

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1930 г.

(Год издания XXVI)

№ 8

А В Г У С Т.



КАЗАНЬ.

ПАМЯТИ

профессора Александра Филипповича Самойлова.
(1867—1930).

Редакция „Казанского медицинского журнала“, Казанский государственный университет и вся наука СССР понесли тяжелую утрату: в 4 часа дня 22 июля неожиданно скончался от приступа грудной жабы в полном цвете сил выдающийся ученый Союза профессор физиологии Казанского и 1 Московского университетов, соредактор „Казанского медицинского журнала“ Александр Филиппович Самойлов. В его лице физиологическая наука потеряла блестяще эрудированного ученого, работы которого в области электрофизиологии дали ему мировое имя.

А. Ф. Самойлов родился 7 апреля 1867 г. в Одессе, окончил естественное отделение физико-математического факультета в Одессе и медицинский факультет в Дерпте, где работал в физиологической лаборатории проф. Коберта. Затем с 1893 г. он работал в лаборатории академика И. П. Павлова, а с 1896 г. в Москве у И. М. Сеченова. В 1903 г. он был избран профессором физиологии в Казань, где и оставался до своей смерти.

Работы А. Ф. в области электрофизиологии поставили его имя рядом с именами Валлера и Эйнтговена, самых выдающихся исследователей — электрофизиологов, и заслужили признание физиологов всего мира. Его выступления на международных физиологических конгрессах (на последнем XIII международном конгрессе в Бостоне (Америка) в прошлом году он был председателем секции нервно-мышечной физиологии) всегда выслушивались с

особенным интересом, и западная наука не раз выражала ему знаки глубокого уважения и интереса к его творчеству.

В пределах Союза признание выдающегося значения его трудов выразилось в присуждении ему в текущем году премии им. В. И. Ленина и представлении его к званию почетного деятеля науки.

Являясь уже с первых шагов своей научной творческой работы выраженным стихийным материалистом, А. Ф. за последнее время занялся серьезным изучением материалистической философии, и его выступление в 1926 г. со статьей „Диалектика природы и естествознание“ в журнале „Под знаменем марксизма“ привлекло большое внимание и вызвало обширную дискуссию в широких философских кругах наших марксистов.

Будучи глубоким ученым, А. Ф. являлся и блестящим лектором, автором блестящих популярных статей. Последняя напечатанная его статья-речь „Сеченов и роль мышцы в познании природы“ (Научное Слово, 1930, № 5) служит примером его блестящего изложения, его широкого философского подхода к вопросам.

В краткой памятке нет возможности даже в общих чертах указать на то богатое наследство, какое нам оставил блестящий ученый и глубокий натур-философ А. Ф. Самойлов.

Редакция „Казанского медицинского журнала“ в ближайшее время предполагает посвятить номер памяти проф. А. Ф. Самойлова.

*Редакционная коллегия
„Казанского медицинского журнала“.*

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из патолого-анатомического института Военно-медицинской академии (директор А. И. Моисеев) и из патолого-анатомической лаборатории барачной больницы в память С. П. Боткина (главный врач проф. Г. А. Ивашенцов *)

К вопросу о патологической анатомии коревых пневмоний.

А. Н. Чистовича.

(С 2 рис.).

Весной 1929 года было значительно расширено коревое отделение барачной больницы в память С. П. Боткина и за период с 4/IV по 2/VI на секционный стол поступило 15 детей от 1 до 7 лет, погибших от пневмонии. Исследование случаев этого периода показало ряд особенностей, отличающих их от коревых пневмоний, описанных в литературе. Особенности эти стоят, повидимому, в связи с резким истощением погибших от кори детей. По ходу исследования удалось также получить некоторые данные относительно распространения пневмонического процесса по легкому. Этим вопросам и посвящается настоящее сообщение. Прежде чем излагать собственный материал, вкратце приведу литературу.

Одной из первых работ данной области является исследование Bartels'a, относящееся к 60 годам прошлого столетия. Автор различает три фазы заболевания: В первой имеется катарральное воспаление стенок бронхов, ведущее к раздражению и спазму мышц. Спазм обуславливает сужение просвета бронха, следовательно и ателектаз (II-ая фаза). Третья фаза характеризуется воспалением ателектазированных участков. Тот же автор отмечает раннее развитие продуктивного грануляционного воспаления в стенках альвеол и бронхов.

Ряд последующих работ Kromayer'a, Rieck'a, Koester'a, Steinhau's'a, Hecht'a, Ribbert'a, Кулеша, Feirter'a, Сковрцова и др. выяснили к настоящему времени типичную картину патолого-анатомического поражения при коревой пневмонии. Главное место в ней занимает гнойный бронхит и перибронхит, поражающий мелкие бронхи и респираторные бронхиолы. От стенок бронхов воспаление распространяется по стенкам альвеол, что впоследствии дает экссудацию в полости альвеол (Kromayer). Роль лимфатических сосудов в распространении поражения подчеркнули Cornil и Babes, в новейшее время Сковрцов. В немногих затянувшихся случаях (12 дн. по Сковрцову) воспалительный процесс ведет к разрастанию соединительной ткани стенок бронхов и альвеол. В бронхах может также наступить организация экссудата. (Кулеша, в противоположность этому, описывая эпидемию 1897/8 г., отметил полное отсутствие интерстициального грануляционного процесса).

*) Доложено на заседании о-ва детских врачей в Ленинграде 27/XI 1929 г

Эпителиальная выстилка бронхов часто сохраняется, в ней происходит метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский.

С другой стороны, даже в альвеолах периферических частей долек встречается тоже по преимуществу полинуклеарный экссудат, причем Кулеша, Feirter и Lauche отмечают, что лишь в редких случаях имеется непосредственная связь между экссудатом в альвеолах и экссудатом в бронхиолах, гораздо же чаще альвеолярные ходы свободны от экссудата или наполнены серозной жидкостью. Таким образом Lauche различает два типа коревой пневмонии: 1) обычная катарральная, локализирующаяся в альвеолах и 2) исходящая из стенок бронхов и распространяющаяся по интерстициальной ткани альвеол (тип Koester'a, Kromayer'a).

Следует еще отметить изменения со стороны эпителия альвеол. В ателектазированных участках, также в участках интерстициального воспаления, можно найти альвеолы, выстланные кубическим эпителием, который Friedländer производит из разрастания эпителия бронхов, а Kromayer из эпителия альвеол. Kromayer отмечает также частое образование гигантских клеток из эпителия, а Necht и Lauche выделяют такие случаи в группу гиганто-клеточной пневмонии. Из русских авторов такую пневмонию описывает Скворцов.

Что касается возбудители коревой пневмонии, то все авторы находили в посевах из легких стрептококка (гемолитического) или пневмококка, или *b. coli*, или *b. pyocyaneus*, т. е. вторичное инфекционное начало. Кулеша, кроме того, описывает маленькую Gram-отрицательную палочку, которую он считает вероятным возбудителем кори и коревых пневмоний. Культура этой палочки, будучи вприсынута в вену морской свинки, давала пневмонию, похожие на коревые. На этом основании автор считает вероятным гематогенное происхождение коревых пневмоний вообще. Кулеша и ранее Kromayer считают коревые пневмонии одним из проявлений кори, а не осложнением, главным образом ввиду раннего начала пневмонии, совпадающего почти с началом кори (60% на первой неделе).

До сих пор остается неразрешенным вопрос, почему именно корь, а не другая инфекция, дают такой большой процент осложнений пневмоний. Пытались это объяснить ослабленным поверхностным дыханием, поражением слизистых оболочек, наконец Feirter, основываясь на том, что при кори встречаются катарры всех слизистых оболочек, высказал гипотезу, что вирус кори, выделяясь через них, дает начало воспалению. Выходя в соединительную ткань стенок бронхов, он вызывает перибронхит; выходя через слизистую, вызывает эндобронхит, или вернее готовят почву для внедрения вторичной инфекции.

Мой материал состоит из 15 случаев коревых пневмоний, частью неосложненных, частью осложненных дифтерией (или носительством палочек Löffler'a), скарлатиной, entero-colit'ом, а также туберкулезным лимфаденитом.

Сроки заболевания указаны с момента высыпания. Сроки пневмонии очень приблизительны; с момента появления крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов, иногда притупления.

В случае № 1 мы имеем на разрезе легкого на розовом гиперемированном фоне мелкие фокусы уплотнения, величиной до горошины,

№	№ протокола	Длительность заболевания не менее	Длительность пневмонического процесса не менее	Осложнение
1	71	8 дней	7 дней	
2	109	12 "	8 "	
3	100	16 "	7 "	
4	101	21 "	17 "	
5	78	22 "	22 "	
6	131	4 "	4 "	Diphtheria nasi.
7	114	6 "	2 "	Носитель палочек Löfflera.
8	73	7 "	3 "	Diphtheria laryngis.
9	74	7 "	6 "	Diphtheria nasi.
10	105	9 "	7 "	Носитель палочек Löfflera.
11	102	12 "	8 "	Enterocolitis acuta.
12	109	1 мес. 3 дня	1 мес.	— Enterocolitis acuta. Scarlatina. Otitis media purulenta. Diphtheria faucis.
13	133	1 мес. 10 "	Пневмония длилась 28 дн., причем явления пневмонии исчезли за 8 дней до смерти.	
14	109	10 дн.	5 дней	Lymphadenitis tuberculosa.
15	94	14 "	3 "	"

рассеянные в области всего правого и передней части средней доли левого легкого. В случае (№ 2) более длительного течения (около 12 дней) имеются те же серые фокусы уплотнения, рассеянные уже по всему легкому. Местами (главным образом в нижних долях) фокусы уплотнения сливаются между собой, цвет разреза таких участков местами сероватый, местами красный. Соответственно участкам сливной пневмонии, на плевре их покрывающей имеются фибриновые налеты (напр., в случае третьем 16-дневной давности). В случае 21-дн. давности (№ 4) имеются такие же разбросанные пневмонические фокусы; в верхней левой доле гнойное размягчение пневмонического очага под плеврой и вследствие этого фибринозно-гнойный плеврит. Наконец, в случае 22 дневной давности (№ 5) сливная пневмония, захватывающая оба легких, за исключением правой средней доли и передних краев; ткань на разрезе пестрая, местами серая, местами красная. Таким образом случаи, расположенные по продолжительности заболевания, оказываются, как правило, расположенными и по силе, и размерам поражения легкого: в общем их можно рассматривать как стадии пневмонического процесса.

В сл. № 13, где пневмонические явления исчезли за 8 дней до смерти, был найден лишь гнойный бронхит. Осложненные случаи, как макроскопически, так и микроскопически, как это будет дальше видно,

не представляют в картине поражений принципиальных отличий. В них только нельзя отметить параллелизма масштаба поражения и длительности заболевания.

Для гистологического исследования кусочки вырезались как из пораженных, так и из макроскопически неизмененных мест. Исследовались также бронхиальные лимфатические узлы. Фиксация 10% формалином. Окраска гематоксилин-эозином, по v. Gieson'y, по Weigert'y на фибрин, иногда по Weigert'y на эластическую ткань; производилась также импрегнация волокнистой ткани по Foot'y в сочетании с Eosin-Azur'ом по Nocht'y-Угрюмову.

Основным элементом поражения во всех наших случаях является первибронхиолит и бронхиолит. Полости бронхиол заполнены гнойным экссудатом, содержащим Gr-кокки. Стенки бронхиол инфильтрированы по преимуществу лейкоцитами. Эпителиальный слой часто в значительной мере разрушен, причем от него остаются отдельные, лежащие среди гнойных масс, эпителиальные клетки или группы их (микрофот. I). Уже

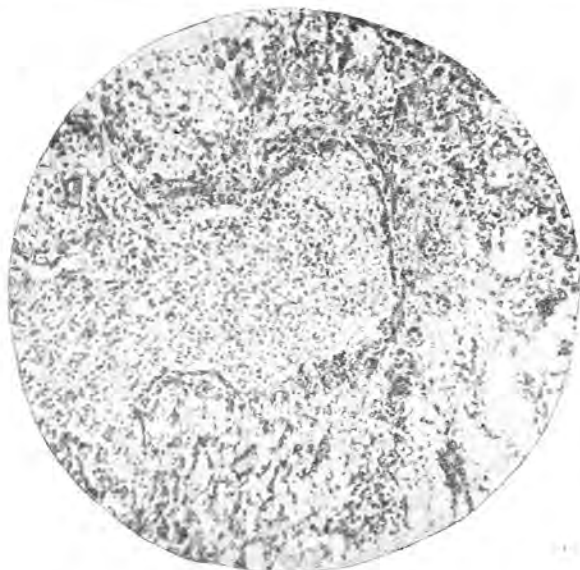


Рис. 1.

пной характер носит поражение более крупных бронхов. Там эпителиальный слой сохранился лучше всех других слоев стенки. В некоторых бронхах имеется только инфильтрация лейкоцитами стенки и перибронхиальной ткани (микроф. 2). В случаях с более длительным течением имеются все переходы от цилиндрического, мерцательного эпителия к многослойному плоскому. Наряду с этим встречаются бронхи с гнойным расплавлением или омертвением стенок. Полости их наполнены гноем. Длительность течения пневмонии стоит и гистологически в некотором параллелизме с распространением воспалительного процесса по легкому. Бронхиолы поражены *все* как в пневмонических, так и макроскопически неизмененных участках. Распространение по альвеолам в

разных случаях весьма варьирует. Воспалительный процесс локализуется в них по преимуществу вокруг бронхиол и бронхов и вокруг сосудов; adventitia последних воспалительно инфильтрирована. Кроме того, в срезе можно видеть фокусы воспаления, независимые от бронхов и сосудов. Говорить, однако, что эти фокусы развились самостоятельно от бронхов, не приходится без исследования серии срезов. Стенки альвеол воспаленных участков утолщены, наполнены обычными клетками воспалительного инфильтрата—полинуклеарами и лимфоцитами. Клетки эти лежат в очень редкой сети тонких волоконцев, серебрищихся по Foot'u, но не окрашивающихся по van Gieson'y (отсутствие новообразования волокнистой ткани). В свежих случаях в некоторых альвеолах имеется фибринозный экссудат, причем подобные фибрин-содержащие альвеолы группируются вокруг бронхов и крупных сосудов с воспаленной адвенти-

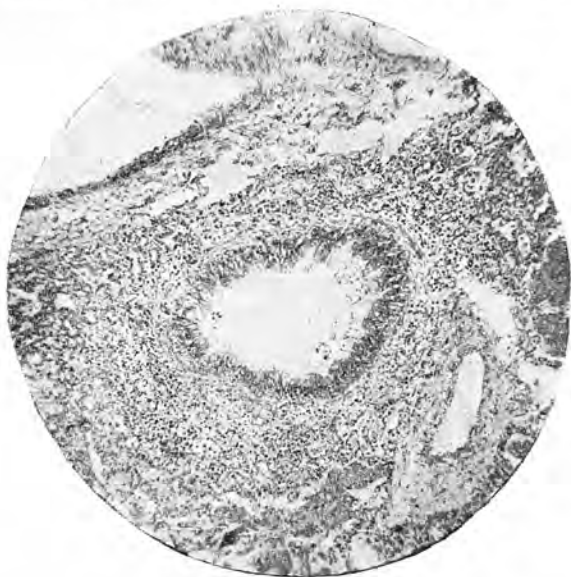


Рис. 2.

цией. Полости альвеол большей частью содержат гнойный экссудат, местами с примесью больших одноядерных клеток. Таким образом имеется периальвеолит и альвеолит. В затянувшихся случаях изредка можно встретить в альвеолах, лежащих около крупных бронхов и сосудов, а также под плеврой, выстилку из кубических, повидимому, эпителиальных клеток.

Эти общие черты коревого пневмонического процесса соответствуют в общем описаниям авторов, но подчеркивают, что рассматривать описываемый ими перибронхит и бронхит нужно глубже, и главное значение придавать поражениям бронхиол в форме *перибронхиолита* и *бронхиолита*.

Не останавливаясь далее на общем описании пневмонического процесса, считаю интересным отметить детали. Во многих случаях (большую частью осложненных и быстро протекавших) были участки септического

некроза ткани легкого, содержащие массы кокков. В двух случаях эти некрозы достигали значительных размеров, до нескольких полей зрения при малом увеличении, располагались около сосудов, и, захватывая стенку их, давали последовательный свежий тромбоз. В срезах удалось найти все фазы этого процесса. Ни в одном случае в альвеолах не было найдено эпителиальных гигантских клеток.

На всем материале можно видеть отпечаток малой регенеративной способности и малой сопротивляемости со стороны организма больных. Реактивный процесс выражался почти исключительно в образовании гнойного экссудата. Описанные многими авторами эпителиальные гигантские клетки в альвеолах видеть не удалось. В настоящее время признано, что образование здесь гигантских клеток есть атипично идущий регенеративный процесс (Wittich, А. Чистович). Процесс этот в данных случаях не развился, очевидно, в виду истощения детей. Образование повидимому эпителиальных слоев, выстилающих альвеолы, надо считать единственным, притом ничтожно выраженным регенеративным процессом в альвеолах. Новообразования волокнистой соединительной ткани не удалось видеть. Эти черты сильно сближают патолого-анатомическую картину изменений в наших случаях с изменениями, отмеченными Кулешовым в эпидемии 1897/8 года. В его случаях тоже не было грануляционных разрастаний.

На основании наших данных проще всего объяснить распространение процесса по легкому, если представить, что поражение начинается с респираторных бронхиол, как это допускает Лохов для детских пневмоний вообще. Из респираторных бронхиол процесс частично распространяется на альвеолы, частично же идет по лимфатическим щелям, по соединительной ткани бронхов, сосудов (adventitia) и стенок альвеол. Последнее подтверждается часто встречающимися картинами в участках, лежащих близ воспаленных бронхов, а именно: сначала можно видеть утолщение, вследствие наполнения экссудатом стенок альвеол, затем уже вышот в их полостях. Эти данные опять соответствуют данным Лохова для детских пневмоний.

Принципиальных отличий в гистологической картине в случаях чистой коревой пневмонии и в случаях осложненных дифтерией и др. отметить не удалось. Следует указать, что случаи, осложненные заболеванием дифтерией или носительством палочки Löffler'a, текли быстрее, не более 9 дней. Сочетание с энтеро-колитом встречалось, наоборот, в более длительных случаях. Энтеро-колит явился, повидимому, терминальным заболеванием. Короткие сроки течения пневмонии сочетались с обширным туберкулезным бронхаденитом. Корь в этих случаях явилась, несомненно, впоследствии присоединившейся инфекцией.

Выводы: 1) Исходным местом воспаления при коревых пневмониях надо считать респираторные бронхиолы.

2) Коревые пневмонии весны 1929 г. у истощенных детей отличались почти полным отсутствием продуктивных воспалительных явлений; воспалительные явления не сопровождались интерстициальным грануляционным процессом. Преобладал всюду гнойный экссудат. Гнойный бронхиолит был находим как в уплотненных участках легких, так и в макроскопически здоровых местах. Встречались часто очаги септического некроза.

3) Проллиферативные явления со стороны эпителия альвеол были выражены крайне слабо. В частности, образования эпителиальных гигантских клеток внутри альвеол встретить не удалось.

4) Кровеносные сосуды вовлекались в процесс вторично, когда они прилежали к участкам септического некроза. Изменения в них состояли в некрозе стенок с последующим тромбозом.

5) Случай коревых пневмоний, сочетанный с заболеванием дифтерией или носительством палочек Löffler'a, вели к смерти быстрее, чем случаи неосложненной коревой пневмонии.

6) В случаях, сочетанных с обширным туберкулезным бронхадени-том, корь надо считать вторично присоединившейся инфекцией

Литература: 1) Bartels. Virch. Arch. Bd. 213.—2) Kroschauer. Ibid. Bd. 117.—3) Koester. Ref. in Dtsch. med. Wochenschr. 1898.—4) Steinhaus. Ziegl. Beitr. 1901, Bd. 29.—5) Hecht. Ibid. 1910, Bd. 48.—6) Ribbert. Handb. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. d. Kindersalters von Schwalbe-Brünning. Bd. II.—7) Кулеша. Дис. Петерб. 1898.—8) Feirter. Virch. Arch. 1925. Bd. 255.—9) Скворцов. Очерк патол. анат. детск. инфекц. болезней. Издание Мосздравотдела. 1925.—10) Lauche. Handb. d. spez. pathol. Anat. v. Henke-Lubarsch. Berlin (Springer). 1928. Bd. III.—11) Лохов. Реф. Архив медицинских наук. Ленинград. 1929, т. I.—12) Wittich. Virch. Arch. Bd. 206.—13) Чистович А. Врачеб. дело 1926 № 10—11.

Из Терапевтической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор—проф. Р. А. Лурия).

Случай прижизненной диагностики аневризмы сердца.

Проф. Р. А. Лурия и д-ра М. С. Лифшица.

Несмотря на сравнительно богатый секционный материал, патолого-анатомически достаточно изученный, до сих пор прижизненная диагностика аневризмы самого сердца описана еще довольно редко. Плетнев, собравший 300 опубликованных случаев, нашел только восемь (из них 4 собственных), где диагноз аневризмы сердца был поставлен при жизни. В последующей затем литературе имеется еще сообщение Laird M., Morris, Cabot об аневризмах сердца, клинически, однако, не распознанных и являющихся только случайными секционными находками. Jaksch-Wartenhorst в 1928 году опубликовал 2-ой свой случай прижизненной диагностики на основании, главным образом, рентгеновской картины болезни. Д-р Иванов в 1929 году сообщил также о двух случаях диагносцированных им как аневризма сердца, из которых один не был подтвержден аутопсией, а во втором случае на вскрытии вместо предполагаемой аневризмы правого желудочка оказалась аневризма межжелудочковой перегородки.

Такое малое количество прижизненно распознанных аневризм сердца объясняется, с одной стороны, тем, что в ряде случаев аневризма сердца не сопровождается никакими физикальными явлениями (Плетнев); с другой стороны, сама симптоматология этого заболевания не имеет еще диагностически достаточно надежных опорных пунктов, которые с несомненностью давали бы основание говорить о существовании аневризмы. Ряд клиницистов (Aran, Arnoldi, Huchard, Sternberg, Плет-

нев и друг.) на основании накопившегося материала старались уточнить и обосновать симптоматологию и диагностику этого заболевания, но они, однако, не сходятся в оценке ряда симптомов и степени их патогномичности для аневризмы сердца. Ненадежность одних только физических методов исследования привела Плетнева к выводу, что руководящим моментом для диагностики аневризмы сердца может быть только анализ *всей* клинической картины заболевания, существенной частью которого является *анамнез*. Работами вышеупомянутых и других авторов, на которых мы не останавливаемся здесь, бесспорно внесено много ясности в понимание картины болезни при аневризмах сердца. Однако, трудности диагностики этого заболевания до сих пор остаются еще весьма значительными и требуют дальнейшего накопления клинического материала.

Поэтому мы считаем не бесполезным вкратце описать и наш случай аневризмы левого желудочка, распознавание которой было сделано нами при жизни.

Больной Ж., 55 лет, пенсионер, поступил 20/XI-28 г. в Терапевтическую клинику Государственного института для усовершенствования врачей с жалобами на одышку, сердцебиение, боль в области сердца, кашель и отеки на ногах. Считает себя больным с 11 апреля того же года, когда впервые внезапно ночью у него появился сильный сердечный приступ, сопровождающийся стеснением и болью в области сердца, чувством недостатка воздуха, смертельным страхом, кашлем с выделением кровянистой мокроты и холодным потом. Приступ продолжался 5 часов, после чего наступила общая слабость. С тех пор почти аналогичные приступы стали повторяться периодически по несколько раз в месяц, большей частью после физического переутомления и нервного расстройства. Через два месяца после первого припадка появились одышка и стойкие отеки на ногах. В 1907 году болел малярией, в 1908 году — лечился от катарра желудка. Lues отрицает, курительщик, алкоголя не употреблял.

Status praesens. Больной выше среднего роста, правильного телосложения питание подорвано. Кожа лица землисто-желтоватого цвета. Icterus склер, умеренный цианоз губ и пальцев рук. Отечность на ногах до колен. Органы дыхания: притупление перкуторного звука в области верхних долей, тимпанит и ослабленное дыхание в нижних долях. Удлиненный жесткий выдох на обоих верхушках. Влажные хрипы, мелко- и средне-пузырчатые, больше в нижних долях. В мокроте ВК в большом количестве. Органы кровообращения: сердечный толчек слабо прощупывается в 5-ом межреберьи. Границы сердца: левая несколько кнаружи от l. mamill., правая на l. sternal. s., верхняя на 4-ом ребре. Аускультативно — на верхушке резкий очень длинный систолический шум, слабо проводимый к основанию; нерезкий акцент второго тона на аорте. Периферические артерии уплотнены и прощупываются вне пульсовой волны. Пульс 80 в 1' — ритмичный. Кровяное давление по RR 115/75. RW отрицательна. Эритроцитов — 3,475 т., белых кровяных телец — 7,150. Лейкоцитарная формула St. 5,5%, S. 67,5%, E. 2,5%, B. 0,5%, Mс. 1,5%, Z. 22,5%. Печень прощупывается, при пальпации слегка болезненна. Моча — удельный вес — 1,010, белка, сахара, уробилина — нет, в осадке единичный плоский эпителий и трипельфосфаты. Рентген 24/XI — *сердце* — конфигурация аортальная, значительное расширение сердца влево, контуры ступеневаты. Аорта диффузно расширена. Купол расположен высоко, тень интенсивная.

Больной находился в клинике под наблюдением в течение 2 1/2 месяцев. За это время сердечные приступы не прекращались, а начиная со второй половины декабря, они стали учащаться. Одышка постепенно нарастала, отеки progressively увеличивались. Со стороны легких отмечено 16/XII явление инфаркта в левом легком, подтвержденного рентгеном. Поперечник сердца увеличился преимущественно влево, левая его граница была 16/XII на полтора пальца кнаружи от соска при мало измененной правой границе. Тоны сердца становились все глуше. Систолический шум *исключительно* длины, *выслушиваемый на верхушке и не проводящийся к основанию сердца*, в течение декабря становился все более резким, но с января месяца он начал ослабевать и, наконец, совершенно прекратился. Лечение не оказывало сколько-нибудь влияния на состояние больного, и он умер

5/II 29 года при явлениях нарастающего упадка сердечной деятельности, перенесши за несколько дней до смерти рожистое воспаление правой ноги, очевидно, вследствие инфекции мелких разрывов чрезмерно растянутой кожи.

Клинический диагноз:—*tuberc. pulmon. bilat., myocarditis, myomalacia cordis et aneurysma ventriculi sin., arteriosclerosis, erisypelas.*

Патолого-анатомический диагноз (вскрытие произведено д-ром Голяевым): *Dilatatio cordis et myofibrosis. Aneurysma chronica ventriculi sin. Endocarditis chr. fibrosa. Thrombi parietales multiplices ventriculi sin. et dextri. Atherosclerosis permagna aortae cum thrombo parietalis et vasorum cerebri, cordis et universalis. Thrombus obturatorius rami sin. arter. pulmonalis. Infarct. haemorrhag. pulm. sin. Tbc productiva cirrhoticans, partim petrificata, lobi sup. pulm. d. et productiva-exsudativa cum cavern. pulm. sin. Emphysema pulmonum.*

Исходным опорным пунктом в клиническом анализе нашего случая послужил характерный анамнез с внезапно наступившим 11 апреля ангинозным припадком, что дало основание подумать о появлении в этот момент тромбоза какой-нибудь ветки венечной артерии с последующим возникновением инфаркта сердечной мышцы, с последовательным ее размягчением, фиброзным перерождением и аневризмой.—Объективные данные со стороны сердечно-сосудистой системы и самое течение болезни подтвердили наше первоначальное предположение и послужили основой для прижизненной диагностики аневризмы левого желудочка, ее ангиогенной фиброзной формы Штернберга. Среди физикальных явлений мы придали существенное значение, помимо характерной конфигурации сердца и глухости тонов, также исключительно резкому длинному, завышающему систолическому шуму, выслушивавшемуся преимущественно на верхушке. Нарастающая сила и локализация этого шума по времени соответствовала увеличению границы сердца влево, что и дало вместе с анамнестическими данными основание связывать его именно с аневризмой сердца, оказавшейся на вскрытии с грецкий орех. Начавшееся затем ослабление шума и, наконец, его совершенное исчезновение можно было связать с появлением тромба, заполнившего значительную часть аневризмы, а также с ослаблением сокращения сердечной мышцы вследствие ее истощения. Аналогичное явление было высказано еще Ремлингером, которому принадлежит описание первого случая прижизненной диагностики аневризмы сердца. Рентген в нашем случае ничего для выяснения случая не дал. Однако работы Christian и Frick'a, Jaksch-Wartenhorst'a, Lenk'a показывают, что в некоторых случаях и рентгеноскопии может принадлежать почетная и решающая роль диагностики аневризмы желудочков.

Наблюдения ряда авторов, а также наш случай, подтверждают правильность мнения, высказанного Плетневым, что диагностика аневризмы сердца в ряде случаев возможна еще при жизни, и можно полагать, что при более заостренном внимании клиницистов к этому вопросу число прижизненно распознанных случаев аневризмы будет увеличиваться.

И еще раз: больше внимания анамнезу больного; именно он должен заставить подумать о возможности размягчения сердечной мышцы с последующим появлением аневризматического расширения сердца.

Из госпит. терапевт. клин. Белгосуниверситета (Дир.—проф. Ф. О. Гаусман).

Наблюдения над кислотно-щелочным равновесием при почечных и сердечных заболеваниях.

И. М. Липеца и М. М. Писмарева (Минск).

Учение о кислотно-щелочном равновесии глубоко внедрилось в область патологии и клиннки. За последние годы появился целый ряд капитальных трудов не только химиков, но и клиннистов, посвященных сущности, клиннке и терапии ацидозов и алкалозов. Основы учения о кислотно-щелочном равновесии достаточно хорошо известны из множества русских и иностранных работ (Скворцов, Телятников, Зюков и Василенко, Mainzer и Lichtwitz, Золотарева и Кейлес, Липец и др.). Патогенез, клиннка и терапия ацидоза и алкалоза всесторонне освещены в монографии франц. клинниста M. Labbé. Чтобы не повторяться, приводим лишь схему, которая дает наглядное представление о механизме регуляции равновесия актуальной реакции крови, т. е. Н- и ОН-ионов (см. рис. стр. 780).

В клиннке ацидозов, после диабетического ацидоза, нарушение кислотно-щелочного баланса при заболеваниях почек должно по праву занять второе место. В настоящее время этому вопросу посвящен ряд экспериментальных и клиннических работ (Henderson, Ambard, Schmid, Hasselbalch, Dewis, Labbé, Debove и мн. др.). Еще до развития современного учения об ацидозе V. Jaksch первый высказал взгляд, что часть уремических симптомов обязана своим происхождением кислотному отравлению. Из русских клиннистов Ф. Г. Яновский указывал, что в основе Кусмаульского дыхания при уремии лежит кислотная интоксикация. Теперь же, работами особенно американских авторов (Palmer, Henderson, Peabody) существование ацидоза при нефритах обосновано не менее, чем при диабете.

Менее изученным, но весьма современным является вопрос о кислотно-щелочном равновесии при болезнях сердца. Здесь обмен тесно связан с проблемой об одышке при сердечной декомпенсации. Обилие работ в данных областях не устраняет противоречий, обнаруживаемых в выводах разных исследователей. Требуется дальнейшее изучение и разъяснение физико-патологических задач в клиннке ацидоза при интересующих нас заболеваниях.

Всего нами обработано 54 почечных и сердечных больных, у которых исследована резервная щелочность плазмы крови по Van Slyk'y¹⁾, CO₂ альвеолярного воздуха (resp.—артериальной крови) по Fridericia-Arnoldi²⁾, мочевины крови способом и прибором

¹⁾ Методика изложена у Pincussen'a. Следует обратить внимание на способ насыщения плазмы CO₂. По нашим наблюдениям, повторное форсированное и длительное насыщение плазмы приводит к обратным результатам, что проверено параллельными исследованиями. Надо полагать, что при форсированном выдохе из делительной воронки CO₂ удаляется продуванием так сказать «впустую», т. е. в воронку входит воздух бедный CO₂.

²⁾ Методика подробно указана в работе W. Arnoldi. D. mediz. Woch. 1924, № 41. Больной до опыта должен быть натощак, лежать спокойно не менее 20' (не дремать!).

Коварского ¹⁾). Кроме того, у незначительной части определены хлориды крови методикой Руняка. Помимо обычных клинических анализов, в некоторых случаях добыты данные о суточном количестве мочевины и хлоридов в моче. А у всех почечных и отдельных сердечных больных проделана функциональная проба почек по Volhard'y и Зимницкому. Весь материал, для удобства разбора, нами разбит на 3 группы. К первой группе отнесены почечные больные без кардиальных явлений и с таковыми, но на почве основного страдания.

Таблица № 1-й.

№ по пор.	Д и а г н о з	RA	CO ₂	Мочевина в mg %	Примечание
1	Нефрит, уремия	ниже 9,1	ниже 3,0%	320	Умерла.
2	Тоже	11,0	тоже	370	"
3	Тоже	13,9	тоже	410	"
4	Нефрит беременн., гипертония	19,7	3,1%	39	Через 6 м-цев после родов RA—570.
5	Нефрит, миокардит	36,1	3,1%	24	Кардиальные отеки.
6	Нефрит подострый	36,2	4,0%	50,0	Повторно через нек-время RA—45,3.
7	Острый нефрит	36,6	ниже 3,0%	51,0	Тонзиллоэктомия и благопр. исход.
8	Хронич. гломерулонефрит	39,1	3,0%	92	Retinit. albuminurica.
9	Подостр. гломерулонефрит	40,0	4,0%	52	Улучшение
10	Хронич. гломерулонефрит	42,0	4,1%	42	"
11	Нефросклероз, миокардит	42,0	ниже 3,0%	64	Выпис. с значит. улучшением.
12	Тоже	42,0	5,2%	78,6	Значит. кардиальн. отеки.
13	Остр. гломерулонефрит	45,8	5,0%	76,8	Кардиальн. отеки, благопр. исход.
14	Подостр. нефрит	45,8	5,0%	77,6	" "
15	Очагов. гломерулонефрит	53,6	5,0%	32,0	" "
16	Тбс renum	54,0	5,8%	30,0	Подвергнулся туберкулинотерапии с благопр. исходом.
17	Нефросклероз, миокардит	55,7	6,0%	55,0	Выписался с знач. улучшением.
18	Нефроз	65,2	4,9%	40,3	Улучшение.

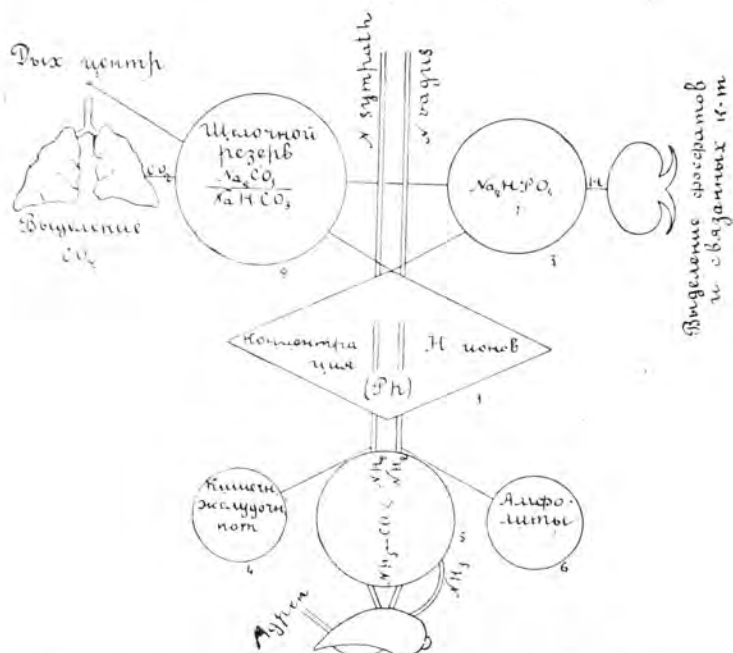
Уже априорно можно было ожидать, что между резервной щелочностью и количеством CO₂ в альвеолярном воздухе мы должны найти известную зависимость, параллелизм, так как тот и другой способ, в сущ-

¹⁾ Пособие по лабораторной методике Kowarski u. Klopstock, Berlin, 1926 г. (Имеется русский перевод. *Ред.*). По нашему опыту способ этот имеет технические преимущества перед оригинальным способом Бородин, благодаря удобной конструкции прибора. Однако, вместо рекомендуемого автором чистого брома лучше пользоваться бромоватисто-кислым щелоком по Бородину, т. к. чистый бром неудобен при манипуляциях в лаборатории без сложных приспособлений: он не безразличен для исследователя, лабораторной аппаратуры, посуды и реактивов. Определение мочевины помощью уреазы (см. микрометод Степуна, по наблюдениям д-ра Липеца, весьма неточно.

ности, определяют углекислоту крови, первый—венозной, а второй—артериальной. И действительно, при беглом взгляде на таблицу, мы в массе не находим диссоциации между этими двумя факторами, принимая в расчет, что предел физиологической нормы RA по V. Slyk'y = 53, а цифры напряжения CO_2 в выдыхаемом воздухе, по Арнольди—4,9-6,3%. У гломерулонефритиков, как правило, щелочной резерв падает, достигая крайних степеней при терминальной стадии болезни—уремии.

С Х Е М А.

Регуляция активной реакции крови.



1. Ph. крови регулируется комплексом буферов, с одной стороны связанным с дых. центром (2) и с почками (3), с другой стороны—амфолитами (6) т. е. веществами, смягчающими реакцию: гемоглобин, белки, аминок-ты; в-третьих, действующий осредняюще NH_3 печеночный регулятор (5) и в-четвертых желудочно-киш. регулятор (4), освобождающий ионы Na, отнимая ионы Cl и выводя к-ты в виде солей Са.

При этом, изучение историй болезней показывает, что степень понижения соответствует тяжести клинических явлений. Те же указания при нефритах находим у Labbè, Castex'a, Фельдмана, Зюкова и Василенко, Рудого и Соломонова, Липеца и др. Обращаем внимание на существование одновременно с этим гипокапнии, т. е. падение CO_2 в выдыхаемом воздухе. Здесь важно подчеркнуть не общий факт взаимного и закономерного соответствия, а единичные случаи диссоциации, которые представляют, несомненно, интерес. Так напр., случаи 12, 13, 14 и особенно 17, как видно из истории болезней, касаются пожилых субъектов, у которых в той или иной мере выражена эмфизема легких. В норме имеется некоторая разница между количеством углекислоты в артериальной и венозной крови (Dauterband, Henderson). Но у данных больных может идти речь о более значительной

разнице, благодаря эмфиземе легких, протекающей, как известно, с явлениями так наз. газового ацидоза. В этих случаях еусарния (нормальные цифры CO_2) лишь кажущаяся. При резко выраженной эмфиземе она переходит в гиперсарнию. Может быть, лишь с началом гиперкапнии наступает перенасыщение и венозной крови, а вместе с тем и повышение резервной щелочности, каковая у них не стоит в соответствии с CO_2 (понижена). Следовательно, наблюдения над примерами с диссоциацией требуют отыскания причин, которые заложены в патологическом состоянии той или иной буферной системы. Далее, в 4 сл. низкая цифра RA с резкой гипокапнией не гармонировала с течением болезни средней тяжести, что, должно быть, зависело от нарушения метаболизма вследствие комбинации ацидоза беременных с нефритическим ацидозом, тем более, что через $1\frac{1}{2}$ года RA дошло до нормы (57,0). С другой стороны, из таблицы выясняется, что очаговые гломерулонефриты, в том числе и туберкулезные, а также нефрозы не сопровождаются падением RA и гипокапнией. У больных с общей гипокапнией ($\text{RA} + \text{CO}_2$) наблюдались функциональные расстройства почечной работы в виде гипо- или изостенурии с поли- или олигурией.

Особо резких отклонений от нормы в выведении мочей NaCl не найдено.

Что касается мочевины, то у значительного числа почечных больных она стоит на верхней границе физиологической нормы (по нашим определениям способом Коварского равняется 25—40 $\text{mg} \frac{1}{100}$), или же значительно превышает ее. Указанные в таблице цифры взяты на высоте заболевания.

Следует заметить, что в случаях острого нефрита, где была прослежена динамика микрохимических данных—общая гипокапния, как правило, появляется раньше азотемии, о чем уже было сообщено в работе одного из нас (Терап. арх. 1929 г. № 1). Поэтому надо говорить не о закономерном параллелизме между азотемией и общей гипокапнией, а о том—имеется ли налицо в конкретном случае и в данный момент триада: понижение RA, CO_2 и повышение мочевины в крови. Наличие триады ухудшает прогноз и, наоборот, клиническое улучшение всегда связано с повышением RA и CO_2 с одновременным падением N в крови. С уменьшением же одной только азотемии, без изменения 2-х других факторов, прогноз продолжает оставаться сомнительным. В этом мы не раз могли убедиться: так, в случае 5 повторное исследование после лечения дало близкую к норме цифру мочевины, а $\text{RA} = 36,1$ и $\text{CO}_2 = 3,1$ оставались на прежних пониженных цифрах. Больная выписалась из клинки с рядом уремических симптомов (головная боль, тошнота, одышка, бессонница).

К какому типу отнести ацидоз почечных больных? Кислотно-щелочное равновесие в организме подчиняется формуле Henderson'a

$$\text{CH} = \text{K} \cdot \frac{\text{H}_2\text{CO}_3}{\text{HCO}_3}, \text{ величина последней в норме равна приблизительно } 1/20.$$

Ph, при этом, в среднем = 7,30. Увеличение знаменателя ведет к негазообразному алкалозу, его уменьшение—к негазовому ацидозу. Уменьшение числителя—к газообразному алкалозу, его увеличение к газообразному ацидозу. Клинически—лабораторный синдром того или иного нарушения хорошо уясняется из следующей, заимствованной у Labbé таблички.

Форма нарушения	RA	CO ₂	Легочн. вентиляция	Кислотность мочи	Аммиак мочи
Газовый ацидоз (увел. H ₂ CO ₃)	повышен	повышен	замедлен.	повышен.	повышен.
Негазов. ацидоз (уменьшен H ₂ CO ₃)	уменьшен	уменьшен	ускорен.	повышен.	повышен.
Алкалоз газов. (ум. H ₂ CO ₃)	уменьшен	уменьшен	ускорен.	понижен.	понижен.
Алк. негазов. (увел. H ₂ CO ₃)	повышен	повышен	замедлен.	понижен.	понижен.

Из этой таблицы без пояснений явствует что одного определения RA и CO₂ недостаточно еще для суждения об ацидозе или алкалозе. Зная из работ Labbé и Nerveux, что Ph при нефритах несколько понижен (ацидоз) и на основании понижения RA и CO₂ нарушение равновесия при нефритах может быть отнесено к негазовому ацидозу, в основе коего лежит израсходование бикарбонатов крови, т. е. вытеснение CO₂ более сильными кислотами.

Относительно механизма его происхождения до сих пор нет еще единодушного мнения. Большинство, однако, утверждает, что почечный ацидоз не относится к кето-ацидозам, как это полагают Рудой и Соломонов. В противоположность диабетическому ацидозу, в основе коего лежит нарушение обмена веществ, при нефритах имеется лишь понижение элиминации с мочей образующихся в организме кислотных валентностей, особенно фосфорной кислоты (Mariott, Howland). Strauss и Schlayer также считают, что ацидоз обуславливается в этих случаях не болезненным образованием кислот, а является выражением почечной недостаточности, предлагая назвать такое состояние пойкилопикрией.

Labbé и Nerveux, исследуя Ph мочи и органич. кислот у здоровых и нефритиков, не нашли у последних больших отклонений от нормы. Некоторые (Nasch, Delore, Russel) видят причину ацидоза в депрессии аммоннообразовательной функции почки, играющей в норме не последнюю роль в смысле элиминации кислых остатков метаморфоза. В новейшее время Ambard и Schmid выдвинули теорию о гиперхлоридрии у нефритиков, особенно мозговой ткани, благодаря чему возникает гипервентиляция с понижением бикарбонатного резерва. Исследование NaCl крови при ахлорной диете, как видно из таблицы № 2 (стр. 783), не дает точек опоры для оценки этой теории.

Известно, что цифры хлоридов в крови колеблются у разных авторов в широких пределах 480—820 мгр. ‰, в среднем 603 мгр. ‰ (Фогель и Корсак). Так что, строго говоря, о некотором повышении хлоридов в крови может лишь идти речь в первых двух случаях. Обращает на себя внимание случай № 4—уремии с низким содержанием хлоридов в крови; помимо него мы наблюдали еще одного уремика с цифрой NaCl в 280 мгр. ‰. Labbé и Ambard приводят также случаи уремии с понижением зеркала хлоридов и делают вывод, что NaCl уходит на образование бикарбонатов в ущерб Cl. Из работ Pfeiffer'a, Cohn'a и Arnoldi следует, что при болезнях почек задерживается в тканях

Таблица № 2.

№№	Д и а г н о з	RA	NaCl в мгр.	Примечание
1	Нефроз	65,2	960	отеки резкие.
2	Гломерулонефр.	45,8	860	сл. отеки.
3	Тоже	39,1	620	сл. отеки.
4	Уремия азот.	13,9	210	
5	Хр. нефрит	45,8	820	
6	Нефросклероз, миокар- дит	34,0	620	
7	Митр. стеноз с недо- статочн.	40,7	340	тяж. декомп.
8	Недост. аорты	45,8	360	
9	Митр. стеноз	59,0	370	субкомп.
10	Тоже с недост.	52,6	590	
11	Аортит	52,6	620	

ион Na, а не Cl. Такого взгляда придерживается и школа профессора Ф. О. Гаусмана. Новые исследования Palmer'a, Rosenberg'a и Hellforst'a, установивших, что нефритику для ощелочения мочи требуется дать в 10—20 раз больше соды, чем здоровому, косвенно подтверждают мнение авторов, указывающих лишь на задержку иона Na. Поэтому, обеднение крови NaCl у уремиков возможно, в виду ухода ионов Na в ткани. Различные взгляды по вопросу о сущности почечного ацидоза в конце концов страдают унитаризмом, в чем и заключается слабая сторона каждой из упомянутых теорий. Унитаризмом объясняется также отсутствие терапевтического успеха от введения в кровь щелочей (Chase, Meyers и Straub), основанного больше на принципе формальной логики, а не существе дела. Замечание Klewitz'a, что недостаточно одной лишь бессолевой диеты без концентрации внимания на кислотно-щелочном составе пищи—первый шаг на пути правильного подхода к лечению нефритиков.

Теперь обратимся к результатам наших исследований при сердечных заболеваниях.

Таблица № 3.

№№	Д и а г н о з	RA	CO ₂	Моче- вина	Примечание
1	Митральный стеноз и недо- статочность	19,1	3,0	56	Форма декомп. с желт. после дигит. RA 41,2 CO ₂ =4,90/0.
2	Тоже	29,0	3,9	48,6	Декомп. заст. почка.,
3	Миокардит, декомп., бере- менность	29,4	3,8	—	Мочевина не исслед.
4	Стеноз аорты, артериоскле- роз	30,9	—	29,6	CO ₂ не исслед.
5	Кардиосклероз	34	4,7	50	
6	Митр. стеноз, декомпенс. . .	34,2	4,0	40	При выписке CO ₂ =5,3.
7	Миокардит, декомпенсац. .	34,2	4,0	38,4	
8	Недостат. аортальн. клапа- нов	34,7	3,0	—	Мочевина не исслед.
9	Стеноз митр. отв. и недост. кл., декомп.	34,7	5,4	—	Тоже; застой в легком

№№	Д и а г н о з	RA	CO ₂	Моче- вина	Примечание
10	Митр. стеноз, декомп.	35,2	4,0	24	При выписке CO ₂ =5,6, RA—48,5.
11	Недост. аортальн. кл., эм- физема легких	41,0	7,0	—	
12	Недост. аорты, хрон. эндо- кардит, субкомпенс.	41,3	3,5	38,4	При выписке CO ₂ =6,0.
13	Митр. стеноз, декомпенс. . .	45,8	6,0	32	
14	Люэтич. недост. аортальн. клапанов	45,8	4,7	23,6	
15	Миокард., грудн. жаба	46,2	—	24	
16	Стеноз митр. отв., недост. кл., желтуха, субкомпенс.	47,7	4,0	—	
17	Митр. стеноз, декомпенса- ция	47,7	4,7	—	
18	Тоже	48,1	4,9	—	
19	Недост. аорт. клап.	49,5	4,3	21	
20	Митр. стеноз	52,6	4,8	38	
21	Грудная жаба	52,6	6,0	34	
22	Миокард., деком., эмфизема легких	53,8	5,4	—	
23	Стеноз митр. отв. и недост. клап.	59,0	5,6	22	
24	Эмфизема легк., декомпенс. сердца	74	9,0	—	

В отношении резервной щелочности из данной таблицы замечаем, что последняя содержится в пределах нормы во всех случаях полной компенсации (20, 21, 23), понижена при субкомпенсации (12, 14, 15, 16) и довольно низко падает при декомпенсированных пороках (1, 2, 3, 6, 7, 9, и 10). Соответственно с этим, в главной массе случаев, хотя и менее значительно, понижена и CO₂ в альвеол. воздухе, так что и здесь параллелизм между этими компонентами является правилом. Понижение CO₂ при декомпенсированных болезнях сердца находили Михлин, Соломонов и Рудый, Чирейкин, а понижение рез. щелочности крови наблюдали Зюков и Василенко. Падение CO₂ в альвеол. воздухе, понижение Ph крови и мочи при диспное (гиперпное) отмечали Porges, Leimdorfer и одновременно Lewis и школа Bacroft'a в 1913 г. Американцы Peabody, Peters и Barr в 1914 г., а из новых работ—Pulton, Fetter, Dauterband установили при декомпенсации сердца падение CO₂ в альвеол. воздухе, понижение Ph крови и мочи. Lewis и Bacroft приписывали ацидоз сердечных больных образованию молочной кислоты. Rosse, Dreyer и Dauterband, наоборот, при декомпенсациях находили явления газового алкалоза, названного Dauterband'ом диссоциированным кислотно-щелочным равновесием, состоящим в том, что при наличии газового ацидоза в венозной крови (повышение CO₂ крови и Ph мочи) существует одновременно газовый алкалоз артериальной крови (понижение CO₂ и повыш. Ph артериальной крови) «Acidozes circulatoires».

Параллелизм, однако, и здесь нарушается отдельными примерами неполного соответствия между сдвигом в сторону понижения щелочного резерва и напряжением CO₂ в альвеолярном воздухе, которое стоит на

нормальных цифрах (9, 11, 13, 14, 17 и 18). Это относится к митральным порокам, главным образом, и к единичным случаям недостаточности аорты — люэтической (14) и осложненной эмфиземой легких (11). Затем мы видим, что при митральных пороках с декомпенсацией щелочный резерв понижается сильнее, нежели при аортальных, а улучшение клинических явлений после лечения приводит к повышению как RA, так и CO_2 . Нас интересуют случаи, где параллелизма нет.

Кислотно-щелочное равновесие при болезнях сердца тесно связано с вопросом об одышке, без чего не может быть падения напряжения углекислоты в выдыхаемом воздухе (Скворцов), поэтому механизм одышки уже давно привлекает к себе внимание физиологов и клиницистов.

Одышку при сердечных заболеваниях можно рассматривать во 1) как способ выведения накопившихся H-ионов в крови, вследствие диссоциации патологически образующихся кислот, раздражающих дыхательные центры (Lewis, Данилевский, Porges, Leimdorfer) и во 2) как результат компенсаторного образования кислых масс (Saueg-busch) для вызывания одышки с целью облегчения работы больного сердца. Во всяком случае она является благодетельной, пока при ней успешно протекает выравнивание реакции крови (С. И. Телятников). Нам на своем материале не приходилось наблюдать гиперпноэ у сердечных больных, достигающей такого размаха, что используемым прибором нельзя было бы определить присутствия CO_2 в выдыхаемом воздухе. Не нашли мы указаний на это и в литературе; там же, где при хронических язвенных эндокардитах с резкой недостаточностью аорты приходится наблюдать такое понижение, то тут уж не в пороке дело, а в инфекции, благодаря чему эти случаи протекают по законам острых инфекционных заболеваний, как это показано одним из нас (Вр. дело № 18—1929 г.) на основании работы проф. Ф. О. Гаусмана (Münch. med. Woch. № 50 21 г.) о наблюдавшейся им одышке (гиперпноэ), расстройстве кровообращения и понижении CO_2 у септико-тифозных больных. И вот факт, отмеченный еще Боткиным и Ortner'ом и который мы наблюдали в клинике, это несоразмерно с тяжестью декомпенсации и резко выраженного цианоза мало или вовсе отсутствующая одышка (гиперпноэ) у некоторых больных с митральным стенозом и склерозом art. pulmonalis. У такого рода больных (9, 11, 18 и 17), как и в случаях 12, 13, 14 и 17 табл. №—1, нормальные цифры CO_2 (eucarpnia) лишь кажущееся благополучие, за которым скрывается опять таки сдвиг в сторону газ. ацидоза, как при эмфиземе. Пониженная резервная щелочность у них свидетельствует об этом неблагоприятном разрыве, заставляя углубиться в причину диссоциации между двумя закономерно идущими параллельно единицами.

Bekanson, Guillaumin, Celice и др. наблюдали такое явление при эмфиземе, распространенном далеко зашедшем tbc легких, иногда при бронхиальной астме.

Следовательно, определение резервной щелочности и CO_2 , как уже было сказано, не только отмечает состояние буферной системы, но указывает на функциональную способность легких там, где мы находим несоответствие содержания RA и напряжения CO_2 выдыхаемого воздуха с клиническим проявлением болезни, причем функциональное страдание

легких зависит и от степени поражения склерозом легочной артерии, что отражается на показателе CO_2 .

Наблюдение за выделением мочевины у сердечных больных показало, что застойные почки у декомпенсированных справляются со своей задачей в этом отношении удовлетворительно. Повышение мочевины — редкое явление и выше 56 мгр % не доходило.

Выводы: 1. При сердечных и почечных заболеваниях в стадии декомпенсации понижение напряжения резервной щелочности и параллельно понижение напряжения CO_2 в альвеолярном воздухе является правилом.

2. Указанное понижение RA и CO_2 при почечной декомпенсации выражено несколько сильнее, при сердечной — слабее.

3. У таковых же почечных больных и сердечных наблюдающиеся случаи несоответствия между RA и CO_2 с клинической картиной заболевания указывают на функциональную недостаточность легких, как эмфизема, tbc, бронх. астма, застой в легких и в частности при сердечных пороках — склероз легочной артерии.

4. Очаговый гломерулонефрит и нефрозы не сопровождаются понижением RA и CO_2 .

5. Падение содержания мочевины в крови в случае продолжающейся общей акапнии оставляет прогноз сомнительным. Прогноз улучшается в обоих случаях лишь при исправлении всей триады.

6. Незначительная задержка мочевины в крови при застойной почке — явление редкое.

Литература: 1) Ambard et Schmid. Prêsse médicale, 1929 г., № 8. — 2) Arnoldi. D. med. Woch. 1924, № 41. — 3) Башкевич и Писмарев — «Працы Б. Д. У.» (печат.). — 4) Гаусман Ф. О. M. med. Woch. 1921 г., № 50 — 5) Зюков и Василенко. Терап. архив, 1927 г. — 6) Kowarski u. Klorstock — Руков. Berlin, 1926 г. — 7) Михлин. Врач. дело. 1928 г. — 8) Матес. Диффер. диагност. Изд. «Врач», Берлин. — 9) M. Labbé et F. Nerveux. Acidose et alcalose. Paris. 1928 г. — 10) M. Labbé. Clinique et laboratoire, № 10, 1926. — 11) Липец И. Терап. архив, 1929 г. — 12) Он же. Arch. des maladies de l'appareil digestif, № 4, 1929 г. — 13) Писмарев. Врач. дело. 1929 г., № 18 — 19. — 14) Рудой и Соломонов. Клин. мед. 1929 г., № 8. — 15) Rosenberg u. Hellforst. Klin. Woch. 1928 г., № 1.

Из Детской клиники Нижегородского государственного университета.

Эпидемический цереброспинальный менингит ¹⁾.

По материалам Детской больницы Нижгубздрава.

Ординатора Б. И. Гурвича.

За последние годы мы наблюдаем нарастание заболеваемости эпидемическим цереброспинальным менингитом среди детского населения, к тому же мы к настоящему времени имеем достаточно богатый и разнообразный арсенал терапевтических мероприятий, нуждающийся в оцен-

¹⁾ Зачитано на заседании Научного общества врачей при НГУ 11-го ноября 1928 г.

ке и переоценке. Вот почему эпидемический цереброспинальный менингит является частой темой периодической медицинской литературы,

Представляемый нами материал детской больницы Нижегородского Губздрава характеризует почти полностью это заболевание в Н.-Новгороде. Внезапность заболевания, тяжесть его и длительность исключают возможность массового нахождения больных на дому и речь может идти о единичных таких случаях. Если принять во внимание, что в городе имеется одна только детская больница, мы допустим не очень грубую ошибку, заявивши, что эпидемический цереброспинальный менингит, представленный материалом детской больницы, является показателем заболеваемости, роста этой заболеваемости в г. Н.-Новгороде. Чтобы быть более убедительным в этом своем заявлении, я ограничился материалом только последних 4-лет, когда резко возрасли заполняемость стационара и амбулаторного приема.

За период с 1924-го по 1927-ой год (май месяц) через детскую больницу Губздрава прошло 52 больных эпидемическим цереброспинальным менингитом детей.

	Местн.	Приезж.
В 1924 г.— 6 больных	5	1
„ 1925 г.—11 „	7	4
„ 1926 г.—14 „	10	4
„ 1927 г.—по май мес. 21 б.	16	5

Итак, за 5 месяцев 1927 года больных было в $3\frac{1}{2}$ раза больше, чем в 24 году¹⁾.

Из этого числа 52-х детей мы имеем 29 мальчиков и 23 девочки.

По возрасту больные распределяются следующим образом: до 1-го года—30 детей, от 1-го до 3-х лет—10 детей, старше 3-х лет—12 дет. Самому младшему было $1\frac{1}{2}$ месяца, самому старшему 11 лет. Итак, в возрасте до 1-го года мы имеем 58% всех больных, а всех детей до 3-х лет—78 процентов всех заболевших. Эти наши цифровые данные не расходятся с данными других авторов и подтверждают положение, что заболеваемость цереброспинальным эпидемическим менингитом обратно пропорциональна возрасту.

По времени заболевания эти 52 случая распределяются следующим образом: осень—9 больных, зима—10 б., весна—27 б., лето—6 б. По месяцам—максимум падает на март-апрель, минимум на июль, август и сентябрь. Такая зависимость заболевания цереброспинальным менингитом от метеорологических условий и нарастание ее в зимнее время дало повод в Америке к названию этой болезни холодной чумой.

Большинство больных—38 человек—дети нижегородских жителей, они составляют 73% всех больных; приезжих—14 детей (27%). Из детдомов поступлений больных не было, что подтверждает существующее мнение, что цереброспинальный менингит чрезвычайно редкий гость специально детских учреждений.

По социальному положению родителей заболевших детей мы имеем следующие данные:

¹⁾ С мая месяца 1927 г. по май месяц 1928 г. детской больницей зарегистрировано 36 случаев церебросп. менингита, из коих местных значится 28 детей, приезжих 8 детей.

Рабочих	Служащих	Крестьян	Военнослуж.	Учащихся
34	10	4	3	1
65 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	2 ⁰ / ₀

Квартирные условия, в которых находились заболевшие дети таковы:

Плохие	Средние	Хорошие
Подвальные, сырые 31	17	4
60 ⁰ / ₀	32 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀

Переходя к клиническим проявлениям болезни, мы отмечаем следующее: внезапность заболевания с высокой t^0 и рвотой значится в анамнезе всех 52-х детей.

К моменту поступления в больницу herpes обнаружен у 5 детей, т. е. у 10⁰/₀ всех больных. Судороги и припадки обнаружены у двадцати больных, т. е. у 38,5⁰/₀. Ригидность затылочных мышц, доходящая до opisthotonus'a, обнаружена у 82⁰/₀ больных. Длительный красный дермографизм является постоянным спутником всех 52-х пациентов. Симптом Kernig'a был выражен у 21-го ребенка; этот симптом исследовался у детей более старшего возраста. Симптом Брудзинского обнаружен у 48⁰/₀ больных. Петехиальная сыпь обнаружена была у 6-ти больных. Strabismus convergens наблюдался у 14-ти больных. Запоры встречались по преимуществу у детей более старшего возраста, в грудном возрасте преобладали поносы. Из тридцати детей грудного возраста мы имели троих с запавшими родничками, у остальных 27 родничек был резко напряжен.

В вопросе о том, когда больные попадали в больницу, мы имеем следующие данные:

1-ый день	2-ой день	3-ий день	4-ый день	5-ый день	6-ой день	7-ой день	2-ая нед.	3-ья нед.	Позднее
—	6	7	5	5	—	6	6	10	7
—	11,5 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	—	11,5 ⁰ / ₀	11,5 ⁰ / ₀	19 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀

Эти данные говорят нам о том, что течение 1-ой недели в больницу попадает только 44⁰/₀ всех больных и 56⁰/₀ больных попадает позднее и чаще всего на 3-й неделе болезни, а один больной попал через 2 месяца после начала болезни.

С сохраненным сознанием в больницу поступило 10 детей—19⁰/₀ всех больных, в полусознательном (затемненном) сознании 11 детей—21⁰/₀ и в бессознательном состоянии 31 ребенок—60⁰/₀ всех больных.

Приняв во внимание степень выраженности отдельных клинических симптомов при поступлении больного в больницу, затем учтя длительность болезни от момента заболевания до поступления в больницу, а

также характер течения болезни—я попытался разбить всех больных на отдельные группы по тяжести заболевания; таких групп мною выделено четыре: 1) очень тяжелые, 2) тяжелые, 3) средней тяжести, 4) легкие. По каждой из этих групп мы имеем следующее количество больных:

Очень тяжелые	Тяжелые	Средн. тяжести	Легкие
12	19	19	2
24%	36%	36%	4%

Не представляет сомнения, что такое деление на 4 группы—группировка, и для того, чтобы быть более точным, нужно было бы количество групп намного увеличить, так как в действительности каждый случай своеобразен в силу наследственных, конституциональных и других условий, но допуская эту небольшую погрешность, мы получаем возможность сделать кое-какие поучительные выводы по каждой из этих групп в отдельности.

Из 30-ти больных до 1-го года мы имеем 10 случаев очень тяжелых, 11 случаев тяжелых и 9 случаев средней тяжести, иначе говоря из всех 12 детей отнесенных нами к группе очень тяжелых—10 падает на возраст до 1-го года; вывод тот, что течение цереброспинального менингита проявляется с особой силой в самом раннем детском возрасте. Вместе с тем приходится отметить, что более старший возраст не гарантирует легкое течение болезни: это видно из того, что из 12 детей старше 3-х лет—10 детей, т. е. 83,5% отнесены к группе тяжелых больных.

Придерживаясь упомянутой выше группировки, мы можем говорить об исходе болезни в зависимости от тяжести заболевания.

По 1-й группе, в которой насчитывается 12 очень тяжелых больных, мы имеем 2-х выздоровевших, 4-х выписанных без улучшения и 6 умерших. % выздоровевших по 1-ой группе равен 16,6%.

Во 2-ой группе насчитывается 19 детей, по характеру заболевания и течения болезни они мною квалифицируются как тяжелые больные; из этих 19-ти больных выздоровело 7 детей, выписалось без улучшения 8 и умерло 4; по этой группе % выздоровления равен 37-ми.

В 3-ей группе, в группе больных средней тяжести, насчитывается 19 детей. Из этих 19 больных выздоровело 14, выписалось без улучшения 4 и умер 1. Итак, по 3-ей группе % выздоровления равен 73.

Четвертая группа состояла из 2-х больных, квалифицированных мною как случаи легкого заболевания, оба они выздоровели.

Вывод из этих только что упомянутых данных тот, что смертность идет параллельно с тяжестью каждого случая, т. е. резко выраженные начальные явления, степень сохраненности сознания, наличие судорог и припадков и ряд других моментов, решающих вопрос тяжести, могут служить подспорьем для прогноза.

Полный круг болезни (исключая время, предшествовавшее поступлению в больницу) проделали в стенах больницы 35 детей, остальные 17 выписаны по настоянию родителей до окончания болезни. Исход их болезни нам неизвестен, неизвестна, конечно, и ее длительность; все они выписаны в состоянии, не предвещающем ничего хорошего, и смело могут быть отнесены к рубрике умерших.

Из числа 52-х больных умерло в стенах больницы 11 детей, выздоровело 17, выписалось с улучшением 7, выписалось без улучшения 17. Отнеся к рубрике умерших выписавшихся без улучшения, мы получим смертность от эпидемического цереброспинального менингита по материалу детской больницы равной 54%; исключив, из этого числа трое больных, умерших в больнице в течение 1-ых суток пребывания в ней, мы получим более точный % смертности, равный 48.

По клинической больнице имени Раухфуса в Ленинграде согласно сообщения старшего ассистента клиники д-ра Неклюдова мы имеем смертность равной 65%. Наша цифра меньше цифры Heubner'a, Feer'a и Knöpfelmacher'a и возможно была бы еще меньше и приблизилась бы больше к цифре в 16%, данной Lessage'a, но этому препятствовал наш материал, 56% которого попадал в больницу после 1-ой недели заболевания.

Длительность болезни 35 детей, закончивших пребывание в больнице тем или другим исходом, следующая:

До 1-й недели	До 2-х недель	До 3-х недель	До 4-х недель	До 2-х месяцев	Свыше
3	7	6	3	10	6

Среднее число дней, падающих на выздоровевшего, равно 40 (от 14 до 115). Среднее число дней, падающих на умершего, равно 10 (от 2-х до 39 дней).

Из 52-х больных—спинномозговой пункции подвергались 49; трое пунктированы не были из-за краткости пребывания их в больнице (до одних суток). Эти трое больных диагностированы как больные эпидемическим цереброспинальным менингитом по ярко выраженным клиническим симптомам болезни.

Степень внутричерепного давления нам приходилось определять характером вытекания спинномозговой жидкости: струей, частыми каплями или медленными каплями. По степени внутричерепного давления мы имеем следующее количественное распределение больных:

Струей	Частыми каплями	Медл. каплями
15	22	12

Те 15 детей, спинномозговая жидкость которых вытекала струей,—все оказались отнесенными к группе тяжело и очень тяжело больных.

По внешнему виду спинномозговая жидкость отличалась чрезвычайной разнообразностью с переходом от легкой муты до характерного вида гноя. В спинномозговой жидкости всех 49 больных обнаружены были внутри и внеклеточно диплококки Вейхсельбаума—менингококки.

Число больных, пунктированных	1 раз — 12
" "	2 раза — 10
" "	3 раза — 15
" "	4 раза — 4
" "	5 раз — 6
" "	7 раз — 1
" "	10 раз — 1

Количество выпускавшейся спинномозговой жидкости колеблется от 10 до 50 кб.

Картина крови больных цереброспинальным менингитом представляет собою нейтрофильный лейкоцитоз, в некоторых случаях достигавший 40.000—45.000 лейкоцитов; между степенью лейкоцитоза и тяжестью заболевания отмечается тесная связь.

Болезни, сопутствовавшие или осложнившие эпидемический цереброспинальный менингит, следующие: Парез лицевого нерва—3, hemiplegia—1, pyelocystitis—1, hydroceph. intern—2, strabism. converg.—8, neuritis opt. bilat—2, сывороточная болезнь—4, nystagmus—1, глухота—1 и всего 25. Все они падают на случаи очень тяжелые и тяжелые, только 5 случаев имели место среди случаев средней тяжести.

При многообразии предложенных методов и средств лечения эпидемического цереброспинального менингита, имеющихся в нашем распоряжении, мы все-таки можем выделить три основные группы, три основные пути, по которым следует современная терапия эпидемического цереброспинального менингита. Одним путем мы стремимся воздействовать на самый менингококк, на самый очаг болезни—применением противоменингококковой сыворотки. Следующий путь—это воздействие на менингококк хемотерапевтическими мероприятиями, убивающими или задерживающими развитие болезнетворного возбудителя. Третий путь направлен к тому, чтобы в крови и в клетках тканей вызвать физико-химические и ферментативные изменения и таким путем активировать организм, мобилизовать запасные скрытые силы организма для борьбы с внедрившейся инфекцией.

В детской больнице при лечении цереброспинального менингита испробованы все три пути и несмотря на количественную скромность моего материала и недостаточную равноценность больных, подвергавшихся тем или иным манипуляциям, мы все-таки можем сделать кое-какие выводы и дать некоторую оценку ряду терапевтических мероприятий. Сообразно применявшимся способом лечения можно наших больных разбить на несколько групп:

I) Симптоматическое лечение, заключавшееся в лумбальных пункциях без последовательного введения специфических или хемотерапевтических средств, в ваннах t° 29—30 $^{\circ}$; во втирании в различные части тела ung. colloid. Credé и т. п. Таких больных было 11 детей (пять тяжелых и шесть средн. тяжести). Из этого числа 11 детей выздоровело 4, умерло 7; $\%$ выздоровления равен 36.

II) Антименингококковая сыворотка + симптоматическая терапия. Этой терапии подвергалось 5 больных, из коих 1—поступил в больницу на 2-й день болезни, 1—на 4-ый день болезни, 1—на 5-ый день болезни, 1—на 14-ый день болезни и 1—на 6-ой неделе болезни. По тяжести заболевания 3—тяжело больных и 2 средней тяжести. Из этого числа 5 больных—выздоровели 3, которым лечение антименингококковое применялось в первые дни заболевания; умерло 2; $\%$ выздоровления равен 60.

III) Антидифтерийная сыворотка интралюмбально + симптоматическая терапия. Таких больных всего было 8 детей, из коих 1 тяжело больной, 6—средней тяжести и 1 легкий случай. Из числа этих 8 детей выздоровело 5 и умерло 3; $\%$ выздоровления равен—63.

IV) Sol. Urotropini 5 и 10% раствор интралюмбально + симптоматическая терапия применялась 12 детям, из коих тяжелых больных было 8 детей и средней тяжести 4. Из этих 12 детей выздоровело 4, умерло 8, % выздоровления равен 34.

V) Введение интрамускулярно молока + симптоматическая терапия применялась 3 больным, из коих 1 тяжелый случай и 2 средней тяжести. Из этих 3-х больных выздоровело 2, умер — 1; % выздоровления равен 66.

VI) Sol. Urotropini 5 и 10% и 20% раствор интралюмбально, + молоко интрамускулярно + симптоматическое лечение — это комбинированное лечение применялось к одному больному тяжелой формы, исход летальный.

Остальные 9 больных, из коих мы имеем 5 тяжело больных, 3 средней тяжести и 1 отнесенный к легкой форме, подвергались гемотерапии, комбинированной с другими упомянутыми выше методами; из этих 9 больных аутогемотерапия применена была трем, а для остальных шести детей была применена материнская кровь. Все 9 детей выписались в состоянии выздоровления.

Данные применения антименингококковой сыворотки по нашему скромному материалу подтверждают данные других авторов в том, что менингококковой сывороткой целесообразно пользоваться только в первые дни заболевания, а так как в больничные лечебные учреждения больные с цереброспинальным менингитом попадают в большинстве случаев после первой недели болезни, то к менингококковой сыворотке редко приходится прибегать, к тому же не всегда имеются под рукой свежие препараты этой сыворотки.

За последние годы накопилось много данных, доказывающих, что вакцины и сыворотки, совершенно чуждые возбудителю данного заболевания, оказывают такое же действие при инфекционных заболеваниях, как и специфические препараты. Нам известно, что Bingel лечил дифтерию нормальной лошадиной сывороткой и получал результаты не худшие, чем от применения антидифтерийной сыворотки. Лично я чаще прибегал к дифтерийной сыворотке, которая хотя и совершенно чужда возбудителю настоящего заболевания, но она оказывает столь же лечебное действие, как и специфическая сыворотка, действуя исключительно как протеинотерапия, к тому же свежие препараты этой сыворотки у нас всегда под рукой.

Хемотерапевтических средств, действующих убивающе непосредственно на менингококк, предложено медицинской литературой слишком достаточно, к этим средствам принадлежит Urotropin, Rivanol, электролгол, Optochinin и т. п. Мы пользовались исключительно уротропином в 5 и 10% растворах и в количествах меньших выпущенной цереброспинальной жидкости; раствор этот вводился в спинномозговой канал,

В конце 1926 года с целью профилактики кори, имевшей место в нашей больнице, мною двум больным эпидемическим цереброспинальным менингитом интрамускулярно введена была материнская кровь; оба случая кончились выздоровлением несмотря на то, что один квалифицировался как случай тяжелый, а другой как средней тяжести. Придав некоторое значение гемотерапии в исходе болезни у этих двух больных, я применил ее в зимний период 1927 г. у 7 больных, из коих четверым

была введена материнская кровь, а троим применена аутогемотерапия. Все они выздоровели.

Все девять больных, подвергавшихся в 1927 году гемотерапии, подвергались и другим терапевтическим воздействиям: одни янтралюмбально Sol. Urotropini, другие только люмбальным пункциям, третьи интромускулярно молоком—в общем чистых случаев применения гемотерапии мы не имеем, и это в силу того, что у постели столь тяжелых больных я не считал себя вправе, отказавшись от средств, испытанных медицинскими авторитетами, исключительно заняться изысканием новых методов лечения.

Можем ли мы сделать какие-либо выводы в вопросе применения гемотерапии при эпидемическом цереброспинальном менингите? Конечно нет. Единственный допустимый, без особой погрешности вывод—это параллельно с изложенными выше методами лечения менингита продолжать изучать и действие гемотерапии в области, до сих пор никем не примененной.

В целом при даче оценки всех методов лечения цереброспинального менингита мы можем сказать, что помимо случаев рано диагностированных, где на первом плане должна находиться специфическая серотерапия—все внимание лечащего врача должно быть обращено на то, чтобы возможно энергичнее активировать организм больного в деле его самообороны и самозащиты.

Выводы. В г. Н.-Новгороде из года в год нарастает заболеваемость эпидемическим цереброспинальным менингитом. Возможно, что мы находимся на пути развития сильной эпидемии этого менингита. Контагиозность болезни чрезвычайно незначительна и больные могут быть путем боксирования оставлены в соматических лечебных учреждениях без обязательного выделения в заразные больницы. Возможно раннее распознавание менингита дает много шансов на выздоровление применением специфической сыворотки. Раннему распознаванию болезни способствует спинномозговая пункция, от которой врач в сомнительных случаях не вправе отказаться в силу полной безвредности этой пункции. Протеинотерапия, в том числе и гемотерапия, как методы активации защитных сил больного организма, должны быть горячо рекомендованы врачу у постели больного с эпидемическим цереброспинальным менингитом.

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

К вопросу о пептических язвах анастомоза и тощей кишки.

Д-ра Н. И. Шавинера.

(С 6 рис.).

Причины возникновения пептических язв вслед за тем или иным оперативным вмешательством по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки остаются еще мало выясненными. Указания на „язвенные конституции“, методы оперативного вмешательства, на недостатки инструмен-

тария и т. д., как на причины возникновения пептических язв, остаются пока еще чисто теоретическими. Изучение этого вопроса, очевидно, должно идти по пути собирания большого материала и сопоставления отдельных случаев. С этой целью мы приводим в данном сообщении два наблюдения послеоперационных пептических язв, которые, с нашей точки зрения, представляют интерес как в смысле клинического течения, так и оперативного лечения.

Случай I. Б-ой О., 32-х лет. Диагноз: *ulcus duodeni*. Общая кисл. жел. сока—127. Операция (Ф. Ю. Розе) 15/IV 1916 г. Обнаружено: язва в начале 12-перстной кишки; кишка спаяна с поджелудочной железой; вся область *duodeni* в больших плотных сращениях; трудно ориентироваться. Привратник не пропускает мизинца. В виду колоссальных спаек и тяжелого состояния больного резекцию произвести не представляется возможным. Наложен передний вертикальный гастро-энтеро-анастомоз (г.-э.) по Ру.

Через 2 недели после операции быстро нарастающие явления перитонита. 29/IV срочная операция (Ф. Ю. Розе). Между г.-э. и э. э. язва в 15-ти коп. сер. монету в предперфоративном состоянии. В брюшной полости серозный выпот. *Excisio* язвы с последующим швом. Назначена щелочная терапия. Б-ой заметно поправился. Через 1/2 года явления рецидива пептической язвы. 18/X 3-я операция (Ф. Ю. Розе). На месте первой пептической язвы развилась новая язва в 20-копеечную серебряную монету ближе к г. э. Уплотнение, бывшее в области привратника, рассосалось, остались более или менее рыхлые сращения. Привратник свободно пропускает палец. Э. Э. приблизился к г.-э. *Excisio* язвы (рис. 1). После третьей операции б-ой ежегодно ездил в Кисловодск.

Через 6 лет рецидив пептической язвы. 22/IX 1922 г. 4-ая операция (Ф. Ю. Розе). Колоссальные сращения в области г.-э. и э. э. Отводящая петля тонкой кишки резко расширена (рис. 2). Произведена обширная резекция в од-



Рис. 1.

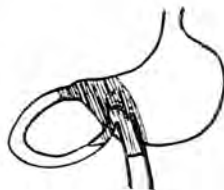


Рис. 2.



Рис. 3.

ном куске привратника и значительного отдела желудка вместе с пептической язвой анастомоза. Таким образом образовалось четыре отверстия. Отверстие желудка вшито в 12-перстную кишку по Вилльроту 1. Отрезки тощей кишки, участвовавшие в гастро-энтеро-анастомозе, сшиты бок о бок. Следовательно, этим оперативным вмешательством мы восстановили нормальные соотношения желудка и тощей кишки, не считая резекции отдела желудка (рис. 3).

Первые дни после операции полное отсутствие соляной кислоты в желудочном соке; с 5-го дня кислотность стала восстанавливаться; через неделю стойко установилась на 90. Недавно б-ой являлся: самочувствие значительно улучшилось, остались небольшие изжоги. Кислотность все же 90.

Быстрое возникновение (через 2 недели после операции) пептической язвы можно объяснить наложением анастомоза по Ру. В настоящее время установлен взгляд, что когда имеется чрезмерная повышенная кислотность желудочного сока (в нашем случае 127)—анастомоз по Ру противопоказан (первая операция произведена нашему больному в 1916 г.).

Появление последующих пептических язв, как видно, нужно рассматривать как признак конституционального предрасположения данного

б-го к язвенной болезни. Может быть, этот б-ой относится к той категории лиц, которым операция г.-э. вообще противопоказана.

Чрезвычайно важное обстоятельство мы констатируем во время 4-ой операции—расширение отводящего отрезка тонкой кишки. Это указывает, что, несмотря на большой воспалительный процесс в области соустья и наличие пептической язвы тонкой кишки, анастомоз все же работоспособен и не суживается.

Несомненно, гастро-энтеро-анастомоз оказал терапевтическое действие на первичную круглую язву 12-перстной кишки в смысле Кронляйна. Следует отметить, что наступило не только заживление первичной язвы, но и исчезли те колоссальные сращения, которые помешали во время первой операции сделать первичную резекцию. Привратник стал хорошо проходим. Резекция же желудка во время 4-ой операции—операция вынужденная, в виду глубокого изменения тканей и колоссальнейших сращений в области пептической язвы. Может быть, эта резекция желудка дала б-ому значительное улучшение благодаря удалению большей части привратника, если рассматривать это с точки зрения Финстера.

Случай 2. Б-ой Б., 32 лет. Оперировался в 1925 г. по поводу язвы желудка (в другом учреждении). Через полгода после операции появились жестокие боли в подложечной области и запоры. В 1928 г. он начал прибегать к морфию. Дважды провел „Ulcuskur“. Общая кислотность желудочного сока—22. Б-ой истощен, в тяжелом состоянии. 7/X 1928 г. операция (Ф. Ю. Розе). Обнаружен передний г.-э. высоко в области дна желудка. На анастомозе большая пептическая язва с твердым воспалительным инфильтратом вокруг; отводящее колено расширено. Привратник рубцово сужен на месте первой язвы; едва пропускает мизинец. В виду неблагоприятного расположения анастомоза (рис. 3) невозможно произвести резекцию желудка вместе с анастомозом, так как резекция подлежала бы 2/3 желудка.

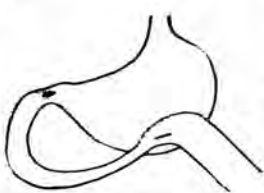


Рис. 3.

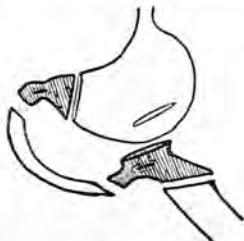


Рис. 4.



Рис. 5.

Перерезаны приводящий и отводящий отделы тонкой кишки (участвовавшие в гастро-энтеро-анастомозе) и, после, круговым разрезом иссечена стенка желудка вокруг гастро-энтеро-анастомозного отверстия. Таким образом произведена экцизия пилоруса пептической язвы со стенкой желудка и петлями прилегающей кишки. Отверстие желудка на месте бывшего соустья зашито. Стенозированный привратник вместе с antrum pylorica резецированы. Культи duodeni зашита наглухо. Наложен анастомоз между отводящим расширенным отрезком тонкой кишки и желудком по способу конец в конец; приводящий отрезок кишки шит в отводящий по способу конец в бок на расстоянии 2—3 сант. от нового г.-э.

Через 1½ года б-ой чувствует себя вполне удовлетворительно (демонстрир. на заседании Хир. секции Х. М. О-ва).

В данном случае трудно уяснить себе причину появления пептической язвы. Пониженная кислотность (22), казалось бы, должна говорить против возможности образования пептической язвы. Может быть, здесь

сыграла определенную роль топография первого анастомоза. Положение его в дне желудка могло создать между ним и привратником мешок, где происходило накопление желудочного сока (lehre Secretion). Последний являлся постоянным раздражителем слизистой желудка и анастомоза. Это, в конечном итоге, могло повести к образованию пептической язвы.

Наше атипичное вмешательство было обусловлено чрезвычайно сложной ситуацией, создавшейся в процессе операции.

После резекции анастомоза и привратника получилось 5 отверстий (рис. 4). Место анастомоза на желудке зашито; культя 12-перстной кишки закрыта. Следующим этапом операции могло быть соединение отрезков тонкой кишки и наложение соустья между тонкой кишкой и просветом желудка (G. E. oralis totalis). Для этого надо было закрыть обе культы тонкой кишки, наложить между ними соустье и сделать г.-э. между просветом желудка и восстановленной тонкой кишкой. Но в виду тяжелого состояния б-го у нас не было уверенности, что он перенесет такого рода вмешательство. Боязнь потерять б-го диктовала нам более сокращенный план операции. Воспользовавшись тем, что просвет отводящего отрезка тонкой кишки соответствовал просвету желудка—мы анастомозировали их (рис. 5).

Конечно, здесь мы имеем операцию, несколько напоминающую Ру, но наличие небольшой общей кислотности желудочного сока и предварительная резекция пилорической части желудка позволили нам произвести описанную, несколько упрощенную операцию.

Приводя эти два наблюдения, мы лишний раз хотим подчеркнуть, что при выборе оперативного вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки, вопрос должен решаться в пользу резекции. Этот метод по новым статистикам дает меньший % последующих пептических язв, чем при наложении гастро-энтеро-анастомоза той или иной модификации.

Мы хотели бы обратить еще внимание на то обстоятельство, что, несмотря на наличие обширных пептических язв, в наших обоих случаях наблюдается очень заметное расширение отводящего отрезка тонкой кишки. На это мы имеем указания и в некоторых случаях, приводимых в работе Соколова.

Следует, наконец, отметить те чрезвычайные трудности, с которыми сталкивается хирург при операции по поводу пептической язвы. Повидимому, общего правила оперативного лечения пептической язвы установить нельзя, а в каждом отдельном случае хирург обязан поступать вполне индивидуально.

Литература: 1. Schur. «Klinik des peptischen Magens und Duodenalgeschwürs».—2. Бельц А. А. Вр. дело, № 16-17, 1923 г.—3. Соколов С. Е. «Послеоперацион. пептич. язвы тощей кишки».—4. Кох Э. Х. Н. Хир. Ар. № 74. 1928 г.

Из хирургической клиники Казанского гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. (Завед. В. Л. Боголюбов).

К казуистике редких форм кожных рогов.

Д-ра С. Г. Гордеева.

(С 1 рис.).

Роговые образования у человека в виде кожных рогов странностью и причудливостью своей картины еще в древние века привлекали внимание наблюдателей. Первый более или менее достоверный случай кожного рога у человека, описанный в древней литературе, Lebert относит к XIII столетию. К настоящему моменту в литературе накопилось уже значительное количество случаев кожного рога с различной локализацией, картиной развития, строения и отношения к подлежащей ткани. Отмечается также особая склонность кожного рога к раковому метаморфозу (Darier).

В большинстве случаев это новообразование встречается на волосистой части головы, лица, причем веки поражаются довольно редко; далее следуют мужские половые органы, нижние конечности, туловище и верхние конечности. Рога встречаются в возрасте от 50 до 70 лет. Величина рогов бывает различна—от нескольких миллиметров до 25 сант.; самые большие кожные рога, описанные на веках—4,5. см. и 5 см. (Herzog, Carl Theodor, Schöbl).

Как клинически, так и патолого-анатомически различают рога двух видов: они могут достигать больших размеров, принимать круглую, коническую или цилиндрическую форму, иногда бывают спирально изогнуты, с заостренным, тупым или раздвоенным концом; или же напоминают собою бородавки, где на одном общем возвышенном основании имеется несколько тонких гребенчатых роговых образований. Патолого-анатомически—Rasini в первом случае видит сильные воспалительные изменения в cutis с резким гиперкератозом stratum corneum, что напоминает собой эпителиому; ко второй же форме относит незначительное изменение в cutis, гипертрофию stratum mucosum и гиперкератоз stratum corneum. Darier определяет кожный рог, как роговую сосочковую эпителиому с избыточным гиперкератозом и называет ее „старческим рогом“ в противоположность юношескому, который является простым гиперкератинизированным родимым пятном. Гистологические изменения основания такого старческого рога соответствуют изменениям спиноцеллюлярной эпителиомы в папиллярной стадии.

Причины развития кожного рога в громадном большинстве случаев неизвестны. Кожные рога могут развиваться из эпидермы свободной поверхности кожи, сальных железок, а также бородавок, кист, рубцов на коже, пораженной эпителиомой, волчанкой (муляж музея КВК КУ). Описан случай кожного рога на люпогнокарциноматозном основании (Arton M.). Почвой для кожного рога может служить и раковая язва. В работе д-ра Ястребова, относящейся к 1897 году, описаны три случая кожного рога на раковом основании, причем все три случая заимствованы (случай Coldani, относящийся к 1815 г. и Richond-Desbrus—1828 году, третий случай взят из казуистического материала

фак. хир. кл. Харьковского ун-та—относится к 1870 году). Четвертый случай кожного рога на раковом основании описан Dreyer'ом. Сюда же следует отнести случай, наблюдавшийся нами в Хир. кл. Казанского госуд. института для усовер. врачей им. В. И. Ленина.

Больной 60 лет, крестьянин-хлебопашец, последние 10 лет пастух. В клинику поступил по поводу роговидного образования над левым глазом и опухоли нижней губы. Около четырех лет тому назад больной впервые отметил у наружного угла левой глазницы небольшую, плотную с роговой шероховатой поверхностью бородавку. Последняя, с течением времени разрастаясь в ширину, захватила собой и часть верхнего века. Вскоре от этого разрастения на верхнем веке развилась язва. У внутреннего же угла глазницы появилась небольшая, округлая, розоватого цвета опухоль. Язва и опухоль слегка гноились и кровоточили с поверхности. Затем на опухоли появился участок, покрытый роговой коросточкой. Эта коросточка постепенно, как бы наплаваясь и разрастаясь больше в длину, привела к образованию рога; последний, достигнув длины 2—3 см., через полгода отпал. После этого вновь, своим основанием захватывая уже и язву, вырос другой рог, по словам больного виллообразнораздвоенный, который спускался над глазом и доходил до угла рта. Больной перед сном, обычно, свободные концы рога перекладывал, ради удобства, на правую сторону носа. Просуществовав 10 мес. и этот рог отпал. Больной явился к нам с третьим по счету роговым образованием, давностью в 10 месяцев. Опухоль на нижней губе появилась года 1½ тому назад, когда больной впервые отметил на слизистой нижней губы незаживающую плотную на ощупь трещинку.

Больной жалуется на постоянные головные боли. Аппетит довольно хороший. Венерические болезни отрицает. Алкоголем злоупотреблял мало, курит. Со стороны наследственности ничего особенного.



Объективно: больной среднего роста, правильного телосложения, довольно уже дряхлый, с слегка подорванным питанием старик. Со стороны интересующего нас заболевания при поступлении больного в клинику наблюдалась следующая картина (см. рисун.): над левым глазом, совершенно его закрывая, свисало роговое образование; основание его располагалось на уровне верхнего края левой глазницы. Этот рог имел довольно причудливую форму в виде тугой, широкой сосульки, неправильной цилиндрической формы или свисающего столбикта с широким основанием и длиною в 5 сант. При отведении рога вверх и кнаружи над его основанием отмечается изъязвившаяся опухоль, которая захватывает почти все верхнее веко и прилегающую часть скуловой области. Язва имеет неровные, плотные края и бугроватое, бледно-розового цвета с некротическими участками, гноящееся дно. Эта язва у внутреннего угла глазницы соприкасалась

с небольшой, округлой, исходящей из слизистой верхнего века опухолью, которая также была изъязвлена с поверхности и гноеточила. Опухоль несла на себе роговую бляшечку. Движения основания рога возможны вместе с кожей и мало болезненны.

На нижней губе, инфильтрируя почти весь ее верхний отдел, имеется также опухоль с изъязвившейся, гноящейся поверхностью. Отдельные участки ее заняты роговыми коросточками. Подчелюстные лимфатические железы увеличены.

За время пребывания больного в клинике рог отвалился, обнажив большую язвенную опухоль на верхнем веке. При осмотре мест разлома отвалившегося рога отмечается продольная полосчатость, как бы тесно спаянные между собою отдельные волокна. В центре рог более мягок, чем на периферии. Микроскопическая картина препарата, взятого из основания рога (окраска по Van-Gieson'y), представляет кожу с всюду сохранившимся эпителием; последний, то в виде сопочков глубоко вдаётся в подлежащую ткань, или же имеет незначительную толщину. Corium в этом месте заполнен различной величины и формы гнездами эпителиальных клеток. В центре крупных гнезд имеются роговые наложения, частью-расплавленные лейкоцитами. Меньшие гнезда ороговевших клеток (жемчужины) сохранили контуры и ядра. Эти гнезда состоят из крупных полигональных клеток с большим пузырькообразным ядром с 1—3 ядрышками. Периферические слои этих гнезд состоят из более мелких, частью вытянутой формы, клеток, среди которых заметны фигуры деления в различной стадии. Corium состоит из тонких соединительнотканых волокон, разделенных друг от друга широкими щелями. В нем имеются растянутые лимфатические полости и тонкостенные кровеносные сосуды. В некоторых местах имеются кровоизлияния. Ткань corium густо инфильтрирована клетками различного вида с преобладанием плазматических клеток.

Микроскопический препарат кусочка рога (окраска по Van-Gieson'y) представляет извилистого вида роговые массы. В глубоких центральных частях эти роговые массы состоят из тонких, плотнолежащих пластинок с сохранившимся уплощенным ядром. В некоторых клетках, границы между которыми неясны, ядра мутны, затусованы. В более периферическом слое препарата эти пластинки ядер уже не содержат. При окраске по Van-Gieson'y роговые пластинки с ядрами окрашиваются в зеленоватожелтый цвет и между ними имеются тонкие, красноватые прослойки. Там же, где участки безядерны, красноватые прослойки более широки, неконтурированы и имеют гомогенный вид. Кое-где встречаются полости, заполненные гомогенной, оранжевого цвета массой. На поперечном разрезе роговые массы состоят из безядерных кругов с заметной концентрической слоистостью. В некоторых преобладает зеленовато-желтая окраска, в других — красная.

Микроскопическая картина препарата (окраска та же), взятого из пораженной губы, представляет в наружном слое роговые массы, клетки которых сохранили ядра. Глубже идет многослойный плоский эпителий, атипически разрастающийся в глубину, с инфильтрацией подлежащей ткани разнообразными воспалительными клеточными формами. Среди этой воспалительной инфильтрации рассеяны очаги клеток плоского эпителия. Многие из этих скоплений представляются в виде ороговевших образований, т. е. жемчужин.

Таким образом в препаратах, взятых из основания рога и опухоли нижней губы, мы имеем вполне идентичную картину плоскоклеточкового ороговевающего рога.

Описанный нами случай представляет собой роговое образование, основанием которого служит раковая язва характера канкронид. Развитие новообразования протекало в следующем порядке: вначале появилось бородавчатое разращение типа „старческого кератоза“, который Darier рассматривает как осложнение старческого перерождения кожи и считает одним из наиболее явных видов предраковых заболеваний кожи. В связи с травмой и раздражением такие старческие бородавки обычно заканчиваются переходом в раковую опухоль. Это бородавчатое разращение в нашем случае повело к образованию раковой язвы. Затем, уже на почве раковой язвы, благодаря каким-то особым патологическим условиям данной области, появилась усиленная продукция рогового вещества и образовался рог.

Сопоставляя литературные данные с нашим случаем, мы видим, что наш случай является выходящим из рамок обычного. Не таким уже редким явлением считается существование кожного рога на раковом основании, когда последнее развивается вторично, на месте прежде бывшего кожного рога; существование же рогового образования на первично

карциноматозно измененной почве, как в нашем случае, необходимо отнести к явлениям редким. Случаев, подобных нашему, в доступной литературе мы встретили только четыре, — наш пятый, причем все эти случаи, кроме нашего, не имеют описания микроскопической картины.

Периодическое отваливание рогов в нашем случае вполне согласуется с литературными указаниями на то, что кожные рога часто благодаря травме отпадают и сменяются новыми (Поспелов, Darier). Небезынтересна и форма рога в нашем случае — форма отвесно свисающего сталактита, а также и его размеры; самый большой рог на веках длиною, как и в нашем случае, в 5 см. описан Schnöbl'em.

Наш случай нельзя также обойти молчанием и со стороны имеющейся множественности ракового высыпания. Как смотреть на эту множественность, как на первичную или вторичную? Первичные множественные раки подробно разработаны Schimmelbusch'ем, который различает три группы их: 1) первичные множественные раки в кругу действия одной системы органов, 2) множественные первичные раки в симметричных органах, но только когда они синхроничны и 3) множественные первичные раки различных органов. Чаще встречается первичная множественность 1-ой группы, к которой можно отнести и наш случай. Но в нашем случае нельзя также обойти молчанием значение имплантации, которой многие видные онкологи в подобных случаях приписывают видную роль, и заболеваний, принадлежащие к этой группе, трактуются ими не как первичный множественный карциноматоз, а как случай метастазирования одной основной опухоли.

Литература: 1) И. Э. Барбель — Архив офтальмологии, 1929 г., том VI. — 2) Darier. Основы дерматологии 1930 г. — 3) Поспелов. Руководство по кожным болезням. — 4) Попов В. Г. Вестник офтальмологии, 1915 г., том XXXII, кн. 4—9. — 5) Н. Фарфаровская и Е. Попова. Вестник хирургии и пограничных областей, 1925 г., том V, кн. 15. — 6) Ястребов. Летопись русской хирургии, 1897 г., кн. 6. — 7) Arto M. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV. — 8) Dreyer. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV. — 9) Redaelli. Zentralbl. für Dermathol. 1924 г., том XI.

Из Варзятчинского курорта и Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Зав. А. И. Тямоев).

Результаты вагинального грязелечения варзятчинской грязью в условиях курортной и внекурортной обстановки.

Экстерна клиники д-ра А. А. Бадюл.

Метод вагинального грязелечения, впервые примененный в России (в Ессентуках), получил не только широкое распространение в условиях курортной обстановки, но приобрел права гражданства, наряду с другими методами консервативного лечения гинекологических больных, и в амбулаторной практике многих больших городов.

Ценные свойства грязи курорта Варзятчи (Вотской области), заключающиеся в ее нежности, мягкости и пластичности, побудили нас в

сезон 1927 года применить на курорте Варзятчи метод грязелечения *per vaginam*.

Нами применялась следующая методика вагинального грязелечения. Торфяная грязь освобождалась от ракушек и других грубых примесей, просеивалась через металлическое сито, смешивалась с водой из „Докторского“ источника до консистенции густой сметаны и нагревалась на водяной бане до 60—70° R, в плотно закрытом сосуде. С целью стерилизации грязь в таких температурных условиях оставлялась в течение часа; при этом внешне она не изменяла своих свойств, консистенция ее оставалась прежней, запах сероводорода сохранялся. После опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки производилось спринцевание больной, наружные половые органы обмывались, затем под контролем пальца вагина туго забивалась грязевыми шариками, завернутыми в стерильную марлю. Каждый грязевой шарик-тампон весил 15—20 грамм, число шариков было различное в зависимости от ширины рукава; в общем количество вводимой грязи колебалось в пределах от 120,0 до 200,0. Чтобы грязь не пачкала наружных половых органов, в нижнюю $\frac{1}{3}$ вагины вкладывался стерильный ватный тампон. Грязь вставлялась на сутки. На другой день тампоны вынимались рукой, больная проспринцовывалась раствором поваренной соли (1—2 чайн. ложки на кружку) и вновь вводились грязевые тампоны. Эта вагинальная тампонация производилась или ежедневно, или через день в зависимости от общей и местной реакции. Каждая больная за время сезона получала от 8 до 15 сеансов и только некоторые получали по 20—25 сеансов. В первый день лечения грязь вводилась 36° R., затем, постепенно повышая температуру, мы доводили ее до 45° R.

Описанный способ лечения был применен у 23-х гинекологических больных, из них при *metro-endometrit. chr.* у 6, при *salp.-oophor. bilater. chr.* у 7, при *salp.-oophor. unilat. chr.* у 10 и при *uterus infantilidis* у 4. Различные отклонения в положении матки были констатированы 14 раз. У 17 больных воспаленные придатки были окутаны спайками и сращениями; у 4 из них придатки, величиной в мужской кулак, были тесно спаяны с маткой, неподвижны, болезненны. Кроме описанного выше вагинального грязелечения все 23 больные принимали серные, грязевые ванны (местные или общие), а некоторым из них применялся и гинекологический массаж.

Несмотря на неприятные манипуляции, сопряженные с введением и выведением грязи, больные хорошо переносили вагинальное грязелечение, и этот метод получил среди них большую популярность. У некоторых больных в течение первых 15—20 минут после вставления грязи получалось приятное ощущение теплоты в полости малого таза. Семь человек, страдавших упорными запорами, отметили у себя за время вагинального грязелечения появление правильного, регулярного стула. Неподвижность болезненных очагов (матки, придатков), достигаемая плотным забиванием сводов, позволяла лечащимся женщинам свободней, легче и безболезненней совершать обычные движения (ходьба, наклонения и т. п.).

Наблюдая гинекологических больных на Варзятчинском курорте, мы отметили, что после 3—4 сеансов комбинированного грязелечения (вагинальные тампоны + целые или разводные поясные ванны) появ-

лилась синюшность слизистой оболочки вагины; усилилась секреция вагины, цервикального канала и матки; ткани делались более рыхлыми; болезненные очаги (главным образом, яичники) увеличивались в объеме; консистенция их становилась более мягкой, боли при исследовании усиливались; у некоторых больных (9 человек) наблюдалось нагрубание грудей и выделение из них молозива. Если все явления прогрессировали, то больной назначался покой дня на 2—3 или снижалась температура вагинальных тампонов и ванны. Обычно после такого отдыха явления начинающегося обострения проходили и субъективных расстройств не наступало. Только у 2 больных, несмотря на назначенный отдых, очаговая реакция сопровождалась общими явлениями — усталостью, раздражительностью, плохим сном, пониженным аппетитом, усилением болей и повышением t^0 тела до $38-38,2^0$ C. Затем явления стихли, лечение продолжалось и эти больные уехали с курорта с хорошим самочувствием.

В общем у 23 гинеков, пользовавшихся комбинированным грязевым лечением, было отмечено следующее: хронические metro-endometrit'ы стойких объективных улучшений не давали. Величина органа оставалась прежней, но количество маточных выделений уменьшалось и характер их несколько изменялся в сторону улучшения. Из 14 случаев отклонений в положении матки 3 больных с *retroflexio uteri fixata* уехали с курорта без перемен, у остальных получилось значительное улучшение, не только субъективное, но и объективное в смысле достижения большей подвижности органа. Тяжи и спайки под влиянием грязи и массажа стали более растяжимы, матка легко и безболезненно выводилась из неправильного положения. Благоприятные результаты отмечены нами также при воспалительных заболеваниях придатков, особенно окруженных экссудатами. Из 17 человек, страдавших воспалением придатков, у 9—придатки уменьшились до нормальных размеров, а также исчезла болезненность при ощупывании их; у 4 больных придатки значительно уменьшились и болезненность в них ощущалась только при исследовании; 2 женщины уехали без заметного улучшения, а 2 женщины уехали с явлениями ухудшения.

Что касается менструальной деятельности, то наши наблюдения, касающиеся 10 больных, дали следующие результаты. Перед лечением все больные жаловались на сильные боли при *menses*. Из них во время лечения у 6—месячные боли совсем не появлялись, у 3—они сделались менее интенсивными, у 1—остались без перемен и у 2-х больных, страдавших скудными менструациями (по 1 дню несколько капель), количество кровей за время лечения оставалось без изменений. Позднее одна из последних пациенток писала, что у нее *menses* стали более регулярными и количество выделяемой крови увеличилось. Двум больным с жалобами на обильные и длительные крови пришлось прервать лечение раньше времени (у одной из них в анамнезе была гоноррея). Невозможность выполнить самые элементарные лабораторные исследования, конечно, неблагоприятно отражалась на наблюдениях за больными при проводимой нами форсированной (серные+грязевые полуванны+вагин. тампоны) грязевой терапии. Возможно, что двум последним больным после точного контроля с помощью лабораторных исследований тепловое лечение было бы вообще отменено.

С целью более детального изучения влияния вагинального грязелечения на гинекологических больных, мы провели наблюдения над 50 женщинами во внекурортной обстановке, зимою 1927—28 года.

В амбулаторию Акушерско-гинекологической клиники Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей была доставлена просеянная, освобожденная от крупных примесей грязь Варзятчинского курорта. Здесь, в условиях амбулаторной обстановки, сначала применялась такая же техника вагинального грязелечения, как и на курорте. Затем после проведения 10 больных, мы нашли более удобным заполнять влагалище непосредственно пластичной грязью без марли. При помощи деревянного шпателя нагретой грязью наполнялось цилиндрическое зеркало Fergüsson'a из рогового каучука, плохо проводящего тепло. Когда грязь остывала до нужной t^0 , зеркало густо смазывалось вазелином, без труда вводилось во влагалище и при помощи большого кома ваты грязь проталкивалась из зеркала корнцангом глубоко во влагалищные своды. Чтобы грязь не выпадала и не пачкала наружных половых частей, ватный шарик оставался в нижней части влагалища. Вставлялась грязь на сутки. Во избежание охлаждения больным рекомендовалось течение часа не покидать амбулатории. По истечении суток больные сами вынимали вату, грязь при потуживании частью выпадала, частью вымывалась водой из кружки Эсмарха. Температура грязи с 36^0 R постепенно доводилась до 45^0 R .

Наша методика для определения непосредственного влияния отдельного сеанса вагинального грязелечения на организм состояла в следующем. У каждой больной следили за изменением температуры (в прямой кишке, в подмышковой впадине) и состоянии пульса до вставления грязи, а также через 15, 30, 45, 60 минут спустя после вставления. За время этих наблюдений больные находились в амбулатории в спокойном положении, избегая лишних мышечных движений течение $1\frac{1}{2}$ часов. На протяжении курсового лечения у каждой больной разовое влияние грязи наблюдалось три раза: при температуре тапона в 39^0 , 42^0 и 45^0 R . Всего проведено 120 наблюдений у 39 амбулаторных и 1 у стационарной больной.

Рассматривая данные непосредственной реакции, мы заметили, что через 15 мин. после вставления грязи все без исключения больные дали повышение t^0 в прямой кишке в среднем на $0,7^0\text{ C}$. В отдельных случаях были повышения на 2^0 и $2,2^0\text{ C}$. После 30 минут t^0 выявляла тенденцию к понижению и, спустя 60 минут после вставления грязи, t^0 per rectum доходила до цифр более низких, чем были отмечены до вставления грязи. По характеру изменений со стороны пульса и t^0 в подмышечной впадине все полученные реакции можно разбить на 2 группы. Средние арифметические каждой группы таковы. В первой группе (47 наблюдений) общая t^0 тела повышается в среднем на $0,5^0\text{ C}$. после 15', после 45'—на $0,6^0\text{ C}$ и даже спустя 60' после вставления грязи t^0 тела превышала первоначальную на $0,4^0\text{ C}$.

Во второй группе, которая объединяет 73 наблюдения, заметны другие соотношения температурных величин. В то время как полостная t^0 у этих больных повысилась на $0,7^0\text{ C}$ через 15' после вставления грязи, t^0 тела к этому времени упала в среднем на $0,4^0\text{ C}$. У некоторых больных этой группы общая t^0 тела падала через 15' на $0,9^0\text{ C}$, особенно в тех случаях, где наблюдалось повышение t^0 тела до встав-

ления грязи до 37°C . У таких больных даже через час после вставления грязевого томпона t^0 тела не поднималась до исходных цифр. На приведенных больных мы проследили и колебания пульсовой волны. В момент наибольшего влияния грязи на организм (через 15' после вставления грязи) пульс по числу ударов следует за общей t^0 тела, становясь более частым при повышении t^0 тела и замедляясь при падении ее. Спустя 60 минут во всех почти случаях пульс достигал первоначальных цифр.

На основании сравнительных наблюдений (над одними и теми же больными при одних и тех же условиях) было отмечено, что амплитуда пульсовых и температурных колебаний зависит, во-первых, от t^0 вводимой грязи, а во-вторых от индивидуальных особенностей больного организма в каждый данный момент. Так, *некоторые* больные на грязь в 45°R дают более слабую реакцию, чем другие на грязь в 39° и 42°R .

Если мы обратимся к литературным данным по вопросу о влиянии местных грязевых процедур на t^0 тела и пульс, то найдем очень противоречивые указания. Садиков¹⁾, на основании своих опытов, отмечает первоначальное понижение и последующее повышение общей t^0 тела под влиянием местного грязелечения. С данными Садикова совпадают и наблюдения Берлина²⁾. Последний констатировал повышение t^0 тела в среднем на $0,6^{\circ}\text{C}$ при местном грязелечении. Широженский³⁾ при вагинальном грязелечении заметных изменений не наблюдал ни со стороны t^0 , ни со стороны пульса. Грязь им вставлялась на сутки; измерения t^0 производились до и после процедуры. Вполне естественно, что данный автор изменений не отметил. Наши наблюдения показали, что максимальные изменения t^0 наступали через 15' после вставления грязи. Соотношения кожной и полостной t^0 , полученные нами, соответствуют данным физиологии о кровераспределении между периферией и внутренними органами. Усиленный прилив крови к органам малого таза, наступающий после введения грязи, вполне естественно вызывает повышение полостной t^0 , в то же время в силу существующего антагонизма кожная t^0 (в подмышечной впадине) понижается.

Переходим теперь к вопросу о стойких изменениях организма под влиянием курсового вагинального грязелечения. Так как кровь и характер ее изменений является чувствительным показателем происходящих в организме реакций при тех или иных процедурах, то мы и занялись изучением реакции осаждения эритроцитов (SR), количества лейкоцитов и отдельных видов последних при вагинальном грязелечении. С этой целью мы назначали больным через каждые 5 процедур день отдыха и производили в этот день исследования крови и кроме того выделений цервикального канала. Исследования производились натошак, по возможности в одно и то же время и после покойного положения в течение часа, без лишних мышечных движений со стороны больного. Красные шарики крови не подсчитывались, так как нас больше интересовал вопрос в смысле закономерности изменений лейкоцитарной формулы. Количественный подсчет лейкоцитов производился при помощи камеры Türgk'a

1) Цит. по Звоняцкому, «Грязелечение», 1928 г.

2) Берлин Л. Б. Труды бальнеолог. ин-та Кав. мин. вод, 1925 г., т. II.

3) Широженский. Кур. дело, 1926, № 12.

в двух каплях (во внимание принималась средняя цифра). Лейкоцитарная формула считалась в нескольких мазках по Schilling'у до 200; SR производилась по способу Linzenmeier'a. Как уже было отмечено, одновременно с кровью мы брали мазки из первичального канала, окрашивали их по Grain'у и исследовали на степень чистоты по Neugin'у.

Из работ, посвященных влиянию общих грязевых ванн на кровь, можно указать на работу Шавердовой и Ступиной¹⁾. Авторы констатировали в конечном итоге уменьшение содержания нейтрофилов и увеличение количества лимфоцитов. Проф. Черников²⁾ находил стойкий лейкоцитоз, причем число лимфоцитов и моноцитов увеличивалось за счет нейтрофилов. Проф. Брусиловский³⁾ (на Куяльницком лимане) пришел к заключению, что к концу лиманного лечения состав крови выравнивается, но очень часто отмечается лимфоцитоз. Нарастание лимфоцитов во время курса грязелечения констатировал и Виноградов⁴⁾. Что же касается сегментоядерных лейкоцитов, то, по его наблюдениям, они увеличивались на 13% в конце 2-ой недели, уменьшались на 20% к концу 3-ей недели и к концу лечения количество их снова достигало того же уровня, что и в конце первой недели. По Schilling'у⁵⁾ в начале купальной реакции обнаруживается большое количество юных телец и миелоцитов при относительном уменьшении нейтрофильных клеток и эозинофилов. В конце купальной реакции—лимфоцитоз, достигающий наибольших цифр к концу лиманного лечения; в то же время число молодых клеток уменьшается.

По вопросу о влиянии местных грязевых ванн на состав белой крови имеются наблюдения Садикова⁶⁾ и Берлина. Они пришли к аналогичным выводам относительно изменений морфологического состава крови под влиянием одной только местной грязевой процедуры, а именно: начальная нейтропения (I фаза) с лимфоцитозом преимущественно за счет сегментоядерных сменяется II фазой (по Берлину через 4—5 часов после ванны), в которой преобладает нейтрофилез с участием большого количества молодых форм. Кунцевич⁷⁾, изучавший стойкую реакцию крови (у 9 больных) на местные грязевые процедуры у гинекологических больных, нашел в конце грязелечения увеличение числа нейтрофилов и уменьшение количества лимфоцитов и моноцитов.

Изучением белой крови при вагинальном грязелечении занимались Беленькая⁸⁾ и Тыркова⁹⁾. Беленькая, исследуя лейкоцитарную формулу у 9-ти больных, нашла небольшой сдвиг влево. Тыркова, на основании изучения непосредственного влияния вагинальной грязевой процедуры у 25-ти человек, пришла к заключению, что вагинальное грязелечение, по силе своего действия на организм, более подходит к общим грязевым ваннам, чем к местным, применяемым на коже. На-

¹⁾ Шавердова и Ступина. Курортное дело, 1923, № 3—4.

²⁾ Черников. Врачебное дело, 1923, №№ 8—9—10.

³⁾ Брусиловский. Врач. газета, 1926, № 3.

⁴⁾ Виноградов. Врач. газета, № 11—12, 1927.

⁵⁾ Цит. по работе Кузиной. Курорт «Озеро Карачи», Томск, 1926.

⁶⁾ Садиков и Лозинский. Русский врач, 1914, № 51.

⁷⁾ Кунцевич. Медицинский архив, 1925 г., № 1.

⁸⁾ Беленькая. Цит. по работе Тырковой.

⁹⁾ Тыркова. Сборник бальнеол. работ по Сибирским курортам, Томск, 1928

блюдая повышение количества лейкоцитов в 76% всех случаях, она объясняет наличие лимфоцитоза не мышечными движениями, а относит его за счет массирующих свойств грязевой вагинальной ванны на близлежащие лимфатические сосуды, на яичники, а через них на вегетативную нервную систему и кровь.

Полное отсутствие указаний об изменениях белой крови под влиянием курсового вагинального грязелечения побуждает нас привести наши данные в этом направлении на основании 180 наблюдений, которые мы провели у 35 больных. Рассматривая эти данные не трудно заметить, что больные неодинаково реагировали на вагинальное грязевое лечение. По характеру ответной реакции со стороны крови всех обследованных больных можно разбить на 4 группы. Цифровые данные, полученные нами при определении стойкого влияния вагинального грязелечения на кровь, были добыты путем вычисления средних арифметических.

У больных первой группы (8 человек) после 5 процедур и у больных второй группы (8 человек) после 10 процедур картина крови изменялась одинаковым образом, а именно, общее количество лейкоцитов прибывало за счет увеличения нейтрофилов и уменьшения лимфоцитов; SR ускорялась, но изменения эти не выходили из пределов физиологических. К этому времени у больных при объективном исследовании мы обычно находили стенки влагалища и шейки матки рыхлыми, застойно гиперемизированными (до цианоза), отделение цервикального канала расжиженным и обильным; матка и придатки увеличивались, приобретали более мягкую консистенцию, движения их становились ограниченными вследствие болезненности, усиление которой при пальпации мы видели у 9-ти человек из 16. Остальные 7 человек жаловались на ухудшение местных болей даже без исследования, в виду чего этим 7 женщинам пришлось сделать перерыв в лечении на 2—3 дня. При бактериоскопическом исследовании мазков из выделений цервикального канала, взятых у этих больных в те же сроки, было отмечено изменение флоры в сторону ухудшения (количество лейкоцитов в мазках увеличивалось, кокковая флора значительно прибывала, у некоторых больных появлялись стрептококки, которых до лечения обнаружить не удавалось). Гonoкокков увидеть ни разу не удалось. На основании перечисленных данных, мы позволим себе трактовать изменения, наблюдающиеся во время грязелечения со стороны крови, выделений и местного очага, как бальнеологическую реакцию организма на грязелечение. Постепенно, по мере дальнейшего лечения, объективные явления ухудшения (обострения) обычно сглаживались, количество выделений уменьшалось и после 20 вагинальных сеансов мы имели в выделениях у 16 больных этих двух групп уменьшение лейкоцитов и в некоторых случаях уменьшение кокковой флоры, причем из 16 больных у 5 человек III ст. чистоты (до лечения) перешла во II-ю (после лечения) и у 1 больной IV (до лечения) перешла в III ст. (после лечения). В крови же после лечения находили уменьшенные количества лейкоцитов в сравнении с количеством их до лечения, причем число лимфоцитов увеличивалось за счет уменьшения нейтрофилов; SR достигала цифр, которые были отмечены до лечения.

У 13 больных третьей группы картина крови без скачков шла постепенно в сторону уменьшения общего количества лейкоцитов, уменьшения палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, зато количество

лимфоцитов у этой группы больных резко увеличивалось к концу лечения. Реакция оседания эритроцитов шла неравномерно, но в общем к концу лечения имелось незначительное ее замедление. В процессе лечения больных этой группы флора не ухудшалась и количество выделений не увеличивалось, как это было у больных двух предыдущих групп. Бактериоскопически мазки этих больных до 15 тампонов изменений не представляли и только после 20 тампонов было заметно незначительное уменьшение лейкоцитов и кокковых форм. После лечения у 3-х больных этой группы IV степень чистоты перешла в I и у 3-х III в II-ю.

IV группа больных, самая незначительная, объединяет 6 человек. Здесь отмечено после лечения увеличение количества лейкоцитов, увеличение нейтрофилов и уменьшение лимфоцитов. SR колебалась в физиологических пределах и к концу лечения скорость оседания эритроцитов равнялась скорости, отмеченной до лечения. Флора выделений у некоторых из этих больных в результате лечения также улучшилась. По клинической картине больные IV группы были застарелые хроники, главным образом с рубцовыми изменениями в околوماتочной клетчатке и брюшине. Если к концу лечения у них и отмечалось некоторое разрыхление спаек и тяжей вокруг смещенной матки и увеличенных придатков, то, во всяком случае, эти объективные улучшения были очень незначительны. В курортной обстановке такого рода больные дали более удовлетворительные результаты, так как там вагинальное грязелечение производилось в комбинации с общими грязевыми ваннами и гинекологическим массажем. В амбулаторной обстановке города мы массажа не производили, почему и результаты при этого рода заболеваниях во внекурортной обстановке оказались хуже, чем на курорте.

Субъективное и объективное улучшение у больных первых трех групп наступало независимо от того, была ли бальнеологическая реакция или не было таковой. Умеренная грязелечебная реакция, которая наблюдалась у больных I и II групп, будучи прогностически благоприятным симптомом, не являлась, однако, обязательным условием хорошего терапевтического эффекта, наблюдавшегося нами и без реакции у 13 человек третьей группы. Воспалительные заболевания придатков быстрее улучшались в курортной обстановке при комбинированном грязелечении, чем в условиях города под влиянием одного только вагинального грязелечения. Два случая *sactosalpinx*'а очень быстро подверглись излечению после 3—4 сеансов и исчезли почти бесследно. Воспалительные опухоли придатков заметно уменьшались после 4—5 сеансов курортного лечения, при внекурортном же грязелечении аналогичные изменения наступали только после 10—15 сеансов. Из 5 человек с эрозиями на *portio vaginalis* только у 3-х мы наблюдали при грязелечении постепенное заживление эрозированной поверхности, а у 2-х остальных стойких улучшений не получено.

Что касается влияния нашего лечения на характер *meneses*, то 20 из наших 35-ти амбулаторных пациенток жаловались до лечения на сильные боли во время менструаций. В результате примененного грязелечения у 13 из них боли стали приходить совершенно без болей, у 3—боли значительно уменьшились, у 1—за время лечения боли были едва заметны, но после лечения через месяц восстановились с прежней силой; 2 больных из четвертой группы облегчения при месячных болях не получили ни во время, ни после лечения.

Относительно количества кровей мы имели следующие данные: 4 женщины имели до лечения скудные menses по 1—2 дня, после лечения у 3 из них крови стали более обильными—по 3 дня; у 10 больных menses, типа polyhypermenorrhoea (по 8—10 дней обильно), после вагинального грязелечения уменьшились у 6 женщин в среднем на 1—2 дня, остальные 4 пациентки сохранили после лечения тот же тип menses. У наблюдавшихся нами двадцати женщин имелись до лечения menses (по количеству выделяемой крови) нормального типа, причем у 5 из них после вагинального грязелечения промежутки между менструациями увеличились на 4—5 дней, количество же менструальных дней и количество теряемой крови уменьшилось.

Учитывая небольшое количество своих наблюдений, мы позволим все же сделать следующие выводы:

1. Комбинированное лечение гинекологических больных в курортной обстановке дает лучшие результаты, чем изолированное вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке.

2. Бальнеологическая реакция организма на вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке, выражающаяся в ухудшении степени чистоты секрета цервикального канала, увеличении количества лейкоцитов, ускорении SR и увеличении нейтрофилов за счет лимфоцитов, является благоприятным терапевтическим симптомом, но не обязательным условием для улучшения, наблюдаемого и без такой реакции.

3. По окончании курса вагинального грязелечения показателем стойкого улучшения местного процесса является незначительное уменьшение общего количества лейкоцитов, увеличение лимфоцитов за счет сегментоядерных нейтрофилов, замедление SR и улучшение степени чистоты выделений цервикального канала.

Из Цивильской глазной лечебницы (Зав.—д-р. А. В. Свешников).

К вопросу о классификации трахомы.

Врача **Э. Г. Клейн.**

Классификации заболеваний органов или системы органов в различных отделах медицины имеют значение не только рабочих схем, но также, представляют собой известный итог теоретической работы медицины в данной области. По мере накопления нового материала эти классификации подвергаются переработке и принимают новый вид. Предлагая в этой небольшой заметке новую классификацию трахомы, я поэтому считаю нужным предварить здесь же, что эта классификация не подводит итогов в деле теоретического изучения трахомы и не основана на этиологических и патолого-анатомических данных. Она исходит из чисто практической необходимости врача, работающего на периферии и проводящего массовые обследования трахомы. Весьма возможно, что клиника

и клиницисты в изменении существующей классификации и не нуждаются, но б-цы и врачи, работающие в пораженных трахомой областях, пропускающие тысячи больных в год и проводящие массовые лечебно-профилактические мероприятия, ею уже не удовлетворяются и по следующим соображениям:

а) Существующая классификация трахомы с делением болезни на три периода ни в коем случае не отображает всего разнообразия существующих форм болезни.

б) Получаемый статистический материал не дает полного представления о трахоме как социальном бедствии, в виду отсутствия указаний на поражения роговицы—фактора нетрудоспособности.

в) Не представляется возможным учитывать происходящие изменения при повторных обследованиях после проводимого массового лечения.

д) Большие неточности происходят с диагнозом трахома III, когда в указанную рубрику заносятся одновременно как формы с законченным рубцеванием (практически здоровые), так и формы с преобладанием рубцов и значительной инфильтрацией.

е) При обследовании мне приходилось наблюдать такие селения, где, несмотря на значительную заболеваемость трахомой, количество осложненных форм поразительно невелико; очевидно, в данном случае мы имеем дело с иммунно-биологическими особенностями как вируса, так и самого населения. Подобных обстоятельств существующая классификация учесть совершенно не в состоянии.

Исходя из вышеизложенного, я считаю, что в схему деления трахомы на периоды должны войти указания и на осложнения со стороны как век, так и роговицы.

Вот почему все осложнения со стороны век (entropion, trichiasis, districhiasis) я обозначаю буквою А., а осложнения со стороны роговицы в виде pannus'а, язв роговицы, лейком буквою В.

Таким образом каждый из периодов трахомы может быть обозначен как: трахома I, II, III; трахома I, II, III А; трахома I, II, III В. и, наконец, трахома I, II, III АВ, когда одновременно имеются осложнения со стороны век и роговицы.

Что касается третьего периода, то для уточнения, помимо вышесказанного деления, формы с законченным рубцеванием обозначаются буквою F (finita) или, как это предлагает д-р А. В. Свешников, выделить их как трахома IV. Формы же с преобладанием рубцов и значительной инфильтрацией, еще нуждающиеся в лечении, обозначать буквами поп F' (non finita).

Предлагая для обсуждения настоящую классификацию, мне думается отвечающую вполне назревшей в этом потребности, я хотел бы услышать отклик со стороны тех, которые работают в этой же области.

Из клиники кожных и венерических болезней Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Врид. заведующего—приват-доцент С. Я. Голосовкер).

Значение реакции Bordet-Gengou в клинике гонорреи¹⁾.

Я. Д. Печникова и А. Д. Целищевой.

Значение серодиагноза, как дифференциального диагностического метода при гоноррее, теперь не оспаривается—таково мнение проф. Орpenheim'a, одного из первых, применивших реакцию отклонения компонента при гоноррее еще в 1906 году. На Московском совещании по борьбе с гонорреей (в декабре 1928 года) проф. Финкельштейн заявил, что метод Bordet-Gengou вышел из стадии испытания и при помощи серодиагностики можно решать вопросы диагностические, прогностические и терапевтические в клинике гонорреи.

Задачей настоящего момента надо считать: в лаборатории—стремление приготовить стойкий, нескоро портящийся антиген и штандартизировать его приготовление; в клинике—уточнение значения реакции для различных этапов развития гонорройных процессов.

На основании 1.126 опытов, поставленных нами на материале клиники и нескольких городских больниц, мы в последующем имеем целью коснуться некоторых спорных вопросов значения метода серодиагностики в клинике гонорреи. Постановка опытов производилась по методу Ясколко, принятому в Г. В. И., причем в опыте всегда участвовало от 3-х до 5-ти антигенов; среди них: 3—антиформинных и 2—других изготвлений.

Среди различных спорных пунктов центральным, по нашему мнению, является вопрос о значении серологической реакции, как показателя момента излечения гонорреи.

Несколько слов о литературе этого вопроса. По Orpenheim'у клинически излеченные случаи остаются свободным от рецидивов тогда, когда положительная реакция изменилась окончательно в отрицательную. Cohn и Gräfenberg наблюдали во всех случаях излечения—отрицательную р. Kristensen и Kristjansen считают положительную р., остающуюся после видимого излечения, плохим предзнаменованием; как правило, в этих случаях наступает клинический рецидив. Gibson и Wiley, оценивая реакцию, как метод более важный, чем все другие лабораторные методы, думают, что если р. держится более 6 месяцев после излечения, тогда, вероятно, надо подозревать очаг инфекции. На 1-ом Венерологическом съезде Альтгаузен и Ясколко указывали, что при решении вопроса об излечении от гонорреи положительная р. даже при отсутствии явных симптомов болезни сама по себе имеет решающее значение. В департаменте здравоохранения в Чикаго существует уже требование отрицательной р. для констатирования излечения (Beilin). Наоборот, Osmond видел положительную р. в течение 12 месяцев в явном случае излечения. Savnik и Prochaska думают, что исчезновение реакции независимо от излечения.

¹⁾ Доложено в Научном собрании врачей Гос. института для усовер. врачей 12 ноября 1929 года.

Как видно, существуют мнения совершенно противоположные. На настоящем этапе развития учения о клиническом значении р. В. Г. при гоноррее мы считаем это противоречие вполне естественным. Реакция эта далека еще от широкого распространения, и даже не все клинические учреждения, по крайней мере у нас в Союзе, занимаются постановкой р. В. Г.

Желание уточнить значение реакции при решении вопроса об излеченности гонорреи особенно велико потому, что до сих пор у нас нет диагностических методов, с точностью определяющих момент излечения, и мы пользуемся совокупностью клинических и лабораторных контрольных реакций, дающих нам лишь относительную уверенность в действительном излечении.

Известный французский уролог Luys описывает случай, в котором он, при вскрытии трупа, в гное семенных пузырьков нашел гонококков после бывшей 40 лет тому назад гонорреи, а между тем носитель инфекции имел продолжительный, многолетний брак. Сутеев описал случай, в котором через 42 года после заражения обнаружены гонококки в гное абсцесса придатка. Случай Luys, Сутеева можно отнести к разряду редких, единичных по продолжительности скрытого периода инфекции, однако возможность весьма длительного существования, годами, очага инфекции в скрытом состоянии в семенных пузырьках, простате — явление, нередко наблюдаемое в нашей практике. Такой очаг не поддается всегда нашему учету и очень редко ведет себя так молчаливо, как это было в случаях Luys, Сутеева; наиболее же часто эти скрытые очаги ведут к рецидивам среди полной неожиданности как для лично излеченного носителя инфекции, так подчас и для врача.

Констатировать скрытые, осумкованные очаги, не поддающиеся никаким другим методам лабораторного и клинического распознавания, могла бы лишь наиболее чувствительная из всех биологических реакций, — реакция серологическая.

Для этого надо решить вопрос, является ли положительная реакция отклонения комплемента при гоноррее всегда указателем существующего очага, или может и без очага быть свидетелем бывшей инфекции. к моменту испытания уже исчезнувшей.

С точки зрения этого наиболее актуального вопроса мы и считаем наиболее целесообразным начать разбор нашего материала.

Статистические данные, расположенные в таблицах, нам думается, менее освещают необходимые подробности, и поэтому в дальнейшем, как по настоящему вопросу, так и по всем нижеследующим, мы решили пользоваться лишь описанием примеров, выбранных из всей массы наблюдений.

1) Больной Я., краском, 26 лет, находится под нашим наблюдением течение 5 лет. После первой гонорреи, протекавшей течение 5 месяцев с явлениями незначительно выраженного простатита и лимфангоита ствола penis'a, наступило видимое излечение, подтвержденное контрольными пробами. Больной стал вести половую жизнь, участвовал в спортивных состязаниях по бегу, лыжам. Через 6 месяцев появился рецидив. О наличии рецидива, а не новой инфекции, мы заключили на основании того, что больной, вообще аккуратно приходивший на контрольные осмотры, явился к нам на следующий день после появления гноетечения с обострившимся лимфангоитом и простатитом. В дальнейшем перед нами протекают еще 3 рецидива с теми же явлениями, как и при первой гоноррее, и с тем же благополучным межрецидивным периодом, в который больной ведет половую жизнь, занимается спортом. Течение последних 2-х лет больной нахо-

дится на повторном контроле со стороны реакции В. Г. Реакция все время дает неизменный результат—4 +, нисколько не изменяясь в степени как во время наличия признаков гонорреи, так и в межрецидивном периоде.

2) Большой, педагог С., 56 лет. Гоноррея в течение 34 лет, часто рецидивировавшая. 4 года назад перипростатический абсцесс. Под нашим наблюдением находится последние 2 года. После похода со школьниками на наших глазах развился рецидив, имевший источником обострение процесса в простате. В течение 3-х месяцев клиническое излечение. После излечения все время при пальпации констатировалась плотная, фиброзно-измененная простата. Реакция оставалась все время без изменений в своей силе (4 +) в течение 1½ лет.

3) Слесарь, М., 31 года. Гоноррея 7 лет, часто рецидивировавшая. Под нашим наблюдением 3 года. Сперматоцистит с резко выраженным фиброзным изменением инфильтрата. В течение последних 2-х лет два рецидива. В межрецидивных периодах все контрольные пробы отрицательны, только р. В. Г. все время без изменений (4 +).

4) Бухгалтер, П., 42 лет. Гоноррея 18 лет. Неоднократные рецидивы. В клинику поступил с очередным рецидивом в форме эпидидимита. Имеется индуративный простатит, такой же сперматоцистит. В течение 4-х месяцев после излечения только одна реакция нисколько не понижалась в степени (4 +) и была среди других контрольных проб единственным свидетелем не исчезающей инфекции. Рецидив последовал через 5 месяцев.

5) Крестьянин, Ф., 20 лет. Первая гоноррея. Под нашим наблюдением 4 года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. 3 раза рецидивы. За 1½ года р. В. Г. все время одинакова (4 +) в скрытые периоды и при развитии рецидивов.

6) Матрос Волжского транспорта. 23 лет. Гоноррея 2 года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. 3 рецидива. Р. В. Г. все время одинакова (4 +).

7) Ломовой извозчик, 32 лет. Гоноррея 1 год. Простатит, сперматоцистит, ишиас, полиартрит. После 8 месяцев—видимое излечение. Через 3½ месяца—рецидив. Реакция все время (4 +).

8) Больная, П., 48 лет. Прислана к нам для исследования крови из одного городского гинекологического отделения. Больная замужем 23 года, бездетна, страдает женскими болезнями. Гинекологи раньше никогда не подозревали у нее гонорреи. Мы получили у больной резко положительный результат и чрезвычайно удивили больную, сообщив ей о наличии у нее гонорреи. У пришедшего после этого ее мужа реакция также была резко положительной и при осмотре обнаружены: индуративный уретрит, индуративный простатит; только после категорического нашего заявления не ожидавший такого оборота дела виновник, имевший 52 года от роду, сознался в бывшей у него гоноррее 25 лет назад.

Приведенные первые 7 случаев характеризуются упорством появления рецидивов и постоянством резкой степени положительной реакции, одинаковой как в периоде видимо протекающего процесса, так и в периоде скрытого существования очагов. Все эти примеры указывают, что в случае несовпадения данных всех наших известных до сих пор клинических и лабораторных исследований с положительным результатом серологического диагноза, метод серодиагностики является единственно верным указателем не наступившей еще излеченности гонорреей. Случай № 8 показывает возможность существования положительной реакции и даже резкой степени после десятков лет существования гонорреей, ставя серодиагностику при гоноррее на высоту, приближающую ее к значению р. Вассермана при сифилисе.

В противоположность описанным выше случаям, следующая группа примеров характеризуется совпадением действительного выздоровления и исчезновения положительной реакции.

9) Рабфаковец, А., 21 года, стационарный больной. Первая гоноррея. Под наблюдением 2½ года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. Лечение 8 месяцев в стационаре и 6 месяцев амбулаторно. Через 14 месяцев от начала заболевания р. В. Г. оставаясь до этого момента все время на высоте (4 +), перешла в стойкую отрицательную, каковой и оставалась в течение 1 года 4 месяцев даль-

нейшего наблюдения. В этот период постоянно находящийся под нашим наблюдением больной занимался физкультурой, спортом, выпивкой, вел половую жизнь и был совершенно здоров.

10) Грузчик, 28 лет, стационарный больной. Первая гоноррея. Простатит, сперматоцистит, полиартрит с резко выраженным спондилитом. В стационаре пролежал 6 месяцев, дальнейшее амбулаторное лечение еще 3 месяца. Под наблюдением 2 года. Кончил лечение с переходом р. из резко положительной в отрицательную. В течение последнего года остается без всяких клинических явлений, работает на постоялом дворе, носит тяжесть, ведет половую жизнь.

В последних двух примерах резко выраженные множественные очаги инфекции, тяжелое течение болезненного процесса, насыщенность организма инфекцией, т. е. условия для резкого влияния на сыворотку больных в смысле поддержания в ней резкой степени реакции. Между тем клиническое выздоровление совпадает с переходом резкой степени положительной реакции в стойкую отрицательную.

Обе группы приведенных 10 примеров, взятые вместе, иллюстрируют хорошо одно положение. Реакция есть симптом наличия очага инфекции, а не след однажды инфицированного организма, хотя бы и излечившегося к данному моменту. Исчезает очаг, наступает полное выздоровление, и реакция становится стойко отрицательной. Наоборот, наступает видимое клиническое выздоровление, все остальные реакции указывают на это выздоровление; если в этом случае результат р. В. Г. не совпадает со всеми другими благоприятными указаниями, то к диссонансу серологической реакции надо прислушаться, как к голосу, предупреждающему об оставшейся еще дремлющей инфекции.

То обстоятельство, что некоторые авторы (Gibson и Wiley) предлагают подозревать очаг инфекции лишь в тех случаях, когда р. держится после излечения более 6 месяцев, для нас является непонятным. Мы думаем, что установление каких бы то ни было сроков—невозможно. Если положительный результат реакции исчезает через 6 месяцев после видимого излечения, то это обстоятельство надо расшифровать так: течение 6 месяцев оставшийся очаг путем самозлечения (рассасывания) исчезает, и вместе с этим наступает отрицательная реакция. В зависимости от того, остается ли плотно осумкованный очаг с длительным периодом скрытого существования или происходит рассасывание с самоизлечением—судьба очага отражается на ходе серологической реакции, строго соответствуя этим изменениям во времени.

Следующий вопрос, интересовавший нас,—специфичность реакции.

Некоторыми отдельными авторами еще до сих пор специфичность реакции оспаривается. Так, Spieca нередко получал положительную реакцию с гонантитеном в сифилитической сыворотке. Наоборот, в недавно опубликованной работе Freudenthal, Fischer, Stern на основании 642 случаев параллельно поставленных WaR и гонореакций согласны со всеми, в противоположность единичным авторам, об отсутствии влияния сифилитической инфекции на гонореакцию. Wreszynski утверждает, что количество неспецифических задержек одинаково с таковыми при Вассермановской реакции.

Специфичность реакции была нами проверена прежде всего на случаях негонорройных заболеваний мочеполовых органов. Эта группа в количестве 72 случаев состояла из следующего материала: 1 случай—induratio penis plastica, 2—полипоз уретры, 4—orchitis luetica, 3—hydro-

cele, 3—orchio-epididymitis t.b.c., 1—cystitis t.b.c., 1—carcinoma prostatae, 11—orchio-epididymitis malarica, 2—epididymitis traumatica, 9—urethro-cystitis malarica, 5—prostatitis et spermatoecystitis malarica, 1—инфантилизм матки, 13—негонорройных аднекситов, 16—негонорройных уретритов и циститов.

Все эти случаи давали повторно отрицательные результаты реакции при отрицательных данных для гонорреи со стороны всех прочих методов исследования. Только один случай из всех остался для нас невыясненным. Последний случай был следующий:

11) Слесарь, К., 29 лет, помещен в стационар клиники с острым эпидидимитом и гематурией; из анамнеза и исследований не добыто никаких данных для гонорреи. Р. В. G. повторно резко положительная. В хирургической клинике нашли камень почечной лоханки.

Случай этот так и остался для нас неясным: может быть, мы здесь имели кроме камня почки не подававшийся учету скрытый очаг, а может быть этот случай надо отнести к встречающейся задержке гемолиза и у здоровых людей, как это доказано для других серологических реакций, например Вассермановской.

Для дальнейшей проверки специфичности реакции мы провели 106 случаев гонорройного материала с сифилитическим антигеном, и здесь мы также, как еще в 1913 году Фвинкельштейн и Гершун, получили отрицательные результаты в отсутствии сифилиса и наоборот.

В 23-х случаях, из этой группы имевших одновременно с сифилисом замкнутые гонорройные очаги, мы имели положительную гонореакцию.

В 62 случаях заводимых сифилитиков с положительной WaR, но свободных от гонорреи в прошлом и настоящем—мы получили отрицательную гонореакцию.

Просмотр случаев серопозитивных по отношению к сифилису, а также серопозитивных по отношению к гоноррее показал нам, что лишь в единичных случаях мы имели понижение степени гонореакции, стоявшее, повидимому, в связи с ослабляющим влиянием сифилитической инфекции на защитную реакцию организма против гонорреи. Но такое же ослабление степени реакции мы наблюдали в отдельных случаях у больных, одновременно страдавших туберкулезом, малярией. Такое же ослабление степени реакции наблюдалось и вообще в отдельных случаях вяло протекавших гонорройных процессов в связи с индивидуальным понижением сопротивления по отношению к гоноррее, как это наблюдали и другие авторы (Тимофеев).

Итак, весь наш материал, послуживший для проверки специфичности р. В. G. при гоноррее, подтвердил нам отсутствие непосредственного влияния на результат реакции сифилитической инфекции и убедил в высокой специфичности гонореакции.

Следующей группой, послужившей нам для изучения значения р. В. G., была группа постгонорройных заболеваний.

Всем известно, насколько подчас трудно среди этой собирательной группы решить вопрос: имеется ли действительно только постгонорройный процесс, или наряду с доступными констатированию микробами вторичной инфекции существуют еще недоступные исследованию гонококки где-нибудь в осумкованном очаге. Метод серодиагностический в таких случаях должен способствовать выяснению дифференциального диагноза.

Ниже приводимые 3 случая служат иллюстрацией только-что сказанного.

12) Страховой агент, В., 21 года. Первая гоноррея, слабо выраженный простатит. Через 5 месяцев процесс гонорройный видимо исчез, оставив постгонорройный катарр. В течение следующих 2-х месяцев в незначительном слизистом отделяемом уретры, в нитях мочи, соке простаты и семенных пузырьков при повторных исследованиях, посевах—гонококков нет, но есть вульгарная флора. Р. В. Г. остается все время на одинаковой высоте (3+). После поездки по деревням с длительными переходами наступило обострение процесса в простате, в отделяемом из уретры—констатированы гонококки.

13) Канцелярист, Н., 32 лет. Гоноррея 2-й раз; сопровождается простатитом, сперматоцеститом. Р. В. Г. — 4+. Через 6 месяцев излечение, р. стала отрицательной. В течение 2-х следующих месяцев все время небольшое слизисто-гнойное отделяемое без гонококков. К концу второго месяца контроля у больного развивается *orchio-epididymitis t.b.c.*, *cystitis*. Р. В. Г., перешедшая в отрицательную, остается все время отрицательной, гонококки не констатируются. В факультетской хирургической клинике больной подвергнут оперативному вмешательству. В течение следующих 9 месяцев больной все время под наблюдением. Р. В. Г. все время отрицательная, все время небольшое слизисто-гнойное отделяемое. Гонококков при исследовании нет. Больной ведет половую жизнь, заражений от него не констатируется.

14) Работник суда, К., 34 лет. Гоноррея 8 лет тому назад, и с тех пор все время резко выраженный постгонорройный катарр, хронический простатит. Процесс, несмотря ни на какие методы лечения, сохраняет *status quo*. Больной ведет половую жизнь (*coitus condomatus*); пьет, занимается спортом. Никогда гонококков не обнаружено в течение 5 лет наблюдения. Р. В. Г. в течение последних 1½ лет всегда отрицательная.

Для сокращения места мы не приводим в дальнейшем целый ряд примеров с артритам у бывших гонорройков, которые протекали при отрицательной реакции В. Г., и которые одновременно не поддавались никаким методам специфической терапии и никаким методам специального лечения гонорройных артритов (например, через воздействие на первичные очаги в простате и семенных пузырьках). В клинике мы часто убеждаемся, как вслед за гонорройным воспалением в суставах, мы можем в течение долгих лет иметь заболевания этих суставов под влиянием различных других инфекций, физических раздражений, травмы и т. д. без каких-либо возможностей установить еще имеющуюся гонорройную инфекцию. Здесь, повидимому, может быть то же, что относится вообще к различным ревматическим страданиям суставов, при которых по *Duchenne'u*, *Bergmann'u* и друг. специфической является лишь первая начальная реакция, все же последующие—неспецифичны.

Дифференциально-диагностическое значение серологического метода в вышеприведенной группе так называемых постгонорройных заболеваний, как видно на этих примерах, недостижимо велико. Высокая специфичность, максимальная чувствительность метода отклонения комплемента кладет точную грань между настоящим постгонорройным процессом и мнимым постгонорройным процессом.

В дальнейшем мы подвергли проверке более узкие вопросы о значении р. В. Г.

Так, на 18 здоровых людях, заведомо негонорройных, мы проверили влияние введения гоновакцины на результат реакции, и ни разу не получили положительного результата. Эти наблюдения противоречат указаниям ряда авторов (*Nescht, Jausion и Diot, Heiner, Тимофеев*) и согласуются с данными других (*Дембская, Лейбфрейд и Тухлинид*).

Однако, в процессе применения вакцинации, как метода провокации, мы не раз получали усиление степени реакции, и потому считаем возможным использовать этот факт при контрольных провокационных методах для характеристики оставшейся активности очага.

В отношении влияния локализации замкнутого очага на степень реакции нам не удалось подметить разницы, наблюдавшейся другими (Тимофеев). Сперматоциститы, простатиты, эпидидимиты, артриты—все это на нашем материале представлялось уравненным во влиянии на степень положительного результата реакции. Однако, продолжительность, стойкость реакции в зависимости от локализации различна в связи с различной стойкостью патолого-анатомических процессов в разных органах.

Нам не удалось также отметить ослабляющего влияния на степень реакции существующих плотных фиброзных капсул в простате и семенных пузырьках (Тимофеев). Получая даже при резких фиброзных изменениях органов резко положительный результат, мы склонны думать, что инкапсулированный плотно очаг, хотя сравнительно и затрудняет всасывание гонотоксина (Тимофеев), но, вероятно, все же пути остаются еще достаточными для соответствующего влияния на сыворотку больного. Выше приведенный пример (случай № 8) характерен именно тем, что несмотря на десятки лет, существующие плотные фиброзные очаги в простате, семенных пузырьках и в придатках у женщин сопровождаются в сыворотке больного резкой степенью реакции отклонения комплемента.

При некоторых обстоятельствах серодиагностический метод, по нашему мнению, может оказать услугу в судебно-медицинских случаях. Известно, что р. появляется лишь при развитии осумкованных очагов, и потому не наступает раньше 10—20 дня от начала инфекции. На нашем материале мы имели ряд случаев, когда положительный результат реакции появлялся за несколько дней до клинического обнаружения осложнения. Такая тонкая связь только с моментом развития осложнения может иметь значение в некоторых случаях при суждениях о свежей или рецидивной гоноррее, конечно, принимая во внимание возможность сосуществования старой и новой инфекции вместе.

Выводы: 1) Положительная р. В. Г. является свидетелем наличия активного или дремлющего очага гонорройной инфекции.

2) В случаях скрытой инфекции с положительной р. необходим максимум требований к контрольным провокационным пробам и длительный срок наблюдения, с целью убедиться в дальнейшей судьбе очага.

3) В виду возможности длительного, пожизненного существования очагов в скрытом состоянии, а также самоизлечения очага путем рассасывания—положительный результат р. В. Г. не может быть безоговорочным и единственным критерием наших практических заключений, связанных с вопросами об излечении гонорреи. Результат реакции должен оцениваться в клинике в связи со всеми другими данными контроля.

Литература. 1) Альтгаузен и Ясколко. Труды I-го Всероссийского венерологического съезда 1924 г.—2) Cohn и Gräfenberg, цит. по Freudenthal, Fischer, Stern.—3) Дембская. Женская гоноррея. 1928 г.—4) Duverney, Bergmann и друг.—цит. по Дитерихсу. Кл. м. 1929—4.—5) Финкельштейн и Гершу. Русск. ж. кожн. и венерич. бол., 1913 г.—6) Финкельштейн. Протоколы Московск. совещания по борьбе с гонорреей. 1929 г.—7) Freudenthal, Fischer, Stern. Kl. W. 1929—7—8) Gibson и Wiley, реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 10, S. 406.—9) Hecht—реф. Znb. f. H. u. G... Bd. 27, S. 530.—10) Heiner—реф. Znb. f. H. u. G... Bd. 21

S. 517.—11) Jausion и Diot—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 22, S. 890.—12) Kristensen и Kristjansen—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 29, H. 9/10.—13) Лейбфрейд и Тухшид. Труды 2-го Съезда урологов, 1928 г.—14) Oppenheim. Znb. f. H. u. G. Bd. 28, H. 1/2.—15) Osmond., реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 6, S. 544.—16) Savnik и Prochaska, цит. по Freudenthal, Fischer, Stern.—17) Spicca—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 25, S. 150.—18) Сутеев.—Русск. В. Д., 1925 г.—3.—19) Тимофеев. В. Д., 1925—6.—20) Он же, Сборник Броннера, 1926 г.—21) Wreszynski—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 26, S. 418.—22) Beilin. Реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 29, S. 571.

Из Психиатрической клиники Военно-медицинской академии (Зав.—проф. Р. П. Осипов).

Влияние комбинированной маляриотерапии на расстройства психо-физиологических процессов при прогрессивном параличе ¹⁾.

В. Е. Макарова.

1. Методология исследования. Физиологические процессы нервной деятельности обуславливаются реактивным взаимодействием нервной системы как с внутренней средой того же организма, так и с окружающей его внешней средой. Они проявляются качественными или психическими феноменами, находящимися в причинной зависимости от функционального состояния реактивных свойств нервной системы и в частности головного мозга. Таким образом, психические феномены могут являться объективными симптомами функционального состояния нервной системы. В указанном смысле и становится возможным говорить о психо-физиологических процессах и о психо-физиологических состояниях человека и их расстройствах.

Изложенные соображения обосновываются данными Осипова, который рассматривает психо-физиологический процесс с монистической точки зрения, как биологический процесс, приводящий в своем развитии и течении к качественным, субъективным или так называемым психическим феноменам. Психические феномены, по его определению, являются объективной реальностью.

2. Метод исследования. Данные экспериментального исследования в отношении влияния комбинированной маляриотерапии на расстройства психо-физиологических процессов необходимо расценивать с функциональной точки зрения, как это принято, например, в экспериментально-клинической медицине. Выдвигаемое положение приобретает особенное значение для клинической оценки ремиссий после маляриотерапии. В указанном смысле допустимо различать относительные состояния полного и неполного функционального улучшения, функциональные состояния „без перемен“ и состояния функционального ухудшения. Выделение перечисленных функциональных группировок может быть обосновано методом относительных *вариационно-генетических* разграничений.

Выдвигаемый метод вариационно-генетических разграничений приводит к определенной системе условных, комплексных раздражителей,

¹⁾ Доклад в Ленинградском обществе психиатров 26/X 29 г.

необходимых для экспериментально-клинического исследования. С этой точки зрения при конструировании указанной системы необходимо координировать содержание избираемых условных, комплексных раздражителей с возрастными и половыми факторами, а также бытовым, педагогическим и социальным уровнями и различиями испытуемых (*адекватность стимуляции*). Содержание применяемых раздражителей по возможности должно поэтому являться как бы условной проекцией изменяющейся и усложненной окружающей действительности.

Необходимо, кроме того, иметь в виду, чтобы применение условных, комплексных раздражителей в эксперименте носило характер актуального испытания функциональных состояний, вследствие чего содержание комплексных раздражителей должно отличаться возможностями вариабельности, при учете, однако, вышеупомянутых координированных соотношений (*адекватность стимуляции*); в целях же практических удобств аппарата должна быть кроме того портативной. Наконец, условия эксперимента должны благоприятствовать соблюдению актуальности испытания (изолированное и приспособленное помещение, ясность инструкций, отсутствие посторонних раздражителей и ограничений во времени и др.).

Таким образом, экспериментально-клиническое исследование в целом по возможности должно приближаться к типу своего рода индивидуально-естественного эксперимента, не имея, однако, профессиональных акцентов последнего.

Следует также заметить, что экспериментальное исследование не может дать исчерпывающую характеристику состояний психо-физиологических процессов; так напр., оно не охватывает качественных состояний эмоциональности, различных видов спутанности, структуры психоза, симуляции и пр. Данные экспериментального исследования должны поэтому дополняться данными *врачебного осмотра, опроса и наблюдения*.

3. *Структура системы и схема исследования.* Структура системы применяемых условных комплексных раздражителей обуславливается вышеизложенными методологическими и методическими соображениями, приводящими вместе с тем и к определенной условной схеме исследования. В этом отношении мы условно и схематически, согласно данных клинической психиатрии (Осипов, Краерелин, Bleuler) и неврологии (Бехтерев, Аствадатуров, Orpenheim, Bing), а также и физиологии (Павлов, Крепе, Боровский, Рончевский, Landois) выделяем следующие физиологические процессы нервной деятельности с соответствующими им психическими феноменами: рецептивные, аналитические, синтетические, репродуктивные, эффективные и регулятивные. Такое условное расчленение нервной деятельности на отдельные физиологические процессы делает возможным ее экспериментально-клиническую и врачебную характеристику в целом, что обуславливает вместе с тем и возможность функциональной характеристики психо-физиологического состояния человека.

Правильность такого разграничения подтверждается тем, что обнаруженные нами данные совпадают с данными других авторов (Осипов, Бернштейн, Ленц, Краерелин, Ziehen, Kaufmann).

4. Методика исследования.

А. Для определения функционального состояния *рецептивно-аналитических процессов* мы ограничились пробами на остроту зрения, цвето-

ощущение и остроту слуха. Этим пробам мы придавали однако значение лишь необходимого экспериментального контакта с испытуемыми.

Б. Для определения функционального состояния синтетических процессов мы применили следующую систему условных комплексных раздражителей: 1) расположение в последовательности содержания 5 серий картинок с бытовым содержанием (гесты В. С. У.Р.К.А.), 2) письменное решение 10 арифметических задач на вычитание в пределах 100, 3) решение задач в продолжение 10 мин. в табл. Краерелин'а-Щеглова и 4) письменное решение 10 задач Терман'а на точное представление „в уме“ часовых стрелок.

При обработке материала определялись: 1) скорость синтеза и 2) адекватность синтеза (правильность).

По данным Софронова в отношении военнослужащих рядового состава, скорость синтеза одной серии картинок колеблется в зависимости от содержания их в пределах 6—14 сек.; у военнослужащих же командного состава она колеблется в пределах 4—8,8 сек. Скорость же синтеза 10 часовых проб Терман'а, согласно наших исследований на контрольных испытуемых, в среднем равнялась 3—4 мин., а при синтезировании материала табл. Краерелин'а-Щеглова—0,03 мин.

1 и 2 условные комплексные раздражители адекватно синтезируются школьниками 9—10-летнего возраста. Этот возраст по Binet-Simon'у служит, как известно, для отграничения умственно-отсталых, дебильных. Комплексные раздражители Терман'а адекватно синтезируются школьниками в возрасте 16 лет (Болтунов).

В случае, если испытуемый не был знаком с распределением времени на часах, или данные эксперимента, в указанных направлениях не являлись убедительными, мы применяли нижеследующие условные комплексные раздражители, проверенные на школьниках (Болтунов): 1. Повторить 6 цифр в том же порядке (13 лет). 2. Окончить две начатых фразы (13 лет). 3. Повторить 5 цифр в обратном порядке (14 лет). 4. Составить 2 фразы с 4 данными словами (14 лет). 5. Составить рассказ по 3-м более трудным картинам (открытки) с психологическим истолкованием (15 лет). 6. Продолжить 4 арифметических ряда (18 лет). 7. Воспроизвести основные мысли рассуждения Эрвье (18 лет) или рассуждения подобного ему.

Применение перечисленных условных комплексных раздражителей не требует особых приспособлений (портативность методики); кроме того содержание их может быть варьировано экспериментатором, что дает возможность избегать повторений при многократных испытаниях (вариативность и актуальность испытания); наконец, оно является бытовым (синтезирование картинок, счетные операции, синтезирование времени, рассказ) и обуславливает приближение к условиям индивидуально-естественного эксперимента.

Таким образом, содержание перечисленных условных комплексных раздражителей является как бы условной проекцией изменяющейся и усложненной окружающей действительности.

С этой точки зрения окружающая действительность может быть рассматриваема, как совокупность картинных комплексов, которые человек синтезирует соответственно возрасту, полу и опыту (проекция—расположение картинок), устанавливает между ними соотношения (проекция—

счетные операции, репродукция) и локализирует их во времени (проекция—синтезирование часовых проб). Кроме того, человек устанавливает речевые контакты с другими людьми (проекция—пересказ, переложение) и эмоционально и моторно эффекирует воспринимаемые комплексные раздражители (эмоциональность, моторика).

На основании приведенных вариационно-генетических разграничений взрослый испытуемый, адекватно синтезировавший условные комплексные раздражители синтетических возрастов 16—18 лет условно относился нами к группе состояний *функциональной мезосинтезии* (синтетическая нормальность). Указанные возрасты были приняты за среднюю функциональную величину на том основании, что вопрос о комплексных раздражителях для старших синтетических возрастов не является экспериментально разработанным.

Испытуемый, адекватно синтезировавший условные комплексные раздражители 9—15 лет, условно относился нами к группе состояний *функциональной гипосинтезии* (синтетическая отсталость); испытуемый же, не синтезировавший адекватно комплексных раздражителей синтетических возрастов 9—10 лет, условно относился нами к группе состояний *функциональной олигосинтезии* (синтетическая недостаточность).

Переход испытуемого под влиянием маляриотерапии из состояния функциональной олигосинтезии в состояние функциональной гипосинтезии *клинически* расценивался нами, как признак неполного функционального улучшения синтетических процессов; переход же его в состояние функциональной мезосинтезии, — как признак полного функционального улучшения синтетических процессов. Обратные соотношения расценивались нами, как признаки функционального ухудшения синтетических процессов; кроме того учитывались различные состояния без перемены.

В. Для определения функционального состояния *репродуктивных процессов* мы применяли пробу на зрительно-слухо-моторное запоминание 9 слов (Рыбаков, табл. XIX), при зачитывании материала вслух самим испытуемым.

По нашим данным (94 чел.) взрослыми здоровыми испытуемыми при таких условиях адекватно репродуцируется в среднем 6—7 слов, при среднем количестве парарепродукций (ложных воспроизведений) в 1.02.

Соответственно ранее изложенным соображениям и согласно данных Бернштейна и Нечаева в отношении возрастных изменений памяти, мы условно различали состояния *функциональной мезорепродукции* (адекв. репродуцирование 5—7 слов), *гипорепродукции* (адекв. репродуцирование 4—1 сл.) и *олигорепродукции* (отсутствие адекв. репродукций).

Большое значение, кроме того, мы придавали учету парарепродукций. Согласно данных Бернштейна, Нечаева и наших, мы условно различали состояния *функциональной мезопарарепродукции* (1—2 парарепродукции; 9—18 лет); *гиперпарарепродукции* (3—5 парарепродукций; 5—8 лет) и *мегалопарарепродукции* (6—10 парарепродукций; 3—4 года).

Благодаря перечисленным функциональным, вариационно-генетическим группировкам мы смогли произвести и *клиническую оценку* данных эксперимента, аналогично тому, как это сделано при оценке функционального состояния синтетических процессов.

Г. Для определения функционального состояния *эффективных процессов* (эмоциональность, моторика) мы придавали наибольшее значение врачебному осмотру больного, опросу его и наблюдения за ним.

Д. Термином „*регулятивные процессы*“ нами объединяются регулятивные реакции (сосредоточение, установка), которые, по определению Вygотского, либо подготавливают организм для восприятия того или иного раздражителя, для того или иного действия, движения, поступка, либо регулируют и направляют протекание какого-либо процесса поведения. По мнению же Крепса, регулятивные функции высшей нервной деятельности состоят главным образом в торможении разнообразных и прежде всего двигательных деятельностей организма.

Для определения функционального состояния *регулятивных процессов* (сосредоточение, установка) мы применяли пробу на определение количества цветных кружков в 5 секторах (Рыбаков, табл. IX). Счет кружков производился испытуемым вслух, без вспомогательных при счете действий пальцами и без разрешения считать кружки группами. Экспериментальное применение этой пробы может быть понимаемо, как исследование интенсивности и устойчивости сосредоточения при простейшей умственной работе (Рыбаков, Бернштейн, Экземплярский, Moede-Piorsowski). Аналогичная проба была испытана Бернштейном у больных прогрессивным параличем и он придает ей большое симптоматическое значение.

Указанная проба может адекватно выполняться школьниками в возрасте 9—10 лет (Болтунов). На этом основании и соответственно вышеизложенному мы различали состояния *функциональной мезорегуляции* (адекватное выполнение), *гипорегуляции* (инадэкватное выполнение) и *олигорегуляции* (отсутствие выполнения). Благодаря перечисленным функциональным вариационно-генетическим группировкам мы смогли произвести и *клиническую оценку* данных эксперимента, аналогично тому, как это сделано при оценке функционального состояния синтетических процессов.

Вследствие же того, что табл. Рыбакова не является вариационной, мы предлагаем заменить ее несколькими таблицами с различными количествами цветных кружков. В одних таблицах при этом варьируют количества цветных кружков, в других же варьирует окраска тех же количеств кружков. Предлагаемые таблицы имеют размер в $\frac{1}{4}$ листа писчей бумаги; величина цветных кружков в этих таблицах равняется величине кружков в цветных таблицах Nagel'я для испытания цветоощущения. Предлагаемые нами таблицы могут быть применены, следовательно, и для испытания цветоощущения, приближаясь в этом отношении к таблицам Nagel'я. На обороте таблиц указаны количества цветных кружков. Таблицы портативны и удобны для практического применения.

Для характеристики функционального состояния регулятивных процессов при синтезировании материала таблиц Краерелин-Щеглова, нами при обработке данных вычислялись: коэфф. вариации (квадр. отклонение в % ср. величины) и коэфф. ритма или регуляции (отношение арифм. разницы между самым большим и самым малым количествами выполненных в 1 мин. арифм. операций к среднему количеству в 1 мин.). Коэфф. регуляции в данном случае имел то же самое симптоматическое значение, что и коэфф. вариации, но он является более простым для

вычисления; в случае его функционального совпадения с коэфф. вариации, он может являться, следовательно, более удобным для практического применения.

Е. Помимо вышеуказанных испытаний нами велось клиническое наблюдение за изменением некоторых симптомов органического поражения ц. нервной системы, при сопоставлении обнаруженных данных с данными экспериментально-клинического исследования. В указанном отношении мы имели в виду дизартрию, рефлекс *Marinresco* (штриховое раздражение ладони—сокращение ментальных мышц) и хоботковый рефлекс *Эпштейна* (перкуссионное раздражение наружной поверхности губ, десен, кончика языка—хоботкообразное выбрасывание обеих губ или одной из губ). Мы не касались при этом изменений других органических симптомов, так как они довольно подробно освещены в литературе вопроса.

5. *Объем, условия и цели исследования.* Экспериментальным испытаниям и врачебному осмотру, опросу и наблюдению было подвергнуто 15 чел.¹⁾ больных, которым предварительно был проведен ртутный или биохиноловый курс лечения в сочетании с внутренним применением иодистого калия. Испытания производились в отдельной комнате и в определенные часы при соблюдении условий, упомянутых в методической части изложения. Одному больному, вследствие наличия у него резкого понижения остроты зрения и цветосощущения, соответствующие раздражители предлагались вслух в речевой форме. Испытуемым разъяснялась инструкция, ставились ориентировочные опыты, после которых производилось по 2 зачетных испытания до прививки малярии (*tertiana*), прививавшейся каждому больному *комарами* врачом малярийной станции Б. П. Николаевым.

Методика индивидуальных прививок комарами производилась по тем соображениям, что перепрививки от людей могут сопровождаться различными терапевтическими результатами, вследствие возможного возникновения явлений изменчивости у малярийных плазмодий при таких пассажах (*Марциновский, Фельдман, Гурфинкель, Эффрон*). Кроме того пассажная методика перепрививок может являться небезопасной в смысле инфекции и реинфекции, что в особенности может касаться случаев нейтропении, неясных в диагностическом отношении (*Matuschka, Rosner, Much, Gras, Planer*). В Англии методика прививок малярии комарами является общепринятой (*James*). В нашем Союзе методологически она обосновывалась на Поволжском малярийном съезде (25—29/IX 27). Добротным и частично применялась в некоторых психиатрических учреждениях (*Останков, Голант, Максимов*). В последнее же время во Франции *Claudeon* также предложен для прививок *plasmodium vivax*.

Период инкубации длился в среднем 11 дней и не был одинаковым у всех больных. Случаев смерти не наблюдалось, что отчасти могло находиться в зависимости от предварительной консультации в каждом отдельном случае с интернистами и тщательного врачебного наблюдения в последующем. Каждому больному проводилось 11—12 приступов; максимальная температура достигала 41,5°С; висцеро-соматических осложнений не наблюдалось. Приступы малярии легко прекращались приемами хинина по *Noscht'u* или подкожными инъекциями хинина по рецепту *Рубашкина-Космачевского*.

Следует, однако, заметить, что не все больные имели по 11—12 приступов; в одном случае наблюдалось, напр., 6 приступов, а в другом—8; прекращение приступов не было обусловлено при этом терапевтическим вмешательством. Кроме

¹⁾ В последнее время было подвергнуто лечению еще 7 чел.; данные эксперимент. исследования их подтверждают правильность методики и выводы настоящей работы.

того не все темп. кривые имели типичный трехдневный тип, чаще наблюдался тип *quotidianae*, а также и различные смешанные типы. Аналогичные факты обнаружены J a m e s'om, — они отмечаются также и при пассажных перепрививках (Герман, Голант, Фельдман, Гурфинкель, Лещинский, Gerstmann, Kirschner, Mraz, Dattner, Keuders, Matuschka, Rosner, Philip, Matz); наивысшая же температура, наблюдавшаяся в клинике Finger'a, равнялась 42°С.

На 30 день хининотерапии по Nocht'y, когда больные чувствовали себя бодро и принимали участие в жизни отделения, производились вторичные экспериментальные испытания и врачебный осмотр. Пользуясь соотношениями, указанными в методической части изложения, мы вычисляли для каждого больного соответствующие коэффициенты и определяли его функциональную вариационно-генетическую группу. Полученные данные сравнивались в отношении одного и того же больного как до маляриотерапии, так и после нее. Таким образом, мы приобрели возможность производить и клиническую функциональную оценку данных эксперимента.

Согласно литературных данных известно, что постмалярийные ремиссии при прогрессивном параличе обнаруживаются в общем в первые 6 недель (Лещинский, Nyiro, Tokay). Исследования Kaufmann'a показывают, что наибольшие улучшения психических состояний при экспериментальных исследованиях выявляются на 3—4 месяца после маляриотерапии. Другие авторы указывают, однако, что период реституции после маляриотерапии может продолжаться несколько лет (Wilson, Ferraro, Alexander, Marcel, Nyssen). Следует, кроме того, заметить, что сравнение клинических оценок постмалярийных ремиссий встречает значительные затруднения, так как большинство авторов не указывает времени периода реституции, в котором была произведена клиническая оценка; наконец, литературные данные имеют в виду и последующую антисифилитическую терапию с применением различных медикаментозных средств.

Вследствие вышеизложенного необходимо отметить, что наше исследование касается конца первого месяца после маляриотерапии, имея своей целью экспериментально выяснить ближайшее, непосредственное влияние маляриотерапии на расстройство психофизиологических процессов при прогрессивном параличе; оно, таким образом, *преследовало цели обнаружения и учета возникающих количественных и качественных закономерностей и механизмов при соответствующей их клинической оценке.*

Среди обследованных больных по возрасту преобладали лица в возрастах 38—43 года; по национальности преобладали русские; по месту жительства — различных областей; по профессии преобладали лица, занимавшиеся преимущественно счетными операциями (2 счетовода, 5 бухгалтеров), что отмечалось также и другими авторами (Краерепин, Лещинский); по форме заболевания — дементные формы — 9 человек (2 ч. в 1 периоде, 6 ч. — в 3-м и 1 ч. в 4-м периоде), экспансивные формы — 6 человек (1 ч. в 1 периоде, 4 ч. во 2-м и 1 ч. в 3-м периоде); по телосложению: астеников (Stiller) — 1, пикников 8, мускулярных 2, респираторных 3 и диспластиков 1.

Таким образом по телосложению преобладали пикники, что не совсем совпадает с последними данными Rohden'a, по которым при прогрессивном параличе в среднем обнаруживается: лептосомов — 43%, пикников — 30% и атлетов — 27%. Обнаруженные соотношения не совпадают также и с нашими ранее опубликованными данными, в которых отмечалось: пикников 24,3%, мускулярных 28,3% и атлетов 47,4%. Следует, однако, заметить, что в этих данных национальный и географический (местожительство) состав больных был другим. По данным Раздольского количество пикников при прогрессивном параличе доходит до 54%, а по данным Фридмана до 79,24%.

Наличие приведенных соотношений показывает, следовательно, что вопрос о предрасположении групп телосложения, и в особенности пикников, к заболеванию

прогрессивным параличем не является достаточно выясненным. Указанный факт обуславливается, повидимому, зависимостью обнаруживаемых данных от различий по национальности и местожительству сравниваемых групп больных, а также и от различных приводящих экзогенных и эндогенных факторов. Так напр., по данным Перельмана и Блинкова среди русских преобладают пикники, среди персов — лептосомы и атлеты, а среди армян — лептосомы. В этом смысле обнаруженные нами соотношения среди обследованных больных (русских 86%, пикников 53%), повидимому, могут объясняться отчасти данными Перельмана и Блинкова. Необходимость учета перечисленных различий при сравнении групп телосложения подчеркивают также и другие авторы (Андреев, Вишневский, Weidenreich).

6. Данные экспериментального исследования. Явления функционального улучшения в состоянии расстройств психо-физиологических процессов после маляриотерапии обнаружались по нашим исследованиям, как это видно из табл. I, в 66% случаев (10 чел.), чем и определяется, следовательно, общий экспериментальный процент ремиссий. Согласно многочисленных данных иностранных и русских авторов в отношении около 3.000 больных средний процент ремиссий равняется 64,8%; согласно же последних данных Wagner-Jauregg'a, полные ремиссии обнаруживаются в 83% случаев. Таким образом наши данные совпадают.

Наличие приведенного совпадения подтверждает правильность избранной нами методики и вместе с тем указывает на то, что предварительная антисифилитическая терапия сопровождается менее полными в этом отношении результатами по сравнению с маляриотерапией, проводимой путем индивидуальных прививок комарами.

Обнаруженные нами процентные экспериментальные соотношения явствуют из нижеследующей табл. I:

Табл. 1.

Наименование	Улучшение %	Без перемен %	Ухудшение %
Скорость синтеза	66,6	26,8	6,6
Количество парарепродукций	53,4	40,0	6,6
Адекватность синтеза	53,4	40,0	6,6
Количество адекватных репродукций	39,9	53,3	6,6
Регулятивные процессы	13,4	80,0	6,6

Рассмотрение приведенных соотношений показывает, что улучшения преобладают в отношении увеличения скорости синтеза условных, комплексных раздражителей. Средняя скорость синтеза одной серии картинок до маляриотерапии равнялась при этом 5,40 мин., повышаясь в среднем после маляриотерапии до 2,32 мин.; скорость же синтеза 10 часовых проб повышалась в среднем с 12 мин. до 9,6 мин., а при синтезировании материала Краерелина-Щеглова с 0,09 мин. до 0,06 мин.; таким образом скорость синтеза у больного прогрессивным параличем является значительно замедленной, что было обнаружено и другими авторами (Ziehen).

Данные эксперимента показывают, что увеличение скорости синтеза обнаруживается прежде всего на более легких условных комп-

лексных раздражителях, а затем и на более сложных. В этом отношении примененные раздражители располагаются в следующем порядке сложности: 1) расположение картинок (ускорение в среднем на 60,9%), 2) решение 10 арифм. задач (ускорение в среднем на 43,8%) и 3) табл. Краерелин'а-Щеглова (ускорение в среднем на 27,1%) и 4) 10 часовых проб Тегман'а (ускорение в среднем на 20%). Увеличение скорости синтеза не во всех случаях совпадало при этом с адекватностью синтеза, увеличением количества адекватных репродукций и улучшением регулятивных процессов. Так напр., 1 больной, обнаруживший увеличение скорости на 50% (картинки) и на 23% (арифм. задачи) не обнаруживал при этом улучшения упомянутых процессов. Наличие отмечаемого явления указывает, следовательно, на то, что обнаруженное увеличение скорости не могло быть поставлено в зависимость от упорядоченности, а представляло собою ранний функциональный симптом возникающей ремиссии. В этом смысле установленные приведенных степеней сложности комплексных раздражителей приобретает, таким образом, существенное диагностическое значение.

Следующий процент улучшений падает на уменьшение количества парарепродукций и улучшений адекватности синтеза. Данные эксперимента показывают, что уменьшение количества парарепродукций является одним из ранних функциональных симптомов возникающей ремиссии и предшествует улучшению адекватности синтеза более сложных комплексных раздражителей. Восстановление же адекватности синтеза обнаруживается прежде всего на более легких условных комплексных раздражителях, а затем и на более сложных в вышеуказанном порядке их усложнения.

Меньший процент улучшений падает на увеличение количества адекватных репродукций и самый малый процент на улучшение регулятивных процессов. Рассмотрение данных эксперимента в отношении функциональных изменений регулятивных процессов кроме того обнаружило наличие диагностической тождественности между коэфф. вариации и коэфф. регуляции, как это явствует из нижеследующих данных:

	До м. т. п.	После м. т. п.
Квадр. отклонение	2,72	1,19
Коэфф. вариации	21,1	13,6
Коэфф. регуляции	0,79	0,34

Аналогичные же соотношения обнаруживались между пробой на определение количества цветных кружков и табл. Краерелин'а-Щеглова. Этот факт показывает, что проба на определение количества цветных кружков может иметь достаточное диагностическое значение для испытания функционального состояния регулятивных процессов у больных прогр. параличом и по своей простоте может заслуживать более широкого практического применения.

Случаи „без перемен“ характеризовались наличием состояний функциональных олиго-гипо-синтезий, гипорепродукций, гиперпарарепродукций и олиго-гипо-регуляций. Случай же ухудшения характеризовался возникновением галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Функциональные расстройства регулятивных процессов выражались резким ослаблением интенсивности и устойчивости процесса сосредоточения. При счете цветных кружков обнаруживалась при этом значительная

ошибочность или же невозможность производить счет, вследствие чего больные отказывались от счета даже на 2—3 м. секторах или же совсем не могли производить счета кружков. Аналогичные явления были обнаружены при прогрессивном параличе и Бернштейном. Ослабление интенсивности и устойчивости процесса сосредоточения обнаруживалось также и на табл. Краерелин'a-Щеглова и еще резче при выполнении 10 задач Тегман'a.

Больные в таких случаях отказывались от дальнейшего выполнения пробы; лицо, глаза и уши их гиперемировались, появлялось дрожание, они заявляли, что болит голова, что не могут „собраться с мыслями“. Обнаруживаемый симптомокомплекс напоминал при этом как бы инсультобразную картину. Отмечаемые явления заслуживают диагностического внимания, так как их допустимо признать довольно типичными для установления функциональных расстройств регулятивных процессов при прогрессивном параличе.

На основании вышеприведенных соотношений, а также и анализа данных эксперимента в отношении каждого больного, допустимо предложить следующую экспериментальную схему функционального восстановления расстройств психо-физиологических процессов, обнаруживающегося при возникновении постмаларийных ремиссий: вначале обнаруживается увеличение скорости синтезирования более легких условных комплексных раздражителей, затем уменьшается количество парарепродукций, далее улучшается адекватность синтезирования более легких условных комплексных раздражителей, затем увеличивается количество адекватных репродукций и улучшается адекватность синтезирования более сложных условных комплексных раздражителей и, наконец, улучшается состояние регулятивных процессов. Восстановление расстройств происходит, следовательно, в направлении от простого к сложному, что отмечается также и при других болезненных состояниях (Герцен, Ribot).

Изложенное показывает, следовательно, что позже других восстанавливаются функциональные расстройства адекватности синтезирования более сложных условных комплексных раздражителей и расстройства регулятивных процессов; такие же факты отмечаются и другими исследователями (Kauffman). Указанное явление приобретает поэтому большое диагностическое значение для функциональной оценки психо-физиологических состояний у ремиссантов.

Рассмотрение клинических и экспериментальных данных, имеющих в литературе (Осипов, Рыбаков, Бернштейн, Ленц, Ziehen, Краерелин), показывает, что возникновение расстройств психо-физиологических процессов, обнаруживающееся при развитии прогрессивного паралича, следует в порядке обратной последовательности, указанной в предлагаемой нами схеме, т. е. оно происходит в направлении от сложного к простому. Таким образом функциональное восстановление расстройств психо-физиологических процессов при прогрессивном параличе, обусловленное влиянием комбинированной маляриотерапии, повторяет в порядке обратной последовательности возникновение их при развитии заболевания.

Аналогичные соотношения были обнаружены Ленцем и при спонтанных ремиссиях прогрессивного паралича, возникновение которых обуславливается по преимуществу восстановлением иммуногенной способности организма.

Таким образом комбинированная маляриотерапия, являющаяся мощным биотерапевтическим фактором, стимулирует и восстанавливает иммунную способность организма, переводя его из функционального состояния аллергии (ergia—реактивная способность, allos—измененный), в функциональное состояние профилактики (защиты, предохранения). Механизм действия маляриотерапии обуславливается, следовательно, не только количественными, но и специфическими качественными факторами; аналогичная точка зрения развивается также и другими авторами (Weygandt, Kirschbaum, Bergel, Warstadt, Mathuschka, Rosner).

Принимая же во внимание данные Hoffa и Silberstein'a, обнаруживших, что под влиянием спинно-мозговой жидкости от лиц, леченных малярией, спирохеты становятся неподвижными и, в конце концов, разрушаются, а также и ранее приведенные данные Wilson'a, допустимо высказать предположение, что между малярийными плазмодиями и спирохетами существуют явления биологического функционального антагонизма, благоприятствующего тем самым и восстановлению иммунной способности организма больных. Так напр., Златогоров указывает, что вирулентность одного микроба может быть ослаблена одновременным развитием другого (рожа и волчанка; сибирская язва и стрептококк; прогрессивный паралич и малярия; туберкулез и аспергиллез). Высказываемые соображения могут быть подкреплены также и литературными данными, подтверждающими существование явлений антагонизма и синергизма среди патогенных микробов (Златогоров).

Таким образом, на основании приведенных данных допустимо высказать предположение, что малярийные плазмодии являются при прогрессивном параличе благоприятными для организма больных антагонистами спирохет.

7. Клиническая оценка данных экспериментального исследования и врачебного осмотра, опроса и наблюдения.

Клиническая оценка данных эксперимента, основанная на вариационно-генетических разграничениях, указанных в методической части изложения, а также и оценка данных врачебного осмотра, опроса и наблюдения, явствуют из нижеследующей процентной таблицы 2.

Табл. 2.

Наименование	Полное функц. улучше- ние %	Неполное функц. улучше- ние %	Без перемен %	Функц. ухудше- ние %	Умерло
Скорость синтеза . . .	46,6	20	26,8	6,6	—
Количество парарепродукций .	40,0	13,3	40,0	6,6	—
Адекватность синтеза . . .	6,6	46,8	40,0	6,6	—
Количество адекватных репродукций	6,6	33,3	53,3	6,6	—
Эффективные процессы	0	20	73	6,6	—
Регулятивные процессы	0	13,4	80,0	6,6	—
Литературные данные (профессионально-практич. оценка)	30,1	34,7	18,2	8,6	3,2

Рассмотрение приведенных соотношений показывает, что полное функциональное улучшение в ранних ремиссионных состояниях обнаруживается больше всего в отношении скорости синтезирования, затем в отношении уменьшения количества парарепродукций, далее следуют улучшение адекватности синтезирования и увеличение количества адекватных репродукций; полного же функционального улучшения эффективных и регуляторных процессов в ранних ремиссионных состояниях нами обнаружено не было. Таким образом функциональное восстановление расстройств психо-физиологических процессов следует в порядке ранее указанной нами схемы.

Степень восстановления расстройств не могла быть поставлена при этом в прямую зависимость от величины повышения температуры при приступах, а также и от типа телосложения; более положительные результаты наблюдались, однако, в ранних экспансивных формах, чем в дементных, что отмечается также и другими авторами (Осипов, Лещинский, Gerstmann, Nyiro, Tokay). Аналогичные соотношения наблюдаются и при спонтанных ремиссиях. Так напр., Kraepelin отмечает, что спонтанные ремиссии чаще всего встречаются при ажитированных, а именно при экспансивных формах; редко и мало выраженными наблюдают их при депрессивной и дементной формах. Указанные явления могут быть объяснены тем, что степень улучшения находится в зависимости от интенсивности и характера органических изменений (Kraepelin, Kyrle, Finger, Mathuschka, Rosner), а также и от состояния иммуногенной способности организма (Kyrle, Finger, Planer). В последнем случае экспансивные формы являются как бы „цветущими“ формами нейрولюэа, обусловленными достаточно выраженной защитной иммуногенной реакцией организма больных, в то время как дементные—вялыми, апатическими, торпидными формами, обусловленными вялой защитной иммуногенной реакцией организма больных и требующими потому более сильного, комбинированного с маларийотерапией специфического лечения. С этой точки зрения дементные формы прогрессивного паралича рациональнее было бы называть *апатическими*, торпидными формами, так как по существу все формы прогрессивного паралича являются дементными. Такое наименование этих форм указывало бы вместе с тем и на необходимость большей терапевтической бдительности по отношению к ним (интенсификация лечения, последующее наблюдение). Такое же значение в терапевтическом смысле имеют, повидимому, и депрессивные формы.

Как видно из сопоставления с средними величинами литературных данных (Gerstmann, Nonne, Schulze, Ferraro, Fong), касающихся поздних ремиссионных состояний с последующей антисифилитической терапией,—наши данные отличаются некоторым своеобразием, различным, однако, по форме, но не по существу. Так напр., полное функциональное улучшение адекватности синтезирования в наших данных является меньшим, но неполное улучшение преобладает; улучшение регуляторных процессов отсутствует, но их состояние „без перемен“ преобладает. Приведенные факты указывают лишь на то, что функциональное восстановление расстройств психо-физиологических процессов происходит в известной последовательности и протяженности во времени, что и подтверждается ранее упомянутыми данными других авторов (Wilson, Ferraro, Kaufmann).

Резюмируя вышеизложенное, допустимо таким образом отметить, что в ранних ремиссионных состояниях процент полного функционального улучшения расстройств адекватности синтеза условных комплексных раздражителей и увеличения количества адекватных репродукций является наименьшим; полного же функционального улучшения расстройств эффективных и регулятивных процессов не обнаруживается. Указанный факт приобретает существенное диагностическое значение для оценки ремиссионных состояний и в более поздних периодах реституции.

Отмечаемые состояния неполного функционального улучшения расстройств эффективных процессов клинически выявлялись наличием эйфории, экспансии, повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительной слабости, гиперкинетической мотории или же наличием апатии, аффективной тупости, гипокINETической мотории. Аналогичные явления отмечаются Ленцем и при спонтанных ремиссиях. Повидимому, то же самое наблюдается и при ремиссиях, возникающих после протениотерапии. Так Бондарев и Воробьева отмечают наличие эйфории.

В отношении расстройств регулятивных процессов упоминалось в экспериментальной части изложения. Случай же ухудшения характеризовался возникновением экспансивного, галлюцинаторно-паранойдного синдрома.

8. Оценка симптомов органического поражения ц. н. с.

Как упоминалось ранее, нами велось также клиническое наблюдение за изменением под влиянием комбинированной маляриотерапии некоторых симптомов органического поражения ц. н. с., как то: дизартрии, рефлексов Marinesco и Эпштейна.

Наличие дизартрии было обнаружено до маляриотерапии в 80% случаев, рефлекса Marinesco — в 66,6% случаев и рефлекса Эпштейна в 53,3% случаев. Таким образом ни один из перечисленных симптомов не наблюдался в количестве 100% до маляриотерапии при прогрессивном параличе. Следует, однако, отметить, что чаще встречалась дизартрия.

После маляриотерапии дизартрия акустически не была заметна у 1 б-го, а значительно сгладилась у 2 б-х и усилилась у 2 б-х. Осипов также указывает на случаи улучшения дизартрии под влиянием маляриотерапии. Рефлекс Marinesco после маляриотерапии не вызывался у 2 б-х, а рефлекс Эпштейна у 3 б-х. Изменения перечисленных симптомов не имели при этом полного функционального параллелизма с данными экспериментально-клинического исследования, вследствие чего клинически их допустимо расценивать, как очаговые симптомы по преимуществу. Аналогичные соображения могут быть распространены и на другие симптомы органического поражения ц. н. с. (зрачковые расстройства, отсутствие коленных рефлексов и пр.), как это является из рассмотрения литературных данных.

Такая точка зрения находится в согласии с данными Kjaerelin'a, который указывает, что при прогрессивном параличе, с одной стороны, известны случаи, при которых могут существовать тяжелые расстройства речи и письма, табические явления и атрофия зрительных нервов задолго до того, как констатируются дефекты памяти и интеллекта; с другой же стороны психическая картина болезни может быть резко выраженной, в

то время как физическое исследование обнаруживает крайне неопределенные и не характерные расстройства.

Заслуживают внимания и данные лабораторных исследований у ремиссиков после комбинированной маляриотерапии. Так Philip и Matz указывают (279 сл.), что на первом месте идут улучшения по плеонитозу, на втором—RW крови, на третьем—содержание глобулина и RW со спинно-мозговой жидкостью и на последнем месте—золотая коллоидная реакция. Вышеупомянутые авторы полагают, что хотя полного параллелизма в ходе клинических и лабораторных данных не наблюдается, все же нельзя признать полного улучшения у б-х после комбинированной маляриотерапии, если нет улучшения в серологических реакциях. Большинство других авторов тоже согласно с тем, что полного параллелизма в улучшении клинических и лабораторных данных у ремиссиков не обнаруживается; в отдельных же случаях возврат к норме серологических реакций не сопровождался полным клиническим улучшением. По мнению O'Leary, серологические реакции сами по себе еще не дают права для окончательного прогноза (Bogen). Такого же взгляда придерживается и Gerstmann, а Mathuschka и Rosner указывают, что доминирующим фактором является заболевание нервной системы, а серологические данные представляют только второстепенный интерес.

Таким образом изложенное показывает, что как вышеперечисленные симптомы органического поражения ц. н. с., так и лабораторные данные о серологических реакциях не могут являться решающим критерием для оценки функционального состояния психо-физиологических процессов у ремиссиков. Вследствие сказанного экспериментально-клиническое исследование функционального состояния психо-физиологических процессов у ремиссиков, в сочетании с данными врачебного осмотра, опроса и наблюдений, приобретает существенное практическое значение как для клиники, так и для органов экспертизы. В этом отношении предлагаемая нами методика исследования может достаточно себя оправдать.

Школьно-санитарный надзор в высшей школе.

О. М. Войдиновой.

С 28/29 учебного года школьно-санитарной организации гор. Казани поручено обслуживание ВУЗ'ов, рабфаков, техникумов.

Еще в июле 1927 года по распоряжению Совнаркома РСФСР врачи-лечебники, ранее обслуживавшие высшие учебные заведения, исключаются из их штатов, а органам здравоохранения одновременно предложено организовать медико-санитарное обслуживание студенчества по трем линиям: лечебной, жилищно-санитарной и школьно-санитарной. Отсутствие опыта у школьно-санитарной организации по работе в высшей школе, особенность условий и методов работы здесь—эти обстоятельства настоятельно требуют учета опыта „вузовских“ врачей на первых же этапах их работы, тем более что она начинается в тот период, когда всем вопросам, связанным с подготовкой кадров специалистов, уделяется много внимания советской общественностью. В крупных центрах сосредоточения

студенческой массы, как Казань, где имеется свыше 10.000 студентов, в ближайшее время, естественно, должна развернуться широкая работа по всем видам медико-санитарной помощи студенчеству.

Татнаркомздравом в декабре 1928 года выделен для работы в высшей школе один школьно-санитарный врач, с октября 1929 г. второй. В наши первоначальные задачи входило: санитарное обследование всех учебных помещений ВУЗ'ов, рабфаков, техникумов, организация и (частично) проведение профилактических медосмотров учащихся и вновь поступающих; профилактика заразных заболеваний и борьба с ними. В условиях ТР много внимания было уделено профилактике заразных заболеваний в связи с проводимой по г. Казани в 28/29 г. оспопрививательной кампанией. Ревакцинации подверглось до 70% студентов, количество положительных прививок доходило до 20%; попутно выявлено до 12,5% перенесших натуральную оспу в детстве.

Санитарное обследование помещений проведено в 22 учебных заведениях; в 16 из них обнаружена неудовлетворительная санитарно-гигиеническая обстановка учебных занятий. Обследование велось по специальной „карте школьного здания“, без вычисления кубатуры и световой площади, если к тому не было особых показаний.

Н а й д е н о:	Н е и м е е т с я:
1) Перегрузка здания учащимися . . . 2	1) Вентиляции 4
2) Сырость 1	2) Курилки 3
3) Неисправное отопление 5	3) Раздевальни 3
4) Неудовлетвор. уборка 2	4) Теплых уборных 5
5) » мебель 4	5) Зала физкультуры 1
6) Помещение уплотнено и загрязн. общежитием 4	6) Бака с кипяченой водой 1
7) Недостаточное дневное освещение 2	
8) Требуется капит. ремонт 2	

Часть дефектов органически связана со зданием (недостаток дневного освещения, малы аудитории), на устранение других требуются значительные затраты средств: оборудование теплых уборных, ремонт вентиляции, отопления. Часто замечается небрежное отношение как администрации к вопросам санитарии (недостаточное использование имеющихся средств отопления, вентиляции, уборки), так и студенчества (игнорирование курилки, раздевальни, небрежное пользование уборными).

Профилактический медосмотр учащихся проведен нами в 28/29 уч. году в 9 техникумах (с разработкой данных по 7) по образцу „индивидуальной санкарты учащегося“—без антропометрических измерений.

Все обследованные стипендиаты: живут в общежитии—90%; размер стипендии 10 руб. в месяц в 28/29 г. Возраст учащихся от 15—26 лет; средний от 17—20 лет—75%.

Название техникума	Обследо- вано уча- щихся	Мужч.	Жен.	Русск.	Татар
1) Тат. сельско-хозяйственный	155	135	20	—	155
2) Тат. садово-огороднический	107	78	29	—	107
3) Тат. педагогический	301	183	118	—	301
4) Пром.-экономический	103	84	19	35	68
5) Музыкальный	116	49	67	102	14
6) Медицинский	76	6	70	47	29
7) Русский педагогический	170	39	131	170	—
Всего	1028	574	454	354	674
8) Театр.-художественный	125	} при реорганизации слиты с другими.			
9) Химический	80				

Распределение обследованных по полу и национальности:

Здоровых оказалось 157 чел.—15,2%

В татарских техникумах —20,4%

В русских „ — 9,8%

Заболееваемость учащихся:

Название болезни	В русских техникум. %	В татарск. техникум. %
Малокровие	29,4	22,3
Активная малярия . . .	13,7	9,2
Туберкулез легких . . .	14,0	11,5
Нервные болезни	14,6	9,0
Наружн. заболевл. глаз .	8,6	14,0
Трахома	0,1	7,0

Таким образом, среди русских учащихся преобладают: малокровие, малярия, нервные заболевания, туберкулез; среди татар-учащихся: глазные заболевания, трахома.

Кожные болезни—4,0%, чесотка—0,4%, зубные—13,6%, также желудочно кишечные, хирургические—характерных особенностей не представляют.

Инфекционных заболеваний среди обследованных было три случая за год: 2 скарлатины и 1 сыпной тиф. Острый бронхит и ангина наблюдались у 16,7%.

Нас интересовало состояние здоровья учащихся в зависимости от года обучения в техникуме. Оказалось, что имеется тенденция к росту заболеваемости параллельно с годом обучения. Так, по садово-огородному техникуму имеем здоровых:

на I курсе	на 2 курсе	на 3 курсе	на 4 курсе
34,2%	26,1%	11,1%	7,1%

В других случаях имеем резкое понижение в состоянии здоровья на II курсе, затем кривая выравнивается. Например, в Татпедтехникуме имеем здоровых:

I курс.	II курс.	III курс.	IV курс.
28,4 ⁰ / ₀	17,8 ⁰ / ₀	22,1 ⁰ / ₀	23,2 ⁰ / ₀

Понижение состояния здоровья идет за счет роста туберкулезных, нервных заболеваний, малокровия.

Название техникума	Туберкулез ⁰ / ₀				Нервные болезни ⁰ / ₀			
	I курс	II курс	III к.	IV к.	I курс	II курс	III к.	IV к.
Садово-огород.	9,5	13,4	22,2	23,1	5,2	8,5	7,7	3,6
Татпедтехникум	5,0	5,3	6,1	11,6	8,0	12,5	11,6	12,0

В зависимости от профессионального уклона техникума также обнаруживаются некоторые особенности в характере заболеваемости учащихся:

Татпедтехникум		Татарские сель-хоз. и садово-огороды.	
Нервные болезни	11,7 ⁰ / ₀	Нервные болезни	7—3 ⁰ / ₀
Глазные	18,3 ⁰ / ₀	Глазные „	9—6 ⁰ / ₀
Ослабление зрения	7,0 ⁰ / ₀	Ослабления зрения	4 ⁰ / ₀

Таким образом, в педагогическом техникуме отмечается повышение нервных и глазных заболеваний сравнительно с сельскохозяйственными.

Улучшение в состоянии здоровья после летних каникул отмечено нами не более как у 20⁰/₀. При опросах установлено, что каникулы, как отдых, мало используются: часть учащихся занята производственной практикой—4 техникума, часть на общественной работе, часть на заработках—иногда в роли чернорабочих на заводах, на строительстве, в сельском хозяйстве.

По сравнению со школьниками г. Казани среди учащихся техникумов имеется больший процент туберкулезных: в школах—10,7⁰/₀, в техникумах—12,6⁰/₀¹⁾. Остальные заболевания дают понижение сравнительно со школьными²⁾ в русских техникумах и повышение в татарских:

	Малокровие ⁰ / ₀	Нервные бол. ⁰ / ₀
Русские:		
Школы	36,0	18,1
Техникумы.	29,4	14,6
Татарские:		
Школы	17,6	7,5
Техникумы.	22,3	9,0

¹⁾ Прошли через тубдиспансеры.

²⁾ Алексеева-Кузьмина „Сборник № 1 трудов Г. И. усов. врачей г. Казани.

При ближайшем знакомстве с повседневной учебной и, особенно, бытовой обстановкой жизни учащихся (общезитие, питание) становится вполне понятной причина высокой заболеваемости.

Описание общезитий не входит в нашу задачу, питание же обследовалось нами в 6-ти столовых при техникумах. С небольшими вариантами дневной паек на 1 чел. таков:

Название продуктов	Колич. в гр.	Калорий ²⁾	Белки	Жиры	Углев.
Хлеб черный ¹⁾	500,0	1130	35	5	230
Мясо	62,0	91	12,4	4,3	—
Сало	10,0	91	—	9,8	—
Картофель	200,0	184	4,2	0,4	40
Вермишель	31,0	113	3,4	—	23
Крупа	200,0	704	26	6	132
Овощи	50,0	20	0,5	—	3
Сахар	13,0	53	—	—	13
Всего	—	2386	81,5	25,5	441
Норма для соотв. возраста	—	3000	118	56	500

Концентрация ряда антигигиенических моментов в техникумах при отсутствии здесь врачебного надзора и вызвала необходимость сосредоточить наше внимание в первую очередь на техникумах.

В 29/30 г. при наличии 2-х школьно-санитарных врачей представляется возможность не только организации аналогичной работы в части ВУЗ'ов, но и углубления ее.

Первые этапы работы наметили пути дальнейшей и выдвинули ряд задач общего характера.

1. Выявить все найденные сан.-гигиенические дефекты перед заинтересованными и общественными организациями. С этой целью ставились доклады в НКПросе, на собраниях завхозов, комендантов, врачей, на конференции представителей санитарных комиссий всех учебных заведений при Бюро пролетстуда.

2. Привлечь на местах самих учащихся к выявлению и устранению санитарных дефектов, к наблюдению за выполнением назначения врача: об изоляции, направлении на лечение, ограничении занятий физкультурой и т. д. Заключение школьно-санитарного врача должно учитываться при отборе кандидатов в дома отдыха, на усиленное питание, в отпуск по болезни и проч.

3. Изучить бюджет времени, нагрузку учащихся, режим труда и отдыха в 1—2 учреждениях.

4. По оздоровлению быта учащихся принять участие в проработке вопросов создания специальной профилактической амбулатории, укрупнен-

¹⁾ В 29/30 уч. году 800,0.

²⁾ „Нормы, утвержден. Отд. ОЗД НКЗ“, Москва, 1926 г.

ных столовых, общежитий, вывода последних из стен учебных помещений и т. п.

5. Необходима организация профконсультации, а в дальнейшем и профотбора, для оканчивающих школы пред поступлением их в ВУЗ или техникум.

6. Расписание болезней, препятствующих поступлению в ВУЗ и техникум, должно быть пересмотрено и составлено с учетом профвредностей данного учебного заведения.

7. Силами школьно-сан. врачей необходимо организовать консультации по вопросам здоровья, физкультуры и гигиены на местах.

8. По вопросам медико-санитарного обслуживания студенчества должны устраиваться периодические совещания, хотя бы 1 раз в год, при здравотделах с участием представителей студенчества и НКПроса.

9. Штаты школьно-санитарных врачей для ВУЗ'ов, рабфаков, техникумов должны быть НКЗдравом доведены в ближайшие годы до нормы: 1 врач на 2000 учащихся в одном учреждении или на 1500 чел. в двух и на 1000 чел. в трех и более.

Из поликлиники внутренних болезней I МГУ (Дир.—проф. Д. М. Российский)

Материалы по диспансеризации студентов I МГУ.

Проф. Д. М. Российского.

Одним из важнейших моментов в достижении оздоровления труда и быта учащихся в высших учебных учреждениях является диспансеризация студенчества, представляющая тот необходимый метод медицинского обследования и наблюдения учащихся, при котором учащиеся получают все необходимые виды профилактической и лечебной помощи.

По инициативе поликлиники внутренних болезней, в 1927 году поликлиникой, проводящей диспансеризацию рабочих государственной шпильной фабрики, рабочих стеклодувного завода союза химиков „Аонано“ и рабочих и служащих I Москов. госуд. университета, был взят под диспансерное наблюдение I курс медицинского факультета, а с 1929 года поликлиника уже стала оказывать лечебную помощь и проводит систематическую диспансеризацию студентов всех факультетов I МГУ. Диспансеризация студентов проводится под руководством директора поликлиники при активном участии всего персонала поликлиники.

На каждого студента, проходящего в поликлинике диспансеризацию, заводится личный санитарный журнал, и каждый диспансеризируемый, кроме прохождения антропометрических и лабораторных исследований, с обязательным клиническим анализом крови и мочи, а во многих случаях также желудочного сока и кала и рентгеноскопического исследования, подвергается всестороннему клиническому обследованию по всем специальностям у специалистов-консультантов поликлиники (в диспансеризации принимают участие терапевты, хирурги, невропатологи, ото-риноларингологи, офтальмологи, урологи и др.).

В заключение диспансеризируемые студенты проходят специальное физкультурное обследование у специалистов физкультурников на предмет

выяснения возможности и желательности прохождения физкультуры в каждом отдельном случае.

При проведении диспансеризации, одновременно с учетом физического состояния диспансеризируемых студентов и их лечением, обращается внимание на выяснение этиологии заболеваемости в связи с социально-профессиональными условиями, т. е. с условиями производства и труда диспансеризируемых, с одной стороны, и с другой стороны, с условиями жизни, жилища и всего быта диспансеризируемых, для чего производится изучение условий жизни, быта и прохождения учебных занятий путем санитарного обследования общежитий, лабораторных и учебных учреждений, в которых занимаются студенты, и столовых, где студенты питаются.

В связи с организацией коллективного питания при студенческих общежитиях в поликлинике внутренних болезней I МГУ на Девичьем Поле проводится диспансеризация как студентов—членов коллективов, так и рабочих и служащих при студенческих коллективах.

Кроме того, в поликлинике I МГУ ведутся специальные наблюдения относительно состояния органов пищеварения учащихся, выражающиеся в подробном клиническом исследовании состояния желудочно-кишечного тракта у диспансеризируемых студентов, что имеет определенное значение при вводимом в настоящее время в студенческих общежитиях коллективном питании.

При проведении диспансеризации поликлиника ни в коем случае не ограничивается одним первичным осмотром и заполнением личного санитарного журнала, но постоянно стремится делать повторные, периодически повторяющиеся осмотры диспансеризируемых студентов и наблюдать их текущие заболевания.

В случаях необходимости стационарного клинического наблюдения и при ряде заболеваний диспансеризируемые студенты помещаются в стационарное отделение поликлиники как для более сложных клинических исследований, так и для лечения.

Насколько позволяет ограниченность материальных возможностей, поликлиника стремится при диспансеризации студентов использовать все доступные виды лечебно-социальной помощи в виде физико-терапевтического лечения, диетстоловых, ночных профилакториев и отправки студентов на курорты, в санатории и дома отдыха.

Работа поликлиники в деле проведения диспансеризации среди студентов I МГУ с каждым годом все более и более расширяется и в то время как в 1927 г. диспансеризацию прошло 270 человек студентов-медиков, в 1929—1930 г. поликлиникою уже взято под диспансерное наблюдение 1770 студентов всех факультетов I МГУ.

Как показывают наблюдения поликлиники, заболеваемость различными болезнями среди студентов I МГУ сравнительно высока, и здоровье их в большинстве случаев довольно слабое.

Это особенно ярко выявилось во время проводившейся в поликлинике в марте и апреле текущего года „Курортно-отборочной комиссии“, где из 960 осмотренных комиссией и желавших ехать на курорты и в дома отдыха студентов более 90% оказалось нуждающимися по состоянию своего здоровья или в курортно-санаторном лечении или хотя бы в пребывании в домах отдыха. Почти 50% всех осмотренных комиссией студентов страдало резко выраженным переутомлением и нервастениям,

наблюдалось много случаев истерии, большой процент падал также на легочные и сердечные заболевания.

Поликлинические наблюдения над прохождением, течением и последствиями различных заболеваний у диспансеризируемых студентов, с последующим учетом и суммированием всех сделанных наблюдений, дают ценные указания о состоянии здоровья студентов I МГУ и о влиянии условий работы и быта наших вузовцев на их организм.

Разработанные по моему предложению ассистентом поликлиники Е. М. Гинзбургом данные по проводящейся поликлиникой в течение трех лет диспансеризации медфака I МГУ, поступления 1927 г., указывают, что из 270 прошедших диспансеризацию студентов-медиков (134 мужчин и 136 женщин, из которых рабочих 74 чел. (27,4%), крестьян—55 чел. (20,4%), служащих—105 чел. (39%), работников умственного труда—36 чел. (13,3%), лиц до 26 летнего возраста—193 чел. (71,5%), после 26 летнего возраста—77 чел. (28,5%), оказалось вполне здоровыми только 51 чел. (19%).

Нормальное физическое развитие отмечалось лишь у 170 человек (63%), а у остальных 100 чел. (37%) отмечались те или другие отклонения в их физическом развитии.

Из заболеваний отмечались следующие:

1) Болезни органов дыхания (туберкулез легких, плевриты, бронхоадениты, бронхиты)—49 чел. (18%).

2) Истощение нервной системы—41 чел. (15%).

3) Болезни сердца и сосудов—39 чел. (14,4%).

4) Болезни крови (анемия)—37 чел. (13,7%).

5) Болезни органов пищеварения—13 чел. (5%).

6) Ревматизм—7 чел. (2,6%).

7) Болезни обмена веществ—7 чел. (2,6%).

8) Болезни желез внутренней секреции—6 чел. (2,2%).

9) Венерические болезни—6 чел. (2,2%).

10) Болезни почек и мочевыводящих путей—4 чел. (1,5%).

11) Болезни уха—4 чел. (1,5%).

12) Малярия—3 чел. (1%).

13) Костно-хирургические заболевания—3 чел. (1%).

14) Заболевания глаз—3 чел. (1%).

15) Кожные болезни—1 чел.

Все вышеприведенные данные говорят за то, что состояние здоровья учащихся в высших учебных заведениях стоит не на должной высоте и что для улучшения состояния их здоровья является необходимой организация диспансеризации и постоянной медицинской помощи студенчеству, всестороннее медицинское обследование всего студенчества, правильно поставленное санитарно-гигиеническое обследование вузовских общежитий, установление постоянного контроля над питанием в студенческих столовых, нередко в настоящее время имеющих ряд значительных дефектов, с одновременным расширением всех видов социально-профилактической помощи.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из войскового лазарета Н. Стрелковой дивизии (старший врач—Д. А. Пестов)

К вопросу о геморрагических формах малярии.

Ординатора В. А. Тарасова.

Давно известно разнообразие форм патологических процессов, возникающих как следствие малярийного отравления. Как в русской, так и в иностранной литературе имеется много работ, указывающих на поражения самых различных систем и органов, вызванных малярией. Тут мы имеем и заболевание дыхательных путей (Grisoli, Сверженский, Sokolowski, Strümpel, Триантафиллидес и др.), и болезни сердца (Strümpel), и поражение пищеварительного аппарата колитами, дизентерийными формами (Wegner, Кушев, Лурья, Свенсон и др.), холециститом (Лурья), аппендицитом и т. д. Многие авторы указывают на поражение при малярии почечной ткани (Аковбянц, Барбицкий, Lavegan, Лурья, Matthes, Пучек, Strümpel и др.), Беляева, Кушев, Свенсон, Strümpel, Чистович и др. указывают на увеличение селезенки и печени. Фивейский, а позже Елигулашвили описывают кожный зуд, как проявление малярии. Далее известны заболевания нервной системы, психические болезни и т. д. О том же многообразии говорят и патолого-гистологические исследования Виноградова, Широкогорова и др.

Вышеизложенных данных достаточно, чтобы составить себе представление о действительном разнообразии проявления этого заболевания, и вполне прав Богораз, говоря, что из всех болезней только сифилис и бугорчатка могут соперничать с малярией в многообразии и разновидности ее проявления. На одной из этих разновидностей я и хотел остановиться.

Уже у Lavegan¹⁾ мы находим указания на геморрагическую сыпь при малярии. О петехиальной сыпи при малярии говорят далее Андришевский, Демьянов, Matthes, Редков, Ретивцев, Strümpel и др. Демьянов описывает петехиальную сыпь, локализирующуюся симметрично, главным образом на животе в области подреберий. Если сыпь была обильной, то она распространялась на грудь, шею, внутреннюю поверхность предплечий и бедер. При этом характерно, что в 20 из 29 наблюдавшихся им случаев имела место тропическая форма. В случае Редкова у больного на коже груди и конечностей имелись кровоизлияния петехиального характера, величиною от просынного зерна до чечевички, от красного до темно-коричневого цвета. Автор указывает, что геморрагические формы малярии очевидно могут встречаться и в средней России (его случай в г. Смоленске), вызываясь обычной трехдневной лихорадкой.

Так как случаи геморрагической формы малярии все же встречаются относительно редко¹⁾, то каждый такой случай естественно представляет большой интерес и вносит известную долю нового. Мое наблюдение имело место в Идрице, в июне месяце 1929 года.

Ист. бол. № 140. Больной Б., 19 лет, помощник шофера, заболел 21/VI 29 г., когда почувствовал с утра ломоту в теле, головную боль, сильный жар и озноб и потерял аппетит. Через несколько часов сильно пропотел и остаток дня и следующий день чувствовал себя здоровым. Через день, однако, с утра снова появилась головная боль, ломота в теле, озноб, жар, и больной с высокой²⁾ был доставлен в лазарет. *Объективное исследование:* Больной правильного телосложения, хорошего питания. Кожа лица розового цвета, конъюнктивы и склеры гиперемированы. На предплечьях обеих рук, с внутренней их стороны, обильная мелкая геморрагическая сыпь величиною с булавочную головку. Пульс частый, 110 в 1'. Со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено. Моча нормальна. В полдень у больного появился пот. Эти проливные поты, ремиттирую-

¹⁾ Некоторые авторы, Беляева например, отмечают только бледность и буроватый оттенок кожи. На материале этого автора, собранном за 36 лет, ни разу не было геморрагических высыпаний.

щая ¹⁰ и геморрагическая сыпь заставили подозревать у больного септическое заболевание. Был продлен опыт Rumpel-Leede, который, однако, оказался отрицательным.

Следующий день больной опять чувствовал себя хорошо. Имел аппетит, ни на что не жаловался и даже просился на выписку. Однако через день приступ повторился, и на этот раз из подреберья «выкатилась» селезенка, плотная, безболезненная с круглым краем, выступающая ниже реберной дуги на 3 пальца. Эта плотная, безболезненная селезенка, правильно чередующиеся приступы, повышения ¹⁰ со знобом, жаром и последующим проливным потом, указывали на истинное заболевание, а во взятой в момент этого приступа крови к тому же был обнаружен *plasm. malar. tertianaе*. Лейкоцитарная формула: Баз. — 0⁰%, эоз. 1⁰%, мнзл. 0⁰%, юн. 0⁰%, пал. 8⁰%, сегм. 67⁰%, лимф. 20⁰%, мон. 4⁰%. Время свертывания крови (на часов. стекле) N. Симптом Bittorfa отрицательный. Последащи *chinini* миг. по 1,0—3 раза в день (за 6 час., за 3 часа и в момент должествующего наступить приступа) приступы купировались и ¹⁰ стала N. Селезенка выступала из подреберья на 2 пальца. Петехии высыпали только во время первого приступа, новых высыпаний при дальнейших приступах не было, а имеющаяся сыпь лишь постепенно исчезала независимо от приступов и дачи хинина. Приступы больше не повторялись. Селезенка и сыпь через несколько дней исчезли и больной 1/VII практически здоровым выписался из лазарета.

Многие авторы (Андржиевский, Виноградов, Дмитриев, Лаверган, Редков, Ретивцев и др.) причиной геморрагических сыпей считают поражение стенки капилляров. Так, Ретивцев говорит, что кожные геморрагические сыпи обуславливаются предшествовавшими изменениями сосудов, главным образом перерождением эндотелия, и представляют собою собственно тромбоз и капиллярные экстравазаты. Виноградов показал, что изменения сосудов при малярии состоят в мутном набухании эндотелия с исходом в жировое перерождение. Андржиевский далее указывает, что это заболевание сосудистой системы, выражающееся расстройством питания самих стенок, происходит вследствие расстройства пораженной малярийным ядом симпатической нервной системы. К тому же выводу приходит и Дмитриев, считающий, что симпатическая нервная система поражается первично: она претерпевает изменения, выражающиеся в расстройстве функций, в меньшей устойчивости сосудодвигательных нервов и центров против рефлекторных раздражений, ослаблений или же местами прекращения тонуса сосудов с последующим расстройством питания их стенок.

Но, с другой стороны, известны также авторы (Чистович, Гризингер и др.), которые причиной этих кровоизлияний считают механическую закупорку капилляров ²⁾.

Если мы будем разбирать наш случай, то мы можем отметить отсутствие феномена Rumpel-Leede, отсутствие симптома Bittorfa и отсутствие моноцитоза, т. е. отсутствие тех данных, которые говорили бы нам о поражении стенки капилляров. Затем характер сыпи, именно ее стойкость, отсутствие новых выступаний при повторных приступах и постепенное исчезание сыпи, не связанное ни с приступами, ни с приемом хинина, также говорит скорее против поражения стенки капилляров, за их механическую закупорку. Таким образом наш случай, в отличие от случаев, описываемых другими авторами, нужно отнести к случаям с механической закупоркой капилляров. Интересен этот случай еще и потому, что 1) *plasm. tertianaе* по литературным данным редко вызывает геморрагическую сыпь и 2) геморрагическая форма малярии редко встречается в средней России.

²⁾ На возможность закупорки пигментом капилляров различных органов указывают многие авторы: Planer, Тигри, Frerichs, Афанасьев указывают на закупорку почечных клубочков, капилляров печени; Микель, Тешля и др. — капилляров мозга.

Из Терапевтической клиники имени проф. Р. А. Лурия Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.
(Директор клиники—проф. Р. А. Лурия).

Случай слипчивого медиастинаита.

Д-ра Т. А. Засориной.

13 марта 1930 года в Терапевтическую клинику Института поступила больная Б., 47 лет, почтальон.

Жалобы больной сводились к тому, что каждый прием пищи вызывает у нее тотчас вслед за глотанием приступы кашля, заканчивающиеся рвотой съеденным. Кашель наступал и вне приемов пищи приступами и отличался резкостью и особой звонкостью. Иногда с кашлем выделялось небольшое количество жидкой и светлой мокроты. Так как приступы кашля со рвотой во время еды весьма изнуряли больную, то, боясь их, она почти совершенно перестала есть, тем более, что и аппетит у нее пропал.

Болезнь развилась после падения на спину; сначала в течение нескольких дней была резкая гиперестезия кожи всего туловища, боли в мышцах спины, а через неделю присоединились вышеописанные явления кашля и рвоты. Больная лечилась у местных врачей, получала миндальное молоко, морфий, опий, чувствовала себя несколько лучше, но кашель и рвота не исчезали. Больная по-прежнему боялась есть, очень похудела и ослабела. За время болезни жара и озноба не замечала и до последнего времени была на ногах.

Из прошлых заболеваний отмечает в 1927 году крупозное воспаление легких, после которого она долго кашляла, в 1929 году было какое-то раздражение слепой кишки. Других заболеваний не помнит. Вдова, имеет двух здоровых детей.

Объективное исследование:—больная ниже среднего роста, питание ослаблено, бледна, имеется увеличение щитовидной железы. Лимфатические железы нигде не прощупывались.

Сердце—норма. Легкие—ослабленное дыхание в правой подмышечной впадине, едва заметное укорочение перкуторного звука справа спереди в области 4—5 межреберий. Других уклонений от нормы в легких нет. Какие-либо изменения со стороны органов пищеварения отсутствуют. Печень слегка опущена. Селезенка не прощупывается. Данные лабораторного исследования:—понижение кислотности:—св. к. 23, общ. к. 36; Hg—76% Eг—3.690.000, нормальный лейкоцитоз и формула, в моче ничего патологического не обнаружено, в мокроте ВК и эластических волокон нет, RW отрицательна, RS—15%.

Таким образом тщательное лабораторное обследование не проливало никакого света на это своеобразное заболевание. Клинические данные заставляли склониться к мысли, что у больной имеется какой-то процесс в mediastinum: за это говорил ее кашель характера приступов, особо звонкий, ее рвота и стойкая анорексия, так как все три явления сопутствуют раздражению n. vagus и являются одним из компонентов того синдрома, который французы называют медиастинальным. Больная была подвергнута тщательному рентгеновскому просвечиванию в рентгенологическом отделении института (доц. Гасуль) и оказалось, что в среднем поле правого легкого имеется резко контурированная интенсивная тень, ограниченная линией, идущей от hilus'a книзу и сливающаяся с сосудистым рисунком паравerteбральной зоны, принимая форму равнобедренного треугольника с вершиной латерально. При повороте в l-ом косом положении эта тень еще более четко выступает, занимая всю среднюю треть заднего средостения. При наполнении пищевода определяется перетяжка в его средней трети на высоте описанной трети. Заключение:—медиастино-интерлобарная спайка с ретракцией пищевода. Сердце и легкие норма.

Видные клиницисты Epstein и Schwalbe высказали свое мнение, что фиброзные медиастиниты бывают гораздо чаще, чем мы думаем, но они трудно диагностируются, и очень часто обнаружение их является случайной находкой. В нашем случае предположения о процессе в mediastinum оказались правильными. Сказать, какого происхождения был у больной медиастинит, конечно, весьма трудно. Он мог в свое время явиться следствием перенесенной пневмонии, еще вероятней,

что он явился как «forme fruste» tbc-медиастинита, которая характеризуется образованием фиброзных спаек между органами mediastini и плеврой и неясностью клинической картины. Интерес нашего случая заключается в том, что больная не испытывала последствий от имеющейся у нее post медиастинальной шварты и, несмотря на перетяжку пищевода, никогда не замечала у себя каких-либо расстройств глотания, но стоило ей упасть за 1½ месяца до поступления в клинику, и травма вызвала, по всей вероятности, реактивное воспаление медиастинальной клетчатки, давшее рефлекс на vagus, следствием которого явились описанные явления кашля, рвоты и анорексии; могла сыграть известную роль и психическая травма—испуг при падении—на дальнейшее течение болезни, так как настойчивое убеждение больной, что она имеет здоровый желудок и может все кушать помогло наладить питание больной. Вскоре она начала хорошо есть, появился аппетит, исчез кашель, рвота не появлялась, и 3-его апреля, через 20 дней после поступления в клинику, больная выписалась с отличным самочувствием, с прибавкой в весе—2 кило и без всяких болезненных явлений. Никакого медикаментозного лечения за исключением бромидов и горечей больная не получала.

Из амбулатории Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института (директор—проф. А. А. Абражанов) и Хирургической амбулатории поликлиники № 23 «Кусткредит» (старший врач А. И. Фельдман).

О поранениях химическим (чернильным) карандашом.

Д-ра С. И. Ризваха.

Посвящается 30-летнему юбилею
научно-врачебной деятельности
проф. Н. Н. Петрова.

В русской литературе этому виду поранений уделено очень мало внимания. Мне удалось найти всего 2 статьи, в которых этот вопрос трактуется. В руководствах по общей и частной хирургии, как переводных, так и оригинальных, нет указаний на действия анилиновых карандашей на ткани человека. Ничего не сказано об этом даже в крупнейших русских монографиях по лечению ран (Тринклера, Петрова). Между тем поранения, вызываемые химическим карандашом, благодаря своеобразному течению их и нередко даже тяжелому исходу имеют, несомненно, большой практический интерес. Это побуждает меня сообщить о двух случаях такого поранения, наблюдавшихся мною в разных лечебных учреждениях почти в одно и то же время.

Случай 1.—5/XI—1929 г. в амбулаторию Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института обратился больной М. П. 14 лет, ученик 5-го класса Одинокской трудшолы и рассказал следующее: три дня тому назад во время „переменки“ в школе он поссорился со своим товарищем. Между ними началась борьба. В это время товарищ сильным ударом всадил ему в правое предплечье имевшийся у него в руках химический карандаш. Кончик карандаша при этом обломился и остался под кожей. Никаких болей при этом в тот день и в последующие дни не чувствовал. Кровотечения из раны не было. Через час нельзя было даже заметить место ранения. О случившемся больной рассказал своему учителю только на третий день после ранения. Последний направил его к нам.

При объективном осмотре обнаружено: на наружной поверхности правого предплечья, на три поперечных пальца ниже локтевого сустава, заметна легкая припухлость. Кожа без особых изменений. Если хорошо присмотреться, можно видеть в центре этой припухлости черную точку—след укола. Пальцами удается нащупать в этом месте тело формы пшеничного зерна. При надавливании—легкая болезненность.

Под местной анестезией был тотчас же сделан разрез кожи, длиною в 3 см. соответственно месту укола карандашом. Края раздвинуты крючками. Кожа оказалась отслоенной от подлежащей ткани. Дно и края раны окрашены в темно-

фиолетовый, почти черный цвет. Кончик карандаша, длиною в $\frac{1}{2}$ см., удален. Окружающая рыхлая ткань, окрашенная в фиолетовый цвет, очищена острой ложечкой. В рану вставлен марлевый выпускник. 7/XI—перевязка. Нагноения в ране нет. 9/XI—края раны уплотнены, воспалены, гноя нет. Дно раны чистое. Перевязка. 19/XI—выпускник удален. Сухая повязка. Рана окончательно зажила лишь к концу 3 недели, причем рана все время продолжала оставаться чистой.

Случай 2.—Е. С. 18 л., ученица Профшколы „Металлист“, обратилась 14/XII в хирургическое отделение поликлиники № 23 Кусткредит с жалобами на припухлость в верхней части левого плеча и на «чернилотечение» из этой припухлости. Из распросов б-ной выяснилось, что 2 недели тому назад во время купания больная заметила у себя на левом плече небольшую безболезненную припухлость, в центре которой была фиолетового цвета точка. После купания б-ная нечаянно придавила себе эту руку как раз на месте припухлости и из точки в центре припухлости стала сочиться фиолетового цвета жидкость (чернило). Б-ная иголкой выковырнула из ранки маленький кусочек грифеля чернильного карандаша. Каким образом и при каких условиях обломок карандаша мог попасть к ней под кожу плеча, б-ная не помнит. Никаких болей и неприятных ощущений в руке до этого не чувствовала. Через несколько дней это место покраснело и опухло. При малейшем надавливании на припухлость продолжала сочиться жидкость фиолетового цвета. Врач, к которому б-ная обратилась за советом, назначил согревающие компрессы. Хотя краснота и исчезла через несколько дней, но «чернилотечение» не прекратилось, компрессы всегда окрашивались в фиолетовый цвет. Б-ная обратилась к нам. При осмотре обнаружено: в средней трети наружной поверхности левого плеча заметна небольшая припухлость, занимающая участок 6—8 см., в центре которой имеется маленькое свищевое отверстие, окрашенное в фиолетовый цвет. При надавливании на припухлость—из этого свища выделяется каплями жидкость, интенсивно окрашенная в фиолетовый цвет. При ощупывании—определяется под кожей слегка подвижная, нерезко отграниченная от окружающих тканей опухоль упругой консистенции величиной с небольшое куриное яйцо. Кожа над опухолью, кроме описанного хода, не изменена. Общих явлений нет и не было, ¹⁰—все время и в день осмотра—нормальная. Предположив, что в подкожных тканях левого плеча б-ной остался еще кусочек карандаша, который и вызывает все эти явления, мною было рекомендовано ей оперативное удаление его, на что б-ная согласилась. Операция была произведена в тот же день под местной анестезией. Разрезав кожу на месте свища, я попал в небольшую полость, откуда удалось вычерпнуть около десертной ложки фиолетовой жидкости. На дне этой полости лежали 2 маленьких кусочка чернильного грифеля неправильной формы, которые также были удалены. Прилегающая окружающая ткань вся иссечена. Рана тщательно очищена и в нее на два дня вставлен марлевый выпускник. Заживление, как и в предыдущем случае. Исследование кусков карандашей, удаленных при операции, произведенное в Окр. сан.-бак. лаборатории (зав. д-р М. А. Вульфович), за что выражаю свою благодарность, обнаружило в обоих случаях каменноугольную краску—метил-виолет.

Давно знакомое окулистам сильное действие химического карандаша даже в самом ничтожном количестве (пылинка, очень слабый раствор—чернила) способное вызвать при попадании в глаз наитяжелейшие формы конъюнктивита, кератита, инфильтрацию limbus'a, язвы и некроз роговицы и т. п. заболевания, влекущие за собой нередко весьма серьезные последствия, стало известно хирургам, судя по литературным данным, только в 1914 г., когда Erdheim впервые указал на некротизирующее действие анилиновых карандашей на ткани человеческого организма при подкожном введении его, опубликовав свои 2 случая. К 1920 г. он мог собрать еще 19 случаев и разработать этот вопрос экспериментально. Экспериментальные исследования, предпринятые Erdheim'ом на животных и проверенные потом Тоуггаса на морских свинках, Корабельниковым на собаках и Груздевым на кроликах, показали, что химический карандаш, попав под кожу, никогда не инкапсулируется. Понемногу растворяясь, он импрегнирует окружающие ткани, вызывает местный некроз с распадом в центре. Некротическая зона с каждым днем увеличивается в объеме. Вокруг этой зоны развивается воспалительная инфильтрация, состоящая под микроскопом из большого количества лимфоцитов, фибро- и полибластов и единичных полинуклеаров. У морских свинок, по Тоуггаса, к этим явлениям часто присоединяются еще явления общего отравления с большими изменениями в паренхиматозных органах.

Клиническая картина вполне сходна с экспериментальными наблюдениями, что подтверждается 21 случаем Erdheim'a, 2 случ. Glass'a, 2 случ. Bull'a, 2 случ. Дубо, описанными в литературе, а также нашими 2 случаями. Интересно отметить в наших случаях то обстоятельство, что б-ные, имея отломок химического карандаша у себя под кожей, не чувствовали все время никаких неприятных ощущений. Даже самое ранение—прокол кожи карандашом, повидимому, не причинил им никаких болей. Наша б-ная (2 случая) не знает даже, каким образом и когда отломок карандаша попал к ней под кожу. Если бы не случайный ушиб и вызванное этим «чернилотечение», б-ная вряд ли обратилась бы так скоро за медицинской помощью. Почти аналогичный случай приводит Glass, у которого через месяц после ранения, которое б-ным даже не было замечено, наступили признаки общего отравления.

Лечение возможно только оперативное и чем раньше будет произведена операция, тем исход болезни будет лучше. Только полное удаление всех пораженных и окрашенных тканей может предохранять б-ного от неприятных последствий и вести к быстрому выздоровлению.

Литература приведена у И. Д. Корабельникова. Казанский мед. журн., № 10, 1925 г., а также: 1) E. Glass. Deutsche m. Woch., № 41, 1922.— 2) P. Bull. Zbl. f. Chirurg., № 42, 1923.—3) L. Torracca. Arch. per le Science med. № 44, 1922.—4) В. Ф. Груздев. Врач. газ. № 3, 1928.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

К вопросу об активной терапии алкоголизма.

Д-ра Ивана Стрельчука (г. Москва).

Наряду с профилактикой алкоголизма, выражающейся в поднятии культурного уровня населения, оздоровлении труда и быта, широкой антиалкогольной пропаганде, развитии достаточной сети школ, клубов, библиотек, читален, радио, антиалкогольном воспитании растущей молодежи и т. д., мы также не должны забывать о лечении уже имеющегося кадра алкоголиков. Лечение алкоголизма занимались еще в глубокой древности. Плеяда выдающихся умов разных эпох искала «философского камня», могущего исцелить алкоголиков от их недуга; и несмотря на разочарование за разочарованием, ошибку за ошибкой, погоня за элексиром трезвости продолжается и ни на минуту не прекращается. Лечение алкоголиков доходило просто до несуразностей, так например, несколько столетий тому назад алкоголиков лечили экстрактом мацерии лягушек в алкоголе, по ложке 2 раза в день. В Англии долгое время некоторые видные ученые возлагали надежду на какао, как на средство, могущее заменить и вытеснить алкоголь. Некоторые ученые мужи в свое время алкоголизму противопоставляли вегетарианство, считая, что при вегетарианском питании алкоголизм не может иметь места, но мы видим, как раз противное, ибо наиболее маломощные слои населения, в силу необходимости из-за отсутствия средств питающиеся вегетарианской пищей, как раз наиболее подвержены алкоголизму.

Д-р Mason добыл интересные сведения о взглядах на пьянство и его лечение, существовавших более трехсот лет тому назад. В изученном им сочинении Wirgung'a, написанном в 1617 году, взгляд на пьянство, бывший в то время, мало чем отличается от современного учения о пьянстве. В этой книге говорится, что пьянство болезнь и при том болезнь ужасная, которую автор помещает сейчас же после учения о чуме. Признаки этой болезни он описывает почти такими же, как и в настоящее время. Наше современное лечение не намного опередило лечение, проводившееся 313 лет тому назад. Автор требовал не давать таким лицам алкоголя, чтобы устранить основную причину болезни, как антидот рекомендовал горький миндаль, лимон, мед, так как будто эти средства оттягивают действие алкогольных паров на мозг. По словам Wirgung'a, некоторые одевали на голову венок из шафрана и фиалок; полагали также, что прекрасно действует против пьянства аметист. Wirgung к этим средствам относился скептически и советовал при опьянении вызывать рвоту, давать свотворные, производить ароматические растирания, на голову класть компресс из сока соленых огурцов и т. д. Наряду с этим должна быть легкая питательная диета.

В конце XVIII и XIX века хинная корка пользовалась славой антиалкогольного антидота, и один шарлатан так ее рекламировал, что десятки тысяч людей стекались к нему за получением этого «могущественного антидота».

Метод, основанный на принципе *similia similibus curantur*, состоял в том, что к каждому блюду прибавлялось достаточное количество спирта в надежде на то, что этим удастся вызвать отвращение к алкоголю, давно уже отжил. Пропета также вечная память многим патентованным средствам, наводнявшим собой рынок, не приносившими никому, кроме изобретателей, пользы. Если некоторые из этих средств и имели некоторый успех, то он базировался исключительно на психотерапии. В конце XIX века выплыли на сцену *extractum coca* и *strychnin*, которым приписывали антиалкогольные свойства; о последнем упомяну особо. Во второй половине XIX и первом десятилетии XX столетия большую надежду возлагали на лечение алкоголизма гипнозом, и ряд видных ученых (Бехтерев, Форель, Левенфельд) считали чуть ли не 70% алкоголиков, подвергавшихся гипнотерапии, выздоровевшими, но и гипнотерапия радужных надежд не оправдала и все более и более вытесняется рациональной психотерапией по Дюбуа и другим авторам. Имеются попытки лечить алкоголизм психоанализом, но последний не нашел себе должного применения в СССР.

Современное лечение алкоголизма состоит из следующих компонентов: 1) немедленного прекращения употребления спиртных напитков; 2) лекарственной терапии, задачи которой: улучшить самочувствие, урегулировать сон, укрепить нервную систему и поднять питание организма; 3) психотерапии, задача которой: укрепить волю, вызвать отвращение к спиртным напиткам, сообщить больному уверенность в своих силах и плюс пункты 2 отд; 4) гидро-электротерапии, значение которой общеизвестно; 5) воздействия на быт больного, устранения причин, способствовавших развитию алкоголизма.

Безусловное или малоуспешное действие многочисленного арсенала лекарственных средств породило в XX веке реакцию к лекарственной терапии алкоголизма, а потому и неудивительно, что таковая многими совершенно заброшена, но уже сам по себе пустой факт принятия даже по сущности индифферентного средства настолько большой психотерапевтический фактор, что пренебрегать им ни в коем случае не следует. Современная терапия алкоголизма обогатилась новым способом лечения: введением под кожу кислорода по методу Toulouse, который почти во всех Наркодиспансерах завоевал себе должное место. Применение кислорода основано на свойстве его вызывать эйфорию, что облегчает некоторые неприятные симптомы при воздержании от алкоголя, привлекая этим больных к данному способу лечения. Исследования показали (Лифшиц, Смордицкая), что кислород повышает количество гемоглобина крови и увеличивает ее сухой остаток, ибо по некоторым наблюдениям кровь при хроническом алкоголизме обедняется гемоглобином и эритроцитами, кислород же эту недостаточность быстро выравнивает. Кислород обыкновенно назначают по 200—300 кубиков подкожно, через день или ежедневно в зависимости от статуса, в течение 1-го—2-х месяцев. Противопоказаниями служат: эпилепсия, активный туберкулез, декомпенсированные пороки сердца, заболевания почек. Глинчиков в наблюдениях нередко при подкожном введении кислорода наблюдал осложнения. В Московских наркодиспансерах отмечен один случай смерти во время процедуры вдывания кислорода, который произошел, по всей вероятности, от газовой эмболии. При правильной технике и соблюдении соответствующих предосторожностей осложнений, как правило, не наблюдается. Я лично, больше чем на 4000 вдываний кислорода, не наблюдал ни одного осложнения.

В последнее время некоторые наркологи употребляют сернокислый атропин, употреблявшийся еще ранее (Р. И. Туевым) (0,5 на 200,0 Aq. destil по 2—3 чайных ложечки на день, прибавляя на 5-й и 6-ой день по полложечки, доходя до 8 чайных ложечек на день). Последний применяется тайно от больного, в случаях, когда больной не желает лечиться, в пищу или питье. Появляющаяся от интоксикации атропином сухость полости рта, извращенный вкус от спиртных напитков, расстройство зрения от паралича аккомодации заставляют больного считать все эти явления вызванными алкоголизмом и многие бросают пить. Я лично этого метода не применял, не могу высказаться ни за, ни против, но считаю данный метод довольно рискованным, могущим привести иногда к печальным результатам.

Делались попытки лечить диспсанию insulin'ом, считая, что при последней имеется недостаточность функции pancreas; попытки, как и следовало ожидать, кончились полным крахом (Голпсихоловия). Некоторые наркологи (Фельдман) пробовали лечить алкоголизм lupo-cerebrin'ом Лифшица, никаких реальных результатов не получились. Чисто эмпирически проводятся при алкоголизме интравенозные вливания sol. calcii chlorati 10% по 5—7 куб. через день, в течение 2—4-х месяцев, имеющие главным образом психотерапевтическое значение, правда, во многих случаях дающие благоприятный результат.

Чисто симптоматическим средством следует считать выброшенный на рынок и широко рекламируемый немецкой фирмой «квадронал», назначаемый по 2 таблетки 3 раза на день. Правда, испытывая данное средство на своих больных, я отмечал у последних улучшение самочувствия, благоприятное действие на головную боль, разбитость, и его вернее нужно рекомендовать при опьянении или в похмелье. При хроническом алкоголизме вряд ли от квадронала можно ожидать пользы.

Применяемое в последнее время интравенозное вливание 40% sol. urotropini по 2—4 кб. через 1—2—3—7 дней в течение 2-х, 3-х, 5-ти месяцев основано на суждении, что при хроническом алкоголизме нарушается обмен веществ, в крови скопляются продукты неправильного обмена веществ, вызывающие у алкоголиков плохое самочувствие, разбитость, головные боли, быструю утомляемость,

уротропин же, благодаря своему мочегонному действию, способствует выведению этих веществ из организма, устраняя этим неприятные симптомы алкоголизма. Некоторые авторы (Кацман) находят уротропин специфическим средством против алкоголизма. Я лично, не являясь adeptom какого-либо одного метода, чисто с экспериментальной целью применял вливания 40% sol. urotropini на 50 больных хроническим алкоголизмом, комбинируя вливания с рациональной психотерапией по Дюбуа. Результаты лечения таковы: (наблюдения в течение 1—2 лет) 36 человек перестали пить с начала лечения, 14 человек продолжало пить. Из 36 прекративших пить на первом месяце дали срывы 2 человека, на 2-м месяце 1 человек, на 3-м—2 человека; на 4-м—1 чел.; на 6—11 человек. У 3-х человек не удалось выяснить время срыва. Группа же в 16 человек не пьет в течение 1—2 лет. Следовательно, хороший длительный результат мы имеем лишь в 32% больных, лечившихся интравенозными вливаниями уротропина. Особой специфичности на алкоголизм уротропина я не вижу, а считаю уротропин, кроме его мочегонного действия, имеющим благоприятное влияние на печень, которая у многих алкоголиков недостаточна, а самую процедуру интравенозного вливания—большим психотерапевтическим фактором, небезразличным для алкоголиков.

Лечение стрихнином и мышьяком, в виде подкожных курсовых инъекций или в виде капель, имеет чисто симптоматическое значение, задача которого укрепить нервную систему и поднять питание организма. В последние годы выплыла на сцену всеми уже оставленная и забытая *t-ra asae foetidae*, назначаемая по 10—15 капель 3 раза в день. Ждать каких-либо хороших результатов от этого средства не приходится. Я лично пользы от *t-rae asae foetidae* не видел. Арсенал других новых и вновь извлекаемых из архива старых противоалкогольных средств, без меры выпускаемый на рынок усердными изобретателями, не заслуживает особого внимания. Не нужно забывать, что все лекарства являются настолько хорошей палкой, настолько плохим костылем, что ими можно и нужно пользоваться, но целиком опереться на них нельзя. Каждое, даже по существу пустое само по себе лекарство в руках опытного врача-психотерапевта может быть радикальным. По моему выражению проф. М. И. Ора, алкоголик, обращающийся к врачу, уже на 50% препарирован для выздоровления, а врач должен закрепить эту установку. В этом его задача. Прежде чем приступить к лечению, целесообразно больному назначить 2—3-хдневную выдержку; если этот срок выдерживается, больной приобретает известную уверенность в своих силах, ибо главная задача лечения должна заключаться в развитии у больного уверенности, что он с собой справится, укреплении и тренировании его воли.

В данной статье я хочу поделиться результатом лечения алкоголиков в Винницком округе и Рязани. После 2-х—3-хдневной выдержки я проводил больным подкожные вдувания кислорода по 250—300 куб. через день или ежедневно в зависимости от психического статуса в течение 2—3 месяцев. В течение 2—3 месяцев больным делались 2 раза в неделю интравенозные вливания 40% sol. urotropini по 3—4 куб. При бессоннице, раздражительности и перевозбудимости нервной системы, особенно при алкогольной эпилепсии, я проводил интравенозные вливания 10% sol. calcii bromati по 10 кубиков ежедневно, благотворно влияющие на все перечисленные симптомы и прекращавшие припадки алкогольной эпилепсии. Далее проводилась индивидуальная и коллективная гипнотерапия. Во время коллективной гипнотерапии не так нужно устрашать больных мрачными перспективами, как нужно их ободрить, дать надежду на лучшее будущее, и если они хоть немного уверены в своей будущей абстиненции, необходимо внушить им еще большую уверенность в свои силы. В процессе лечения я втягивал больных в антиалкогольную работу через участие в антиалкогольных ячейках, газете диспансера, Котибе и работе в антиалкогольном семинаре диспансера. В процессе лечения, в зависимости от физического статуса, больные получали курс инъекций мышьяка со стрихнином (25—30 штук).

Всего лечилось вышеописанным способом и прослежено в течение 1—2 лет 277 алкоголиков, сделавших 4225 повторных посещений. По социальному положению алкоголики делятся так: 83 рабочих, 88 служащих, 3 членов семейств рабочих и служащих, 14 крестьян, прочих граждан 54, женщин 35. Душевные болезни в анамнезе у 12 человек, что составляет более 4%. Алкогольная наследственность имела у 131 больного (47%). Алкогольный стаж больных следующий: от года до 5 лет—65 чел., от 5 до 10 л.—127, от 10 до 15 л.—43, от 15 и выше—42 чел. Из них болело белой горячкой 16 и алкогольным галлюцинозом 26. В общем болело душевными расстройствами 15,16%. 40% больных значительно деградированы.

По формам заболевания 234 болело хроническим алкоголизмом, 27 диссомнией и 16 человек алкогольными душевными расстройствами. Из данной группы 28% болело венболезнями. Обычное количество выпиваемой водки 1—2 бутылки ежедневно. Почти у всех алкоголиков отмечалось понижение внимания, памяти и комбинаторной способности. Соматическое обследование выявило у 12,5% больных органические поражения сердца, у 8% заболевания легких и плевры. Увеличена и болезненна печень у 11% больных. Катарральные состояния желудка и кишек отмечались у 23%. В 3% был положительный с. Romberg'a. В 18% невротические боли по ходу нервных ветвей. Положительный Phrenicusphephenomen у 37%. Положительный симптом Quinquad у 68%.

Результат лечения, проведенного мной по вышеописанному способу, следующий. Из 277 перестало пить 208, продолжало пить 69. Из переставших пить дали срыв в конце 1-го месяца 13; на 2-м месяце 18; на 3-м месяце 12; на 4-м месяце 13; на 5 месяце—5; на 6 месяце—18; на 7 месяце и дальше срывов не наблюдалось. Всего срывов 79; особенно много срывов на 2 и 6 месяцах. Переважившие за 6 месяц остаются пока абстинентами в течение 1—2 лет. Анализируя ряд срывов, я пришел к выводу, что большая часть срывается благодаря соблазну своих товарищей, часть желает испытать силы, а часть из-за любопытства: что, мол, с ним станется, когда он выпьет. Таким образом, мы видим, что из 277 человек—129 человек (46,56%) не пьет в течение 1—2 лет; 79 человек (28% с дробью), хотя и сорвались, но дали известное улучшение; 69 человек (24,9%) без улучшения. Результаты лечения нужно считать вполне удовлетворительными, учитывая, что лечение проводилось амбулаторно и контингент больных состоял из старых алкоголиков с солидным стажем. Соматические расстройства лечились по методам, применяемым современной терапией. Результаты лечения у переставших пить быстро сказываются. Больные быстро прибывают в весе, улучшается внимание, восстанавливается, хотя и более медленно, память, улучшается самочувствие, сон и аппетит, восстанавливается также соматическое здоровье. Каждый излечившийся алкоголик является живой антиалкогольной рекламой и проводником антиалкогольных идей. Важно в дальнейшем не порывать связи с больными, патронируя их, втягивая их в общественную и антиалкогольную работу.

Специфического средства против алкоголизма нет и трудно таковое предвидеть, а посему многие врачи-скептики считают напрасным трудом лечить алкоголиков. Успешность лечения зависит не так от лекарств, как от такта и умелого подхода врача, а потому и неудивительно, что результаты лечения у разных авторов не одинаковы: колеблются от 0 до 70%. Только терпеливая, стойкая работа врача, не опускающего рук при неудачах, может служить залогом успешности в его трудной работе.

Библиография и рецензии.

Д-р П. Белошапко и прив.-доц. И. Яковлев. *Руководство по оперативной помощи при родах*. Госмедиздат 1930 г. 388 стр. Цена в переплете 3 р. 50 коп.

Эта книга, изданная под редакцией проф. Р. В. Кипарского и с предисловием прив.-доц. М. Елкина, представляет собой краткое практическое пособие по оперативному акушерству, предназначенное не только для специалиста акушера-гинеколога, но и для участкового врача (врача-универсалиста).

Содержание книги расположено в 2-х частях—общей и специальной. В общей части кратко очерчены задачи акушера, даны основные акушерские сведения по анатомии головки плода и костного таза матери, изложены практически-важные способы акушерского исследования роженицы и затронута вкратце клиническая картина родового акта. В специальной части, обнимающей около 300 страниц, изложены—нормальный механизм родов при затылочном предлежании и механизм родов при узких тазах; общие показания и условия для оперативного вмешательства при родах; техника операций щипцов при нормальном механизме и при механизме узких тазов—техника, основанная на точном знании этих механизмов; далее приведены оперативные пособия при тазовых предлежаниях, техника опе-

рации поворота, плодоразрушающих и тазоразрушающих операций и, наконец, операции кесарского сечения. В описании операции наложения щипцов уделено большое внимание технике высоких щипцов и среди них—щипцов Kielland'a.

Руководство с внешней стороны издано хорошо, написано кратким, понятным языком и снабжено большим количеством (281) рисунков, делающих книгу наглядным пособием для усвоения техники оперативного акушерства. Все это, вместе взятое, а также доступная для рядового врача цена книги, позволяют приветствовать появление данного руководства и рекомендовать последнее врачам, ведающим оперативной помощью при родах.

Однако, не останавливаясь на бесспорных достоинствах этого руководства, я позволю себе, в интересах дела, привести несколько указаний о тех неясностях и опечатках, которые бросились мне в глаза при первом чтении книги и которые могут нарушить ценность последней как практического руководства по оперативному акушерству. Располагаю свои указания по степени их важности.

На стр. 46 (строка 9, 10, 11 и 12) указано «более частые тоны (учащение) могут расцениваться по сравнению с редкими (замедление) сердцесбиениями плода, как явление более легкого характера» и далее на стр. 134 (строки 18—31). «Состояние асфиксии имеет две степени, резко отличные друг от друга по частоте ударов. При первой степени недостаток кислорода является раздражителем сердечного центра... В это время частота пульсовых ударов доходит до 160 и выше в минуту. При нарастании кислородного голодания эта фаза раздражения сменяется фазой угнетения; частота сердечных ударов падает (меньше 100), наступает их неправильное чередование (аритмия)... Понятно, что вторая фаза (угнетение) является более тяжелой степенью асфиксии и знаменует собою близкую гибель плода». Это положение авторов, касающееся одного из важных вопросов акушерства—диагностики внутриутробной асфиксии плода, прямо противоречит принятому в классических учебниках акушерства мнению на этот счет. Последнее гласит, что действительно существуют две степени асфиксии, но при первой (более легкой, начальной) степени происходит не *учащение*, а *замедление* сердцесбиений плода вследствие раздражения центра блуждающего нерва (центр, тормозящий деятельность сердца) накапливающейся при асфиксии в крови плода углекислотой; при нарастании же кислородного голодания наступает вторая (более тяжелая) степень асфиксии, сопровождающаяся не *замедлением* (угнетением) сердцесбиений (ниже 100), а *учащением* их и аритмией вследствие паралича центра п. п. *vagus* (В и т. т. Руков. к изуч. акуш., стр. 463, изд. 1912 г. и Груздев. Акушерство, т. II, 1922 г., стр. 192). Отсюда следует, что более частые тоны (учащение) сердца могут расцениваться по сравнению с редкими (замедление) сердцесбиениями плода не как явление более легкого характера, что утверждают авторы, а как признак тяжелой (2-ой степени) асфиксии, знаменующий близкую гибель плода.

Далее, на стр. 370 не вполне обоснованы в изложении авторов недостатки разреза матки по Fritsch'y (поперечный, в дне) при кесарском сечении. Главным преимуществом этого разреза, выставляемым его приверженцами, являются не те, которые указали авторы (конец 369 и начало 370 стр.), а меньшая кровопотеря при нем. И вот, это преимущество разреза Fritsch'a не поколеблено доводами авторов. Кроме того, неясным кажется мне и возражение авторов против разреза матки по Fritsch'y, что «мы здесь, рассекая мышцы перпендикулярно длине волокон, несомненно, нарушаем нервный аппарат матки и кровеносные сосуды, неизбежно получая кровотечение». А разве при продольном разрезе не происходит то же? Нам кажется, не только происходит, но даже в большей степени. Между тем авторы не приводят доказательств тому, что именно при разрезе Fritsch'a эти нарушения имеют место в большей степени, чем при продольном разрезе тела матки.

Наконец, укажу несколько опечаток. На стр. 44 (последняя строка) опечатка в ссылке на рисунок (Рис. 29). На стр. 45 (предпоследняя строка) под словами «при поперечных положениях» следует, повидимому, понимать—«при головных положениях». На стр. 145 (строка 18), повидимому, под словом «неопытного» нужно подразумевать слово «опытного». На странице 175 (строка 4) напечатано «кпереди от уха», вместо «кзади от уха».

В заключение отмечу, что все эти указания отнюдь не умаляют достоинств рецензируемого руководства, и надеюсь, что оно будет иметь должный успех у врачей.

Прив.-доц. П. Маненков.

Проф. С. И. Златогоров и А. Б. Бурова. *Корь*. Эпидемиология, этиология, клиника и профилактика. Для врачей и студентов. Г. М. И. 1930, цена 2 р. 10 к.

Книга проф. С. И. Златогорова и А. Б. Буровой подробно знакомит с эпидемиологией и этиологией кори. Авторы освещают все условия, благоприятствующие развитию эпидемий, как в отношении индивидуальных условий больного, так и социально-гигиенических, имеющих огромное значение на течение данного заболевания. Несколько сжато дан отдел клиники кори. Подробно и исчерпывающе разработан отдел методов борьбы с корью, разобраны методы общественной борьбы в виде мер препятствующих распространению эпидемий, вопросов дезинфекции, способов борьбы с корью в школах и яслях. Авторы также подробно осветили важный в настоящее время вопрос о серопротекции и активной иммунизации при кори.

Авторы данной книгой заполнили пробел, существовавший в педиатрической литературе. Корь в ряду детских инфекций занимает очень значительное место и тем не менее мы не имели работ, полно освещающих это заболевание и знающих с теми многочисленными научными данными, которые получены за последнее время в вопросах этиологии и профилактики данного заболевания. До сих пор с корью еще многие не считались, как с серьезной инфекцией, и не учитывали того большого процента смертности, который она дает. Всесторонняя разработка вопросов, касающихся кори, делает работу С. И. Златогорова и А. Б. Буровой необходимой для каждого, работающего в области педиатрии.

Прив.-доц. Б. Кливанская *Корь*.

Prof. S o b b o t a *Histologie und mikroskopische Anatomie*. 4-ое совершенно переработанное издание. Том 1—руководство, том 2—атлас, стр. 354 и 44 схематич. рисунка+стр. 184, с 535 рис. на 68 цветн. и 24 черных таблицах. München, J. Lehmann, 1929 г. цена за оба т. мар. 48.

Выпущенный издательством Lehmann'a атлас гистологии и микроскопической анатомии в 2 томах представляет совершенно наново проработанное и сильно дополненное 4-ое издание этого атласа. В 1-м томе мы находим руководство, которое иллюстрировано 44 в значительной мере новыми схематическими рисунками. Кроме того, в тексте всюду сделаны ссылки на II том, т. е. на атлас. Вместо прежнего литографского способа в настоящем издании даны новые рисунки на 92-х, большей частью цветных, таблицах, выполнение которых не оставляет желать ничего лучшего. Потребность в этой книге остро чувствовалась в последнее время, и за оставшиеся ее экземпляры платили баснословные цены, так что появление ее следует считать как нельзя более своевременным. В заключении I тома мы находим довольно подробный алфавитный указатель. Что касается выполнения рисунков, общее число которых доходит до 535, то они представляют собой последнее слово техники. Как автор сам указывает, из способов окраски выбраны те, которые дают наилучшие результаты. Как и прежние издания, так в особенности и это новое должно быть настольной книгой всех, кто интересуется гистологической анатомией.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. P. L e s é n e et R. H u e t. *Chirurgie des os et des articulations des membres*. Paris. Masson et Cie. 1929 г. стр. 591. рис. 337. Ц. фр. 140.

Известный недавно умерший французский хирург Лесене дает в этом томе очерк хирургии костей и суставов конечностей. Наряду с прежними операциями в этой области возник ряд новых, например остеосинтез переломов, пересадка костей, оперативная мобилизация переломов с помощью артропластики, внутри- и внесуставные артротомии и т. д. Костная хирургия требует точного знания анатомии и безупречного выполнения операции. Автор, обладающий большим опытом, подробно излагает мысль операции, ее физиологическую цель и ожидаемые от нее результаты. Он приводит также все показания и противопоказания. Главные отделы книги—переломы, псевдартрозы, остеомы, опухоли, дистрофические заболевания костей, суставные ранения, вывихи, анкилозы, туберкулез костей и суставов, ампутации, резекции и, наконец, врожденные и приобретенные пороки развития костей.

М. Б.

R. W i l h e l m. *Orthopädische Fussgymnastik*. München. 1930 г. стр. 33, рис. 13. Ц. м. 3.

Ортопедическая гимнастика ног изучена еще очень мало; между тем, при всей своей простоте, она дает ценные указания. Автор сумел на протяжении 32 страниц показать, что слабость ног, стопы требует не только ортопедической

обуви, но активного и пассивного укрепления слабых мышц и связок. Преимущество этой гимнастики состоит в том, что на не требует никаких приборов и легко может быть выполнена самим больным. Ортопедическая гимнастика стопы может служить также для предупреждения развития плоской стопы у взрослых.

М. Б

Prof. F. Lange. *Das Münchener Sonderturnen und andere Wege zur körperlichen Ertüchtigung*. С 78 рис. стр. 106. München, J. F. Lehmann, 1928. Ц. м. 4—50.

Отличие этой книги от других состоит в том, что автор и его сотрудники Matthias, Gebhardt, Trumpp, Aubry, Hohmann не разбирают функций всех мышц и не стремятся к тому, чтобы все они работали, а направляют все внимание на исправление неправильной осанки. Они описывают только те упражнения, которые способствуют растяжению укороченных мышц и одностороннему укреплению перерастянутых и ослабленных мышц. К сожалению, до сих пор в школе мало обращают внимания на подобные упражнения и потому приходится выполнять их вне школы. Большое значение имеют прогулки юношества и юношеские игры. Особая глава посвящена питанию; это сделано потому, что неправильное питание, в особенности недостаток витаминов и оснований, а также избыток мочевой кислоты, особенно вредно отражаются на развитии юношества.

Проф. М. Н. Брейтман.

E. Herbst u. M. Apffelstaedt. *Atlas und Grundriss der Missbildungen der Kiefer und Zähne*. Стр. 298. München, J. Lehmann. Ц. мар. 20.

Написанный двумя выдающимися германскими специалистами очерк уродств челюсти и зубов с атласом, состоящим из 298 рисунков, представляет интерес не только, или может быть, правильное говоря, не столько для зубных врачей, сколько для всех, кто интересуется тератологией, особенно с точки зрения эволюции, наследственности и конституции. Авторы прекрасно выполнили свою задачу и создали труд, представляющий большую ценность также и с практической точки зрения, так как приведенный ими материал способствует более подробному изучению вопроса и более правильному проведению соответственных лечебных мероприятий.

Проф. М. Н. Брейтман.

R. Lämmel. *Die moderne Naturwissenschaft und der Kosmos*. Стр. 268. Berlin, Wegweiser-Verlag 1929. Ц. м. 2—90.

Излагая современные взгляды на естествознание, Lämmel является резким противником всякой мистики и всех построений, основанных на религиозном запугивании. Его миросозерцание заключается в „отказе от всякого суеверия, от всякой демоники“. По этой же причине он является и определенным противником витализма. Что же касается материализма, то считает необходимым повременить, пока вопрос о материи не будет выяснен физиками. Его книга представляет дальнейшее развитие учения Эйнштейна, Планка, Шеддингера, Гейзе, Эддингтона и де-Бролье. Одна из глав называется „Разбожествление мира“.

Проф. М. Н. Брейтман.

Haymann, H. und Erich Stern. *Differentialdiagnostik in den Psychiatrie VIII+261*. Verlag von Theodor Steinkopff. Dresden und Leipzig. 1930. Preis geheftet RM. 17.—gebunden RM. 19.

Книга „Дифференциальная диагностика в психиатрии“ Хаймана и Штерна представляет третий том семитомного Handbuch'a (руководства) „Praktische Differentialdiagnostik für Aerzte u. Studierende“ (практическая дифференциальная диагностика для врачей и студентов), издаваемого проф. Хонигманом (Honigmann) в Гиссене (Giessen). Книга эта безусловно ценная, ибо она дает в сжатой форме не только дифференциальную диагностику психических болезней, но и вообще все то новое, чем в последние годы так широко обогатилась психиатрическая наука. Хорошо обработана общая симптоматология с разделами: 1) Расстройства общего душевного состояния; 2. Расстройства отдельных технических функций; 3. Расстройства течения психизмов (Störungen der seelischen Abläufe); 4. Расстройства развития психики; 5. Симптомокомплексы и картины состояния.

Специальная психиатрическая диагностика состоит из девяти глав и Anhang (прибавление): симуляция и диссимуляция. Девятая глава посвящена психопатиям. Автор различает 23 вида психопатий, причем он к психопатиям причисляет истерию, неврастению, психастению, неврозы, тюремные психозы и т. д. Такое весьма широкое понимание психопатий может, конечно, встретить справед-

ливую оппозицию, особенно если автор тюремные психозы тоже обозначает психопатиями и, таким образом, доходит до смешения понятий психоз и психопатия. Однако, при той неразберихе, которая теперь господствует в учении о психопатиях, при трудностях дать научно точное определение психопатий, Хайман имеет все возможности оправдать свою точку зрения. Так, напр., Хайман утверждает, что так наз. „тюремные психозы“—это *психопатические реакции*, и в большинстве случаев Хайман, конечно, окажется правым.

На весьма современной и вполне верной точке зрения стоит автор и в вопросе симуляции. Он отрицает частоту симуляции и склонен видеть в симуляции весьма редкое явление и к тому весьма трудно диагностируемое. Поставить дифференциальный диагноз между истерией и симуляцией нет, по мнению автора, в психиатрии никакой возможности. Автор здесь близко подходит к Кречмеру, который рассматривает симуляцию чуть ли не как истерический симптом.

Книга заканчивается главой: „Диагностическое значение исследований интеллекта“, принадлежащей перу проф. Э. Штерна. В противоположность Цзяну (Ziehen), рассматривающему интеллект как совокупность функций, своеобразно переплетающихся между собой и находящихся между собой в известной связи, Э. Штерн вместе с В. Штерном смотрит на интеллект как на целостный центральный фактор (*einheitlicher Zentralfaktor*), который служит преследуемым личностью целям. Интеллект—это одна целостная функция (*Die Intelligenz ist eine einheitliche Funktion*).

Автор указывает на тесты Binet-Simona, на метод психологического профиля Россоломо и на тесты Charlotte Bühler, предназначенные для исследования психики грудных младенцев от 2 до 12 месяцев, как на тесты, которыми экспериментатор лучше всего может достигнуть своей цели.

Ив. Галант (Москва).

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Рино-ларинго-отитическая секция,

30-е заседание 14 марта 1930 г.

1. Проф. К. Р. Виктор. *Диалектическая теория жизни*. Докладчик изложил теорию жизненных явлений применительно к основным законам диалектики (единства противоположностей, перехода количества в качество, отрицания и отрицания отрицаний), иллюстрируя их приложение к биологии некоторыми примерами. Рассматривая материалистическую диалектику, как метод познания, наиболее близко отражающий действительность, докладчик считает, что в биологии он является единственным методом, обеспечивающим правильность постановки проблем, точность анализа и плановость работы; этим самым диалектический метод дает возможность избежать простой регистрации фактов, ведущей к непомерному разбуханию литературы, не объединенной философским освещением, что, однако, является в науке единственно ценным. А так как диалектический метод является объективным методом, отвечающим действительному соотношению вещей, то он вместе с тем будет и единственно научным методом (аутореферат).—Прения: д-р Б. Н. Лебедевский и д-р Н. Федоров. Проф. В. К. Трутнев и д-р З. И. Вольфсон приветствовали попытку докладчика обратить внимание широких масс врачей-отитов г. Казани на возможность и необходимость приложения законов материалистической диалектики к явлениям жизни.

Д-р Б. Н. Лебедевский продемонстрировал на микроскопическом препарате *гиперкератоз эпителия лакун зевной миндалины, пораженной Leptotrix* ом. Д-р Вылегжанин указал, что при грибковом поражении миндалины наблюдается метаплазия аденоидной ткани: плазмноклеточковая инфильтрация ее+гиперкератоз эпителия. По поводу демонстрации сделали замечания д-ра З. И. Вольфсон, Н. К. Трутнев, Д. Н. Матвеев.

Профессор В. К. Трутнев отметил, что заболевание „*Pharyngomycosis leptotricia*“ может быть тяжелым по своему течению и прогнозу, высказал надежду, что докладчик возьмет на себя труд разработать вопрос о данном заболевании.

Д-р Б. С. Голанд—*„Влияние трахеобронхоскопии на подвязочное пространство“*. Докладчик экспериментировал на 30 собаках, из которых многие были в возрасте 2-х месяцев и моложе. В трахею животных вводились различные инородные тела. Животные подвергались многократным трахеобронхоскопиям, в одном случае до 94 раз. На основании литературных данных (Джексон и др.), клинических наблюдений и собственных опытов на собаках докладчик приходит к выводу, что трахеобронхоскопия при надлежащей технике не вызывает отеков подвязочного пространства.—Доклад вызвал ряд вопросов и замечаний со стороны д-ров З. И. Вольфсона, Н. К. Трутнева, Б. Н. Лебедевского. Д-р Д. Н. Матвеев высказал предположение, что вторичная инфекция является причиной отеков подвязочного пространства, иногда наблюдающихся у больных после трахеобронхоскопии. Проф. В. К. Трутнев отметил, что по вопросу о бронхоскопии идут споры, что он сторонник того взгляда, согласно которого можно бронхоскопировать в возрасте до 5 лет; указав, что в некоторых случаях после трахеобронхоскопии наблюдается отек подвязочного пространства, высказал предположение, что асфиксия в этих случаях наступает вследствие тромбирования трахеи слюной.

Административная часть заседания. О социалистическом соревновании. В ответственный исторический период социалистической реконструкции РЛО секция О-ва врачей в области своей деятельности объявила себя ударной секцией, обязуясь провести: 1) десять заседаний секции за операционный год, 2) проработать и дать доклады на ряд тем (19), частью связанных с местным краем. 3) без опозданий, точно—в указанное повесткой время—начинать заседания, предоставляя на каждый доклад 30 мин., на каждую демонстрацию 10 мин., на все заседание 2½ часа, 4) в целях вовлечения в научную работу молодых товарищей ввести метод коллективных работ, 5) в целях вовлечения в научную работу врачей участка привлечь к активной работе в секции, снабжая соответствующей научной литературой и советами, следующих товарищей: Мукасееву (Кукмор); Шустера (Вирск); Черных, Кронгауза, Вигдергауза (Ижевск); Чернова (Ишкар-Ола); Петрова (Чебоксары); Юникова (Алатырь), 6) провести заседания секции на предприятиях, подобрав соответствующий материал. Учетно-контрольные функции по перечисленным обязательствам РЛО секция поручила арбитражной комиссии при О-ве врачей.

31-ое заседание 6 апреля 1930 г.

I. Д-р Р. И. Мошин сообщил о случае *аномалии нижней носовой раковины*—врожденном развоении костного остова и мягких тканей в переднем отделе ее.—Прения: д-ра Матвеев, Н. К. Трутнев и проф. В. К. Трутнев.

II. Д-р Мертенс—показал больного с *редкой отоскопической картиной*. Через дефект барабанной перепонки в верхней трети заднего отдела среднего уха видно темно-фиолетового цвета мягкое на ощупь, с гладкой шарообразной поверхностью образование, по мнению докладчика—стенка подлежащего *sinus sigmoidei*.—Прения: д-ра М. С. Борисов, Матвеев, проф. В. К. Трутнев.

III. Д-р Д. Н. Матвеев продемонстрировал больного с *острым отеком язвенной поверхности надгортанника и области vallesculae epiglotticae sinistrae*.—Прения: д-ра Брем и С. П. Яхонтов и проф. В. К. Трутнев.

IV. Д-р И. С. Марченко продемонстрировал больного со *склероматозной (Meige'овской) формой туберкулеза языка*. На верхней поверхности языка, ближе кпереди, имеется с 20-копеечную монету участок изрезанный глубокими бороздами. Слизистая на этом месте несколько розовее, чем на остальных частях языка. На нижней поверхности—слизистая крупно-бугристого вида. По краям языка—две небольших язвочки (появились за последнее время) на инфицированном основании. При ощупывании в языке отмечается уплотнение, соответствующее упомянутому участку. RW—отрицательна. Биопсия: туберкулезная гранулема со скудными бугорками не в каждом срезе; наблюдается сильный фиброз ткани и незначительная склонность к распаду. ВК в срезах не обнаружены. Исследование легких и гортани: *the pulmonum*. ВК (+).

V. Д-р И. С. Марченко. *Классификация туберкулеза верхних дыхательных путей* (патолого-анатомические обоснования). На основании патолого-анатомических изысканий проф. Manasse (Würzburg) и отчасти собственных наблюдений докладчика, сделанных на клиническом и секционном материале Казанского туб. института, туберкулез в. д. п. делится на четыре основных группы

1) инфильтрации, включая сюда милиарные узелки, 2) язвенные формы, 3) перихондриты и 4) туберкулезные опухоли. При туберкулезе в д. п. могут наблюдаться так называемые вторичные изменения. Сюда относятся уже упомянутые перихондриты, а также миозиты, часто с дегенерацией мышечных волокон и перигландулиты, причем в железах могут образовываться настоящие ретенционные кисты.

Туберкулезные поражения глотки выделяются особо (Desron) в следующие группы: 1) милиарная форма, 2) хроническая казеозная форма (язвенная), 3) склероматозная форма (неболезненная, плотная и почти не дает распада), 4) скрытая форма (обнаруживается случайно в миндалинах детей, чаще при увеличенных лимфатических железах шеи), 5) волчанка (большую часть переходит на слизистую с кожи лица; волчанка склонна давать рубцы, стенозирующие просвет глотки, гортани и трахеи. (Аутореферат). Доклад вызвал целый ряд вопросов со стороны д-ров Л. В. Алексеевой, Мертенса, Яхонтова, Турова, Дробышева, Буюва. Проф. В. К. Трутнев—резюме.

32-е заседание 26 апреля 1930 г.

1. Д-р Н. А. Куприянова. *К вопросу о лечении стойких сужений гортани.* За период времени с 1929 г. по 1925 г. включительно в Казанских Р.-Л.-Отитрических клиниках по поводу стойких сужений гортани было произведено 14 ларингостомий с последующей дилатацией операционной полости Т-образной каучуковой трубкой. Клинический материал составляют: 8 стенозов тифозных, 2—дифтерических, 1—оспепный, 1—сифилитический и 2—с невыясненной этиологией. Из них в 7 случаях произведена пластика стомы и они могут считаться вполне законченными. На основании разбора клинического материала возможно сделать следующие заключения:

1) Лечение хронических стенозов гортани в целом ряде случаев дает большое удовлетворение врачу и пациенту в смысле получаемого эффекта.

2) Ларингостомия с последующей дилатацией сужения Т-образной каучуковой трубкой является в настоящее время наиболее совершенным методом лечения.

3) Т-образной каучуковой трубке надлежит отвести существенную роль в этом лечении.

4) Ларингостомия и дилатация Т-образной каучуковой трубкой доступны широкому кругу участковых врачей.

5) Желательна дальнейшая детализация способа в смысле образования пластического ложа и в отношении пластического закрытия дефекта стомы в зависимости от случая. (Аутореферат).—Прения: д-ра С. П. Яхонтов, Д. Н. Матвеев и Н. М. Лопатина. Проф. В. К. Трутнев, сообщив о тяжелых осложнениях, наблюдавшихся, согласно литературным данным, при лечении хронических стенозов гортани в послеоперационном периоде, как-то, перихондриты вследствие пролежней, нестерпимые боли и опасные кровотечения, указал на необходимость тщательного ухода в первые недели после ларингостомии.

II. Д-р Л. В. Алексеева продемонстрировала больную с *крупным пульсирующим сосудом на задне-боковой стенке глотки*.—По поводу демонстрации высказался д-р Лебедевский и попутно сообщил о подобном же случае из своей практики. Проф. В. К. Трутнев информировал о материале д-ра Н. К. Трутнева, насчитывающем 12 случаев аномалий сосудов глотки. Напомнив о демонстративном случае аневризмы а. carotis, описанном д-ром Буювым, обратил внимание лечащих врачей на необходимость предварительного тщательного осмотра зева и носоглотки при оперативных вмешательствах в этих областях и дал ряд практических указаний.

III. Д-р Л. В. Алексеева продемонстрировала больную, представляющую интерес в диагностическом отношении. По ее мнению, у больной можно предположить *неоплазму правой средней носовой раковины*.—Докладчик возражал д-р Б. Н. Лебедевский и задавали вопросы д-ра Турова, Мертенса, Марченко, Буюва, Голланд, Лопатина и Бобровский. Проф. В. К. Трутнев предложил произвести у больной биопсию ткани для гистологического исследования.

IV. Д-р Б. С. Голланд сообщил об одном *случае лечения полного заражения носоглотки*, предложенным им новым способом, путем дренирования носоглотки и одновременного оттягивания кпереди мягкого неба компактной резиновой пластинкой. Дренаж был введен тотчас же после иссечения рубцов, оставался в полости носа, рта и носоглотки в течение 2-х суток, не вызвав тяжелых осложнений; дал благоприятный эффект. Операция была произведена 4 месяца тому назад.—Прения: д-ра Буюв, Матвеев и Лебедевский, указавший на недо

статочность 4-месячного срока для суждения об эффективности способа. Проф. В. К. Трутнев — резюме. Секретарь д-р Касторский.

Научные собрания врачей Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.

120-е собрание 8 апреля 1930 г.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль. *Педагогическое и практическое значение прибора и методики Holfelder'a в глубокой терапии.* Докладчик продемонстрировал столки и таблицы известного французского рентгено-терапевта Holfelder'a, подробно остановившись на методике глубокой терапии Holfelder'a, как наиболее рациональной. Рациональность метода состоит в его простоте и усвоимости, дает возможность заранее установить точный план лечения и перевести его на освещаемый объект. Шаблоны Holfelder'a позволяют во время преподавания наглядно демонстрировать поле освещения, ход лучей и их количество в каждом конкретном случае, предупреждая этим повреждения и друг. ошибки в вычислениях, так как выбор поля освещения может быть оптически точно произведен.

II. Д-р Я. Д. Печников. *Аллергия в клинике гонорреи.* Многолетнее наблюдение за развитием гонорройных процессов в условиях сосуществования в организме большого сифилиса, туберкулеза и малярии привели докладчика к следующим выводам: 1) Сифилис, туберкулез и малярия, при наличии их в организме, пораженном гонорреей, играют доминирующую роль в общем патогенезе развивающегося комплекса болезненных явлений. 2) Каждая из этих трех инфекций вызывает соответствующую аллергию и изменяет динамику клинической картины гонорройных процессов, преломляя в органах и тканях влияние гонорройной инфекции, как биологического раздражителя, для аллергической реакции. 3) Представляя собою часть общего учения о множественности причин в патогенезе болезней, явления аллергии и в клинике гонорреи выдвигают принцип функциональной диагностики, изучение поведения органов, как руководящий принцип диагностики и терапии. 4) Бесплодность терапии при гоноррее нередко лишь результат невнимания к изучению местных процессов в их связи с общей динамикой организма. Прения: проф. Р. А. Лурья, приват-доценты — С. Я. Голосовкер и М. И. Мاستбаум.

III. Д-р М. И. Ойфебах и д-р Ю. И. Зак. *К вопросу о хирургическом лечении легочных абсцессов.* В связи с эпидемиями гриппа за последние годы легочные нагноения встречаются значительно чаще и приобретают все большее значение в работе практического врача. Наряду с консервативными методами лечения оперативное вмешательство (пнеймотомия) должно занимать видное место в терапии легочных нагноений; оно показывается тогда, когда течение первых 6—8 недель консервативное лечение не дает положительных результатов. Своевременная пнеймотомия облегчает отток гноя, дает быстрое падение l^0 , улучшает общее состояние больного. Для оценки стойкости результатов операции необходимы: последующее длительное наблюдение и повторные рентгеноскопии тут же после операции, в особенности в случаях множественных абсцессов, когда при пнеймотомии не всегда вскрываются все полости, а последующие вскрытия их в опорожненную полость или наружу значительно отдают время выздоровления. В таких случаях в зависимости от результатов рентгеноскопии может возникнуть вопрос о повторном опорожнении абсцессов через уже вскрытую полость или же путем нового разреза. Обращают на себя внимание случаи легочных абсцессов, которые после пробных пункций даже с отрицательным результатом ведут к быстрому самоизлечению гноя, несмотря на то, что предварительное консервативное лечение (неосальварсан и проч.) не дали положительных результатов. — Прения: проф. Соколов, Лурья, прив.-доц. Р. Я. Гасуль и д-р Ратнер.

Секретарь д-р Виленский.

Казанское общество невропатологов и психиатров.

Объединенное заседание Физиотерапевтической секции и общества рентгенологов 14/IV 30 г.

Председатель секции проф. Г. А. Клячкин: За время, протекшее между заседаниями секции, умер крупный невропатолог, председатель Каз. общ-ва невро-

патологов и психиатров проф. Алексей Васильевич Фаворский. Покойный энергично помогал организации Физioterапевт. секции и принимал активное участие в ее работе. Секция потеряла в его лице авторитетного члена. Предлагает почтить память покойного вставанием.

1) Д-ра М. И. Гольдштейн и Н. П. Неворожкин. *О фиброзных и деформирующих остеодистрофиях*. Докладчики демонстрировали два случая местной остеодистрофия типа Recklinghausen'a и один случай генерализированной формы деформирующего остита типа Page'a; клинически было предположено: выпяс и хронический ревматизм. Рентгеновское обследование обнаружило у первых двух больных дистрофические процессы с образованием кист в области голени и тазобедренного сустава. В третьем случае—атрофические и гипертрофические процессы в области нижних конечностей, грудины, а также ограниченный атрофический участок с кистами в черепной крышке.—*Прения:* д-ра Гринбарг, Хорош, пр.-доц. Гасуль и проф. Клячкин.

2) Д-р А. Б. Коленько. *Лечение трахомы ионофорезом*. Недостаточное применение ионофореза в глазной практике мало понятно, т. к. роговица и конъюнктив, имея характер слизистой, пропускают почти все ионы. Под наблюдением было 53 человека. Употреблялся Wirtz'овский конъюнктивальный электрод, электролиты: Sol. Cupri sulfur $\frac{1}{3}\%$, sol. Natr. jodati $\frac{1}{3}$ и 2% , sol. Zinci sulfur. $\frac{1}{3}\%$. Отмечалось уменьшение зерен (полного исчезновения не отмечалось), истончение рубцов, повышение зрения, исчезновение провачевских включений. Результаты стойкие, ободряющие (наблюдение 9 мес.).—*Прения:* Проф. Адамюк, д-ра Гринбарг, Клячкин, Хорош и пр.-доц. Гасуль, отметивший, что рентгенотерапия и физиотерапия тоже дают только ободряющие результаты.

Секретарь Я. Хорош.

Хроника.

123) Коллегия НКЗдрава РСФСР признала необходимым создать в Москве с будущего учебного года *Государственный институт врачебных кадров*. Президиум Моссовета также принял решение реорганизовать курсы по усовершенствованию врачей в Институт врачебных кадров. Базой для Института явятся институты и профилактические учреждения НКЗдрава и Моссовета.

124) В связи с имеющимся некомплектом в РККА медврачей РВС СССР разрешил *принимать в добровольном порядке* с зачислением непосредственно на *штатные врачебные должности в кадры РККА медицинских врачей*, обязанных прохождением военной службы в порядке раздела X закона об обязательной военной службе, причем не прошедшие в вузе высшей допризывной подготовки могут зачисляться по истечении 2-х месяцев строевой подготовки. Согласно разъяснения Главного управления РКК от 2 февраля с. г. за № VVI I 0,302, прием указанных врачей в кадры РККА в качестве добровольцев может производиться в течение всего года, вне зависимости от общеустановленных сроков призыва. Принимаемые в порядке указанного выше распоряжения медицинские врачи обязаны прослужить в кадрах РККА не менее 2 лет (ст. 193 закона об обязательной военной службе).

125) Ленинградский венерологический институт объявляет, что при Институте открыто *консультационное бюро для венуерезденций* и врачей-венерологов. Бюро дает через научных сотрудников Института письменные справки в области венерологии и дерматологии: по вопросам социальной патологии, профилактики, диагностике, терапии, серологии, в области экспериментальных исследований, юридические советы в данной области и проч. Просьба все запросы направлять в письменной форме по адресу: Ленинград, Фонтанка, 166. Областной венерологический институт, консультационное бюро. Ученому секретарю. Ответ высылается письменно не позднее 10-дневного срока.

126) В Киеве выпущена *учебно-медицинская фильма «Механизм нормальных родов»*. Фильма выполнена на фабрике Вуфку, под руководством консультанта проф. Г. Ф. Писемского и д-ра Е. Я. Янкевича и состоит из вступления и 5-ти частей. Во вступлении демонстрируются два основных конституциональных типа женщины: пикнический тип, как наиболее приспособленный к дето-

рождению, и менее приспособленный—астенический тип. В первой части представлено строение костного таза и мягких родовых путей женщины. Сюда входит изучение отдельных костей таза, которые затем на экране соединяются и образуют тазовое кольцо. Показаны всевозможные распилы и размеры костного таза. Известным в кинематографии способом обратной съемки представлено постепенное наложение на костный таз мышц, фасций и кожи, что дает ясное представление о строении тазового дна и промежности. 2-я часть фильма посвящена плоду, как объекту родов. Демонстрируются все размеры плода, с обращением особого внимания на головку и ее опознавательные пункты. В 3-й части разобраны три периода родов: раскрытие, изгнание и последовый период. Период раскрытия представлен мультипликационным способом, позволяющим проследить работу мышц и постепенное растягивание шейки матки плодным пузырем. Периоды изгнания и моментов механизма родов по Красовскому. Механизм сгибания и поворота головки и туловища ребенка при прохождении через родовой канал сработан мультипликационным способом с рентгеновских снимков. В последней 5-й части демонстрируются те же роды, но заснятые с натуры рапиднаппаратом, т.е. таким способом, который дает возможность разлагать быстрые движения на составные элементы, благодаря чему в этой части фильма можно проанализировать механизм раскрытия половой щели, растяжения промежности и детали прорезывания головки.

Следует отметить исключительное значение этой фильма, как пособия на лекциях для студентов медиков и врачей.

127) В Иркутске все хирургические отделения больниц и клиник переполнены больными с аппендицитом; больше половины всех больных приходится на случаи аппендицита. Научно-медицинское общество поставило задачей изучить вопрос массового распространения аппендицита в городе. Был объявлен диспут на тему „Аппендицит в Иркутске“, к которому собран большой материал больными, клиниками и амбулаториями.

128) Азербайджанский соцстрах значительно увеличил работу среди кочевников. 500 батраков и кочевников направлены в дома отдыха, 30—в санатории. В одном только Гянджинском округе будет охвачено соцстрахованием 1200 кочевников-бедняков. Наркомздрав Азербайджана организует 6 медицинских отрядов, в которые войдут более 100 медработников по всем специальностям.

Наркомздрав Грузии для обслуживания кочевников организовал изоляционно-пропускные пункты в горах. Один из таких пунктов организуется у Дарьяльского ущелья, через которое кочевники пройдут с зимних кочевков на летнее пастбище, расположенное по склонам главного Кавказского хребта. По пути следования кочевников лечебно-профилактические учреждения будут наблюдать за состоянием здоровья горцев, оказывать им медпомощь, изолируя заразных больных. На кочевках организуются семь женских и детских консультаций, двое детских яслей и 11 передвижных, врачебных и фельдшерских пунктов. 11 районных медпунктов уже обслуживают кочевников. В Борчалинском районе в горы перебросены существующие сельские пункты.

129) Химико-бактериологический институт Туркменской ССР отправляет экспедицию в районы Теджена, Тахта-Базар и Байрам-Али для изучения и профилактики тропической малярии, пенинги и кишечных заболеваний. Экспедиция поведет упорную борьбу и с сибирской язвой, распространенной в этих местах. Попутно будет вестись борьба с сифилисом и накожными заболеваниями и будет изучаться быт населения.

130) Главная инспекция гражданского воздушного флота начала опыты по применению самолета для опьления малярийных местностей. Самолеты с опылителями в первую очередь направляются в районы строительства рисовых совхозов, где в связи с наличием заливных плантаций ожидается появление большого количества малярийных комаров.

131) В полеводческих колхозах вводится культура лекарственных растений. В Усманском и Россошанском округах приступлено к организации колхозов с лекарственно-сырьевым уклоном. Введены культуры лечебной ромашки, валерьяны, белладонны, наперстянки, шалфея и проч. В 1930 г. намечена контрактация 550 гектаров этих культур.

132) Институтом прикладной ботаники организуются широкие опыты по культуре хинного дерева на Черноморском побережье.

133) В нынешнем году значительно увеличивается экспорт лекарственных трав, произрастающих на юге Уссурийского края и применяемых в тибет-

ской медицине. Предполагается экспортировать большое количество корня „хуанци“, применяемого в китайской медицине в качестве желудочного средства.

134) В Ученом медицинском совете постановлено повести широкое *опыты по применению бриллиантовой зелени* не только в научных институтах, но и в практических учреждениях и введение ее в практику *вместо дорого стоящего иода* для дезинфекции операционного поля. Однако, в тех случаях, где подтаянная тинктура употребляется в качестве раздражающего средства, а также при применении иода внутрь—бриллиантовая зелень заменить его не может.

135) Пробный *микроскоп* изготовлен Ленинградским оптическим институтом. В дальнейшем этим институтом предполагается массовое изготовление микроскопов.

136) Лаборатория ультрафиолетовых лучей при Политехническом музее в Москве начала выпускать *нормальные кварцевые ртутные горелки медицинского типа*. До последнего времени эти горелки ввозились из-за границы.

137) Укрмедторгиромом открывается в Харькове *фабрика искусственных зубов*. Опыты изготовления закончились вполне удачно и теперь заканчивается оборудование фабрики. Все производство будет рассчитано на первый год на 1 миллион зубов при полной возможности дальнейшего расширения. Все сырье будет отечественного производства. При фабрике будет исследовательский кабинет для постановки научных опытов и исследований в области изготовления искусственных зубов.

138) Как сообщает прибавление к 3 рапорту „Comission on medical education 1929 г.“ в Северо-Американских Соед. Штатах также поднят вопрос о *реформе медобразования*. Предполагается, что обще-биологические, предклинические предметы будут изучаться 3—4 года, затем 4 года клиника и 1—2 г. ассистентуры в больницах.

139) Dornedden в № 25 „Reichsgesundheitsblatt“ опубликовал *статистику врачей в Германии*. Число врачей возросло с 15824 в 1887 г. до 45958 в 1928 г. На 10000 жителей приходилось тогда 7,2 врача, теперь 33 врача, т. е. на каждого врача было раньше около 3000 жителей, теперь 1400 жителей. В 1909—1913 г.г. на одного врача-женщину приходилось 26,5 врачей-мужчин, в 1928 г. только 5,4. Из всего числа врачей 63% находится в городах и 37% в сельских местностях; из врачей-женщин 79% в городе. В 1887 г. в Германии было зарегистрировано 1713 лечащих знахарей. В 1928 г.—12000, т. е. на 10000 жителей имеется 1,9 знахаря и на 10 врачей 2,64 знахаря.

140) В № 28 „Münch. med. Wochenschr“ Dr. Seckendorf напоминает о своеобразном юбилее. В настоящем году исполняется *400 лет со времени появления названия „Syphilis“*. Этот термин впервые упоминается в вышедшей в Вене в 1530 г. книге знаменитого средневекового врача Fracastorius'a (1483—1563): „Syphilis sive morbus gallicus“. Fracastorius вообще известен как выдающийся знаток заразных болезней; в его книге „De contagione et contagiosis morbis“ впервые доказывается, что каждая заразная болезнь имеет свой болезненный зародыш, что заразные болезни распространяются через соприкосновение, через воздух. Лингвистическое происхождение слова „syphilis“ до сих пор остается спорным: производят это слово от греческих слов *sypho* и *philein* (со—любить), или от *syphlos*—скверный, безобразный, однако, считываясь в произведении Fracastorius'a, Dr. Seckendorf думает, что вероятнее, что слово „syphilis“ надо производить от арабского слова „sufloj“—нижний, низший, т. е. связанный с нижним, inferнальным, сатанинским миром.

141) Происходивший с 20 по 26 июля в Астрахани 3-й Поволжский *Съезд врачей* собрал 862 участника; из которых 460 приезжих. На 6 пленарных заседаниях заслушано 15 основных докладов, из них 5 по диалектическому материализму. В секциях заслушано 353 доклада. Следующий IV-й Поволжский съезд предполагается в 1932 г. в Сталинграде.

Большой интерес представляет резолюция съезда по докладу о диалектике в медицине: „I. Съезд считает ближайшей задачей широкое развертывание политико-просветительной работы среди врачебной массы и решительную борьбу с контрреволюционными настроениями, имеющими место среди отдельных врачей, прикрывающих свою реакционность показной лояльностью и апатичностью.“

2. Съезд обращает особое внимание на необходимость для каждого советского врача самой энергичной работы по антирелигиозной пропаганде, особенно на колхозном фронте и внедрение материалистического мировоззрения в крестьянские массы.

3. Съезд считает, что как теоретическая медицина, так и ее прикладные отрасли должны самым решительным образом перестроиться на базе диалектического материализма и выводиться до конца из под влияния как идеалистических, так и вульгарно механистических влияний. Только такая перестройка сможет вывести медицину из переживаемого ею затяжного кризиса и обеспечить ей возможность идти в ногу с революционными темпами строительства в нашей стране и борьбой за социализм во всем мире.

4. Констатируя во врачебной массе рост интереса к вопросам диалектического материализма, Съезд призывает всех врачей и, в первую очередь—руководителей медицинской науки и практики—активно приступить к изучению диалектического материализма путем самообразования, организации кружков, записи на значные курсы и т.п., не ссылаясь на отсутствие специальных кадров руководителей.

5. Съезд призывает все научные ассоциации врачей и научно-медицинские общества уделить в программах своей деятельности максимальное внимание разработке конкретных медицинских проблем под углом зрения диалектического материализма, обеспечивая эту разработку соответствующими организационными мероприятиями.

6. Съезд считает необходимым, чтобы изучение диалектического материализма и внедрение его в повседневную работу получили самое широкое распространение и деятельности научно-исследовательских медицинских институтов, клиник, теоретических кафедр с обязательным выделением для этой цели необходимых средств.

7. Съезд призывает редакции общих и специальных медицинских журналов и медицинских издательств не ограничиваться эпизодическим помещением статей о диалектическом материализме, но обеспечить систематическое освещение вопросов теоретической и практической медицины с точки зрения диалектического материализма и всячески стимулировать научную работу в этом направлении.

8. Съезд считает необходимым включение в программу будущего Поволжского съезда—как общих докладов по вопросам диалектического материализма, так и специальных тем, которые должны быть разработаны с этой точки зрения.

142) *IX Всесоюзный съезд гинекологов и акушеров* предполагается созвать в середине сентября 1931 г. В программе: родоспособность в СССР в общем плане охраны и материнства и младенчества, рак матки, искусственный аборт, как источник заболеваемости женщины, внематочная беременность.

143) Оргбюро *I-го Всесоюзного Онкологического съезда* просит прислать заявки на доклады не позже 15 октября. Причем напоминает постановление комиссии по созыву съезда, которое признало необходимым: 1) сконцентрировать внимание съезда на общих онкологических проблемах, 2) не допускать докладов имеющих казуистический характер, 3) чтобы съезд дал основную теоретическую и практическую установку для научной и практической работы в области изучения и борьбы со злокачественными новообразованиями, 4) осветить вопрос о злокачественных новообразованиях, как о социальном заболевании. Секретарь Оргбюро д-р Поголовский И. Харьков, Пушкинская, 53.

144) *I-й Съезд по прикладной психофизиологии и психотехнике* состоится в декабре 1930 г. в Ленинграде. Основные разделы, по которым будут группированы доклады: 1) профессиональное и профессиография, 2) профессиональный отбор и проф. ориентация, 3) прикладная психофизиология и психотехника в деле изучения социалистических форм труда (соц. соревнование, ударничество, выдвиженчество), 4) психофизиология труда и его рационализация (утомляемость, упрямяемость и др.) и 5) организация психотехнической работы в СССР. Сведения о докладах и тезисы не позднее 1 октября по адресу: Ленинград, ул. Марата, 35, кв. 27 Н. А. Митникову.

145) В конце ноября тек. года в Казани созывается конференция санитарно-профилактических работников, посвященная главным образом вопросам гигиены и патологии труда, затем коммунальной гигиене, эпидемиологии, санитарной статистике. Организуют конференцию ТНЗ, ТНКТ, Крайсоцстрах. Целесообразность созыва такой конференции диктуется необходимостью подытожить работу санпрофорганизаций и органов охраны труда, выявить достижения и недостатки, наметить пути будущей деятельности. Оргкомитет наметил следующие программные вопросы конференции: 1) Охрана труда в ТР. Работа инспекции, пунктов первой помощи, комиссий по охране труда; 2) санитарное состояние промпредприятий по данным обследований Института НОТ и соц. гигиены; 3) проблемы физиологии, патологии, психофизиологии и гигиены труда по материалам исследовательских учреждений Казани; 4) проблема диспансеризации ле-

чебной помощи; 5) профзаболеваемость, инвалидность, их учет, методы изучения, роль в этом отношении пунктов первой помощи и Страхакас; 6) промышленный травматизм; роль пунктов первой помощи в изучении и предупреждении его; 7) проблемы коммунальной санитарии, жилищного строительства, общественного питания промышленных и с/х рабочих; вопросы эпидемиологии; 8) вопросы санитарной статистики. Заявки о докладах необходимо сделать не позже 1 октября по адресу: Казань, Галактионовская, 14, Институт научной организации труда.

146) Женевский анатом проф. A. Skapazy выступил инициатором основания интернационального общества патологической географии. В будущем году в Женеве состоится собрание инициаторов.

147) На состоявшемся конкурсе НКЗдрава за лучшие работы из области зубоврачебной науки и зубоврачебного строительства присуждены премии: доценту д-ру Г. Л. Фельдману за работу „Современное состояние консервативного зубоврачевания в свете экспериментальных данных“ и проф. Д. А. Энтин у за работу „Физико-химическая теория кариеса“ и ему же за киносценарий „Бунт зубов“ присуждена 2-я премия (Одонто. и стомат. № 2, 1930 г.).

148) Книга проф. Р. А. Лурья „Сифилис и желудок“, появившаяся в немецком издании под заглавием „Syphilitische und syphilogene Magenkrankungen“, удостоена премии в комиссии по премированию научных работ Наркомпроса и ЦЕКУВУ.

149) 31/VII в Вене праздновалось 70-летие знаменитого хирурга v. Eiselsberg'a.

150) Памяти умершего 30/VI 29 г. Г. А. Ефрона посвящен вышедший недавно № 2—1930 г. журнала „Одонтология и стоматология“.

151) На Памире зверски убит молодой врач-общественник В. Я. Спажеев. Покойный работал третий год в Таджикской ССР по изучению зоба. Переехавшись на Памир, он проводил научную работу в невероятно тяжелых условиях, отрезанный от всего мира, в мрачной горной кибитке без окон, с очагом посредине, с лучиной вместо лампы, без книг и т. д. Покойный пользовался большим авторитетом среди дехканства. Он вел большую общественную работу, был избран зам. пред. ВИК'а и много способствовал советизации района. Баи и бывшие эмирские чиновники, а также ишаты (знахари) решили избавиться от энергичного советского работника. По их поручению банда басмачей буквально растерзала кинжалами д-ра Спажеева, убила комсомольца таджика, секретаря ВИК'а, ранила несколько человек, бросила труп д-ра Спажеева в реку и бежала в Афганистан.

152) Умерли: В Ленинграде—патолого-анатом и бактериолог проф. Кубанского мед. института С. Г. Кулеша (64 л.), в Днепропетровске—профессор педиатрии М. Ф. Руднев, в Вене—проф. F. g. Schlagenhaufen (64 л.), известный своими исследованиями по биологии гонококка и патологической анатомии гонорреи, в Гейдельберге—проф. A. Homburger (57 л.), известный педолог-психиатр, в Стокгольме офтальмолог проф. A. Gullstrand (68 л.), получивший в 1911 г. Нобелевскую премию за свои работы по диоптрике глаза.

Журналы, поступившие в редакцию по 1/VIII 1930 г.

1. Annales de Médecine №№ 1—5.
2. Annales de L'Institut Pasteur, №№ 1—6.
3. Acta Medica Scandinavica, вып. I—IV.
4. Bratislavské Lekarske Listy, №№ 1—7.
5. Archives, Société des sciences Médicales, № 1.
6. Архив биологических наук, т. XXX, вып. I, III.
7. Bollettino dell'Istituto sieroterapico Milanese. Pubblicazione Italiana di batteriologia ed immunologia, Fasc. IV—V.
8. Врачебная газета, №№ 1—14.
9. Врачебное дело, №№ 1—9.
10. Вестник хирургии и пограничн. областей №№ 1—6.
11. Венерология и дерматология, №№ 1—3.
12. Вопросы здравоохранения (теперь „На фронте здравоохранения“), №№ 1—10.
13. Вестник Казанского института НОТ, №№ 1—2.
14. Вестник здравоохранения Нижне-волжского края, №№ 1—6.

15. Вестник рентгенологии и радиологии, т. VIII, вып. 1, 2.
16. Вопросы туберкулеза, № 1.
17. Вестник микробиологии, эпидемиологии и паразитологии, т. IX, вып. I.
18. Военно-санитарное дело, №№ 1—2, 3.
19. Гинекология и акушерство, № 3.
20. Гигиена, безопасность и патологии труда, №№ 1—6.
21. Der praktische Arzt, №№ 1—12.
22. Журнал акушерства и женских болезней, №№ 1, 2, 3.
23. Журнал ушных, носовых и горловых болезней, №№ 1—2, 3—4.
24. Jornal dos Clinicos №№ 1—12.
25. Журнал научной и практической ветеринарной медицины, т. II (XI) вып. 1—2.
26. Журнал микробиологии и иммунологии, т. VII, в. 1, 2.
27. Журнал по изучению раннего детского возраста, №№ 1, 2.
28. Журнал современной хирургии, т. V, вып. 3.
29. Здравоохранение Средне-восточного края, №№ 1—10.
30. Casopis Lékařův Českých, №№ 1, 10, 14, 18, 23, 27.
31. Клиническая медицина, №№ 1—11.
32. Курортно-санитарное дело, 1, 2.
33. Московский медицинский журнал, №№ 1—4.
34. Medizinische Welt №№ 1—31.
35. Медицинская мысль Узбекистана, №№ 4—6.
36. Микробиологический журнал, т. X, вып. I.
37. Long Island Medical Journal, № 1.
38. Новый хирургический архив, №№ 1—6.
39. Norsk Magasin Laegevidenskaben, №№ 4, 5, 6.
40. Ose-Rundschau, №№ 1—6.
41. Одонтология, №№ 1—2.
42. Одесский медицинский журнал, №№ 1—2.
43. Охматдитиоздп, №№ 1, 2.
44. Ортопедия и травматология, № 1.
45. Одонтология и стоматология, №№ 1, 2, 3.
46. Профилактическая медицина, №№ 1—5.
47. Просвещение и Жизнь, №№ 1, 2, 3—4.
48. Pathologica, №№ 4, 5.
49. Русский офтальмологический журнал, №№ 1—6.
50. Revue v neurologii i psychiatrii, №№ 1—5.
51. Revue française de Gynécologie et d'Obstetrique, №№ 1—6.
52. Русский вестник дерматологии, №№ 1—4.
53. Русская клиника, № 1.
54. Revue Belge des Sciences Médicales, №№ 1—5.
55. Советский врач, №№ 1—9.
56. Советская медицина, №№ 1, 2—3.
57. Сибирский медицинский журнал, №№ 1, 2, 3, 4.
58. Современная психоневрология, №№ 1, 2, 3, 4—5.
59. The national Medical Journal of China, №№ 1, 2, 3.
60. Therapeutische Berichte, №№ 1—6.
61. Танамедрове медицина, №№ 1, 2, 3—4.
62. The Bulletin Battle Creek Sanitarium Clinic, vol. XXIV, № 4, vol. XX V, № 2.
63. Терапевтический архив, №№ 1, 2.
64. Труды института экспериментальной ветеринарии, т. VI, вып. 1, 2.
65. Теория и практика физкультуры, №№ 1, 2, 3, 4.
66. The American Review of Tuberculosis, №№ 5, 6.
67. Украинский офтальмологический журнал, №№ 1, 2.
68. Pharmazeutische Presse, №№ 1—29.
69. Центральный медицинской журнал, т. V, вып. 1, 2, 3, 4, 5, 6.
70. Zentralblatt für Chirurgie, №№ 1—30.
71. Hygeia (Чикаго), №№ 1—7.