (при увеличении в 37,5%).

С целью выявления действия CO<sub>2</sub> мы сравнили действие дистиллированной газированной воды с дистиллированной негазированной, и получили следующие результаты: а) в суточных данных уменьшение диуреза в 41,7% случа. (при увеличении в 8,3% и равном диурезе в 50%); уменьшение выделения мочевой кислоты в 41,7% случа. (при увеличении в 16,6% и равном выделении в 41,7%); б) в первые шесть часов—уменьшение диуреза в 62,5% (увеличение в 25%, без изменения в 12,5%); уменьшение выделения мочевой кислоты в 37,5% (при увеличении в 12,5% и равном выделении в 50%); в) в последующие часы суточного опыта—уменьшение диуреза в 14,3% (при увеличении в 14,3% и равном диурезе в 71,4%); уменьшение выделения мочевой кислоты в 57,1% (при увеличении в 28,6% и равном выделении в 14,3%).

Интересно было выявить действие самой воды на диурез и выделение мочевой кислоты. Сравнение результатов при нагрузке дистиллированной водой, дистиллированной газированной, или минеральной водой Ачалуки № 2 с результатами контрольного дня, т. е. дня без всякой специальной нагрузки водой, представляются в следующем виде:

1) в отношении диуреза: при нагрузке дистиллированной водой отмечено увеличение его в 71,4% случаев (при уменьшении в 14,3% и равном диурезе в 14,3%); при нагрузке дистил-

Таблица 1.

Ч а с ы	Б-ая Савина			Arthritis urica			Дестилированная газированная вода			Контроль		
	Дестилированная вода			Ачалуки			Дестилированная газированная вода			Контроль		
	Кол. мочи	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Общ. кол. моч. кисл.	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Общ. кол. моч. кисл.	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Общ. кол. моч. кисл.	Уд. вес	0/0 моч. кисл.
8/2 . .	1425	1006	7,5	106,8	595	1010	13,5	79,3	720	1006	11,25	81
2/8 . .	230	1026	36,0	82,8	359	1031	42,0	150,78	190	1080	21,0	39,9
8/8 . .	410	1028	51,75	212,1	—	—	—	—	490	1027	21,75	106,57
Общ. .	2065	1012	—	401,7	954	1018	—	230,1	1400	1007	—	227,47

163

Таблица 2.

Ч а с ы	Б-ая Савина			Руелит			9.XII. Дестилированная газ. вода			10.XII. Ачалуки		
	7.XII. Контроль			8.XII. Дестил. вода			9.XII. Дестилированная газ. вода			10.XII. Ачалуки		
	Кол. мочи	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Кол. мочи	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Кол. мочи	Уд. вес	0/0 моч. кисл.	Кол. мочи	Уд. вес	0/0 моч. кисл.
8/2 . .	—	—	—	1240	—	34,5	427,8	1180	—	22,5	265,5	824
2/8 . .	—	—	—	155	1022	42,75	66,26	83	1027	27,0	22,41	—
8/8 . .	—	—	—	450	—	47,25	177,19	210	1027	40,5	80,05	352
Общ. .	895	—	—	141,23	1845	—	—	671,25	1473	—	372,96	1186

лированной газированной—увеличение в 69,2% (при уменьшении в 15,4% и равном диурезе в 15,4%) и при нагрузке водой Ачалуки № 2—уменьшение диуреза в 71,4% (при увеличении в 28,5%);

II) в отношении выделения мочевой кислоты: при нагрузке дестиллированной водой наблюдалось увеличение выделения в 69,2% (при уменьшении в 15,4% и равном выделении в 15,4%), при нагрузке дестиллированной газированной—увеличение в 46,1% (при уменьшении в 30,7% и равном выделении в 23%) и при нагрузке водой Ачалуки № 2—уменьшение выделения в 64,4% (увеличение в 28,5%, равное выделение в 7,1%).

Из наших острых опытов мы видим, что Ачалуки № 2 действуют понижающим образом на выделение воды и мочевой кислоты. Действующими факторами являются минеральные соли и  $\text{CO}_2$ . При сравнении с негазированной дестиллированной водой Ачалуки дают более выраженное снижение диуреза и выделения мочевой кислоты, чем при сравнении с дестиллированной газированной.

Понижающее действие Ачалуки видно и из сравнения с данными контрольного дня (без нагрузки водой); больные, несмотря на прием натощак одного литра воды (с минерализацией и  $\text{CO}_2$ ), дали все же понижение диуреза, понижение выделения мочевой кислоты.

Влияние  $\text{CO}_2$  на понижение диуреза и на выделение мочевой кислоты, как мы видим из сравнения данных о действии дестиллированной газированной воды с действием дестиллированной негазированной, очевидно. Влияние  $\text{CO}_2$  на диурез значительно слабее, чем влияние минеральных солей. Наши острые опыты наглядно показали повышение диуреза, а вместе с ним и выделения мочевой кислоты, особенно под влиянием питья дестиллированной воды, и в меньшей степени—дестиллированной газированной. Таким образом, сама по себе вода является в противоположность минеральной воде Ачалуки (вода + минерализация +  $\text{CO}_2$ ) лучшим фактором повышения диуреза, а вместе с ним и выделения мочевой кислоты. Приводим две таблицы (№ 1 и 2) для примера.

*Выводы.* 1. Минеральная вода Ачалуки № 2 в острых опытах действует понижающим образом на выделение воды и мочевой кислоты.

2. Действующими факторами являются содержащиеся в воде минеральные соли и  $\text{CO}_2$ , причем влияние  $\text{CO}_2$  слабее.

3. Дестиллированная вода в противоположность воде Ачалуки № 2 (вода + минерализация +  $\text{CO}_2$ ) является лучшим фактором повышения диуреза, а вместе с ним и выделения мочевой кислоты.

4. Наши данные заставляют признать в некоторой степени параллелизм в выделении воды и мочевой кислоты.

Из глазных кабинетов III единого диспансера (главврач Л. В. Мечик) и V единого диспансера (главврач А. М. Ежерец) в Ростове н/Д.

## Лечение иритов и иридоциклических грызевыми и гальваническими воротниками.

В. И. Зимин.

Автором воротникового метода, метода сегментарной рефлекторно-вегетативной терапии, и учения о шейном вегетативном аппарате является проф. А. Е. Щербак. Он считал, что шейный вегетативный аппарат состоит из вегетативных ядер всех шейных и двух верхне-грудных сегментов спинного мозга, ствола шейного симпатического нерва, шейных симпатических ганглиев, периартериальных вегетативных сплетений сонных и позвоночных артерий. Сюда же принадлежат вегетативные ядра блуждающего нерва с их периферическими узлами и разветвлениями в области шеи, а также *rami communicantes albi et grisei*, представляющие центростремительные и центробежные связи спинного мозга с шейными ганглиями.

Шейный вегетативный аппарат, как показывают экспериментальные и клинические наблюдения Сеченовского института, сегментарно связан, с одной стороны, с кожными зонами, соответствующими спинномозговым сегментам  $C_3-D_2$ , и с другой — с высшими вегетативными центрами, находящимися в продолговатом и межуточном мозгу, с эндокринными железами (гипофизом, щитовидной и паращитовидными), а также с высшими органами чувств, головным мозгом, лицом, верхними конечностями, сердцем и печенью.

Вызывая различные раздражения нервных окончаний кожи в области шейного вегетативного аппарата, мы возбуждаем его и получаем рефлекторный ответ с преобладанием сегментарного действия самих церебральных центров. Предполагают, что передача рефлекса происходит по восходящим путям спинного мозга и через пограничный ствол шейных ганглиев, симпатических ядер блуждающего нерва.

Опыты показали, что эту зону раздражения вегетативного аппарата можно ограничить частью шеи, надплечьями, верхней частью груди и спины ( $C_3-C_4$ ,  $D_1-D_2$ ). При этом область, подвергаемая раздражению, напоминает форму широкого отложного воротника. Щербак и назвал этот метод „воротниковым“, а зону раздражения — „воротниковой“.

Он находил, что при воротниковом методе, кроме сегментарности раздражения, играет роль также био-химический резонанс вегетативных механизмов, т. е. соответствие раздражителя данной вегетативной установке. Вследствие этого в каждом случае необходимо подбирать раздражитель вегетативного аппа-

рата, дающий наилучший отзвук, т. к. вегетативные приборы обладают индивидуальными особенностями. Но и при различных раздражителях мы можем получить один и тот же результат благодаря эффективности действия их на шейный вегетативный аппарат.

Однократного применения воротника недостаточно, и чтобы получить терапевтический эффект требуется не менее 5—6 сеансов воротников, т. к. при повторных раздражениях вегетативные рефлексы тренируются и как бы закрепляются.

В курсе лечения воротниками могут наблюдаться явления обострения патологического процесса, так называемая „обратная реакция“, после которой может наступить улучшение и даже выздоровление. В тех же случаях, где „обратная реакция“ затягивается, необходимо смягчить процедуру. Если же и при повторных сеансах наблюдаются отрицательные симптомы, что указывает на несоответствие раздражителя данной вегетативной установке, необходимо перейти к другому, более слабому, раздражителю, например, грязевой воротник заменить гальваническим.

Сеченовским институтом введены в физиотерапию следующие виды воротников: гальванический, ионные (кальцевый, иодный и другие), грязевой, диатермия шеи, холодовый и проч. Наиболее детально изучено действие гальванического и грязевого воротников, а также диатермии шеи. Слабым раздражителем считают гальванический воротник, среднее место занимает грязевой, а наиболее сильный раздражитель—диатермия шеи.

Сущность терапевтического действия воротников заключается не в специфическом влиянии на патологический процесс, а сводится к повышению вегетативной регуляции кровообращения, тканевого обмена, мобилизации резервных сил тканей в местах, измененных заболеванием. Все это и ведет к восстановлению нормальных функций тканей и органов.

Экспериментальные наблюдения Супоницкой и Славского говорят за то, что под влиянием воротников укорачивается срок течения воспалительного процесса. Школой Щербака установлено, что шейный вегетативный аппарат является регулятором всей трофики головного мозга и высших органов чувств. Бельским доказано активное действие воротников на кровообращение глаза, т. к. под влиянием их происходит ответная реакция со стороны сосудов сетчатки, выражаясь в сужении их. Это обстоятельство, по его мнению, дает основание для применения воротников в случаях острых и хронических воспалительных процессов в глазу. На основании многочисленных экспериментальных и клинических наблюдений он рекомендует воротниковую терапию при различных заболеваниях глаза, а также при пристах и циклитах.

Наши наблюдения проводились на амбулаторных больных.

Острые ириты и иридоциклицы лечились грязевыми и гальваническими воротниками.

Лечение иритов и иридоциклических воротников проводилось амбулаторно в грязелечебнице единого диспансера № 3, которая пользуется привозной грязью из озера Пеленки, Азовского района, Аз.-Черн. края.

Грязевой воротник нами применялся следующим образом: грязь, нагретая до температуры 43—48°, толщ. в 6 см, намазывается на полотенце. Больной принимает процедуру лежа. Грязью, намазанной на полотенце, покрывается вся воротниковая зона. Остается непокрытым пространство впереди между грудино-ключично-сосцевидными мышцами и грудина. Большой тщательно покрывается одеялом. Продолжительность процедуры 10 минут. Температура и частота грязевых воротников вариировались в зависимости от интенсивности воспалительного процесса. После воротника больной принимает душ и отдыхает в течение получаса.

Проведено наблюдение над 12 больными. Из них у 6 больных был первичный острый ирит, у трех — рецидивирующий. Ириты по этиологии распределялись так: ревматических 5, лютических 1, неизвестной этиологии 3. Иридоциклических острых было 3, из них рецидивирующий 1.

Все иридоциклицы были ревматической этиологии. Возраст больных от 18 до 58 лет. Мужчин 7, женщин 5.

Полное исчезновение воспалительных явлений и выздоровление при иритах наступало в среднем через 10 дней, после 5 грязевых воротников. Иридоциклицы потребовали для излечения 9 грязевых воротников с выздоровлением в среднем через 20 дней. Почти всеми больными отмечалось быстрое успокоение зачастую невыносимых болей в глазу после первых же процедур. Улучшалось общее самочувствие, наступал хороший сон. При иратах перикорнеальная инъекция после 3-го воротника становилась незначительной. Трудно поддававшийся действию атропина суженный зрачок резко расширялся, синехии легко разрывались, и появлявшийся в передней камере экссудат и фибринозные наложения в области зрачка рассасывались. Помутнение стекловидного тела быстро убывало, и острота зрения возвращалась к норме. Все больные атропинизировались до исчезновения воспалительных явлений. В случае лютической этиологии, в дни свободные от процедур, проводилось специфическое лечение.

Для иллюстрации приведу несколько примеров.

1. Больной Б, 37 лет, рабочий. Анамнез. Часто подвержен охлаждению, болел ревматизмом. Поступил на амбулаторное лечение 26/II 36 г. с жалобами на резкие боли в правом глазу.

St. praesens. Правый глаз: блефароспазм, резко выраженная перикорнеальная инъекция, рисунок радужки смазан, зрачок узкий. Острота зрения 0,2. Левый глаз здоров.

Диагноз: острый пластический ирит правого глаза. Назначено: атропин, грязевой воротник  $45^{\circ}$  по 10 минут. 27/II—грязевой воротник. Ночь не спал из-за сильных болей в глазу. Зрачок слегка расширен. 29/II—третий воротник. Спал спокойно, болей в глазу нет, перикорнеальная инъекция, зрачок широк. 2/III—четвертый воротник. Перикорнеальная инъекция незначительная. Острота зрения 0,5. 4/III—пятый воротник. Глаз спокоен. 6/III—шестой воротник, 7/III—седьмой воротник. Острота зрения 1,0.

Эпикриз. После 4 воротников наступило успокоение. Дано дополнительно 3 воротника. Болел 10 дней.

2. Больная К., 32 лет, работница. Анамнез. Болела ревматизмом в 1932 году. Правый глаз болел в детстве.

St. praesens. Поступила на амбулаторное лечение 26/III 36 г. Правый глаз: кардинальные припадки раздражения, перикорнеальная инъекция, радужка ржавого цвета, зрачок узкий. Левый глаз здоров. Диагноз: острый пластический ирит правого глаза. Назначено: атропин, грязевой воротник  $43^{\circ}$  по 10 минут.

27/II—второй воротник, зрачок шире, неправильной формы, виды синехии. 1/III—3-й воротник, 3/III—4-й воротник—глаз спокоен, зрачок широк, правильной формы. 5/III—5-й воротник.

Эпикриз. Случай, закончившийся выздоровлением после 3-х воротников. Болела 7 дней. Дано дополнительно 2 воротника.

3. Больной К., 44 лет, служащий. Анамнез. Поступил на амбулаторное лечение 9/VI 36 г. Считает себя больным с 6/VI 36 г.

St. praesens. Правый глаз: блефароспазм и светобоязнь резко выражены. Отек верхнего века и хемоз конъюнктивы, смешанная инъекция, болезненность при надавливании на склеру в области цилиарного тела. Зрачок узкий. Острота зрения=0,7. Среды и глазное дно нормальные. Левый глаз здоров.

Диагноз: острый серозный иридоциклит правого глаза.

Назначено: атропин, грязевой воротник (температура  $45^{\circ}$ ), по 10 минут через день. 13/VI—на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок слегка расширен, неправильной формы—синехии. 14/VI—принял 3 воротника. Преципитатов и хемоза нет. 19/VI—принял 5 воротников. В области зрачка эксудативная пленка. Острота зрения:  $\frac{1}{2}$ . Назначены грязевые воротники по  $48^{\circ}$ , 10 минут ежедневно. 24/VI—8-й воротник. Зрачок просвечивает. Воротники через день. 26/VI—9-й воротник. Перикорнеальная инъекция уменьшилась. Зрачок широк, правильной формы. Глазное дно: диффузное помутнение стекловидного тела. Острота зрения=0,2. 28/VI—10-й воротник. Незначительная перикорнеальная инъекция. Острота зрения=0,3, 4/VII—острота зрения=0,5. 9/VII—13-й воротник. Глаз спокоен. Помутнения стекловидного тела нет. Острота зрения 0,7. Дополнительно дано 3 воротника.

Эпикриз. В процессе лечения пришлось увеличивать температуру воротников и частоту сеансов. Выздоровление наступило через 30 дней после 13 воротников.

Вторая серия наших наблюдений относится к изучению эффективности гальванических воротников при иритеах. А. Е. Щербак считал, что действие гальванических и грязевых воротников по существу одинаково. Отличие заключается в тонкостях резонанса. При грязевых воротниках возбуждение периферических нервных приборов более сложно и складывается из термического, химического и электрического раздражений. Вследствие этого гальванический воротник действует более нежно и постепенно. „Обратная реакция“, соответствующая первой фазе терапевтического действия, наблюдается при нем гораздо слабее, чем при грязевом воротнике.

Воротниковую терапию рекомендуется начинать с гальванического воротника и лишь в случае недостаточного эффекта через 5—6 сеансов переходить к грязевому. При повышенной возбудимости вегетативной нервной системы можно подготовить больного к гальваническому воротнику гальванизацией шейной части позвоночника, которая дает сходное терапевтическое действие, но значительно слабее выраженное.

Терапию гальваническими воротниками мы проводили на амбулаторных больных при физиотерапевтических отделениях III и V единых диспансеров. Мы применяли следующую методику гальванического воротника: прокладка, по форме напоминающая отложной воротник, смоченная теплой водой температуры 40°, накладывается на воротниковую зону. Сверху помещается такой же формы свинцовый электрод. Второй электрод, площадью в 400 кв. см, с прокладкой укрепляется на пояснично-крестцовую область. Продолжительность сеанса 10 минут, сила тока до 16 мА. Частота сеанса—через день или ежедневно, если процесс протекает интенсивно. Дополнительной терапии, кроме впусканья в глаз атропина, больные не получали. В случае люетической этиологии в дни, свободные от процедур, проводилось специфическое лечение.

Всего проведено больных острыми иритами 9, из них 4 рецидивирующими. По этиологии было: 7 ревматических иритов, 1 люетический, 1 неизвестной этиологии. Возраст больных от 17 до 56 лет, 7 мужчин и 2 женщины.

Для ликвидации воспалительных явлений больные в среднем получали 5 гальванических воротников. Выздоровление наступало через 10 дней. В одном случае рецидивирующего ирида, после наступившего излечения от гальванических воротников, через 7 месяцев вспыхнул рецидив, который был также ликвидирован гальваническими воротниками.

Приведем краткое содержание истории болезни 2 больных, леченных гальваническими воротниками.

1. Больной С. рабочий, 26 лет. Обратился 27/IX 36 г. с жалобами на заболевание правого глаза в течение последних 3 дней; в 1935 г. был ирит.

St. praeiens. Правый глаз: резко выраженная перикорнеальная инъекция, зрачок узкий, закрыт экссудатом. Острота зрения =  $\frac{1}{\infty}$ . Левый глаз здоров. Диагноз: рецидивирующий серозный ирит правого глаза. Назначено: атропин, гальванический воротник 16 мА, 10 минут.

28/IV—второй воротник. Эксудативной пленки в области зрачка нет, зрачок расширен, неправильной формы, видны синехии. Диффузное помутнение стекловидного тела. Острота зрения 0,1. 4/X 5-й гальванический воротник. Глаз спокоен, зрачок расширен, правильной формы. Глазное дно нормально. Острота зрения = 0,9.

Эпикриз. Рецидивирующий ирит осложнился экссудатом в области зрачка и помутнением стекловидного тела. Все эти явления прошли, и глаз вернулся к норме через 5 процедур. Выздоровление наступило через 9 дней.

2. Больной А, служащий, 41 года. Считает себя больным с 4/1 37 г. В диспансер обратился 6/1. Впервые глаз болел в 1930 г., и с этого времени ежегодно (кроме 1932 г.) наступали рецидивы. В 193—31 гг. лечился в глазной клинике, в 1934—1935 гг.—в глазном отделении, временами лечился амбулаторно. Настоящий рецидив по счету 9-й. Ирит обычно тянулся 5—6 недель, сопровождался резкими болями.

St. praesens. Правый глаз здоров. Левый глаз: смешанная инъекция, зрачок расширен атропином, вверху синехии. Острота зрения 0,7. Глазное дно нормальное. Диагноз: рецидивирующий острый пластический ирит левого глаза. Назначено: атропин, гальванический воротник 16 mA по 10 минут.

8/1. В ночь на 7/1 были сильные боли в глазу. 7/1 принял 1-й гальванический воротник. Спал спокойно. Перикорнеальная инъекция меньше, зрачок широк, синехий нет. 9/1—10/1—воротники, 12/1—5-й воротник. Глаз спокоен. Атропин отменен. 13/1, 14/1, 15/1, 16/1—воротники. Острота зрения левого глаза 0,9.

Эпизиз. После 4 воротников наступило выздоровление. Болел 7 дней. Дано дополнительно 5 воротников.

Подводя итоги, надо сказать, что наши наблюдения немногочисленны, но представляют материал однородный. 9 иротов и 3 иридоциклита лечились грязевыми и 9 иротов гальваническими воротниками. Ириты давали выздоровления в среднем после 5 воротников, независимо от того, применялись ли грязевые или гальванические воротники, что сокращало срок нетрудоспособности до 10 дней. Ни в одном случае нам не приходилось заменять грязевые воротники гальваническими и обратно. Начав терапию одним видом раздражителя вегетативной нервной системы мы им успешно и заканчивали. При грязевом воротнике мы варирировали температуру и частоту дачи процедур, а при гальваническом—частоту сеансов. В случае усиления явлений воспаления температура и частота процедур увеличивались.

*Выходы:* 1. Грязевые воротники и гальванические—активный метод в терапии острых иротов и иридоциклитов.

2. Воротниковая терапия острых иротов и иридоциклитов резко снижает длительность нетрудоспособности и вполне применима в амбулаторной обстановке.

Поступила в рец. 13/IV 1937 г.

Ростов н/Д., ул. Просвещения, 34.

---

Из физиотерапевтического отделения поликлиники ВЗО, г. Астрахань.

### Диатермия при болезнях желудка.

А. И. Шейкин.

Диатермия, получившая довольно широкое применение при целом ряде заболеваний, медленно входит в практику лечения желудочных болезней и до сих пор не заняла подобающего ей места в терапии желудочного больного.

Диатермия вызывает гиперемию и местное повышение температуры в тканях, через которые проходит ток. Эту гиперемию нетрудно обнаружить при соответствующих процедурах на *portio vaginalis uteri*, на слизистой глотки, при цистоскопии мочевого пузыря и т. д. Диатермия обладает значительным бактерицидным действием отчасти благодаря гиперемии, отчасти благодаря специальному воздействию тока. Диатермия обладает также антиспазматическим и аналгетическим действием, которые нельзя отнести целиком за счет гиперемии и прогревания тканей. Здесь играет роль большая частота тока, и доказательством тому может служить аналгетическое и антиспазматическое действие местной дарсонвализации, где о заметных гиперемии и прогревании тканей говорить не приходится. Гиперемия, повышение температуры, вызываемые диатермий, факторы не безразличные для жизнедеятельности тканей, для их процессов асимиляции и дезассимиляции, факторы не безразличные при наличии патологического процесса в тканях.

Диатермия повышает эвакуацию желудка и действует антиспастически на пилорус (Молчанов, Кирстнер, Рогачевский и др.). Что же касается влияния диатермии на секреторную функцию желудка и на кислотность желудочного сока, то здесь мнения несколько разноречивы. Однако большинство авторов считает, что диатермия оказывает тормозящее влияние на секреторную функцию желудка, по крайней мере, в случаях с гипер- и нормосекрецией (Кирстнер, Рогачевский, Молчанов и др.). Всякая местная диатермическая процедура является в то же время и общей, что уже было неоднократно доказано. В частности, в пользу этого говорит изменение капилляроскопической картины, которое наступает уже во время сеанса диатермии и держится при нормальных комнатных условиях до 15 часов, обнаруживаясь в виде сдвига вправо по Эббеке.

Диатермия кроме местного действия оказывает также и рефлекторно-трофическое воздействие на весь организм, преимущественно на те органы, которые связаны с раздражаемым участком кожи одним сегментом и которые находятся в состоянии патологии.

Мой материал составляют 117 случаев хронических заболеваний желудка, проведенных амбулаторно; из них 18 случаев язвы, 46—катарра и 53—невроза желудка. Больные—преимущественно работники тяжелого физического труда, частично—работники умственного труда и домохозяйки. Преобладающий возраст от 30 до 45 лет. Больные были подвергнуты всестороннему клиническому обследованию, в которое входило также исследование желудочного сока как натощак, так и после пробного завтрака, рентгеноскопия желудка, а также исследование *faeces* (в частности—на кровь). Кроме того или иного заболевания желудка были обнаружены явления большей или меньшей вегетативной дистонии и большего или меньшего истощения нервной системы. В остальном никаких существенных уклонений от нормы; ни анамнестических, ни серологических указаний на люес. Все больные до этого пользовались медикаментозным и диетическим лечением с относительным и времененным успехом. Часть больных пользовалась ранее коечным лечением. Все больные с язвой желудка (подтвержденной рентгенологически) пользовались ранее коечным наблюдением и лечением, в семи случаях неоднократным, пятеро из них—курортным. Из неврозов желудка исключены ятрогенные заболевания, а также и те случаи функциональных нарушений желудка, кои можно было

рассматривать, как рефлекторный акт с другого органа. Должен отметить, что обозначение „невроз“ желудка весьма условно, так как вопрос относительно неврозов желудка, как и относительно неврозов органов вообще,—вопрос спорный, и те признаки, которыми мы пользуемся при постановке диагноза „nevroz желудка“, далеко не всегда надежны.

По характеру заболевания больные распределяются следующим образом: катар желудка: субацидный—21, нормальный—8, гиперацидный—12, анацидный—5. Язвы желудка: с повышенной кислотностью—13, с нормальной кислотностью—3, с пониженной кислотностью—2. Невроз желудка: с повышенной кислотностью—17, с нормальной кислотностью—31, с пониженной—5.

По давности заболевания больные распределяются так:

	до 1 г. от 1 до 3 л.	
невроз: с повыш. кислотностью . . .	10	7,
"      с норм. кислотностью . . .	19	12,
"      с пониж. кислотностью . . .	3	2,
язва с повышенной кислотностью . . .	8	5,
"      с пониженной кислотностью . . .	—	2,
"      с нормальной кислотностью . .	2	1.
	1-3 г. 3-6 л.	
катар субацидный . . . . .	8	13,
"      нормацидный . . . . .	7	1,
"      гиперацидный . . . . .	8	4,
"      анацидный . . . . .	2	3.

Методика лечения была такова: один электрод в 200—250 см<sup>2</sup> накладывался на брюшную стенку, на область желудка и солнечного сплетения, другой в 300—350 см<sup>2</sup>—на поясничную область vis-à-vis. Ввиду того, что в части случаев желудок был опущен, электрод накладывался не на подложечную область, а на область желудка, месторасположение которого устанавливалось рентгенологически.

Грот и Егоров получили хорошие результаты при лечении язвы желудка и разнообразных желудочных синдромов с повышенной кислотностью, накладывая электроды на шейный vagosимпатикус, исходя из неврогенной теории и пытаясь воздействовать через vagus на желудочные ветви его. Однако результаты, полученные Соловьёвым и Любимовым при подобном наложении электродов, проведенные на значительно большем количестве больных, были далеко не такие хорошие, как у Грота и Егорова. Объективные симптомы заболевания оставались без существенных изменений, наступал лишь болеутоляющий эффект в начале лечения, который в процессе лечения сменялся даже ухудшением. Яковлев получил хорошие результаты при язвах желудка, применяя другую методику: раздельный электрод, связанный с одним полюсом на оба шейных vago-симпатикуса и большой—на поясницу. Результаты выражались в исчезновении болевых ощущений, понижении кислотности желудочного сока и ускорении эвакуации пищи. Мною лично были испробованы различные методы приложения электродов, и я считаю наиболее целесообразным поперечное распо-

ложение их. Это находит подтверждение в опытах Молчанова. Диатермия по Гроту и Егорову не повышает температуры в полости желудка, а наоборот, снижает ее на 0,1—0,2°. Диатермия по методу Яковлева повышает температуру на 0,2—0,3°. Диатермия при поперечном расположении электродов вызывает повышение температуры в желудке на 0,5—0,7°, причем это повышение температуры, наибольшее по длительности, держится после прекращения процедуры более часа (Молчанов).

Продолжительность сеанса лечения 20—30 минут, в редких случаях 40 минут. Количество ампер 0,7—1,5. Лечение начиналось с более слабых токов, и сила тока постепенно увеличивалась. Сеансы лечения производились ежедневно либо через день. Средняя продолжительность курса лечения 20—30 дней. Больным рекомендовалось принимать процедуры не в утомленном состоянии и с таким расчетом, чтобы после сеанса лечения больной мог отдохнуть в течение 1—2 часов. Кроме диатермии, там где были показания, назначалась щадящая диета с постепенным расширением ее в процессе лечения. Вносились также необходимые корректизы в условия труда и быта. Однажды язвенных больных пользовались также и покоем.

Результаты лечения таковы. Все случаи катара желудка дали благоприятный результат. Повторные исследования желудочного сока в процессе лечения и по окончании его обнаружили снижение кислотности в случаях гиперацидных у 8 ч. (из 12), повышение кислотности в субацидных у 7 ч. (из 21) и в анацидных у 2 ч. (из 5). В остальных случаях существенных изменений в желудочном соке не было обнаружено. Из язвенных больных благоприятный результат был получен в 15 сл., отрицательный—в 3 сл. Рентгеноскопически можно было констатировать исчезновение ниши после 10—15 сеансов лечения, лабораторно исчезновение крови в faeces во всех случаях с благоприятным результатом, снижение кислотности у 10 (из 17) в гиперацидных случаях и повышение ее у 1 (из 2) в гипацидных случаях. Все 3 случая язвы с отрицательным результатом лечения были большой давности с ярко выраженными явлениями вегетативной дистонии.

При неврозе желудка благоприятный результат был получен в 47 случаях, отрицательный в 6 сл. (2 сл. с пониженней, 1 сл. с нормальной и 3 сл. с повышенной кислотностью). В этих шести случаях были налицо явления значительной вегетативной дистонии и выраженного истощения нервной системы. Повторные исследования желудочного сока при неврозе обнаружили снижение кислотности в 13 гиперацидных сл. (из 17) и повышение ее в 2 сл. гипацидных (из 5). Во всех случаях с благоприятным результатом можно было отметить субъективное улучшение, которое началось после 3—7 сеансов лечения и постепенно возрастило. Постепенно исчезали диспептические явления, чувствительность и болезненность при пальпации подложечной об-

ласти, солнечного сплетения, болевые точки, зоны гиперестезии и т. д. Улучшалось общее состояние и больные прибывали в весе. Улучшение также можно было констатировать повторными рентгеновскими исследованиями (исчезновение ниши, спазма, изменение рельефа слизистой, эвакуаторной способности желудка), повторными исследованиями желудочного сока и faeces.

Отдаленные результаты таковы. До одного года под наблюдением находились около 55% б-ных, которые приблизительно равномерно распределяются по всем категориям заболеваний. До 2 лет находились под наблюдением около 35%, до 3 лет около 25%. Рецидивы наблюдались в 5 случаях катара желудка (в 1 сл. гиперацидном, в 2 сл. субацидных, в 1 сл. нормацидном и 1 сл. анацидном). При язве желудка рецидивы наблюдались в 3 случаях (в 2 сл. гиперацидных и 1 сл. нормацидном). При неврозе желудка рецидивы наблюдались в 5 случаях (в 3 случаях гиперацидных и в 2 сл. гипацидных). Рецидивы наступали под влиянием погрешности в пище, перенесенной инфекции, травматизирующей психику ситуации или без видимых причин. Срок наступления рецидива от 4 м-цев до 2 л. 3 м. Рецидивы купировались довольно быстро той же самой терапией.

Полученные результаты говорят о благоприятном действии диатермии при заболеваниях желудка. Кроме тормозящего действия диатермии на секреторную функцию желудка отмечается в части случаев и регулирующее ее влияние. Также отмечается благоприятное влияние диатермии на эвакуаторную функцию желудка.

Сравнивая результаты, полученные от диатермии, с ранее полученными в этих же самых случаях от медикаментозной и диетической терапии, мы получаем впечатление, что при лечении диатермий терапевтический эффект наступает быстрее, полнее и в части случаев там, где от предшествовавшей терапии он не наступал.

Поступила в ред. 16/XII 1937 г.

Астрахань, ул. Свердлова, 61, кв. 5.

---

Из госпитальной хирургической клиники (зав. проф. Н. В. Соколов) Казанского гос. медицинского института.

## К вопросу о газовой инфекции в условиях мирного времени.

**P. A. Вяслев.**

Анаэробная инфекция являлась сравнительно частым и очень тяжелым осложнением ранений на войне. По этой причине и в литературе она освещается преимущественно в аспекте военно-полевой хирургии.

Интерес к анаэробной инфекции, в частности, к газовой флегмоне, проявляемый со стороны микробиологов и хирургов, вполне понятен. С одной стороны, в вопросах этиологии и патогенеза этой инфекции не все ясно; с другой стороны, изучение газовой флегмона ран имеет несомненно большое практическое значение. Недаром на XXII всесоюзном съезде хирургов (в 1932 г.) Бурденко выступил с обстоятельным докладом по анаэробной инфекции.

„Труды анаэробных совещаний“, монография Глотовой, работы сотрудников в институте имени Склифасовского в Москве, монография Вейнберга и Гинзбурга, работы последних лет Цейслер, Мельникова, Нечаевой, Ковтунович, Цып, Черной и других внесли много ценного в изучение этиологии, патогенеза, клинической картины и терапии анаэробной инфекции. Во-первых, надо считать твердо установленным, что анаэрообы (*Vac. perfringens*, *B. oedematiens*, *vibrio septicus*, *B. histolyticus*) сравнительно часто обнаружаются в ранах травматического происхождения в условиях мирного времени; в этом смысле, в первую очередь неблагополучны раны, получаемые при уличном травматизме. Уличные травмы, по Юдину, дают анаэробную инфекцию чаще, чем промышленные, и даже, повидимому, чаще, чем военные травмы. Сообщения других авторов (Арапов, Гориневская, Брайцев и Заева, Кузнецов, Лэр, Конечный, Меллер) тоже указывают на значительный процент осложнений уличных ранений газовой инфекцией.

Из 10 случаев газовой флегмона, наблюдавшихся в последние годы в госпитальной хирургической клинике, 6 относятся к осложнениям травматических повреждений. Привожу выдержки из историй болезни этого ряда случаев.

1. Больная Б-г доставлена в клинику через сутки после ранения в область левого плеча вилами. Она стояла на возу с сеном и принимала копны от мужа, который подавал ей сено снизу. Нечаянно муж ранил ее в плечо. У больной небольшая сухая рана в верхней трети левого плеча с большой отечностью вокруг. При пальпации определяется крепитация. Широкие разрезы, рыхлая тампонада с перекисью водорода. Бактериологически обнаружен *B. perfringens*.

Состояние тяжелое. Пульс 110, температура 38,9°. Процесс распространяется дальше. Разрезы расширены.

*Exitus letalis* на 4-й день заболевания.

2. К-ев, 60 лет. В клинику доставлен 3. XII. 36 г. в чрезвычайно тяжелом состоянии после удара бревном в правую ногу в область голени. I. XII. Пульс 120, температура 37,5°. Резко заостренное лицо серого с желтоватым оттенком цвета. Безразличное отношение к окружающему. Резкие изменения правой голени: объем увеличен, кожа напряжена, местами — пузыри с кровянистым содержимым; на передней поверхности незначительные экскориации. Пульсации art. dorsalis pedis не определяются.

Под эфирным наркозом произведены разрезы. В глубине обнаружена гематома; разорванная art. tibialis anterior перевязана.

5. XII. Отек и сине-багровые пятна распространяются на бедро. Усилилась желтушная окраска кожи. Произведена ампутация бедра.

6. XII. *Exitus letalis* при явлениях упадка сердечной деятельности.

3. Шар-ва, 17 лет, 24. IV. 35 г. доставлена в клинику через  $\frac{1}{2}$  часа после того, как была извлечена из-под трамвая. Рваная рана занимает голень и значительную часть бедра. Кожа свисает лоскутами, мышцы размежованы; кости целы. Рана покрыта грязью. На бедре жгут. Пульс частый и малый.

Под эфирным наркозом конечность ампутирована на границе верхней и средней трети бедра в пределах неповрежденных тканей. Провизорные швы на мышцы и кожу.

25. IV. Утром—пульс малый и частый. Температура  $38,8^{\circ}$ . Больная бледна. Бредит. Гнилостный запах от культуры. Перевязка: кожа на конечности желтоватого цвета, отечна, напряжена до паха; под кожей определяется крепитация. Сняты все швы; из раны выделяется незначительное количество ихорозной жидкости. Вся раневая поверхность выделяет пузырьки газа; раневой секрет взят для исследования. Повязка с 5% раствором скипидара в вазелиновом масле.

26. IV. Exitus letalis в 10 час. утра при явлениях упадка сердечной деятельности.

В секрете из раны обнаружен *Vas. perfringens*, патогенный для морской свинки.

4. А-в, 30 лет, поступил в клинику 6. I. 35 г. с открытым переломом правой голени, произошедшим в тот же день. Операция остеосинтеза с частичным зашиванием раны. Конечность уложена в шину.

7. I. Температура  $40^{\circ}$ ; пульс 110. Сильная боль в ноге. Желтушная окраска кожи. При перевязке обнаружено: рана серо-грязного цвета, окружность ее отечна. Разрезы. Введено 100 см<sup>3</sup>, противоанаэробной сыворотки. 8. I. Температура  $39,4^{\circ}$ ; самочувствие лучше. 9. I. Температура  $38,8^{\circ}$ . Появился аппетит. 10. I. Произведена трансфузия крови (200 см<sup>3</sup>). 13. I. Состояние больного заметно улучшается.

30. III. Рентгенограмма показывает наличие костной мозоли, спаявшей отломки костей голени. Выписался в хорошем состоянии.

5. Б-й, 30 лет, доставлен 11. I. 1935 г. каретой скорой помощи по поводу открытого перелома обеих костей голени; через 1 час после поступления произведена первичная обработка раны и на освеженные края ее наложены швы. Конечность уложена в шину.

13. I. Температура  $39,2^{\circ}$ ; пульс 100. Значительная отечность в области перелома. Распущены швы.

14. I. Отечность голени увеличилась. Определяется крепитация. Пульс частый, малый. Желтушная окраска кожи. Разрезы. Вскрытие апоневроза обнаружило резкие изменения в мышцах: они бледно-бурового цвета, рыхлы, местами расплывлены.

От ампутации больной отказался. 31. I. exitus letalis.

6. И-н Юрий, 5 лет, 14. IX. 1937 г. доставлен каретой скорой помощи через три часа после трамвайной травмы обеих голеней. На станции скорой помощи были наложены жгуты на оба бедра. Осмотр: мягкие ткани на левой стопе и нижней трети левой голени—размежованы; множественные переломы костей голени и стопы; кожа с подкожной клетчаткой на правой голени разворзана; лоскут кожи откинут на вышележащие участки голени; перелом лодыжек правой голени; голеностопный сустав обнажен; кожные покровы на правой стопе не повреждены. Раны на обоих конечностях сильно загрязнены.

Под местной инфильтрационной анестезией произведена ампутация левой голени на границе нижней и средней трети; наложены провизорные швы на кожу.

Раны на правой голени подвергнуты механической очистке от грязи, обработаны по Фризриху и орошены раствором риваноля; открытый лоскут кожи после иссечения краев уложен на место; края раны сближены редкими швами. Конечность уложена в шину. Введена противостолбнячная сыворотка.

15. IX. Температура утром  $37,2^{\circ}$ , вечером— $38,4^{\circ}$ , пульс 110. Больной крайне обеспокоен.

16. IX. Температура  $38,8^{\circ}$ . Пульс 110. Больной бредит. Отмечается подергивание мышц на верхних и нижних конечностях; тризма жевательных мышц нет.

17. IX. Состояние тяжелое. Бред. Температура  $38,6^{\circ}$ . Пульс 120. Кожные покровы бледны, слегка желтушны. Перевязка: кожа в области средней трети голени бледно-серого, местами — черного цвета. Сняты все швы, причем выделилось большое количество газовых пузырьков. Рана суха, серо-грязного цвета. Обильное увлажнение раны скрипидаром; рыхлая тампонада. Введено 30 см<sup>3</sup> противоанэробных сывороток под кожу правого бедра.

В мазке из раневого отделяемого обнаружено среди разнообразной флоры большое количество грамположительных толстых палочек, напоминающих *B. perfringens*.

18. IX. Больной в сознании; жалуется на боли в культе левой голени. Пульс удовлетворительного наполнения, 110 ударов в минуту.

19. IX. Состояние больного резко улучшилось. Появился аппетит. Перевязка: отечности вокруг раны нет, повязка со скрипидаром.

В дальнейшем происходит постепенное заживление части раны; на другую часть раны, покрытой грануляциями, произведена пересадка кожи по Тиршу.

Газовая инфекция, как осложнение, возможна и после „чистых“ операций. Мельников, который в последние годы много работал по газовой инфекции, пишет: „Газовая инфекция встречается чаще, чем это думают хирурги, и не только как осложнение травмы (мирной, военной), но и как осложнение после чистых операций“.

Из клиники I Ленинградского государственного медицинского института недавно опубликован случай осложнения газовой флегмоной чистой операции, произведенной по поводу саркомы большеберцовой кости; газовая флегмана была обнаружена на следующий же день после операции.

Нам не пришлось, к счастью, иметь дело с такого рода осложнениями. Но мы имеем два наблюдения газовой флегмоны, которые надо трактовать как вспышку дремлющей инфекции.

7. Больная А-а, 19 лет, поступила в клинику по поводу контрактуры правого коленного сустава, развившейся в результате тяжелого ожога. На правом бедре и голени имеются рубцы, спаянные с глубокими тканями.

11. IV. 1935 г. больная под общим наркозом подверглась редрессации коленного сустава в сочетании с подкожной тенотомией сгибателей голени. Циркулярная гипсовая повязка. 12. IV. Вследствие цианоза и отечности пальцев повязка снята. 14. IV. Температура  $39,2^{\circ}$ , пульс частый, малый; сильные боли по всей ноге. Отечность в области коленного сустава и голени; кожа в области голени с темноватыми пятнами. Произведены широкие разрезы кожи, клетчатки и апоневроза; из клетчатки медиального разреза голени выделяются пузырьки газа. Взято раневое выделение для исследования. Раны рыхло тампонированы с перекисью водорода. 15. IV. Состояние тяжелое. Появилась желтушная окраска кожи. Отек распространяется выше. Бактериологическим исследованием установлено наличие в ране *B. perfringens* патогенного для морской свинки. Произведена ампутация бедра в средней трети.

16. IV. Состояние тяжелое. Температура  $38,6^{\circ}$ . Бред. Трансфузия 300 см<sup>3</sup> консервированной крови. 17. IV. Отек больше не распространяется. Заметное улучшение общего состояния. Случай закончился выздоровлением.

Мы полагаем, что здесь произошла вспышка дремлющей анаэробной инфекции, покончившейся в рубцовых тканях. Редресса-

ция, очевидно, явилась фактором, освободившим инфекцию, которая нашла благоприятную почву для своего развития в условиях частичного нарушения кровообращения (уменьшение просвета питающих сосудов вследствие выпрямления конечности и, возможно, сдавления тканей гипсовой повязкой).

8. Больная С-на, 48 лет, 18. X.<sup>2</sup> 36 г. поступила в клинику с диагнозом флегмона руки. 3. X. 36 г. наколола кисть левой руки с тыльной стороны ржавым гвоздем при падении на доску. Рана скоро без осложнений закрылась. 15. X. кисть руки неожиданно опухла; появились сильные боли в ране с явлениями общего недомогания. При осмотре обращает на себя внимание серо-желтая окраска кожных покровов. Пульс частый и малый. Температура 39°. Сознание сохранено. Левая рука в области кисти предплечья и нижней половины плеча резко опухла. На коже местами темно-коричневые пятна. При пальпации — хруст.

19. X. Произведены широкие разрезы; клетчатка пронитана кровянисто-грязной жидкостью с пузырьками газа. Отделяемое взято на исследование.

20. X. Состояние тяжелое. Отечность распространяется на плечо. Дополнительные разрезы. Переливание консервированной крови (200 см<sup>3</sup>).

21. X. Общее состояние улучшилось. Отечность дальше не распространяется. Исследование взятого из раны материала установило присутствие Bac. regfringens. 23. X. Повторное переливание крови (200 см<sup>3</sup>). 24. X. Состояние удовлетворительное. 25. X. Картина воспаления легких. 27. X. Exitus. На вскрытии помимо находок местного порядка, характерных для газовой флегмоны, обнаружено крупозное воспаление левого легкого.

В литературе имеются определенные указания на возможность вспышки газовой дремлющей инфекции. Так, Гирголов, приводя случаи вспышки газовой инфекции Симона, Мельхиора, сообщает о своем наблюдении вспышки газовой инфекции после удаления осколка снаряда из мышц голени. На подобные осложнения после операций удаления инородных тел указывает Волкович.

Далее, следует обратить внимание на возможность развития газовой флегмонаи после таких, казалось, невинных вмешательств, как впрыскивание лекарственных веществ подкожно. Так, Юнгманн собрал в литературе 60 случаев газовой флегмонаи после инъекций лекарственных веществ, протекавших особенно тяжело; из 60 выздоровело только 4 больных. Мы не имели такого рода наблюдений.

Наконец, осложнения анаэробной инфекцией наблюдаются после оперативного вмешательства на толстых кишках и в частности при гангренозном и перфоративном процессах в червеобразном отростке. Конечный приводит два случая развития газовой инфекции вслед за оперативным вмешательством на толстых кишках. Осложнения такого рода понятны, так как в содержимом толстого кишечника наличие анаэробов несомненно доказано. В частности, Вейнберг и его сотрудники, исследуя выпот при аппендиците, в 30% случаев обнаруживали патогенных микробов. Мельников в 52 случаях различных форм аппен-

дицита обнаружил в экссудате анаэробных патогенных ми-кробов.

Мы имели в 1937 г. интересное наблюдение такого рода.

9. Больной К-ев, 48 лет, заболел 13. II. 37 г. приступом острого аппендицита и 15. II. поступил в клинику. Так как 48 часов от начала приступа миновало и в подвздошной области прощупывался инфильтрат, решено было больного не оперировать. 15-го, 16-го и 17-го течение было гладкое, никаких угрожающих явлений не отмечалось. Но 18. II. вечером наступило ухудшение. Появился озноб, температура 40° и боли в животе справа. 19. II.—состояние тяжелое, желтушная окраска кожных покровов. Напряжения мышц живота не отмечается, но обнаружена припухлость и резкая болезненность в поясничной области справа.

20. II под местной анестезией—разрез в поясничной области. После разреза мышц в почечной области обнаружена отечная с гнилостным запахом клетчатка, которая широко раскрыта книзу и рыхло тампонирована с скипидаром.

После операции—введение поливалентной противогангренозной сыворотки и переливание крови. Ночью больной скончался.

Посевом из материала, добытого при разрезе, среди разнообразной микрофлоры, установлено наличие патогенного для морской свинки *Vibrio perfringens*.

Наши наблюдения показывают, какое огромное значение имеют те или иные разрушительные изменения в тканях для развития анаэробов. Среди этих изменений местного порядка в первую очередь надо оттенить те, которые ведут к нарушению питания, кровообращения в тканях. Лэр на большом числе экспериментов доказал, что введение анаэробных спор в части тела без нарушенной циркуляции крови не дает проявления инфекции. Споры инкапсулируются и постепенно гибнут от фагоцитоза. Нарушение же в этой части тела кровообращения сопровождается быстрым развитием газового отека, ведущего животного к гибели.

Нарушение кровообращения на почве разрыва артериального сосуда и наложения жгута на длительный срок, как показывает наше наблюдение № 2, может повлечь за собой развитие анаэробной инфекции даже при незначительных повреждениях кожных покровов.

В то же время следует подчеркнуть и общие изменения в организме раненого, как шоковое состояние, острая кровопотеря, охлаждение и др., создающие, особенно в сочетании с местным процессом, одну из основных предпосылок для проявления внедрившейся в рану анаэробной инфекции.

В течении анаэробных осложнений наблюдается значительная вариабильность. Это отмечается Глотовой, Бурденко, Мельниковым и другими авторами. Петров указывает на редкость бурных и большую частоту медленно протекающих форм. Однако медленное течение не всегда свидетельствует о доброкачественности и благоприятном исходе болезни, о чем можно судить по нашему наблюдению № 5.

Что касается диагностики анаэробной инфекции, то она может быть установлена как клиническими, так и бактериологи-

ческими методами. Но здесь надо указать на наличие целого ряда наблюдений (Мельников, Гориневская и др.), говорящих за недостаточность одних бактериологических находок для постановки диагноза газового поражения. В инфицированных ранах довольно часто могут быть обнаруживаемы анаэробы, в то время как клинического проявления анаэробного поражения при этом не отмечается. Поэтому ведущая роль в диагностике анаэробных осложнений должна принадлежать клинике.

Для клинического диагноза основной предпосылкой служит совокупность следующих признаков: появление или заметное усиление боли в поврежденной части тела (Волкович), желтушная окраска склер и кожи, характерный вид раны: ее безжизненность, сухость; частый малый пульс и высокая температура (Аропов, Опокин). По Мельникову для начинающейся газовой инфекции диагностически наиболее характерны: боль в ране, отек и высокая температура; наличие же газовых пузырьков, маслянистых блестящих капель жира и сухость раны подтверждает, как он говорит, диагноз с уверенностью и без бактериологического исследования. Эти симптомы, особенно в сочетании с крепитацией в отечной окружности раны, были отправным моментом в диагностике и наших наблюдений. В пяти случаях мы подвергали наш клинический диагноз бактериологической проверке путем посевов и в одном случае—исследованием мазка из отделяемого раны. Во всех случаях клинический диагноз подтверждается.

Некоторые авторы ценную диагностическую роль приписывают также установлению присутствия газа в тканях путем рентгенографии пораженной области (Юдин, Жмур, Буцелло).

Старые, общеизвестные бактериологические методы диагностики анаэробной инфекции сложны по своей технике, требуют специально оборудованной лаборатории и, наконец, занимают сравнительно много времени (не меньше суток), вследствие чего они практически мало удовлетворяют хирурга.

Из предложенных в последнее время лабораторных методов следует отметить два. Первый—реакция кольца—преципитации, получаемая путем переслаивания экстракта из бактерий предполагаемого вида инфекции (по клиническим признакам) с эмульсией из пораженных тканей (Нечаевская). Мельников, проверив этот способ в своей клинике, называет его простым и дает хорошие отзывы. Мы согласны, что способ прост, но при наличии специальной обстановки, где должны храниться штаммы анаэробов, из которых готовится суточная культура, необходимая для постановки реакции.

Другой способ, обеспечивающий, как указывает Цып, надежный и быстрый ответ, заключается в посеве материала из раны на среду Вильсона и Блэра и дает при наличии *Vac. perfringens*

через 1½—3 часа характерное почернение. Способ, судя по литературным данным, в клинике проверен недостаточно.

Лечение газовой флегмоны должно начинаться при обнаружении первых же признаков ее и состоять в следующем: применение множественных, широких, проникающих до мышц, разрезов в сочетании с введением специфических сывороток. За разрезами следует рыхлая обильная тампонада с одним из окисляющих антисептических веществ (перекись водорода, марганцево-кислый калий, скапидар) и покрытие раны хорошо всасывающим перевязочным материалом.

Серотерапия газовой инфекции явилась поворотным этапом в борьбе с этим тяжелым осложнением ранений в военное и мирное время. В дореволюционной России эти сыворотки не применялись по той простой причине, что их не было. В 1930 г. появляются первые советские сыворотки. На благоприятное действие этих сывороток, применявшимся одновременно с хирургическим вмешательством, указывает ряд авторов (Бурденко, Петров, Спасокукоцкий, Брайцев и Заева, Мангейм и Файнберг, Чирная, Кавтунович, Захарина, Цып, Вейнберг, Цейслер, Конечный, Лэр, Меллер. Но особо подчеркивается, что серотерапию нужно применять наряду с хирургическим вмешательством, не дожидаясь результата бактериологического исследования (Бурденко).

Наш материал слишком незначителен, чтобы на основании его можно было судить о значимости того или иного метода. Поэтому мы ограничимся установкой фактов. Введение сывороток при газовой флегмоне травматического происхождения мы применяем 3 раза, причем в двух случаях с положительным результатом; третий раз сыворотка была применена после обнаружения гнилостной флегмоны забрюшинной клетчатки на почве аппендицита без эффекта. Но в этом случае введение сывороток надо считать запоздалым.

Высокие ампутации на нашем материале применены были в 3 случаях. В двух из них эта операция не спасла больных от летального исхода. В третьем случае (№ 6) после произведенной ампутации состояние больной в течение двух дней остается тяжелым, в области культи отмечается нарастание отечности. Лишь на третий день, после произведенной накануне трансфузии крови, отмечается улучшение общего состояния и прекращается распространение отека.

На основании нашего материала и по литературным сведениям создается впечатление, что более широкое и своевременное применение серотерапии в сочетании с широкими разрезами должно значительно сузить круг применения ампутаций при газовой инфекции.

В профилактике анаэробных осложнений ранений большая

роль придается первичной обработке ран. При правильно проведенной первичной очистке—иссечении свежих загрязненных ран—осложнение анаэробной инфекцией встречается в единичных случаях на сотни и тысячи ранений, говорит Петров. По Гориневской при регулярном проведении первичного иссечения ран газовые флегмоны не наблюдаются совершенно.

Петров в связи с первичной обработкой ран особенно предупреждает от „увлечения хирурга первичным швом ненадежно очищенных ран“.

Спустя несколько лет после мировой войны в общеход предупредительных мероприятий вошла также серопрофилактика газовой инфекции. Глотова, Гориневская, Ковтунович, Цейслер, Конечный довольно единодушно указывают на профилактическое действие специфических сывороток, особенно в сочетании с первичным иссечением ран, но при раннем введении достаточного количества сывороток. Во всяком случае, серопрофилактика должна найти более широкий круг применения, чем это имело место до сих пор. В связи с этим должен возрасти спрос на сыворотки с высокой антитоксичностью, производство которых, к сожалению, до сих пор недостаточно.

Наконец, два слова о переливании крови. В двух наших случаях газовой инфекции своевременное применение трансфузии крови дало замечательный эффект. Мы не имеем основания утверждать, что перелитая кровь обладает свойствами прямого действия на анаэробные токсины и не склонны, следовательно, предлагать переливание крови как средство, заменяющее серотерапию анаэробных поражений. В тоже время наши два наблюдения как и литературные данные по этому вопросу (Бурденко, Брайцев и Заева, Перельман, Баф, Габерланд) позволяют признать в трансфузии крови не *ultimum refugium*, а первостепенное и ценное профилактическое и лечебное средство при газовой инфекции. Это становится особенно убедительным в связи с учетом общепризнанного действия перелитой крови при больших кровопотерях и шоке, которые, как указано выше, создают фон, наиболее благоприятствующий развитию газовой инфекции.

Поступила в ред. 3. I. 1937 г.

г. Казань.  
ул. Баумана, д. 34, кв. 1.

Из Татарского ин-та ортопедии и травматологии и одноименной клиники Гос. ин-та усовершенств. врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор доц. Л. И. Шулутко).

## Перимускулярная алкоголизация при спастических гипертониях мышц конечностей.

Г. С. Самойлов.

Мышечная гипертония, являющаяся результатом повышенной рефлекторной возбудимости и наблюдающаяся часто в области одной группы мышц, вызывает благодаря ослабленному тонусу антагонистов ряд деформаций конечностей, в большинстве случаев в виде приводящих и сгибательных контрактур бедер, коленных и голеностопных суставов.

Подобные контрактуры зачастую бывают настолько резко выражены, что не только активные, но и пассивные движения в том или ином суставе становятся невозможными.

Нередко лишь на операционном столе, когда в глубоком наркозе расслабляется мускулатура, устраняется порочное положение конечностей. Но даже при наличии расслабленной мускулатуры не всегда возможно было получить в наркозе устранение деформаций, вследствие наличия вторичных изменений мышц, а также вследствие препятствий со стороны других мягких тканей (капсул, связок, кожи).

Наличие повышенной рефлекторной возбудимости мышц с явлениями гипертонии и спастических контрактур создает значительную функциональную непригодность пораженного органа.

В силу того, что основной процесс при спастических параличах локализуется в области центрального неврона, и в большинстве случаев носит уже законченный характер, наши лечебные мероприятия в основном являются паллиативными и направлены главным образом к уменьшению спастичности путем разрушения двигательного или чувствительного отдела рефлекторной дуги с целью хотя бы частичного восстановления функций конечностей.

Все предложенные для лечения спастических параличей методы можно разделить на операции в области центральной нервной системы и операции на периферии.

К первой группе нужно отнести операцию Ферстера, предложенную им в 1908 году. Техника этой операции сводится к ламинэктомии в области участка спинного мозга, сегменты которого иннервируют пораженный отдел. Вследствие сравнительно малой эффективности, сопряженной с довольно сложным оперативным вмешательством, данный метод применяется редко. Считаясь с травматичностью метода Ферстера, Штоффель пе-

ренес оперативное вмешательство на периферию рефлекторной дуги. Предложенные им методы достигают уменьшения спастичности путем нарушения целости двигательной части рефлекторной дуги: в одних случаях иссечением части нервного ствола в общем нервном кабеле, в других же—двигательные нервные ветки выпрепаровываются и перерезаются тотчас у входа их в гипертонированную мышцу. Отрицательной стороной операции Штоффеля является то, что, расслабляя этим способом спастическую мышцу, мы можем одновременно понизить тонус здоровых групп, получающих вместе с пораженной общую иннервацию. Методом Штоффеля игнорируется вегетативная нервная система, в то время, как работами целого ряда авторов доказано, что тонус скелетной мускулатуры поддерживается не только соматической нервной системой, но также и рядом симпатических нервных веточек, вступающих в мышцу по ее периферии.

Желая осуществить более обширную денервацию гипертонированной мышцы, проф. М. О. Фридланд в 1925 году модифицировал второй вариант операции Штоффеля. Он отсепаровывал брюшко пораженной мышцы, обойдя ее со всех сторон, и тем самым нарушая иннервацию ее, в результате чего получал хороший и стойкий эффект устранения гипертонии.

Назвав подобную модификацию операции Штоффеля nevrectomia perimuscularis, автор признает следующие ее недостатки: „1) высепаровывание мышечного брюшка представляет собой операцию не менее обширную, чем операция Штоффеля, 2) не на всякой мышце без риска серьезного нарушения ее питания (вследствие необходимого по ходу операции рассечения крупных мышечных сосудов) nevrectomia perimuscularis может быть выполнена, и наконец, 3) в случаях рецидива гипертонии—перспектива повторения сложного хирургического вмешательства“.

Стремясь сохранить все положительные стороны nevrectomia perimuscularis, а также изыскать метод лечения спастических параличей, доступный широкой врачебной среде, Фридланд предложил заменить кровавое вмешательство методом бескровной химической перерезки перимускулярных как спинно-мозговых, также и симпатических нервов.

В качестве „химического ножа“ автор предлагает следующий раствор: 1,0 новокаина растворяется в 20 см<sup>3</sup> дистиллированной воды, и туда прибавляется 80 см<sup>3</sup> продажного 95° ректифицированного спирта. Метод применения данного раствора чрезвычайно прост. Склейка слегка подогревается в горячей воде, и раствор насасывается в 10 граммовый Рекордовский стерильный шприц. Операционное поле протирается спиртовым марлевым шариком, и игла вводится под мышечную фасцию, параллельно волокнам гипертонированной мышцы.

Таких инъекций производится несколько. Каждой инъекцией

вводится 2—3 см<sup>3</sup> раствора, после чего игла шприца, смотря по надобности, может быть из данного же укола направлена в другую сторону, куда также закладывается инфильтрат нужной плотности. Производство инъекций в толщу мышечного брюшка автором не рекомендуется, т. к. при этом наблюдается появление отечности. Под влиянием согревающих компрессов и массажа эта отечность исчезает, но в первый момент затушевывает картину расслабления тонуса мышц, наступившую тотчас после инъекций. Подобных сеансов в зависимости от получаемого эффекта производится несколько.

Между инъекциями делаются 3—5-дневные промежутки. Что касается дозировки раствора алкоголя на один сеанс, то автором рекомендуется для детей до 10-летнего возраста не свыше 10—15 к. см, взрослые же переносят свободно 30 к. см на одну и 50 на обе нижние конечности.

Для выяснения влияния указанных инъекций на мышечные элементы нами, по предложению проф. М. О. Фридланда (в то время директора Ин-та), были произведены опыты на животных. Для проведения опыта мы взяли три серии кроликов; первая серия состояла из десяти животных, и две последующих—из пяти в каждой. Стремясь получить более отчетливую картину влияния раствора алкоголя на мышечные элементы у животных, мы умышленно брали дозу, в два и более раз превышающую нормальную.

Всем кроликам первой серии в один день была произведена перимускулярная алкоголизация икроножных мышц обеих голений. Инъекции производились шприцем через предварительно выбритую кожу, в количестве 2 $\frac{1}{2}$  см<sup>3</sup> раствора алкоголя. Тотчас после инъекций, а также и в дальнейшем, каких-бы то ни было паралитических явлений мы не наблюдали. На следующий день одному из кроликов была произведена биопсия мышцы, вокруг которой накануне была произведена алкоголизация.

Мышечная ткань представляется нормальной, в тканях, окружающих место инъекции, также никаких патологических изменений нет. Из биопсированной мышцы, после обработки в целлоидине, были сделаны срезы, которые окрашивались гематоксилин-эозином, а также по методу Ван Гизона.

Биопсия производилась ежедневно одному из подопытных кроликов на одной ножке, по истечении же десяти дней первый кролик подвергался биопсии второй ножки, где алкоголизация производилась одновременно с первой. Таким образом мы имели возможность проследить на микроскопических срезах поведение перимускулярно алкоголизированных мышц на протяжении двадцати дней.

Результат патолого-гистологических исследований показал, что мышечная ткань под микроскопом выглядит вполне нормально.

мально: ядра мышечных волокон и поперечная исчерченность хорошо выражены; мышечные волокна представляются блестящими в проходящем свете; кровеносные сосуды наполнены кровью. Пристеночного стояния лейкоцитов и эммиграции их не отмечается. И лишь у кролика № 3, на третий день после алкоголизации, при микроскопии, были обнаружены резкие изменения в мышечной ткани, что мы могли объяснить неосторожной инъекцией, при которой игла шприца глубоко внедрилась в мышцы; раневой ход попал в плоскость среза микротома. На этом препарате хорошо виден раневой ход, с обрывками мышечных волокон, распавшихся на глыбки и местами имевших гомогенно-однообразную структуру, окрашенную в однородно-трязный цвет. Видна также намечающаяся демаркационная линия.

В данном случае, типичная картина реактивного воспалительного процесса объясняется безусловно непосредственной травмой мышц иглой, а не влиянием инъицированного алкоголя.

Для проверки результатов, полученных в первой серии опытов, нами дополнительно были взяты еще десять кроликов, которые были разделены на две группы по 5 в каждой. Этим кроликам, так же, как и в первой серии, были произведены перимускулярные алкоголизации в обе задние ножки. В результате обработки двух последних групп кроликов мы получили две серии срезов, по десять в каждой. В этой группе опытов мы проследили состояние подвергнутых обработке мышц на протяжении десяти дней. При последующей микроскопии в срезах обеих серий мы никаких патолого-гистологических изменений не обнаружили.

Из приведенных опытов выяснилось, что в условиях эксперимента, не взирая на более высокую дозу инъицируемого раствора алкоголя, в тех участках мышечной ткани, которая подвергалась перимускулярной алкоголизации, макро- также и микроскопических изменений мы не получили.

Таким образом наши опыты подтвердили априорное предположение М. О. Фридланда о безвредности предложенного им раствора для мышечных элементов.

Вышеописанный метод перимускулярной алкоголизации нами был применен в тринадцати случаях мышечной гипертонии. Приведенная таблица представляет анализ нашего клинического материала.

По эффективности применения перимускулярной алкоголизации мы делили результаты на местные и общие. Местным мы считали тот эффект, когда ослаблялась гипертония одной или группы мышц, но мы не достигали улучшения общего состояния, в смысле статики и походки больного. Если же уменьшение спастичности отдельных мышечных групп привело к улуч-

№ № по нор. № № историй болезни	Фамилии больных	Возраст	Давность забо- левания	Локализация парапа- личий			Лечение	Эффект
				Monoplegia superior	Monoplegia inferior	Paraplegia inferior		
1 153	Фок - в . . .	20	13	—	—	—		
2 296	Ерм - ов . . .	25	8	—	—	—		
3 555	Кр - ов . . .	34	31	—	—	—		
4 559	Вар - ова . . .	21	19	—	—	—		
5 217	С - ев . . .	10	7	—	—	—		
6 487	Л - ев . . .	28	10	—	—	—		
7 77	Г - ии . . .	21	21	—	—	—		
8 534	К - ов . . .	12	12	—	—	—		
9 317	С - ва . . .	10	7	—	—	—		
10 109	И - ва . . .	23	23	—	—	—		
11 629	И - ва . . .	8	8	—	—	—		
12 45	Р - ев . . .	10	10	—	—	—		
13 80	Б - ов . . .	30	18	—	—	—		
				1	1	6	3	2
							7	6
								7
								6

шению функции пораженной конечности, то данный эффект мы считали общим. Из семи больных, получивших местное уменьшение спастичности, но сохранивших порочное положение конечностей, шести дополнительно было оказано оперативное пособие типа тено-миопластики. Седьмой больной (водянка мозга, б-я С-ва, ист. болезни № 137) был выписан из клиники лишь с положительным результатом местного порядка.

Для иллюстрации эффективности применения перимускулярной алкоголизации мы приводим кратко несколько историй болезни.

### 1) Случай отличного эффекта.

Больной К., 34 лет (ист. бол. № 555). По словам родителей начало заболевания отмечается с 3-летнего возраста после перенесенного острого заболевания, длившегося 2 месяца и сопровождавшегося высокой температурой с потерей сознания. До 17-летнего возраста не мог ходить даже с посторонней помощью. В дальнейшем наступило улучшение в функции конечности и возможность передвигаться, пользуясь вначале костылями, а в дальнейшем палкой. Сгибательные контрактуры коленных суставов и резкое приведение бедер заставило больного обратиться в клинику.

Объективно: резкая гипертония приводящих мышц обоих бедер, сгибателей голеней и стоп. Наличие патологических рефлексов (клонус обеих стоп, Бабинский). Приведение правого бедра 10°, левого—12° от средней линии. Активное разведение возможно в пределах 3—5°. Коленные суставы в положении сгибательных контрактур; активное разгибание коленных суставов

отсутствует. Походка больного неуверенная, при помощи палки. При ходьбе пятки не касаются пола.

Первым сеансом была произведена перимускулярная алкоголизация приводящих мышц обоих бедер в количестве 25 см<sup>3</sup> раствора на каждую конечность. Тотчас после инъекции, на операционном столе, появилась возможность активного разведения бедер в пределах 18°—19° от средней линии. Инъекции сопровождались значительной болезненностью. Появившаяся на следующий день отечность обоих бедер не дала возможности продолжать лечение в течение 15 дней. После второго сеанса перимускулярной алкоголизации, направленной на группу сгибателей голени и икроножных мышц, мы при наличии в течение первых 3—4 минут значительной болезненности получили возможность пассивного разгибания коленных суставов до 180°; нормальная активная подвижность в коленных суставах появилась на следующий день. Клонус обеих стоп и симптом Бабинского отсутствуют. Вторым сеансом перимускулярной алкоголизации было инъицировано 30 см<sup>3</sup> в обе конечности.

На второй день после последней инъекции больной стал свободно ходить без помощи палки и имел возможность поочередно стоять на одной ноге, опираясь о пол полной стопой.

## 2) Случай с удовлетворительным результатом.

Больной Б., 30 лет (ист. бол. № 80). 18 лет тому назад, после падения с лошади, получил травму позвоночника; ходить мог, лишь опираясь руками на согнутые бедра. Десять месяцев спустя появился паралич нижних конечностей и недержание мочи и кала. Через два года началось восстановление чувствительности и подвижности, а спустя еще три года больной начал ходить, опираясь на палку.

Объективно: в области верхнего отдела грудной части позвоночника—незначительное кифотическое искривление. Приводящая мускулатура обеих бедер и икроножные мышцы в состоянии резкой гипертонии. Коленные суставы в положении контрактур под углом 170°. Расстройство всех видов чувствительности на животе и нижних конечностях. Резкий клонус обеих стоп. Симптом Бабинского. Больной ходит, опираясь на палку. Коленные суставы соприкасаются между собой; при ходьбе пятки не касаются пола.

Перимускулярная алкоголизация приводящих мышц бедра и сгибателей голени на бедре (25 см<sup>3</sup> раствора на каждую конечность) полностью устранила гипертонию указанных мышечных групп. Больной получил возможность при ходьбе широко расставлять ноги в стороны. Через 5 дней произведена повторная алкоголизация икроножных мышц обеих голеней (15 см<sup>3</sup> раствора на каждую голень).

Бывший до лечения клонус обеих стоп значительно менее выражен, но не устранен полностью; спустя три дня больной получил третью серию инъекций в область икроножных мышц обеих голеней по 10 см<sup>3</sup> раствора на каждую, после чего клонус исчез. При выписке из клиники больной опирался о пол полной стопой и ходил без помощи палки. Несмотря на отсутствие спастических явлений увеличить угол разгибания коленных суставов не удалось, вследствие имевшегося, повидимому, в данном случае артrogenного препятствия со стороны суставов, приспособившихся за несколько лет к порочному положению.

## 3) Случай без улучшения функций.

Б. С., 10 лет (ист. бол. № 317), больна водянкой мозга с 3-летнего возраста. Не ходит с начала заболевания. Объективно: функциональное укорочение левой ноги вследствие врожденного вывиха бедра. Легкая атактичность движений верхних конечностей. Гипертония приводящих мышц правого бедра, сгибателей и икроножных мышц обеих голеней. Сухожильные рефлексы повышенны, с начинающимся клонусом правой стопы. Психика ребенка понижена.

Больная подвергалась три раза перимускулярной алкоголизации, но никакого функционального эффекта мы не наблюдали, и больная была выписана из клиники без существенных перемен в состоянии здоровья.

*Выводы.* 1) Из всех методов, „выключающих“ рефлекторную дугу при спастических поражениях мышц, метод перимускулярной алкоголизации проф. Фридланда является наиболее простым и может быть применен в любых амбулаторных условиях.

2) Метод перимускулярной алкоголизации дает во всех случаях резкое понижение спастичности отдельных мышечных групп мышц; при множественном поражении не всегда удается получить улучшение функции органа в целом.

3) Перимускулярная алкоголизация может служить предшествующим лечебным средством к миопластическому оперативному вмешательству при деформациях спастического порядка.

4) Макро- и микроскопических изменений мышц при алкоголизации не наблюдается.

Поступила в ред. 3. VII. 1937 г. Казань, Касаткина ул., д. № 20, кв. 2.

## ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Чебоксарской больницы Чувашской АССР (главврач и зав. хир. отд. И. М. Кузнецов).

### О частичном гигантизме.

И. М. Кузнецов.

Этиология и патогенез частичного гигантизма (ч. г.) до сих пор считаются точно невыясненными; по этому поводу авторами предложено много теорий.

Эмбриональная теория объясняет нарушение роста того или другого органа при ч. г. теми глубокими расстройствами в построении тканей у эмбриона, которые могут наступить в связи с такими факторами, как воспаление, неравномерное распределение в определенной области клеточного материала, или сохранение в части клеток особой энергии к росту, равно как и от других причин, допускаемых некоторыми авторами.

Согласно механической теории гипертрофия той или другой конечности вызывается венозным застоем, происходящим у плода от неправильного его положения, а также от перетягивания конечностей амиотическими тяжами и пуповиной.

По сосудистой теории первично поражаются кровеносные сосуды, они гипертрофируются, что приводит к повышенному росту усиленно питаемых тканей.

Представители нейрогенной или нервно-трофической теории приписывают происхождение ч. г. поражению центральной нервной системы, изменениям в симпатических узлах и т. д.

Сторонники эндокриногенной теории придают значение, главным образом, нарушению функции гипофиза.

Из советских авторов Рубашев<sup>1)</sup> в своей обширной монографии, посвященной частичному гигантизму, выдвигает на первый план нейрогенные и эндокриногенные этиологические факторы в генезе этого страдания. Он считает ч. г. следствием поражения трофической нервной системы либо в центральном, либо в периферическом ее отделе; причиной изменений в нервной системе могут быть разнообразные заболевания (грубобиоатомические процессы, влияние инкрементов и пр.) Китайгородская<sup>2)</sup> на основании того, что в ее случаях ч. г. отсутствовали какие-либо нарушения со стороны нервной системы, останов-

<sup>1)</sup> Проф. С. М. Рубашев, *Macrosomia partialis congenita*. Труды Белорусского гос. ун., Минск, № 22, 1928 г.

<sup>2)</sup> О. Д. Китайгородская, Частичный гигантизм у детей. Госуд. мед. изд., 1931.

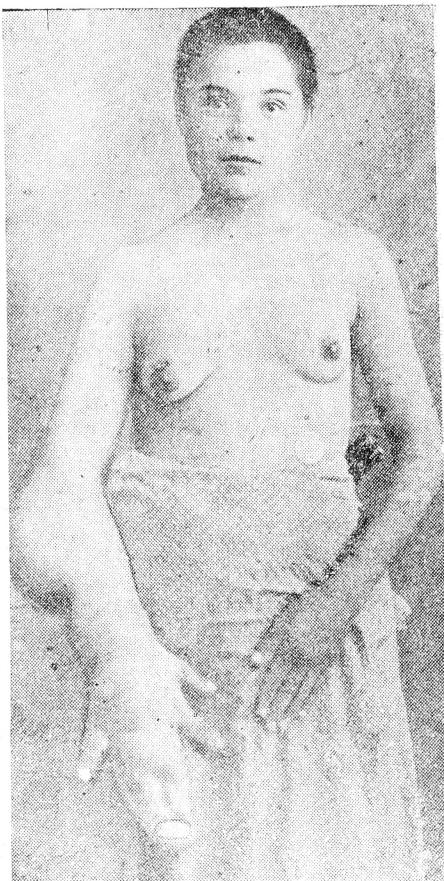
ливаются на теории эмбриональной, как на наиболее удовлетворительной теории генеза этого страдания.

Ниже приводятся наблюдавшиеся мною 2 случая ч. г. Из них первый случай представляет значительный интерес в смысле характера обнаруженных местных изменений, равно и сопутствующих общих явлений, дающих, как мне кажется, некоторые основания для суждения об этиологии заболевания.

Случай 1-й. 30/VI 1930 г. в хирургическое отделение Чебоксарской больницы поступила девица, 19 лет, крестьянка, по поводу долго незаживающей язвы правой голени, образовавшейся будто-бы после ушиба. Рост больной—146 см, вес 49 кг, окружность головы 52 см, окружность груди 84 см. Слизистые оболочки бледноваты, на туловище—многочисленные рубцы от перенесенных чирьев. На задней поверхности правой голени имеется язва размером 13 см  $\times$  10 см, покрытая вялой грануляцией.

При осмотре больной обращает на себя внимание резкое увеличение размеров правой руки, особенно сросшихся между собой 3-го и 4-го пальцев. Подкожная жировая клетчатка на правой верхней конечности выражена обильно, но расположена неравномерно. Меньше всего ее на внутренней поверхности плеча, но и здесь ее несколько больше, чем на левом плече. В области задней поверхности локтевого сустава и прилегающих участков плеча и предплечья имеется большое скопление мягкой жировой ткани, отвисающей в виде значительной опухоли, размером более, чем 2 кулака. Другое опухолевидное скопление жировой клетчатки меньших размеров расположено на ладонной поверхности дистальной половины предплечья, третье скопление—на тыле кисти.

Правое плечо на вид толще и длиннее, предплечье имеет весьма массивный объем, главным образом из-за скопления жировой ткани. Кисть обезображенна, она не имеет нормальной формы. Два сросшихся пальца в полтора раза шире левого предплечья; по размеру они не уступают и дистальному отделу правого предплечья; они лишь несколько уже ладони. Оба эти пальца изогнуты дугообразно в тыльную сторону, имеют один общий ноготь; кожа на ладонной их поверхности сильно утолщена, мягкая, гладкая, без намека на какое-либо продольное углубление. Такой же характер имеет кожа и на ладони, она выполняет имеющееся здесь в норме углубление и создает такую же дугообразную



выпуклость, как и на сросшихся пальцах, поэтому кисть и два сросшихся пальца образуют одно целое. В дистальном отделе тыла 3-го и 4-го пальцев имеется посередине продольная ямочка. Остальные три пальца под большим углом отходят от кисти в стороны. Большой палец не увеличен, он даже несколько меньше первого пальца левой руки; 2-й и 5-й пальцы умеренно увеличены в размерах как в длину, так и в окружности. 1-й, 2-й и 5-й пальцы при сгибании приближаются к средней линии. Правой рукой больная может удерживать предметы лишь между первым и вторым пальцами, все же правой рукой она может жать серпом, молотить цепом. Однако правая рука во время работы быстро утомляется, в ней часто возникают болевые ощущения. Что касается огромных сросшихся пальцев, то они никакого участия во время работы не принимают; движение в них происходит лишь в пястно-фаланговых сочленениях в виде незначительного сгибания и разгибания, в пределах 10—15°.

Размеры правой и левой верхних конечностей оказались следующими:

Длина плеча . . . . .	правого	28 см.	левого	24 см.
Длина предплечья . . . . .	"	23 см.	"	23 см.
Длина кисти и 2-х сросшихся пальцев по тыльной стороне . . . . .	правой	24 "	левой	17 см.
Тоже по ладонной стороне . . . . .		23 "		
Окружность рук на различных уровнях следующая:				
Плеча . . . . .	правого	27 см.	левого	22 "
Локтевого сгиба . . . . .	"	38 "	"	20 "
Наибольшая окружность предплечья правого . . . . .		41 "	"	20 "
Предплечья в дистальном отделе правого . . . . .		28 "	"	15 "
Двух сросшихся пальцев у основания . . . . .		24 "		
(соответствующие данные для 3-го и 4-го пальцев левой руки: 9 см, 8 см. и 7 см.)				
Тоже в средней части . . . . .		23 "		
Тоже у основания ногтя . . . . .		17 "		

Нижние конечности б-ной без особых отклонений. Надбровные дуги хорошо выражены. Зубы на нижней челюсти расположены редко, с промежутками. Язык имеет слегка увеличенные размеры. Внутренние органы без особых изменений. Щитовидная железа прощупывается, не увеличена. Растительность на лобке выражена умеренно, по женскому типу. Грудные железы достаточно развиты, правая заметно больше левой; околососковый пигментированный кружок правой грудной железы имеет в диаметре 5 см, левой—3 см. Менструации у больной начались будто бы лишь в течение последнего года, делятся по 3—4 дня, безболезненны. Длительности межменструального периода больная определить не может. За время пребывания в больнице месячные наблюдались два раза, с промежутком почти в 1½ месяца.

Обращают внимание дефекты в психике нашей пациентки; она не умеет считать твердо даже и в пределах 10. При расспросе отца больной выяснился следующий семейный анамнез. Отцу 67 лет, жена его умерла 15 лет тому назад 46 лет на почве какого-то заболевания сердца. Детей было 6, больная—самая младшая; трое умерли в возрасте 10—15 лет; одна дочь умерла внезапно, другая утонула, сын умер от болезни суставов. Оставшиеся в живых сын и дочь здоровы, имеют хорошо развитых детей. Все дети, кроме больной, не обнаруживали признаков умственной отсталости. У данной же больной по словам отца в детстве наблюдались галлюцинации, чаще днем; она видела всевозможных животных—сверчков и пр., которые пытались ее щекотать. Больная часто жаловалась на головную боль. Отец отмечает у нее слабую память. В детстве ходить и говорить она начала в срок; болела только малярией. Заметные своим уродством 3-й и 4-й пальцы правой руки увеличивались в размерах постепенно одновременно с ростом самой девочки.

На рентгеновском снимке левых предплечья и кисти со стороны костей отклонений не обнаружено. Кости правого предплечья представляются на снимке заметно утолщенными, костно-мозговой канал и кортикальный слой несколько

расширены. Обращает внимание массивность olecranon'a, шиловидный отросток локтевой кости длиннее и шире. Бугристость лучевой кости сильно выражена. Суставная поверхность на дистальном конце луча расширена и неровная.

Кости застяга на правой руке увеличены незначительно, суставные щели между ними расширены. Пястные кости расположены веерообразно. На правой пястной кости и флангах большого пальца имеются явления переко выраженного остеопороза: они короче соответствующих костей левой кисти. 2-я, 3-я, 4-я, 5-я пястные кости удлинены, больше всего 3-я и 4-я. Тела последних представляются более тонкими, чем одноименные кости левой руки; основания же и головки их увеличены, особенно сильно вздуты головки 3-ей и 4-ой пястных костей, контуры их неровные. Кортикальный слой в диафизарных частях пястных костей хорошо выражен, на концах же их имеется картина резко выраженного остеопороза.

Фаланги 2-го и 4-го пальцев широкие, несколько удлиненные; конечная же фаланга 5-го пальца укорочена, но с широкой ногтевой бугристостью. Интересные изменения имеются в фалангах 3-го и 4-го пальцев. Основные и средние фаланги их имеют огромные размеры, они в 2 раза длиннее и в  $2\frac{1}{2}$  раза шире нормальных фаланг. Дистальные концы основных и средних фаланг лишены характерных для них округлых очертаний. Суставные поверхности между первой и второй фалангами 4-го пальца полностью срослись; у 3-го пальца суставная щель между этими фалангами представляется узкой, почти прямолинейной, продольную ось пальца она пересекает под небольшим углом. Костная структура описываемых фаланг изменена своеобразно. Кортикальный слой на 3-м пальце расположен лишь на медиальной поверхности первых двух фаланг; на 4-м же пальце только на латеральной поверхности их; он выражен в виде еле заметных тонких полос. Костно-мозговой канал определяется лишь в проксимальной части основных фаланг, в средних же фалангах он совсем не контурируется. Губчатое вещество в этих фалангах сильно разрежено; направление трабекул неправильное; в средней фаланге расположение их принимает хаотический характер.

Обе ногтевые фаланги этих пальцев образуют одну сросшуюся, широкую пластинку, овальной формы. Эта кость имеет сращение и с концами средних фаланг. Она состоит из спонгиозного вещества, редкие трабекулы его образуют крупно-петлистую сеть: в последней выделяются две больших поперечно расположенных овальных ячейки с резко контурированными границами.

Огромные размеры 3-го и 4-го пальцев по данным снимка зависят от увеличения объема мягких частей и их скелета.

Исследование крови на RW дало отрицательный результат. Лейкоцитов в крови 7400 в 1 мм<sup>3</sup>, в формуле белой крови обращает на себя внимание количество эозинофилов, их 9,5%; нейтрофилов 53%; лимфоцитов 32%; моноцитов 5,5%. Моча с удельным весом в 10,0, без патологических примесей, суточное количество ее 900–1500 г за 48 дней пребывания больной в стационаре; язва на голени отличалась вялым течением: несмотря на применение общепринятых средств (местные ванны и пр.) она полностью не зажила.

В августе 1933 г. больная некоторое время лечилась в глазном отделении нашей больницы. Заметного увеличения правой верхней конечности за прошедшие 3 года не обнаружено, лишь скопление жировой клетчатки в области локтевого сустава стало несколько больше.

Случай 2-й. В ноябре 1934 г. в весьма тяжелом состоянии в больницу был доставлен больной, 35 лет, крестьянин, по поводу непроходимости кишок. Дело шло об ущемлении сигмовидной кишки в отверстии, у основания брыжейки тонких кишок; через него она вся прошла слева направо и на всем протяжении омертвела. Потемнел также участок тонких кишок, очевидно, на почве обескровливания от сильного натяжения брыжеечных сосудов в области указанного отверстия брыжейки тонких кишок, сильно растянутого вздувшейся сигмовидной кишкой. Кроме основного страдания у больного была обнаружена умеренная, равномерная гипертрофия 4-го пальца правой руки.

Палец увеличивался с раннего детства, в работе больному не мешал; он имеет хорошую подвижность. Больной развивался нормально, язвенными процессами не страдал.

У нашей первой больной гигантизм правой руки сопровождался увеличением размеров скелета и объема мягких частей, особенно жировой ткани. Согласно существующему воззрению и то и другое рассматривается как одно страдание. Отдельные авторы на конечностях, пораженных гигантизмом, находили некоторую гипертрофию мышц за счет увеличения объема мышечных волокон, другие, наоборот, отмечали атрофическое состояние мышечной ткани. Быстрая утомляемость правой руки у больной говорит против наличия у нее заметной гипертрофии мышц.

Увеличение размеров костей на правой кисти в первом нашем случае сопровождается одновременно процессами дистрофического характера, куда можно отнести остеопороз и пр. Гальман<sup>1)</sup> наблюдал в своем случае, как и мы у больной Г., — костные анкилозы в суставах гипертрофированной кисти; поражение суставных концов кисти он склонен рассматривать как следствие дистрофии или воспаления.

В первом нашем случае кроме гипертрофии правой руки отмечена гипертрофия правой грудной железы. Увеличение же языка было незначительным.

Сочетание в первом случае резко выраженного частичного гигантизма с явлениями уродства в виде синдактилии наиболее гипертрофированных пальцев, по моему мнению, указывает на значение эмбриональных факторов в происхождении и частичного гигантизма. Дефекты в психике больной, наличие хронической язвы на голени говорят о заинтересованности центральной нервной системы и нарушении трофических функций нервной системы. Часть авторов склонна связать с акромегалией, вообще с заболеванием гипофиза одностороннюю гипертрофию и даже гипертрофию отдельного члена. Хлопонина описала гипертрофию грудной железы как ранний признак акромегалии. У нашей же больной гипертрофия правой руки началась с раннего детства, задолго до наступления половой зрелости. Вопрос об участии гипофиза в происхождении частичного гигантизма в обоих наших случаях остается открытым.

Поступила в ред. 4/XI 1937.

г. Чебоксары, больница-

---

1) И. М. Гальман, К вопросу о частичном гигантизме. Советская хирургия, 1935, № 9.

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского медицинского института (дир. проф. В. К. Трутнев).

## Случай поражения VIII пары нервов после переливания крови.

Прив.-доц. З. И. Вольфсон.

В литературе есть указания на разного рода осложнения, связанные с трансфузией крови; но о поражении слухового нерва мы нигде никаких сообщений не встречали; тем более представляют интерес случай, когда у больного, после повторной трансфузии крови по поводу абсцесса легкого, развилось воспаление VIII пары нервов.

Больной Х., 36 л., рабочий, поступил 27/III 1935 г. в ушную клинику Казанского медицинского института с жалобами на понижение слуха и шум в обоих ушах. Бывают головокружения. Болезненных явлений со стороны ушей не отмечает. В 1930 году, после перенесенного воспаления легкого, заболело левое ухо. В тяжелом состоянии больной был доставлен в клинику, где подвергся операции на левом сосцевидном отростке. Послеоперационный период прошел гладко, слух восстановился, и больной в дальнейшем, до 1935 г. не предъявлял жалоб. По словам больного, уже 2 г. и 9 м. он страдает абсцессом легкого. Лечили внутривенным введением сальварсана и хлористого кальция, но безрезультатно. Перенес малярию, тиф, воспаление легких, грипп, ангины, корь.

Больной участвовал в гражданской войне с 1918 по 1921 г.; был контужен в голову и ранен в левое бедро. Работал на кожевенном заводе, был кондитером. Вдов, был женат 12 лет, детей не было.

10/1 1935 г. поступил в Институт переливания крови по поводу абсцесса легкого. С 16 января до конца марта больному 8 раз переливали консервированную кровь, всего в количестве 1100 см<sup>3</sup>. Первое переливание крови прошло без всяких осложнений. После одного из переливаний в феврале появился шум в ушах и понижение слуха. По словам больного, у него отнялся язык, "рот был на боку". Подходили врачи, разговаривали с ним, хотя он разговор слышал, понимал, но не мог ответить. На следующее утро больной стал говорить. В ближайшие дни он убедился, что стал плохо слышать. В настоящее время воспринимает только громкую речь у ушной раковины.

Status praesens. Перегородка носа отклонена влево. Хоаны свободны, при фонации голосовая щель отклонена влево; голосовые связки почти сходятся. Левая половина гортани ограничена в своей подвижности. Правый чирнал заходит впереди левого. Голос хриплый. Воспалительных явлений в гортани нет. Барабанные перепонки гиперемированы, опознавательные пункты их стушеваны. Справа виден короткий отросток и неясный световой конус; слева виден только короткий отросток. За левой ушной раковиной — операционный рубец.

Состояние слуховой функции: опыт Weber'a — влево; костная проводимость справа — 7", слева 15"; воздушная проводимость справа — 2", слева — 2"; верхняя граница слуха справа и слева 1,5 (свистка Гальтона); нижняя граница слуха справа и слева — С — 128; на оба уха громкая разговорная речь — у ушной раковины; шопот на оба уха — 0; с заглушителем Барани слух также — 0. При калорической пробе вызывается нистагм при 100 см<sup>3</sup> воды комнатной температуры. Реакции Вассермана и Закс-Георги — отрицательные. Лечение — фарадизация ушей.

В дальнейшем повторный анализ слуховой функции давал основание предполагать у больного стойкое поражение звукоспринимающего аппарата. Костная и воздушная проводимость значительно укорочена, но костная пре-

валирует над воздушной. Верхняя граница слуха справа — 4 деления свистка Гальтона; слева — в пределах 2 делений. Громкую речь воспринимает только слева у самой ушной раковины; справа — 0. 16.V.1935 г. заметна инфильтрация барабанной перепонки слева, в глубине слухового прохода немного густого гноя; повидимому имеется перфорация в передне-нижнем квадранте барабанной перепонки. Слух — без перемен.

Для того, чтобы яснее представить себе патогенез не совсем обычного течения болезни у больного X., мы приведем выдержки из истории болезни за время пребывания больного в Институте передивания крови.

Больной поступил в Институт 10.I.1935 г. с диагнозом абсцесс правого легкого. Группа крови III—B. До 14/II больному три раза переливали консервированную кровь без осложнений — всего 40 л см<sup>3</sup>. 14 февраля, после трансфузии 100 см<sup>3</sup> консервата, у больного появились сильные боли в пояснице, общая слабость, затрудненное дыхание. Знаками больной показал, что он не может говорить. На следующий день общие явления прошли, вернулась речь, но больной стал замечать понижение слуха, которое прогрессировало в ближайшие дни. В дальнейшем больному еще 4 раза переливали кровь без особых осложнений.

За время пребывания в Институте больной неоднократно направлялся на консультацию в ушную клинику к д-ру Вольфсон. Понижение слуха стойкого характера. В феврале 1936 г. больной опять лежал в Институте. Слух почти отсутствует. В легких процесс прогрессирует. Рентгеноскопия (3.II.1936 г.): спрыва — в средней доле неравномерное затемнение со светлыми промежутками легочной ткани. Определяются шварты на границе верхней и средней доли.

В мокроте обнаружены эластические волокна и ВК. Выписывается с направлением в туберкулезный диспансер.

В анамнезе больного X. мы имеем указания, что он в 1930 году находился в ушной клинике Казанского мединститута и подвергался операции на сосцевидном отростке слева по поводу острого мастоидита. После операции слух у больного восстановился и никаких жалоб со стороны ушей у него не было до февраля 1935 г.

Больной в 1930 году впервые заболел пневмонией. В течение 5 дней основное заболевание осложнилось воспалением среднего уха и сосцевидного отростка слева. Повидимому, состояние больного было угрожающим. В день поступления произведена операция (проф. Трутнев). Обнажена dura mater и произведена пункция мозга. Вероятно было основание предполагать внутричерепное осложнение. И в тот же день больного консультировали офтальмолог, невропатолог и через день терапевт. В дальнейшем состояние больного быстро выравнялось, и он выписан с отметкой „выздоровление“.

Сам больной не помнит, как его доставили в клинику, как прошла операция и т. д., для него весь этот период прошел в бессознательном состоянии. Интересно отметить, что, по протоколу, слух у больного до операции справа нормальный, а слева — воспринимает разговорную речь на расстоянии 1,5 м, шепот — у ушной раковины. По словам больного слух у него слева вскоре после выписки совершенно восстановился.

Первое переливание крови больной перенес хорошо. Резкая перемена произошла 4. II, когда больному перелили 100 см<sup>3</sup> консервата. Больной сразу ослабел, появилась резкая одышка, сильные боли в пояснице; больной знаками стал показывать, что не может говорить.

Хотя на консультации невропатолог и указывал, что афазия функционального характера, но мы могли отметить еще в конце марта, что у больного имелось ограничение подвижности левой половины гортани, хриплый голос, правый черпал заходил впереди левого, при отсутствии воспалительных явлений со стороны слизистой. Очевидно, налицо явления пареза левого возвратного нерва. За время пребывания в Институте больной неоднократно был на консультации у отиатра, слух понизился почти до глухоты, что и отмечено при выписке: „слух почти отсутствует“ (д-р Курицына).

27/III 1935 г. больной переведен в ушную клинику, где запротоколировано понижение слуха, свойственное воспалению звуко-воспринимающего аппарата.

В феврале 1936 г. больной опять поступил в Институт переливания крови. Процесс в легких прогрессирует, слух—еле разбирает громкую речь.

Анализируя все эти протоколы, мы можем сказать, что у больного после переливания крови 14/II 1935 г. был какой-то инсульт, напоминающий гемолитический шок. Результатом этого гемолиза был тромбоз некоторых отделов центральной нервной системы, что могло привести к поражению возвратного и слухового нерва.

До настоящего времени недостаточно изучена сущность гемолиза, и заранее предвидеть все такого рода осложнения пока еще трудно. Но результат этого гемолиза бывает различный— от самых легких случаев до смертельного исхода, а иногда может получиться поражение того или другого отдела нервной системы, в том числе и слухового нерва.

В литературе мы не встретили указаний на поражение слухового нерва при переливании крови.

Поступила в ред. 7/XII 1937.

г. Казань, ул. Комлева, д. № 3, кв. 2.

Из физиотерапевтического отделения (зтвд. отд. д-р М. М. Верден) Турухтаний поликлиники (начальник поликлиники д-р Ф. А. Мировский).

## Случай пареза мягкого неба, голосовых связок и мышц глотки, леченный ионофорезом кальция.

М. М. Верден (Ленинград).

Экспериментальными работами Сеченовского института установлено, что при ионофорезе кальция можно искусственно при помощи даже слабого тока обогащать кальцием мышцы. Дальнейшие наблюдения показали, что кроме внедрения ионов кальция с помощью тока извне происходит и перераспределение собственных ионов кальция тканей (Певзнер, Блохи), при этом новая ионная конъюнктура возбуждает нервные окончания в тканях и вызывает, по Щербаку, так называемый генерализованный рефлекс вегетативного характера, который может быть вызван с любого участка тела и которому принадлежит целебное влияние. Еще более поздними исследованиями Щербака установлено, что ионофорез кальция рефлекторным путем возбуждает регулирующие функции паращитовидного аппарата и действует аналогично гормону паращитовидной железы. Необходимо помнить ту роль, которую в настоящее время приписывают вегетативной системе, как фактору, влияющему на все виды обмена веществ. Воздействуя на вегетативную нервную систему, можно вмешиваться в борьбу организма с болезненными процессами (Ратнер).

Та неразрывная связь, которая в настоящее время совершенно точно установлена между симпатической нервной системой и гормональной, приводит к некоторому пониманию сложнейших взаимоотношений между ними, на основе чего описываемый мною случай представляет интерес.

Привожу историю болезни.

Больной Т., 38 лет, холост, курит до 25 папирос в день. Изредка выпивает. Заболевания отрицаает. Отец и мать умерли от туберкулеза легких, 5 братьев умерли (от чего не знает), 2 сестры здоровы. Физическим трудом стал заниматься с 9 лет.

В сентябре 1935 г. почувствовал затруднение речи и сиплый голос. Лечился амбулаторно у отоларинголога под диагнозом острый ларингит. С ноября 1936 г. во время еды жидккая пища стала вытекать из носа, б-ной не мог глотать, и только при закидывании головы назад пища механически поступала в пищевод. С момента заболевания больной был осмотрен терапевтом, фтизиатром, венерологом и отоларингологом. 2/VII 1935 г. было обнаружено: гиперемия левой истинной и ложной связок. Левая ложная связка закрывает истинную. 5/I 36 г. RW и Кана отрицательные. 24/I 36 г. рентгенограмма показала эмфизему легких, в остальном — норму. 6/V 36 г. исследование мочи — норма. 21/V 36 г. взята слизь из зева, язычка, дужек и миндаликов для исследования на палочки Löffler'a, каковых не обнаружено. Обнаружены стафило-

жокки. 25/V 36 г. больной снова почувствовал себя хуже, т 37,2°C, изъявление слизистой гортани и глотки, был направлен к венерологу. 28/V 36 г. RW и Кана вновь дали отрицательный результат. С 19/I 37 г. больной прислан на физиотерапевтическое лечение с парезом мягкого неба, связок и мышц глотки; ему был назначен ионофорез кальция, в виде воротника. Сеанс длился 20 минут ежедневно. Сила тока 20—25 мА. После каждого сеанса электризации наблюдалась ярко выраженная реакция, которая распространялась от подбородка по всей шее, до нижних углов лопаток сзади и до мечевидного отростка спереди. После 11 сеансов у больного появился нормальный голос, позже б-ной стал хорошо кушать, исчезли все неприятные ощущения.

Поступила 1/VII 1937.

Ленинград, 40, Лиговский пер., 4, кв. 28.

Из хирург. отд. 6-й сов. больницы (зав. доц. А. В. Габай) г. Б. Запорожье.

## Ж Казуистике параличей верхней конечности, возникающих в результате наложения жгута по Эсмарху.

А. И. Старostenko.

Случай 1-й. К-ко, Н. Я., 32 лет, 14/XI 1936 г., поступил в хирургическое отделение 6-й сов. больницы по поводу обострившегося хронического остеомиелита правой плечевой кости, сопровождающегося небольшими повышениями температуры. Перенес малярию и в детстве воспаление почек. В 1923 г. заболел острым остеомиелитом правой плечевой кости; с 1933 г. периодические обострения. Status praesens: больной правильного телосложения, умеренногопитания. Сердце и легкие норма. В органах брюшной полости изменений не отмечено. На коже верхней трети правого плеча с передне-внутренней стороны имеются два рубца, сраинных с подлежащими тканями. Мышцы правого плеча атрофичны. В нижней трети правой плечевой кости определяется диффузное утолщение, болезненное при ощупывании, расширяющееся к дистальному эпифизу. Рентгенографически определяются очаги разрежения костного вещества в нижней части диафиза и утолщение его за счет периостальных наслоений.

16.XI под общим эфирным наркозом, после наложения жгута, на верхнюю треть правого плеча произведен продольный разрез в 8 см по наружно-задней поверхности правого плеча. При разрезании мышц обнаружен лучевой нерв, турым крючком отодвинут кнаружи. Долотом снята утолщенная, склерозированная кость, и на месте костномозгового канала вскрыта полость, наполненная гноем. Операция длилась 25 минут. Из гноя высажен стафилококк и грамположительная палочка.

На следующий день обнаружен паралич лучевого, локтевого и срединного нервов правой руки с понижением болевой и тактильной чувствительности всей кисти. Через 7 дней чувствительность восстановилась, через 9 дней появились движения в локтевом суставе. Через 35 дней больной был выписан с восстановившимися движениями в локтевом суставе и слабыми движениями пальцев кисти. Операционная рана зажила первичным натяжением. В больнице лечился гимнастикой, массажем и электризацией. Продолжал лечиться амбулаторно в электролечебнице, причем движения довольно быстро стали восстанавливаться и через 4 месяца после операции восстановились вполне. Отмечает только некоторую физическую слабость правой кисти.

Случай 2-й. Н-ко, 22 лет, 28/II 1937 г. обратилась в 3-й единый диспансер г. Запорожья для удаления иглы, попавшей в область ладонной поверхности кисти

у лучезапястного сустава. Игла удалена под местной анестезией  $1\frac{1}{2}\%$  раствором новокаина. На плечо во время операции, длившейся около 25 минут, был наложен старый, значительно потерявший свою эластичность жгут. На следующий день обнаружен паралич лучевого, локтевого и срединного нервов правой руки с гипостезией кисти.

Приступили к лечению массажем, гимнастикой и электризацией. К 26/III чувствительность восстановилась полностью; появились движения в локтевом суставе, лучезапястном и 1 пальце. К 15 апреля восстанавливаются движения остальных пальцев и к 4 мая движения правой руки и кисти восстановились полностью, но имеется незначительная мышечная слабость.

Количество случаев столь тягостного осложнения при наложении жгута, описанных в литературе, невелико.

Каменчик и Галстян собрали 30 случаев паралича верхних конечностей, опубликованных со времени применения жгута Эсмарха. Причиной паралича является механическое сдавление нервов. Предрасполагающим моментом служит наличие слабо развитой или атрофической мускулатуры (см. наш 1-й случ.), а также, по указанию некоторых авторов, перенесенный сифилис. Несомненно играет роль также и качество самого жгута; при потере им эластичности (см. наш 2-й случ.) такие осложнения весьма вероятны.

Для изучения изменений, происходящих в нервных стволах, Каменчик и Галстян экспериментально вызывали параличи лапок морских свинок путем наложения жгута на лапки; эти параличи проходили через 3—4 недели.

Авторы считают, что каждое наложение бинта или жгута влечет за собой повреждение тканей, в том числе и нервной, но клинически это повреждение не всегда определяется.

Длительность паралича зависит от силы сдавления.

Предсказание у людей при параличах после наложения жгута обыкновенно благоприятное. Параличи при лечении проходят через более или менее длительное время (от 14 дней до 6 месяцев).

Лечение заключается в массаже, гимнастике и электризации.

В целях избежания параличей некоторые авторы (Леванюк, Шрейбер, Лозинский, Каменчик и др.) предлагают накладывать эластичный бинт на предплечье и сдавливать им конечность только до исчезновения пульса. Некоторые же, как Оппель, совсем отказываются от применения жгута при операциях в условиях мирного времени.

В руководствах по оказанию первой помощи, распространенных среди широких масс населения, необходимо указывать на возможность возникновения параличей при наложении жгута на плечо и на желательность прибегать к ним только в крайних случаях.

Необходимо также, по возможности, избегать применения в качестве жгута неэластического материала.

Поступила 29/IX 1937.

Из факультетской хирургической клиники (директор проф. Флеров).  
Ижевского госмедицинститута.

## Закрытие калового свища с эвагинированием и удалением резецированного отдела слепой кишки.

С. И. Ворончихин.

В „Казанском медицинском журнале“ (№ 7, 1932 г.) Осиповский сообщает, что в русской литературе операций закрытия калового свища способом эвагинации описано мало: Садовский собрал 9 случаев, Карташев описал 1 случай и Осиповский 1 случай.

К таким случаям нужно отнести и наш.

Больная Р., 49 лет, колхозница, в 1934 г. экстренно оперировалась в сельской больнице по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. После операции осталась большая рана, через которую выделялся весь кал. По поводу калового свища лежала 8 месяцев в больнице, где В. Н. Парин сделал 2-кратную лапаротомию.

Первая операция в ноябре 1934 г. состояла в выключении свища путем наложения анастомоза между подвздошной и поперечно-ободочной кишками с наложением лигатуры из fascia lata бедра на ileum. После этой операции большая часть кала начала выделяться рег vias naturales.

При второй операции, в начале 1935 г., хирургу из-за спаек в брюшную полость попасть не удалось. Больная выписана домой с заявлением, что больше операции делать нельзя. Врачи, к кому она обращалась, лечить отказались. Помирившись с печальной мыслью, что заболевание неизлечимо, больная начала вести прежнюю работу домашней хозяйки в своей семье. От физической, хотя и ограниченной работы, из раны начала выпадать кишка, которая постепенно увеличивалась в размере, и в последнее время нижний конец ее уже доходил до средины бедра. После приключившегося пожара заболевание усилилось. Вправление было бесполезным занятием, так как кишка немедленно вновь выпадала. Выпавшую кишку больная носила в мешочке из холщевой ткани.

В апреле 1937 г. больная поступила в нашу клинику. Питание понижено, покровы бледны. На левом бедре рубец длиной 30 см. Сердце и легкие удовлетворительны. Живот мягкий, не вздут. Выше пупка по средней линии и отступя на 3 см вправо имеются два параллельных послеоперационных рубца длиною в 7 см. В правой подвздошной ямке тотчас выше Пупартовой связки и параллельно ей имеется большое послеоперационное свищевое отверстие (длина 6 см), где к истонченным и цианотичным краям кожи кругом приросла слизистая оболочка кишки (**каловый свиш**).

В свищевое отверстие выпадает кишка длиною 25 см, с вывороченной наружу слизистой оболочкой; механизм подобный выпадению прямой кишки. Слизистая оболочка нормального розового цвета, влажная, выделяет обильно слизь, из кишки также выделяется в небольшом количестве оформленный кал. Кишка легко вправляется, но тотчас выпадает снова. Просвет кишки, уходящий в брюшную полость, единственное, что указывает (до некоторой степени) на свищ слепой кишки и эвагинацию ее.

Предоперационный диагноз: послеоперационный каловый свиш с выпадением слепой и восходящей кишок.

14/V 1937 г. операция под общим хлороформно-эфирным наркозом (Ворончихин).

Выпавшая кишка выправлена, в просвет введена толстая резиновая трубка в качестве ориентира для отыскания этой кишки со стороны брюшной полости. Трубка фиксирована к коже швом: кожный дефект свища закрыт провизорно узловатыми швами и заклеен колloidийной повязкой. Эта предварительная подготовка произведена для создания асептичности. Тотчас выше свища—разрез по Lenander'у парапектально. По вскрытии брюшной полости обнаружены мощные пласти спаек, замуровавшие кишечник и интимно сросшиеся с париетальной брюшиной. Петля кишки прощупана резиновой трубкой. Эта петля, оказавшаяся слепой кишкой, с большими трудностями выделена из спаек.

Следующим моментом освобождены все органы, приросшие к свищевой ране. При обследовании их выявлено, что на конце слепой кишки имеется дефект, равный кожному, причем кишка приросла к коже. Appendix и петля подвздошной кишки—тотчас перед Баугиниевой заслонкой—расположены латеральное соеси и приросли своими серозными оболочками в латеральный угол, образуемый соеси и брюшной стенкой. Вот почему при вынадении соеси и восходящей кишки оставались в брюшной полости appendix и Баугиниева заслонка—обстоятельство, затруднившее точно диагносцировать перед операцией выпавшую кишку. Отступя от места приращения к свищу,



а равно и от Баугиниевой заслонки, слепая подвздошная кишки рассечены между двумя лигатурами. Образовавшиеся четыре культи инвагинированы кистетным швом в просветы. На отводящую культу толстой и приводящую подвздошной кишок наложен анастомоз бок в бок. Предварительно помощником удалена резиновая трубка из свища и сняты провизорные швы. Подлежащие удалению культуры соединены с appendix'ом и Баугиниевой заслонкой и культуры подвздошной кишки через свищ выведены корнцантом в асептических условиях наружу (эвакуация). Лапаротомная рана послойно зашита наглухо и заклеена колloidной повязкой.

Последний момент операции заключался в удалении выведенных наружу кишок и пластическом закрытии свищевого отверстия: кожа кольцеобразно в окружности свищевого отверстия шириной в 1 см<sup>3</sup> иссечена и вместе с кишечной культей, а также иссеченным рубцовым кольцом, удалена<sup>1</sup>.

Обнажившаяся и выпячивающаяся воронкообразно в рану брюшина защищена непрерывным кетгутовым швом.

Дальнейшее пластическое зашивание раны произведено как при грыжесечении. Мышцы подшиты к Пупартовой связке. Выделенные свободные листки апоневроза наружной косой мышцы сшиты. Кожные швы. Мышцы, апоневроз, Пупартова связка оказались совершенно свободными от рубцовых изменений, факт, дающий возможность судить о характере первой операции: повидимому хирург ограничился вскрытием ущемившейся гангренозной кишки, которой оказалась слепая кишка.

Послеоперационное течение гладкое. Стул на 5-й день. Швы сняты на 10-й день. Заживание рег. I intent. На рентгенограмме с контрастной массой ясно видны два анастомоза: на посередине ободочной и восходящей кишках.

Больная выписана 4/VI 1937 г. здоровой через 20 дней после операции.

Поступила в ред. 29/VI 1937 г.

г. Ижевск, Пушкинская, 2, кв. 7.

Из 1-й хирургической клиники (директор доц. Ю. А. Ратнер) Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## Случай рака мочевого пузыря в сочетании с гипернефромой правой почки.

Н. Х. Ситдыков.

Злокачественные новообразования почек встречаются нечасто. По немецкой статистике на 100000 вскрытий приходится злокачественных опухолей почек меньше 1%. Равазини на 10034 аутопсии нашел всего 22 случая новообразований почек и надпочечников злокачественного характера. В статистике Ленекена за 10 лет из 796 раковых опухолей указан только один случай рака почки. По статистике Давыдовского из 2765 случаев злокачественных новообразований на почки приходится всего 31 случай.

Злокачественные новообразования мочевого пузыря встречаются несколько чаще, чем бластомы почек. По данным Ротимова, отношение пузырных новообразований ко всем хирурги-

<sup>1</sup> Больная и препарат демонстрированы в Удмуртском хирургическом обществе 28/V 1937 г.

ческим заболеваниям мочевых путей составляет 2%, по Альбарату 3,9%, по Утцманну 3,2%.

Сочетанные новообразования в мочевой системе встречаются также весьма редко. В доступной мне литературе я нашел только два подобных случая, из которых один описан Добротворским и другой Альтштейном. В их случаях гипернефрома почки дала метастаз путем имплантации опухолевой клетки на слизистую мочеточника. Редкость подобных наблюдений побудила нас опубликовать наш случай.

Т. А. С., 50 лет, русский, колхозник, поступил в Хирургическую клинику 1/X 1934 г. с жалобами на частое мочеиспускание и резь в канале в конце акта мочеиспускания. Считает себя больным с марта 1934 года. Внезапно наступила задержка мочи. После сильного натуживания из мочеиспускательного канала вышло несколько кровяных сгустков, и больной помочился самостоятельно без примеси крови. В конце акта мочеиспускания почувствовал сильную резь в канале и заметил несколько капель чистой крови. В дальнейшем мочеиспускание оставалось учащенным, с резью, моча была окрашена кровью, мутная, с хлопьевидным осадком. Гематурия с непролongительными светлыми промежутками продолжалась до 28 сентября. За последнее время при акте дефекации стал отмечать боли в области мочевого пузыря, иррадиирующие по ходу мочеиспускательного канала.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки бледноваты. Лимфатические железы не прощупываются. Органы дыхания: жестковатое дыхание на верхушках. В верхней доле правого легкого средне-пузырчатые хрипы.

Органы кровообращения: границы сердца — норма, тоны сердца глуховаты, на верхушке сердца выслушивается систолический шумок. Живот правильной конфигурации, мягкий, не болезненный при пальпации. Печень, почки и селезенка не прощупываются. При надавливании на область мочевого пузыря резкая болезненность с иррадиацией болей по ходу мочеиспускательного канала. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Болезненности по ходу мочеточников не отмечает. Предстательная железа слегка увеличена, плотновата, мало болезненна при пальпации.

Моча соломенно-желтого цвета, мутная. Удельный вес 1020, реакция слабощелочная. Белок 0,2%. Сахара, гемоглобина нет. В осадке: лейкоциты 20—30 в поле зрения, эритроциты в большом количестве. Соли трипельфосфатов.

Хромоцистоскопия: емкость мочевого пузыря 150—200 см<sup>3</sup>, моча кровянистая, мутная с хлопьевидным осадком. Слизистая пузыря гиперемирована на всем протяжении. Льетодиев треугольник заполнен новообразованием, частично распадающимся, местами инкрустированным солями. Правое устье мочеточника сокращается, левое не определяется. На левой боковой стенке мочевого пузыря буллезный отек, окаймляющий ворсинчатую опухоль. Введеный в вену индигокармин справа показался через 8 мин., слева в течение 12 мин. индиго не выделился.

Гемограмма: юные формы 1,5%, палочкоядерные 24,5%, сегментояд. 57%, моноциты 3,5%, лимфоциты 13,5%. Лейкоцитоз — 9000, эритроциты 3700.00, гемоглобина 43%.

11/XI 1934 г. пересадка мочеточника в S-Romant по Coffey (доц. Ю. А. Ратнер). Левый мочеточник найден расширенным до размеров указательного пальца. Мочеточник перевязан. Правый мочеточник неизмененный, пересажен в нижний отдел сигмовидной кишки. В прямую кишку вставлена резиновая трубка.

Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на десятый день, заживление раны *per primam intentionem*. Моча из прямой кишки через трубку показалась спустя 36 часов после операции. Резиновая трубка из прямой кишки удалена на 13-й день. Мочу удерживает хорошо, мочится 7—8 раз в день.

На 15-й день после операции потрясающий озноб, температура 41°. В крови были обнаружены плазмодии малярии. Болезненность в области почек отсутствует. Моча патологических элементов не содержит. В дальнейшем, на протяжении восьми недель больного лихорадило, нарастала кахеция, резкое истощение, что не давало возможности приступить к удалению мочевого пузыря. 22/I 1935 г. смерть при явлениях резкой кахексии.

Аутонсия: рак мочевого пузыря, гипернефрома правой почки, гидронефроз левой почки, гидроуретер слева, хронический двусторонний туберкулез легких и бурая атрофия печени.

Интерес данного случая заключается в сочетании двух самостоятельных новообразований различного гистогенетического порядка в системе мочевыводящих путей. Гипернефрома почки у нашего больного не была распознана до операции. Новообразование почки протекало бессимптомно, почка не прощупывалась, болезненность в области почки отсутствовала, функция почки была удовлетворительная.

Один из важнейших симптомов при новообразовании почек, кровотечение, у нашего больного маскировался пузырным кровотечением. Наличие при цистоскопии распадающейся раковой опухоли в пузыре и удовлетворительная функция правой почки, конечно, не давали никакого повода заподозрить новообразование в правой почке.

Наш случай, нам кажется, представляет, кроме практического интереса, и большой теоретический интерес в отношении путей метастазов злокачественных новообразований мочевой системы.

Метастаз раковых новообразований из почки в мочевой пузырь возможен, на это указывают Хольцов, Фронштейн и др. Федоров, ссылаясь на Кана, указывает, что гипернефромы сами раково не перерождаясь, могут дать раковые метастазы.

В нашем случае, вероятно, имел место раковый метастаз гипернефромы правой почки в мочевой пузырь путем имплантации опухолевой клетки через мочеточник.

Поступила 26/X 1937.

Казань, Тукаевская, 3, кв. 1.

Из Дрожжановской районной больницы (Татарстан).  
Случай консервативного лечения мочеполового свища у женщины.

А. А. Айдаров.

В 40-х годах прошлого столетия, благодаря работам Жобера, Госсе и других, хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей получило широкое применение. С тех пор пластические методы закрытия свищей применяются и хирургами-урологами и гинекологами.

Но в условиях участка, где не всегда имеется возможность применить пластические способы закрытия мочеполовых свищей, не следует игнорировать консервативного метода лечения для избавления больных женщин от мучительного страдания—мочеполового свища.

В нашей участковой практике мы имели случай закрытия пузырно-влагалищного свища консервативным лечением.

Б-ная В. Ф., 34 лет (ист. бол. № 87), поступила 27/III 1935 г. в Дрожжановскую районную больницу по поводу отсутствия самопроизвольного акта мочеиспускания, постоянного недержания мочи независимо от положения тела. 8 лет назад у больной были патологические роды, тянувшиеся 4 дня, только на пятый день с помощью бабки родила мертвого ребенка. В послеродовом периоде б-ная в течение двух недель находилась в тяжелом состоянии в постели. С первых же дней после родов стала мочиться под себя.

Из-за своего страдания лишена возможности бывать в обществе и выполнять физическую работу в колхозе. За 8 лет неоднократно обращалась за помощью в участковые б-цы, врачи от оперативного вмешательства отказывались.

При объективном исследовании: кожа промежности сильно раздражена мочей; р<sub>ег</sub> vagina<sub>m</sub> в переднем своде влагалища, ближе к шейке матки, обнаружен свищевой ход, точечной формы, с рубцовым изменением вокруг свища, при зондировании последнего зонд проходит в полость мочевого пузыря.

29/III влагалищным путем произведено прижигание просвета свища *argentum nitricum in substantia*. После расширения влагалища зеркалом Куско в свищевой ход по возможности глубоко введена палочка ляписа; при этом можно было заметить образование беловато-серого сгустка (альбуминат серебра). Одновременно для обеспечения полного покоя в мочевой пузыре вставлялся катетер *à demeure*. Для избежания постоянного смачивания свищевого отверстия мочей б-ная положена на живот. Внутрь назначен *Urotropin 0,5* × 3. В следующие дни катетер функционировал хорошо.

2/IV при осмотре р<sub>ег</sub> vagina<sub>m</sub> отмечается, что образовавшиеся грануляции сузили свищевой ход. Тем не менее мы решили повторить прижигание с последующим введением катетера.

5/IV катетер удален, больная лежит на спине, сухая. Появились позывы к мочеиспусканию, доходящие за сутки до 7—8 раз: акт мочеиспускания безболезненный, моча прозрачная.

7/IV в хорошем самочувствии выпisана домой.

Через 1 год 3 мес. мы имели возможность осмотреть эту больную. Свищевое отверстие зарубцовано. Мочеиспускание N. Больная выполняет обычную физическую работу в колхозе.

Наш случай не претендует на решение вопроса о лучшем способе лечения мочеполовых свищей у женщин, но он указывает, что и способы консервативного лечения свищей по доступности и простоте техники могут быть с успехом применены в условиях участковой практики.

Несомненно, имеет большое значение приданье правильного положения катетеру: он должен находиться на расстоянии 1—2 см за шейкой мочевого пузыря.

Поступила 30/VIII 1937.

Казань, Б. Галактионовская, д. 19, кв. 48.

Из хирургического отделения Лабинской районной больницы.

## Случай перфорации тонкой кишки глистами.

Б. Г. Транковский.

Хирургам приходится иногда иметь дело с кишечной непропускимостью, вызванной аскаридами. Глистные илеусы встречаются довольно редко. Так, по материалам Обуховской больницы за 15 лет, на 511 случаев оперированных илеусов было всего лишь 7 случаев глистных, в 1 хирургической клинике Центрального института усовершенствования врачей г. Харькова за 5 лет на 65 оперированных илеусов было 5 случаев аскаридных. На XIX Всесоюзном съезде хирургов Греков сообщил о 7 случаях, Красинцев об 1 случае, Зыков о 2 случаях, Мамбре о 2 случаях и Грекоре об 1 случае. Если илеусы, вызванные аскаридами, являются довольно редкими случаями, то прободение кишок аскаридами встречается еще реже. Так, в имеющейся в моем распоряжении литературе я за последние годы не встретил ни одного описания подобного случая. Поэтому считаю небезинтересным описать случай перфорации кишок, встретившийся впервые за 10 лет моей работы.

Больной М. И., 18 лет, поступил в хирургическое отделение Лабинской районной больницы 5/II 1937 г. с направлением хирурга Мостовской райбольницы Уткина следующего содержания: "Направляется к Вам для неотложной хирургической помощи больной Москаленко, первоначально был заподозрен илеус; было отсутствие стула и газов. Затем наступила рвота с обильным отхождением глистов. Ночью больной оправился. Однако резкая болезненность и вздутие остаются. Возможен острый аппендицит. Ввиду невозможности оказать оперативную помощь здесь, больной направляется к Вам". Больной поступил в тяжелом состоянии. Живот несколько вздут, при пальпации резко болезнен, напряжен как доска, пульс частый, крайне слабого наполнения, температура 37,2°, т. е. все явления перитонита. Немедленная операция под общим хлороформным наркозом. Разрез по средней линии ниже пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружено: брюшная полость заполнена мутной жидкостью, с характерным каловым запахом, весь нижний отдел тонких кишок покрыт фибринозными наслоениями. На одной из петель тонких кишок обнаружено перфоративное отверстие, диаметром 2 см, в просвете которого видна аскарида, которая удалена. В тонких кишках прощупывается масса аскарид. На перфоративное отверстие наложен 2-этажный лемберговский шов. Брюшная полость осушена сухим путем. Вставлено два дренажа, один неподалеку от места перфорации, другой в малый таз, рана зашита послойно. 6-II. Состояние больного продолжало быть тяжелым и несмотря на все принятые меры больной к утру скончался.

Поступила в ред. 25. III. 1937 г. Ст. Лабинская Аз-Черн. края, ул. Ленина, 24.

## Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

### Библиография и рецензии.

Н. И. Калитин. *Актинометрия на курортах*. Биомедгиз. Ленинградское отделение. 1937 г. 208 стр. Ц. 6 руб. 50 коп. Содержание книги значительно шире того, что читатель вправе ожидать, судя по ее названию. Книга касается не только измерения лучистой энергии и затрагивает не только вопросы, интересные для врачей, работающих на курортах. Свойства солнечной радиации при различных условиях, влияние на нее водяных паров, озона, запыленности атмосферы, значение рассеянной радиации, отраженной от неба и облаков, на которую обычно недостаточно обращают внимание,—все эти и многие другие вопросы освещены подробно в книге проф. Н. И. Калитина в значительной мере на основании собственных многолетних исследований.

Глава, посвященная практическим медицинским вопросам, занимает сравнительно мало места; однако эта книга, трактующая о теоретических основах профилактического и лечебного применения солнечной радиации, представляет большой интерес и для практического врача.

По мере того, как у нас внедряются физические методы лечения, расширяется сеть домов отдыха, санаториев, детских лагерей, площадок и различных физкультурных учреждений, в которых применение солнечной радиации играет большую роль, знакомство с основами гелиотерапии становится необходимым для все возрастающего круга врачей. Всем им можно горячо рекомендовать изучение книги проф. Калитина. Книга снабжена большим количеством таблиц, диаграмм, рисунков и издана аккуратно.

Проф. Е. М. Лепский.

„Вопросы общей и частной физио-курортотерапии“. Труды Ленинградского научно-исследовательского института физиотерапии и курортологии. Выпуск 3, Ленинград, 1936 г. Цена 22 руб. (в переплете), 583 стр.

Сборник содержит 60 выполненных 42 научными сотрудниками института работ по вопросам современной физио-и курортной терапии. Все работы этого выпуска разбиты на 4 раздела.

1-й раздел обнимает 29 работ, посвященных лечению заболеваний суставов физическими и курортными факторами. В статье проф. Залькиндсона: „Обоснования физической терапии ревматических заболеваний суставов“ автор приходит к следующим выводам: 1) физические методы лечения ревматизма, являясь неспецифической терапией, действуют при определенных условиях то на центральную, то на периферическую нервную систему и осуществляют рефлекторно трофическое влияние на весь макроорганизм в целом; 2) большое число факторов физиотерапии действует на организм десенсибилизирующим образом, и 3) в острой стадии ревматического процесса могут быть применены лишь некоторые виды физиотерапии (общий Са-ионтофорез, общие и местные у-ф облучения и диатермия шейной части позвоночника). Из остальных работ этого раздела 7 являются экспериментальными; в работе засл. деят. науки проф. Белоновского и Синицкого: „Об анафилаксии и антианафилаксии у крыльев“ авторы указывают, что физиотерапевтические факторы (Полюстровский торф, электро-ионтофорез серы, диатермия и у-ф облучения), в сопоставлении с другими неспецифическими веществами, обладают выраженным десенсибилизирующим влиянием; наиболее продолжительную десенсибилизацию дает у-ф облучение. Степень десенсибилизации находится по их мнению в связи с количеством отпущеных процедур. Остальные работы посвящены лечению больных с заболеваниями суставов электро-ионтофорезом серы, Полюстровским торфо-сырцом, халовскими серными ваннами и грязелечением в м. „Оптина пустынь“.

2-й раздел состоит из 7 работ, посвященных физиотерапии заболеваний периферической нервной системы. В работе Брудного, Елинсон и Певзнер: „Физическая терапия невритов лицевого нерва“ авторы приходят к выводу, что лечение невритов лицевого нерва должно быть ранним (начиная с 3–4 дня болезни), особенно при параличах на почве охлаждения, и что в поздних стадиях паралича лицевого нерва, в запущенных случаях с реакцией перерождения и в случаях наличия контрактуры наиболее эффективным является диатермо-гризечение.

3-й раздел посвящен физиотерапии хирургических заболеваний и обнимает 11 работ. В своей работе: „Опыт применения физической терапии в хирургическом стационаре“ проф. Рубашев и Керсанов дают ряд организационных указаний о взаимоотношениях хирурга с физиотерапевтом. Здесь же авторы указывают, что помимо местного лечения процесса они параллельно применяли и общее лечение (у.-ф. облучение, Са-ионгофорез и т. д.), стимулируя таким образом защитные силы организма, и получали положительные результаты при переломах—закрытых и осложненных,—при обширных ожогах и роже. Они могли отметить болеутоляющее действие, более быстрое исчезновение отеков на пораженной конечности и стремление больного к активным движениям. Кроме того авторы применяли облучение у.-ф. радиацией операционного поля во время операции и послеоперационных швов (через 6–8 часов после операции) и получали несомненный положительный результат, вызывавшийся в значительном снижении числа нагноений. В другой работе этого раздела—М. Э. Керсанова и Б. Н. Кленцкого: „Нервно-трофические изменения кожи у тяжелых хирургических больных (светочувствительность к ультрафиолетовым лучам)“ авторы отмечают следующие факты. У тяжелых хирургических больных, главным образом гнойных и травматических, отсутствует кожная реакция на у.-ф. лучи даже при применении больших эритемных доз (от 100 до 400 уф.). Несмотря на отсутствие реакции кожи на у.-ф. радиацию, применение больших доз у-фиолетовой терапии при гнойных процессах крайне эффективно.

4-й раздел посвящен вопросам общей физио-курортотерапии и обнимает 13 работ. В своей работе „Сопротивление тела человека и животных электрическому току“ Бейненсон отмечает важность значения измерения сопротивления тела. В работе „Антагонизм между рентгеновыми лучами и другими частями спектра (инфракрасной, красной и ультрафиолетовой)“ Гинзберг приходит к выводу, что в отношении кожной реакции инфракрасные и красные лучи, примененные в достаточно интенсивной дозе, являются антагонистами—десенсибилизаторами к рентгеновым лучам. В работе Е. А. Айзиковича: „О комбинированном действии Полюстровской минеральной воды и ртутно-кварцевого облучения на потомство животных“ указывается, что питье Полюстровской воды животным в периоде беременности и лактации, особенно при одновременном их облучении ртутно-кварцевой лампой, оказывается благоприятно на росте и развитии потомства. В своей работе: „Влияние железосодержащей воды источника „Полюстрово“ на окислительные процессы и азотистый обмен в животном организме“ Братковский отмечает, что длительное применение Полюстровской воды вызывает повышение окислительного коэффициента, уменьшение суточного количества азота мочи, увеличение веса и повышение процентного содержания гемоглобина. Сочетанное применение ртутно-кварцевового облучения и Полюстровской воды оказывает на азотистый обмен и окислительный коэффициент мочи больший эффект, чем действие указанных факторов в отдельности.

В общем следует отметить, что реферируемый выпуск „Трудов“ представляет большой интерес не только для физиотерапевтов и курортологов, но и для врачей других специальностей. Значение заключается и в том, что все его работы имеют целью подвести известную биохимическую и биофизическую базу под действие различных физических методов лечения. Недостатком следует считать отсутствие литературных данных при каждой работе, а также наличие относительно большого числа опечаток.

E. C. Боришпольский,

Шарль Николль. „Жизнь, рождение и смерть заразных болезней“. Биомедгиз 1937 г., ц. 2 р. 25 к. „Пусть эту книгу прочтут молодые люди, пусть она сообщит им энтузиазм, без которого нет научного призыва“... Этим культурным завещанием молодежи начинается небольшая, но захватывающая научно-популярная книга французского бактериолога, исследователя мира микробов, жизни невидимых, „охотника за микробами“, борца со смертью,—Шарля Николля. Книга написана своеобразным живым языком и дает полное представление о научно-философских идеях Николля, ярко характеризующих весь его творческий облик.

В первой главе этой книги автор кратко говорит о причинах наших болезней—микродах, инфрамикродах—об общем содержании всей книги. Вторая глава посвящена совокупности вопросов, составляющих то, что называет Николль „Жизнь заразных болезней“ (разнообразие болезней и их возбудители, специфичность болезней, происхождение и течение болезни у индивидуума, иммунитет, скрытые инфекции, эпидемические болезни и т. п.). Третья глава носит название „Происхождение заразных болезней“. Здесь автор приводит, пожалуй, наиболее интересный материал, особенно широко используя свои оригинальные идеи. Сравнительно подробно он развивает и обосновывает мысль, что патогенные микробы произошли путем эволюции от микробов сапрофитных (непатогенных). Очень интересны соображения Николля относительно происхождения невидимых микробов (ультравирусов или инфрамикробов). Весьма любопытный материал приводится и по таким вопросам, как переход скрытой инфекции в болезнь с симптомами превращения видимых бактерий в невидимые и т. п.

Николль полагает, что некоторые болезни (например, оспа) находятся в периоде угасания, умирания, другие же, напротив, в периоде развития, например, мальтийская лихорадка, уже давно названная Николлем „болезнь будущего“.

В последней, четвертой главе речь идет о путях, о способах борьбы с инфекционными болезнями, о „пределах человеческих усилий“ в этом отношении, затем—о предохранительных прививках и, наконец, о будущности заразных болезней.

В русском переводе даны подстрочные примечания: они ставят своей целью либо отметить те или иные ошибочные положения автора, либо дать разъяснения некоторых терминов или фактическую справку.

Блестящий экспериментатор, последовательный эволюционист, выдающийся мыслитель в своей области знания и талантливый литератор, Николль в философском отношении является типичным эклектиком и ограниченным пацифистом. Он не понимает социальных причин возникновения и распространения болезней, а поэтому и не видит наиболее действенных путей борьбы с ними; отсюда глубокий пессимизм, нередко проявляющийся в его книге, наряду со многими высказываниями, дышащими верой в могущество научного знания.

Как бы ни относиться к своеобразному стилю Николля и к его идеям, нельзя не признать выдающуюся ценность этой книги, которая будит мысль и стимулирует творческую энергию.

Книга Николля доступна широкому кругу образованных читателей.

И. Грязнов.

## Рефераты.

### a) Иммунология.

Rape, L. и Wutap, L. Изучение токсина и антитоксина гемолитического стрептококка. V. Титрование при помощи реакции флокуляции. (The Journ. of Immunology, Vol. 32 1937. Авторы разработали метод титрования токсина и антитоксина гемолитического (скарлатинозного) стрептококка. Реакция

эта аналогична реакции Рамона, применяемой при титровании дифтерийного токсина и антитоксина, и техника ее по существу такая же. Применение концентрированного стрептококкового токсина дает большие преимущества в смысле значительного ускорения реакции по сравнению с токсином необработанным.

Для приготовления концентрата токсина аа. предлагают следующий метод: 438 г твердого сернокислого аммония растворяется в литре разведенного и хорошо охлажденного токсина и выдерживается в течение ночи при 4°. На следующее утро преципитат, собранный центрифугированием, дialisируется при помощи водопроводной воды до освобождения от следов серы. Диализированный раствор охлаждается и pH его устанавливается при помощи ледяной уксусной кислоты 4,0—4,2. После получасового стояния на холде преципитат устраняется центрифугированием. Затем реакция жидкого слоя, содержащего токсин, прибавлением крепкого NaOH доводится до pH = 7,0. Полученный таким методом концентрат содержит 40—60 единиц флокулина в 1 см<sup>3</sup>.

Флокулирующая способность стрептококкового токсина и антитоксина подвержена индивидуальным колебаниям, но в общем под влиянием различных факторов реакция дает изменения, аналогичные дифтерийному токсину и антитоксину.

Иммунизация лошадей показала, что флокулины продуцируются этим животным параллельно антителам против гемолитического токсина; это дает авторам право считать эти антитела идентичными.

П. Р.

Fothergill, L., Chandler, C. и Dingle, J. Жизнеспособность фагоцитированного вирулентного *H. influenzae* (The Journ. of Immunology, Vol. 32, 1937). В предшествующих сообщениях авторы показали, что в случаях менингита, обусловленного *H. influenzae*, временное просветление спинномозговой жидкости и стерильность ее часто сменяются рецидивом, когда жидкость делается снова мутной и при посеве дает рост.

В этих случаях, ведущих обычно к смерти, создается впечатление, что скрытый где-то очаг гноя вдруг излил свое содержимое в субарахноидальное пространство. Вскрытие обнаруживает изменения, локализующиеся главным образом в области основания мозга.

Изучение мазков спинномозговой жидкости при менингите обнаружило наличие большого количества микроорганизмов, лежащих внутриклеточно. Этот факт заставил авторов предположить, что фагоцитированные *H. influenzae* сохраняют свою жизнеспособность, укрываясь от действия лечебной сыворотки. Чтобы доказать правильность этой гипотезы, авторы изучили спинномозговую жидкость большого числа больных с менингитом, вызванным *H. influenzae*, в период специфического лечения. Непосредственно после введения антисыворотки, порция цереброспинальной жидкости разводилась бульоном в десять раз, и одна капля рассеивалась на поверхности кровяного агара. Через 24 часа инкубирования (при 37°) сосчитывалось количество выросших колоний. Другая порция этой жидкости центрифугировалась, и изучалось количество микроорганизмов как в разведенной жидкости над центрифугатом, так и в последнем после 5—6-кратного отмывания его. Все эти опыты показали, что фагоцитированные *H. influenzae* не только не разрушаются, но защищены в клетках от действия специфических антител. Этим фактом приходится, очевидно, объяснить частую безуспешность специфической терапии при менингите, вызванном этим микроорганизмом.

П. Р.

Kolteg, J. Активная иммунизация рацинополеат-вакциной против острого полиомиелита. (The Journ. of Immunology, Vol. 32, 1937). A. показал на очень большом количестве обезьян, что 5—10-кратное введение под кожу рацинополеат-вакцины (0,05—1 см<sup>3</sup> на 1 кг веса тела) предохраняет от заболевания животных в 61—76% случаев при последующем интрацеребральном введении вируса полиомиелита; у всех контрольных (не иммунизированных) обезьян параличи развились на 5-8 день. Такой же эффект был получен при введении изучаемой вакцины внутрикожно.

Вакцины эти можно считать почти безвредными, так как из 193 обезьян,

иммунизированных подкожно, только 3, т. е. 1,6%, дали параличи в период иммунизации. Внутрикожное введение вакцины еще более безвредно.

Активность рицинолеат-вакцины полиомиелита, по мнению автора, тем более не подлежит сомнению, что иммунизированные животные обнаруживают наличие нейтрализующих антител независимо от места введения вакцины.

А. считает, что антитела, появляющиеся при иммунизации рицинолеат-вакциной, играют некоторую роль в развитии иммунитета у обезьян, но иммунитет этот весьма относителен, так как необходимо наличие очень большого количества антител для полного предохранения нервной системы при последующем интракраниальном или интраназальном введении вируса. *П. Р.*

Bgo-Kahn, R и Mirsky, J. *Роль печени при остром анафилактическом шоке морской свинки*. (The Journ. of Immunology, Vol. 32, 1937). В синдроме анафилактического шока очень существенная роль, по мнению ряда исследователей, принадлежит печени. Аа, настоящего сообщения пытаются доказать это предположение путем оперативного удаления печени у свинок, сенсибилизованных бараньей сывороткой ( $0,2 \text{ см}^3$  — внутрибрюшинно). Оперировались свинки через 14 дней, и как только к ним возвращалось хорошее самочувствие, им вводилась разрешающая доза антигена (интракардиально или интравенозно).

Контролем служили одновременно сенсибилизованные неоперированные или лапаротомированные морские свинки.

Детальная регистрация развившегося шока у опытных животных, а также данные аутопсии показали, что ни резекция печени, ни резекция селезенки не предотвращают острого анафилактического шока у сенсибилизованных морских свинок. *П. Р.*

Flossdorf, E., Mudd, S. и Flossdorf, E. *Кажущаяся антигенность пластина*. (The Journ. of Immunology, Vol. 32, 1937). С 1886 г., когда Данилевским было открыто образование пластина, проведен ряд исследований, указывающих, что пластина является синтетическим белком. В этом же смысле говорит и Уэллс, исследовавший иммунологические свойства пластина.

Аа. настоящего исследования, пытаясь изучить антигенные свойства пластина, показали, что длительная иммунизация им кроликов вызывает образование преципитинов, а также развитие повышенной кожной чувствительности и местной анафилаксии (феномен Артюса). Эти факты в общем подтверждаются данными других исследователей. Однако оказалось, что энзимы, применяемые для образования пластина, сами по себе обладают антигенными свойствами, и кроме того субстрат, из которого получают пластины, может также содержать следы денатурированного, но сохранившего свою антигенныйность белка.

Все эти факты заставляют аа. прийти к заключению, что антигенные свойства пластина не являются свойством синтезированной молекулы его и, следовательно, пластины вовсе не антиген. *П. Р.*

Monaghan, I. *Группоспецифическая дифференцировка кала человека с особым учетом наличия группы AB*. (The Journ. of Immunology, Vol. 32, 1937). Шифф и Акун обнаружили группоспецифические агглютинины в содержимом верхней части кишечника. Витебский и Сато указали на наличие этих веществ в меконии и кале грудных детей в течение первого месяца их жизни. У взрослых людей эти группоспецифические особенности обнаруживаются в содержимом тонких кишок, но отсутствуют в кале: здесь они налицо только при кишечных расстройствах. Шифф полагает, что групповые агглютинины у взрослых людей отсутствуют в кале в результате действия особого „группового фермента“, который имеется в нижних частях кишечника.

Для выяснения наличия группоспецифической дифференцировки кала человека автор провел серологическое исследование экстрактов кала лиц группы А, В и О. При этом оказалось, что алкогольные и водные фракции кала взрослых людей этих групп содержат соответствующие группоспецифические агглютиногены.

Исследование кала лиц группы АВ показало, что алкогольные экстракти оказывают весьма сильное задерживающее действие в отношении А-специфи-

ческого бараньего гемолизина: водный экстракт кала оказывает такое же действие на изоагглютинины а и В.

Что касается подгруппы человека (A<sub>1</sub> и A<sub>2</sub>, A<sub>1</sub>B и A<sub>2</sub>B), то алкогольные фракции кала индивидуумов A<sub>2</sub> и A<sub>2</sub>B оказывают несколько более слабый эффект на d-агглютинины и гетерогенный гемолизин барана, чем соответствующие фракции, содержащие фактор A<sub>1</sub>.

Исходя из этих данных, а. приходит к выводу, что не только кал людей А, В и О групп (что было ранее установлено Годио и Могаррам), но и группы АВ содержат группоспецифический агглютиноген.

П. Р.

### б) Туберкулез.

А. Мейер. К вопросу об иммунитете гусеницы пчелиной моли (*Galleria mellonella L.*) к туберкулезу. (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 156—165). Опыты Метальникова с личинками пчелиной моли (п. м.) общеизвестны. А. на основании проверочных исследований считает, что способность их крови уничтожать тбк бациллы не связана с процессом расщепления воска. У гусениц п. м., которым скармливались тбк бациллы, последние проходят через кишечник без каких-либо изменений их восковидной оболочки. Даже убитые тбк бациллы после пассажа через их кишечник сохраняют способность краситься по Цилю. Живые палочки Коха при тех же условиях остаются жизнеспособными и дают рост на обычных средах. Уничтожение тбк бацилл в теле гусеницы пчелиной моли а. объясняет процессами внутриклеточного фагоцитоза и внеклеточного лизиса. Палочки делаются все более нежными и распадаются на мелкие зернышки, но даже последние сохраняют кислотоустойчивость и красятся по Цилю.

А. Гильман.

М. Lucas. Воздушная эмболия венечных артерий сердца после вдувания при пневмотораксе. (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 223). До последнего времени клиническую картину эмболии после вдуваний объясняли закупоркой капилляров мозга и связанными с этим расстройствами деятельности важнейших для жизни органов. Теоретически, однако, смерть могла бы обусловиться и эмболической закупоркой венечных сосудов. Разрешение вопроса, имеет ли место в данном случае мозговая или сердечная смерть, клинически почти невозможно. А. приводит свое наблюдение, где вскрытие подтвердило, что наряду с эмболией мозга была массивная эмболия левой венечной артерии. Патолого-анатомические изменения в мозгу отступали в этом случае далеко на задний план по сравнению с изменениями в сердце, хотя клинически и в этом случае мозговые явления были на первом плане. А. приходит к выводу, что смерть от эмболии большого круга кровообращения может быть как сердечной, так и мозговой смертью. Так как распределение газа в крови зависит от положения пострадавшего, то разные положения предрасполагают к различной топографии эмболии. Положение на правом боку располагает к эмболии венечных артерий, в особенности левой; горизонтальное — к эмболии правой венечной артерии. Возможное положение головы, а также сидячее положение предрасполагают к эмболии сосудов мозга.

А. Гильман.

Anton Sattler. К раннему проведению плевролиза по Якобеусу (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, № 3, стр. 20—216). Момент для проведения операции перегибания спаек должен избираться при строго индивидуальном подходе в каждом отдельном случае. В общем следует держаться правила — не откладывать операций более 3 мес. после наложения пневмоторакса в целях избежания уплотнения стенок каверны. При наличии „висячей“ каверны и тяжей, препятствующих своим растяжением ее спадению, показан ранний плевролиз — через 5 недель после начала вдуваний. В случаях раннего плевролиза больше шансов на спадение каверны вследствие эластичности ее стенок, чем при более поздних сроках проведения операции.

В сомнительных случаях следует безусловно отдавать предпочтение ранней операции, так как операционный риск в опытных руках незначителен. А. приводит ряд примеров с рентгенограммами.

А. Гильман.

Н. Horster. *Причинные связи между содержанием в крови антител и возникновением гематогенного тбк, а также внутриклеточной туберкулиновой реакцией.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 182—186). На основании своих исследований и наблюдений других авторов а. считает, что при высоком содержании антител в крови не бывает бациллемии и гематогенное высыпание не наступает. При активном тбк с высоким титром антител в крови чувствительность к туберкулину низка. При активном экстрапульмональном тбк, т. е. формах, большую частью возникающих гематогенным путем (кроме тбк гортани и кишечника), мы обычно не находим антител в крови, наоборот, чувствительность к туберкулину высока.

При лечении тбк-больных следует стремиться к состоянию, когда при высоком содержании антител чувствительность к туберкулину падает. В диагностических целях всегда следует параллельно определять содержание в сыворотке антител и порог чувствительности к туберкулину по Либерману.

А. Гильман.

Н. С. Морозовский, Б. Александровский и В. Лазэр. *Роль желез гилюса и плевры в первичной тбк инфекции и в эндогенной реинфекции.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 24—41). В ряде случаев первичный комплекс представляет собой не легочно-железистое, а плеврально-железистое образование, и первичная тбк инфекция является экстрапульмональным лимфотропным плеврально-железистым процессом. При отсутствии легочного первичного инфекта аа., при наличии паравертебральной или паравертебрально-медиастинальной тени, идущей от головки 1 ребра к гилюсу, считают эту тень выражением железисто-плеврального первичного комплекса. Роль желез гилюса в эндогенной реинфекциии обычно недооценивается. Казеозный лимфаденит сопровождается явлениями пери- и парааденита, и процесс отсюда может переходить на междолевые щели.

А. Гильман.

J. Laugip. *О профилактическом введении масла для предупреждения экссудатов при исх. пневмотораксе.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 59—62). В 1933 году Унферрит и Доскет предложили вводить 2 см<sup>3</sup> стерильного оливкового масла в плевральную полость при одном из первых поддуваний через пневмоторакскую иглу с целью профилактики плевритов.

Это введение вызывает более или менее сильные боли, обычно проходящие через несколько часов. Наблюдается также кратковременная незначительная температурная реакция. На рентгене определяется почти во всех случаях выпот в синусе. Проверочные исследования аа., во всех случаях и. п., выполненных в течение 2 лет, не обнаружили заметного влияния на уменьшение процента плевритов. Так, из 100 таких случаев пневмоплеврит развился 23, а в контрольных 10 других 27 раз.

А. Гильман.

H. Starke. *Иод при лечении тбк.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, N. 7). Иод применяется многими при лечении тбк. Еще Бир пыгаясь усилить эффект застойной гиперемии предварительной дачей иода. А. начал применять комбинированное лечение иод—иодистый калий с туберкулином по предложению Фернбаха. По мнению а. иод действует при тбк как раздражающее средство. Он может вызвать как повышение температуры, так и очаговые реакции с распадом. Поэтому рекомендует не применять комбинаций иода с туберкулином.

А. Гильман.

### в) Дерматология.

Pearl Gretton Watson E. *Дерматомиозит.* (Brit. J. of Derm. a. Syph., № 6, 1937). Сообщение касается молодого человека, 18 лет, поступившего в госпиталь с диагнозом ревматизма. Болезнь локализовалась на верхних конечностях, главным образом на предплечьях, и характеризовалась уплотнением кожи, натянутостью ее и болезненностью; температура была резко повышенной, пульс учащен (96) и дыхание 24 в минуту. В крови обнаружен лейкоцитоз до

15000 с эозинофилией до 10%. Эозинофилия держалась в течение всего заболевания, т. е. 4 недели. Гистологически в биопсированных кусочках пораженной кожи и мышц обнаружены гигантские клетки. А. Д.

Michelson и Layton, C. *Necrobiosis lipoidica diabetorum*. (Arch. of Derm. a. Syph., № 6, т. 35, 1937). В статье приведены 4 истории болезни лиц с заболеванием, обозначенным в заглавии статьи. Все больные страдали диабетом, что подтверждено исследованиями врачей-интернистов и наличием сахара в моче до 172,5 мг на 100 см<sup>3</sup> мочи. Кожные проявления у больных были однотипного и того же характера. У одного больного поражения локализовались на нижних конечностях и представляли язвы в стадии заживления с глянцевитым видом типа неспецифической травматической язвы; центр имел желтый цвет, окружен был фиолетовой зоной, которая в свою очередь была окаймлена пигментной зоной. В течение 3-месячного пребывания больного в стационаре язвы не изменили своего вида. Гистологическое исследование всех четырех случаев характеризуется некробиотическими участками в коже, инфильтрацией лимфоцитами и образованием липоидного депо вне клеток. Патогенетически болезнь похожа на диабетическую гангрену. А. Д.

Frankе. Серологическое изучение содержимого вызванных на коже пузырей. (Arch. f. Derm. u. Syph., № 6, т. 175, 1937). Наложение кантаридинового пластиря на кожу вызывает образование пузырей в шиповатом слое кожи. Автор исследовал содержимое 125 пузырей от 105 больных с помощью RW, S-Georgi и реакции Мейнике. Неспецифические реакции автору наблюдать не удалось. При первичном сифилисе реакции с содержимым пузырей и с кровью одинаковы, но встречались случаи, когда реакции были положительными с жидкостью из пузырей, а с кровью — отрицательными. Обычно все три реакции совпадали. При вторичном сифилисе реакции выпадали одинаковыми независимо от того, лечился ли больной или нет; кроме того, отмечено, что под влиянием лечения RW становилась отрицательной, а осадочные реакции еще были положительные. При третичном сифилисе реакции совпадали и с кровью и с содержимым пузырей. У больных с скрытым сифилисом автор нашел, что реакции совпадали и с кровью и с содержимым пузырей, однако отмечено, что иногда реакции с жидкостью пузырей отрицательны при наличии положительных реакций в крови. Таким образом, утверждает автор, реакции идут параллельно и в крови и в сыворотке пузырей при сифилисе, однако возможны индивидуальные отклонения от этого правила. А. Д.

Folpmers. О стадиях красной волчанки на слизистой оболочке рта, особенно на губах. (Derm. Ztsch., № 6, 75, 1937). На основании изучения больных в дерматологической клинике, автор различает следующие стадии развития красной волчанки на слизистой оболочке рта. 1. Стадия эритематозная — характеризуется наличием ограниченных пятен эритемы, с изменением сосудов, расширение которых легко можно различить невооруженным глазом. 2. Стадия инфильтративно-сквамозная — характеризуется развитием инфильтрата, покрытого как бы колloidной пленкой. В этой стадии болезни возможно появление эрозий; дифференциальная диагностика с плоским красным лишаем и хелипитом. 3. Стадия атрофическая — слизистая атрофична, хорошо различаются телеангиэкзазии; некоторые очаги принимают синевато-красную окраску. И в этой стадии возможно выявление эрозий, наклонность к кровотечениям. 4. Стадия атрофически-карциноматозная — развивается из атрофических участков. Слизистая утолщается, принимает лейкоплакический вид, появляются эрозии. Процесс на слизистой оболочке претерпевает такие же изменения, что и на коже. А. Д.

Anderson, N. Стойкий свищевой ход зубного происхождения. (Arch. of Derm. a. Syph., № 6, т. 35, 1937). Дано описание трех больных, у которых стойкий свищевой ход соединял абсцесс в области верхушки какого-либо зуба с отверстием на коже. Проявления на коже при таких заболеваниях, по уверению автора, в литературе не описано. В первом подробно разобранном случае на подбородке была гранулема величиной с небольшую вишню, синюшная по цвету, с отчетливо выраженным краем. Воспалительные явления вокруг опу-

холи вырваны были незначительно; поверхность была покрыта „истонченным эпителием“, по удалении которого из опухоли выделялась слизисто-гнойная жидкость. При посеве ее на кровяные среды и среду Сабуро выросли стрептококки и стафилококки. Рентгенограмма, сделанная с передних резцов с наполнением хода контрастным веществом, показала, что свищевой ход идет от верхушки левого резца к подбородку. Два другие случая аналогичны описанному. А. Д.

Черногубов. *Наблюдения над лечением грибковых заболеваний волосистой части головы с помощью местного применения уксусно-кислого таллия.* (Derm. Ztsch., № 1, т. 75, 1937). Автор рекомендует местное применение таллия для целей эпиляции волос. Таллий рекомендуется применять у маленьких детей—10%, у более взрослых детей—15% и у взрослых—20% в коллоидии. Цель такого именно применения таллия—избегнуть побочных явлений от препарата, когда он назначается внутрь. Таллий в коллоидии накладывается на пораженные участки волосистой части головы, через 10—12 дней снимается пленка, на которой остаются и волосы. После такой эпиляции применяется обычное лечение—вилькинсоновская мазь и смазывание пораженных участков настойкой иода. Автор подверг лечению с помощью описанного метода 42 детей с различными грибковыми заболеваниями. Полное излечение получено у 16 человек (контроль 4—6 месяцев, реф.), у 3 человек получились рецидивы, которые были ликвидированы при повторном применении таллия. В качестве осложнений при данной методике применения могут возникнуть дерматиты. У одного ребенка 4 лет после трехкратного применения таллия на всю голову появились явления интоксикации полиневрит.

А. Д.

## Заседания медицинских обществ.

*Резолюция собрания членов хирургического, терапевтического и рентгенологического обществ, принятая в связи с 20-й годовщиной Рабоче-Крестьянской Красной армии и Военно-морского флота.*

Члены хирургического, терапевтического и рентгенологического обществ на заседании 15/II 38 г., заслушав сообщение председателя проф. Н. Соколова о предстоящем 20-летнем юбилее Рабоче-Крестьянской Красной Армии и Военно-Морского Флота, вынесли следующую резолюцию:

Вдохновляемые великими идеями Ленина и Сталина, организованные при непосредственном участии Сталина, Фрунзе, Ворошилова, Рабоче-Крестьянская Красная Армия и Военно-Морской Флот прошли славный 20-летний путь.

Вдохновленные идеей построения новой социалистической жизни, горящие любовью к своей родине и ненавистью к врагам Октябрьской революции, бойцы Красной Армии и Флота под руководством Салина, Фрунзе, Ворошилова, Буденного разгромили интервентские и контрреволюционные банды белогвардейцев на западе и востоке, на севере и юге и обеспечили условия мирного труда в Советском Союзе для построения новой, социалистической жизни.

Мы, члены хирургического, терапевтического и рентгенологического обществ, с чувством безграничной любви и восхищения отмечаем славный 20-летний путь Рабоче-Крестьянской Красной Армии и Военно-Морского Флота и обязуемся всей своей работой со всей энергией содействовать укреплению мощи и обороноспособности любимой нами Красной Армии и Флота, а в случае нужды обязуемся отдать все свои силы и жизнь на защиту любимой нами родины.

Председатель собрания проф. Н. Соколов.

## Протокол заседания Хирургического общества ТАССР от 15/IX 1937 г.

1. Д-р В. М. Тихонов (демонстрация). Случай множественного повреждения скелета.

В Ин-т ортопедии и травматологии ТНКЗ поступил мальчик 8 лет, с жалобой на опухоль в нижней трети правой голени (на больше-берцовой кости) и на боль в этой области, усиливающуюся при хождении и по ночам. При обследовании кроме этого очага обнаружены равномерные костные выступы на другой ноге на том же уровне на мало-берцовой кости, далее на той же правой больше-берцовой кости в верхней трети и, наконец, на левой локтевой кости.

Все эти деформации, кроме первой, не были замечены родителями и не беспокоили больного. При постановке диагноза было высказано два предположения: люстический периостит или гиперпластический периостит Пьер-Мари-Бамбергера. Рентгеновское исследование не показало классической картины периостита Пьер-Мари-Бамбергера, а обнаружило периостальные наслойения, плотно примкнувшие к корковому слою на ограниченных местах костей и с несимметричным расположением. Заметна слоистость гиперостоза. Реакция Вассермана оказалась резко положительной, хотя соответствующих анамнестических указаний не было. Случай трактуется как множественный периостит вследствие люеса.

В прениях доц. Л. И. Шулутко указан, что в демонстрируемом случае были диагностические затруднения. Клиническая картина была схожа с болезнью Пьер-Мари-Бамбергера. На люес указаний никаких не было. Отсутствовала триада Гутчинсона и Вельяминова.

Рентген и положительная Р. В. склоняют к мысли о люстическом периостите.

2. Д-р Сметанин. К вопросу о лечении пептических язв (демонстрация, автореферат не представлен).

3. Д-р Н. Х. Сидыков. Диагностическое значение внутривенной пиелографии.

Остановившись на путях развития внутривенной пиелографии, докладчик ознакомил с материалом по внутривенной пиелографии, прошедшим через 1 хир. кл-ку ГИДУВ. Доклад сопровождается демонстрацией серии пиелограмм. Во всех случаях был применен серозин. На 50 пиелографий не было никаких осложнений. В подавляющем большинстве внутривенной пиелографии были подвергнуты случаи с неясной диагностикой. Во всех случаях внутривенная пиелография дала возможность правильно поставить диагноз. Высказывается за активное применение внутривенной пиелографии в урологической картине.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг. Желательно, чтобы докладчик представил материал в более расширенном виде; в частности интересно выяснить процент неудач и осложнений при внутривенной пиелографии.

Проф. С. М. Алексеев. Внутривенная пиелография — прекрасный диагностический метод, дающий возможность в ряде случаев разобраться в сложной клинической картине. Процент неудач должен быть ничтожен. Внутривенная пиелография имеет все преимущества перед ретроградной и тем более инструментальным обследованием.

Доц. Ю. А. Ратнер. В тех случаях, где диагноз не ясен после ретроградной пиелографии, там показана внутривенная пиелография. Внутривенная пиелография не исключает, а дополняет ретроградную пиелографию. Травмы мочевыводящих путей при ретроградной пиелографии не наблюдал, но они возможны. В диагностическом отношении ретроградная пиелография также в огромном большинстве не дает положительного ответа.

Единственным недостатком внутривенной пиелографии является дороговизна метода.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Значение метода внутривенной пиелографии очевидно из тех рентгенограмм, которые проведены докладчиком. Надо полагать, что на данном этапе оба метода — и метод ретро-

градной и метод внутривенной пиелографии—должны найти свое место в клинике. Но несомненно, что метод внутривенной пиелографии имеет блестящие перспективы.

*Административная часть.*

Председатель Общества проф. Н. В. Соколов сделал отчетный доклад о деятельности О-ва с 1/1 1933 г.

Произведены выборы бюро. Тайным голосованием избраны: проф. Н. В. Соколов, проф. Г. М. Новиков, проф. В. А. Гусынин, доц. Л. И. Шутенко, проф. С. М. Алексеев, д-р В. М. Осиповский и проф. И. В. Домрачев.

Председатель проф. Н. В. Соколов.  
Секретарь д-р В. М. Осиповский.

*Заседание 15/X 1937 г.*

*Демонстрации.*

1. А. Н. Новиков демонстрирует больного после ампутatio interscapulo-thoracis, оперированного (проф. Н. В. Соколов) по поводу саркомы плеча. Докладчик. Операция проведена под инфильтрационной анестезией, указывает технику анестезии при этой операции и подчеркивает значение для анестезии фасциальных футляров, как это было указано проф. А. В. Вишневским.

*Прения:*

Проф. С. М. Алексеев интересуется, не было ли пролежня над оставленной частью ключицы: в наблюдениях клиники Вишневского имели место и пролежни, и секвестрации. В данном случае с успехом использован принцип Вишневского футлярной анестезии.

В. И. Михайлов считает рациональным с точки зрения профилактики шока использовать при перерезке нервов эндопневральную анестезию.

Проф. В. А. Гусынин. Ампутация в межлопаточно-грудном пространстве под местной инфильтрационной анестезией является свидетельством успеха техники и торжества метода местного обезболивания. В отношении к данной операции местное обезболивание все же не может быть названо универсальным способом обезболивания. Оно не может быть применено в детском возрасте и при тяжелых травматических повреждениях плечевого пояса с обширными разрушениями мягких и костных тканей по соседству от плечевого сустава. Делится впечатлениями о своих 3 случаях ампутации, произведенных под общим наркозом. Показанием для операции послужили в 2 случаях саркома и в 1 случае травма.

Проф. Г. М. Новиков. Нельзя согласиться с мнением проф. Гусынина, что метод местной анестезии не универсален. В случаях обширных травм она и выполнима и играет противоводействующую роль. Смертность при местной анестезии снижается. Под местной анестезией можно успешно производить любые операции, в любом возрасте.

2. В. Н. Горбатов демонстрирует больного с диагнозом множественных язв желудка, подтвержденным при лапаротомии. Наблюдение интересно с точки зрения диагноза и выбора оперативного метода.

Поставленный диагноз—язва малой кривизны желудка, 12-перстной кишки с сужением привратника, подтвердился на операции. Произведена задняя гастро-энтеростомия, во-первых, вследствие технической трудности резекции из-за высокого стояния язвы, во-вторых, вследствие наклонности при множественных язвах к образованию новых язв, развивающихся иногда и после резекции желудка.

*Прения:*

Д-р Михайлов сообщает, что на материале Плетеневской больницы в 600 случаев множественные язвы были обнаружены только 3 раза.

Проф. В. А. Гусынин отдает должное клинике, поставившей диагноз множественных язв до операции. Такое распознавание возможно только в случае

разделения язв большими расстояниями друг от друга (мелкая кривизна у сагиттального диафрагмопсии).

Проф. Ю. А. Ратнер встречал в своей практике множественные язвы 7 раз; диагноз зависит от точности рентгеновского исследования.

Проф. Г. М. Новиков. Множественные язвы желудка не так редки. На своем материале на коротком периоде времени встретил в 3 случаях. Повидимому, редкими они считаются потому, что диагностика их трудна, а оперативная проверка их наличия возможна лишь при резекции. Не соглашается с докладчиком в вопросе выбора метода гастро-энтеростомии.

З. С. Л. Юрченко. Демонстрирует *макропрепарат удаленной* (проф. С. М. Алексеев) *правой почки, пораженной раковым новообразованием*. Патогистологическое исследование показало чисто-карциному. Пораженная почка удалена у молодого человека 19 лет. Больной никаких жалоб не предъявлял, за исключением увеличивающейся опухоли в правом подреберье, которую он обнаружил сам. Ни в анамнезе, ни за время пребывания в клинике у больного не отмечалось гематурии. При цистоскопии выяснилось: отсутствие функции правой почки. Опухоль удалена внутрибрюшинно через пояснично-брюшный разрез Федорова.

*Пренар:*

Проф. С. М. Алексеев. Ставит вопрос о пересмотре техники операции удаления злокачественных опухолей почек. При обычной технике поясничного удаления опухолей почек момент изоляции почки от жировой капсулы сопряжен с „массированием“ последней. Это обстоятельство при еще неперевязанной сосудистой ножке может послужить причиной метастазирования. С профилактической точки зрения целесообразнее удалять такие опухоли со стороны брюшной полости. В этом случае надо итии на сосудистую ножку и перевязывать ее; дальнейшие манипуляции с злокачественным новообразованием почки, в смысле метастазирования, менее опасны. Рекомендует прежде, чем подвергать таких больных операции, провести курс рентгенотерапии с целью уменьшения объема опухоли.

Проф. Ю. А. Ратнер. Случай рака почки интересен с точки зрения патолого-анатомических данных. Опухоль оказалась чистокарциномой, тогда как она чаще бывает чисто-аденомой. Располагает материалом свыше двух десятков случаев злокачественных опухолей почек.

А. Л. Полянцев в своем выступлении касается третьей демонстрации (случай опухоли правой почки). По принятому мнению в патологической анатомии считается, что раковые опухоли метастазируют по лимфатическим путям, а саркоматозные — по кровеносным. Топография лимфатических сосудов печени и почек такова, что лимфотоки их впадают в разные места. Правильнее будет представить, что опухоль печени развилась у больного *per continuitatem*, а не путем переноса. Метастазы же при злокачественных опухолях почек должны быть, в первую очередь, в легких.

Проф. Ю. А. Ратнер. Считает, что несмотря на различные морфологические отношения лимфатической системы почки и печени, перенос злокачественной опухоли не исключается.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Демонстрация больного с операцией Bergera интересна с точки зрения проведения ее под местной анестезией. Использование футлярных пространств, как это указал проф. Вишневский, дает возможность провести безболезненно травматическую операцию с перевязкой сосудов и перерезкой нервов плечевого сплетения.

Диагноз множественных язв желудка труден, но в данном случае нам помог опыт прошлого года, когда рентгенологи давали различные заключения больному, у которого на операции были обнаружены множественные язвы. Кроме того, детальный разбор клинических симптомов не укладывался в картину одной язвы.

Множественные язвы встречаются не так часто; по материалу клиники на 400 язв желудка — в 5 случаях.

Предложение проф. Алексеева относительно пересмотра методики опери-

рования злокачественных опухолей почек заслуживает внимания и интересно по своим обоснованиям.

4. Р. А. Вяслев (доклад). «*К вопросу об анаэробной инфекции в условиях мирного времени*». Докладчик на основании изучения послевоенной литературы и 10 случаев газовой флегмоны, наблюдавшихся за последние 2 года в госпитальной хирургической клинике Казанского медицинского института, трактует газовую инфекцию как довольно частое осложнение ранений и в мирное время. Докладчик указывает на наличие проблем, нуждающихся в дальнейшей разработке, напр. патогенез, диагностика, лечение и профилактика газовой инфекции.

Кровотечение и шоковое состояние благоприятствуют развитию газовой инфекции в ранах. В качестве особенностей патогенеза приводятся случаи газовой флегмоны после закрытого перелома костей голени с разрывом art. tibiae anter. при небольшой экскориации кожи голени, вспышка дремлющей газовой инфекции (*B. perfringens*) после редрессации коленного сустава и др. Один из случаев иллюстрирует тяжелую клиническую картину газовой флегмоны со смертельным исходом при длительном течении процесса (20 дней). Приводятся два случая открытого перелома костей голени, давших осложнение газовой флегмоны после первичного шва.

Во всех 10 случаях диагностика газовой инфекции основывалась на ясной клинической картине; в 5 случаях клинический диагноз был подтвержден посевами.

Вновь возникающая боль на месте травмы или усиление имеющейся боли при мягком, частом пульсе, высокая температура, желтушность кожных покровов, сухость раны, наличие грамположительных палочек в последней и тем более—подкожная крепитация, служат вполне надежным основанием для диагностики газовой инфекции и диктуют проведение соответствующего лечения, не дожидаясь дальнейшего бактериологического исследования.

Случаи, где применялось лишь хирургическое вмешательство, окончились летально. В двух случаях, при которых широкие разрезы сочетались со своевременным введением смеси противогангренозных сывороток, получен хороший эффект.

Докладчик приписывает большую роль переливанию крови с точки зрения борьбы с шоковым состоянием и анемией, на фоне которых газовая инфекция протекает особенно бурно. Эффект от переливания крови иллюстрируется двумя случаями.

Круг применения ампутаций при газовой инфекции безусловно должен сузиться за счет своевременного сочетанного лечения разрезами и сыворотками.

#### *Прения.*

Проф. Г. М. Новиков. Применение противогангренозной сыворотки—значительный вклад в терапию анаэробной инфекции. К сожалению, надо констатировать печальный факт: в Казани до сих пор такой сыворотки нет. Микробиологический институт до сих пор не освоил методику приготовления этих сывороток. Иногда институт со значительными перебоями и опозданием доставляет и противостолбнячную сыворотку. Теперь, после того как выяснилось, что руководство микробиологического ин-та находилось в руках врагов народа, понятны эти организационные неполадки.

Оперативное лечение анаэробной инфекции претерпевает ряд изменений. На XXII Съезде хирургов проф. Флеров рекомендовал глубокие разрезы, дававшие хорошие результаты.

По опыту оппонента они не дают желаемого результата. Хорошие результаты дают в этих случаях своевременно сделанные ампутации. Правильное проведение первичной обработки ран еще не вошло в практику хирургов. Комментирует это случаями, наблюдаемыми при доставке больных из районных больниц.

Обращает сугубое внимание на технику первичной обработки ран. Считает, что своевременно и правильно сделанная обработка раны во многих случаях является надежным профилактическим средством борьбы с анаэробной инфекцией в ране.

Проф. В. А. Гусынин. Диагностика заражения анаэробной инфекцией, к сожалению, в большей части случаев запаздывает, иногда настолько, что успех оперативного лечения исключается. Бросается в глаза большая разница в частоте осложнения газовой гангреной в военное время и мирное. Частое заражение гангреной во время мировой войны объясняется, между прочим; сильным истощением и изнуриением солдат в условиях окопной войны и дурного питания. Этот факт должен быть учтен в профилактике осложнения.

Серотерапия газовой гангрены до сего времени мало распространена. Необходимо наладить снабжение казанских клиник и больниц противотоксической и противобациллярной сыворотками для изучения действия их. Правильная первичная обработка ран также является лечебно-профилактическим средством борьбы с осложнением. При наличии явлений заражения необходимы более радикальные средства.

Проф. И. В. Домрачев сообщает о казуистическом случае заражения газовой инфекцией.

Д-р Ефимов. Наблюдал 3 случая газовой гангрены. Делится впечатлением о последнем случае травматического повреждения плеча с развившейся газовой инфекцией. Больной на ампутацию не соглашался. Произведенная на следующий день экзартикуляция не спасла больного.

В. Н. Помосов. Анаэробная инфекция, чаще встречается в военное время, чем в мирное, потому что в военное время ее развитию способствует целый ряд факторов: длительное ненормальное питание, антисанитарная обстановка окопной жизни, длительные перетяжки конечностей жгутами, поздняя и недостаточная первичная обработка ран и т. д. Но и в мирное время она не такое редкое явление, в этом убеждают данные ин-та им. Склифосовского, проф. Мельникова и др. Особо следует помнить, что анаэр. инф. может развиваться после незначительных повреждений, что симбиоз с аэробами ухудшает течение процесса, что чаще она поражает нижние конечности. Основное в борьбе с а.и.— профилактика, которая должна складываться из ранней и тщательной первичной обработки любой раны и раннего введения противогангренозной сыворотки при всяком ранении, где есть подозрение на загрязнение раны землей и т. п. Здесь врачи должны быть так же строги и пунктуальны, как по поводу профилактики столбняка. Успех в лечении зависит от раннего применения необходимых мероприятий, отсюда следует, что ранняя диагностика а.и.— основа лечения. Лечение должно быть только комбинированным: хирургическое и сывороточное. Из хирургических мероприятий—ранение и высокие ампутации и экзартикуляции при быстро прогрессирующих формах с широко открытой культей и множественные глубокие разрезы при медленно протекающих формах являются обязательными мероприятиями. Обязательны повторные введения полимикробных антигангренозных сывороток. Наряду с этими мероприятиями показано переливание крови.

Доц. Л. И. Шулутко. Вопрос об анаэробной инфекции должен интересовать хирургов и ортопедов-травматологов в мирное время для того, чтобы быть во всеоружии в этом вопросе в условиях фронта. В мирное время газовая инфекция нередко наблюдается при сельскохозяйственных и уличных травмах, значительно реже—после "чистых" операций.

В последних случаях приходится, повидимому, встречаться с фактом наличия у больного "дремлющей" анаэробной инфекции, которая вспыхнула под влиянием оперативной травмы. Среди материала докладчика был один случай газовой флегмоны после насилиственной редрессации по поводу контрактуры сгибателей бедра. В ортопедической практике часто приходится прибегать к редрессации, и указанный докладчиком случай должен явиться некоторого рода сигналом более осторожного подхода к редрессациям областей, с богатой мускулатурой, где, как известно, анаэробы находят наилучшую почву.

Практически важным является вопрос о лечении и профилактике газовых флегмон. Не приходится говорить о случаях, где наблюдается молниеносное течение, быстро приводящее к гибели больного. Не вызывает споров также от-

ношение к начинающейся инфекции, где все согласны с необходимостью произходить тщательную первичную обработку, широкое раскрытие карманов и удаление некротических участков.

Спорным лишь является вопрос о сроках производства ампутаций. Из опыта мировой войны известно, что более чем в половине случаев ампутации производились по поводу газовых инфекций.

Сейчас, когда в руках хирурга имеется мощное средство — серотерапия, показания к ампутации должны сузиться. Вопрос этот, безусловно, должен решаться индивидуально. Нужно на занятиях со студентами и врачами широко пропагандировать применение антитоксических и антимикробных сывороток в самых начальных стадиях газовых флегмон, подчеркивая, что такой подход несомненно сохранит большому количеству больных их конечности.

Отсутствие эффекта у некоторых авторов при применении сыворотки с профилактической целью не должен останавливать от дальнейшей проверки этого метода.

Проф. Ю. А. Ратнер делится впечатлением о 2 случаях газовой гангрены после трамвайной травмы. В обоих случаях, несмотря на раннюю первичную ампутацию, вскоре наступила смерть. Обращает внимание на симптоматологию и профилактику газовой инфекции.

Д-р Да ньков приводит случай газовой гангрены плеча после ранения кисти руки. Разрезы и дренаж были безрезультатны, от введения противосибирякозной сыворотки получен был хороший эффект.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Материал докладчика не велик, но обсуждение вопроса об анаэробной инфекции ран своевременно.

Совершенно правы говорившие в прениях, что первый вопрос — это профилактика развития в организме анаэробной инфекции. С этой целью необходимо широко пропагандировать иссечение ран и введение сывороток.

Что касается методов лечения при обнаруженной уже газовой флегмоне, то здесь линия поведения хирурга не всегда одинакова. В одних случаях спасают больного широкие разрезы, в других не спасают и ампутации. Во всяком случае ампутация и экзартипуляция плеча и бедра обычно бесполезны, когда процесс распространяется уже на эти отделы конечностей.

При всех условиях сыворотки должны быть широко использованы и при развивающейся болезни. Должен быть поставлен вопрос перед НКЗ о снабжении хирургических клиник и хирургических отделений больниц противоанаэробными сыворотками.

Председатель проф. Н. В. Соколов.  
Секретарь д-р В. М. Осиповский.

### Заседание 31/X 1937 г.

1. Л. И. Цыборкин (техник-протезист) демонстрирует:

а) Модификацию клеммы Шмерц-Павловича, в которой винты заменены автоматическим пружинным зажимом.

б) Прикрывательный блок, состоящий из проволочной стальной рамки с крючками и передвижного блока, укрепленного на дужке.

Демонстрированные аппараты изготовлены докладчиком в мастерской Ин-та ортопедии и травматологии.

2. Д-р А. Г. Тихонов (демонстрация). *Задний патологический вывих голени.* Больной Б., 13 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии с жалобой на невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Год назад в левом коленном суставе был острый воспалительный процесс, в результате которого образовалась контрактура сустава с полным вывихом костей голени кзади.

Данные клинического и рентгенологического обследования подтверждают, что у б-ного имеется полный вывих голени кзади.

Больной демонстрируется по следующим соображениям: 1) случаи полного патологического вывиха без поражения суставных концов костей редки; 2) случай представляет интерес в отношении этиологии происхождения вывиха; 3) в отношении дальнейшей терапии.

Консервативные способы устраниния вывиха заведомо не дают излечения, а хирургическое лечение—полная резекция сустава—может дать, при нарушении ростковой зоны, значительное укорочение конечности (возраст больного).

3. Д-р И. Р. Лукиенко. *Остеохондропатия шейки левого бедра.* Больная Г., 5 лет, поступила в Ин-т ортопедии и травматологии с жалобой на боль в области левого тазобедренного сустава и на небольшое прихрамывание. Девочка физически развита: упитанность хорошая; левая нога слегка укорочена; имеет небольшую диффузную атрофию мышц левой ноги; нога слегка приведена. Отведение и ротация бедра ограничены. Функционально конечность укорочена на  $1\frac{1}{2}$  см. На рентгене определяется: очаг разрежения костной ткани в верхней части шейки левого бедра с глыбчатой структурой, треугольной формы, обращенный основанием вверх; угол между шейкой и диафизом бедра около  $100^\circ$ . Диагноз: остеохондропатия шейки левого бедра и вторичная соха varus.

4. Д-р Г. С. Самойлов (демонстрация). *Случай genu valgum recurvatum.* Больной И., 18 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии 9/IX-1937 г. В 1930 г. больной перенес операцию по поводу повреждения внутреннего мениска левого коленного сустава. Через 8 месяцев у него появляется сгибательная контрактура этого сустава. Больной был подвергнут операции надмыщелковой остеотомии.

В настоящее время, т. е. спустя 7 лет после второй операции, выясняется, что через  $3\frac{1}{2}$  месяца после этой операции на внутренней стороне коленного сустава появился свищ, который закрылся через 2 месяца.

Больной, не ощущая болей, стал ходить и нагружать конечность. Подвижность сустава стала заметно уменьшаться, и конечность принимает вальгусно-рекурвационное положение. Деформация продолжает постепенно увеличиваться.

При обследовании определяется резкая деформация и анкилоз левого коленного сустава в положении genu valga— $120^\circ$ , рекурвация— $20^\circ$ , ротация голени кнаружи— $16^\circ$ . Функциональное укорочение— $16$  см; анатомическое удлинение конечности 4 см; бедра на 3 см, голени на 1 см. Больной ходит, перекрещивая сзади левым бедром здоровую конечность.

На рентгенограмме коленного сустава—значительное увеличение размеров внутреннего мыщелка бедра и берцовой кости. Суставная щель не дифференцирована. В области метафизов бедра и большеберцовой кости с внутренней стороны, вблизи линии ростковой зоны, определяются четко очерченные очаги разрежения. Кортикальный слой латеральной поверхности костей утолщен.

2/X 1937 г. больному с целью исправления описанной деформации произведена атипичная резекция коленного сустава (доц. Л. И. Шулутко). Послеоперационное течение гладкое. Рентгенограмма указывает правильное стояние бедра и голени.

Случай представляет интерес с точки зрения довольно редкой деформации и удлинения конечности в связи с односторонним патологическим ростом костей на почве близ лежащего туберкулезного очага.

5. Д-р Л. В. Грубейр (демонстрация). *Случай костно-пластиической фиксации ключицы*

Демонстрируется случай остеосинтеза ключицы с использованием гетеротрансплантата.

Больной Т., 28 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии 10/X-37 г. по поводу смещенного перелома правой ключицы. Перелом произошел 27/IX 37 г. Повторная репозиция отломков осталась безуспешной.

Рентгенограмма подтвердила смещение отломков по длине (на 2 см) с дистазом их, а также и наличие осколка, стоящего перпендикулярно к оси ключицы. В области перелома определяется движение отломков.

14/X 37 г., под местной инфильтрационной анестезией (доц. Л. И. Шулутко) произведена операция остеосинтеза ключицы, путем введения в костно-мозговые каналы отломков bolting'a из бычьей кости. Из операционной раны удален свободно лежащий осколок величиной в 3 см. Швы. Гипсовая повязка типа Лезе. Контрольная рентгенограмма дала совершенно правильно стояние отломков.

б. Д-р. В. М. Осиповский. К методике костно-пластической фиксации надакромиальных вывихов ключицы.

Продемонстрирован больной С., у которого после травмы наступил левосторонний полный надакромиальный вывих ключицы. Б-ному произведена оперативная фиксация вывиха. В качестве материала для фиксации использована аутопластическая изолированная кожная лигатура— „кожный жгутик“ по принципу Боголюбова. Для цели костно-пластических швов кожный жгутик Боголюбова применен докладчиком впервые. Докладчик располагает 12 случаями остеосинтеза при помощи аутопластической изолированной кожной лигатуры (4 надакромиальных вывиха, 4 перелома надколенника и 4 перелома ключицы).

Методика костно-пластической фиксации надакромиального вывиха ключицы: операция производится под местной инфильтр. анестезией по Вишневскому. Линейный разрез кожи по ходу ключицы, над выстоящим ее концом, заходящим несколько на плечевой свод, длиною 10—12 см. Из края раны вырезается в 0,5—1,0 см шириной и длиною 10—12 см кожная лигатура. Лигатура помещается в 70—90° спирт и подвергается дублению в течение 5—10 минут. Острым ножом или пожицами удаляются участки жировой подкожной клетчатки. Обработанная таким образом лигатура готова к употреблению.

Второй момент: разрез мягких тканей и освобождение акромиальной головки ключицы и акромиона. Кожная лигатура протягивается через отверстия, проделанные дрилем Дурана, при помощи иглы Дешампа.

Третий момент: установление суставных концов и фиксирование их лигатурой завязанной морским узлом с помощью двух пинцетов. Швы на рану. Повязка типа Дезо. Повязка на третий день снимается. Рука на косынке. Ранняя ме-ханотерапия и физиотерапевтические мероприятия

В демонстрируемом случае через пять недель функция конечности восстановилась. Б-ной вполне работоспособен.

Рентгенография показала стояние суставных концов в пределах нормы.

7. Д-р В. С. Ефимов. Случай врожденного двустороннего переднего вывиха голеней.

Демонстрируется трупик новорожденного с врожденной деформацией голеней, стоп и кистей, а также рентгенограммы случая.

#### Прения:

Доц. Л. И. Шулутко указывает на большой интерес демонстрированных случаев. Особого внимания заслуживают genu valgum recurvatum и остеохондропатия шейки бедра.

Первый из указанных случаев интересен, главным образом, по этиопатогенезу имеющейся деформации. Здесь локальные метафизарные туберкулезные очаги в области внутреннего мыщелка бедра и б.-берцовой кости вызвали местный усиленный рост, при нормальном развитии наружных участков тех же костей. Эти моменты и создали довольно редкую деформацию.

Во 2-м случае имеется остеохондропатия шейки бедра, в 3-й стадии этого заболевания в сочетании с соха varo, которую надо считать вторичной.

Вопрос о возможной локализации асептического некроза в области шейки бедра еще до настоящего времени вызывает разногласия. За такую возможность высказываются Корнев, Дреман, Соррель и др. В настоящем случае клинико намерена сделать пробуравливание шейки бедра по Беку.

Случай костно-пластической фиксации ключицы демонстрируется с целью пропаганды точки зрения ортопедической клиники в отношении использования гетеротрансплантата для фиксации отломков.

Следует отметить весьма интересную демонстрацию д-ра В. М. Осиповского, который использовал кожный жгутик для оперативного выравнивания акромиального конца ключицы. Этот метод подкупает своей простотой, и его необходимо проверить на большом материале.

Д-р А. Г. Тихонов в случае патологического вывиха голени рекомендует экономную резекцию с предварительной тенотомией сухожилий сгибателей голени. В случае неустранимости контрактуры до желаемой степени—в последующем применить остеотомию бедра.

Д-р И. Р. Лукиенко полагает, что остеосинтез при помощи гетеротрансплантата делает операцию значительно проще и короче, что особенно важно на периферии.

Проф. В. А. Гусынин. Демонстрированные больные показывают успешное разрешение клиникой целого ряда сложных вопросов костной хирургии. Особого внимания заслуживает практикуемый метод остеопластического синтеза переломов ключицы с большим смещением отломков. Хороший результат оперативного лечения при рекурвации колена.

8. Доц. Л. И. Шулутко (доклад). *Последний вариант нашей универсальной шины для лечения переломов костей нижней конечности.*

В демонстрированную весною в новой модификации универсальную шину для лечения переломов костей нижней конечности внесены некоторые изменения. В последнем варианте шина предусмотрена более надежная фиксация стержня с блоком для груза от бедра, а также добавочная легкая рама и шнур с ручкой, укрепляющейся к указанной раме,— для предоставления возможности самому больному производить функциональное лечение. Шина в последней модификации демонстрируется обществу.

В прениях проф. Н. В. Соколов отметил большие преимущества шины, предлагаемой автором и указал на целесообразность массового ее производства.

Председатель проф. В. А. Гусынин (резюме). Продемонстрированная доц. Л. И. Шулутко шина для лечения перелома ноги была уже раз одобрена хирургическим обществом. Внесенные в шину изменения делают ее еще более пригодной для функционального лечения перелома.

9. Д-р В. М. Тихонов (доклад). *К вопросу о регенерации менисков коленного сустава.*

Экспериментально изучается регенеративная способность отдельных частей мениска. Макроскопический анализ данных эксперимента на различных срокахложен в основу настоящих выводов.

1. Мениск обладает неодинаковой регенерационной способностью в своих отдельных частях: а) поперечное сечение рогов и места прикрепления, а также открепления капсулы от мениска всегда ведет почти к полному его восстановлению; в) экстирпация, резекция и поперечное сечение во всю ширину мениска почти во всех случаях ведет к различной степени замещения дефекта. Преобладает слабое и неполное замещение дефекта. Чем больше дефект, тем менее полно восстанавливается целость поврежденного мениска; с) линейное повреждение и дефекты внутреннего свободного края мениска остаются без изменений в течение нескольких месяцев. 2. Не наблюдается чрезмерного разрастания регенеративной ткани. 3. Регенерационный процесс идет со стороны капсулы или паракапсулярных поврежденных отделов мениска при наличии образования кровяного сгустка на месте дефекта. 4. Процесс замещения дефекта слабеет или прекращается при воспалении в суставе и паракапсулярно. 5. Отмечаются некоторые возрастные влияния на степень замещения дефекта.

Выводы являются предварительными и будут подвергнуты критическому анализу гистологическими исследованиями, к которым мы приступаем.

Прения:

Доц. Л. И. Шулутко указывает на довольно частые повреждения коленного сустава, когда нарушение целости мениска просматривается. Практика оперативного лечения отрывов мениска указывает на очень плохие регенеративные способности мениска, особенно при повреждениях его внутреннего бессосудистого края. В связи с этим вопросом д-р В. М. Тихонов ведет свою экспериментально-клиническую работу, первая часть которой сегодня заслушана.

Доложенный материал представляет для ортопеда большой интерес, и кажущиеся на первый взгляд, противоречия в выводах докладчика, несомненно, исчезают при более детальном рассмотрении видов повреждения менисков и результатов этого вмешательства на собаках. Дальнейшие гистологические исследования смогут разрешить поставленные в доложенной работе вопросы.

Д-р И. П. Попок считает, что докладчик совершенно не коснулся вопроса васкуляризации менисков. На регенерацию менисков оказывает влияние возраст. При постановке опытов надо учитывать возраст животных.

Д-р Д. С. Линников указывает на необходимость учитывать трофические моменты.

Председатель проф. В. А. Гусынин (резюме). Экспериментальная работа В. М. Тихонова о регенерации менисков представляет большой теоретический и практический интерес. Некоторые сомнения, высказанные в прениях по отдельным положениям докладчика, ни в какой мере не уменьшают ценности работы.

Председатель проф. В. А. Гусынин  
Секретарь д-р В. М. Осиповский.

### Заседание Казанского филиала Общества невропатологов и психиатров 19/IX 1937 г.

Профессор И. И. Русецкий выступил с отчетным докладом о деятельности Казанского филиала общества.

В 1937 году проведено 5 научных заседаний, из них одно тематическое (изменения при малярии).

Были доложены и обсуждены следующие доклады: 1) М. Л. Шифрина и А. Д. Халявкин. Случай первичного эхинококка оболочки спинного мозга. 2) М. А. Неймарк. Спинная сухотка по материалам нервных клиник г. Казани. 3) Е. Е. Андреева. Демонстрация оперированного больного после эхинококка 4-го желудочка. 4) Асс. Молчанова. Три случая закрытых повреждений позвоночника с демонстрацией рентгеновских снимков. 5) Проф. Андреев. Сообщение о Харьковском съезде, посвященном вопросам конституции, наследственности и изменчивости. 6) М. П. Андреев. О состоянии психиатрической помощи в Татарской Республике. 7) И. И. Русецкий. О состоянии неврологической помощи в Татарской Республике. 8) Соловцова. К вопросу о малярийных психозах. 9) П. А. Бадюл. К вопросу о малярийных повреждениях периферической нервной системы. 10) М. А. Рифман. О влиянии токсических доз плазмоида на нервную систему. 11) А. Н. Смирнов. Демонстрация больного с аngiomatозной опухолью левой височной доли после операции. 12) Проф. Андреев и доц. Кочергин. Второй Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров 13) Асс. А. Х. Терегулов. К вопросу о возбудимости блуждающего нерва у собак в связи с местным давлением на большой мозг при остром опыте. 14) Асс. Еселиевич Славин. Клинике поражений ветвей задней мозговой артерии 15) Асс. Шифрина. Демонстрация больных с миотонией и амиотрофическим боковым склерозом. 16) Проф. Андреев. Памяти академика И. П. Павлова. 17) Асс. Жогалев. Изменения вегетативной нервной системы при трансцеребральном ионофорезе у здоровых людей и у лиц с органическим поражением.

В этом заседании были произведены выборы Президиума О-ва; тайным голосованием избраны: председателем проф. И. И. Русецкий, членами: Камчатка, Еселиевич, Попов, Андреев и Омороков.

**Заслуженный деятель науки профессор  
ВИКТОРИН СЕРГЕЕВИЧ ГРУЗДЕВ**

7 февраля 1938 года после непродолжительной болезни умер профессор Викторин Сергеевич Груздев. 29 января еще ничто не предвещало близкой смертельной болезни, и покойный присутствовал в клинике на экзамене студентов. 30 января он корректировал типографский оттиск очередной книжки „Трудов Казанского государственного медицинского института“. 31 января, около 40 часов утра, готовясь к отъезду в клинику, В. С. почувствовал головокружение и одновременно лишился способности говорить и двигать правыми конечностями. Созванный консилиум профессоров поставил диагноз „тромбоз сосудов мозга“. С этого дня заболевание становилось все тяжелее и тяжелее. Сознание в течение ближайших дней было потеряно. Сначала парез, а потом и паралич распространился на левую половину туловища и в 18 часов 7 февраля профессор Груздев скончался.

Викторин Сергеевич Груздев родился 25 января (7 февраля нов. стиля) 1866 года в г. Кинешме, бывш. Костромской губ. Учился сначала в костромском духовном училище, потом в костромской духовной семинарии, где окончил успешно полный курс. Будучи намечен по окончании семинарского курса для посыпки на казенный счет в одну из духовных академий, Викторин Сергеевич предпочел посвятить себя медицине и с этой целью в 1886 году поступил в Военно-Медицинскую Академию.

За время пребывания в Академии Викторин Сергеевич не только с успехом прошел академический курс, но и выполнил две специальных работы, одна из которых была удостоена конференцией Академии золотой медали, за другую же была присуждена автору премия С. П. Боткина. В студенческие же годы Викторин Сергеевич основал известный журнал „Природы и люди“ и был первым его редактором.

По окончании в 1891 году курса Академии лекарем с отличием, Викторин Сергеевич был оставлен по конкурсу при Академии в числе врачей так называемого „профессорского института“ и поступил ординатором в акушерско-гинекологическую клинику проф. А. И. Лебедева. За три года своей ординатуры Викторин Сергеевич написал 8 научных работ, из которых одна—о саркомах яичника—доставила автору степень доктора медицины.

Затем следуют командировка за границу с научной целью на два года, получение звания приват-доцента и занятие должности штатного доцента Академии. В 1899 г.—вторичная заграничная командировка. В 1900 г. Викторин Сергеевич был избран по конкурсу и назначен профессором Казанского университета по кафедре акушерства и женских болезней и директором Казанской акушерско-гинекологической клиники. Вступив в эту должность с начала 1900—1901 учебного года, профессор Груздев непрерывно работал в Казани до дня своей болезни, т. е. в течение 38 лет.

Проф. П. Маненков.

Редакция „Каз. мед. журнала“ постановила посвятить памяти заслуженного деятеля науки проф. В. С. Груздева одну из ближайших книжек журнала.

## Письмо в редакцию.

Уважаемый товарищ редактор!

Не откажите в любезности поместить в ближайшем номере Вашего журнала нижеследующее:

В № 10 „Казанского мед. журнала“ за 1937 г. в моей статье „Казанский институт усовершенствования врачей им. В. И. Ленина к 20-й годовщине Октября“ доц. Винников ошибочно квалифицирован, как враг народа.

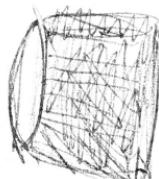
В настоящее время установлено, что обвинения, предъявленные ему, не подтвердились и его дело прекращено. Тов. Винников в апреле с. г. восстановлен на своей прежней работе в ГИДУВ в качестве доцента кафедры терапии.

Б. Гинзбург.

---

### ПОПРАВКА.

В статье „Случаи номы“, напечатанной в № 1 „Каз. мед. журн.“ за 1938 год, стр. 92, фамилию автора вместо А. Ф. Рогова следует читать А. Ф. Роговой.



Отв. редактор Е. М. Лепский

Лит. ред. Г. Д. Шапиро

Тех. ред. Г. Е. Петров

7 1/4 п. л. В п. л. 57100 зв. Т. 5415. Уполн. Татглавлита № Б-607. Наряд № 0591. Сдано в производство 5 II 38 г. Подп. к печ. 8/VI 38 г. Бум. ст. Ф. 60 X 92 см.

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1938.

## И з п р а к т и к и .

И. М. Кузнецов (Чебоксары ЧАССР). О частичном гигантизме . . . . .	190
Прив.-доц. З. И. Вольфсон (Казань). Случай поражения VIII пары нервов после переливания крови . . . . .	195
М. М. Верден (Ленинград). Случай пареза мягкого неба, голосовых связок и мышц глотки, леченный ионофорезом кальция . . . . .	198
А. И. Старостенко (Б. Запорожье). Кказуистике параличей верхней конечности, возникающих в результате наложения жгута по Эсмарху	199
С. И. Ворончихин (Ижевск). Закрытие калового свища с эвагинированием и удалением резецированного отдела слепой кишки . . . . .	201
Н. Х. Ситдыков (Казань). Случай рака мочевого пузыря в сочетании с гипернефромой правой почки . . . . .	203
А. А. Айдаров (Дрожжаново, ТАССР). Случай консервативного лечения мочеполового свища у женщины . . . . .	205
Б. Г. Транковский (Ст. Лабинская Аз.-Черн. края). Случай перфорации тонкой кишки глистами . . . . .	207

## Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Библиография и рецензии. Н. И. Калитин. Актинометрия на курортах. Проф. Е. М. Лепский. „Вопросы общей и частной физио-курортотерапии. Е. С. Боришпольский. Шарль Николль. Жизнь, рождение и смерть заразных болезней. И. Грязнов . . . . .	208
Рефераты: а) иммунология; б) туберкулез; в) дерматология . . . . .	210
Заседания медицинских обществ . . . . .	216
Заслуженный деятель науки проф. В. С. Груздев   Проф. П. Маненков	227
Письмо в редакцию . . . . .	228

## О БЪЯВЛЕНИЕ.

Воронежский государственный медицинский институт объявляет конкурс на замещение должности профессора, заведующего объединенной хирургической кафедрой по курсам усовершенствования врачей и санитарному факультету Мединститута.

Заявление, жизнеописание, отзывы общественных организаций, научные труды и рекомендации направлять по адресу: г. Воронеж, Проспект Революции, 23, Мединститут.

Срок окончания конкурса 1 сентября 1938 г.

Дирекция

**ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА**

на

# **КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ**

(Год издания XXXIV)

**на вторую 1938 года** Издание Совета филиалов научных  
медицинских обществ ТАССР

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

„Казанский медицинский журнал“ содержит следующие основные отделы: I. Социалистическое здравоохранение, социальная гигиена, профгигиена и профпатология; II. Теоретическая и клиническая медицина; III. Краткие сообщения из практики; IV. Обзоры по наиболее интересным и важным для врача вопросам, рефераты важнейших работ из заграничной печати, рецензии и библиографические заметки о вновь выходящих медицинских книгах, отчеты о научных командировках, о главнейших врачебных съездах, о диспутах при защите докторских диссертаций, о заседаниях медицинских обществ Казани и др. гор. СССР; хроника медицинской жизни в СССР и заграницей; вопросы, ответы и объявления.

Журнал выходит ежемесячно книжками, до 9 печатных листов каждая.  
Подписная плата с доставкой и пересылкой на год (12 №№—15 руб.,  
на  $\frac{1}{2}$  года (6 №№)—7 р. 50 к.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПОЧТОВЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ.

Казань, редакция „Казанского медицинского журнала“.

---

**ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1938 ГОД**

**на научно-медицинский журнал**

## **„ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО“ (XX год издания)**

*Программа журнала:*

1. Передовые статьи по актуальным вопросам клинической и теоретической медицины.
2. Оригинальные статьи по вопросам экспериментальной и клинической медицины.
3. Краткие заметки и случаи из практики.
4. Обзоры.
5. Рецензии и рефераты.
6. Организация здравоохранения.
7. Научная жизнь (съезды, конференции и заседания научных обществ).
8. Библиография.
9. Хроника.

**ВСЕ ПОДПИСЧИКИ ПОЛУЧАЮТ ЖУРНАЛ С ПЕРВОГО НОМЕРА**

Подписная плата: на 1 год—24 рубля, на 9 мес.—18 рублей, на 6 мес.—12 рублей, на 3 мес.—6 рублей.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: I. Редакцией журнала „Врачебное Дело“, Харьков, ул. Дарвина, № 4 и II. Периодсектором Медиздата УССР—Киев, Рейтерская, № 22.