

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского института усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина и Совета научных медицинских обществ
Татарской АССР

3

Май — июнь

1941

(Год издания XXXVII)



НАРКОМЗДРАВ СССР

Государственное издательство медицинской литературы

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Проф. В. В. Строганов (Ленинград). Академик Иван Петрович Павлов и развитие его „научного наследия“	3
А. М. Павлова (Ленинград). Учение академика И. П. Павлова о типах нервной деятельности и	10
Проф. Н. Е. Осокин, В. С. Архангельская-Лапидус, Е. М. Довгялло и Л. И. Ремез (Москва). К лечению люмбоишиалгий	14
А. Д. Холявкин (Казань). К этиологии и патогенезу синдрома Эди	16
А. А. Славин и Б. Г. Мокеев (Казань). О влиянии пневмо-энцефалографии на состояние гемато-энцефалического барьера	18
Проф. Ф. Г. Мухамедьяров (Казань). Эндемический зоб в Марийской АССР и результаты борьбы с ним	23
Проф. В. В. Гориневская (Москва). Военно-полевая хирургия и роль врача (не хирурга) на фронте.	29
Г. Ф. Николаев. О хирургической работе в войсковом районе (из опыта работы на ДПМ)	39
Ю. А. Ратнер (Казань). Применение сальника в лечении инфицированных ран и язвенно-дистрофических процессов	45
В. М. Осиповский (Казань). Ампутация конечностей под местным обезболиванием по методу ползучих инфильтратов.	50
Засл. деят. науки ТАССР проф. И. Н. Олесов (Казань). Эфедрин в терапии зудящих дерматозов	52
Ц. Ю. Ротштейн и В. С. Крылова (Казань). Лечение чесотки по методу проф. К. А. Дьякова	55
Т. М. Юринов и В. С. Крылова (Казань). О лечении красной волчанки акрихином	57
Т. М. Юринов (Казань). Лечение псориаза акрихином	60
М. Д. Шмагина (Казань). О лечении карбункулов	62

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ.

П. Д. Яльцев (Владивосток). К рентгенодиагностике диафрагмальных грыж	65
Б. Н. Агриколянский (Казань). Остановка легочных кровотечений при облитерации плевры	68
Д. О. Альтштейн (Ялта). О так называемой эссенциальной гематурии или гематурии из малого очага	69
В. С. Юров (Сталинград). Абсцесс Броди	70
Ф. Котельников (Магнитогорск). Блефаропластика при рубцовых выворотах свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гельдфедеру	72
Г. А. Плоткин (Москва). Лечение грибковых поражений ногтей 50% пироголовой мазью по способу д-ра А. М. Ариевича	73
С. И. Линтварев (Саратов). Множественный доброкачественный милиарный люмпид Бэка	74

ОБЗОРЫ, РЕЦЕНЗИИ, РЕФЕРАТЫ И ПРОЧ.

Н. С. Сысак (Казань). Патогенез мозговой апоплексии	76
Г. Ю. Малис (Ленинград). Из истории переливания крови в терапии психозов	79
РЕЦЕНЗИЯ. Е. Лепский Ф. И. Зборовская. Организация лечебно-профилактической помощи детям	81

ТЕЗИСЫ ДИССЕРТАЦИЙ:

Доц. В. Г. Потапов. Материалы к изучению эхинококковой болезни в Крымской АССР	82
Врач В. М. Медведев. К вопросу о химической природе активного вещества, появляющегося в симпатич. узле во время раздражения его преганглионарных путей	83

РЕФЕРАТЫ

а) терапия	83
б) хирургия	86
в) гонорея	89

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

Засед. хирург. об-ва от 26.I, 13.III, 21.III. 1941 г.	90
Засед. об-ва микробиол., эпид. и инфекционистов от 17.III, 15.IV и 14.V—1941 г	92
ХРОНИКА	93
Н. Н. Аксенова. Указатель литературы по бруцеллезу за 1940 г.	95

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского института усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина и Совета научных медицинских обществ
Татарской АССР

РЕДАКЦИЯ

заслуженный деятель науки проф. **Е. М. Лепский** (ответств. редактор),
доц. **Г. Г. Кондратьев** (ответств. секретарь), доц. **Д. Е. Гольдштейн**,
проф. **К. А. Дрягин**, заслуж. деят. науки проф. **А. Н. Миславский**,
заслуж. деят. науки проф. **В. К. Трутнев**

3

1941

(Год издания XXXVII)



КАЗАНЬ

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ БЛИЖАЙШЕЕ УЧАСТИЕ:

Заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Ф. Агафонов, профф. В. Е. Адамюк, А. Д. Адс, заслуж. деят. науки ТАССР проф. С. М. Алексеев, профф. М. П. Андреев, С. М. Арановский, засл. деят. науки ТАССР проф. З. Н. Блюмштейн, проф. Л. М. Броуде, заслуж. деят. науки РСФСР проф. И. П. Васильев, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. В. Вишневский, проф. Б. А. Вольтер, доц. Н. И. Вылегжанин, профф. Р. Р. Гельтцер, Б. Г. Герцберг, Б. С. Гинзбург, доц. М. И. Гольдштейн, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Н. К. Горяев, проф. А. Д. Гусев, заслуж. деят. науки ТАССР проф. В. А. Гусынин, заслуж. деят. науки РСФСР проф. И. В. Домрачев, профф. В. И. Катеров, А. В. Кибяков, доц. Л. Н. Клячкин, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. Ф. Козлов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Р. И. Лепская, профф. Н. Н. Лозанов, И. К. Лукьянов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Б. Л. Мазур, профф. З. И. Малкин, П. В. Маненков, В. К. Меньшиков, заслуж. деят. науки ТАССР проф. В. В. Милославский, проф. Н. А. Михеев, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Н. Мурзин, проф. Ф. Г. Мухамедьяров, доц. М. В. Нежданов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. Н. Олесов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Л. И. Омороков, проф. Я. Д. Печников, доц. Д. Е. Потехин, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. И. Русецкий, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Ю. А. Ратнер, проф. Э. Ф. Ротермель, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Н. В. Соколов, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Г. Терегулов, проф. В. Н. Терновский, проф. Л. И. Шулутко.

Всю корреспонденцию направлять по адресу: Казань,
ул. Толстого, № 4/14.

По вопросам подписки и доставки обращаться по адресу:
г. Казань, ул. Баумана, Дом печати, Газетно-журнальная
экспедиция.

Клиническая и теоретическая медицина

Проф. В. В. СТРОГАНОВ

Академик Иван Петрович Павлов и развитие его научного наследия

(К пятилетию со дня смерти)

Физиологический институт им. ак. И. П. Павлова Академии Наук СССР (директор института — акад. Л. А. Орбели)

Продолжительная и необычайно целеустремленная научная деятельность академика Ивана Петровича Павлова охватила своим плодотворным влиянием основные разделы физиологической науки. В каждой области, которой касались его изощренная наблюдательность и мастерство экспериментатора-виртуоза (пищеварительный тракт, сердечно-сосудистая система и пр.), он создавал новое и открывал новые перспективы дальнейшего изучения.

Громадное положительное влияние на общее содержание и направление его научной работы имело полученное им не только естественно-научное, но и медицинское образование. Оно дало ему возможность долгие годы (с 1878 г.) проработать в лаборатории при клинике Сергея Петровича Боткина. В своей автобиографии Иван Петрович говорит: „Я считаю время, здесь проведенное, очень полезным для моего научного будущего. Я работал тут, не разбирая: что мое, что чужое. По месяцам весь мой лабораторный труд уходил на участие в работах других“. ¹⁾

Характерной чертой научных открытий И. П. Павлова, непосредственно связанной и вытекающей из сказанного, оставалась и впредь постоянная связь их с очередными задачами медицины, как практической науки.

При всех блестящих достоинствах каждой работы великого ученого, сделавшегося признанным „первым физиологом мира“, проблему изучения высшей нервной деятельности животных, которой были посвящены последние 35 лет упорного труда Ивана Петровича, следует считать венцом его научного творчества.

Учитывая фактическое отсутствие физиологии мозга, как сложнейшего и важнейшего отдела физиологии, к концу XIX века, мы должны признать величайшим научным дерзновением Ивана Петровича его речь на Международном медицинском конгрессе в Мадриде в апреле 1903 года: „Экспериментальная психология и психопатология животных“, где он впервые обосновывает „объективный“, чисто физиологический подход при изучении не только психических, но и психопатологических явлений у животных, как явлений „сложно-нервных“, как функции коры больших полушарий животных и человека.

¹⁾ Товарищеская памятка врачей выпуска 1879 года. Петербург. 1904 г.

Мадридская речь Ивана Петровича и вся его последующая работа открыли современному естествознанию запертую ранее классовой наукой буржуазного общества дверь к непосредственному изучению мозга, как органа мышления, как материи, „достигшей в своем развитии высокой степени совершенства“.

Значение учения об условных рефlekсах не ограничивается тем, что создан и разработан новый и самый сложный отдел физиологии.

В классическом по точности формулировок и сжатости изложения труде И. В. Сталина „О диалектическом и историческом материализме“ сказано: „Марксистский философский материализм исходит из того, что материя, природа, бытие представляет объективную реальность, существующую вне и независимо от сознания, что материя первична, так как она является источником ощущений, представлений, сознания, а сознание вторично, производно, так как оно является отображением материи, отображением бытия, что мышление есть продукт материи, достигшей в своем развитии высокой степени совершенства, а именно—продукт мозга, а мозг—орган мышления, что нельзя поэтому отделять мышление от материи, не желая впасть в грубую ошибку“¹⁾.

Изучением мозга, как органа отражения внешнего мира животным и человеком, устанавливающего взаимосвязь организма с внешним миром, Иван Петрович выходит за пределы буржуазной классовой науки и становится великим современником нового нарождающегося общества, совершившего под руководством партии Ленина-Сталина Великую Октябрьскую социалистическую революцию, становится корифеем советской науки.

Данному разделу работ, как основному научному наследию акад. И. П. Павлова, мы и посвящаем настоящую статью.

II

Еще в 1925—26 гг., систематизируя громадный, собранный им совместно со своими многочисленными учениками и сотрудниками экспериментальный материал для первого издания „Лекций о работе больших полушарий головного мозга“, Иван Петрович со свойственной ему четкостью отметил границы избранного им пути исследования, не отрицая возможности и целесообразности других путей. В заключительной части XXII лекции он допускает возможность исследования интересующего его круга жизненных явлений физико-химическим путем или путем сравнительно-физиологическим, сводя сложные явления живого вещества на свойства элементарных форм его, считаясь с фактом эволюции живого вещества.

„Наконец“, говорит он, „охватывая деятельность сложных конструкций во всем их действительном объеме, можно отыскивать строгие правила этой деятельности, или, что то же, констатировать все те условия, которые точно определяют течение деятельности во всех ее моментах и вариациях. Плоскость, на которой мы стояли, есть, очевидно, последняя плоскость“.²⁾

Приняв условный рефлекс за элементарную и специфическую функцию, выполняемую корой больших полушарий, являющуюся как бы

¹⁾ История Всесоюзной Коммунистической Партии (большевиков). Краткий Курс. 1938, стр. 107.

²⁾ „Лекции о работе больших полушарий головного мозга“. Стр. 328. Госуд. Изд-во 1927 года.

самой примитивной, самой простой формой, как бы элементом отражения внешнего мира головным мозгом животного, Иван Петрович со свойственной ему безграничной научной смелостью, страстностью, настойчивостью и последовательностью, шаг за шагом, в течение долгих лет работы выявлял основные закономерности работы этой наиболее совершенной и сложной формы материи.

Таким образом было установлено, что процессы возбуждения и торможения, происходящие в мозговом веществе коры больших полушарий, возникают и протекают у различных собак неодинаково, в зависимости от их индивидуальных особенностей, стоящих в связи с принадлежностью их к одному из четырех, выявленных экспериментально, типов нервной системы животных.

Быстрота образования и величина положительных и отрицательных условных рефлексов (процессов возбуждения и торможения) определяют собою силу или слабость нервных процессов, свойственных тому или другому индивидууму. Возможность быстрой или медленной смены одного процесса процессом противоположного знака характеризует большую или меньшую подвижность данной нервной системы. Уравновешенность высшей нервной деятельности определяется сравнительной степенью развития процессов раздражения и торможения.

Таким образом, в соответствии с четырьмя типами темпераментов Гиппократ (сангвиники, флегматики, холерики, меланхолики), школой ак. И. П. Павлова установлены четыре типа высшей нервной деятельности у подопытных собак. К сильным и уравновешенным относятся два первые (сангвиники и флегматики), из которых сангвиники характеризуются высокой подвижностью, а флегматики низкой подвижностью нервных процессов. Холерики характеризуются неуравновешенностью основных процессов с преобладанием процессов возбуждения, меланхолики — слабостью процессов с обычным преобладанием процессов тормозных. Установлены основные фазы развития нервных процессов в коре больших полушарий, причем в начале образования как раздражительного, так и тормозного процесса, они обладают свойством расплываться по мозговой массе (явление иррадиации), а при дальнейшем развитии сосредоточиваются, ограничиваясь все более и более (явление концентрации). Последнее связано с другим явлением, определяемым как взаимная индукция обратного знака (спонтанная и сукцессивная).

Таковы те основные „строгие правила деятельности“ коры больших полушарий головного мозга собаки, которые удалось установить в этих бесконечно сложных, переменных и зависящих от громадного количества переменных факторов явлениях мозга.

III

Создание нового раздела физиологии — физиологии коры больших полушарий головного мозга — потребовало громадного напряжения человеческой энергии. Потребовалась систематическая и упорная работа десятков преданных науке работников „под дирижерством“ величайшего мастера эксперимента и наблюдательности. Работа продолжалась более трех десятков лет. Учение об условных рефлексах приобрело своих горячих сторонников у нас и за границей. Оно было встречено злобными нападениями или тупым непониманием большинства представителей классово-враждебной, буржуазной науки Запада.

Учение об условных рефлексах в СССР не случайно пользуется огромной заботой и вниманием со стороны партии и правительства.

Для нас совершенно ясно, что учение об условных рефлексах является самым крупным, самым значительным вложением естествознания в сокровищницу не только общей культуры человечества, но особенно в золотой фонд марксистско-ленинской диалектики за истекшие 20—30 лет. Учение И. П. Павлова, открывая широкую дорогу для материалистического изучения мозга, этого основного инструмента „отражения“ внешнего мира сознанием человека, уже этим самым бьет в лицо всем и всяческим оттенкам идеализма, фидеизма, поповщины.

Однако, можно сказать, что создание физиологии коры мозга является лишь предпосылкой — началом разрешения поставленной И. П. Павловым на Мадридском конгрессе грандиозной задачи. Не нужно забывать, что даже в той области, которую он непосредственно разрабатывал, Иван Петрович считал, что „гора неизвестного явно надолго останется безмерно больше кусочков отторгнутого, познанного“.¹⁾

Отсюда ясна необходимость неослабного внимания, неустанной работы научной мысли, огромной организаторской энергии для успешного разрешения поставленных задач.

IV

Все шире развертывающаяся картина функций коры больших полушарий головного мозга, установление основных законов деятельности головного мозга, как наиболее сложного „куска материи“, позволили гениальному творцу учения об условных рефлексах подобрать такие условия эксперимента, которые оказывались непереносимыми для коры больших полушарий исследуемых животных.

Такие непереносимые условия эксперимента И. П. называл „трудными задачами“. После испытания „трудных задач“ животные на более или менее длительное время переставали давать нормальные условные рефлексы. Нормальная деятельность коры становилась неадекватной окружающему внешнему миру, действию обычных раздражителей. Открылась возможность экспериментально, но без всякого грубого нарушения целостности мозговой ткани, получать патологические ее состояния.

Одной из трудных задач при работе с собаками оказалось применение так называемых „сшибок“, суть которых заключалась в том, что непосредственно или через очень короткий промежуток времени после действия раздражителя одного знака (напр. тормозного) применяли условный раздражитель обратного порядка (положительный условный раздражитель). Некоторые собаки выдерживали такую резкую смену раздражителей, другие, наоборот, как бы „психически“ заболевали. Их условно-рефлекторная деятельность после применения „сшибки“ сразу резко изменялась. Условные рефлексы либо исчезали вовсе, либо изменялись в своем течении, показывая разные фазы изменений при раздражении обычными условными раздражителями.

Уже при жизни Ивана Петровича накопилось большое количество условий, срывающих нормальную жизнедеятельность коры. Возникло

¹⁾ Акад. И. П. Павлов. „Лекции о работе больших полушарий головного мозга“, стр. 344. Гос. Изд-во 1927 г.

изучение патологических состояний коры больших полушарий экспериментальных собак. Одновременно возникли попытки восстанавливать эти функциональные расстройства высшей нервной деятельности путем применения той или иной системы активных воздействий на данную собаку (отдых, сон, лекарственные вещества).

Наибольшее количество эффективных работ с получением патологических отклонений в работе коры больших полушарий собак было произведено совместно акад. И. П. Павловым и проф. М. К. Петровой.

Работа в этом направлении продолжает эффективно развиваться М. К. Петровой, и в настоящее время среди большого количества законченных ею экспериментальных работ следует отметить работы с изучением действия симпатомиметина проф. Чукичева (продукты гидролизного расщепления белков), вещества, специфически действующего на симпатическую нервную систему и одновременно, при определенной дозировке, способствующего восстановлению нормальных отношений при патологических состояниях коры. Данные работы представляют большой теоретический интерес. Они подтверждают взаимосвязь, существующую между функциями симпатической нервной системы и функциями коры, уже ранее предварительно установленную школой акад. Л. А. Орбели.

С другой стороны, они являются ярким примером выхода в практику итогов теоретических работ, поскольку упомянутый препарат нашел себе применение в клинике, в частности, в клиниках нервной и психиатрической.

В связи с экспериментальными функциональными нарушениями нормальной жизнедеятельности коры и последующего восстановления следует отметить, что встает ряд вопросов по более углубленному изучению физиологических механизмов происходящих „срывов“.

Физиологические механизмы, лежащие в основе „срывов“, т. е. в основе этих нарушений, не ограничиваются, повидимому, различием установленных типов высшей нервной деятельности. Они находятся также в несомненной связи с основными законами деятельности коры больших полушарий, т. е. с развитием нервного процесса, как единства двух противоположных явлений — возбуждения и торможения с возникающей на известном уровне этого развития „взаимной индукцией обратного знака“. Естественно, что значительная доля производимых работ ведется именно в этом направлении. Оно совпадает с высказанным еще акад. И. П. Павловым предположением, что „представления об основных процессах коры больших полушарий — раздражении и торможении, их движении и взаимной индукции должны измениться в смысле их сокращения“¹⁾.

V

Другое направление работ по изучению высшей нервной деятельности связано с дальнейшим углублением вопроса о типах нервной системы. Произведена систематизация тестов по определению типов высшей нервной деятельности у собак. Длительность и сложность некоторых из них является до последнего времени моментом, тормозящим развитие и без того трудоемких работ по условным реф-

¹⁾ „Двадцатилетний опыт“, стр. 473.

лексам. Вопрос об упрощении тестов стал актуальным для лабораторной практики. Помимо этого большое количество имеющихся переходных форм между основными установленными четырьмя типами заставляют обратить специальное внимание на детализацию и систематизацию этих отклонений.

Одновременно в работах этого же раздела подвергается изучению проблема экспериментального изменения типа нервной системы. Уже получены положительные данные о длительном изменении типа нервной системы как по показателям условно-рефлекторной деятельности данного подопытного животного, так и по его поведению. Так, в одной из недавно законченных работ собаку холерического типа путем длительного бромирования удалось на долгое время превратить в уравновешенное, спокойное животное. Ширится число работ, связанных с генетикой типов, с вопросом о наследственной передаче функциональных особенностей коры, задуманных еще Иваном Петровичем и привлекавших его особое внимание.

Третье направление — это изучение взаимосвязи между корой больших полушарий и нижележащими отделами центральной нервной системы, связи и влияния на работу коры внутренней секреции, связи и влияния на кору симпатической нервной системы. Исследования развернуты по изучению влияния на кору гипофиза, щитовидной и парашитовидной желез, панкреатической железы, надпочечников и т. д.

Одновременно ведется значительное число работ по изучению влияния на высшую нервную деятельность разнообразных внешних факторов, как напр. влияния лучистой теплоты, ультра-коротких волн, лучей Рентгена, действия некоторых газов, статической работы и др.

Таким образом, новый отдел физиологии начинает сближаться с другими физиологическими проблемами, учение об условных рефлексах становится органической частью всей физиологии, деятельность коры связывается с другими функциями организма.

Изучение влияния внешних факторов несомненно будет иметь большое практическое значение в круге вопросов, связанных с рационализацией труда, с гигиеной труда.

Четвертое направление исследовательской работы по изучению высшей нервной деятельности ведется в эволюционном разрезе. Уже акад. И. П. Павлов включил в круг изучения разных представителей позвоночных животных, напр. грызунов (мышей) и человекообразных обезьян. К настоящему времени круг изучения в этом направлении значительно расширен. В быв. Колтушах организована орнитологическая лаборатория для изучения птиц, у которых внешние реакции и поведение в почти равной степени определяются как наследственными, безусловными рефлексам (инстинктами), так и условными, приобретаемыми в процессе индивидуального развития. Ведется также изучение насекомых, поведение которых, взаимосвязь которых с внешним миром определяется почти полностью наследственными рефлексам, инстинктами.

Не менее важны работы по изучению развития рефлекторной деятельности в процессе онтогенетического развития отдельных видов животных. Группа последних работ представляет выдающийся теоретический интерес и несомненно будет способствовать значительному углублению наших знаний об основных функциях коры больших полушарий.

VI.

Самостоятельной группой постепенно развивающихся и углубляющихся работ является специальное изучение высшей нервной деятельности человека.

Творец учения об условных рефлексах в течение долгого времени полагал, что всестороннее объективное изучение высшей нервной деятельности явится достаточным для заложения подлинно физиологических основ психологии. Только в последние годы он высказал мысль о возможности и целесообразности параллельного изучения как физиологических нервных отношений, так и субъективных изменений в ощущениях и восприятиях человека.¹⁾ В современных лабораториях И. П. Павлова, руководимых акад. Леоном Абгаровичем Орбели, этот кардинальный вопрос естествознания поставлен на очередь ведущимися экспериментальными работами по изучению отдельных корковых процессов и качества возникающих ощущений, по электрофизиологическому исследованию взаимодействия разных участков коры больших полушарий и т. д.

Ведется работа по наблюдению за высшей нервной деятельностью детей раннего возраста, закончен ряд работ по изучению разных фаз сна у человека.

В течение последнего времени восстановлена работа в нервной и психиатрической клиниках, где предполагается применить некоторые физиологические методы исследования.

Большое внимание уделено разработке вопроса об органических и функциональных нарушениях при психозах.

Такова общая картина работы, осуществляемой теперь Физиологическим институтом и лабораториями, руководимыми академиком Л. А. Орбели, в части изучения высшей нервной деятельности животных и человека.

Нужно, кроме того, иметь в виду, что помимо этих лабораторий ряд учеников Ивана Петровича ведет самостоятельную разработку проблемы высшей нервной деятельности, продолжая и развивая круг начатых ими ранее работ как в Москве и Ленинграде, так и в других крупных центрах нашей страны.

Вся эта работа является фактической реализацией плана, намеченного еще в 1936 году старейшим учеником и продолжателем дела акад. И. П. Павлова академиком Л. А. Орбели. Только этот основной комплекс производимых работ уже показывает, что благодаря заботе и вниманию к нему со стороны партии и правительства, дальнейшее развитие учения великого физиолога в СССР обеспечено.

Ленинград, Васильевский Остров, 2 линия д. 1/3, кв. 6.

1) „Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных“. Изд. 6, 1938 г., стр. 534.

„О возможности слияния субъективного и объективного“. 1933 г.

Д-р мед. наук А. М. ПАВЛОВА

Учение академика И. П. Павлова о типах нервной деятельности

Разрабатывая учение о высшей нервной деятельности методом условных рефлексов, академик Павлов в первый же период своей работы встретился с фактом различной реакции у разных подопытных животных (собак) на одно и то же экспериментальное воздействие. Стремясь детерминировать различие этих реакций, он нашел у экспериментальных животных определенные типы нервной деятельности, понимая под типами "те или другие комплексы основных свойств нервной системы". Определение и разграничение этих типов складывалось постепенно и подвергалось различным видоизменениям, по мере накопления более точных экспериментальных данных.

Определяющими тип нервной системы основными свойствами Павлов считает: 1) силу основных нервных процессов — возбуждения и торможения, 2) равновесие этих процессов и 3) подвижность их. Различное сочетание в разных градациях этих трех свойств обуславливает бесконечное разнообразие проявлений индивидуального организма в его взаимодействиях с окружающей средой, так что выделение типичных признаков являлось нелегким делом. В статье от 1927 года Павлов излагает свое "физиологическое учение о темпераментах"; в этой статье он приходит к выводу, что все разнообразие типов нервной системы животных можно свести к Гиппократовской схеме деления людей на четыре темперамента. Павлов разделяет подопытных животных по принципу их условно-рефлекторной деятельности на три типа — два крайних и один центральный. Один из крайних типов — возбудимый — вырабатывает условные положительные рефлексы быстро, они отличаются прочностью и устойчивостью, но зато тормозные условные рефлексы вырабатываются с большим трудом, непостоянны и не абсолютны. Другой крайний тип — тормозимый — плохо и медленно вырабатывает условные положительные рефлексы, но хорошо и прочно — тормозные. Центральный тип является типом уравновешенным, у которого и процессы возбуждения, и процессы торможения развиты одинаково хорошо, оба вида условных рефлексов вырабатываются легко и отличаются прочностью. Этот центральный тип встречается в двух формах. Животные одного рода спокойны, медлительны, малореактивны. Животные другого рода очень живые, подвижные, с выразительными реакциями. Эти четыре разновидности нервной системы животных Павлов сопоставил с четырьмя Гиппократовскими темпераментами, аналогизируя крайние типы — возбудимый и тормозимый — с холерическим и меланхолическим темпераментами, а центральный тип в его двух разновидностях с флегматическим (уравновешенный спокойный) и сангвиническим (уравновешенный живой) темпераментами. Но дальнейшие наблюде-

ния показали, что „меланхолики“, к которым были отнесены собаки слабого тормозимого типа, не являются „специалистами по торможению“, как раньше их называл Павлов, так как у слабого типа оба процесса—и возбуждения, и торможения—являются неполноценными.

В своем последнем сообщении от 1935 года Павлов распределил типы нервной деятельности иначе, и в окончательном виде его классификация представляет типы, как результаты сочетания трех различных свойств нервных процессов (силы, уравновешенности, подвижности). 1. Сильный „безудержный“ тип (холерик). 2. Сильный — уравновешенный — медленный (флегматик). 3. Сильный — уравновешенный — быстрый (сангвиник). 4. Слабый тип (меланхолик).

Определение типа нервной деятельности составляет первую задачу при работе по методу условных рефлексов (если не имеются в виду какие-либо специфические исследования). Школа Павлова выработала ряд проб, определяющих как силу раздражительного и тормозного процессов, так и подвижность их. Уравновешенность или неуравновешенность определяются результатами произведенных тестов. Наряду с этим учитывается общее поведение животного в обстановке опыта и вне его, реакция на других животных и человека, отмечается интенсивность инстинктивных реакций (пищевой, защитной, половой), исследовательский рефлекс, инстинкт игры и т. п.

Не перечисляя всех многочисленных проб, входящих в испытание типа нервной деятельности, считаю нужным иллюстрировать изложенное примерами из работ сотрудников И. П. Павлова.

М. К. Петрова первая опубликовала результаты экспериментальных воздействий на двух собак различных типов: возбудимого (кличка „Пострел“) и уравновешенного (кличка „Милорд“). Проба заключалась в выработке запаздывающего на 3 минуты условного рефлекса. Запаздывающим рефлексом называется такой, при выработывании которого действие условного раздражителя длится три минуты, и только по истечении этого времени присоединяется безусловный раздражитель в виде пищевого или иного подкрепления. Обычные рефлексы отставлены на 15—20 секунд. В своей законченной, выработанной форме запаздывающий рефлекс носит двуфазный характер: первая „недеятельная“ фаза — отсутствие слюноотделения в первую половину условного раздражения, вторая „деятельная“ фаза — постепенно нарастающее к моменту подкрепления слюноотделение. Согласно взглядам ак. Павлова, эта двуфазность запаздывания зависит от постепенного развития внутреннего торможения в недеятельную фазу и от смены торможения возбуждением в моменты времени, близкие к безусловному раздражителю.

Уравновешенный „Милорд“ быстро и спокойно образовал трехминутное запаздывание на шесть различных условных раздражителей, тогда как „безудержный“ „Пострел“ пришел, преодолевая трудную задачу, в такое сильное возбуждение, что работу с ним пришлось на время прекратить, и только после отдыха, постепенно, он смог образовывать запаздывающие рефлексы. Та же разница наблюдалась и при выработке дифференцировки (образование тормозного рефлекса на условный раздражитель, незначительно отличающийся от другого, на который выработан положительный рефлекс, например, метроном, дающий 120 ударов в минуту — положительный; метроном, дающий 60 ударов в минуту — тормозной — дифференцировочный): „Милорд“ выработал дифференцировку на 2-м применении тормозного раздражителя, „Пострел“ — на 20-м, причем эта выработка сопровождалась развитием общего возбуждения, выражающего трудность предложенной задачи для данной нервной системы.

Э. А. Асратян первый в лаборатории Павлова обратил внимание на важность определения подвижности при различных типах нервной системы животных. Его опыты на двух собаках — флегматике „Головане“ и сангвинике „Атласе“ чрезвычайно полно и обстоятельно рисуют разницу между двумя представителями „центрального уравновешенного типа“, сводящуюся, в основном, к разнице в подвижности их нервных процессов. Первый нуль слюноотделения на дифференцировочный метроном 60 ударов в минуту получился у Атласа на 8-м применении метронома 60, и с этого же раза дифференцировка оказалась уже выработанной; у Голована первый нуль получился на 15-м применении метронома 60, а упрочилась дифференцировка только после 30-ти применений. Трудная задача „переделки раздражителей в обратные“ (состоящая в

том, что положительный рефлекс, например на метроном 120 ударов, переделывается в тормозной, благодаря неподкреплению его безусловным раздражителем, а тормозной рефлекс — на метроном 60 переделывается в положительный, путем его постоянного подкрепления пищей) была решена этими двумя собаками совершенно по разному. Чрезвычайно интересная кривая, наглядно демонстрирующая этот процесс переделки, здесь не приводится, но тот факт, что первый нуль от бывшего положительного раздражителя получился у Атласа на 18-м разу, а у Голована на 65-м, и что окончательная переделка у Атласа произошла на 24-м разу, а у Голована на 74-м, достаточно характеризует разницу „темпераментов“ обеих собак.

Ограничиваюсь приведенными примерами из работ двух авторов, параллельно изучавших пару собак различного типа, не приводя многочисленных описаний различных типов животных, отдельно изучавшихся сотрудниками Павловской школы.

Не следует думать, что только эти пробы давали основание причислять испытуемое животное к тому или иному типу: поведение животного, впервые оказавшегося в экспериментальной обстановке, быстрота привыкания к ней, способность к тренировке, ярко выраженные агрессивные или пассивно-оборонительные реакции на человека и других животных — все это входило в общую оценку. Ярко выраженная пассивно-оборонительная реакция у собаки, выросшей в клетках питомника Академии Наук, но обладавшей, как выяснили исследования А. Г. Иванова-Смоленского, сильной нервной системой, заставила обратить внимание на изменения наследственных реакций, вызываемые окружающей средой.

О важности определения типа животного для сравнения многочисленных экспериментальных данных, получаемых по методу условных рефлексов у нас и за границей, много говорить не приходится — это понятно каждому. Но, помимо этого, развитие Павловым учения о типах повлекло за собой два важных события в научной жизни нашего Союза — основание биологической станции в Колтушах и открытие нервной и психиатрической клиник ВИЭМ.

Наряду с унаследованными свойствами нервной системы, на характер реакций животного влияет окружающая среда, жизненная обстановка, в которой развивается данное животное. В лаборатории, при пользовании случайным материалом, учитывать эти влияния было невозможно. Поэтому дальнейшим этапом определения типов было изучение животных, выращиваемых на глазах исследователей, в определенных, строго учитываемых условиях. Так возник в 1929 году питомник в Колтушах, которым, по справедливости, может гордиться наш Союз. Его устройство дало возможность Павлову заняться решением генетических проблем — определения фенотипов, получения чистых типов, гибридизации и т. д.

С другой стороны, изучая влияние экспериментальных воздействий на различные типы нервных систем, Павлов столкнулся с резкими нарушениями нормальной условно-рефлекторной работы, часто приводившими животное в невротическое состояние. Слабый, тормозимый тип („меланхолик“) особенно часто реагировал болезненно на такие воздействия, которые легко переносили животные сильного типа. Но и сильную нервную систему можно было привести в невротическое состояние, давая ей трудные задачи и настаивая на их решении, причем такие невроты часто давал неуравновешенный возбудимый тип („холерик“). Этот отдел учения Павлова — патология высшей нервной деятельности — особенно обязан своим развитием трудам М. К. Петровой.

Начиная с 1930 г. (если не считать ранней статьи 1919 г. „Психиатрия, как пособница физиологии больших полушарий“), Павлов печатает ряд статей и делает ряд докладов на конгрессах, в которых пробует, на основании лабораторных опытов над животными, дать физиологический анализ клинических картин болезней, изучавшихся им в нервной и психиатрической клиниках. Но еще в статье от 1927 года Павлов указывает на возбудимый, холерический темперамент, как на наиболее подверженный заболеванию неврастением и циркулярным психозом, и на тормозимый, меланхолический, как на легко заболевающий истерией и шизофренией. В 1932 г. он печатает статью „Проба физиологического понимания симптомологии истерии“ и читает доклад на VI Скандинавском Неврологическом Конгрессе об экспериментальном неврозе. В 1933 г. выходит статья „Проба физиологического понимания навязчивого невроза и параной“. В предоставленных в распоряжение Павлова неврологической и психиатрической клиниках ВИЭМ регулярно ведутся разборы больных, где Павлов дает физиологический анализ происхождения и развития болезненных форм.

Практическим результатом лабораторно-клинических наблюдений явилось введение в лечебную практику „микробромной терапии“ М. К. Петровой и лечение шизофрении сном в клинике А. Г. Иванова - Смоленского.

Влияние эндокринных факторов на условно-рефлекторную деятельность также изучалось в лабораториях Павлова, откуда вышли работы: А. С. Валькова о влиянии тиреоидэктомии на условные рефлексы, Я. И. Соловейчика — о влиянии операции „омоложения“ на условные рефлексы, но особенно большая работа была проделана М. К. Петровой по вопросу о влиянии кастрации на самцов, причем выяснилось, что разные типы нервной системы собак относятся различно к этому оперативному воздействию.

Распределяя свой типологический материал по Гиппократовской схеме темпераментов, Павлов предусматривал возможность многочисленных вариаций этих основных типов.

Руководимая академиком Л. А. Орбели разработка Павловского научного наследия ставит дальнейшее изучение типов нервной деятельности как одну из наиболее актуальных проблем. Успехи эндокринологии и эволюционной физиологии последних лет дают возможность вносить в эту разработку все новые расширения и дополнения. Мы имеем все основания надеяться, что задачи, поставленные творцом учения о высшей нервной деятельности, будут разрешены во всем их грандиозном объеме.

Ленинград, 21, Дорога в Сосновку, д. 43, 2-й профессорский дом, кв. 83.

Проф. Н. Е. ОСОКИН, В. С. АРХАНГЕЛЬСКАЯ-ЛАПИДУС,
Е. М. ДОВГЯЛЛО и Л. И. РЕМЕЗ

К лечению люмбоишалгий

Из нервн. отдел. Центральной клинической больницы НКПС (начальн. отдел. проф. Н. Е. Осокин)

Выбор метода лечения ишиаса представляет довольно сложную задачу для врача вследствие многообразия этиопатогенеза этого заболевания. В острой стадии применяются тепло, световые процедуры, аспирин, салициловый натр, антипирин, потогонные средства; при подозрении на сифилис—иодистый калий. Необходимо устранить запоры. При невритической форме ишиаса немецкие авторы отмечают положительный результат от вакцинотерапии и обычной протеинотерапии—стерильное молоко, ятрен-казеин, пчелиный яд. Очень полезны периневральные инъекции физиологического раствора хлористого натрия с новокаином. В затянувшихся случаях некоторые авторы пытаются наметить известную схему для каждой разновидности ишиаса. Так, Верагут при радикулите назначает поперечную гальванизацию таза, при фуникулите и стволовой форме—продольную гальванизацию. Коварчик ввел в терапию ишиаса сильный гальванический ток. Хорошо при фуникулите применяет ионо-гальванизацию, рекомендуя при деформирующем спондилоартрите ионогальванизацию с салицилатами, при подагрическом спондилоартрите—с литием, при спондилезе—с иодом и грязелечение. При фуникулите, связанном с конституционными врожденными дефектами в позвоночнике, как например *Spina bifida*,—эритемные дозы ртутной кварцевой лампы. Что касается других врожденных дефектов нижнего отдела позвоночника (сакрализация, люмболизация, 6-й поясничный позвонок, спондилолистез и проч.), то, ввиду их связи с трофоневротическими расстройствами на почве обмена веществ, Хорошо рекомендует укрепляющие процедуры: диатермию или моногальванизацию с кальцием, ритмическую фарадизацию.

Датский невропатолог Шредер Кнуд, начиная с 1927 года, в ряде работ, проследженных нами до 1934 года, отмечал положительный результат лечения сифилитических поражений нервной системы.

Таузик и Посседоль констатировали аналгетическое и противовоспалительное действие серных препаратов при невритах и невралгиях.

Осокин совместно с Винокуром и Минц в качестве сульфидного препарата пользовались альбихтолем и на основании своего клинического материала, состоящего из 24 больных с периферическими заболеваниями и 15 больных с поражениями центральной нервной системы, пришли к выводу, что впрыскивания этого препарата купируют обострение болей во время бальнеологических процедур, давали значительное улучшение при лечении тяжелых люмбоишалгий, а в сочетании с физиотерапией оказывали воздействие на некоторые заболевания центральной нервной системы: табес, рассеянный склероз, миелит и проч.

На больных с люмбоишалгией приходится значительный процент всех прошедших через наше отделение пациентов. Для данной работы нами использована только часть накопившегося за три года материала, охватывающая 179 случаев, которые можно распределить на две группы: 1) люмбоишалгии типа плексита и стволового; 2) фуникулиты и радикулиты, причем часть имела изменения в позвоночнике, а другая часть была без них.

Среди больных, пользовавшихся различными физиотерапевтическими методами, но без сульфидной терапии, наиболее хороший результат, как при стволовых, так и при фуникуло-корешковых формах получался в случаях без костных изменений. Пребывание таких больных на койке обычно не превышало 20 дней, в течение которых у них все болезненные явления почти полностью исчезали: проходили боли, восстанавливались движения, сглаживался сколиоз. Подобное же гладкое течение и скорое выздоровление было отмечено и в тех случаях, где имелась *spina bifida*, но без спондило-артрических изменений. Более тяжелые случаи в этой группе были еди-

ничны. В относящихся к этой категории случаях давнего происхождения, обычно двусторонней ишиалгии, полное излечение не наступало, и больные должны были дополнительно проходить амбулаторное лечение. В 35 случаях (18 мужчин и 17 женщин), где были резкие артритические изменения, требовалось больше времени, в отдельных случаях больные оставались в больнице и до 40—50 дней, чтобы получить сколько-нибудь заметный результат.

Больных, лечившихся сероводородными ваннами, было больше всего, причем в одних случаях сероводородные ванны комбинировались со световыми процедурами (соллюкс и кибитка), в других — с диатермоионизацией, а в известной части случаев к ваннам и физиотерапии добавлялось парентеральное введение альбихтола. В случаях с применением ванн и световых процедур (11 мужч. и 8 женщ.) получился быстрый и значительный эффект. Больные выписаны без симптомов Лассега, Нери, точки Валле, у них восстановились движения и рефлексы.

Наибольшую группу составляют 56 случаев, где применялись сероводородные ванны и диатермо-ионизация, причем в 21 случае (12 мужчин и 9 женщин) не было изменения позвоночника. Во всех этих случаях, за исключением двух с частыми рецидивами, получилось либо значительное улучшение, либо полное функциональное выздоровление с исчезновением симптома Лассега, восстановлением движения позвоночника и поражённой конечности. Больные выписывались трудоспособными. Из 16 больных (15 мужчин и 1 женщина), у которых имелась *Spina bifida*, курс лечения, состоявшего из сероводородных ванн и диатермо-ионизации, дал почти у всех вполне удовлетворительный результат с восстановлением походки, исчезновением жалоб на боли и исчезновением объективных симптомов. Эта группа больных получала, в среднем, около 10 ванн и ионтофореэ. Относительно благоприятный результат получен был и в группе больных (19 случ.), имевших артритические изменения. Во всех этих случаях за исключением одного, наступило значительное улучшение — исчезли боли и большая часть объективных симптомов.

Переходя к последней группе больных, получавших более сложную терапию: серные ванны, ионтофореэ и одновременно парентерально альбихтол, нужно заметить, что в нее вошли наиболее тяжелые больные, из которых у большинства имелись значительные артритические изменения позвоночника. Лишь в 11 случ. из 31 артритических изменений не было и в этих последних случаях получился лучший терапевтический эффект, чем без применения альбихтола. Но и в остальных 20 случаях с изменениями позвоночника больные, получавшие ионтофореэ, серные ванны и альбихтол, все-таки приходили к значительному улучшению. Это показывает, что в тяжелых случаях, в целях получения более скорого и надежного эффекта, может быть использован альбихтол, в особенности при заболеваниях периферической нервной системы, где он, совместно с бальнеологическими процедурами, очевидно, способствует более скорой регенерации нерва.

Из всего сказанного можно сделать заключение, что современная терапия люмбаго-ишиалгий имеет достаточно ресурсов для доведения почти каждого случая до вполне благоприятного результата. Среди всех лечебных мероприятий во внекурортной обстановке наибольшую эффективность следует признать за сульфидной терапией, в виде сероводородных ванн, с добавлением в некоторых случаях парентерального введения альбихтола и тех или других, смотря по индивидуальным особенностям каждого случая, физиотерапевтических процедур.

Москва 51, Петровский бульвар, д. 17/1,
кв. 39.

А. Д. ХОЛЯВКИН

К этиологии и патогенезу синдрома Эди

Из клиники нервных болезней Казанского государственного мединститута
(директор проф. Л. И. Оморочков)

Синдром Эди становится, повидимому, одним из актуальных вопросов неврологии. За это говорит большое число посвященных ему работ, главным образом клинических. Это объясняется, с одной стороны, чисто научным интересом данного синдрома, с другой, — его практической значимостью в неврологии. Однако авторы в своих многочисленных казуистических описаниях ограничиваются в большинстве случаев констатацией фактов, перечислением этиологических и патогенетических факторов, без широкого их обобщения. Совершенно не затрагивается динамика развития синдрома Эди (с. Э). Имеющиеся по этому поводу немногочисленные указания французских авторов очень кратки и не дают оснований для каких-либо определенных суждений. Следует поэтому сказать, что в сущности до сих пор мало что известно об этиологии и патогенезе, патологической анатомии этого феномена.

Лермитт и Эшбах находили с. Э. у больных паркинсонизмом, базедовизмом и мигренью. Ромберг связывает с. Э. с авитаминозом, причем иногда в развитии с. Э. может иметь значение и пеллагра. Поро связывает возникновение этого синдрома с нейротропной инфекцией. Борель и Дюто описывают с. Э. при тбк инфекции с нейро-вегетативными нарушениями и с признаками гередодегенерации. Из русских авторов Гордон описал с. Э. у невротиков, и, как случайную находку, Эделева и Ремез — при цефалее и полиартрите, Астахов — при диэнцефалической недостаточности, дизрафическом статусе. Холявкин описал с. Э., развившийся после травмы черепа. Необходимо при этом отметить, что все названные авторы считают с. Э. не сифилитической природы.

Переходим к описанию наших случаев.

1. Б-ной А., 42 л. Заболевание началось с гнойного процесса в ушах; затем появились головокружение, шум в ушах, глухота. Объективно: типично миотонические зрачки Эди. Нормальное глазное дно. Ахилловы рефлексy отсутствуют. Вестибулярные нарушения. Особый, ладонно-грудной рефлекс, напоминающий собой признак Маринеско. При штриховом раздражении ладони на одноименной стороне сокращались грудные мышцы, что иногда довольно ясно сопровождалось и двигательным эффектом. Этот рефлекс у больного был резко выражен справа и очень слабо слева. Реакция Вассермана отрицательная с кровью и спинномозговой жидкостью. Интерес данного случая заключается в том, что он напоминал спинную сухотку. Кохлеарно-вестибулярные нарушения особенно заставляют думать об этом. Однако в нашем случае страдание не метасифилитическое. Здесь налицо с. Э. в его наиболее развитой форме, возникший в связи с банальным ушным процессом, сопровождающимся церебральным артериосклерозом.

2. Б-ная Е., 35 л. головные боли, головокружения, глухота. В анамнезе скарлатина с осложнением на уши, травма черепа. Реакция Вассермана с кровью и спинномозговой жидкостью отрицательная. Глазное дно в норме. Миотонические зрачки Эди

неравенство коленных и ахилловых рефлексов. В этом случае мы имеем дело с с. Э., развившимся после скарлатины и травмы черепа. Интерес данного наблюдения в том, что здесь, благодаря хорошим записям историй болезни на протяжении десятилетий, можно приблизительно наметить следующую схему динамики развития миотонического гесп. ложного Арджиль-Робертсона:

1) Неравенство зрачков. Все реакции их нормальны. Сухожильные рефлексы не изменены.

2) Анизокория. Появление миотонической реакции на конвергенцию более широкого зрачка. Ослабление прямой и содружественной реакций более широкого зрачка, или просто появление рефлекторной диссоциации зрачков. Сухожильные рефлексы попрежнему не изменены.

3) Анизокория. Миотоническая реакция зрачков на конвергенцию с обеих сторон и особенно более широкого зрачка. Отсутствие прямой и содружественной реакций зрачков на свет. Появление изменений со стороны сухожильных рефлексов — в первую очередь ахилловых, затем коленных.

3. Б-ной Б. — алкоголик с неврастеническими жалобами. Нормальное глазное дно. Отрицательная реакция Вассермана с кровью и ликвором. Один зрачок расширен. Прямая и содружественная реакции зрачков отсутствуют, отмечена слабо выраженная миотоническая реакция на конвергенцию. При фармакологических пробах зрачки реагировали как нормальные. Ахилловы рефлексы отсутствовали. Здесь синдром Эди возник на почве алкоголизма.

Подводя итоги, нужно особо отметить не прекращающуюся до сих пор полемику по вопросу об этиологическом значении сифилиса при возникновении с. Э. миотонических зрачков или брадикории, по терминологии некоторых английских авторов (Лагранж). Так, Ланьель — Лавастин, Фроже и Шиниара, Ситтиг и др. указывают на сифилитическую природу с. Э. Янель считает, что последний может развиваться и у сифилитика, но от неспецифической причины. Наши наблюдения показывают, что с. Э. может возникать от разнообразных причин. Что касается истинного синдрома Арджиль-Робертсона (с. А.-Р.), то патогенез его очень различный. Например, Блюменау считает, что при данном синдроме имеется одновременное повреждение глазодвигательного и зрительного нервов. Аствацатуров указывает на избирательность поражения определенных нервов при с. А.-Р.. Шпигель и Скала безуспешно пытались, разрушая средний мозг, воспроизвести экспериментально этот феномен. Меерсон и Тан прямо говорят, что при с. А.-Р. имеет место поражение механизмов, действующих по принципу реципрокной иннервации. Мы уже писали в своей работе „О некоторых зрачковых расстройствах в связи с сухожильной арефлексией“ (Невропат. и психиатр. № 5, 1940 г.): „Принимая во внимание полиморфность патолого-анатомических данных, предлагаемых для объяснения возникновения феномена Арджиль-Робертсона, можно предположить, что в основе его лежит какой-то единый механизм, а именно нарушение реципрокной иннервации“. При этом, вероятно, имеют большое значение гуморальные факторы. Чирковский еще в 1904 г., указывал, что активная деятельность гладкой мускулатуры глаза происходит под влиянием раздражений со стороны самой крови. Меерсон и Тан отмечают, что под влиянием света в глазу образуется ацетилхолин, который действует непосредственно на сфинктер. Омороков в самое последнее время, в работе о парадоксальном сужении зрачка на стороне поражения п. oculomotorii (Невропат. и психиатр. № 1—2, 1940 г.), вновь поднимает этот вопрос, считая, что денервированный вследствие патологических процессов сфинктер „приобретает способность реагировать на гуморальные раздражители, вероятнее всего, на ацетилхолин“.

На основании вышеприведенных данных, можно прийти к следующим выводам.

1. Синдром Эди может вызываться такими причинами, как церебральный артериосклероз в сочетании с банальным ушным процессом, скалатина, алкоголизм и травма черепа.

2. В одном случае выраженного с. Э. при церебральной форме артериосклероза мы констатировали особый ладонно-грудной рефлекс. Последний выражается в том, что при штриховом раздражении ладони одноименные грудные мышцы отвечают быстрым сокращением. Патологическое значение ладонно-грудного рефлекса для нас совершенно неясно, и в данном сообщении мы ограничиваемся лишь констатацией факта.

3. Состояние глазного дна является важным диагностическим признаком с. Э., при котором глазное дно всегда нормально.

4. Динамика развития пупиллотонии может быть выражена следующей схемой: 1) анизокория, но реакции зрачков на свет и конвергенцию нормальны; 2) анизокория с рефлекторной диссоциацией, реакция зрачков на конвергенцию нормальна или намечается миотония; 3) анизокория, рефлекторная диссоциация, но с миотонической реакцией зрачков на конвергенцию; сухожильные рефлексы изменены.

5. Феномены Арджиль-Робертсона, как истинный, так и ложный или миотонический, возникают вследствие нарушения механизмов реципрокной иннервации.

Казань, Университетская, 32, кв. 1.

А. А. СЛАВИН и Б. Г. МОКЕЕВ

О влиянии пневмо-энцефалографии на состояние гемато-энцефалического барьера

Из клиники нервных болезней Казанск. гос. мед. института (дир. засл. деятель науки ТАССР проф. Л. И. Омороков) и кафедры физич. и коллоидной химии (зав. засл. деят. науки ТАССР проф. З. Н. Блюмштейн)

Для изучения влияния энцефалографии на состояние гемато-энцефалического барьера нами проведено 48 исследований. Наши наблюдения касаются лишь некоторых сторон барьерных функций, главным образом, защитных. Попутно проводилось также обычное исследование ликвора с целью выяснить изменения барьера при менингеальных реакциях.

Введение воздуха всегда проводилось эндолумбально, порциями по 8 см³ взамен 10 см³ выпускаемой при этом цереброспинальной жидкости; такие пассажи повторялись от 4 до 6 раз в зависимости от состояния больного. В качестве индикатора для определения проницаемости гемато-энцефалического барьера служил бромистый натр, который давался в обычной дозировке (5 г суточно) в течение 5 дней. С целью определения отдаленного действия энцефалографии на барьер проводилась повторная люмбальная пункция спустя 7 дней с такой же предварительной дачей брома. Впоследствии выяснилось, что возможно сокращение бромирования до трех дней без какого-либо ущерба для реакции. Повторная пункция имела нередко прямые терапевтические показания ввиду развивающихся после вдуваний длительных менингеальных реакций.

Бром в спинномозговой жидкости и в крови определялся колориметрически по методу Дениже-Шелля. Принцип метода основывается на том, что при действии иона брома на бесцветный раствор фуксина в серной кислоте происходит образование бромопроизводного розанилина, окрашенного в фиолетоворозовый цвет. Интенсивность полученной окраски раствора сравнивается в колориметре с окраской стандартного раствора. Данный метод был предложен для определения малых количеств брома в естественных минеральных водах. Применяя его к таким субстратам, как кровь и спинномозговая жидкость, мы поступали следующим образом. Для определения брома брались отдельно в фарфоровые тигли 0,3 см³ крови и 1 см³ спинномозговой жидкости. Проба испытуемой жидкости выпаривалась досуха с предварительным прибавлением к ней 0,2-0,3 г свежeproкаленной магнезии (MgO), а затем высушивалась без перемешивания и встряхивания сухого остатка в тигле, чтобы сохранить его пористость. После этого остаток прокаливался при температуре темнокрасного каления до тех пор, пока он не становился совершенно белым. Прокаливание в течение нескольких минут производилось в неплотно прикрытом электрическом колбонагревателе. По охлаждении остаток в тигле заливался водой, и осторожно прибавлялась по каплям разбавленная серная кислота (5 см³ H₂SO₄ + 20 см³ воды) до полного его растворения. Заметим, что кислоту необходимо прибавлять редкими каплями во избежание сильного выделения угольной кислоты и неизбежных при этом потерь. Полученный раствор переводился в пробирку больших размеров и доводился водой до объема в 10 см³. Эта жидкость и служила для колориметрического определения брома; с этой целью к ней прибавлялось 10 капель крепкой соляной кислоты, не содержащей HBr, 10 капель 10% раствора хромовокислого калия и 2 мл чистой серной кислоты. После энергичного встряхивания пробирка тотчас помещалась в холодную воду минут на 15-20. Затем прибавлялся 1 мл фуксинового раствора, 3 мл хлороформа, и смесь встряхивалась в течение одной минуты. Для более полного отделения хлороформа от стенок, пробирки с пробами подвергались центрифугированию в течение 5-6 минут. Окрашенный хлороформный слой сравнивался в колориметре Дюбоска с окраской стандартного раствора. Последний приготавливался из титрованного раствора бромистого калия, обработанного так же, как спинномозговая жидкость и кровь. Преимущество этого метода заключается в возможности определения тысячных долей миллиграмма брома во взятой пробе, почему метод Дениже-Шелля и привлекает внимание исследователей (Индовина, Кирхгоф и др.).

Реактивы: 1. Раствор фуксина в серной кислоте готовится следующим образом: а) 1 г фуксина (основной) при нагревании растворяется в 1000 см³ воды; б) 10 мл такого водного раствора фуксина приливается к 100 мл серной кислоты, крепостью 1:20. Полученный раствор оставляется на 3-4 часа. В течение этого времени он обесцвечивается и бывает готов к употреблению. 2. Чистая концентрированная соляная кислота, не содержащая бромистоводородной. 3. Чистая концентрированная серная кислота. 4. 10% раствор хромовокислого калия. 5. Чистый хлороформ, не содержащий спирта. 6. Свежeproкаленная магнезия. 7. Титрованный раствор бромистого калия, титр которого устанавливался по хлорной воде.

Определялось отношение бромистого натрия в сыворотке крови к бромистому натрию в ликворе, т. е. коэффициент проходимости для брома (к. п.). Разность коэффициентов между первым и вторым исследованием обозначена как дифференциальный коэффициент проходимости (д. к. п.).

Исследование гемато-энцефалического барьера в процессе энцефалографии обнаруживало изменение его функциональных свойств. Сравнение коэффициентов, полученных перед энцефалографией и в конце вдувания, показывало нарушение барьера в сторону повышения его проходимости для брома. В качестве типичного примера приведем показатели проницаемости в двух случаях, соответствующие коэффициенты которых выразились цифрами 4,5-1,6 и 3,8-2,7. Содержание брома в отдельных порциях извлеченного при вдувании ликвора обнаруживало значительное снижение концентрации брома непосредственно после первой же порции введенного воздуха с тем, чтобы повыситься после второй-третьей порции. В этом факте, возможно, проявляется то свойство энцефалографии производить сдвиги в организме, которое Гофф называет „двуфазным вегетативным общим переключением (симпатико-и парасимпатикотоническим)“.

Оказалось возможным произвести исследования барьера у 20 больных с одинаковыми формами заболеваний, из них: 8 случаев эпидемического энцефалита в хронической стадии и 12 случаев эпилепсии (3 — парциальной, 3 — генуинной, 2 — травматической, 2 — симптоматической и 2 случая Кожевниковской). Большинство больных было в возрасте от 20 до 40 лет, и только пятеро в возрасте от 15 до 20 лет. Как показал анализ полученных данных, возрастной фактор не имеет для наших выводов существенного значения.

При эпилепсии, независимо от ее генеза, на энцефалограммах отчетливо выявлялись асимметрии, деформации и другие изменения в желудочковой системе.

Приведенные в таблице цифровые показатели к. п. у эпилептиков указывают, что до энцефалографии у больных имеются или повышенные или пониженные к. п. Нормальный к. п. (от 2,7 до 3,3 по Вальтеру) наблюдался в 1/3 случаев.

Вальтер видел при эпилепсии повышение к. п., Генделевич и Розенберг находили значительное колебание к. п. у одного и того же больного эпилепсией. Кроль и Федоров на материале в 40 случаев эпилепсии различной этиологии имели нормальный к. п. в 77,5%. Можно допустить, что к. п. зависит от степени изменений мозговых желудочков, наблюдающихся при эпилепсии. Там, где обнаруживались более отчетливые изменения на энцефалограммах, имелась повышенная проходимость барьера.

Повторное исследование барьера у той же группы больных показало в 9 случаях из 12 изменение проницаемости.

Имеет, повидимому, значение вид эпилептического состояния. Видимо, высокие и низкие коэффициенты при генуинной и парциальной эпилепсии зависят от этиологии и характера поражения. В случаях травматической эпилепсии в течении болезни констатировалось лечебное действие вдвуханий в смысле купирования припадков. Это может быть поставлено в связь с улучшенной под влиянием вдвухания проходимостью в желудочках мозга и повышенной резорбцией спинномозговой жидкости. Заслуживает внимания усиление проницаемости барьера после энцефалографии при симптоматической эпилепсии (наши два случая медленно прогрессирующего процесса в коре и подкорке) и пониженная проницаемость барьера до и после энцефалографии в обоих случаях Кожевниковской формы эпилепсии с законченным воспалительным процессом в головном мозгу.

Исследование барьера у больных с хроническим эпидемическим энцефалитом показало до энцефалографии в шести случаях из восьми высокий к. п. и в двух — нормальный. Эти данные подтверждают выводы, установленные Вальтером, а также Кроль и Федоровой для проходимости барьера на бром при хроническом эпидемическом энцефалите.

При повторном исследовании, спустя 7 дней после энцефалографии, у тех же больных-энцефалитиков коэффициент проницаемости обнаруживал во всех случаях (кроме одного) ясную тенденцию к снижению и приближению к нормальным цифрам.

Наличие менингизма, а иногда и более выраженных воспалительных реакций со стороны оболочек, обычных в результате эндолюмбального введения воздуха, явления, так называемого „асептического менингита“ (Германн, Чугунов, Проппер, Минц и др.), давало нам основание для сопоставления их с проницаемостью барьера. Мы не могли констатировать какого-либо параллелизма между этими явлениями, отмечая колебания коэффициентов в ту и другую сторону и в

более легких случаях менингизма и там, где имелись более подчеркнутые проявления менингита с положительными находками в ликворе.

Порядковый №	Фамилия и возраст	Диагноз	Замещение ликвора воздухом в к. см.	Коэффициент проницаемости (к. п.)		Дифференциальный коэф. прониц. (д. к. п.)	Цитоз	Белковые реакции
				До энцефалографии	После (через 7 дн.)			
1	О. У. М. 35 л.	Epilepsia generalis	30/24	5,22	5,57	+0,35	Увеличение	Остались слабополож.
2	Н. Г. Г. 18 л.	"	40/32	5,83	1,62	-4,21	без измен.	отрицат.
3	З. С. З. 22 л.	"	60/48	1,70	2,11	+0,44	увелич.	"
4	Ф. А. А. 15 л.	Epilepsia traumatica	63/50	1,87	2,56	+0,69	"	усиление
5	К. Х. К. 38 л.	"	68/58	1,04	2,96	+1,92	"	"
6	И. Е. П. 15 л.	Epilepsia symptomatologica (постэнцефалическая)	40/32	2,80	1,72	-1,08	"	отрицат.
7	Т. В. С. 25 л.	"	50/40	2,83	2,13	-0,70	"	остались слабополож.
8	З. А. З. 18 л.	Epilepsia partialis	60/48	3,38	2,24	-1,14	—	—
9	А. П. М. 27 л.	"	40/32	4,44	5, 0	+0,56	без измен.	отрицат.
10	К. В. С. 17 л.	"	40/32	1,40	3,44	+2,04	увеличен.	остал. слабополож.
11	А. А. И.	Epilepsia partialis continua (форма Кожевникова)	50/40	3,83	3,78	-0,05	увеличение	остались слабополож.
12	Г. Ф. Г. 15 л.	"	36/30	3,34	4,16	+0,82	без измен.	отрицат.
13	К. И. П. 23 л.	Encephalit. epidemica chronica	50/40	3,0	2,81	-0,19	"	"
14	К. И. А. 20 л.	"	60/48	3,93	2,70	-1,23	—	—
15	А. И. И. 40 л.	"	50/40	3,80	2,40	-1,40	без измен.	отрицат.
16	Д. А. А.	"	40/32	2,83	2,60	-0,23	"	"
17	Ш. В. П. 24 л.	"	50/40	4,99	2,87	-2,12	"	"
18	Е. С. П.	"	50/40	4,55	2,36	-2,19	увеличение	усиление
19	П. И. Я. 32 л.	"	70/56	3,46	5,12	+1,66	без измен.	остались слабополож.
20	А. М. Ф. 25 л.	"	50/40	3,56	2,70	-0,86	"	"

Так как параллелизма между интенсивностью менингеальных реакций и изменением проходимости гемато-энцефалического барьера, нет, можно считать, что обнаруженные после энцефалографии изменения коэффициентов проницаемости входят в круг реакций вегетативной нервной системы на раздражение ее центров, заложенных в сером веществе промежуточного мозга вблизи третьего желудочка.

Выводы

1. При исследовании гемато-энцефалического барьера по бромному методу устанавливается изменение его проходимости под влиянием энцефалографии.
2. Во время самой энцефалографии происходит изменение барьера в сторону повышения проницаемости после начальной фазы пониженной проходимости барьера.
3. В позднейшем периоде, спустя 7 дней после энцефалографии, обнаруживаются функциональные изменения барьера. Эти изменения не стоят в связи с количеством вводимого воздуха и развивающимися при этом менингеальными реакциями.
4. Гемато-энцефалический барьер при хроническом эпидемическом энцефалите до вдвухания воздуха характеризуется по преимуществу пониженной проходимостью.
5. После вдвухания воздуха при хроническом эпидемическом энцефалите состояние барьерной функции приближается к нормальной.
6. При эпилепсии наблюдается изменение проницаемости барьера после энцефалографии, причем решающее значение в состоянии барьера имеет форма эпилептического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельхорн. Проблема проницаемости, 1932.—2. Штерн и сотрудн., Гемато-энцефалич. б-р, сб. 1935.—3. Генделевич, Розенберг, Обозр. Псих. неврол. № 3, 1926.—4. Еселевич Э. И. и А. Я. Доклад на юбилейной сессии КГМИ.—5. Кроль и Федорова, Zeitschr. Neurolog. Bd 122, 667—703 1929.—6. Марков и Яхимович, Невроп. и псих. т. VI, в 3. 1 37—7. 1937. Минц, Вопросы невро-рентгенолог., 1939.—8. Проппер, Ж. совр. хирург. т. 5. в. 30, 1930.—9. Труды инст. физиол. Наркомпроса, 1936.—10. Фридман, Основы ликворологии, 1936.—11. Хлопин, Методы санит. исследов. т. 1, с 440.—12. Чугунов, Zschr. Neurolog. Bd 122, 452—456 1929.—13. Boeters, Klin. Wochenschr.—51, 1829, 1935.—14. Flatau, Rev. Neurol. т. 11, № 6, 521—539, 1926.—15. Hoff, Klin. Wochenschr. № 14, 1934.—16. Jansen, Zbl. Neurol. u. Psych. Bd. 88, n. 9/10, s. 614. 19 8 — 17. Kirchhof, Klin. Wochenschr. № 49, 1935.—18. Stotz, D. Med. Wochenschr. № 44, (1674) 1939.—19. Walter. Z tschr a. g. Neurolog. Bd. 95, 522—540, 1925.—20. Тоже, Bd. 97. 192—216. 1925.

Проф. Ф. Г. МУХАМЕДЬЯРОВ

Эндемический зоб в Марийской АССР и результаты борьбы с ним

Из кафедры социальной гигиены Казанского гос. мед. института (зав. кафедрой проф. Ф. Г. Мухамедьяров) и Марийской зубной станции (директор д-р М. А. Сперанский, консультант проф. Ф. Г. Мухамедьяров)

Эндемия зоба в МАССР впервые была установлена проф. М. Ф. Кандаратским, обследовавшим в 1886—1888 годах по личной инициативе 26 населенных пунктов Царевококшайского и Чебоксарского уездов б. Казанской губернии. В обследованных селениях было обнаружено 1030 человек зобатых, что составляло около $\frac{1}{3}$ всех обследованных, число умственно и физически отсталых и глухонемых среди пораженных достигало 3,5 проц.

О своих обследованиях Кандаратский доложил в обществе врачей при Казанском университете, которое одобрило его работу, но никаких мер по борьбе с этим подтачивающим здоровье марийского народа социальным злом со стороны какой-либо организации принято не было.

После Великой Октябрьской революции изучение эндемического зоба и борьба с ним приобретают характер стройных государственных мероприятий. Организуется ряд экспедиций по всестороннему изучению эндемического зоба в МАССР с участием видных специалистов-профессоров г. Казани и Москвы (М. П. Андреева, В. А. Барыкина, З. Н. Блюмштейна, Н. К. Горяева, Г. В. Домрачева, В. И. Кедровского, Л. М. Лося, В. В. Милославского, Ш. И. Ратнера, А. И. Смирнова, А. А. Хрусталева, М. Г. Ульяновой и др.)

Обследованием 1929 г. было охвачено 117 селений с населением в 21926 чел., что составляет 4,5% всего населения республики по переписи 1926 г. Пораженных зобом всех степеней и форм было обнаружено 4643 чел. или 21,2% всех обследованных. Эти чрезвычайно ценные и всесторонние исследования осветили причины эндемии и позволили наметить организационные формы и методы борьбы с этим вековым наследием прошлого.

В целях планомерной и систематической борьбы с зобом и осуществления задач, поставленных в этой области, в результате анализа экспедиционных материалов была организована Марийская зобная станция. В качестве периферийных опорных пунктов при 12 медицинских участках, расположенных в районных центрах республики, созданы зобные пункты во главе с участковыми врачами, которые работают под руководством зобной станции.

Основной задачей в области борьбы с зобом в настоящее время является взятие на учет зобных больных для постоянного наблюдения за ними и систематического их лечения. Осуществление этой

задачи предполагается путем вовлечения в работу всех лечебно-профилактических учреждений республики.

В числе противозобных мероприятий, проводимых в МАССР, наиболее доступной и эффективной является массовая иодная профилактика, заключающаяся в снабжении населения иодированной поваренной солью, которая содержит 7,5—10 г иодистого калия на тонну соли. Иодированная соль изготавливается фабричным способом и распределяется между торгующими организациями для снабжения населения. Кроме массовой профилактики большое внимание уделяется иодной профилактике детей, проводимой главным образом в школах в течение учебного года; такой профилактикой должны быть охвачены не только школы, но и все детские учреждения. Для этой цели каждое детское учреждение снабжается иодированными таблетками (одна таблетка содержит 0,001 иодистого калия) из расчета по 6 таблеток на ребенка в месяц.

Наряду с проведением массовой и школьной иодной профилактики, принимаются меры к прекращению потребления населением воды из болот и озер и обеспечению его доброкачественной питьевой водой из благоустроенных глубоких колодцев.

Приведенные меры профилактики находят свое обоснование в существующих теориях об этиологии зоба. Кроме того, в этиологии зоба несомненно играют роль общие санитарно-гигиенические условия и питание населения; поэтому оздоровление населенных пунктов, улучшение жилищно-бытовых условий населения занимают видное место в общей системе мероприятий по борьбе с зобом.

Осуществление перечисленных мероприятий возможно только при надлежащей постановке санпросветработы и наличии хорошо подготовленного и работоспособного актива на местах. Поэтому при планировании работы по борьбе с зобом вопросам санпросвета и подготовке актива приходится отводить достаточно большое место.

Наряду с осуществлением организационных и специальных лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с зобом, зобная станция проводит большую обследовательскую работу по выяснению динамики снижения зоба в республике, его характера и степени пораженности населения. В настоящее время в распоряжении зобной станции имеется материал подворного обследования 160 населенных пунктов по 12 районам МАССР, охватывающий 31808 человек. По этим данным пораженность выражается цифрой 11,2 на 100 обследованных, что свидетельствует о снижении пораженности на 47,2%, т. к. по данным экспедиции 1929 г. пораженность выражалась цифрой 21,2 на 100 обследованных. Для характеристики снижения представляют большой интерес сравнительные данные о 48 населенных пунктах, обследованных впервые в 1929 г. и повторно в 1939 г. В 1929 г. обследованием было охвачено по этим 48 пунктам 8865 человек и пораженность достигала 26,2%. В 1939 г. при обследовании этих же населенных пунктов (с охватом 10608 человек) было установлено снижение пораженности до 14,4, что составляет только 55% пораженности 1929 г.

Остановимся несколько подробнее на анализе данных обследования 17 населенных пунктов по Горно-Марийскому и Юринскому районам МАССР. По Горно-Марийскому району было обследовано 7 расположенных в луговой болотисто-лесистой части района населенных пунктов с количеством населения в 954 чел. — 425 мужчин, 529 женщин.

По Юринскому району обследовано 10 населенных пунктов, расположенных в долинах реки Волги и ее притока р. Ветлуги, с количеством населения в 3730 человек — 1585 мужчин и 2145 женщин.

Пораженность по возрастно-половым группам в ‰ к числу обследованных.

Таблица 1

Возраст:	0—4	5—9	10—14	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60 и выше	В среднем
Горно-Марийский р-н.										
Мужчин . . .	2,1	11,1	18,3	17,7	10,3	26,4	8,8	29,0	16,7	15,3
Женщин . . .	1,6	12,1	29,2	66,6	44,1	32,1	36,7	16,6	33,3	29,0
Обоего пола .	1,8	11,6	22,6	37,8	28,6	29,8	28,3	20,9	26,6	23,0
Юринский р.										
Мужчин . . .	—	2,8	8,9	7,2	5,2	7,1	1,7	3,3	2,7	4,5
Женщин . . .	0,8	7,3	23,3	7,4	21,6	19,4	18,3	14,5	7,9	13,6
Обоего пола .	0,4	4,7	16,6	7,4	15,5	14,3	11,6	11,0	6,1	9,7
По двум районам.										
Мужчин . . .	0,4	4,2	11,1	9,8	6,5	11,4	3,3	10,0	5,2	6,8
Женщин . . .	0,9	8,3	24,3	14,8	26,0	22,1	24,0	15,0	12,0	16,6
Обоего пола .	0,6	6,1	17,7	12,6	18,2	17,5	16,3	13,4	9,5	12,4

Из этой таблицы видно, что пораженность населения в Горно-Марийском районе более высока, чем в Юринском р-не: средний показатель для первого района выражается цифрой 23 на 100 обследованных, а для второго — цифрой 9,7 на то же количество обследованных. Объяснения следует искать в физико-географических и геоморфологических особенностях, а также в санитарно и социально-гигиенических условиях обследованных населенных пунктов. Обследованные селения Горно-Марийского района расположены на луговой стороне Волги, представляющей низменную лесисто-болотистую местность, где население пользуется водой из болот или из колодцев, в такой же степени загрязненных, как и болота. Обследованные селения Юринского р-на, хотя и находятся в зоне лесного Заволжья, занимают относительно более высокое месторасположение; население большей частью пользуется водой из колодцев более благоустроенных и находится в лучших санитарных условиях.

Из этой же таблицы видно, что самая высокая пораженность зобом наблюдается в период полового созревания, когда физиологические особенности организма благоприятствуют увеличению щитовидной железы. До периода полового созревания различия в пораженности мужчин и женщин почти не заметно; в дальнейшем наблюдается резкое повышение пораженности женщин; это можно объяснить особенностями эндокринной системы у последних в течение производительного периода, обуславливающими предрасположение к патологическим изменениям в щитовидной железе. С угасанием функции половых желез наблюдается постепенное понижение этого показателя.

При исключительно высокой силе эндемии сопротивляемость мужского организма также нарушается, и пораженность мужчин поднимается до уровня пораженности женщин. По величине показателя

пораженности женщин в сравнении с показателем пораженности мужчин измеряется сила эндемии. По Горно-Марийскому району этот показатель выражается отношением 1:1,9, по Юринскому — отношением 1:3; следовательно, сила поражения по Г. Марийскому району выше, чем в Юринском.

Характеристика тяжести поражения видна из анализа показателей пораженности по степеням и формам зоба. Эти показатели нами были вычислены для каждой возрастной группы отдельно. но здесь мы приводим их только в суммарном виде, т. е. для всех возрастных групп.

Пораженность зобом по степеням и формам его на 100 обследованных.

Т а б л и ц а 2

Степени Формы	Горно-Марийский район					Юринский район				
	I	II	III	IV	Всего	I	II	III	IV	Всего
У мужчин										
Диффузная . .	9,4	0,9	0,5	—	10,8	3,2	0,7	—	—	3,8
Узловая . . .	2,4	1,2	0,5	0,2	4,3	0,3	0,1	—	0,1	0,5
Смешанная . .	—	0,2	—	—	0,2	0,1	0,1	0,1	—	0,2
Итого . . .	11,8	2,3	0,9	0,2	15,3	3,5	0,9	0,1	0,1	4,5
У женщин										
Диффузная . .	16,5	2,8	0,9	—	20,3	8,4	2,1	0,6	—	11,1
Узловая . . .	4,2	2,1	1,5	0,4	8,2	0,6	0,5	0,5	0,2	1,8
Смешанная . .	0,4	—	0,2	—	0,6	—	0,5	0,1	—	0,7
Итого . . .	21,1	4,9	2,6	0,4	29	9,0	3,1	1,2	0,2	13,6°
У обоих полов										
Диффузная . .	13,3	2,0	0,7	—	16,0	6,2	1,5	0,3	—	8,0
Узловая . . .	3,4	1,8	1,0	0,3	6,4	0,5	0,3	0,3	0,2	1,3
Смешанная . .	0,2	0,1	0,1	—	0,4	0,1	0,3	0,1	—	0,5
Итого . . .	17,0	4,0	1,8	3,3	23,0	6,7	2,2	0,7	0,2	9,7

Из таблицы 2-й видно, что более тяжелые формы зоба, т. е. III и IV степени и узловая форма менее распространены. По Горно-Марийскому району при общем показателе пораженности в 23 на 100 обследованных пораженность III и IV степенями не превышает 2,1, составляя около 10% всех степеней. Узловые и смешанные формы имеют несколько большее распространение, давая 6,8 случая на 100 обследованных и составляя почти 30% всех поражений. В Юринском районе III и IV степени дают 0,9 случая при общем показателе 9,7, составляя также меньше 10% всех степеней. Пораженность узловыми и смешанными формами выражается цифрой 1,8, что даёт около 19% всех форм. Приблизительно в таких же соотношениях находится пораженность каждого пола в отдельности. Такое распределение тяжелых форм свидетельствует о невысокой тяжести поражения в этих двух районах.

Для характеристики снижения зоба в МАССР представляет большой интерес анализ наших данных по 17 населенным пунктам в сравнении с данными профессора М. П. Андреева за 1929 год по тем же селениям. У проф. М. П. Андреева дано только распределение зобов по 4 степеням; распределения по возрастно-половым группам и по

формам он не приводит. Поэтому и мы приводим сравнение только по степеням. (См. табл. 3.)

Сравнительные данные пораженности зобом на 100 обследованных по двум районам МАССР за 1929 и 1939 г.г.

Таблица 3

Районы	1929 г.						1939 г.					
	К-во обслед.	степени				По всем степ.	К-во об- след.	степени				По всем степеням
		I	II	III	IV			I	II	III	IV	
По 7 населен- ным пунктам Горно-Марийск. р-на	656	9,8	16,2	8,0	2,6	36,4	954	16,9	3,8	1,9	0,3	23,0
По 10 населен- ным пунктам Юринского района	2270	5,2	5,1	2,7	1,8	15,8	3730	6,7	2,2	0,7	0,2	9,7
В среднем по 17 населен. пунктам	2926	6,2	8,3	3,9	1,9	20,3	4684	8,8	2,5	0,9	0,2	12,4

В сравнении с 1929 г., т. е. за 10 лет, по Горно-Марийскому району показатель поражения снизился с 36,4 до 23 на 100 обследованных или на 37%; по Юринскому району этот показатель дал снижение с 15,8 до 9,7 или на 39%. За 10 лет отношения показателей совершенно не изменились: в 1929 г. показатель поражения по Горно-Марийскому району превышал такой же показатель по Юринскому району в 2,3 раза, это же отношение сохранилось и для 1939 г.

За 10 лет снизилась не только частота поражения, но произошли большие изменения и в соотношении легких и тяжелых степеней, т. е. изменилась, конечно в благоприятную сторону, и тяжесть поражений, в чем легко убедиться путем сопоставления цифр таблицы 3. Если в 1929 г. по Горно-Марийскому району пораженность зобом I и II степеней выражается цифрой 26,0 и пораженность III и IV степенями — цифрой 10,6 на 100 обследованных при удельном весе первых 71,4 и вторых 28,6, то в 1939 г. пораженность легкими и тяжелыми степенями снизилась соответственно до 20,7 и до 2,2 при удельном весе первых 90,0, вторых — 10,0. Аналогичная картина наблюдается и по Юринскому району: пораженность легкими и тяжелыми степенями в 1929 г. выражается соответственно цифрами 11,3 и 4,5 на 100 обследованных при удельном весе легкой степени — 71,5, тяжелых — 28,5; в 1939 г. показатели пораженности соответственно снизились до 8,9 и 0,9, удельный вес легких степеней повысился до 90,8, тяжелых — понизился до 9,2.

Об уменьшении пораженности свидетельствует еще такое сопоставление показателей: пораженность легкими степенями за 10-летне снизилась по Горно-Марийскому району с 26,0 до 20,7, по Юринскому с 11,3 до 8,9, т. е. в 1,25 раза; пораженность же тяжелыми степенями снизилась за это же время по Г. Марийскому району с 10,6 до 2,2, по Юринскому — с 4,5 до 0,9, т. е. в 5 раз. Такое изменение соотношения между легкими и тяжелыми степенями при небольшом про-

центе узловых форм следует рассматривать как весьма благоприятное явление.

Выводы

1. Основной причиной распространения эндемического зоба в МАССР послужили крайне неблагоприятные физико-географические условия и чрезвычайно тяжелое социально-экономическое положение населения до революции при полном отсутствии какой-либо заботы об охране здоровья.

2. Проведенные после Октябрьской революции работы по изучению зоба в МАССР помогли выяснить степень пораженности населения и найти конкретные пути борьбы с ним.

3. Создание Марийской зобной станции и опорных пунктов на местах является важным организационным шагом в борьбе с этим социальным злом и обеспечивает систематическое проведение как лечебных, так и профилактических мероприятий по борьбе с зобом.

4. Сравнительный анализ данных обследований 1929 и 1939 гг. свидетельствует о снижении эндемии зоба по всей республике с 21,2 до 11,2 на 100 обследованных, а по Горно-Марийскому и Юринскому районам соответственно с 36,4 до 23,0 и с 15,8 до 9,7 на 100 обследованных, при среднем снижении показателя с 20,3 до 12,4.

5. Весьма благоприятным признаком является тот факт, что снижение частоты поражения сопровождается падением силы и тяжести заболеваний, о чем свидетельствует анализ материалов Горно-Марийского и Юринского районов.

6. Снижение пораженности зобом в МАССР следует объяснить как улучшением общего медико-санитарного обслуживания населения и проведением специальных профилактических мероприятий, так и значительным улучшением материальных и культурно-бытовых условий жизни населения, что всегда является главной предпосылкой для снижения частоты социально-бытовых болезней.

Казань, Тукаевская 82.

Проф. В. В. ГОРИНЕВСКАЯ (Москва).

Военно-полевая хирургия и роль врача (не хирурга) на фронте

Военно-полевая хирургия — это по существу неотложная хирургия, или, вернее, неотложная травматология в сложной боевой обстановке.

Военно-полевая хирургия отличается от хирургии мирного времени не только характером повреждений, характером их локализации и течения, но (и это самое главное) той обстановкой, теми условиями, в которых приходится осуществлять лечение. Лечение повреждений, лечение травм в настоящее время выросло в большую самостоятельную специальность — травматологию, требующую серьезного изучения и основательной подготовки. Качество лечебной помощи травматике в нашей стране повышается с каждым годом. Наши возможности и наши требования к лечению травм и к восстановлению трудоспособности пострадавших от случайной уличной или промышленной травмы растут непрерывно. Однако, мы не можем успокаиваться на достижениях специальных травматологических учреждений: мы должны сделать эти достижения обязательными для всех хирургов. Война, которую Пирогов, справедливо назвал „травматической эпидемией“, требует от хирургов основательных знаний по травматологии. Но и этого мало: наша оборонная задача — добиться не только того, чтобы каждый хирург хорошо знал травматологию, но и того, чтобы каждый врач, независимо от специальности, был травматологически грамотным т. е., чтобы он умел в любых условиях оказывать первую хирургическую помощь при травме: сделать перевязку, наложить шины, произвести переливание крови и т. п. Но самое главное, самое необходимое, что должен уметь каждый врач, без чего невозможно рационально оказывать первую помощь, а тем более проводить лечение, это — своевременно поставить диагноз, разобраться в тяжести каждого случая, знать какие мероприятия необходимы при каждой травме, хорошо ориентируясь в том, на каком этапе должна быть оказана соответствующая хирургическая помощь. Эти элементарные знания по травматологии и военно-полевой хирургии необходимы каждому врачу.

Опыт боевых столкновений в МНР и в Финляндии показал, что в военное время силами одних хирургов и травматологов обойтись невозможно. Масштаб современных войн требует участия в организации лечебной помощи раненым широких масс врачей. С другой стороны, было бы совершенно ошибочным думать, как это полагают некоторые, что можно в течение 2-3 месяцев переквалифицировать терапевтов в хирургов, научив их оперативной технике. Это невозможно, да и не нужно. Уменьше оперировать требует длительной подготовки. Но дело не в этом. От врача, работающего в военно-полевой обстановке требуется многое другое, кроме умения оперировать. При

правильной расстановке сил, врачи не-хирурги могут быть с успехом использованы на ряде участков, где не требуется умение оперировать. Однако каждый врач, работающий в обстановке военного времени, независимо от специальности, должен быть вооружен достаточным знанием диагностики травматических повреждений, правил первой помощи, показаний к операции, послеоперационного ухода и, что самое важное, должен быть знаком с организацией всего лечебного процесса на этапах эвакуации в войсковом, армейском, фронтовом и тыловом районах. Только при соответствующей подготовке по этим вопросам врачей всех специальностей мы сможем в будущем осуществлять этапное лечение раненых в том смысле, как это понимается современной военно-полевой хирургией и как это проводится военно-санитарной организацией Красной Армии.

Невозможность во время войны проводить все лечение раненого в одном месте от начала до конца, необходимость как можно скорее оказать ему квалифицированную медицинскую помощь, заставляет разбить эту помощь по этапам. Разрешение поставленной задачи сильно затрудняется тем, что во время больших боев в санитарные учреждения сразу поступают огромные потоки раненых. Еще Н. И. Порогов понимал необходимость проведения этапного лечения, однако в те времена оно понималось просто, как развоз раненых с одного этапа на другой. В то время существовали госпитали 1-й, 2-й и 3-ей линии. По мере переполнения госпиталя, раненые перевозились из одного госпиталя в другой. О плановом, организованном лечении раненых на этапах в те времена не могло быть речи.

Проф. Оппель во время русско-японской войны выдвинул другой принцип этапного лечения. Он писал (Русский врач № 17, 1916 г.) „Под этапным я понимаю такое лечение, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как неперемнная слагаемая часть. С точки зрения этапного лечения раненый получает хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась надобность. Раненый эвакуируется тотчас-же как только это позволяет его здоровье.“

Эти установки проф. Оппеля, определяющие его взгляд на этапное лечение, приняты как руководящий принцип только в настоящее время; они положены в основу этапного лечения в санитарной службе нашей Красной Армии. Проф. В. А. Оппелю и во время русско-японской и империалистической войны приходилось много бороться за осуществление этого принципа. В санитарном управлении царской армии (Потираловский и др.) господствовал противоположный принцип: „принцип эвакуации во что-бы то ни стало“. В результате проведения такого принципа в царской армии погибли или сделались инвалидами десятки тысяч раненых, которые при правильной организации этапного лечения могли-бы вернуться в строй здоровыми.

Если Оппель встречал постоянное сопротивление со стороны начальствующего состава санитарной службы царской армии в проведении правильных принципов этапного лечения, то в настоящее время в понимании этапного лечения санитарной службы нашей Красной Армии принципы Оппеля получили широкое распространение.

Основной задачей санитарной службы Красной Армии при организации хирургической помощи в войсковом и армейском районах является правильная расстановка сил на этапах эвакуации, правильная расстановка самих этапов с целью организовать пра-

вильное этапное лечение с тем, чтобы действительно каждый раненый получал „хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась надобность“.

Обеспечение правильной хирургической помощи на этапах эвакуации требует четкой, заранее продуманной организации.

Основным условием правильного проведения принципа этапного лечения является четко поставленная сортировка раненых на каждом этапе и внутри каждого этапа.

Сортировка должна носить не только транспортный, но и диагностический характер. Транспортная сортировка определяет характер транспорта и положение пострадавшего при перевозке. В зависимости от характера и локализации ранения, раненый эвакуируется „сидя“ или „лежа“. Лежа эвакуируются преимущественно тяжелораненые и раненые средней тяжести, так называемые „носилочные“ раненые.

Деление на легкораненых и тяжелораненых, производимое начиная с первых этапов эвакуации, не всегда совпадает с делением на носилочных и сидячих раненых. Обычно принято с точки зрения транспорта считать легкоранеными раненых в мягкие ткани и в верхнюю конечность. Это понятие должно быть пересмотрено. Опыт показывает, что даже у раненых, которые могут эвакуироваться сидя и передвигаться самостоятельно на ногах, ранения верхней конечности часто осложняются чрезвычайно тяжелым течением и требуют длительного, квалифицированного лечения. Особенно это относится к раненым с повреждением костей, суставов, нервов и сухожилий верхних конечностей.

Производя сортировку на первых этапах и разделяя потоки раненых с самого начала на легкораненых и тяжелораненых, приходится класть в основу сортировки не только локализацию ранения, но и характер самого ранения (пулевое, осколочное), обширность зоны разрушения тканей (мягкие ткани, кости, сосуды, нервы), множественность этих повреждений и, наконец, общую реакцию организма на полученную травму и общее состояние пострадавшего (шок, тяжелая анемия, развитие инфекции и т. п.). Разделяя, начиная с первых этапов эвакуации, на полевом пункте медицинской помощи (ППМ) потоки тяжело и легкораненых, мы должны с первых этапов обеспечить квалифицированную помощь и той и другой категории раненых, устраивая отдельные операционные и перевязочные для легкораненых.

Первичная хирургическая обработка повреждений верхних конечностей, в частности предплечья, кисти и пальцев, правильная иммобилизация поврежденных органов при помощи шин и гипсовых лонгет должна с самого начала производиться со всей тщательностью и вниманием.

Следует отказаться от совершенно неправильного представления, что легко раненых могут лечить мало-квалифицированные хирурги или даже не-хирурги, например, педиатры и гинекологи. Легкораненые это те, которые при правильно поставленном лечении могут быстро, через 10—20 дней, вернуться в строй; они составляют до 50% всех раненых. Понятно, какое огромное значение для государства имеет их быстрое возвращение в строй и правильная организация их лечения. А между тем быстро и хорошо вылечить легко раненых, особенно, если у них преобладают костные повреждения пальцев и кисти — далеко не легкая задача. Над этой задачей должны

работать хирурги-травматологи. Ибо она заключается не только в том, чтобы добиться заживления раны, но и в том, чтобы добиться наиболее полного и наиболее быстрого восстановления функции и восстановления трудоспособности. Даже в обстановке мирного времени для этого требуется высокая квалификация лечащего врача. Итак, первая задача сортировки—разделение потоков легко и тяжело раненых, чтобы они не мешали друг другу и вместе с тем своевременно получали надлежащую помощь. Одновременно с этим при первой же сортировке необходимо сразу выделить тяжелораненых, требующих немедленного оперативного вмешательства.

Такие раненые, как например, раненые в брюшную или в грудную полость (открытый пневмоторакс), раненые, потерявшие большое количество крови, раненые с продолжающимся кровотечением, подлежат срочной эвакуации на ДПМ (в дивизионный пункт медицинской помощи). Этот пункт является основным звеном большой активной хирургической работы. На ДПМ (расположенном в медикосанитарном батальоне—МСБ) производятся все крупнейшие операции. В операционной ДМП работают квалифицированные хирурги—там обойтись без специалистов невозможно. Мало того, опыт показал, что и работа в сортировочной палатке, в той палатке (расположенной у самого въезда на территорию полевого пункта или госпиталя), в которую поступают все раненые с предыдущих этапов, должен работать врач-хирург с хорошей клинической подготовкой, умеющий быстро ориентироваться в состоянии вновь поступающих раненых. Этот врач должен уметь быстро поставить диагноз и дать раненому верное направление—в операционную, в перевязочную, в шокую палатку, на рентгеновский снимок, в осадочник—госпитальную палату для нуждающихся прежде всего в покое и в отдыхе, или, если он не нуждается ни в каком вмешательстве, прямо в эвакуационную палатку для дальнейшей эвакуации в армейские или тыловые госпитали.

В минувшую кампанию, во время войны с белофиннами, врачи нехирурги настолько плохо разбирались в состоянии пострадавшего при травме, в особенностях течения ранений и их осложнений, а главное настолько мало знали основные принципы этапного лечения, сортировки и эвакуации в войсковом и армейском районах, что порой не могли справиться со сложными задачами сортировки и эвакуации в периоды большого накопления раненых. Это—момент чрезвычайно опасный, ибо, если врач, работающий в сортировочной палатке, перестает руководить распределением и направлением раненых, движение их как внутри госпиталя, так и во вне (эвакуация) приобретает стихийный характер, наступает хаос, в котором невозможен отбор наиболее тяжелых раненых, требующих оперативного вмешательства и тщательного послеоперационного лечения и ухода. Без правильно поставленной сортировки такие раненые механически эвакуируются дальше и могут погибнуть на путях эвакуации, своевременно не попадая в руки хирурга.

Чтобы предотвратить эти несчастья, являющиеся результатом неправильной организации медикосанитарной помощи, в ряде армий уже с самого начала белофинской кампании было проведено приказом требование, чтобы на каждом этапе эвакуации в медсанбазе в дивизионных и полевых подвижных госпиталях сортировкой завел и за нее отвечал опытный квалифицированный хирург, вплоть

до начальника хирургического отделения. Как ни обидно отрывать от операционного стола высококвалифицированные хирургические силы и держать хирургов на работе в сортировочной палатке, однако, ничего иного сделать нельзя, т. к. без правильной распределительной работы в сортировке самый искусный хирург не может обслужить в операционной тех раненых, которые больше всего нуждаются в его помощи.

Несколько позже, к концу белофинской кампании, в некоторых госпиталях удалось подготовить к этой работе врачей других специальностей. Ответственный хирург, работающий в сортировочной палатке, подбирал себе хорошего помощника (из числа врачей других специальностей) и тут же изо дня в день при приеме каждой партии раненых приучал его разбираться в состоянии прибывающих раненых и ставить показания для дальнейшего их направления.

Чтобы убедить врачей полевых госпиталей и медсанбатов в огромном значении правильной и четкой сортировки, приходилось действовать не только приказом, но и показом. Каждая ошибка в сортировке или в эвакуации, происшедшая на одном из этапов, разбиралась и прорабатывалась с доведением до сведения виновников этих ошибок. Только после большой разъяснительной работы, проделанной хирургами — консультантами, начальниками госпиталей и начсанармом разрешалось назначать в сортировочную, наряду с хирургами, врачей других специальностей при условии, что это были люди живые, инициативные, клинически хорошо подготовленные врачи, умеющие хорошо разобраться не только в характере ранения, но и в общем состоянии пострадавшего. Врач, работающий в сортировочной, должен уметь поставить диагноз, прогноз и тут же дать правильное направление пострадавшему; для этого необходимо не только хорошо ориентироваться в состоянии раненого, но и одновременно учитывать боевую обстановку, характер данной боевой ситуации, нарастающий наплыв раненых, переполнение данного госпиталя, а также все эвакуационные возможности в данный момент. Одним словом, он должен быть хорошим организатором и хорошим клиницистом.

Вышеуказанными качествами могут обладать не только хирурги, но и врачи других специальностей. Надо только им дать соответствующие знания и клинические навыки по части диагностики и терапии повреждений военного времени.

Наряду с ответственной работой врача сортировочной палатки не менее ответственна работа хирурга в операционной. На долю хирурга, работающего в войсковом районе, выпадают самые сложные операции: лапаротомии, трепанации черепа, операции на грудной клетке, остановка кровотечения и первичная обработка ран конечностей, последняя в ряде случаев является нелегкой задачей.

Ясно, что в войсковом районе, на ДПМ, должны работать высококвалифицированные хирурги.

Как уже сказано, за короткий срок нельзя переквалифицировать врачей других специальностей и научить их оперировать, да еще в сложной полевой обстановке. Оперативная техника осваивается не сразу, она вырабатывается годами. Однако, необходимо разгрузить хирургов, работающих в войсковом и армейском районах, от целого ряда манипуляций и заданий, которые может с успехом выполнить врач любой другой специальности. Наша задача — подготовить хирургу ценного, толкового помощника, врача с хорошей общей медицин-

ской подготовкой. Он должен уметь помочь хирургу в операционной, как наркотизатор и как ассистент, подготовить раненого к операции, соответствующими мероприятиями вывести его из состояния шока, сделать переливание крови, предупредить возможные осложнения.

Работая в перевязочной в одной бригаде с хирургом-травматологом, врач любой специальности учится делать перевязки, накладывать транспортные шины, гипсовые лонгеты и т. п. Быстро производя ориентировочное исследование раненого, он имеет возможность в сомнительных случаях консультировать с бригадиром-хирургом, который при наличии показаний тут же произведет разрез, обработку раны или другую необходимую операцию. Одним словом, в операционной, как и в перевязочной, бригадиром всегда должен быть квалифицированный хирург, у него должны быть хорошие помощники — врачи других специальностей или молодые хирурги, от четкости работы которых будет зависеть пропускная способность перевязочной и операционной.

Наконец, есть еще одна область, где терапевт или врач другой близкой специальности, если только он хороший клиницист, сумеет быть чрезвычайно ценным помощником хирургу. Это — работа в послеоперационной палате.

Опыт минувших кампаний убедил нас в том, как плохо переносят полостные раненые эвакуацию в послеоперационном периоде. После лапаротомии, после операции закрытия пневмоторакса, после трепанации черепа эвакуация может быстро повести к смертельному исходу. Эта опасность особенно велика, если эвакуация производится по разрушенным дорогам в зимние морозы.

Несколько случаев гибели раненых на путях эвакуации заставили немедленно, в порядке приказа по армии, запретить эвакуацию нетранспортабельных. Тяжелораненых стали задерживать, госпитализируя их в специальных палатках. Этого мало. Надо было в послеоперационных палатках обеспечить хороший уход и постоянное врачебное наблюдение. Наш опыт работы на Карельском перешейке с необычайной наглядностью подтвердил, что как смертность, так и количество осложнений в послеоперационном периоде резко снижаются там, где нам удается после операции задержать оперированных на месте, создавая для них хорошие госпитальные условия, постоянный уход и бдительное врачебное наблюдение.

Мы выделяли для таких раненых лучшие, утепленные палатки, оборудованные хорошими койками, с некоторым (относительным) комфортом, доставали для них теплые меховые одеяла, пуховые подушки, химические грелки, резиновые круги и специальное медицинское оборудование.

Непременным условием успешной работы таких осадочников является организация хорошего медицинского обслуживания не только среднего и младшего медсостава (мы назначали туда лучших сестер, дружинниц и санитаров), но и квалифицированного врачебного персонала.

В послеоперационном периоде лучше всего обслужит раненого хирург, который произвел ему операцию. Однако, опыт показал, что во время больших боев оперирующие хирурги бывают до такой степени перегружены, что иногда по несколько суток не выходят из операционной. В этих случаях оперированные больные могут ос-

таться без врачебного наблюдения в течение нескольких дней, как раз тех дней и часов, когда они больше всего нуждаются во врачебной помощи.

Так, например, после операции на кишечнике раненому необходимо: промыть желудок, сделать (при показаниях) переливание крови, назначить, в зависимости от состояния, то или иное медикаментозное лечение. После мозговых операций иногда необходима спинномозговая пункция, введение в спинномозговой канал или внутривенно тех или иных лекарственных веществ (стрептоцид, уротропин, и т. п.). При ранениях грудной полости, в случаях нарастающего гемоторакса понадобится откачивание скопившейся крови и т. п. Все это следует производить во-время по определенным показаниям, постоянно наблюдая и следя за малейшими изменениями в состоянии оперируемых больных. Врач любой специальности — терапевт, гинеколог, педиатр, умеющий наблюдать и исследовать больного, должен улавливать малейшие изменения в его состоянии и применять соответствующие меры, при необходимости консультируясь с хирургом.

Основным лозунгом, с которым советские хирурги ехали на фронт и который все врачи старались проводить в боевой обстановке, было: „не снижать качества лечения“. Мы считали для себя обязательным в любых боевых условиях предоставить раненому бойцу и командиру ту высококвалифицированную помощь, которую он вполне заслужил, защищая свою родину. Начиная с Медикосанитарных батальонов (МСБ), расположенных в 18—10 км, а иногда в 5 км от линии огня, а также в Дивизионных и Полевых подвижных госпиталях, создавался операционный и перевязочный блок, что обеспечивало возможность в течение круглых суток оперировать с соблюдением всех правил асептики.

Развертывая госпитали в далеких степях Монголии, на берегу реки Халхин-Голл, мы вырывали глубокие котлованы, на дне которых устанавливали операционные палатки. Сверху палатки покрывались травой, чтобы замаскировать их и скрыть от воздушных налетов неприятеля. В соседней маленькой палатке, в автоклаве стерилизовался материал (белье, марля), тут же рядом, в предоперационной палатке, кипятились инструменты. Мы оперировали и перевязывали в перчатках, которые у нас имелись в достаточном количестве. Рядом с операционной работал электрический двигатель, давая нам возможность оперировать при электрическом освещении. В некоторых МСБ и в большинстве полевых подвижных госпиталей к нашим услугам были рентгеновские установки, благодаря которым мы имели возможность при необходимости определить локализацию пули при повреждениях черепа, брюшной и грудной полости, при ранениях конечностей — определять характер повреждения костей и суставов, а также во время диагностировать развивающуюся гангрену.

Начиная с МСБ была организована специализированная помощь при челюстно-лицевых ранениях, при ранениях глаз, уха, гортани и носа. Операции на мозгу делались или нейрохирургами или общими хирургами при консультации невропатолога.

Так было в степях МНР у Халхин-Голла, так же было в суровых условиях зимней кампании в Финляндии. Несмотря на лютые морозы, несмотря на необходимость работать в разрушенных и сожженных городах и селениях мы оборудовали наши операционные и перевязочные

зочные так, что в них можно было работать, не снижая качества хирургической техники. Иногда это были заброшенные барские дачи, пансионаты, которые приходилось тут же наскоро ремонтировать, заменяя разбитые стекла фанерой, иногда это были избы, сараи, иногда — деревянные складные бараки, чаще всего — утепленные палатки. Перевязочный материал, оборудование, оснащение мы получали в достаточном количестве. Если чего-нибудь нехватало, Ленинград доставлял нам и материал и оснащение и живую медицинскую силу. В период усиленных боев на самые ответственные участки, туда, где кипела хирургическая, оперативная работа, посылались автохирургические отряды (операционная и рентген на машинах) в полном снаряжении вместе с высококвалифицированными специалистами и средним медперсоналом. Еще более подвижные „группы усиления“ (два-три хирурга, операционная и перевязочная секстра) представляли собой те ударные бригады, которые перебрасывались в места наиболее напряженной работы, разгружая переутомленных товарищей и помогая справиться с нарастающим потоком раненых.

Как в Монголии, так и во время белофинской кампании мы работали рука об руку с бригадой патолого-анатомов, которые часто давали нам чрезвычайно ценные указания, корректируя наши действия и предупреждая возможность повторения невольных ошибок. Так, на основании патолого-анатомических вскрытий проф. Васильева, суммировавшего и анализировавшего патолого-анатомический материал войскового, армейского и тыловых районов всего финского фронта, мы узнали, что основными причинами смерти являются: шок и кровопотери (30,5% всех летальных исходов) и вторичная инфекция (49,0% всех летальных случаев).

Из этих данных видно, что борьба с шоком и острыми кровопотерями составляет одну из первых наших задач на этапах войскового и армейского района. Своевременно и правильно наложенный жгут на ППМ, перевязка сосудов при кровотечении на МСБ и в ППМ, широко проводимые переливания крови при шоке и при острых кровопотерях — вот основные мероприятия, которые, будучи проведены своевременно, могут предупредить смертельный исход. Следует отметить, что регулярная доставка на фронт больших количеств консервированной крови открывала нам широкие возможности борьбы с шоком и с большими кровопотерями.

Ясно, что в борьбе с шоком и с кровопотерями могут и должны принимать активное участие не только хирурги, но и врачи любой другой специальности, которые в военно-полевой обстановке, производя переливание крови, освободят руки хирургов для больших ответственных операций. Самая частая причина смерти (почти половина всех смертельных случаев) — вторичная инфекция. Смерть от вторичной инфекции наступает обычно не раньше армейского района, чаще всего в фронтовых и даже в тыловых госпиталях. Развитие вторичной инфекции начинается раньше и зависит от недостаточной борьбы с ней на первых этапах эвакуации. Все огнестрельные ранения являются первично инфицированными. Правильно поставленная первичная хирургическая обработка ран — это основное средство предупредить развитие вторичной инфекции. Недаром 82,4% всех операций, произведенных в войсковом и армейском районах (по данным проф. Банайтиса) падает на первичную обработку ран. Эти опе-

рации должны производиться квалифицированными хирургами. К сожалению, далеко не все хирурги в минувшую кампанию достаточно хорошо владели техникой первичной обработки огнестрельных ран.

Мало того, далеко не все хирурги уяснили себе основные принципы первичной обработки ран по методу Фридриха. В то время, как основой первичной хирургической обработки ран является тщательное иссечение всего раневого канала с удалением всех размозженных и размятых тканей, некоторые хирурги в первое время работы на фронте считали достаточным иссечение кожных краев раневого отверстия, после чего позволяли себе зашивать входное и выходное отверстие наглухо. При этом не учитывались особенности и характер раневого канала при огнестрельных ранениях — его глубина, извилистость и сложность. Под глухими швами создаются благоприятные условия для развития инфекции, особенно анаэробной, газовой инфекции. При первых же трагических сигналах (случаи развития газовой инфекции после зашивания наглухо недостаточно обработанной огнестрельной раны) вопрос о первичном шве при огнестрельных ранениях был пересмотрен.

Пришлось не только в инструкции, но и в приказе запретить наложение первичных швов в войсковом и в армейском районах, это относится особенно к тем случаям, когда невозможно произвести достаточно полное иссечение раневого канала и когда необходимость быстрой эвакуации исключает последующее наблюдение за оперированным. Как ошибочную, неправильную обработку ран приходилось рассматривать те случаи, когда врачи ограничивались иссечением кожных краев раны, не рассекая фасции и апоневроза. Правильная первичная хирургическая обработка раны состоит в иссечении всего раневого канала: краев, стенок и дна раны с удалением всех размозженных тканей и гематомы, с тщательной последующей перевязкой сосудов. Там, где долгое иссечение всего раневого канала по техническим и анатомическим причинам невозможно, следует произвести рассечение раневого канала, особенно — рассечение фасций и апоневроза с освобождением сдавленных гематомой мышц. Удаление гематомы, тщательная остановка кровотечения — вот основные моменты правильной обработки ран. Такая обработка предупреждает развитие вторичной инфекции и не только гнойной инфекции, но и самого страшного бича войскового и армейского района — газовой, анаэробной инфекции.

Последняя, благодаря быстро наладившейся в передовом районе правильной первичной обработке ран и своевременному раннему распознаванию, имела в относительно небольшом проценте (около 0,7%). Сравнительно с прошлыми войнами смертность в 7—8% при газовой гангрене также расценивается, как небольшая.

Наряду с глухими швами, наложенными без предварительной обработки раны, предрасполагающим моментом к развитию газовой инфекции в ряде случаев являлась тугая тампонада; особенно, если она производилась без широкого рассечения раневого канала; с этими неправильными приемами лечения ран нам также приходилось бороться.

Преимущественная локализация огнестрельных ранений во время войны с белофиннами была на конечностях (73,2% по С. Банайтису). Причем на верхние конечности по данным того же автора падает 45,6% на нижние — 27,6%. Среди ранений верхних конечностей до

50%, а среди нижних конечностей до 40% ран сопровождается повреждением костей и суставов.

Это указывает на необходимость приблизительно в половине всех случаев ранений конечностей производить тщательную иммобилизацию. Последняя производится путем применения различных видов транспортных шин, среди которых за последние годы наиболее широкое распространение получили шины Томаса (Ларденуа—Виноградова) и шины Дитерихса для нижней конечности, шины Крамера или гипсовые лонгеты для верхней конечности. Правильно произведенная своевременная иммобилизация конечностей с обширными ранениями, особенно в случаях, сопровождающихся повреждением костей и суставов, не только предупреждает развитие вторичной инфекции, но спасает от наступления шока, связанного с тяжелыми условиями перевозки. Опыт показал, что овладение техникой наложения транспортных шин и гипсования является тем минимумом технических знаний, без которых на фронте не может обойтись ни один врач независимо от его основной специальности.

Надо сказать, что врачи не-специалисты, работавшие в бригадах вместе с хорошими хирургами-травматологами, довольно быстро овладевали техникой этого дела и, включаясь в дружную работу, становились незаменимыми помощниками хирургов.

В результате правильной расстановки врачебных сил при четком разделении труда получалась дружная, быстрая работа, при которой раненые на каждом этапе получали не только оперативную помощь, но и правильно организованный оперативный уход. Такая сработанность явилась результатом постоянной учебы. Несмотря на напряженность боевой обстановки, мы находили время для проведения большой преподавательской работы.

В периоды временного затишья преподавание велось особенно усиленно. Читались лекции, проводились беседы, практические занятия. Преподавание вели консультанты, главные хирурги, начальники хирургических отделений. Проводились занятия с врачами, которые в свою очередь занимались с сестрами, с дружинницами, с женами начсостава, с санитарными инструкторами. В результате — квалификация медицинского персонала быстро и заметно повышалась. Немаловажную роль сыграл наш большевистский обычай крепко прорабатывать свои ошибки, не пропуская их. Данные патолого-анатомов, соответствующие сигналы об ошибках, замеченных на последующих этапах, поступавшие к нам через начсанарма, начальника ППЭП и начальников госпиталей, фронтовых, армейских и корпусных хирургов-консультантов, обсуждались всем коллективом, в результате чего ошибки быстро изживались.

Быстрое повышение квалификации врачей и медперсонала в процессе фронтовой работы представляет в высшей степени отрадное явление, показывающее нашу большевистскую способность и умение изживать ошибки, исправляя их „на ходу“ и бороться за лучшие показатели. Однако мы считаем необходимым в дальнейшем проводить подготовку врачей и медработников не только во время войны, но и заранее, в мирное время, чтобы врачи любой специальности, не только хирурги, приехав на фронт, были достаточно подготовлены к работе в боевой обстановке. Для работы на фронте нужен не только энтузиазм и самоотверженность, но и солидные знания и овладение техникой. Этим делом мы и обязаны заняться теперь, в мирное время.

Это даст нам возможность осуществить сталинскую заботу о людях и обеспечить в любой обстановке высокое качество лечебной помощи нашим славным бойцам и командирам, отважным защитникам нашей великой социалистической родины.

Москва 2, Глазовский пер., д. 10, кв. 14.

Военврач 3 ранга Г. Ф. НИКОЛАЕВ

Некоторые наблюдения хирурга в войсковом районе (из опыта работы на ДПМ)

Из санслужбы №-го соединения (нач. санслужбы военврач II ранга М. И. Кондратов)

В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом хирургической работы в войсковом районе во время войны с белофиннами. Обстановка, в которой протекала работа, представляет ряд особенностей. В Заполярье, в сильные морозы, при абсолютном отсутствии жилых помещений, пригодных для размещения медицинских учреждений, в условиях маневренной войны, нужно было организовать квалифицированную помощь раненым бойцам героической Красной армии. Операционная, перевязочная, палаты для оперированных и ожидающих эвакуации развертывались в отепленных палатках, с печами временками.

По времени поступления на ДПМ раненые распределяются следующим образом: в первые 8 часов поступило 38% раненых, до 16 часов—20%. Остальные раненые поступили через 24—36 часов. В первые 8 часов доставлены были раненые, поступившие в развертываемый для обслуживания боевой операции ДПМ. Из разведок обычно раненые доставлялись через 18—24—30 часов, что объяснялось дальностью перевозки, порой на 30—40 километров. Раненые весь этот длинный путь проделывали на лыжно-носилочных установках или в трофейных лодочках, реже—на санях.

На нашем материале пулевых ранений было 58,6%, оскольчатых (мины, гранаты по преимуществу)—41,4%. По литературным сведениям в последних войнах преобладали осколочные ранения над пулевыми; значительное преобладание пулевых ранений в нашем материале находит свое объяснение в тактике ведения боя в горно-лесистой местности, в малом применении артиллерийского огня противником, в распространении минометов, этого вида „лесной артиллерии“, и автоматов. Поражения от этого рода оружия были часто множественными (в 22,4% нашего материала).

По областям тела ранения распределялись следующим образом.

Область повреждения	В проц.	Область повреждения	В проц.	
Ранения головы	3,1	Ранения плеча	4,7	} 23,2%
„ „ с поврежд. мозга	1,6	„ предплечья	7,4	
Повреждение лица	3,7	„ кисти	6,4	
„ челюстей	0,5	„ пальцев	4,7	
„ шеи	0,5			
Ранение грудной клетки	13,8	Ранения бедра	17,0	} 35,4%
„ живота	2,1	„ кол. сустава	2,1	
		„ голени	9,5	
		„ гол. сустава и стопы	6,8	

В этот материал не вошли легкие ранения, обрабатываемые на ПСЛ.

Из таблицы видно, что ранения головы не столь уж часты. Это находит свое объяснение в ношении бойцами металлических касок и в маневренности боев. Видимо, голова поражается чаще при позиционных условиях ведения боя. В нашем материале ранения лица встретились в 3,7% случаев, в том числе 0,5% с осложнением ранения в челюсть. Ранения в шею наблюдались всего в 0,5% случаев. Ранения в живот, по нашим данным, встречаются в 2,1%. По большей части это множественные ранения печени, желудка, кишок, очень тяжело протекающие. Почти все раненые этой группы доставлены к нам с явлениями тяжелого шока. Длительная перевозка в холодное время года чрезвычайно вредно отражается на состоянии подобных раненых. Мы имели возможность в этой группе раненых наблюдать редкий случай замерзания кишок при эвентрации их.

Приводим краткую историю болезни этого случая.

П. 30 лет. Будучи в разведке в тылу противника, получил ранение пульей в живот в тот момент, когда приподнимался для перебежки. Сразу заметил, что из раны что-то выпало. Вместе с санитаром, оказавшим ему первую помощь, пытался вправить руками выпавшие петли кишок. По окончании боя был транспортирован при 40° морозе на лыжно-носоличной установке в течение 20 часов. По прибытии на ДПМ оказалось, что сальник и выпавшие петли кишок смерзлись с повязкой. Кишечные петли бледно розового цвета, местами имеют участки как бы покрытые „инеем“. На выпавшем куске сальника черные налеты и кусочки льда. Рвано-ушибленная рана, идущая в косом направлении слева направо на 3 поперечных пальца выше пупка, величиной до 20 см. Через рану брюшной стенки выпали 3 петли тонких кишок и сальник. Согревание этих участков кишок полотенцем, смоченным горячим физиологическим раствором. Через 15 минут петли кишок приняли обычный цвет. Сальник остается с черными участками. Резекция выпавшей части сальника. Иссечение краев раны. Осмотр брюшной полости. Гнойно-фибринозные налеты на петлях кишок. Повреждений желудка, печени, селезенки, кишечных петель не найдено. Подведены тампоны в предбрюшинную клетчатку. Брюшина стянута швами. Частичные швы на брюшную стенку. Явления раздражения брюшины в течение 2 дней. Эвакуирован в ППГ на 5-й день в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем нагноение кожной раны. Осмотрен через 5 месяцев после ранения. Окрепший рубец брюшной стенки. Работоспособен, болей нет. Вернулся к прежней профессии.

Ранения грудной клетки составляют 13,8%; в 6,9% они сопровождались явлениями открытого пневмоторакса или ранением органов грудной полости. Основная масса ранений падает на конечности. Ранения верхней конечности наблюдались в 23%, ранения нижней—в 35,4%.

Повреждение сосудов было отмечено в 1,3% случаев. Однако, и на нашем материале были случаи ненужного наложения жгута. По материалам перевязочной нашего ДПМ в 50% жгуты были наложены напрасно. Среди вредных последствий жгута, особенно лежащего свыше 2 часов, кроме ишемической контрактуры, венозного кровотечения, следует указать на возможность осложнения ран инфекцией, в том числе и газовой.

Необходимо отметить еще плохую эффективность матерчатых жгутов; наложенные на одежду с ватной подкладкой, они не способны сдавить сосуд и только усиливают венозное кровотечение из раны.

Среди ранений конечностей преобладают ранения левой стороны. На верхней конечности чаще подвергается травме предплечье, кисть. На нижней конечности—бедро, голень. Ранения суставов встретились нам в 4,7% на плечевом и в 2,1% на коленном. Ранения нервных стволов и сплетений обычно наблюдались нами в комбинации с ог-

нестрельными переломами. Изолированные ранения нервных стволов встретились нам в единичных случаях.

Огнестрельные раны конечностей в большинстве своем требовали транспортной иммобилизации. Последняя производилась при помощи шин Крамера для верхней конечности, голени и стопы. При переломах бедра и ранах с большой зоной повреждения конечность укладывалась в шину Дитерихса. Последняя оказалась очень удобной и дающей достаточную иммобилизацию. Гипсовыми повязками для целей иммобилизации мы не пользовались.

Обработка раненых производилась в операционной и перевязочной. Перевязочная развешивалась в палатке ДПМ, операционная помещалась в палатке ППМ. Работа производилась на двух столах при большом потоке раненых. Освещение электрическое от АЭС или от аккумуляторов автомашины. Обработка рук производилась по Спасокукоцкому. Реже пользовались перчатками, стерилизованными в автоклаве. Набор инструментов был вполне достаточным, за исключением кровоостанавливающих зажимов. Один из санитаров операционной занимался точкой и правкой режущих инструментов, и мы всегда имели острые скальпели и ножницы; 78% операций произведено под местной анестезией по Вишневскому.

При лапаротомиях, торакотомиях, ампутациях применяли общий наркоз эфиром из маски Садовенкова. Хорошее впечатление осталось от применения вводного наркоза хлор-этилом. Ампула хлор-этила и последующий переход на эфир давали при малом периоде возбуждения хороший, полный сон.

Оперативная работа, проводимая на ДПМ, может быть представлена в следующем виде:

Наименование вмешательства	% операций	Наименование вмешательства	% операций
Операции при повреждениях головы и шеи	7	Операции на грудной клетке по поводу открытого пневмоторакса	6
Из них шинирование челюстей	1	На легком и диафрагме . . .	3
Трахеотомия	1	Ампутаций	1
Лапаротомия при ранениях живота и органов б. таза .	4	Экзартик. фаланг пальцев . .	2
Оперативная обработка огнестрельных переломов . . .	13	Извлечение осколков и пуль .	5
Операции на сосудах	4	Иссечение ран верхних конечностей . .	25
„ на суставах	4	„ „ нижн. „ . . .	25

Из ранений головы нами обрабатывались лишь ранения покровов черепа. Все раненые с повреждением мозга направлялись на следующий этап эвакуации, который мог обеспечить длительный покой раненому после операции трепанации черепа. Как это видно из таблицы, основным видом оперативного вмешательства была первичная обработка раны. Мы строго придерживались положений Ахутина, что „ранняя хирургическая обработка раны, в виде полного по возможности иссечения поврежденных тканей, является лучшим видом профилактики тяжелой раневой инфекции и должна широко применяться в хирургических учреждениях войскового района“. Первичный шов при таких обработках раны противопоказан, и допустим только в исключительных случаях при ранениях лица,

Некоторые замечания по вопросу о первичной обработке раны. В тех случаях, где это было возможно, мы старались при иссечении раны обязательно достичь дна ее, так как там мы чаще всего обнаруживали инородные тела, осколки костей, обрывки одежды. Размозженные мышцы иссекались. Покрывающая их фасция широко отсекалась. Иссечение кожи производилось таким образом, что рана имела вид овала. Самое серьезное внимание обращалось на лигирование сосудов в ране. Мы имели возможность наблюдать случаи вторичных кровотечений при недостаточно тщательном гемостазе. Малая зона повреждений кожи в виде незначительных размеров входного и выходного отверстий не всегда свидетельствует о таком же характере повреждения подлежащих тканей. Особенно часто это наблюдается при ранениях осколками мин. Едва видимые на поверхности кожи ранения в глубине оказывались ранами с большой зоной повреждения с размятыми и размозженными мышцами. Только оперативное рассечение таких ранений спасает рану от развития инфекции. Особенно тщательной обработки требуют огнестрельные переломы костей, где раны после иссечения рыхло выполнялись тампонами с риванолом, хлорамином или мазью Вишневского. При больших разрушениях и при нарушении костей конечность подвергалась иммобилизации в шине Крамера. Особой разницы в течении ран, обработанных в первые 8 часов и 12-24 часа после ранения, мы не наблюдали.

Следующая по численности группа операций—это операции при ранениях грудной клетки. Все эти ранения, за исключением ран с точечными входными и выходными отверстиями, требовали оперативной обработки. Иссечение кожи и размозженных мышц, удаление осколков ребер, осмотр легкого и диафрагмы, закрытие пневмоторакса путем наложения шва на мышцы без зашивания кожи,—вот методика операций у этих раненых. При зияющей ране грудной клетки, при раздроблении нескольких ребер дважды наблюдались случаи выпадения легкого в рану. Эти повреждения протекают крайне тяжело, и такие раненые особенно плохо переносят транспортировку. При обширном открытом пневмотораксе всегда при операции осматривалось легкое и диафрагма.

Чрезвычайно эффективна операция закрытия открытого пневмоторакса, производимая в первые часы после ранения. Доставленный в тяжелом состоянии раненый с резкой одышкой, через несколько часов после операции преобразуется на глазах.

Несколько замечаний о технике операции при открытом пневмотораксе. Наложить швы на плевру возможно лишь в тех случаях, где ранение сопровождается оскольчатым переломом ребра, и разбитое ребро резецируется. В остальных случаях рану в плевральной полости приходилось закрывать путем наложения на мышцы грудной стенки швов, накладываемых в несколько этажей. Герметичность закрытия раны зависит в основном от шва мышечных пластов. Кожа не зашивается. Рыхлая тампонада и массивная давящая повязка на грудную клетку.

Ранения в живот были самыми тяжелыми; раненые находились в состоянии шока. Это были множественные ранения тонкого и толстого кишечника, желудка, печени. Отверстия в полых органах закрывались швами. Ранения сосудов во всех случаях были нанесены пулей с полным перерывом сосудистой стенки, вызывавшим необхо-

димостью перевязки сосуда. Операция осложняется большой гематомой окружающих тканей, затрудняющей ориентировку. При проникающих ранениях суставов отверстие в синовиальной сумке иссекалось и зашивалось наглухо. Кожа не зашивалась. При большем раздроблении суставных концов костей предпринималась первичная резекция сустава. При этих ранениях производилась особенно тщательная иммобилизация. Первичные ампутации предпринимались нами только при полном размозжении конечности. При открытых огнестрельных переломах фаланг производилось иссечение раны, репозиция перелома и вытяжение за ноготь по принципу Белера. Таким образом полностью соблюдался принцип борьбы за сохранение не только конечности, но и пальцев.

Особо остановимся на борьбе с травматическим шоком у раненых. Холодное время года, множественные ранения, тяжелые условия эвакуации с поля боя — обусловили большое количество раненых в состоянии травматического шока. В одной из боевых операций приблизительно 59% раненых находились в состоянии травматического шока той или иной степени. Это дало нам основание использовать опыт санитарной службы США и выделить этих раненых в специальной палатке, названной нами „шоковой“. Отопленная палатка ППМ нагревалась до 40°—43°, и сюда помещались раненые, находящиеся в состоянии шока. Помещенные в такую палатку раненые быстро засыпали, пульс у них часто выравнивался и без инъекций глюкозы и физиологического раствора со спиртом (Образцов), применявшегося нами для лечения шока. Мы предполагаем, что такое общее согревание раненых способствует выравниванию сосудистого тонуса. Особенно тяжелы случаи травматического шока при множественных ранениях из автомата или осколками мины, комбинирующиеся с общим охлаждением раненого.

Переливание крови применялось не особенно широко. Кровь доставлялась преимущественно в стандартных банках ЦИПК, в последнее время — в ампуле Ленинградского ИПК. Все 100% раненых получили у нас или в ППМ инъекции противостолбнячной сыворотки. 32% раненых, прошедших операцию, получили и противогангренозную сыворотку в количестве 1-2 комплектов. В одном случае наблюдалась сывороточная болезнь, как результат введения сывороток. Случай столбняка у раненых, прошедших через ДПМ, нам неизвестен. Газовая инфекция отмечена в 2 случаях при ранении прямой кишки и при длительном нахождении жгута на плече по поводу ранения *art. cubitalis*.

Непосредственная смертность на ДПМ равна 2,1%, падает на случаи множественного ранения органов брюшной полости, грудной полости с выпадением легкого, множественные ранения конечностей, осложненные тяжелым шоком. Отдаленные результаты работы войскового района выводятся из сборной статистики тыловых санитарных учреждений. Нам удалось получить сведения о 50 раненых, оперированных нами. 32 человека осмотрены нами лично, 13 ответили подробно на поставленные в нашем письме вопросы. О 5 получены сведения на последующих этапах эвакуации. Раненые осмотрены через 5—8 месяцев после ранения. Результаты лечения могут быть представлены в следующем виде:

Вид оперативного вмешательства	Отдаленные результаты			
	Количество случаев	Вернулись в строй или к прежней профессии	Нестроевой или смена профессии	Инвалидность
Операции при повреждении шеи, лица, головы	5	5	—	—
Операции на грудной клетке	4	4	—	—
Ранения живота	3	2	1	—
Операции на сосудах	4	1	1	2
При огнестрельных переломах	12	8	2	2
Обработка ран верхней конечности	9	8	—	1
Обработка ран нижней конечности	13	11	—	2
	50	39	4	7

В группе ранений лица, шеи, челюстей все раненые по окончании лечения признаны годными к строевой службе. Все оперированные нами по поводу повреждения органов грудной клетки (4 чел.) вернулись в строй; трое из них имели открытый пневмоторакс, один — ранение легкого и диафрагмы. Из числа раненых в живот, подвергшихся нашему вмешательству, осмотрены впоследствии трое. У двоих полное восстановление трудоспособности; один, оперированный по поводу эвентрации кишок, переменял свою профессию на более легкую.

Из числа подвергшихся операции на сосудах осмотрено 4 человека. В 2 случаях при перевязках *art. femoralis* и *art. cubitalis* наступила гангрена конечности, потребовавшая ампутации конечности. В одном случае при перевязке *art. cubitalis* раненый был вынужден переменить свою профессию на более легкую в связи с парестезиями кисти. В одном случае после ранения *art. ulnaris* и ее перевязки раненый вернулся в строй.

После огнестрельных переломов конечностей было осмотрено и получены сведения от 22 человек. Двое из них остались инвалидами, один по поводу остеомиелита плеча, другой по поводу псевдоартроза лучевой кости. Двое сменили свою профессию на другую — один после ранения бедра, другой после ранения плеча, осложнившегося остеомиелитом. 8 остальных раненых этой группы возвратились в строй или к прежней профессии. В группе раненых после операций иссечения ран верхней и нижней конечности в 22 человека, инвалидность получили трое вследствие травматического воспаления малоберцового, седалищного и локтевого нервов. После произведенной у нас операции раненые лечились вначале в полевых подвижных госпиталях, затем — в эвакуогоспиталях тыла. Многие из них были направлены на курорты.

Этот скромный в численном отношении материал дает однако основание считать, что наиболее серьезными повреждениями в отношении последующего восстановления трудоспособности являются огнестрельные переломы, ранения сосудов и ранения мягких тканей, осложненные повреждением нервных стволов.

Ю. А. РАТНЕР

Применение сальника в лечении инфицированных ран и язвенно-дистрофических процессов

(предварительное сообщение)

Из 1-й хирургической клиники Казанского ГИДУВ'а им. В. И. Ленина
(дир. клиники проф. Ю. А. Ратнер)

Бактерицидные свойства брюшины привлекали внимание многих исследователей. И мы в свое время отдали дань изучению этого вопроса в клинике и эксперименте. Вскоре мы убедились, что для изучения бактерицидных свойств серозных листков лучше всего обратиться к сальнику. Сальник более доступен для эксперимента, подвижен, состоит главным образом из ретикуло-эндотелия, покрыт целиком брюшиной и к тому же богато снабжен кровью. В последующем проблема серозных листков и в частности изучение свойств сальника в клинике и эксперименте стала основной темой исследователей в руководимой нами клинике.

Роль сальника в организме еще мало изучена и весьма загадочна. Неправ был проф. Оппель, отрицавший полезную роль сальника в организме, считавший сальник даже лишним органом. Большинство исследователей держится других взглядов. Основываясь на повседневных клинических наблюдениях, хирурги справедливо придают сальнику большое значение в борьбе с инфекцией. Морисон называет сальник полисменом брюшной полости. Кроме бактерицидных свойств, хирургам хорошо известны склеивающие гемостатические свойства сальника, широко используемые в практике абдоминальной хирургии. Однако, сущность бактерицидных и других свойств сальника остается пока неясной. Многообразные и ценные свойства сальника, присущие ему в брюшной полости, к настоящему времени практически изучены не только в клинике, но и в эксперименте. Укажем на прекрасную диссертацию Гирголава, работы Шермана, Штуцера, диссертацию Шалагина, вышедшую из нашей клиники. Мы не ставим своей задачей дать в настоящей статье обзор многочисленных работ, посвященных изучению свойств сальника. Все они касаются, главным образом, изучения свойств, обнаруживаемых сальником при патологических условиях в брюшной полости. Что же касается нормальной функции сальника, его назначения в организме, то они до сих пор остаются загадочными. Шифельдрекер считает сальник регулятором кровообращения. Флюгге и Тиц полагают, что сальник, благодаря сильно развитой сети сосудов, выделяет в брюшную полость жидкость с определенными свойствами. Витцель обращает внимание на то, что сосуды сальника могут вместить $\frac{1}{4}$ всей крови, циркулирующей в органах брюшной полости. Достаточными фактами, освещающими роль и функцию сальника в организме, наука пока не распо-

лагает. Это не мешает, однако, хирургам использовать свойства сальника для практических целей, для пластики, гемостаза, и в особенности широко для перитонизации.

Сохраняются ли бактерицидные и пластические свойства сальника при пересадке в другие органы и ткани? Если сохраняются, то что происходит с трансплантатом и какие изменения наступают в материнской почве в патологических условиях?

Наши экспериментальные и клинические наблюдения полностью подтвердили возможности кратковременного приживления, врастания сальника в ткани другого организма и сохранения им пластических свойств. Опыты Шалагина подтвердили сохранение сальником бактерицидных свойств при пересадке в мягкие ткани. Любина отмечает то же самое при пересадке сальника в костную полость. Судьба пересаженного в глубокие ткани сальника одна и та же — последовательное перерождение в соединительную ткань.

Наши первые клинические наблюдения над сальником мы начали 4 года тому назад, используя сальник, взятый у другого больного, для закрытия обширного дефекта в мягких тканях черепа после удаления злокачественной опухоли. Уже первое наблюдение и затем ряд аналогичных показали, что сальник спустя короткое время срастается с раной так, что его нельзя снять пинцетом, живет, кровоточит. Спустя несколько дней сальник постепенно рассасывается, жировые участки некротизируются. На месте погибшего трансплантата появляются пышные грануляции, а с краев дефекта быстро надвигается эпителий.

Таким образом, первые наблюдения над поведением сальника на кожных дефектах показали, что трансплантат не только срастается с подлежащими тканями, но он каким-то образом способствует быстрому росту грануляций и эпителия, стимулирует регенеративный процесс. Отсюда, естественно, возникло стремление изучать его свойства на поверхности трофических язв и в лечении инфицированных ран.

Трофические язвы являются излюбленным объектом для проверки влияния различных раздражителей на регенеративный процесс. Вслед за первыми наблюдениями в простых условиях нас интересовало поведение сальника в патологических условиях при наличии инфекции и замедлении регенеративного процесса.

Вначале мы пользовались кусочком сальника, взятым при лапаротомии у лиц, тщательно, разумеется, обследованных до операции. Вскоре мы встали перед вопросом консервирования трансплантата. Пока он нами разрешен простейшим путем. Мы хранили сальник в чашке Петри в холодильном шкафу, при $t^{\circ} + 3, + 4^{\circ}$. Сальник накладывается на рану или язву без всякой фиксации. Поверх кладется обычная повязка с вазелиновым маслом. В дальнейшем, по мере увеличения числа наблюдений, мы стали пользоваться гетеротрансплантатом. Забегая вперед, скажем, что от животного сальник, как оказалось, не уступает в своем действии гомологическому сальнику. В последнее время в клинике почти всегда хранится про запас консервированный, „дежурный“ сальник, подобно консервированной крови.

Наблюдения за поведением сальника на поверхности трофических язв показали, во многих десятках случаев, что даже при наличии инфекции гомотрансплантат сальника срастается в первые же часы

с поверхностью язвы. Дальше на сцену выступает ясно бактерицидное действие трансплантата, сказывающееся в очень быстром исчезновении гноя. Повязка, до того обильно промокавшая гноем, после пересадки сальника остается чистой. Наряду с исчезновением гноя больные, как правило, отмечают исчезновение болей в ране. Это болеутоляющее действие, отмечаемое почти всеми больными, наступает вскоре же после трансплантации; оно заслуживает особого внимания и более подробного изучения.

При первом же осмотре язвы, спустя два дня, сальник внешне выглядит как бы живым. Затем, по мере исчезновения брюшинной части и некроза жировой, бросаются в глаза изменения со стороны язвы. До того вялая и безжизненная, она становится как бы свежей, живой. Появляются сочные, яркие, кровоточащие грануляции, быстро выполняющие язву до краев. Затем сравнительно скоро появляется полоска эпителия, нарастающая с краев по направлению к центру. Во многих случаях мы наблюдали появление эпителия в центре в виде островков, окруженных грануляционным валом; в дальнейшем эти островки сливаются. Язвы в этих случаях заживают очень быстро. Изменения, наступающие со стороны гомотрансплантата и материнской почвы, носят закономерный характер, за редкими исключениями, когда трансплантат не оказывает никакого действия на язву.

По другому обстоит дело с гетеротрансплантатом. Он, как правило, не срастается с язвой. По снятии повязки сальник оказывается частью растворенным и омертвевшим на повязке. Изменения со стороны язвы в первые два дня мало заметны. Там не менее, вскоре, иногда после 2—3 повторных трансплантаций, процесс регенерации развивается очень быстро. Эффект оказывается не меньше, чем при гомотрансплантации.

Мы брали для наблюдений преимущественно запущенные, „старые“ трофические язвы, безуспешно подвергавшиеся раньше воздействию самых разнообразных средств. И в этих запущенных случаях эффект превзошел ожидания.

Таким образом, на основании наших наблюдений можно притти к выводу, что сальник при пересадке сохраняет присущие ему в брюшной полости свойства даже в самых невыгодных условиях.

После нескольких лет наблюдений мы убедились также в том, что сальник является активным биологическим раздражителем. Регенеративный процесс под влиянием сальника в огромном большинстве случаев ускоряется. Заживление язвы наступает значительно скорее, чем при других методах лечения. Далее, сами больные обратили наше внимание на то, что боли, их беспокоившие, спустя несколько часов проходят. Эти болеутоляющие свойства сальника проверены нами и другими и являются, разумеется, весьма ценными для терапии.

Благотворное влияние сальника на течение трофических язв было основанием к тому, чтобы расширить наблюдения над сальником при других язвенно-дистрофических процессах, а также при инфицированных ранах. Нам казалось правильным, по аналогии с трофическими язвами, испытать влияние сальника на язвы роговицы. По нашему предложению, проф. А. Н. Мурзин применил в нескольких десятках случаев язв роговицы сальник животных. В большинстве из этих случаев, порою весьма тяжелых, вскоре же после трансплантации отмечен благоприятный эффект. Боли стихают или даже исчезают

спустя несколько часов после трансплантации. Гноеотечение уменьшается и почти прекращается в первые же дни. Процесс имеет ясно выраженную тенденцию к ограничению. Зрение благодаря этому улучшается. Наконец, язвы скоро покрываются нормальным эпителием. Таким образом, сальник и на поверхности язвы рога обнаруживает болеутоляющие, бактерицидные и стимулирующие регенеративный процесс свойства. Положенный на поверхность язвы сальник постепенно растворяется в конъюнктивальном мешке. Спустя два дня, при первой же перевязке, от него почти не остается следа.

Такую же закономерность явлений и такой же хороший терапевтический эффект мы наблюдали в двух случаях язвы языка, бывших недавно под нашим наблюдением. Наблюдения за поведением сальника в полости рта еще не достаточны, чтобы прийти к определенным заключениям; известно, что хронические язвы языка редко бывают вульгарными. Здесь важно лишь отметить, что и в полости рта при кратковременном и очень примитивном методе применения сальник обнаруживает свои благотворные свойства.

Само собой понятно, возникла мысль изучить влияние сальника при отморожениях. Как известно, наиболее частым осложнением после отморожения являются длительно не заживающие язвы, обусловленные глубокими трофическими изменениями в тканях. В основе патогенеза лежит длительный спазм сосудов. По своему течению язвы после отморожения мало отличаются от обычных трофических язв. Естественно было ждать и здесь благоприятного эффекта от воздействия сальника. При прежних наблюдениях мы, как правило, при первой смене повязки наблюдали значительное кровотечение с поверхности язв, ранее не кровоточивших. Это служило указанием на расширение сосудов под влиянием сальника, обстоятельство крайне важное для борьбы со спазмом сосудов при отморожениях. Наши немногочисленные наблюдения при отморожениях вполне убеждают в целесообразности применения сальника, как активного биологического раздражителя для лечения язвенно-дистрофических осложнений.

Сравнительно давно мы стали прибегать к помощи сальникового трансплантата при обширных тяжелых ожогах II и III степени. Основанием для этого служили уже отмеченные свойства сальника: болеутоляющие, бактерицидные и стимулирующие рост грануляций и эпителия. Обращало на себя внимание прежде всего болеутоляющее действие, выраженное в особенности при свежих ожогах, когда боли бывают очень сильными и мучительными. Далее, при перевязках бросалась в глаза разница между участками обожженной поверхности, покрытыми сальником, и нескрытыми пузырями. Под последними просвечивала мутно-гнойная жидкость, тогда как под сальником гной отсутствовал. В дальнейшем наблюдался быстрый рост грануляций и эпителия во многих случаях не только с краев, но и в центре, островками.

В настоящем сообщении мы ограничиваемся изложением общих закономерностей, наблюдавшихся нами при пересадке сальника. Мы не ставили своей целью, при ограниченных рамках статьи, приводить отдельные случаи и тем более весь накопившийся, довольно значительный материал. Этот материал будет приведен подробно после изучения отдаленных результатов. Отчасти он уже опубликован.

Другим более обширным полем для клинических наблюдений над биологическими свойствами пересаженного сальника мы избрали, по

вполне понятным соображениям, инфицированные раны. Предпосылкой к этому были хорошо известные в клинике и доказанные в эксперименте „бактерицидные“ свойства сальника. Толкали на этот путь прежние наблюдения над инфицированными трофическими язвами, ожогами, а также при язвах роговицы, возникающих, как известно, в результате вирулентной пневмококковой инфекции. Кроме того, мы к этому времени вполне убедились в том, что пересаженный сальник сохраняет на некоторое время присущие ему в брюшной полости биологические свойства, в том числе и бактерицидные.

Наблюдения над поведением сальника в гнойных полостях мы начали сравнительно недавно. Первыми объектами для наблюдений в этой области послужили гнойники после чистых операций, осложнившихся инфекцией, а также инфицированные раны после уличной, трамвайной и производственной травмы. Сильное впечатление оставил первый случай, касавшийся больного после аппендэктомии, осложнившейся образованием обширного гнойника, широко вскрытого спустя несколько дней. Швы раны разошлись. Было удалено большое количество гноя. В рану был вложен вместо марлевого тампона сальниковый. Над ним края раны стянуты в двух местах серфинами. При следующей перевязке гноя не было. Сальник выглядел живым. Спустя еще 3 дня серфины были сняты. Наступило заживление. В других подобных случаях, а также при гнойных ранах можно было отметить в большей или меньшей степени выраженное бактерицидное действие трансплантата, которое контролировалось не только по внешнему виду и количеству выделений, но также и счетом колоний микробов и реакцией Delbet. Гнойные выделения заметно уменьшаются, быстро нарастают грануляции из глубины, боли в ране значительно стихают. Наблюдения в этой области накапливаются, проверяются лабораторно и биохимически и в последующем будут сообщены.

Хорошее действие оказывает сальник и в костной полости при хроническом остеомиелите. Всем известно, какую трудную задачу представляет лечение гнойного остеомиелита. Лучше всего об этом свидетельствует существование многочисленных методов лечения остеомиелита, которые редко, однако, ведут к полному излечению. Нас живо интересовал вопрос о возможности прирастания трансплантата сальника в костной полости при наличии инфекции. Первые наши наблюдения относятся к ограниченному остеомиелиту без свищей типа абсцесса Броди. В этих случаях после трепанации, химической очистки и пересадки сальника мы закрывали рану наглухо. Больные выписались из клиники с первичным натяжением. В случаях рецидивирующего диафизарного остеомиелита со свищами мы укладывали на дно очищенной полости трансплантат и рану оставляли частично открытой. В одних случаях мы видели прирастание трансплантата и в этих условиях—отсутствие болей, гноетечения и быстрое заполнение сальником полости. В других случаях трансплантат отходил вместе с гноем. Тем не менее, и в этих случаях заживление полости наступало быстро и без свища. Отдаленные результаты и сроки регенерации костной ткани будут нами сообщены дополнительно. Таким образом и в костной полости, при наличии инфекции, сальник обнаруживает присущие ему замечательные свойства.

Наблюдения над свойствами трансплантата сальника ведутся нами также при различных заболеваниях других органов.

Многолетние клинические наблюдения дают нам право сказать, что:

1) сальник, будучи пересажен на поверхность инфицированных ран и в гнойные полости, сохраняет присущие ему бактерицидные свойства, 2) сальник является активным биологическим раздражителем и способствует усилению регенеративного процесса и наконец 3) сальник обладает болеутоляющим действием в ране.

Давно известно, что факты легче обнаружить, чем объяснить. Наша основная концепция в начале исследований заключалась в том, что трансплантат сальника в течение некоторого времени должен в известной мере сохранить свойства, ему присущие. Эта концепция находит теперь подтверждение в эксперименте и в клинике. Концепция проста и понятна.

Мы имеем в виду пластические, склеивающие и бактерицидные силы сальника. О сущности этих свойств нам известно очень мало. Известно лишь, что свойства сальника выступают на сцену, главным образом, в патологических условиях. Трудно, однако, представить себе, что орган в нормальных условиях лишен всякой нормальной функции. Защитная функция сальника есть сложный биохимический процесс, заслуживающий подробного изучения. То обстоятельство, что свойства, принадлежащие ткани сальника, обнаруживаются и вне брюшной полости, при пересадке, позволяет шире экспериментировать и подвергнуть сальник более подробному изучению в лаборатории, к чему мы и приступили.

В заключение хочется предостеречь читателя, если он пожелает проверить на практике новый биологический метод лечения, от лишних увлечений и переоценки. Всякий раздражитель, в том числе и биологический, вызывает в организме различную реакцию, подверженную большим колебаниям. Кроме того, биологические свойства сальника у различных доноров далеко не одинаковы. В огромном большинстве случаев мы наблюдали в той или иной степени выраженное влияние трансплантата на болезненный процесс. Путем повторных трансплантаций мы добивались в большинстве случаев излечения. В редких, сравнительно, случаях мы не видали никаких изменений. Метод прост, доступен и, что очень важно, безвреден.

Казань, М. Галактионовская, д 22/2.

Доц. В. М. ОСИПОВСКИЙ

Ампутация конечностей под местным обезболиванием по методу ползучих инфильтратов

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков)
Казанского государственного института усовершенствования
врачей имени В. И. Ленина

Статистические данные, основанные на опыте бывших войн, показывают, что удельный вес ампутаций среди прочих оперативных вмешательств довольно высок.

В войну 1914—1918 гг. на каждую 1000 эвакуированных и выживших раненых приходилось в среднем 5 человек с ампутацией верхних и 10 с ампутацией нижних конечностей. Интересны данные о сравнительной частоте ампутаций в военное и мирное время. В прошедшую войну на первом месте стояли ампутации бедра, затем — плеча

и голени, в то время, как в мирное время первое место занимает голень, второе и третье — плечо и предплечье (Остен-Сакен).

Довольно высокой остается непосредственная смертность после ампутаций. В доантисептическое время она составляла 50—80% (Мальгэн, 1836 — 41 гг, отчет о Крымской кампании). Введение антисептики сразу снизило смертность вдвое, и с тех пор она падает с каждым годом. Янчур (1934) имел 15,2% смертности, Хейфец (1934) — 18,8%, на материале Московского института травматологии и неотложной медпомощи — 12,4%, Ромм и Мазейлис (1938) — 13,4%, Ищенко (1938) — 10,6%, Белкин (1939) — 22,8%. Все же смертность при ампутациях и в настоящее время остается высокой. В чем тут дело?

Шеде четко сформулировал причины, влияющие на исход ампутации. Здесь имеет значение характер основного страдания, возраст больного и место ампутации. Но этими причинами дело не исчерпывается. Несомненно, что среди причин, обуславливающих исход ампутации, большую роль играет метод обезболивания.

В вопросе о выборе метода обезболивания среди хирургов нет единого мнения. Со времени введения общего наркоза установилось правило пользоваться при ампутациях ингаляционным наркозом. Позднее ампутация стала такой операцией, при которой были испытаны и продолжают испытываться различные способы и средства обезболивания.

Настоящее сообщение касается вопроса о применении метода анестезии по Вишневскому при ампутациях конечностей.

Напомним основные моменты техники анестезии при ампутациях конечностей: 1) глубокие подапоневротические тугие инфильтраты, производимые из двух или трех точек в окружности конечности, несколько выше предполагаемого разреза. Этим достигается пропитывание тканей и проникновение раствора по всем „футлярам“ конечности до соприкосновения с проходящими нервами и 2) анестезия кожи и подкожной клетчатки по месту предполагаемого разреза.

В период с января 1936 г. по декабрь 1938 г. в клинику было доставлено 155 больных с травматическими повреждениями конечностей, потребовавшими производства первичной ампутации. Всего произведена 181 ампутация. Возраст больных варьирует от 6 до 76 лет. Под местным обезболиванием по Вишневскому сделано 112 ампутаций — 100 больным, под общим обезболиванием (эфир) 69 ампутаций — 55 больным.

Показаниями к первичной ампутации в 97% случаев послужили поездная, трамвайная и производственная травмы и в 3% случаев огнестрельные повреждения. Из 155 больных погибло 22, что составляет 14,1% общей смертности. В то время, как на 55 больных, оперированных под общим обезболиванием (эфир), умерло 12 (21,8%), из 100 больных, оперированных под местной анестезией по Вишневскому, умерло 10 (10%). Сопоставление процентов смертности с несомненностью подтверждает преимущества местного обезболивания. Ни в одном из случаев, проведенных под местным обезболиванием по Вишневскому, не потребовалось прибегнуть к дополнительной помощи — общему обезболиванию. Больные во время операции были спокойны.

Пользуясь методикой Вишневского в каждом случае ампутации оператор может, не торопясь, послойно рассекать ткани, обеспечивать по ходу операции надежный гемостаз и осуществить дифференцированную препаровку крупных сосудов и нервных стволов. Рассечение кожи, апоневротических листков и мышц происходит абсолютно безболезненно, ибо „футлярная“ анестезия уже заранее сделала свое дело и надежно обеспечила блокаду нервов. Из профилактических соображений при перерезке крупных нервных стволов (п. p. ischiadici, tibialis, median.) уместно дополнительно сделать пери-эндо-

невральную инъекцию и тогда без всяких опасений можно производить обработку нерва. Перепиливание кости, как правило, не болезненно.

Обезболивание по Вишневскому при ампутациях конечностей вполне возможно в любой обстановке при минимальном числе помощников хирурга, т. к. оно технически очень просто и абсолютно безопасно.

„Футлярная“ анестезия по Вишневскому является не только методом идеального обезболивания, но и могучим противошоковым средством. На это обстоятельно А. В. Вишневский указывал еще на III Всесоюзной конференции хирургов (1937, Ленинград). Образование глубоких инфильтратов выше места разреза из двух-трех точек производит „блокаду“ проходящих в данной области нервных стволов и тем самым снимает явления местного „тканевого“ шока, устраняя опасность развития вторичного шока. Такая блокада при методе Вишневского делается быстрее, проще и безопаснее, нежели это достигается „стволовой блокадой“ pl. brachialis или n. ischiadicus, как это рекомендуют Гусынин и Помосов.

Наконец, метод Вишневского является прекрасным противовоспалительным средством, действуя в данном случае как новокаиновый блок. Трофическое влияние местной анестезии теперь доказано и подтверждено многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями А. В. Вишневского и его школы. Под влиянием местного обезболивания заживление раны идет гораздо быстрее и лучше (Ненилин, Садыкова, Маненков, последние данные, сообщенные Шааком на конференции ВИЭМ'а в 1939 году). Наблюдения нашей клиники целиком подтверждают это положение.

Опыт нашей клиники убеждает нас в необходимости широкой популяризации анестезии по Вишневскому: она при ампутациях имеет громадные преимущества перед всеми другими видами обезболивания, т. к. выгодно сочетает в себе: а) анестезию, б) средство борьбы с шоком и в) профилактическое мероприятие против развития воспалительных процессов.

Казань, ул. Груздева, д. № 4. кв. 2.

Засл. деятель науки ТАССР проф. И. Н. ОЛЕСОВ

Эфедрин в терапии зудящих дерматозов

Клиника кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского института

Эфедрин еще мало известен широкому кругу врачей, поэтому остановлюсь кратко на описании его химического строения, фармакологических и физиологических свойств.

Эфедрин (Ephedrinum) — действующее начало кузьмичевой травы. Трава эта, как лечебное средство, была известна в Китае уже более 5000 лет тому назад. Применяется она против кашля, как потогонное, возбуждающее и успокаивающее средство. В 1887 г. Яманаши (Jamanaschi) и Нагаи (Nagai) первые выделили из стеблей кузьмичевой травы (Ephedra vulgaris) алкалоид, который назвали эфедрином. Этот алкалоид по своей химической структуре есть фенил — пропанольметиламин. Хлористоводородная или сернокислая его соль образует белый кристаллический порошок, растворимый в воде и вращающий плоскость поляризации влево. Эфедрин правого вращения носит название псевдоэфедрин. Этот препарат, по сравнению с левовращающим плоскость поляризации эфедрином, терапевтически менее эффективен.

В Германии эфедрин приготовлен синтетически. Он выпускается в продажу под названием эфетонина (Ephetonin). В терапевтической практике в Германии он применяется довольно широко.

У нас в Советском Союзе Научно-исследовательский химико-фармацевтический институт (НИХФИ) им. Орджоникидзе Наркомздрава СССР приготовил и выпустил в продажу наш советский эфедрин.

Эфедрин действует подобно адреналину. Но его действие терапевтически более эффективно, и он менее токсичен, чем адреналин. Это объясняется тем, что в эфедрине нет двух феноловых гидроксильных групп и вместо имеющегося в адреналине атома Н в боковой цепи введен метиловый радикал CH_3 . Многочисленные экспериментальные исследования показали, что эфедрин возбуждает симпатический нерв, а в больших дозах возбуждает и блуждающий нерв. Эфедрин суживает сосуды всех тех областей тела, где имеются симпатические нервы, и расширяет сосуды легких. В больших дозах он может действовать и на венозные сосуды сердца. Под воздействием эфедрина кровяное давление повышается медленнее, чем от адреналина, дыхательный центр тонизируется и возбуждается. Эфедрин, подобно адреналину, вызывает сокращение селезенки с увеличением числа эритроцитов, лейкоцитов и кровяных пластинок. Количество сахара в крови повышается, образование жиров из углеводов уменьшается. Сосуды желудка суживаются и выделение соляной кислоты понижается.

Испытание советского эфедрина, произведенное в клиниках, показало, что по сравнению с адреналином он менее токсичен, более устойчив и действует медленнее, чем адреналин, но время его действия более длительное.

Эфедрин у нас в Советском Союзе широко применяется при лечении бронхиальной астмы, сенной лихорадки, анафилаксии после введения сыворотки и при шоках. В Германии эфедрин и эфетонин применяются для лечения крапивницы и вазомоторных ринитов.

В нашей клинике мы применяем эфедрин для лечения кожных заболеваний с 1938 г. После 2-летнего наблюдения можем подвести итог. Эфедрин является прекрасным средством при зудящих дерматозах. Он уничтожает зуд, ликвидирует отечность кожи и тем самым создает основание для быстрой ликвидации клинически видимых поражений кожи.

Под нашим наблюдением было более 60 различных больных, но в настоящей работе мы остановим внимание читателей только на группе больных с дерматозом, сопровождающимся зудом (экзема, крапивница, pruritus). За указанный период мы наблюдали 19 случаев экземы, из них 11 острых и 8 хронических и 5 случаев крапивницы, в том числе 3 случая остро развившихся и 2 случая хронических.

Все остро протекающие формы экземы были вылечены в срок до 13 дней. Из больных с хронической экземой 5 были вылечены, у 3 наступило резкое улучшение; в 2 случаях, закончившихся излечением, мы в последующее время наблюдали рецидив, который также был нами ликвидирован. В 2 случаях зуда кожи с резко выраженной *urticaria factitia* наступило выздоровление. Для иллюстрации приведу некоторые истории болезни.

1. Больной К., 37 лет, служащий (ист. бол. № 552, 1940 г.) болен с конца сентября 1940 г., поступил в клинику 31/X 40 г. с диагнозом: острая экзема лица.

St. praesens. Кожа лица резко воспалена, отечна, на этом фоне полиморфная сыпь, сопровождающаяся обильным мокнутием и образованием корок. Температура нормальна. Жалобы на сильный зуд. 2/X больной получил 2 инъекции 5% раствора эфедрина под кожу по 0,5 см³; наружно-примочка. 3/X лечение то же. 4/X зуд прекратился. Отек резко уменьшился. Поражение на коже лица побледнело и начало развиваться обратно. Лечение эфедрином продолжено. 7/X. Кожа лица приняла почти нормальный вид. Назначена мазь. 9/X. Больной выписался как выздоровевший.

2. Больной Ф. 31 г., служащий (ист. бол. № 67, 1940 г.), в течение многих лет страдает экземой лица, последнее обострение 15 января 1940 г. после длительного

пребывания на морозе и ветре. Поступил в клинику 9/II-40 г. с диагнозом: острая экзема лица.

St. praesens. Кожа лица и ушные раковины резко воспалены и отечны, на этом фоне — полиморфная сыпь, сопровождающаяся мокнутием и образованием корок. Температура нормальная. Жалобы на сильный зуд. 10/II больной получил 1 см³ 5% раствора эфедрина. К вечеру зуд меньше, отек спал. В последующие 5 дней больной получал по 1 см³ 5% раствора эфедрина. 16/II зуда нет. Отек исчез. Кожа на лице побледнела, сыпь развивается обратно. Назначено 30% цинковое масло. 19/II. Кожа лица приняла почти нормальный вид. В этот день больной был направлен в нервную клинику для консультации. День был морозный и ветреный. По возвращении из клиники больной отметил покраснение кожи лица и легкий зуд. 20/II. Рецидив экземы. Кожа воспалена, слегка отечна. Жалобы на сильный зуд. Больному назначен эфедрин внутрь по одной таблетке в дозе 0,025 3 раза в день. Через 2 дня зуд прекратился, отек исчез, и кожа приняла нормальный вид. Через 3 дня больной выписался как выздоровевший.

3. Больной Ч., 61 г. (амбулаторный), по профессии адвокат, страдает экземой с 1917 г. В последние годы рецидивы участились. Последний рецидив начался около 2 месяцев тому назад. Лечился у специалиста. Процесс прогрессирует.

St. praesens. Кожа лица и тыла кистей воспалена, инфильтрирована и слегка отечна. На этом фоне — шелушение и следы расчесов. Жалобы на сильный зуд и бессонницу. Диагноз: хроническая экзема.

3/IV бо льному назначен эфедрин в дозе 1/2 таблетки в 0,025 4 раза в день до еды, на ночь — люминал в дозе 0,5; наружно-болтушка. 7/IV зуд меньше, отек уменьшается, стал спать. Эфедрин переносит хорошо, доза его увеличена до полной таблетки в 0,025 4 раза в день. Другие назначения остаются. 13/IV. Зуд прекратился. Отек исчез. Больной спит. Явления на коже развиваются обратно. Вместо болтушки назначено 30% цинковое масло. 19/IV. Зуда нет. Больной чувствует себя прекрасно. На оставшиеся очаги инфильтрата назначен Д'Арсонваль. Другие виды лечения отменены. 25/IV. Все явления на коже развились обратно. Больной считает себя вылечившимся.

4. Больной Г., 36 лет, колхозник (ист. бол. № 636, 1940 г.). Заболевание началось с июля 1940 г., появился зуд, затем больной стал замечать, что на местах расчесов возникают красные полосы, резко выдающиеся над поверхностью кожи. Больной обращался к врачам, но лечение не помогало.

18/XII 1940 г. больной поступил к нам в клинику с диагнозом: *urticaria factitia*. 19/XII. На месте раздражения пальцем появляется резко возвышающийся над кожей валик ярко розовой окраски. Жалобы на сильный зуд и бессонницу. Больному назначен эфедрин подкожно, 5% раствор по 0,5 2 раза в день. 26/XII. Зуд менее интенсивен, на месте раздражения реакция меньше. 6/I. Зуд по временам; стал лучше спать. Дермографизм резкий, красный. Эфедрин переносится хорошо. Назначено внутрь 4 таблетки в день по 0,025 и на ночь люминал 0,5. 22/I. Больной выписывается. Сон хороший. Зуда нет. Дермографизм в норме.

5. Больной III, 23 лет, учитель (ист. бол. № 23, 1941 г.). Заболевание началось в июле 1940 г. По словам больного, по ночам его тело покрывалось сильно зудящей сыпью, к утру сыпь исчезала. Больной обращался к врачам, лечение эффекта не давало. 10/I больной с диагнозом «крапивница» поступил в клинику.

St. praesens. На теле следы расчесов. 12/I дежурный врач вечером видел элементы крапивницы. 13/I. Больному назначен эфедрин внутрь по одной таблетке в дозе 0,025 3 раза в день и на ночь люминал в дозе 0,5. 22/I. Зуд больного не беспокоит, больной хорошо спит; появляются изредка отдельные волдыри. Лечение прекратили. 24/I. Появился зуд. Лечение эфедрином возобновлено. 1/II. Зуд и волдыри не появляются. Сон хороший. 6/II. Больной выписывается как выздоровевший.

В ы в о д ы

1. Эфедрин обладает противозудным и сосудосуживающим свойством; поэтому его целесообразно применять в клинике при зудящих дерматозах, сопровождающихся отеком.

2. Эфедрин не дает никаких побочных тяжелых явлений, лишь в некоторых случаях отмечается скоропроходящее сердцебиение, потливость, бессонница и тошнота.

3. Эфедрин можно применять пер ос и подкожно. При подкожном применении терапевтическое действие сказывается быстрее и оно более эффективно.

Казань, ул. К. Маркса, д. 59, кв. 5.

Ц. Ю. РОТШТЕЙН и В. С. КРЫЛОВА

Лечение чесотки по методу проф. А. К. Дьякова

Из клиники кожных и венерических болезней (директор заслуженный деятель науки ТАССР проф. И. Н. Олесов) Казанского государственного медицинского института

Проф. Дьяков в основу своего метода лечения чесотки положил комбинированное действие серы и мыла, уже издавна применявшихся, как противочесоточные лекарственные вещества.

Серное мыло готовится по следующему рецепту: *Saponis domestici* 50,0; *sulfuris pulv.* 125,0; *aq. communis* 350,0. *Misce in levi calore, f. unguentum.* Мыло должно быть мелко наструганное.

Методика лечения по проф. Дьякову может быть двоякого рода. Первый способ—ускоренный. Больной натирает серным мылом (лучше на ночь) 4-6 раз подряд всю поверхность тела по 10 минут с перерывом для отдыха в 3-5 минут. Если после первого дня лечения у больного нет пиодермии и зуда, то лечение считается законченным, и больной на 3-4-й день от начала лечения моется и меняет белье. Если у больного где-нибудь на теле наблюдается еще чувство зуда или явления пиодермии, то на эти участки кожи в течение 2-3 дней накладывается серное мыло. По этому методу проф. Дьяков лечил амбулаторно 17 и стационарно 10 больных, из которых только у одного амбулаторного больного лечение пришлось повторить.

Второй способ лечения серным мылом, более медленный, заключается в том, что больной натирает этим мылом всю поверхность тела 2 раза в день, утром и вечером по 15-20 минут 3 дня подряд, а на 4-5-й день после начала лечения моется и меняет белье. Как при первом способе, в пиодермические очаги серное мыло не втиралось, а накладывалось.

По этому способу лечилось 30 взрослых и 5 детей грудного возраста с неосложненной чесоткой, 8 больных с чесоткой, осложненной пиодермией и 25 детей в одном детдоме.

Лечение проходило успешно, за исключением 2 амбулаторных больных, которые через несколько дней пришли с рецидивом чесотки. В зависимости от выраженности явлений чесотки лечение продолжалось от 3 до 5 дней.

У 8 больных чесоткой, осложненной пиодермией, лечение продолжалось от 6 до 10 дней.

В дальнейшем проф. Дьяков для того, чтобы серное мыло дольше держалось на коже, стал прибавлять к вышеуказанной прописи 10% конторского клея, или 5-10% крахмала, или 5-10% муки, или муки пополам с клеем по 5%. Серным мылом последнего состава проф. Дьяков рекомендует пользоваться следующим образом. В первый день на ночь больной втирает серное мыло во всю поверхность ко-

жи в течение 10-12 минут, притом последние порции мыла не втираются, а намазываются. В следующие два дня больной намазывает серное мыло в те места, где еще чувствуется зуд или имеются явления пиодермии, или где слой мыла после подсыхания недостаточно выражен. На 4-й день больной моется и меняет белье.

По предложению Центрального кожно-венерологического института в Москве, мы приступили к испытанию серного мыла на больных нашей клиники. Серное мыло готовилось в клинической аптеке по прописи проф. Дьякова с прибавлением 10% муки. Больные чесоткой натирались серным мылом 2 раза в день по 15 минут, в течение 3 дней, на местах, пораженных пиодермией, мыло не втиралось, а накладывалось. После этого больные получали день отдыха, затем—ванну и смену белья. Если явления чесотки у больных не проходили, проводился второй курс лечения такой же продолжительности. Если от первого курса явления чесотки проходили, но оставалась пиодермия, то серное мыло только накладывалось на пораженные участки.

По такому методу мы лечили чесотку у 42 стационарных и 10 амбулаторных больных. Для амбулаторного лечения мы брали случаи с неосложненной и запущенной чесоткой. Среди 52 больных было 13 детей до 10-летнего возраста и 39 взрослых. Не лечилось раньше от чесотки 35 больных, остальные 17 лечились разными противочесоточными средствами. От неосложненной чесотки серным мылом лечился 31 человек, от осложненной пиодермией чесотки—21 человек; последние лечились только стационарно. Вылечились 40 человек: 21 от одного цикла лечения, 19—от двух циклов втирания серного мыла. Из выздоровевших от применения одного серного мыла 28 человек болели неосложненной чесоткой, а 12 чесоткой, осложненной пиодермией. У 12 больных отмечено только улучшение болезненного процесса; по тем или другим причинам они прекратили лечение серным мылом.

Из последних 12 больных 10 подвергнуты лечению серным мылом по одному циклу и двое больных—по два цикла. Выздоровевшие больные находились под наблюдением 7-10 дней. Рецидив чесотки через 3 недели получился у одной амбулаторной больной, и мы его считаем вторичным заражением. Из 52 больных от применения серного мыла у 9 развился легкий дерматит, который быстро ликвидировался от применения индифферентных средств.

Таким образом, значительная часть больных не вылечивалась от чесотки после применения одного цикла лечения серным мылом с прибавлением муки, между тем, как проф. Дьяков считает достаточным применять только 1 цикл лечения. Далее, как выше было указано, проф. Дьяков рекомендует серное мыло данного состава втирать один раз в первый день, а в остальные 2 дня только накладывать по мере надобности. Мы же применяли серное мыло с мукой по второму способу—втирали 2 раза в день по всему телу. Такой метод лечения чесотки нам кажется более правильным, так как и при этом более энергичном лечении чесотка во многих случаях не проходила от одного цикла лечения.

Хотя наши наблюдения немногочисленны, мы считаем возможным отметить, что серное мыло, приготовленное с мукой, является хорошим противочесоточным средством: оно не обладает неприятным запахом, не беспокоит больных, не пачкает белья, быстро успокаивает

зуд, а главное—не вызывает сильных дерматитов. Это свойство серного мыла на нашем материале особенно отчетливо сказалось у детей. Таким образом серное мыло с прибавлением муки, способ приготовления которого прост и везде доступен, так как можно брать любую порошкообразную серу, должно занять видное место в арсенале противочесоточных средств.

Если сравнить лечение чесотки по способу проф. Дьякова с лечением по методу проф. Демьяновича, то последний безусловно имеет преимущества по своей дешевизне и скорости действия. Однако, метод проф. Дьякова в сравнении с другими способами лечения, например, мазь Вилькинсона, имеет преимущества, так как серное мыло более доступно и с успехом может быть применено даже у лиц с нежной кожей, особенно у детей, и при чесотке, осложненной пиодермией.

Казань, ул. Кирова, 54.

Т. М. ЮРИНОВ и В. С. КРЫЛОВА

О лечении красной волчанки акрихином

Из клиники кожных и венерич. б-ней (директор засл. деятель науки ТАССР проф. И. Н. Олесов) Казанского гос. мед. института

Сообщение проф. Прокопчука (1940) об успешном лечении им красной волчанки акрихином привлекло к себе всеобщее внимание. Тогда же проф. Олесов поручил нам провести клиническое испытание этого метода для выяснения его терапевтической ценности. Предложенная проф. Прокопчуком методика очень проста и заключается в том, что взрослому больному назначается внутрь акрихин по 0,1—3 раза в день, после еды, в течение 10 дней. Затем следует 5-дневный перерыв и снова 10-дневный цикл приема акрихина. Всего больной получает за курс от 4 до 5 десятидневных циклов с пятидневными интервалами между ними.

В настоящее время мы в состоянии подвести первые итоги своих наблюдений. С февраля по ноябрь 1940 г. мы наблюдали 30 больных красной волчанкой, из них 18 стационарно и 12 амбулаторно. Среди больных 15 мужчин и 15 женщин, в возрасте от 18 до 57 лет. Давность процесса от 1 года до 22 лет. Распространенность также была весьма различна: в одних случаях были единичные поверхностные очаги на носу и щеках, в других процесс захватывал все лицо, ушные раковины, в одном случае переходил на кожу груди и спины. Из клинических разновидностей мы наблюдали 16 случаев дискоидной волчанки, 12—центробежной эритемы Биетта и 2 случая типа конгестивной себореи Гебры. Каждый больной до начала лечения подвергался тщательному клиническому и лабораторному обследованию для исключения противопоказаний к акрихинотерапии. Кроме того, во время лечения у всех больных повторно исследовались моча и кровь. Все стационарные больные сфотографированы до и после лечения.

Мы можем констатировать, что терапевтический эффект действительно очень демонстративен. Обычно уже через 2-3 цикла отме-

чается уменьшение гиперемии, инфильтрации и шелушения. В поверхностных случаях красной волчанки процесс обратного развития идет значительно быстрее, чем в глубоких. Нередко через 2-3 цикла при центробежной эритеме Биетта удается получить такой же эффект, как в старых, инфильтрированных бляшках дискоидной волчанки после 4-5 циклов акрихинотерапии. Первым признаком начавшейся обратной эволюции сыпи служит исчезновение периферического розового ободка; затем к цвету папулы присоединяется желтоватый нюанс, переходящий в дальнейшем в буроватый. Одновременно с такой эволюцией тонов уменьшается гиперкератоз и инфильтрация, вследствие чего весь элемент постепенно уплощается, пока, наконец, к концу 3-4 или 5 цикла не исчезнет совсем, оставив после себя лишь буроватое пятно. Эту схему обратной эволюции сыпи мы наблюдали очень часто. Однако, как правило, эту эволюцию проделывают не все элементы одновременно. В результате этого явления к концу лечения нередко остаются неизлеченными то отдельные очаги, то лишь части очагов.

На нашем материале мы наблюдали это явление в большом проценте случаев. Нередко очаги красной волчанки в результате акрихинотерапии исчезали на девяти десятых своего протяжения, или даже еще больше; все же эти незначительные остатки не позволяли нам говорить о полном излечении процесса. В результате из 30 леченных больных только у 7 наблюдалось полное выздоровление, у 13 — значительное улучшение, у 9 — улучшение и, наконец, у 1 — без изменений. В 13 случаях, отнесенных нами в рубрику значительного улучшения, мы достигли эффекта после 4-6 и в 1 случае — после 8 циклов акрихинотерапии. В конце лечения можно было констатировать, что процесс ликвидировался на 80—95% своего протяжения, но все же полного выздоровления не наступило. В 9 случаях, отнесенных в рубрику улучшения, процесс ликвидировался после 4-5 циклов на 50-80% своего протяжения. Наконец, в 1 случае дискоидной формы красной волчанки после 4 циклов акрихинотерапии улучшения совсем не наступило, что заставило нас перейти к лечению финзеном. Что касается 7 больных, у которых мы наблюдали полное выздоровление, то этого результата мы достигли после 3-5 циклов акрихинотерапии. Однако из этих 7 случаев в 3 наступил рецидив красной волчанки через 2-6 месяцев после окончания лечения. Во всех 3 случаях мы провели 2-й курс лечения акрихином, который снова привел к полному выздоровлению всех больных.

Большинство наших больных получало только акрихин внутрь и лишь у 8 больных мы применяли и наружно акрихиновую мазь в разных концентрациях, однако без заметного успеха от этого.

Из группы больных, получивших в результате акрихинотерапии значительное улучшение, у двоих при контрольном посещении отмечено заметное ухудшение процесса, в одном случае через 2 недели после 5-го цикла, в другом — через 4 м-ца после 4-го цикла.

Из побочных явлений нами отмечено довольно интенсивное, и все усиливающееся во время лечения, окрашивание кожи у всех больных. Затем, у 6 больных наблюдалась головная боль, нараставшая к концу цикла и исчезающая в перерыве. Среди этой же группы отмечена тошнота после приема таблетки в 3 случаях, слабость — в 5, потливость — в 3, бессоница — в 1 случае. Во время лечения среди стационарных больных отмечено падение веса от 0,2 до 3,1 кг в 9 случаях; зато 8 больных, наоборот, прибавили свой вес от 0,7 до 3,1 кг. Кратковременные подъемы температуры до 38° наблюдались в 3 случаях; реактивный невроз развивался в 1 случае. Наконец,

в I случае на третий день после начала акрихинотерапии наступило кровотечение, затем и аборт на 3-м месяце беременности. Сомнительно, чтоб в данном случае аборт наступил в связи с применением акрихина; все же в своей дальнейшей работе мы исключали беременных из наблюдения. В другом случае у 6-ной (ист. бол. № 1268) с распространенной дискоидной красной волчанкой наблюдалась настолько выраженная тошнота, слабость, головная боль и сердцебиение, что мы не могли довести до конца ни одного цикла и в конце концов, несмотря на хороший результат после приема 120 таблеток, все же вынуждены были отказаться от акрихинотерапии и перейти к финзону. У этой больной по заключению терапевта имелся стеноз двустворки, застойная печень и подозрение на язву желудка.

Подводя итог всему сказанному, мы должны отметить следующее:

1. Предложенный проф. Прокопчуком метод лечения красной волчанки акрихином является несомненным вкладом в дело лечения этого заболевания. Отныне он должен занять видное место в терапевтическом арсенале практического врача.

2. Достоинством метода является его простота, безопасность и возможность проведения его в амбулаторной обстановке.

3. Эффективность акрихинотерапии красной волчанки в значительной степени зависит от формы и распространенности процесса. Поверхностные, ограниченные формы красной волчанки типа центробежной эритемы Биетта поддаются лечению акрихином значительно легче, чем глубокие, инфильтрированные формы типа дискоидной волчанки.

4. Полного выздоровления одним курсом лечения удается достигнуть, по нашим данным, в 23%, причем в половине этих случаев через разные сроки наступает рецидив. Этот рецидив имеет вид смягченной поверхностной формы эритематозной волчанки и сравнительно легко ликвидируется под влиянием нового назначения акрихина.

5. Совершенно рефрактерные к этому методу случаи красной волчанки, повидимому, встречаются редко. На нашем материале мы столкнулись всего с одним таким случаем.

6. Тяжелых побочных явлений, препятствующих дальнейшему проведению акрихинотерапии, мы не отметили.

7. К противопоказаниям для акрихинотерапии красной волчанки, повидимому, нужно отнести язву желудка, пороки сердца с склонностью к декомпенсации и, возможно, беременность.

8. Для укорочения срока лечения, особенно при ограниченных, хронических формах дискоидной волчанки, мы считаем целесообразным комбинировать акрихинотерапию с местным лечением (лучами Финзена, токами Д'Арсонваля, ионтофорезом и т. д.).

Казань, Куйбышева, 30, кв. 2.

Т. М. ЮРИНОВ

Лечение псориаза акрихином

(Предварительное сообщение)

Из клиники кожных и венерических болезней (директор засл. деятель науки ТАССР проф. И. Н. Олесов) Казанского государственного медицинского института

Искания в области рациональной терапии псориаза наталкивались до сих пор на большие затруднения в виду неясности вопроса об этиологии этого заболевания. Однако в последние годы в связи с учением о фильтрующихся вирусах оживился интерес к теории паразитарного происхождения псориаза.

Вследствие этого по новому ставится и вопрос о лечении этого заболевания. Так, Higimipakis, наиболее убежденный сторонник теории вирусного происхождения псориаза, выставляет требование лечить его по тем же самым принципам, какие применяются по отношению ко всякой другой хронической инфекции.

Нам казалось целесообразным применение акрихина для лечения псориаза в дозах, рекомендованных проф. Прокопчуком для лечения красной волчанки. Лечение рассчитано в общей сложности на 55-70 дней и проводится в виде 4-5 десятидневных циклов приема *per os* акрихина по 0,1—3 раза в день с пятидневными интервалами между циклами. Таким образом, для взрослого на весь курс лечения требуется от 120 до 150 таблеток акрихина по 0,1 каждая.

У нас накопилось 22 случая псориаза, леченного таким образом; хотя наблюдения еще продолжаются, мы уже сейчас имеем возможность подвести некоторые предварительные итоги. Среди наших больных было 14 мужчин и 8 женщин, причем из них было 3 мальчика и 1 девочка в возрасте 10-14 лет. 14 больных полностью или частично провели лечение стационарно, остальные 8 амбулаторно. Всем больным в начале и в конце курса были проделаны: анализ мочи, общий анализ крови, РОЭ и исследование крови на малярию. Больные теми или иными заболеваниями внутренних органов, нервной системы и беременностью исключались из наблюдения. Для лечения акрихином мы отбирали больных с распространенными формами псориаза, рассеянного по всему кожному покрову, то в виде изолированных элементов разной величины, то в виде сливных очагов, занимающих обширные поверхности. В двух случаях имела место универсальная псориагическая эритродермия, а в одном — артропатический псориаз.

Случаев совершенно не поддающихся лечению мы ни разу не наблюдали; но срок исчезновения псориагических элементов у больных колебался в довольно широких пределах. Мы наблюдали больных, у которых уже после третьего цикла акрихинотерапии сыпь исчезала почти полностью; в таких случаях имелись поверхностные неинфильтрованные формы псориаза. Больные с застарелыми или инфильт-

рированными формами псориаза поддавались акрихинотерапии гораздо труднее, и лечебный эффект мы могли здесь наблюдать только после пятого цикла.

Наблюдая изо дня в день за обратным развитием псориатических элементов под влиянием акрихинотерапии, мы могли отметить следующее. Раньше всего исчезает периферический розовый ободок, затем уплощаются элементы, особенно в своей центральной части, вследствие чего нередко они принимают кольцевидный характер. Если в этом периоде, путем методического поскабливания удалить наслоения псориатических чешуек, то под ними обнаруживается не ярко розовая, а блёклая, с желтоватым оттенком, поверхность. Кольцевидные элементы сохраняются дольше всего и исчезают в последнюю очередь. В других случаях ту же самую эволюцию бляшки проделывают, не превращаясь в кольцевидные формы. Если псориатическая сыпь занимает всю поверхность кожного покрова, то под влиянием акрихина труднее всего исчезают элементы на голенях и легче всего на груди и спине. В одном случае *psoriasis inveterata* крупные, с ладонь величиной, бляшки в области больших трохантеров после пяти циклов лечения оставили после себя бурую пигментацию, кроме того еще остались 2-3 очажка с горошину величиной, с псориатическими наслоениями. То же самое мы наблюдали у двух больных на нижних конечностях, где после пятого цикла лечения на месте обширных очагов, занимавших $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ поверхности голеней, остались на общем буроватом фоне по 2-3 шелушащихся пятна величиной от горошины до гривенника. Значительная часть больных полностью освободилась от сыпи.

Как упомянуто выше, после исчезновения псориатических элементов чаще всего, особенно на туловище и руках, остаются слегка депигментированные, а на нижних конечностях, наоборот, чаще пигментированные пятна. 16 больных из 22 получали акрихин только внутрь, 6 человек одновременно 2% акрихиновый вазелин снаружи. Однако, какой-либо пользы от наружного применения акрихина мы не отметили. Наоборот, в одном случае на 4-й день наружного применения акрихина появилась пиодермия; в двух других случаях стационарной формы псориаза на 3-й день появился сильный зуд, что заставило отказаться от акрихиновой мази. В трех случаях акрихиновая мазь применялась на протяжении всего лечения, однако без заметной пользы. Не взирая на эту неудачу, мы все же считаем, что акрихинотерапия псориаза отнюдь не исключает местного лечения.

Своей ближайшей задачей мы ставим отыскание наиболее удачных комбинаций местного и общего лечения, направленных к быстрейшей ликвидации кожных проявлений и к предупреждению возвратов болезни.

В одном случае (ист. бол. № 346) мы применили акрихинотерапию по поводу тяжелого артропатического псориаза. После третьего цикла лечения больной оставил свои костыли, без которых он на протяжении месяца не мог сделать ни одного шагу, а после 5 циклов болезненные явления со стороны суставов полностью ликвидировались одновременно с исчезновением сыпи.

Из побочных явлений мы отметили только желтое, нарастающее во время лечения, окрашивание кожных покровов, которое исчезает через 3-4 недели после прекращения приема акрихина. У двух больных мы отметили однократную рвоту после приема таблетки акри-

хина в 5-м цикле. В одном случае больная к концу лечения стала жаловаться на сердцебиение, но без объективных изменений со стороны сердца. Явления, которые нередко наблюдаются при лечении красной волчанки акрихином — потливость, общая слабость и изредка кратковременные подъемы температуры, при лечении псориаза не отмечены.

Что касается показаний для акрихинотерапии псориаза, то в настоящее время мы можем сказать, что наиболее подходящими являются случаи распространенного псориаза без резко выраженной инфильтрации элементов, и менее показанными являются случаи с единичными застарелыми, инфильтрированными бляшками.

Среди наших больных не было ни одного с клиническими явлениями малярии или с плазмодиями в крови; те больные псориатики, у которых отмечена малярия в анамнезе, реагировали на акрихинотерапию также, как и больные без каких-либо указаний на малярию. Отсюда мы заключаем, что антипсориатический эффект акрихина не стоит в какой-либо связи с противомалерийными свойствами препарата.

Во время лечения мы ни разу не отметили появления новых элементов точно также, как ни разу не видели рецидива болезни после проделанной терапии. Однако едва-ли можно надеяться, что одним курсом акрихинотерапии можно излечить навсегда такое хроническое заболевание.

Срок наших наблюдений слишком мал, и поэтому для нас еще остаются открытыми многие вопросы, например: надолго ли больные бывают избавлены от наружных проявлений, удастся ли окончательно излечивать псориаз одним акрихином и если удастся, то понадобится ли для этого один, два или больше курсов. Мы воздерживаемся также от суждения о механизме действия акрихина при псориазе; для этого необходимы дополнительные наблюдения и эксперименты. Сейчас мы можем только сказать, что этот метод безопасен, прост для применения, эффективен и не требует отрыва больного от его обычной работы.

Казань, ул. Куйбышева, д. № 30, кв. 2.

М. Д. ШМАГИНА

О лечении карбункулов

Из госпитальной хирургической клиники (зав. засл. деятель науки проф. В. Н. Соколов) Казанск. гос. мед. института

Выбор метода при лечении карбункулов зависит от стадии заболевания и течения процесса. Первое требование в лечении карбункулов — предупредить развитие тромбоза вен, который может повести к септическому тромбофлебиту. Это особенно важно при карбункулах лица, где тромбоз v. facialis является особенно грозным. Профилактика заключается в полном покое пораженного участка.

При мирном течении консервативное лечение является преимущественным методом. При затрудненном отхождении некротических

участков (пробок) и неблагоприятной клинической и гематологической картине необходим разрез.

Через госпитально-хирургическую клинику за 12 лет (1928—1940 гг) прошло 83 больных, пораженных карбункулом.

Методы лечения Локализация	Аутоге- мотера- пия и мазевая повязка	Анти- вирус по Безред- ка и заст. гипе- ремия	Масляно- бальз. мазь и стрепто- цид.	Ново- каин. блок, масл.- бальз. мазь и стрепт.	Хирур- гичес- кое ле- чение.	Всего	Количе- ство смер- тельных исходов
Верхняя губа . .	4/1	1/1	4	6/2	1/1	16	5
Нижняя губа . .	—	—	1	4	—	5	—
Щека	1	1/1	2	—	—	4	1
Подбородок . . .	—	—	2	—	—	2	—
Височная область.	—	—	2	—	1	3	—
Шея и затылочная область	—	1	1	1	29/2	32	2
Спина	—	—	1	1/1	11	13	1
Грудь и живот . .	—	—	1	—	2	3	—
Ягодица	—	—	1	—	1/1	2	1
Бедро и голень .	—	—	1	—	1	2	—
Всего:	5/1	3/2	17	12/3	46/4	83	10

Примечание: знаменатель указывает число смертельных исходов.

Из таблицы видно, что из 83 больных 37 подвергались консервативному лечению (6 смертельных исходов), 46 больных были оперированы (4 смертельных исхода).

Консервативного метода лечения клиника держалась в первую очередь при поражении карбункулом лица и головы (28 случаев) и только в 9 случаях — при поражении других областей.

В 5 случаях был применен способ Lawen'a: 5-7 куб³ крови, взятой у больного, вводилось ему же в окружность карбункула в пределах здоровых тканей с наложением мазевой (индифферентная мазь) повязки на место поражения. В 4 случаях наблюдалось гладкое течение, температура через 24-48 часов падала, отек уменьшался, полное выздоровление наступило на 7-й-16-й день. Один из больных с карбункулом на верхней губе, леченный по Lawen'у умер. Способ Lawen'a не нашел в клинике широкого применения как вследствие крайней болезненности, которой сопровождаются процедуры впрыскивания крови, так и вследствие нарушения принципа покоя пораженного органа.

В 3 случаях была применена иммунизация по Безредка (компрессы из антивируса) с отсасыванием пробок бировскими банками. Двое больных с поражением губы и щеки умерли; больной с поражением задней поверхности шеи выздоровел на 18-й день. Применение банок Бира во всех случаях сопровождалось знобом.

17 больным с карбункулами, располагавшимся в различных областях тела, применялась на всех стадиях течения процесса мазевая повязка по Вишневскому, причем с 1936 года, как правило, с приемом внутрь по 1 г в сутки стрептоцида. Во всех этих случаях наблюдалось благоприятное течение с исходом в выздоровление на 8-17-й день.

За последние годы мы применяли при карбункулах новокаиновую блокаду по Вишневскому с введением внутрь стрептоцида и местно-мази Вишневского. В 12 случаях исход благоприятный, 2 больных, доставленных в состоянии сепсиса, умерли.

46 больным, пораженным карбункулом, применено хирургическое лечение, главным образом, в виде крестообразного разреза с иссечением или выскабливанием некротических участков и с последующим введением в рану в одних случаях гипертонического солевого раствора, в других, сразу после разреза, — мази Вишневского. Показанием к разрезу служили: обширность поражения, затруднение в отхождении некротических масс, угроза септического течения; как правило, при поражении лица мы к разрезам не прибегали.

Смертельных исходов при хирургическом методе лечения было 4; из них в 1 случае было поражение верхней губы, в двух — задней области шеи, в одном — области ягодицы.

Небезынтересным кажется подчеркнуть здесь, что из 10 умерших 5 имели карбункул на губе, 1 — на лице, 2 — на шее, 1 — на спине и 1 — на ягодице.

У двух больных (карбункул лица и карбункул губы) картина сепсиса быстро развилась после попыток самих больных выдавить пробку карбункула.

При карбункулах губы особенно важен в целях предупреждения осложнения покой пораженной губы: запрещение разговоров, питание через поильник. Среди больных обратила на себя внимание одна, у которой течение осложнялось подъемом температуры и отеком каждый раз после посещения ее знакомыми, так как она не удерживалась от разговоров.

У всех больных с поражением губы было в той или иной форме активное вмешательство, нарушение покоя пораженного участка, что не могло не содействовать тяжелому течению.

Располагая сравнительно небольшим материалом трудно, конечно, делать выводы на основании сравнительной оценки методов лечения карбункулов. Но все же наша клиника приняла на основании этого опыта следующие установки.

1. В каждом случае при выборе метода лечения больных с карбункулом должен быть строго индивидуализированный подход.

2. Больные с карбункулом лица и, в частности, губ, как правило, подлежат консервативному лечению во избежание отрыва тромба при вовлечении в процесс лицевых вен. Наиболее благоприятное действие на течение оказывают мазовые повязки (мазь Вишневского); новокаиновый блок мы делаем больным с карбункулом при наличии значительного отека.

3. Консервативному лечению подлежат больные с карбункулом и в других областях, если карбункул не имеет склонности к распространению, если некротические участки легко отходят, если гемограмма благоприятна и болезнь протекает без угрозы сепсиса. Здесь мы также отдаем предпочтение мазовой повязке по Вишневскому, применяя блок при склонности к отеку и при распространении процесса.

Исходя из работы д-ра Пестрикова, показавшего в нашей клинике, что при гнойно-воспалительных процессах, в частности при карбункулах, новокаиновой блок повышает функцию ретикуло-эндотелиальной системы, мы считаем применение блока при карбункулах принципиально обоснованным.

4. При карбункулах, где отхождение центрального некротического очага задерживается, температура держится на высоких цифрах, а картина крови неблагоприятна, больные подлежат оперативному лечению. Мы отдаем предпочтение крестообразному разрезу с иссечением или выскабливанием некротических очагов. После разреза, при наличии жидкого гноя, в первые дни вводятся тампоны с гипертоническим соевым раствором; при наличии некротических участков или чистой ране предпочтительнее мазь Вишневского, как быстрее ведущая к развитию грануляций.

5. Во всех случаях дается стрептоцид, причем в септических случаях предпочтительнее вводить его внутривенно $\frac{1}{4}\%$ — 20 к. см. или подкожно 0,8% — по 400 к. см. 1—2 раза в день.

г. Казань, Лаврентьевская ул., дом 60, кв. 3.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Военврач III ранга П. Д. ЯЛЬЦЕВ

К рентгенодиагностике диафрагмальных грыж

Из Владивостокского военно-морского госпиталя (Начальник военврач I ранга Д. С. Буринголец)

Распознавание диафрагмальных грыж представляет большие трудности для клинициста из-за многообразия болезненных явлений и отсутствия четких клинических симптомов.

Мы наблюдали два случая травматических грыж диафрагмы, дифференциальная диагностика которых представляла ряд сложностей. Кроме того, в обоих случаях прижизненный диагноз был подтвержден оперативно, а затем на секции.

1. Б-ной Р-ов, 28 лет, шофер, был доставлен на самолете во Владивостокскую клинику больницу 21/VI 1939 года с диагнозом язвы желудка. Жаловался на сильные боли в подложечной области, частую рвоту с примесью крови, наступающую тотчас же после приема пищи, вздутие живота, затруднение дыхания и резкую общую слабость. Заболевание началось в декабре 1938 года, когда больной при аварии автомашины упал и получил перелом нижних ребер слева (каких и сколько, точно не знает). Пролежал в районной больнице до марта 1939 г., выписался с улучшением. Остались боли в подложечной области непостоянного характера и тошнота, усиливающиеся после приема пищи, редко рвота. 11/IV 1939 г., после погрешности в диете (выпил немного водки) сразу появились резкие боли в подложечной области, рвота с кровью, вздутие живота и затруднение дыхания. Эти явления не прекращались до момента поступления в больницу. Одышка и общая слабость прогрессировали.

Объективно: больной в тяжелом состоянии. Частые тошнота, отрыжка и рвота с примесью кровавых сгустков. Пульс 88 уд. в мин. Язык обложен, влажный. Грудная клетка деформирована: нижние ребра левой половины грудной клетки сращены под углом (место бывшего перелома). Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. В легких много сухих хрипов. Живот несколько вздут в верхней части, нижняя часть живота мягкая. Печень и селезенка не увеличены. Мочится редко и небольшими порциями.

Рентгенологическое исследование (25/VI 39 г.). Легкие — на уровне III—V ребер слева, в переднем положении больного определяется газовый пузырь шириною с половину грудной клетки, с таким же широким горизонтальным уровнем жидкости под ним, колеблющимся синхронно с пульсацией сердца. При наклонении больного налево, медиальный конец уровня жидкости достигает уровня первого поясничного позвонка, а при наклонении направо латеральный его конец опускается еще ниже.

Купол газового пузыря не смещается при дыхании. Над ним легочная паренхима гомогенно затемнена, особенно в медиальной зоне, до верхнего края второго левого ребра. Гиперемия и компенсаторная эмфизема правого легкого. В профильной проекции нижняя половина грудной клетки слева занята большой полостью с жидкостью и газовым пузырем над ней, ограниченным правильной дугообразной линией, идущей от средостения к грудице, не смещающейся при дыхании. Сердце значительно смещено вправо, размеры его в пределах нормы, пульсация учащена, невысокой амплитуды.

Пищевод—свободно проходим. Контрастная масса совершенно не задерживается в кардиальной его части, проходя непрерывной струей. Желудок: первые порции контрастной массы останавливаются тотчас же по выходе из пищевода в широком кармане, имеющем форму чаши, расположенном влево от дистального конца пищевода. Пальпировать этот карман не представляется возможным, т. к. он прикрывается левой реберной дугой. При приеме больным последующих порций контрастной массы, заполнение желудка происходит снизу вверх; опорожнение не наступает. В горизонтальном положении больного контрастная масса заполняет выше описанный газовый пузырь и при этом совершенно отчетливо виден рельеф слизистой желудка.

При повторной рентгеноскопии, произведенной через два часа, желудок не опорожнился, форма прежняя. Через 24 часа после приема контрастной массы положение и форма желудка попрежнему не изменились. От ниже-медиального его конца отходит деформированная, суженная дорожка контрастной массы с керкринговскими складками, направляющаяся вертикально вниз и переходящая в петли тонкой кишки, расположенные нормально. Антральная часть желудка, пилорус и луковица 12-перстной кишки не формируются. Больше двух третей контрастной массы находится в желудке. При исследовании толстого кишечника путем контрастной клизмы определяется свободное заполнение дистальной части толстой кишки до места перехода поперечно-ободочной кишки в селезеночную кривизну. Последняя расположена высоко и достигает уровня III ребра слева. Col. transversum et ascendens контрастной массой не заполняются. После неполного освобождения толстой кишки от контрастной массы видны гаустры, рельеф слизистой селезеночной кривизны и тень селезенки. На основании рентгенологических данных было сделано заключение о наличии разрыва левого купола диафрагмы с перемещением желудка, селезеночной кривизны и селезенки в грудную полость. Ателектаз левого легкого.

1/VII-39 г. больной был оперирован (д-р Абрамович). Под местной анестезией сделан разрез по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка. При вскрытии брюшной полости оказалось, что весь желудок до привратника, селезеночная кривизна и селезенка находятся не в брюшной, а в грудной полости. Большие сращения верхней части желудка не позволяют вывести его из грудной полости. Сделан разрез вдоль левой реберной дуги, но улучшения доступа не получилось. Больному дан общий эфирный наркоз и сделана резекция VI и VII ребер по мамиллярной линии. Полость плевры вскрыта, где обнаружены желудок, селезеночная кривизна и селезенка. Желудок отделен от окружающих спаек и опущен в брюшную полость. Селезеночная кривизна и селезенка также выведены в брюшную полость. В этот момент у больного наступила остановка дыхания. Несмотря на все принятые меры, вывести его из этого состояния не удалось, и он умер на операционном столе. При патолого-анатомическом вскрытии обнаружен разрыв левого купола диафрагмы, резекция VI и VII ребер слева, фиброзные сращения левого легкого с пристеночной плеврой, ателектаз левого легкого, эмфизема правого легкого и бариевая масса в трахее, гортани и бронхах.

2. Б-ной Ан-ин, Н. А., 23 лет, краснофлотец, поступил в хирургическое отделение Владивостокского военно-морского госпиталя 20/VII 39 года, с предположительным диагнозом почечной колики. Жалуется на боли в животе выше пупка, больше слева и резкие боли в левом боку, наступающие приступами без видимой причины и продолжающиеся один—два дня. Считает себя больным с 19/IV 39 г., когда он спрыгнул с грузовой автомашины на повороте, споткнулся, упал, ударился головой и левым боком о мостовую, потерял сознание на один час. С 20/IV по 29/IV 39 года находился на стационарном лечении в хирургическом отделении указанного госпиталя, откуда выписан с диагнозом *comptio cerebri*, в удовлетворительном состоянии (рентгеноскопии грудной клетки в это время не подвергался).

Объективно: телосложение правильное, питание несколько пониженное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Лимфатические железы не увеличены. Костно-мышечная система не изменена. Пульс 92 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не увеличены, тоны приглушены. В легких укорочение перкуторного звука под левой лопаткой и в левой подмышечной области, там же ослаблены голосовое дрожание и дыхание. Катаральных явлений в легких не выслушивается. Диагностируется левосторонний плеврит, и больной из хирургического отделения переводится в терапевтическое.

23/VII-39 года при рентгеноскопии грудной клетки у больного констатируется жидкость с горизонтальным колеблющимся уровнем в нижнем поле слева и газовый пузырь над ней. 25/VII-39 г. больной направлен ко мне на рентгеновское исследование, в порядке консультации, с подозрением на диафрагмальную грыжу (военврач III ранга Пучков). При рентгеноскопии грудной клетки в переднем положении больного определяется широкий воздушный пузырь в проекции между III и V ребрами слева, с горизонтальным свободно колеблющимся уровнем жидкости под ним. Купол воздушного пузыря не смещается при дыхании. Над ним легочная паренхима в медиальной и средней зонах гомогенно затемнена до уровня верхнего края II ребра. Контуры левого купола диафрагмы не видны. Гиперемия и эмфизема правого легкого. В профильной проекции левое нижнее поле интенсивно затемнено и ограничено сверху горизонтальным контуром, который колеблется синхронно с пульсацией сердца. Над затемнением тот же газовый пузырь, который описан в передней проекции. Сердце смещено вправо. Границы его не расширены, пульсация учащена, малой амплитуды.

Пищевод свободно проходим. В кардиальной части жидкая и плотная контрастная масса не задерживаются и быстро поступают в желудок непрерывной струей. Желудок — контрастная масса из пищевода поступает в овально-вытянутой формы мешок, расположенный в левом подреберьи. Над ней широкий и высокий гиперсекреторный слой и газовый пузырь, описанные при рентгеноскопии грудной клетки. Перистальтики не видно. Антрум, пилорус и луковица 12-перстной кишки не формируются. Опорожнение происходит очень медленно, небольшими порциями по суженному каналу с керкринговскими складками.

При исследовании больного в горизонтальном положении газовый пузырь в значительной части заполняется контрастной массой; здесь хорошо видны складки слизистой. Петли тонкой кишки расположены нормально. При исследовании толстой кишки контрастной клизмой — селезеночная кривизна также расположена в грудной клетке и достигает уровня III левого ребра. На фоне газового пузыря в верхне-латеральной части видна тень селезенки. На основании рентгенологических данных было сделано заключение о наличии разрыва левого купола диафрагмы и перемещении желудка, селезеночной кривизны и селезенки в грудную полость с ателектазом левого легкого.

1/VIII-39 года была произведена операция под общим эфирным наркозом (военврач III ранга Суворов). Сделан разрез параллельно левой реберной дуге. При вскрытии обнаружено большое отверстие в левом куполе диафрагмы, через которое весь желудок, селезеночная кривизна, сальник и селезенка переместились в левую половину грудной клетки. Все они без особого труда были выведены в брюшную полость. После этого в диафрагме получился большой дефект, достигающий сзади — ребер, медиально — позвоночника и спереди — края пристеночной диафрагмы. Во время операции выявился пристеночный, осумкованный, гнойный плеврит, по поводу которого сделана резекция VIII левого ребра и плевротомия. В полость плевры и брюшную полость вставлены тампоны. Брюшная рана зашита послойно. После операции у больного развилась картина тяжелого шока, из которого, несмотря на все принятые меры, вывести его не удалось. На второй день после операции больной скончался при явлениях сердечной слабости.

При патолого-анатомическом вскрытии обнаружены: левосторонний гнойный плеврит, общий гнойный перитонит, дефект в левом куполе диафрагмы, резекция VIII ребра слева, миокардит, застойная селезенка и застойные почки.

Таким образом, в том и другом случаях, были левосторонние, диафрагмальные, травматические, ложные грыжи. В грудную полость мигрировали желудок, селезеночная кривизна, селезенка и в одном случае — часть сальника.

Владивосток, Военно-Морской Госпиталь.

Б. Н. АГРИКОЛЯНСКИЙ

Остановка легочных кровотечений при облитерации плевры

Из клиники туберкулеза Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор проф. М. И. Мастбаум)

Двадцать первого апреля 1936 года в клинику туберкулезного института был доставлен больной Ф., 26 лет, железнодорожник, с обильным легочным кровотечением. До этого он состоял шесть лет на учете в диспансере и лечился в 1930 году двусторонним искусственным пневмотораксом по поводу хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза. После перенесенного пневмоплеврита справа полость была утрачена, и пневмоторакс прекращен весной 1931 г. Слева искусственный пневмоторакс поддерживался до 1934 года, затем был также распушен. Аускультативно и рентгенологически источник кровотечения определялся справа, что подтверждал и сам больной. В течение трех дней без всякого эффекта были исчерпаны все методы консервативного лечения. Больному был сделан прокол плевры справа с целью восстановления пневмоторакса. Полость обнаружить не удалось, и игла была извлечена без введения газа. После этого кровотечение прекратилось, и ни одного плевка крови в дальнейшем больной не выделил. При рентгеноскопии в плевральной полости воздух не обнаружен. Через три недели больной выписался из клиники в удовлетворительном состоянии.

Мы не будем описывать всех случаев остановки кровотечения под влиянием прокола плевры. Их в нашей практике было немало. И до этого случая, и после него, нам неоднократно приходилось убеждаться в благотворном действии прокола плевры на легочное кровотечение. Часто игла, пройдя облитерированную плевру, проникала в бронх, показывая характерные колебания манометра около нуля. В некоторых случаях для усиления эффекта мы вводили в бронх с психотерапевтической целью 500 см³ воздуха.

В ряде случаев мы убеждались, что прокол плевры или уменьшал, или вовсе прекращал легочное кровотечение. Иногда отмечались случаи временного эффекта, когда через некоторое время после остановки кровотечения снова возобновлялось; тогда приходилось прибегать к проколу плевры повторно, и каждый раз с несомненным успехом.

Отмеченное нами явление, несколько обогащая технику остановки легочных кровотечений, особенно трудную для врача при облитерации плевры, очень интересно с точки зрения его биомеханики. Нам кажется, что в свете современного учения о бронхопульмональной мускулатуре и детально разработанных исследований о рефлексорном бронхоспазме это явление может быть объяснено рефлексорным спазмом бронхопульмональной мускулатуры под влиянием болевого раздражения, вызванного проколом толстой облитерированной плевры.

Исследования Балтисбергера (1921 г.), детально изучившего бронхиальную мускулатуру до устья альвеол, Мобшотта, Бодримона (1929 г.), установивших с несомненностью присутствие гладких мышечных волокон в стенке альвеол, чрезвычайно обогатили наши знания о сократительной способности легочной ткани.

Функциональные исследования моторики бронхопульмональной мускулатуры со времен Франсуа-Франка (1892 г.) до последних экспериментальных работ Адольфа Люизада (1929 г.), Бине и Бюрштейна (1939 г.) — позволяют объяснить наблюдаемую нами при раздражении плевры остановку легочных кровотечений рефлексорным спазмом гладкой бронхопульмональной мускулатуры. Аналогично проколу плевры действует широко употребляемое нами в клинике легочных кровотечений вдвигание кислорода под кожу, а также применяемый за рубежом и вошедший в нашу практику пневмоперитонеум. Механизм их действия, повидимому, также может быть объяснен рефлексорным спазмом легочной мускулатуры.

В ы в о ы

1. Прокол иглой плевры без введения воздуха часто приводит к остановке легочного кровотечения.

2. Остановка кровотечения в этих случаях объясняется, повидимому, рефлексорным спазмом гладкой бронхопульмональной мускулатуры под влиянием болевого раздражения плевры.

Казань, ул. Маяковского, д. 20, кв. 1.

Д. О. АЛЬШТЕЙН

О так называемой эссенциальной гематурии или гематурии из малого очага

Из Краснознаменной Кировоградской 3-й совбольницы (зав. хирург. отд. проф. Е. Ю. Крамаренко, зав. уролог. отдел. Д. О. Альштейн)

Термин „эссенциальная“ гематурия (э. г.) впервые введен в литературу в конце XIX столетия Сенатором и Клемперером. С такого рода гематурией приходится встречаться не особенно редко.

Клиническая диагностика э. г. нередко оказывается ошибочной, и иногда только на операционном столе выясняется истинная ее причина. Патолого-анатомические изменения иногда настолько слабо выражены, что могут остаться незамеченными даже после исследования пробного кусочка, взятого при операции, и могут быть найдены только при тщательном исследовании всей удаленной почки. Так, казуистика показывает, что иногда речь идет о небольших ангиомах, варикозных расширениях сосудов сосочков, незначительных папилломах лоханки и даже, по Федорову, о метаплазии лоханочного эпителия, могущего служить источником гематурии. На практике все перечисленные формы неправильно идут под диагнозом э. г. Само собой разумеется, что по мере совершенствования урологической диагностики количество ошибок в настоящее время встречается все меньше и меньше, и поэтому более назрел вопрос об изъятии термина э. г., как ни о чем не говорящего.

Так, Шель и Клоз предложили ввести вместо э. г. термин „кровотечение из малого очага“. В виде компромисса, Готлиб поддерживает этот термин, как более или менее приемлемый. До сих пор остается не разрешенным вопрос о патогенезе данного заболевания. Так, Рандаль и др. считают все эссенциальные гематурии конгестивными и полагают, что в большинстве случаев гематурия зависит от нефрита и сопутствующих конгестивных явлений.

Некоторые говорят об ангионевротической гематурии, и связывают происхождение ее с параличом вазомоторных нервов с последующим расслаблением сосудистых стенок и переполнением кровью мельчайших сосудов, что в конечном результате и ведет к их разрыву. Другие авторы считают, что одной из основных причин э. г. является пониженная свертываемость крови. Готлиб указывает также и на возможность венозно-лоханочного рефлюкса, когда кровь может попасть из венозной системы в лоханку и давать картину так называемой э. г. Готлиб ссылается на Фукса, объяснившего существование пиело-венозного рефлюкса, т. е. попадания жидкости по тем или иным причинам из лоханки в венозную систему. По мнению Фукса для появления этого феномена требуется повышение внутрилоханочного давления и наблюдающуюся вслед за почечной коликой гематурию следует рассматривать как последствия пиеловенозного рефлюкса.

Диагноз э. г. ставится путем исключения других заболеваний, могущих вести к гематурии, на основании данных функционального обследования почек и рентгенологической картины путем применения контрастных растворов. Два заболевания, протекающие или могущие протекать с гематурией, заставляют при дифференциальной диагностике всегда о них помнить — туберкулез почки и новообразование. Оба эти заболевания, естественно, не допускают длительного отлагательства с нефректомией во избежание метастазов, рецидивов и дальнейшего распространения процесса по мочевому тракту. Обычно э. г. протекает без болей и каких бы то не было пузырных явлений. Сравнительно редко отмечается чувство давления, боль или даже колики в области и кровотокающей почки. Это то, что французы называют *neuralgia haematurica*. Примесь крови в моче может быть обильной и длиться днями, а иногда и месяцами. Характерным для э. г. является также отсутствие в моче кровяных сгустков.

Лечение э. г. или „кровотечения из малого очага“ сводится к консервативным и оперативным методам воздействия. Из консервативных методов, как показывает опыт, помогает промывание лоханки какими-нибудь вяжущими жидкостями — раствором ляписа или колларгола; наряду с ним можно испробовать и кровоостанавливающие, повышающие свертываемость крови средства (сыворотка, желатина, кальций), применив их как

подспорье при промывании лоханки. В настоящее время мы обладаем еще одним хорошим способом лечения—переливанием крови. На нашем небольшом материале э. г. (8 случаев) мы прибегали к хирургическому вмешательству только в 2 случаях, где консервативные методы не помогли, в остальных случаях хорошее впечатление получили от промывания лоханок колларголом. В одном из наших случаев мы имели больного с э. г. 10-летней давности в анамнезе; он работал и ни на что не жаловался, если не считать скоропреходящие небольшие гематурии, которые длились по несколько дней и прекращались без всякого лечения. В практической работе приходится прибегать и к хирургическому лечению, особенно, когда кровотечение обильное и упорно не поддается терапевтическому воздействию. Хирургическое лечение э. г. состоит в нефректомии или декапсуляции.

Не следует забывать и о том, что по удалении кровотокающей почки оставшаяся, до того не кровотокающая почка может закровоточить. Подобный случай мне пришлось наблюдать в 1926 г. в урологической клинике проф. Чайки. Нефротомия заманивала тем, что дает возможность осмотреть на разрезе чашечки и лоханку, но она столь же опасна, ибо даже при тщательном наложении швов на почку может наступить сильное вторичное кровотечение, могущее потребовать ее удаления (Чайка). Остается, наконец, еще простая и безопасная операция, дающая нередко хорошие результаты—это декапсуляция. Терапевтический эффект декапсуляции нами отмечен, в частности, при двусторонней э. г.

Б-ой Б., 25 л., обратился в Ц. П. 18/IV 31 г. с жалобами на тотальную гематурию без сгустков и ноющие боли в пояснице, продолжающиеся в течение 2 недель. Впервые заметил у себя в 1927 г. гематурию, продолжавшуюся 2 дня. Наследственность—патологии не выявлено. Хромоцистоскопия: кровавая струя из устьев обоих мочеточников. При рентгеноскопии в комбинации с контрастным раствором уклонений от нормы не обнаружено. Несмотря на неоднократные промывания лоханок колларголом и применение различных кровоостанавливающих средств, гематурия продолжалась еще в течение 2 недель.

Больной слабел и настаивал на оперативном лечении. В один прием произведена двусторонняя декапсуляция. Уже на следующее утро во время обхода мы могли совместно с проф. Ю. Е. Крамаренко констатировать прекращение гематурии макроскопически, и только микроскопически обнаружено небольшое количество эритроцитов. Б-ной выписан в хорошем состоянии. Около года не замечал больше гематурий. Дальнейшая судьба этого пациента неизвестна.

К сожалению, мы не получили гистологического исследования из-за пропажи кусочков почечной ткани, взятых во время операции. Несомненно, что двусторонняя декапсуляция дала здесь очень хороший эффект. Двустороннее почечное кровотечение одновременно с последующей декапсуляцией в один прием в доступной мне литературе не описано. Вопрос о так называемой э. г. или „гематурии из малого очага“ остается невыясненным окончательно и по сие время из-за отсутствия статистики по этому, столь интересному вопросу. Все же, анализируя свои наблюдения и литературные данные, мы можем отметить, что в большинстве случаев э. г. инстиляция лоханки вязущими растворами, в комбинации с кровоостанавливающими средствами, приносит большую пользу и, подчас, прекращает гематурию. Невинным простым способом является декапсуляция, которая при невыясненных кровотечениях должна явиться первым актом оперативного вмешательства и только при безуспешности ее применяется нефректомия как *ultimum refugium* при очень обильных, упорных и длительных кровотечениях, приводящих к анемии. Риск нефректомии и в том, что состояние второй почки всегда остается сомнительным.

Ялта, ул. Кирова, 26.

В. С. ЮРОВ

Абсцесс Броди

Из пропедевтической хирургической клиники Сталинградского государственного медицинского института (зав. проф. Г. С. Топровер)

1. 1/IX 1938 г. в клинику поступила больная Н., 17 лет, русская, с жалобами на боли в нижней трети левой голени и голеностопном суставе. Боли ломящие, иногда стреляющие возникают без видимых причин, чаще ночью. Больной себя считает с апреля 1938 г. после перенесенного гриппа.

Отец умер от туберкулеза легких. В детстве 6-ная перенесла корь, в 1936 г. —

малярию. Туберкулез и венболезни отрицает. Menses с 15 лет, установились сразу и протекают нормально.

По поводу своего заболевания лечилась амбулаторно. Полтора месяца провела на курорте (Сергиевские минеральные воды), откуда была выписана вследствие ухудшения процесса. Больная долгое время принимала иодистый калий. Боли в ноге не затихали, и вскоре Н. заметила у себя утолщение левой голени над голеностопным суставом, затруднение и болезненность при сгибании этого сустава, и, наконец больная стала хромать на эту ногу.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Индекс Пинье — 33, астеника. Левые паховые лимфатические железы увеличены. Границы легких в пределах нормы, повсюду везикулярное дыхание. Сердце — без патологических изменений. Пульс 80 уд. в мин., правильный. В желудочно-кишечном тракте и в мочеполовой системе уклонений от нормы не отмечено. Нервная система — дрожание век и рук. Сухожильные рефлексы повышены.

Левая голень в дистальной трети значительно утолщена. Это утолщение без резких границ переходит вверх, имеет веретенообразную форму и занимает надлодыжечную часть левой большеберцовой кости. Окружность голени данного участка равна 23 см, а соответствующего участка правой голени — 20 см. Длина обеих голеней одинакова. При пальпации — утолщение плотной костной консистенции, слегка болезненно при перкуссии. Активные и пассивные движения в левом голеностопном суставе ограничены и болезненны. Больная ходит, прихрамывая на левую ногу. Симптом Александрова отрицательный. Реакции Вассермана, Кана и Закс-Витебского отрицательные.

На основании клинической картины предположен абсцесс Броди. Последующая рентгенограмма подтвердила клинический диагноз. На снимке нижней трети левой голени имеется незначительное утолщение дистального метафиза большеберцовой кости с периостальным наложением. В центре метафиза просцируется очаг деструкции костной ткани с резкими контурами. Окружающая ткань несколько склерозирована. Размер полости $4 \times 4\frac{1}{2}$ см. Секвестров не обнаружено. Диагноз — абсцесс Броди.

15/IX 1938 г. операция под эфирным наркозом. Разрез по длиннику в дистальной трети левой большеберцовой кости над внутренним мыщелком. Рассечена утолщенная надкостница, долотом вскрыта полость, содержащая густой гной. Удалена утолщенная пиогенная оболочка, полость выскоблена, протерта карболовой кислотой и чистым спиртом. Полость овальной формы, размером 4×3 см, с очень плотными, толстыми стенками. Из большеберцовой кости здоровой конечности взяты два трансплантата длиной по 4 см и толщиной $1\frac{1}{2}$ см и вложены в полость абсцесса (по Чаклину), снаружи ввернут отсепарованный на ножке периостальный лоскут; глухие швы. Гипсовая повязка.

28/IX сняты швы, незначительное серозно-гнойное выделение из каналов швов. 15/X в центре рубца образовался небольшой свищ, имеется небольшое количество серозно-гнойного выделения. Болей в ноге больная не отмечает, температура нормальна. Спит по ночам спокойно.

Сделан контрольный рентгеноснимок. 26/X на незаживающий свищ наложена паста Иост-Кочергина (рыбий жир, витаминоль, вазелин, воск) с защитной пастой Лассара. Гипсовая повязка. Закрывание свища наступило к 23/XII 38 г., т. е. через $3\frac{1}{2}$ месяца после операции. Больная ходит, свободно наступает на ногу, не ощущая никаких болей. Движения в голеностопном суставе свободны.

При последующем осмотре I. П. 1939 г. больная явилась в клинику в обычной обуви (туфли, которые она не могла носить с апреля 1938 г.), ходит совершенно свободно, движения в голеностопном суставе свободны и не болезненны. За все время наблюдений мы провели ряд контрольных рентгеноснимков, по которым видно быстрое развитие костной ткани из трансплантатов и значительное уменьшение полости. На последнем рентгеноснимке, снятом спустя 137 дней после операции, видно, что полость почти вся заполнена костной тканью, и лишь небольшой участок ее, размером $1,5 \times 0,7$ см, в месте трепанационного отверстия заполнен грануляционной тканью.

Таким образом, в описанном случае клиническое выздоровление наступило через $3\frac{1}{2}$ мес., рентгенограмма подтвердила закрытие полости через 5 месяцев.

II. Больная З. 39 лет, поступила в клинику 26/III 1939 г. с жалобами на тупые, ноющие, особенно по ночам, боли в верхней трети левой голени. Больной себя считает 12 лет. В детстве перенесла остеомиелит левой голени в средней и нижней третях. В 1937 г. ушибла ту же голень в верхней трети, после чего в этом месте возникла припухлость и болезненность. В 1939 г. больная снова почувствовала боли в этой же области. Лечилась амбулаторно, принимала иодистый калий.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Во внутренних органах никаких отклонений от нормы не отмечено.

На передней поверхности левой голени, в средней и нижней третях, кожа истончена, рубцово изменена и спаяна с подлежащей костью. Вся большеберцовая кость скле-

розирована, утолщение особенно заметно в верхней трети, ниже *tuberositatis tibiae*. В этом месте отмечается болезненность при перкуссии и появление болей ночью. Реакции Вассермана и Кана — отрицательные.

На рентгено снимке голени видно мощное разрастание костной ткани (склероз), в центре, на передней поверхности ниже *tuberositatis tibiae* видна небольшая полость, округлой формы, размером $2 \times 1,5$ см. Секвестров не обнаружено. Диагноз: абсцесс Броди.

I/IV под эфирным наркозом разрез по передней поверхности левой большеберцовой кости, на 4 см ниже бугристости. Кость трепанирована, вскрыта полость, содержащая гной, пиогенную оболочку и два маленьких секвестра. Полость выскоблена, протерта спиртом и в нее вложено два костных трансплантата, взятых с большеберцовой кости той же конечности (по Чаклину). Суживающие швы. Гипсовая повязка. Послеоперационное течение гладкое. Рана заживает вторичным натяжением. Повторный рентгено снимок I/IV показал наличие в полости трансплантатов и развитие вокруг них костной ткани. Больная чувствует себя хорошо, болей нет. Рана зажила рубцом.

Таким образом, в одном из наших двух случаев абсцесс Броди локализовался в нижней трети, а в другом — в верхней трети голени. По литературным данным абсцесс Броди чаще локализуется в верхней трети.

Диагностика абсцесса Броди во многих случаях затруднительна. Торпидное течение болезни, усиливающиеся боли по ночам заставляют предполагать сифилитическое поражение кости, и больные нередко проделывают курс антисифилитического лечения. Локализация процесса в метафизах трубчатых костей, хроническое течение с ремиссиями, частое развитие сопутствующего артрита, ночные тупые боли — таковы опорные пункты для распознавания абсцесса Броди. Правильность диагноза проверяется рентгеновскими исследованиями.

Этиологическим моментом считают перенесенные ангины, остеомиелит, грипп и др. инфекционные заболевания. В первом нашем случае этиологическим фактором мы считаем грипп, во втором случае — перенесенный в детстве остеомиелит. Посевы гноя в наших обоих случаях не дали роста микроорганизмов.

Сталинград, Котлубанская, 125, кв. 1.

Ф. КОТЕЛЬНИКОВ

Блефаропластика при рубцовых выворотах свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру

Для исправления рубцовых выворотов век предложено много способов блефаропластики.

Одни из них — пластика лоскутом на ножке (Фрике, Диффенбаха, Имре и т. д.) — старые способы, широко вошедшие в практику окулистов, другие операции, появившиеся в более поздний период истории пластики — блефаропластика свободным лоскутом (Тирш-Эверсбуш, Лефор-Вульфэ-Краузе) тоже нашли достаточное число приверженцев. Способ свободной пластики век исключает целый ряд недостатков операций на ножке. Способ значительно проще по технике. В случае неудачи легко может быть повторен, чего нельзя сказать про пластику операций на ножке. Но и пластика свободным лоскутом кожи не лишена недостатков. Если исключить такие недостатки, как чрезмерное сморщивание, гангрена лоскута, которые при известной педантичности устранимы, то остается еще один существенный недостаток, — неодинаковый цвет трансплантата (лоскут берут с плеча) и кожи лица. Даже при хорошо проведенных операциях с прекрасным приживлением, лоскуты оставляют впечатление заметной заплатки.

При методе поверхностной пластики век свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру, устраняется этот значительный недостаток.

За два года мы провели 19 операций свободной пластики кожи ушной раковины по Гольдфедеру на 17 больных: 2 пересадки на верхних веках, 3 — у наружного угла глаза вне век по поводу обезображивающих рубцов и остальные — на нижних веках. Все больные с большими рубцами после ожогов и травмы с резкими выворотами. Из 19 операций в одном случае трансплантат не прижился, причем случай относится к числу первых операций. Неудачу целиком отношу за счет некоторой поспешности. Во всех остальных случаях успех был отличный как в смысле функциональном, так

и в косметическом. В одном случае, оперированном по поводу лагофтальма, наблюдался в последующем умеренный птоз. Больного мы оперировали по поводу массивного рубца в области надбровной дуги, подтянувшего верхнее веко. После иссечения рубца верхнее веко легко опускалось, закрывало глазную щель и поднималось. Раневая поверхность была покрыта кожей ушной раковины, трансплантат укреплен несколькими узловатыми швами. Лоскут прижился хорошо, вокруг узкий нежный рубчик.

В косметическом отношении кожа ушной раковины — прекрасный пластический материал. После приживления остаются только едва заметные, нежные рубчики. Первоначальный хороший результат в дальнейшем не только не ухудшался, но значительно улучшался в смысле соединения лоскута с кожей лица (часть больных удалось видеть через год с лишним после операции).

Магнитогорск, Соцгород,
2 квартал, корп. 4, кв. 35-г.

Г. А. ПЛОТКИН

Лечение грибковых поражений ногтей 50% пирогаловой мазью по способу д-ра А. М. Ариевича

Районный микологический пункт при Московск. един. диспансере № 10
(зав. диспансером д-р А. А. Бернштейн)

Ряд авторов (Григорьев, Иордан, Черногубов, Геллер, Сабуро и др.) предлагает различные методы лечения онихомикозов: механические, физические, биологические и медикаментозные. Однако все авторы, без исключения, констатируют большие трудности лечения ногтей, длительность и частую безрезультатность его. Поэтому вопрос об изыскании эффективного метода лечения онихомикозов занимал и занимает внимание наших советских дерматологов (Черногубов, Подвысоцкая, Кашкин и др.).

Из всех предложенных до настоящего времени методов, наиболее ценным, на основании нашего опыта, следует считать метод, предложенный д-ром А. М. Ариевичем (Сов. мед. № 17—18, 1938).

В основном этот метод сводится к следующему: перед наложением пирогаловой мази (50%) необходимо тщательно изолировать все мягкие части, окружающие ногтевую пластинку. Это достигается наложением коллоидных повязок на кожу окружающих мягких тканей из узеньких полосок марли в 4-5 слоев. Получается окошечко, соответствующее размеру ногтя. На ногтевую пластинку накладывается 50% пирогаловая мазь; вся фаланга пальца обертывается куском восчаной бумаги и завязывается марлей на 24 часа, а при отсутствии болезненности на 48 часов. Через 48 часов повязка снимается, удаляются остатки мази, и палец оставляется под вазелиновой повязкой на 24 часа. Далее следует повторное наложение мази (второй сеанс) на 48 часов с предупреждением больного, что при малейшей болезненности повязку следует снять и очистить ногти от мази.

Нагноения почти не бывает, если наблюдать тщательную изоляцию мягких тканей. При появлении пустулки на краю ногтевого валика, что может случиться при недостаточно тщательной изоляции, своевременно принятые меры прекращают возможность нагноения (прокол пустулки, марганцевые ванночки, примочки).

Наложение мази повторяется, в среднем, 8 раз. После такого курса лечения ноготь делается черным, иногда мягким.

После трехкратного наложения мази следует проверять ногтевую пластинку на мягкость и на степень проникновения мази в тело ногтя: последнее проверяется путем подстригания свободного края ногтя — наличие серой полоски в толще ногтя говорит о необходимости дальнейшего наложения мази; отсутствие этой полоски свидетельствует о полном пропитывании ногтя кислотой.

Придерживаясь методики д-ра Ариевича, я не получал, как правило, нагноения. Осторожность и тщательность при наложении коллоидной повязки является гарантией от нагноения ногтевых валиков в подавляющем большинстве случаев.

В течение 3 лет через микологический пункт Сталинского района г. Москвы прошло 27 человек, страдавших онихомикозами. Из них: 18 б-ных с трихофитией ногтей, один с фавозными ногтями и 8 с поражением ногтей дрожжевыми грибами. Количество пораженных ногтей и процент излечения распределяется следующим образом:

Наименование болезни	Число больных	Колич. поражен. ногтей,	Колич. излечен. ногтей.	% выздоровления.
Трихофития ногтей	18	67	41	61,2
Фавус ногтей	1	6	6	100
Дрожжевые микозы ногтей.	8	26	21	80,7
	27	99	68	68,7

Случаи неудачи мы относим не только за счет несовершенства способа пропитывания, но и за счет, во-первых, плохого качества мази. Густо приготовленная, белого или светло-серого цвета мазь действует энергичнее и эффективнее, чем мази темно-серого и даже черного цвета. Плохое качество мази зависит, главным образом, от плохого качества пирогаловой кислоты. Возможно, что под влиянием дневного света пирогаловая мазь редуцируется и этим ослабляется ее действие. Во-вторых, неудачи могут зависеть и от деструктивных изменений, происшедших в ногтевой пластинке от давности болезни, а также от характера и вирулентности грибов.

Тем не менее, мы считаем эффективность при лечении пропитыванием трихофитии ногтей очень хорошей.

Еще более эффективен этот метод у лиц, страдающих поражением ногтей дрожжевыми грибами. Мы сначала приступали к лечению паронихии, а через некоторое время, после успокоения воспалительных явлений в ногтевом валике, проводили одновременное лечение и ногтевой пластинки. И здесь мы в основном придерживались метода д-ра Ариевича. На ногтевой валик накладывалась 10% пирогаловая мазь, а в дальнейшем валик тщательно изолировался, и на ногтевую пластинку мы клали 50% пирогаловую мазь. На ногтевом валике мазь держалась по 24 часа с суточными перерывами. Через 3—4 сеанса мы приступали к лечению ногтевой пластинки. Процент излеченных в группе с дрожжевым микозом ногтей составляет 80,7. Срок лечения этих больных, а также количество сеансов наложения мази были меньше, чем у лиц, страдавших трихофитией ногтей.

Выводы

Способ лечения онихомикозов пропитыванием ногтевых пластинок 50% пирогаловой кислотой по Ариевичу является наиболее практическим и эффективным. Технически этот метод прост и больные сравнительно быстро освобождаются от своего недуга. Следует обратить внимание на качество приготовления мазей: мазь белого или светло-серого цвета, густоватой консистенции, действует эффективнее, чем темно-серого цвета, жидкая мазь. Наложение мази ориентировочно должно повторяться до 8 раз. После первых трех раз нужно проверять мягкость ногтевой пластинки и при наступлении мягкости удлинить промежутки между сеансами. О степени пропитанности ногтевой пластинки следует судить путем подстригания свободного края ногтя; наличие серой полосы или отсутствие ее говорит о степени пропитанности ногтя.

Москва, Скатертный пер., д. № 5, кв. 9.

С. И. ЛИНТВАРЕВ

Множественный доброкачественный милиарный люпоид Бэка

Из кафедры кожных и венерических болезней Казанского института усоверш. врачей им. В. И. Ленина (директор проф. Я. Д. Печников).

Больной С., 29 лет, поступил в стационар 25/III 1939 г. Жалобы на сыпь в области кожи лица без каких-либо субъективных ощущений.

Четыре месяца тому назад на коже лица в области подбородка появилась сыпь, вскоре распространившаяся по всей коже лица. Несколько позже на передней поверхности шеи слева появилось утолщение кожи в виде двух безболезненных плотных узелков.

До поступления в больницу больной к врачам не обращался и не лечился. Больной до 8-летнего возраста ничем не болел. 8 лет от роду перенес натуральную оспу, 14 лет перенес тиф (форма неизвестна). Венболезни отрицает.

Основным элементом высыпания являются узелки, расположенные в дерме, величиною от просыаного зерна до горошины. Эти узелки рассеяны по всей коже лица очень густо, тесно друг к другу, так что большая часть поверхности лица занята узелками.

Количество элементов доходит до 250, располагаются без склонности к группированию и слиянию. Узелки по своей форме полушаровидные, плотноватые на ощупь, светлокрасного цвета, резко отграниченные от окружающей кожи. При надавливании на их поверхность стеклом в некоторых из них можно наблюдать побледнение основной окраски с появлением на их поверхности, в центре, желтовато-бурых точечных участков — „пылинок“. Среди узелков можно различить различные стадии развития: наряду с полушаровидными узелками светлокрасного цвета можно наблюдать несколько утолщенные узелки с незначительным синюшным оттенком. Меньшая часть элементов значительно уплощена, цвет их желтовато-бурый. Часть из этих последних элементов покрыта прозрачной беловатой корочкой, трудно снимающейся. Единичные узелки на своей поверхности в центре нагнаиваются, выделяя при надавливании небольшое количество серозно-гнойной жидкости.

На передней поверхности шеи, в нижней ее трети слева кпереди от грудино-ключично-сосковой мышцы, расположены два рядом сидящие плоские дисковидные узлы, плотной консистенции, размером с 10 и 15-копеечные монеты, багрово-синюшного цвета. На их поверхности при надавливании стеклом можно заметить буроватые мелкие пятнышки и пылинки.

Больной правильного сложения; кроме лица и шеи, в остальной части кожные покровы не изменены. Внутренние органы грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы не имеют.

Произведены следующие исследования: бактериоскопический анализ содержимого нагноившихся узелков: при окраске по Циль-Нильсену туберкулезных палочек не установил. Реакция Вассермана и осадочные реакции дали отрицательный результат. Реакция Пирке — слабо положительная.

Кровь: эр. 5300000; л.—7100; лейкоц. форм. п.—13, с—50,5, э.—2,5, м.—9,5, л.—29,5%. РОЭ—5 мм в час.

Моча: удельный вес 1,008, сахара, белка нет. Лейкоциты—10-17 в поле зрения, единичные эпителиальные клетки. Бациллы Коха не найдены. Исследование чешуек на грибки дало отрицательный результат. Органы зрения без отклонений от нормы. На рентгенограммах костно-суставного аппарата изменений нет.

Биопсия: в гистопатологической картине при окраске по ван Гизону и гематоксилин-эозином определяется бугорковая структура заложенных в дерме элементов; бугорки состоят из значительного скопления эпителиоидных клеток и незначительного количества лимфоидных элементов с наличием гигантских клеток, которые встречаются редко, далеко не в каждом бугорке. Весь конгломерат описанных клеточных элементов окаймляется массивной соединительно-тканной капсулой, определяющей довольно правильную овальную форму бугорков и резко отграничивающей бугорки друг от друга. В центральной части некоторых бугорков встречаются единичные гигантские клетки. Элементов некроза не отмечается. Ни в одном из бугорков не определяется сосудистой сети. Во всех препаратах обнаружена периваскулярная инфильтрация.

На основании приведенной гистологической картины, клинического течения и данных лабораторных исследований наш случай представляется как множественный, доброкачественный, милиарный люпоид Бэка (саркоид Бэка), комбинированный из мелкоузелковой и крупноузелковой формы.

Случай интересен: 1) множественностью мелкоузелковых высыпаний; 2) комбинацией мелко-узелковой формы с крупно-узелковой; 3) нагноением некоторых мелкоузелковых элементов, т. е. характерной особенностью люпоидов является отсутствие склонности к нагноению (Бременер). Такие случаи с нагноением как редкие исключения описаны были Мещерским, Павловым, Лангерман.

Саратов, ул. Мичурина, д. 64, кв. 2.

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

Н. С. СЫСАК

Патогенез мозговой апоплексии

Из Казанской психиатрической больницы (главврач-доцент С. В. Курашев)

Еще недавно в объяснении мозгового кровоизлияния главное место занимали анатомические данные о поражениях стенок сосудов, как разрыв вторично измененной стенки сосуда, надрыв милиарной аневризмы, некроз сосудистой стенки, вызванный малокровием вследствие нарушения кровообращения. В последнее время этот вопрос стал объектом научной дискуссии в связи с работами Розенблата, Вестфала и Бера. Вопрос этот имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Мы различаем три типа кровоизлияний в мозгу: кольцевые, пятнистые и компактные, или массовые.

Кольцевые кровоизлияния имеют центральный регрессивно измененный тканевый очаг, на внешнем краю которого расположены кровяные массы. Пятнистые кровоизлияния окружают расположенный в центре сосуд и в большей или в меньшей мере распространяются на окружающую мозговую ткань. Компактные кровоизлияния по Давыдовскому раздвигают и сравнительно мало разрушают измененное вещество мозга.

Образование кольцевых кровоизлияний долгое время объясняли по Шмидту тем, что вышедшая из пораженного сосуда путем диапедеза кровь отодвигается от сосуда последующей струей крови. Дитрих впоследствии доказал, что кольцевые кровоизлияния происходят путем диапедеза из сосудов, которые находятся в состоянии стаза, причем кровь, идя по направлению наименьшего сопротивления, оставляет непроницаемый, набухший, регрессивно измененный периваскулярный тканевый очаг не задетым кровоизлиянием.

Механизм возникновения этих кровоизлияний через диапедез как при кольцевом, так и при пятнистом никто не оспаривает, дискуссия ведется только по вопросу о механизме возникновения самого диапедеза. Одни вместе с Фишером и Танненбергом выдвигают на первый план механическое нарушение стенки сосуда, другие поддерживают невротическую теорию Рикера. Многие исследователи подчеркивают такие изменения стенок сосудов, как недостаточную окраску эластических волокон, их зернистый распад и даже исчезновение, неясные расплывчатые границы коллагенных волокон, их извитость и отсутствие специфической окраски. Это разрыхление стенки, набухание и разволокнение соединительной ткани, которые Хюк (Hueck) рассматривает как химическую дезорганизацию вследствие нарушения питания, некоторыми авторами принимается за основу апоплектических кровоизлияний. Другие основываются на экспериментальных работах Рикера и объясняют диапедез так назыв. „законом постепенности“. По этому закону слабое раздражение оказывает действие на дилататоры—расширяет сосуды и ускоряет ток крови; среднее раздражение через вазоконстрикторы вызывает сужение артерий и капилляров и замедляет ток крови; сильное раздражение снимает раздражение констрикторов и раздражает дилататоры, которые в конце концов парализуются. Вследствие этого за кратким расширением сосудов и ускорением тока крови следует престагическое замедление и затем—стаз с диапедезом.

Мы еще не в состоянии решить, являются ли альтерации сосудистых нервов и вызванное ими изменение в токе крови решающими для нарушения кровообращения, каково значение „закона постепенности“, не возникают ли непосредственно нарушения сосудистой функции без посредничества сосудистых нервов, и действует ли здесь исключительно стаз или скорее артериальный спазм. Однако, большая заслуга Рикера состоит в том, что он выдвинул в центр внимания исследователей значение функциональных нарушений кровообращения. Эта теория оказалась плодотворной для выяснения многих до сего дня необъяснимых явлений, как геморрагический и белый инфаркт, кровоизлияния на базе прежних размягчений, некроз отдаленных от очага участков мозга при гипертонических кровоизлияниях, полосатые кровоизлияния в корковом слое, которые нельзя было объяснить закупоркой мягкой оболочки сосуда и т. д.

Большая дискуссия ведется сейчас по вопросу о компактном кровоизлиянии. Розенблат выступил первым против старого учения, согласно которому апоплектическое кровоизлияние вызывается разрывом стенки артериосклеротического сосуда; по его

мнению, первичным при мозговом кровоизлиянии у пожилых людей и гипертоников является некроз нервной паренхимы и сосудов, вызванный ферментами. Вследствие некроза сосудов появляются множественные мелкие кровоизлияния, которые в совокупности образуют большой очаг. Основными, однако, в дискуссии против старого учения являются работы Вестфала и Бера.

Они наблюдали кровоизлияния в мозг при небольших артериосклеротических изменениях и наоборот, — тяжелые кровоизлияния при отсутствии артериосклероза. Патологические изменения в почках также недостаточно были выражены, чтобы объяснить, как это полагает Розенблат, ферментативное действие токсических веществ на мозг. Общие церебральные нарушения — головокружение, скованность движений, депрессивное настроение — говорят за продромальные ишемические состояния в стволовых ганглиях. Авторы приходят к выводу, что первичным нужно считать внезапно действующее малокровие ограниченных участков мозга вследствие ангиоспатических и склеротических нарушений функций артерии мозга. Вторичная проницаемость артериальных сосудов ведет потом к кровоизлиянию.

Самым однако существенным моментом в возникновении апоплексии является патологическая нагрузка на мозговые сосуды в виде спонтанного подъема кровяного давления в случаях с немного повышенным кровяным давлением. Сосудистые спазмы могут встречаться и без повышения кровяного давления. Сосудистые спазмы могут вызывать нарушениями липоидного обмена и внутренней секреции. На основании исследований Шмидтманна на кроликах, Вестфаль указывает, что холестерин имеет большое значение в качестве сенсibilизатора раздражителей, вызывающих сокращение сосудов, как адреналин, кислород. Что касается внутрисекреторных влияний, то известно, что после кастрации наступает гиперхолестеринемия. На тесные взаимоотношения между высоким артериальным давлением и кастрацией или женским климаксом указывали Майер, Мунк и др. Лермитт указывает, что при апоплексии артериосклероз не играет существенной роли, он только вспомогательный фактор, а решающее патогенетическое значение имеет гипертония (эссенциальная, перманентная или пароксизмальная), которая почти всегда обнаруживается, если изучить тщательно анамнез.

Механизм кровоизлияния представляется схематически так: спазм сосудов, стаз, гипотонизм соответствующего участка мозга с местным ацидозом, вследствие этого — некроз стенки артериол, реактивная гиперемия и кровоизлияние. Лермитт подчеркивает, что самый важный фактор в этой цепи еще не открыт, именно тот, который может вызвать достаточно продолжительный спазм сосуда и последующий автолиз мозговой ткани.

Интересные соображения высказаны также Шварцем. Он говорит, что в свежих случаях кровоизлияния никогда не доказан бесспорно разрыв сосуда. Так называемые милиарные аневризмы нужно считать вторичными, образовавшимися вследствие дегенеративных поражений сосудов после наступившего кровоизлияния. Первичные кровоизлияния происходят всегда через диапедез, что функционально можно объяснить по Рикеру.

Механизм эмболических, артериосклеротических, тромботических и гипертонических кровоизлияний всегда один и тот же, а также место поражения — конечные разветвления *arteria cerebri media*, потому что здесь действуют особые механические факторы кровообращения. Ввиду того, что артериальный толчок крови в этих артериях бывает самый сильный, так как он отвечает первичному направлению тока *arteria sagotis*, то можно предполагать, что при гипертонии легко происходят функциональные нарушения. Некроз стенки не является причиной кровоизлияния, а вызывается кровоизлиянием извне. Патогенетическая схема кровоизлияния следующая: патологическая спинномозговая жидкость влияет на перивентрикулярные участки — центры разных вегетативных регуляций. Это нарушение вегетативных центров оказывает действие на иннервацию сосудистой системы (сосудистые кризы), возникают спазмы с гипертонией, которые ведут к кровоизлиянию. Однако, чем тщательнее мы будем исследовать мозги гипертоников, которые умерли от компактного кровоизлияния, тем более скептически будем относиться к мнению выше цитированных авторов, что для инсульта имеют значение одни только функциональные нарушения кровообращения, и тем яснее будет нам, что органические сосудистые процессы и изменения мозга, относящиеся к синдрому артериосклероза, обнаруживаются в большинстве случаев в мозгу гипертоников. В первую очередь нужно процитировать взгляды Ашоффа, по мнению которого компактные кровоизлияния берут часто свое начало от мелких кровоизлияний в адвентициальных сосудистых оболочках. У гипертоников Ашофф находил почти всегда некоторое расширение периадвентициальных пространств, которые едва ли имеют что либо общее со спазмом. Кроме того, по мнению Ашоффа, играют роль также изменения стенок артерий, типические для артериосклероза мозга, которые так часто вызывают возникновение мелких очагов размягчения

в путамен. Нужно предположить, говорит Ашофф, что внезапные повышения давления крови, как это бывает особенно часто у гипертоников, ведут к таким кровоизлияниям в области измененных артерий и их мелких ветвей.

Как я выше сказал, Вестфаль, Бер, затем Шварц и другие сторонники новой теории возникновения апоплексии считают, что самым существенным моментом патологического процесса при кровоизлияниях и размягчениях в мозгу является функциональное нарушение кровообращения в терминальных сосудистых областях. Однако наблюдения Гиллера доказывают, что компактные кровоизлияния не занимают терминальных областей артериальных сосудов. За это говорит хорошая сохранность п. caudatus при апоплексии в области putamen и claustrum. Это указывает, что кровоизлияние не распространяется на терминальные ветви тех больших артерий, которые проходят путамен и внутреннюю капсулу и разветвляются в конце в п. caudatus. Этим самым компактное кровоизлияние не могло возникнуть вторично через диапедез в первичный ишемический участок кровоснабжения большого сосуда. Факт нахождения массового кровоизлияния в putamen и claustrum при хорошей сохранности п. caudatus говорит за то, что ветви артерии, из которой произошло кровоизлияние, и которые, как известно, разветвляются в п. caudatus, были проходными в своих последних разветвлениях. Таким образом отпадает одна из главных предпосылок гипотезы Вестфалья. Если бы согласно предположению Вестфалья малокровие являлось первичным, а кровоизлияние происходило вторично в уже малокровный участок терминальных кровеносных путей, то такая картина анатомической находки нам была бы непонятна. Следовательно, или компактные кровоизлияния являются последствием внезапных разрывов сосудов и кончаются скорострительной смертью, или кровоизлияние начинается около большого сосуда, протекает медленно и переходит в кому. Повидимому, кровоизлияние происходит сначала на маленьком пространстве около восходящей стриарной артерии, затем усиливаясь врывается в мозговую субстанцию, частично раздвигая, частично пропитывая мозговую ткань, и ведет к вторичным нарушениям кровообращения и питания.

Анатомической основой для массовых кровоизлияний являются по Гиллеру мелкие дефекты ткани васкулярного происхождения, которые Шварц назвал „инсультными единицами“, а Пьер Мари лакунами. Они могут быть по Фогту последствием резорбции ткани около больших сосудов или являются патологическим расширением периадвентициальных пространств Вирхова и Робина. Эти лакуны лишают сосуды необходимой поддержки против колебаний давления, которую обыкновенно дает им окружающая мозговая ткань.

Какие факторы вызывают эти кровоизлияния в излюбленных местах? Артериосклероз здесь может только содействовать, но никак не может быть причиной, потому что мы наблюдаем случаи кровоизлияний без артериосклероза. Не может быть само по себе причиной и повышение кровяного давления. За это говорит редкость кровоизлияния при вторичном нефритическом высоком давлении, а также факт, что пожилые люди с явлениями аортальной недостаточности не предрасположены к кровоизлияниям. При патогенетическом рассмотрении апоплексии нужно учитывать то обстоятельство, что компактные кровоизлияния являются особенностями гипертонической болезни. Сосудистый аппарат мозга стоит при этом заболевании под ненормальной нагрузкой, которая резко увеличивается вследствие своеобразных колебаний артериального давления. Эти „прессорные кризы“ ведут к кровоизлиянию из артериальных сосудов в упомянутых излюбленных участках. Против ангиоспатической теории говорит то обстоятельство, что в мозгу людей, страдающих мигренью и эпилепсией, где обнаруживаются ишемические дефекты, вызванные функциональными расстройствами, этих компактных кровоизлияний в стволовых ганглиях мы не наблюдаем.

В заключение нужно упомянуть еще новую точку зрения Штерна в патогенетическом объяснении апоплексии, согласно которой в центр внимания выдвигается роль давления спинномозговой жидкости и его отношение к артериальному давлению. Внутричерепное давление является, повидимому, большим сопротивлением для артериального давления. Кэшинг, повышая давление мозга, смог довести артериальное давление до 290 мм. Исследования американских авторов Фойбса и Вольфа показали, что при повышении давления спинномозговой жидкости сначала происходит замедление течения в артериях и венах мозга вплоть до остановки внутричерепного кровообращения; и только тогда начинает подниматься давление в крупных стволах сосудов, которое преодолевает сопротивление и восстанавливает кровообращение. Эта игра может повторяться много раз, так что получаются ступенчатые кривые артериального давления. Эти данные послужили Штерну поводом для предположения, что при таких патологических реакциях дело может дойти до местных катастроф во внутричерепном сосудистом аппарате — до кровоизлияния. Заболевания, которые ведут к отеку мозга и повышению внутричерепного давления, могут быть причиной апоплексии.

Казань, ул. Бутлерова, д. 46, кв. 1.

Г. Ю. МАЛИС

Из истории переливания крови в терапии психозов

Из клинического отдела (зав. прив.-доц. А. Н. Филатов) Ленинградского института переливания крови (директор института В. В. Кухарчик)

История первых опытов переливания крови показывает, что врачи древности возлагали на этот метод исключительные надежды главным образом в связи с предполагаемым влиянием перелитой крови на психику больного. Без преувеличения можно сказать, что первые шаги метода переливания крови были связаны с лечением душевных болезней.

Опыты использования крови как фактора душевной бодрости, молодости, повиновения, имели место еще в древнем Египте, в Греции. Упоминание о таком назначении переливания крови имеется в „Метаморфозах“ Овидия. Полезность здоровой крови при некоторых психических болезнях отмечали Плиний, Цельзий. До открытия Гарвея технические трудности переливания крови были настолько велики, что кровь применялась главным образом в виде препаратов *per os*. Все же упоминания о попытках переливания крови встречаются и в средние века. Ливавий в 1615 году критически описывает новый способ врачевания, посредством которого все можно сделать с человеком: старого — молодым, злого — добрым, труса — храбрецом и т. п. (Филармофитский). В 1628 г. выходит из печати книга Гарвея. Переливание крови получает необходимые анатомо-физиологические предпосылки.

Начиная с 1638 г. „Философское общество“ в Лондоне — крупнейший научный центр того времени — слушает ряд докладов о переливании крови (на животных). При обсуждении этого вопроса в 1666 г. Роберт Бойль специально интересуется влиянием перелитой крови на психику подопытных животных.

Одновременно с этим, и в других странах начинают интересоваться переливанием крови. В Германии в 1661 г. М. Гофман считает возможным излечить путем этой операции меланхолию и бешенство. В 1665 г. Эльсгольц указывает на возможность с помощью обменных переливаний крови примирить поссорившихся супругов. В Париже Жан Баптист Дени, профессор философии и математики, получивший также и медицинское образование, решает осуществить переливание крови человеку. 9 марта и 2 апреля 1667 г. он делает сообщения о переливаниях крови на собаках, а 15 июня этого же года производит переливание 16-летнему юноше. Больной 2 месяца страдал лихорадкой и подвергся более чем 20 кровопусканиям, после чего у него были отмечены чрезвычайная апатия, сонливость, потеря памяти. Дени перелил больному 270 г крови ягненка, предварительно выпустив 90 грамм (переливание производилось с помощью двух серебряных трубочек, одна из которых вставлялась в артерию животного — донора, а другая — в вену больного). На следующий день было отмечено выздоровление. На 3-й день вновь отмечена сонливость, но не такая сильная.

Объектом одного из следующих экспериментов Дени был Антон Моруа, 34 лет, страдавший уже 8 лет душевной болезнью. Болезнь выражалась в состояниях резкого возбуждения, тянувшихся 8—10 месяцев, с кратковременными светлыми промежутками. В сентябре 1667 г. больной вновь заболел. 19 декабря у больного было выпущено 300 г крови, перелито 180 г от телят. На следующий день в психическом состоянии больного было отмечено улучшение. 21 декабря у больного было взято 90 г крови и перелито около 360 г. Со следующего дня сознание больного стало ясным.

10 февраля 1668 г. Дени производит переливание крови женщине, получившей после инсульта (?) односторонний паралич тела с почти полной потерей речи. Было перелито 360 г крови с последующим выздоровлением. В этом же месяце он вторично приглашается к Антону Моруа, который заболел вновь. Несмотря на то, что Дени и помогавший ему хирург Эммерец решили третьего переливания не делать, жена Моруа, после вскоре последовавшей его смерти, возбудила против них соответствующее обвинение. (Насколько удалось выяснить впоследствии, больной был отравлен женой. Врачи — противники переливания крови принимали активное участие в возбуждении судебного дела против Дени — вплоть до подкупа свидетелей).

Честь первого переливания крови человеку — а вместе с тем и первого переливания крови в психиатрии, — принадлежит, как мы видим, Дени.

В Англии в это время (1667—1669 гг.) Кинг, Лоуэр, Кларк усиленно подыскивают душевно-больных для своих экспериментов. При обсуждении доклада Кинга 24 ок-

тября 1667 г. в Философском обществе возник вопрос о переливании крови душевнобольным, находящимся в „Бедламском госпитале“. Заведывающий госпиталем не решился на переливание.

23 ноября 1667 г., четыре месяца спустя после первого опыта Дени, Лоуэр и Кинг производят с разрешения Философского общества переливание крови душевнобольному богослову Артуру Кога, 32 лет. Было выпущено 210 г венозной крови, перелито 300 г артериальной крови ягненка. Состояние больного улучшилось. 12 декабря операцию повторили. Было выпущено 240 г крови, перелито 420 г. В 1669 г. больно вновь подвергся исследованию. Физически он был вполне здоров и крепок, в психическом же отношении находился в состоянии, в котором был до переливания (т. е., как пишет один из русских исследователей середины прошлого века, оказался „здоров и глуп“).

В трактате, вышедшем в 1669 г., Лоуэр рекомендует переливание крови при обильных кровотечениях (главным образом), при душевных и некоторых других болезнях.

К этому времени широко распространилась реакция против нового метода. В Италии Сантинелли, в 1668 г., исходя из ряда религиозных соображений, возражает против переливания крови. В Германии Мерклин в 1679 г. указывает на возможность отрицательного влияния на психику больного перелитой крови животного.

Последний практический опыт совершает Иоганн Клейн, с успехом переливший в 1680 г. кровь молодой собаки — старой. Вслед за тем о переливании крови в истории медицины не упоминается почти сто лет.

Лишь во второй половине XVIII века интерес к забытому методу вновь пробуждается. В 1760 г. Маккензи пишет о возможности с помощью переливания крови сделать человеческую жизнь продолжительнее. В 1792 г. Гарвуд в Англии переливает кровь собаке от овцы. По описанию экспериментатора собака немедленно после переливания крови стала... щипать траву.

В этом же 1792 г. врач Руссель из Суффолка публикует свой опыт излечения переливанием крови юноши 16 лет, больного бешенством (водобоязнью). У больного было выпущено столь большое количество крови, что он впал в обморочное состояние. После этого ему была перелита кровь двух ягнят. Наступило полное выздоровление. Таким образом, когда после длительного перерыва взоры врачей вновь обратились к операции переливания крови, первым ее объектом был душевнобольной.

Возможность лечения с помощью переливания крови столь тяжелого заболевания как бешенство еще долго занимала врачей. Мажанди, проводивший опыты как на собаке, так и на человеке, наблюдал улучшение психического состояния (с последующей смертью). Опыт Гаспара на человеке результатов не дал. В Германии, в первой четверти XIX века Циглер издал „Новые рассуждения о бешенстве собак и о крови, как целительном средстве“. Он рекомендовал назначать „немедленно по укушении“ — 2 столовых ложки теплой крови курицы или другого животного по одному разу в день на протяжении трех дней, а в поздних стадиях — переливание крови.

Теоретические соображения, из которых исходили сторонники переливания крови, во многом были близки к открытиям новейшего времени. Так, Зоммеринг (на трактат его, вышедший в 1811 г., ссылается Циглер), за 110 лет до открытия Леви писал: „Нерв по своим отправлениям является нам в двояком виде: во-первых, представляется он нам проводником наружных впечатлений к общему чувству и от него — к органам произвольного движения; во-вторых, он, как органическое произведение... делает сам предметом растительной жизни, к коей относится по своей способности к секреции. Сия отделенная жидкость есть нервный сок (fluidum nerveum)... животный дух древних“.

С начала второй четверти XIX века в практику переливания крови входит новый способ, на который возлагается много надежд: переливание дефибринированной крови. Случаи применения переливания крови при лечении психозов становятся все более редкими. В 1830 г. Диффенбах переливает дефибринированную человеческую кровь двум душевно-больным и одному больному бешенством. Терапевтического эффекта переливание не дает. В России в эти годы переливанием крови интересуются: Вольф, Буальский, Филамофитский и другие. При душевных заболеваниях новый метод ими не применялся.

На Западе в 1852 г. Полли безуспешно переливает 30 г дефибринированной крови при эпилептическом слабоумии. Нуссбаум в 1864 г. отмечает некоторое улучшение после переливания 720 г дефибринированной крови при эпилепсии, осложненной малокровием. Лейдесдорф в 1874 г. переливает 180,0 дефибринированной человеческой крови больному, страдающему каталепсией. В результате отмечается временное улучшение. Нейдорфер безуспешно переливает больному меланхолией 80,0 непосредственно от ягненка.

В 1874 г. 1-й Итальянский конгресс врачей-психиатров заслушал 4 доклада, посвященных лечению психозов переливанием крови: Мичетти, Понза, Ливи, Бергоньи.

Ими было проделано несколько переливаний крови ягненка и дефибринированной человеческой крови. В среднем переливалось 15,0—20,0. В некоторых случаях наблюдался положительный эффект. Опыты других авторов (Хейфельдер, Требби, Казелли, Клингелхер и некоторые другие) результата не давали.

Незначительный эффект, полученный в прошлом при лечении душевнобольных переливанием крови, был повидимому, одной из причин, обусловивших недостаточность интереса психиатров к вопросам трансфузии и в новейшее время, в эпоху расцвета нового лечебного метода и широкого применения его в различных областях медицины. Со времен работ Ландштейнера (1901 г.), Янского (1907 г.), Мооса (1910 г.), создавших подлинно научные основы переливания крови, вышло более 6000 работ, посвященных этому вопросу. Лечение психозов переливанием крови посвящено лишь несколько исследований, охватывающих весьма незначительное число больных. Некоторые из этих работ (Клебелсберг и др.) основаны на переливании гетерогенной или иногруппной крови, т. е. повторяют старые попытки. Вопросам нервно-психического состояния донора и реципиента, в 1666 г. занимавшим Роберта Бойля, почти совершенно не уделяется внимания. Между тем, работы Леви, Кеннона, Быкова, Разенкова и других, освещающие роль крови в процессах нейро-гуморальной регуляции, позволяют предполагать, что этому вопросу суждено занять в практике переливания крови заметное место — быть может не столь значительное, как это предполагали врачи XVI—XVII веков, но все же раскрывающее перед переливанием новые перспективы. И если результаты ведущихся сейчас работ по лечению психозов переливанием крови хотя бы частично окажутся положительными, это лишний раз покажет, как часто врачи древности в своих исканиях интуитивно нащупывали правильные пути.

Ленинград, просп. Кирова, 26/28, кв. 7.

Рецензия

Ф. И. Зборовская. *Организация лечебно-профилактической помощи детям.* Медгиз 1941. Цена 2 р. 75 к.

Огромное большинство наших медицинских работников, начиная с врачей и кончая младшим персоналом, имеет очень слабое представление об организационной стороне здравоохранения. Поэтому каждую толковую работу об организации здравоохранения можно только приветствовать.

Данная книжка написана автором в качестве пособия для сестер. Во введении изложены основные принципы и этапы советского здравоохранения и дается краткая характеристика важнейших видов лечебной помощи. Затем, после кратких глав, трактующих о рождаемости и смертности и об охране материнства и младенчества, следуют главы, посвященные организации и работе детской консультации, молочной кухни, яслей, дома младенца, поликлиники, детской больницы, санатория, пионерского лагеря и т. п. В конце помещены небольшие разделы о социально-правовой защите матери и ребенка, об отчетности, комиссиях содействия, подготовке кадров и даже о периодической литературе для среднего мед. персонала.

Все это изложено на 130 небольших страницах; поэтому на большую часть глав приходится так мало места, что они дают только общее представление о разбираемом вопросе, без всяких подробностей. Все же книжка в целом дает вполне ясное представление об организации лечебно-профилактической помощи детям.

Книжка написана очень просто, так что будет понятна и для лиц, не имеющих никакой специальной подготовки. Чтобы сделать содержание ее более доходчивым, следовало, мне кажется, добавить хотя бы какой-нибудь иллюстративный материал; например, при изложении цифрового материала — диаграммы, для перечня функций НКЗ или для разъяснения структуры санитарной организации — схемы, при описании различных учреждений — рисунки, планы и т. п. Целесообразно было бы также дать в виде приложений инструкции по работе сестер в различных учреждениях для детей, формы документации и отчетности, чертежи детской мебели и т. п.

Книжка будет полезна для заведующих различными детскими лечебно-профилактическими учреждениями и для заведующих районными отделами здравоохранения, не имеющих специальной подготовки. Она может также быть использована врачами при подготовке актива здравоохранения, комиссий содействия и т. под. кадров.

Е. Ленский.

Тезисы диссертаций

Тезисы диссертаций доцента В. Г. Потапова (Крымский мединститут имени И. В. Сталина) на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: *„Материалы к изучению эхинококковой болезни в Крымской АССР.“*

Защищены на заседании Совета профессоров Казанского гос. мед. института
31.III 1941 г.

По распространению эхинококка среди населения Крым занимает первое место в СССР и приближается в этом отношении к таким странам, как Греция, Далмация, Австралия и Аргентина.

В Крыму встречается исключительно гидатидозная форма паразита. На всем собранном нами материале в 685 случаев эхинококковой болезни имеются только два случая, и то не вполне достоверные, альвеолярного эхинококка.

Цифровые данные последнего десятилетия говорят о некотором снижении обращаемости к хирургической помощи в Крыму по поводу эхинококка. Если учесть прирост населения и приближение квалифицированной медицинской помощи к селу, то можно говорить о снижении заболеваемости эхинококком, что несомненно надо поставить в связь с проводимыми санитарно-профилактическими мероприятиями и подъемом материального и культурного уровня населения.

В Крыму поражены эхинококком преимущественно северные степные районы (Сакский, Евпаторийский, Ак-Мечетский, Джанкойский и др. Районы спецкультурные и смешанного земледелия (Балаклавский, Суданский и др.), индустриальные центры (Керчь, Севастополь), население которых пользуется для своих нужд доброкачественной водопроводной или родниковой водой, дают меньшее число больных с эхинококком.

Меры общественной профилактики должны быть направлены на борьбу с рассеиванием собакой онкосфер паразита и на охрану промежуточного хозяина от инвазии. Они должны включать в себя, как обязательные мероприятия: охрану водоемов пастбищ, дворов, огородов от загрязнения собаками, ветеринарно-санитарный надзор не только на бойнях и мясокомбинатах, но, что не менее важно, и над индивидуальным убоем скота, уничтожение бродячих собак, регулярную поливку улиц.

Необходима широкая санитарно-просветительная работа, выпуск специальных брошюр, устройство лекций, докладов, бесед, использование в этих целях периодической печати, кино, радио. Для студентов ВУЗ'ов в областях, наиболее пораженных эхинококком, должны быть организованы специальные факультативные курсы.

Зараженность эхинококком крупного рогатого и мелкого убойного скота в Крыму достигает высоких цифр. В особенности это относится к степным районам и Керченскому полуострову (65,3%). Проводимая в этом направлении органами НКЗема профилактическая работа пока явно недостаточна.

При интрахеальном введении жизнеспособных элементов эхинококковой кисты (эхинококковый „песок“) кролику у последнего развиваются эхинококковые кисты в легких. Это говорит о возможности прививки зародышей паразита через слизистую бронха при случайном попадании их в дыхательные пути.

При однократном заражении в эксперименте эхинококком животного развивающиеся кисты оказываются различной величины, что свидетельствует о неравномерности роста эхинококковых кист в организме промежуточного хозяина.

В толще фиброзной капсулы герминативных элементов эхинококковой кисты нам не удалось обнаружить ни разу. Наши данные не подтверждают выводов отдельных авторов, что не удаленная при операции фиброзная капсула может явиться очагом возврата заболевания.

Правильный диагноз эхинококка может быть поставлен в одних случаях с легкостью, в других — представляет собой почти непреодолимые трудности. Интрадермальная проба и количество эозинофилов в периферической крови могут играть только подсобную роль в диагностике эхинококка.

Интрадермальная проба имеет большую диагностическую ценность, нежели эозинофилия, так как оказывается более стойкой и часто сохраняется положительной при наступившей гибели паразита.

В диагностике эхинококка признак „дрожание гидатид“ не играет никакой роли. Безусловно доказательным является нахождение при пробном проколе в пункте скопления или в выделениях больного (мокрота, рвотные массы, моча) элементов эхинококковой кисты.

Закрытая эхинококкотомия при подавляющем большинстве эхинококковых кист внутренних органов является операцией выбора. Гибель и нагноение паразита не служит противопоказанием, за исключением редких случаев, к наложению глухого шва на оставшуюся соединительнотканную капсулу.

Экстирпация паразита вместе с фиброзной капсулой является ненужной и небезопасной операцией. Она показана лишь при обызвествлении фиброзной капсулы и в

тех случаях, когда технически упрощает и ускоряет операцию (эхинококковые кисты сальника, краевое расположение паразита в печени, эхинококк мышц).

Взгляд, что гидатидозный эхинококк чаще бывает одиночным, ошибочен. Результаты тщательного изучения собственного материала и отдаленных результатов позволяют говорить об обратном.

Рецидивы эхинококкового заболевания в подавляющем большинстве представляют собой просмотренные и не удаленные при первой операции кисты и являются следствием множественности эхинококковой инвазии.

Полно-всестороннее исследование больного до операции, тщательный осмотр во время последней не только пораженного органа, но и соседних, надлежащая апаратность операции — есть лучшая профилактика рецидива эхинококкового заболевания.

Тезисы диссертации врача В. М. Медведева на тему: „К вопросу о химической природе активного вещества, появляющегося в симпатическом узле во время раздражения его преганглионарных путей“, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Защищена 27.II. 1941.

1. 933 F и никотин понижают реакцию симпатического узла, вызванную как электрическим раздражением преганглионарных путей, так и введением в ганглий „активного перфузата“ и ацетилхолина.

2. Это понижение одинаково только для эффектов, вызванных электрическим раздражением преганглионарных волокон и введением „активного перфузата“, но не для эффектов, вызванных введением ацетилхолина.

3. Атропин парализует возбуждающее влияние ацетилхолина на симпатический ганглий, однако он не изменяет реакции этого ганглия, вызванной раздражением преганглионарных волокон его или введением в сосуды узла „активного перфузата“.

4. Эзерин увеличивает реакцию симпатического узла, вызванную введением ацетилхолина, но не влияет на эту реакцию, вызванную раздражением преганглионарных волокон или введением „активного перфузата“.

5. Кокаин, сенсibiliзирующий периферические ткани к возбуждению симпатических волокон, также является веществом, сенсibiliзирующим симпатический узел к преганглионарному возбуждению и к введению „активного перфузата“.

6. Кокаин в одинаковой мере повышает ответ ганглиозных элементов как на электрическое раздражение преганглионарных волокон, так и на введение „активного перфузата“, но понижает ответ ганглиозных элементов симпатического узла на введение в артерию перфузируемого органа ацетилхолина.

Наши опыты противоречат представлению о том, что ацетилхолин является переносчиком возбуждения с преганглионарного на постганглионарный путь в симпатическом узле. Однако, с другой стороны, наши опыты подкрепляют предположение о том, что эта передача осуществляется при участии химического агента; но по своей химической природе этот агент скорее ближе к симпатину, чем к ацетилхолину.

Р е ф е р а т ы

а) Терапия

Schimert G. Лечение бронхиальной астмы малыми дозами меди. Dtsch. med. Wschr. 5. 124—126. 1940.

Наблюдения показывают, что маленькие дозы тяжелых металлов действуют возбуждающим образом на ретикуло-эндотелиальную систему и изменяют состояние аллергии. На этом основании 50 больных с бронхиальной астмой были подвергнуты лечению препаратом коллоидальной меди под названием Cupridium. Лечение начиналось с введения под кожу $1\frac{1}{2}$ см³ препарата, содержащего 5 γ меди. При отсутствии реакции через 3 дня такую же дозу вводили больному в вену. Инъекции то подкожно, то в вену, в зависимости от состояния больного, производились 2 раза в неделю, причем доза постепенно увеличивалась до 1 см³. В некоторых случаях применялся более концентрированный препарат коллоидальной меди, содержащий в 1 см³ 100 γ металла. Курс лечения продолжался 2 месяца. У 40% всех леченных указанным способом больных наступило полное и длительное исчезновение приступов бронхиальной астмы. В 34% случаев отмечено значительное улучшение. Н. Абрамова.

Palugay J. Рентгеновское лечение бронхиальной астмы. Wien. klin. Wschr. 39. 783—785. 1940.

На основании собственного опыта и литературных данных а. подтверждает положительный эффект рентгенотерапии бронхиальной астмы. Наилучшие результаты получаются при рентгеновском облучении легких (с включением гилюсов) и при ком-

бинированном облучении легких и селезенки. Лимфатическая ткань селезенки особенно чувствительна к облучению и легко подвергается клеточному распаду. В непосредственном облучении легких гесп. бронхов несомненную роль играет стимуляция секреции. В свежих случаях бронхиальной астмы реакция на облучение наступает чаще, быстрее и заметнее, чем в застарелых случаях с эмфиземой или хроническим бронхитом. Рентгенотерапия бронхиальной астмы противопоказана только при наличии туберкулеза. В целях максимально гомогенного облучения легких и селезенки применяются жесткие гомогенизированные лучи, причем 4-6 полей берется для грудной клетки и 2-3 для селезенки. Ежедневно облучается от 3 до 5 полей; каждое поле облучается 2-3 раза, единичные дозы равняются от 50 до 200 г. Курс лечения составляет от 200 до 400 г на поле и продолжается от 2 до 4 недель. По истечении 4-6 недель можно, а в случаях с благоприятной реакцией должно, проделать второй курс; в более упорных случаях следует испробовать третий курс лечения через 6-8 недель.

П. Альперин.

Iagic N. *Клиника и терапия сосудистых расстройств при бронхоспазме.* Wien. klin. Wschr. 46.929—939. 1940.

Острый приступ бронхиальной астмы ведет к острой легочной эмфиземе и к повышению нагрузки для правого сердца. Обычно у таких больных наблюдаются симптомы застойной печени. Под влиянием инъекции адреналина или астмолизина приступ быстро купируется, и все эти явления исчезают. Далее, у астматиков постепенно развивается хроническая эмфизема легких и правосторонняя гипертрофия сердца. Менее известны спастические состояния бронхиальной мускулатуры, которые не проявляются в виде типичных приступов астмы, а протекают в форме хронического катара бронхов, без каких-либо признаков инфекционного процесса (в легких). Распознаванию этих случаев помогает проба с адреналином, подкожное введение которого устраняет бронхоспазм и катаральные явления. Эту форму спастического катара бронхов можно рассматривать как замаскированную астму. В таких случаях также имеют место циркуляторные расстройства, дающие картину „эмфиземного“ сердца. Распознавание этой формы особенно важно для терапии, которая должна быть анти-астматической. Приступы бронхоспазма наблюдаются также при легочной эмфиземе другого происхождения, при различных сердечных, легочных, желудочно-кишечных заболеваниях, при желчных камнях и т. д. А. наблюдал у сердечных больных разного рода приступы одышки, которые соответствуют не столько картине типичной кардиальной астмы, сколько картине бронхиальной астмы, почему можно думать в этих случаях о вторичном бронхоспазме. Под влиянием адреналина или астмолизина одышка у этих больных исчезает. В лечении недостаточности кровообращения, развивающейся на почве повторных бронхоспастических состояний, наряду с кофеином, который одновременно является и антисептическим средством, находит свое место интермитирующее лечение малыми дозами дигиталиса (при тахикардической сердечной декомпенсации), внутривенное введение строфантина (тяжелая острая декомпенсация, сердечная астма или отек легких), применение мочегонных (сердечные отеки). Основную роль в лечении декомпенсации а. отводит покою и постельному режиму.

П. Альперин.

Bisgard a. Nye. *Влияние холода и тепла на состояние желудочно-кишечного тракта.* Surg. Gyn. Obst. 71.2. 171—180. 1940.

Холод и тепло с незапамятных времен применяются для воздействия на тонус и секрецию желудочно-кишечного тракта. Однако, до сих пор нет физиологических обоснований для этих вмешательств. Аа. пытались разрешить этот вопрос путем введения в желудок и кишечник резиновых баллонов, соединенных трубками с пишущим прибором, и регистрацией изменений давления в этих органах на кимографе. Исследования произведены как на здоровых (путем введения баллона через пищевод), так и на больных с кишечными свищами. Все исследования сделаны натошак через 30 минут после изучения нормальной перистальтики. Отмечено, что прикладывание грелок к брюшной стенке имеет следствием уменьшение перистальтики желудка и кишечника в течение 15-40 минут. Холод, наоборот, резко усиливает перистальтику в течение 20-50 минут и вызывает усиление желудочной секреции. Непосредственное приложение тепла или холода к стенке желудка (горячая вода, или лед внутрь) дает противоположные результаты — холод успокаивает, тепло усиливает перистальтику. Прикладывание льда к бедрам вызывает увеличение секреции желудка. Приведенные данные могут иметь большое значение для клиники, поскольку на основе этих исследований применение холода при остро-воспалительных процессах в брюшной полости и при пептических язвах кишок абсолютно противопоказано.

К. Маркузе.

Kutschera v. Aichbergen. H. *Упрощение и рационализация лечения дигиталисом.* Wien. Klin. Wschr. 28. 562—564. 1940.

А. дает практические советы для проведения терапии наперстянкой в домашних условиях. Прежде всего он рекомендует вместо дробных доз давать декомпенсиро-

ванному сердечному больному ежедневно после обеда один порошок дигиталиса в 0,3 г.

Если наступает желательный эффект, то доза уменьшается двояким способом: либо до 0,2 г ежедневно, либо по 0,3 г 3-2 раза в неделю. При этом врачебный контроль может быть ограничен одним разом в неделю, если больной предупрежден, что при появлении расстройств он должен немедленно обратиться к врачу. При недостаточности лечения *per os* следует прибегать к ректальному введению дигиталиса в микроклизмах. Для этого применяются растворимые препараты дигиталиса, причем для максимальной всасываемости рекомендуется вводить их в теплом физиологическом растворе поваренной соли. Амбулаторный врач должен быть информирован относительно индивидуальной потребности и толерантности к дигиталису каждого сердечного больного, выписывающегося из стационара.

П. Альперин.

Heurke W. *Дифференциальный диагноз нарушений ассимиляции при спру и других кишечных заболеваниях.* Med. Kl. 14. 378—379. 1940.

Характерная картина спру часто смешивается с нарушениями усвоения жиров, имеющими совершенно другое происхождение. Для дифференциального диагноза необходимо тщательное исследование кала при пробной диете Шмидта-Страсбургера. При хроническом панкреатите нейтральный жир пищи, вследствие недостатка липазы, недостаточно расщепляется и поэтому в большом количестве содержится в кале, имеющем обычно желтую окраску. Кроме того, при этом заболевании из-за недостатка трипсина плохо перевариваются мышечные волокна. При тропической и эндемической спру в противоположность хроническому панкреатиту мышечные волокна и жиры хорошо расщепляются, но плохо переваривается крахмал. Так как крахмальные зерна расщепляются бактериями, то кал большей частью бывает пенистым и обнаруживает типичное брожение. При спру нарушено всасывание расщепленного жира, что, повидимому, находится в связи с расстройством функции эпителия кишечника. При желудочно-кишечных фистулах, вследствие кратковременного действия ферментов на пищу, плохо перевариваются все ее составные части, которые и обнаруживаются в кале. Жировой стул наблюдается также при базедовой болезни, туберкулезе мезентериальных желез и прекращении доступа желчи в кишечник, но остальные симптомы позволяют легко отличать эти заболевания.

П. Альперин.

Lewy F. *Физиологическое действие комплекса витамина В.* Confin. NeuroI. III. 1—2. 74—81. 1940.

Фракции витамина В-комплекса играют большую роль в углеводном обмене растений и животных, как энзимы. Для удаления из тканей пировиноградной кислоты необходима кокарбоксилаза, эфир фосфорной кислоты и тиамин, или витамина В₁. Есть данные за то, что тиамин принимает участие в превращении углеводов в жиры. Тиамин и холин оказывают противоположное воздействие на накопление и выделение жира печени. Количество холина в пище, повидимому, оказывает влияние на действенность тиамина. О значении недостаточности рибофлавина у человека известно очень мало. После разрушения надпочечников или поджелудочной железы заместительная терапия соответствующими гормонами при недостатке рибофлавина или тиамина не дает эффекта. Никотиновая кислота, прежде чем окажется действительной против пеллагры, должна в организме превратиться в козимазу I и II. Таким образом, все до сих пор известные компоненты витамина В-комплекса имеют существенное значение для клеточного обмена и дыхания вообще, хотя тиамин, повидимому, имеет особое значение для функций периферической нервной системы, а рибофлавин, никотиновая кислота и, возможно, витамин В₁ — для центральной нервной системы.

Е. Шмидт.

Stepp W., Diehl F. *Взаимодействие между вегетативно-эндокринной системой и обменом витаминов.* Med. Klin. 11 296—298. 1940.

Введение витаминов оказывает нормализующее влияние на патологически измененную вегетативно-гормональную регуляцию. При гипопитарной недостаточности с склонностью к спонтанной гипогликемии Дилю и Кирхману удавалось посредством введения комплекса витамина В и витамина С нормализовать гликемическую кривую после нагрузки глюкозой. Аа. изучали на больных с аналогичными патологическими кривыми сахара крови действие отдельных витаминов. Они установили, что комплекс витамина В обладает более сильной нормализующей способностью, чем витамин С, и что из отдельных факторов В комплекса витамина В₁, несмотря на его связь с углеводным обменом, лишен этой способности. Другие факторы — лактофлавин, амид никотиновой кислоты, В₆, оказывают нормализующее влияние на сахарные кривые. Эти опыты показывают, что для нормальной вегетативно-эндокринной регуляции необходимо достаточное насыщение организма витаминами.

П. Альперин.

Chang, Chiang E. a. Lan Tien Ho. Витамин С при туберкулезе. Am. Rev. of Tuberc. 41:494—505. 1940.

Обследовано содержание витамина С в крови и моче у 100 больных с различными формами туберкулеза и у 10 здоровых людей. За 2 дня до опыта больным не давали пищи, содержащей большое количество витамина С. Кровь для исследования брали натощак. В моче содержание витамина С определяли в течение суток в порциях мочи, собиравшейся каждые 8 часов. К 2 см³ плазмы крови добавляли 8 см³ 8% раствора метафосфорной кислоты. Смесь центрифугировали, 5 см³ светлого центрифугата титровали немедленно стандартным раствором 2,6 дихлорфенолиндифенола. Содержание витамина С в крови вычисляли в миллиграмм-процентах. К 50 см³ свежесынутой мочи добавляли 5 см³ 20% раствора метафосфорной кислоты. К 2 см³ смеси доливали 10 см³ 3% раствора метафосфорной кислоты и немедленно титровали вышеуказанным раствором. Содержание витамина С определялось в миллиграммах в суточном количестве мочи. Установлено, что у туберкулезных больных содержание витамина С в крови и выделение его с мочой значительно ниже, чем у здоровых. Количество витамина С в плазме крови при туберкулезе колебалось от 0,03 мг% до 0,6 мг%. У здоровых людей оно составляло от 0,64 мг% до 1,14 мг%. У туберкулезных больных за сутки с мочой выделялось от 1,3 до 69,24 мг, у здоровых людей от 24,4 до 72,9 мг витамина С. Чем тяжелее был туберкулезный процесс, тем меньше витамина С содержалось в крови. Кроме того, у туберкулезных больных и у здоровых лиц производились опыты с нагрузкой витамином С. Им назначали по 2 мг аскорбиновой кислоты в виде апельсинового сока на 1 кг веса и затем каждые полчаса собирали и титровали мочу. У больных туберкулезом с мочой выделилось значительно меньшее количество витамина С, чем у здоровых, и тем меньше, чем тяжелее был туберкулезный процесс. Степень насыщения витамином С организма пропорциональна тяжести туберкулезного процесса.

Н. Абрамова.

б) Хирургия

Roу Mc-Clure. Лечение ожогов. J. Americ. med. Ass. V. 113 № 20, p. 1808—1812). 1939.

На 8000 смертей от ожогов за 1937 г. в США 45% смертности падает на детей до 6-летнего возраста. При лечении серьезное внимание лечащего врача должно быть фиксировано на так называемой токсической фазе, т. е. в первые 18—24 часов.

С тех пор, как ожоги начали лечить по методу Дэвидсона (Davidson) смертность в США значительно снизилась; так в 1928 г. было 8033 смерти от ожогов, а в 1933 г.—5232. По данным Митченера (Mitchener) смертность в Англии с 15,5% в 1928 г. (лечение пикриновой кислотой) снизилась до 4% в 1929—1936 г.г. (лечение по Дэвидсону). По данным Неггис в Торонто смертность от ожогов снизилась с 7,5% до 1,7% после введения метода Дэвидсона. Значительно уменьшилось при этом методе количество уродующих рубцовых контрактур.

Боль и беспокойство устраняют повторным назначением наркотиков. При аноксемии показана кислородная терапия. Общее обогревание больного грелками, укутыванием шерстяными одеялами, если позволяет локализация ожога, или укладывание больного на кровать в электросветовую ванну в очень теплой комнате. Вводят обильно жидкость per os, per rectum, интравеннозно, подкожно — 5% раствор глюкозы или физиологический раствор NaCl.

Суточный диурез должен быть около 1500 см³. При сгущении крови — трансфузия плазмы, гемотрансфузия показана лишь при нормальной картине крови и количества гемоглобина.

Местное лечение. Больной помещается на стерильном белье, с соблюдением всех правил асептики. Производится минимальный debridement, вскрытие пузырей и удаление отслоенного эпидермиса. Затем из пульверизатор производят распыление свежеприготовленного 5% раствора танина. Мази, содержащие танин с резорцином или argent. nitric., рекомендуется применять при небольших ожогах, а также на лице и промежности.

По мере скопления жидкости последняя удаляется асептично и вновь производится пульверизация танином. Удаление гноя при скоплении его под корками. Для предупреждения деформирующих контрактур — раннее назначение вытяжения. Как можно раньше производят пересадку кожи. Для лечения вторичных анемий лучший способ — гемотрансфузия.

В. С. Юров.

Mallet-Gug, et J. J. Lieftring. Поясничная блокада и симпатектомия при обморожении ног. Mém. Acad. Chir. 66. 136—140. 1940.

Авторы с большим успехом применили люмбальную инфильтрацию новокаином симпатикуса у солдат с обморожением ног в зиму 1939/40 г., которые поступали в ла-

зарет для ампутации. В одном случае, кроме того, была произведена денудация бедренной артерии. Успех блока объясняется устранением спазма артерий, который, как показывают ангиографические исследования, имеет место спустя неделю после отморожения.

Л. Омороков.

Smithwick. Хирургическое вмешательство на симпатической нервной системе при периферических поражениях сосудов. Arch. Surg. 40. 286—306. 1940.

Автор вначале описывает те методы, при помощи которых клинически-экспериментальным путем выясняется деятельность вазомоторов и что является обоснованием для оперативного вмешательства.

Операция должна быть произведена таким образом, чтобы не получилось регенерации нервов. Для этой цели а. предлагает центральный отрезок пограничного столба после перерезки его вшивать в мускулатуру. Такая модификация дает значительно лучшие результаты, чем простая перерезка. А. успешно оперировал по этому методу больных с облитерирующим тромбангитом, болезнью Рено и с другими спазмами сосудов. Эффект операции был положительный в 90—100%.

Л. Омороков

Frank Mann. Шок, его профилактика и терапия J. Am. m. Ass. T 114. № 25/Vl. 2484. 1940.

На шок смотрели как на состояние травматической токсемии. Автор на фронте наблюдал много людей с синдромом васкулярной, вазомоторной и физической инсуффициенции. Шок является результатом депрессии и анемии и нередко приводит к смерти. Профилактически, чтобы избежать шока, раненому следует обеспечить покой и хорошее питание, давать сердечные и дыхательные средства и кроме того атропин, стрихнин, и пикротоксин. При уже развившемся шоке надо прежде всего озаботиться о том, чтобы поднять температуру тела, стараться возбудить деятельность кардиоваскулярной системы и урегулировать венозное давление, вводя физиологический раствор. При ацидозе дается сода, при аноксемии — кислород. При кровотечении и стагнации крови на почве паралича вазодилататоров показана трансфузия крови. Сдавление артерии задерживает появление шока, ампутация, произведенная даже во время шока, устраняет его, потому что прекращает всасывание измененных белков. Бене и Струмца получали хорошие результаты, вводя после профузного кровотечения смесь, состоящую из 3 частей насыщенной кислородом кровяной сыворотки и 1 части цитратной крови. По Ламберту шок вызывается двумя причинами 1) непосредственным действием нервновегетативных импульсов, исходным пунктом которых является рана с многочисленными обнаженными веточками симпатических нервов; 2) позже выявляет свое действие токсический фактор, вызванный повышенным напругением освобождающихся протеинов в крови. Ламберт рекомендует переливание крови и инсулин.

В. Дембская.

Bravetta, G. Пневмопиелография при диагнозе камней мочевых путей. Surg., Gyn., Obst. Dec. № 6. 69. 1939 г.,

Простая пиелография с дозавлением внутривенной или ретроградной пиелографии, в большинстве случаев бывает достаточной при топической диагностике почечных камней. Но в тех случаях, когда этого бывает недостаточно, прибегают к введению газа в мочевые пути. Мысль эта старая и была испробована Rutckand'ом и Roland'ом в 1907 г. Метод полезен для более точного выяснения локализации камней и дифференциации их от каловых и желчных камней, от обызвестленных лоханок, мезентериальных и ретроперитонеальных желез. Автор употреблял в своей практике кислород, считая, что он более усваивается и представляет меньшую опасность в смысле газовой эмболии. Обычно вводится при посредстве 20-граммового стеклянного шприца от 7 до 15 см³ кислорода.

Автор приводит рентгенограммы одного случая с объяснением: „сначала сделали простую рентгенограмму почек, которая показала тень камня, не указывая точной его локализации. Затем произвели интравенную пиелографию, которая показала и лоханку и чашечки и мочеточник, но камень не выделился на этом фоне. Ретроградная пиелография дала то же самое. И только пиелография после введения кислорода в мочеточник показала камень в мочеточнике“.

Противопоказанием к введению газа в мочеточник является: уремия, лихорадка и гематурия.

Горбатов.

W.M. Boothry, Ch. W. Mayo, W.R. Lovelace. Стопроцентный кислород (показания и методы его употребления). J. Americ. med. Ass. № 6. 1939.

Авторы отмечают, что как в гражданской, так и в военной травматической хирургии

встречается не только шок, но и прямое повреждение сосудов. Последнее, замедляя местное кровообращение, тем самым усугубляет и без того нарушенное общее кровообращение, которое всегда сопровождает шок. В подобных случаях авторы рекомендуют ингаляцию 100% кислорода как средство не только направленное на борьбу с шоком, но и как средство, дающее возможность сохранить поврежденную конечность.

В течение 8-месяцев авторы посредством особого аппарата дали 100% кислород более чем 800 пациентам без видимых раздражений легких. Обыкновенно они давали 100% кислород непрерывно 48 часов, а затем переходили на 50—70% кислород.

Один из авторов — Мауо — в настоящее время назначает ингаляцию 100% кислорода всем больным немедленно после значительной операции. Ингаляция кислорода в соединении с трансфузией крови в самых тяжелых случаях благотворно действовала на этих больных.

Авторы считают, что употребление 100% кислорода уменьшает послеоперационное вздутие кишечника и ослабляет головные боли. При остром отеке легких ингаляции 100% кислорода очень благоприятны.

При многих сердечных болезнях, при различного рода коллапсах, при газовой гангрене и столбняке авторы рекомендуют ингаляции 100% кислорода. Аппарат, посредством которого производят ингаляции 100% кислорода, состоит из маски, регулятора и резервуара. Маска бывает 2-х родов: носовая и носо-ротовая. Маска очень плотно облегает или только нос, или нос и рот.

Горбатов.

Сole. Профилактика и лечение тетануса во время войны. J. Am. m. Ass. T 115 № 16/VII 69, 1940.

Для профилактики и лечения тетануса в Британской армии применяется как пассивная, так и активная иммунизация каждого солдата. В целях пассивной иммунизации вводится профилактическая доза антитоксина возможно скорей после полученного ранения. Активная иммунизация осуществляется двумя инъекциями формолтоксоида перед выступлением в поход. Значение пассивной иммунизации выявилось в течение прошлой войны. Те немногие больные, у которых развился тетанус после профилактического впрыскивания, обычно обнаруживали удлинённый период инкубации, замедленное развитие болезненных симптомов и, в конечном итоге, выздоровление. Недостатком этого метода является то обстоятельство, что впрыскивание надо производить тотчас после ранения, в некоторых случаях его приходится повторять, причем могут наступить явления сывороточной болезни. Активная иммунизация имеет то преимущество, что ее можно сделать перед выступлением бойца в поход. Вызванное им иммунное состояние, повидимому, продолжается в течение нескольких лет. В качестве нежелательных побочных явлений могут развиваться аллергические реакции, вследствие наличия в препарате следов пептона. Активный метод еще не проверен на достаточном большом числе больных. Антитоксин после ранения вводится в вену в количестве 200000 единиц. Нужна такая большая доза, чтобы нейтрализовать весь нефиксированный токсин и помешать его дальнейшей абсорбции. Обычно не приходится повторять впрыскивания. Только при наличии особо тяжелых инфицированных ран вводится внутримышечно дополнительная доза в 50000 единиц один раз в неделю. Для предотвращения судорог автор советует вводить авертин с амиленгидратом, как при ректальной анестезии. В тяжелых случаях это останавливает судороги в промежуток времени от 4 до 6 часов, после чего следует все снова повторить. В некоторых случаях дозу надо повторять два три раза в день в течение 8 и больше дней. Вместо авертина с амиленгидратом можно вводить ректально паральдегил как при базальной анестезии.

В. Дембская.

Lockwood. Практическое применение сульфопрепаратов при хирургических инфекциях. J. Am. m. Ass. T 115. № 14. 1940.

Стрептоцид (сульфаниламид) все еще остается препаратом выбора при инфекциях вызванных гемолитическим стрептококком, а также при неспецифической профилактике, потому что: 1) серьезные токсические осложнения при нем редки и тошнота не беспокоит больных, 2) при нем легко можно достигнуть высокой концентрации и поддерживать долго нужную более низкую концентрацию, 3) его можно впрыскивать под кожу в 0,8% разведении и вводить местно в кристаллическом виде. При пневмококковых инфекциях сульфациридин и сульфазол представляются более эффективными. При стафилококковых инфекциях стрептоцид почти не действует, при них наиболее активен сульфатиазол. Полная суточная доза разделяется на 6 приемов при введении через рот и на 4 при парентеральном введении. В первый день, обычно, дается 6—10 г., во второй 5—7 г и в последующее 3 дня 4—6 г. Если клинический ответ неметился в течение первых 48 часов и по характеру заболевания не придется ждать рецидивов, то лечение можно прекратить на 5-й день. Если реакция

со стороны организма развивается медленно, но все же становится заметной в течение 2-х дней, то лечение можно продолжить на 6—10 дней. Если болезнь хроническая и требует длительного лечения, то сульфпрепарат вводится по 2-4 г в день. В подобных случаях имеется показание к применению азосульфамида или бензилсульфаниламида, которые медленно освобождают сульфаниламидную группу. Если попадет пациент с признаками общей инфекции, но без определенного диагноза, то следует сделать терапевтическую пробу с любым сульфпрепаратом. Если через 48 часов не наметится никакой ответной реакции, то можно притти к заключению, что сульфатерапия здесь бесполезна, а возможно, и противопоказана. *В. Дембская.*

в) Гонорея

Rehouse. Лечение мужской гонореи. J. Am. m. Ass. T 114. № 19, 11/V 1940.

В настоящее время всеми признается, что ведущим методом лечения мужской гонореи является химиотерапия. При помощи одного только перорального применения сульфпрепаратов удается вылечить от 25 до 40% диспансерных и от 75 до 80% госпитализированных больных. Сульфпрепараты нередко вызывают ряд токсических явлений. Чтобы их избежать, надо во-время прекратить дачу сульфпрепаратов, т. е. в тот момент, когда станет очевидно, что они перестали оказывать терапевтический эффект. При мужской гонорее благоприятный эффект лечения сульфпрепаратами обычно выявляется приблизительно на 5-й день. Если в каком-нибудь случае к этому времени не наметилось никакого сдвига, то он вряд ли наступит и при дальнейшем введении того же препарата. Пациента, у которого к пятому дню лечения не прошли симптомы острой гонореи, надо рассматривать как рефрактерного к сульфпрепаратам и не следует настаивать на их дальнейшем введении.

В Америке п идерживаются следующие дозировки сульфаниламида: по 5 г в течение первых трех дней, по 4 г в следующие 3 дня и 2,5 г в последующие дни. Из местных средств чаще всего применяются: раствор марганцовокислого калия 1:8000, протеинового серебра 5:100, акрифлавина 1:3000 и ляписа 1:5000.

При производстве ирригаций и инстилляций следует иметь в виду следующее: 1) производить их не чаще 1—2 раз в 24 часа; 2) каждая манипуляция в передней уретре вызывает лейкоцитарную реакцию; если последняя длится более чем 1—2 часа, то это указывает на то, что употребленное вещество оказалось чересчур сильным и крепость раствора следует уменьшить; 3) всякого рода химикалии, применяемые в течение слишком продолжительного времени, имеют тенденцию поддерживать выделения из уретры; 4) появление слишком большого количества эпителиальных клеток в уретральном выделении указывает на то, что химический раствор либо очень силен, либо применяется чрезмерно долго; 5) при переднем уретрите растворы не должны попадать в заднюю уретру; 6) если желательно удержать жидкость только в передней уретре, то не следует вводить ее в количестве, превышающем 6 куб. см; 7) если надо ввести жидкость в заднюю уретру, то это надо делать осторожно, под очень малым давлением; 8) обычно степень мутности мочи служила указателем интенсивности инфекции; при лечении сульфпрепаратами моча становится прозрачной при еще имеющих в ней гонококках, так что видимая чистота мочи перестала рассматриваться как признак излечения от гонореи. Критерий излеченности стал значительно более сложным.

Больные, которые повидимому излечились от гонореи после приема сульфпрепаратов, не реагируют на все обычные методы провокации, и гонококк не обнаруживается ими даже в тех случаях, когда он находится в тканях. Мочу, полученную после обычных провокаций, следует отцентрифугировать и промытый осадок окрашивать и рассматривать. Перед мочеиспусканием надо сделать массаж предстательной железы, семенных пузырьков и всей уретры, чтобы собрать и их секрет. Рекомендуется сделать также посев. Сношение можно разрешить только спустя несколько недель после клинического излечения. *В. Дембская.*

Johnson, Leberman a. Perper. Использование сульфпиридина в лечении гонорейного уретрита у мужчин Am. J. Med. Sc. ноябрь, 1939.

80 мужчин с гонореей (острой, подострой и хронической) были подвергнуты лечению сульфпиридином. Излечение проверялось после того, как моча становилась прозрачной, через 4—6 дней после прекращения лечения; применялись: 1) массаж простаты и семенных пузырьков, 2) бужирование с массажем передней уретры на буже, 3) алкоголь, 4) половой акт в кондоме, 5) один или два культуральных исследования сока простаты. Из 80 больных до конца прослежены 63. Сульфпиридин назначался по 3,0—4 дня, затем по 2,0 в течение 6—10 дней. Из 19 больных, резистентных к другим сульфпрепаратам, 13 (68,4%) были излечены сульфпиридином. Сульфпиридин является лучшим сульфпрепаратом при гонорее. *А. Д.*

Tutcher a. Scotte. Сульфаниламид при гонококковом эндокардите. Bull. John Hopkins Hosp., ноябрь 1939.

Диагноз гоноройного эндокардита, указывают авторы, должен быть подтвержден 1) культурой гонококка из крови, 2) наличием то появляющегося, то исчезающего диастолического шума у основания сердца. Сообщение касается 4 больных с эндокардитом, леченных сульфаниламидом. Первые трое погибли, и диагноз был установлен при аутопсии, четвертый больной выздоровел. У последнего больного второй признак отсутствовал при поступлении в стационар. У больного была лихорадка с двумя повышениями за день, что характерно для гоноройного эндокардита. Помимо этого больной страдал желтухой, диффузным гломерулонефритом, которые присоединились к эндокардиту. Трое погибших больных получали регулярно сульфаниламид в период от 7 до 54 дней. Один из них погиб в результате гемиплегии; другой страдал миокардитом с гипертонией и нефритом, которыми осложнились эндокардит. У третьего больного при аутопсии обнаружены гонококки в разращениях на клапанах сердца несмотря на то, что лечение сульфаниламидом продолжалось у него 25 дней. А. Д.

Ingraham a. Tucker. Сальпингит и тазовый целлюлит. Am. J. Surg. декабрь 1939.

Самой частой причиной тазового воспаления является гонорея. По данным Куртиса от 70 до 80% всех случаев сальпингита обусловлено гонококком. Гонококки чаще всего заносятся с инструментами и при неправильном лечении, а также и во время менструаций. Иногда проходят месяцы и годы между заражением и началом воспаления труб. Обычно поражаются обе трубы. Вначале это простой эндосальпингит, затем наступает нагноение, истмус трубы закрывается и образуется гнойный мешок. Воспаленная труба оттягивает связки и приходит в соприкосновение с толстыми кишками, стенкой живота, пузырем, вследствие чего часто начинается тазовый перитонит. Все случаи сальпингита сопровождаются тазовым перитонитом, приводящим в конце-концов к образованию спаек. В этих случаях лучшим методом лечения остается пиротерапия, приводящая в 80% случаев к излечению. Хорошие результаты наблюдаются и от применения сульфаниламида. Но так как гонококки остаются и в других очагах, то лечение их необходимо проводить одновременно. Установить излечение гонореи у женщин трудно. Нужны повторные и частые исследования; надо иметь в виду, что культуральные исследования дают более верный результат, чем микроскопия. А. Д.

Taylor. Практическое лечение гоноройного эндоцервицита. Am. J. Obst. a. Gynec. октябрь, 1939.

Разбирая старые методы лечения эндоцервицита: электрокоагуляцию, фульгурацию и химиотерапию, автор приходит к заключению, что первые два метода дают возможность уничтожить инфекцию в глубоко-расположенных железах. Для проведения каутеризации канал шейки анестезируется 5% раствором диетана. Наконечник не должен проникать глубоко за внутреннее отверстие канала шейки. Каутеризация и фульгурация производятся через день, затем назначаются ванночки из марганцовокислого калия 1:2000. Лечение заканчивается ежедневным прижиганием (25% раствор ляписа). На время менструаций лечение прерывается. Мазки и культуры исследуются 1—2 раза в неделю. Лечение продолжается 6—8 недель. А. Д.

Заседания медицинских обществ

Хирургическое общество.

Заседание 26 января 1941 г.

Доклады: д-р Б. А. Тимофеев (зав. станцией скор. пом. г. Казани). Об организации скорой помощи по г. Казани. В 1939 г. станций сделано 28177 выездов, а в 1940 г. — 21781. Необходимо, чтобы лечебные учреждения предоставили определенный минимум коек для помещения больных через скорую помощь. Распорядителем этих коек должна быть диспетчерская служба станции скорой помощи. Докладчик считает целесообразным создание при станции скорой помощи стационара на 10—15 коек для нуждающихся в кратковременном врачебном наблюдении.

Проф. В. А. Гусынин (содоклад). Хорошая постановка работы скорой помощи имеет решающее значение для лечения и снижения смертности при многих заболеваниях и повреждениях. Транспортные средства и работа врачей должны использоваться с максимальной эффективностью. Сейчас вызовы выполняются бесконтрольно; весьма целесообразно использовать хронометраж и другие методы учета. Необходимо упорядочить статистическую работу. На основе изучения заболеваемости и травматизма по материалам с. с. п. можно проводить профилактические мероприятия. Необходимо более тесный контакт скорой помощи с органами Р. К. милиции. Необходимо ознако-

мить постовых милиционеров, вагоновожатых и кондукторов трамвая с методами оказания первой помощи в несчастных случаях.

Прения. Проф. И. В. Домрачев указывает на необходимость повысить квалификацию врачей ст. скорой помощи и наладить систематическую консультацию опытных специалистов.

Д-р А. Н. Новиков (зав. горздравом). Работа станции лимитируется недостатком транспортных средств. В этом вопросе в ближайшее время наступит улучшение, т. к. ремонтная база расширяется, устроены гаражи. Госпитализация больных через ст. скорой помощи затруднена из-за неудовлетворительной работы клиник и лечебных учреждений в части рационального использования фонда. Врачи скорой помощи должны иметь точные сведения о свободных койках и только с ведома ее могут быть заняты эти места.

Доц. С. П. Вилесов. Нужно теснее увязать производственные планы станции и тех клиник, которые ближе всего соприкасаются с ней (клиника травматологии, неотложной хирургии). Необходимо, чтобы клиники помогали станции в проведении научно-исследовательской работы и повышении квалификации врачей.

Проф. Л. И. Шулутко. В недалеком прошлом был составлен и представлен в руководящие органы план организации неотложной помощи травматическим больным по г. Казани, причем там имелись предложения и о методах повышения квалификации врачей станции скорой помощи. Но этот план остался невыполненным. Санитарные автомашины плохо приспособлены для перевозки тяжелых больных; необходимо установить на них амортизаторы, а в лечебных учреждениях иметь обменные шины и носилки.

Проф. Б. Г. Герцберг. Для максимального использования коечного фонда необходимо выделить в крупных больницах палаты, которые могут заполняться при необходимости терапевтическими, хирургическими больными или больными с другими заболеваниями (буферные койки).

Проф. Н. В. Соколов (заключит. слово председателя). Помимо выяснения причин неудовлетворительной работы ст. скорой помощи главной задачей заседания должно быть вынесение определенных конкретных предложений, направленных к коренному улучшению обслуживания неотложной медпомощью трудящихся города. Организация диспетчерской службы есть единственно правильная форма для рационального использования коечного фонда и повышения эффективности работы лечебной сети. Это вполне отвечает тем требованиям, которые были высказаны тов. Маленковым в докладе на 18 партконференции об улучшении организации работы предприятий и учреждений. Для повышения квалификации врачей скорой помощи необходимо практиковать прикомандировывание их на известные сроки к клиникам; врачам, нуждающимся в совместительстве, обеспечить последнее в клинике или больнице. Несомненно требуется усовершенствовать транспортные средства скорой помощи, привести в надлежащий порядок подъездные пути. Руководители клиник и больниц должны оказывать повседневную помощь станции. Предлагает избрать комиссию, которой поручить в декадный срок разработать и представить в Горздрав и в Наркомздрав Татарии план конкретных практических мер. Предложение проф. Н. В. Соколова принято.

Заседание 13/III 1941 г.

1. Д-р К. М. Окунцов (прикомандированный врач ГИДУВ) демонстрировал больную после удаления блуждающей селезенки, оперированную в срочном порядке вследствие перекручивания ножки. Дооперационный диагноз — „перекрученная киста яичника“.

2. Д-р Н. Т. Фомичева (прикомандированный врач ГИДУВ) — сообщила о случае срочной операции по поводу огнестрельного ранения шеи с удалением инородного тела, располагавшегося в области поперечного отростка III шейного позвонка, с исходом в выздоровление.

3. Доц. И. В. Харитонов. К клинике забрюшинных гематом (будет напечатана в „Казанском мед. журнале“).

Председатель засл. деят. науки проф. Соколов
Секретарь доц. Вилесов.

Заседание 21/III 1941 г.

Д-р А. Я. Плещицер. *Электрокардиограмма при операциях на желудке* (2-е сообщение).

Докладчик сообщил о результатах электрокардиографических исследований во время операций на желудке, произведенных под местным обезболиванием по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишневского. Все операции (28) были произведены проф. И. В. Домрачевым, что обеспечило единую методику местного обезболивания при резекции желудка, гастроэнтероанастомозах и других операциях.

Важно было выяснить: а) в какой мере электрокардиограмма может быть использована как тест организма при местном обезболивании по методу А. В. Вишневого и б) какие изменения электрокардиограммы наблюдаются при этих операциях. Докладчик считает, что при хорошо произведенном обезболивании достигается полное блокирование афферентной системы органов брюшной полости, висцеро-кардиальные рефлексы не возникают, а электрокардиограмма мало отличается от исходной электрокардиограммы, записанной до операции. Электрокардиограмма может служить объективным, весьма чувствительным тестом состояния организма при местном обезболивании.

Д-р Н. И. Любина. *Комбинированное заболевание почек туберкулезом и камнями.*

По материалу I-й хирургической клиники ГИДУВ на 70 операций, произведенных по поводу туберкулеза почек, наблюдалось 4 случая сочетания его с камнями, что составляет 5,8%. Все четыре случая относятся к мужчинам. Поражение одной почки наблюдалось три раза, двустороннее поражение туберкулезом и двусторонний нефролитиаз один раз. Химический состав обнаруженных камней: один оксалатный, один — смешанный, два фосфатных. Все камни находились в лоханке. В трех случаях клиническая картина типична была для нефролитиаза. Диагноз туберкулеза почки в сочетании с камнем был поставлен до операции в 2 случаях. Третий случай на основании клинической картины и данных рентгенографии трактовался до операции как казеозное перерождение почки с омертвением очагов. Во время операции обнаружен ветвистый камень из оксалатов в лоханке. Гистологически — бугорковая высыпь вокруг сохранившихся канальцев (проф. И. П. Васильев). В четвертом случае, при двустороннем туберкулезе почек, два камня отошли в прошлом во время приступа почечной колики слева. Левая почка удалена по поводу туберкулезного пионефроза, при наличии хорошей функции второй почки. После операции наступила анурия, от которой больной погиб. На секции обнаружен камень в лоханке оставшейся почки, который закупорил верхний отдел мочеточника. В верхней части почки имелась каверна. На обзорном снимке до операции тень конкремента не была обнаружена.

Председатель профессор Гусьнин.
Секретарь Ефимов.

Общество микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов

Заседание 17/II 1941.

1. Доклады. Д-р Шалман. *Заболевание бруцеллезом в Татарской Республике* (будет напечатан в „Казанском мед. журнале“ № 4 1941 г.).

2. Д-р Наумова Е. К. *К вопросу о бруцеллезе в г. Казани по данным реакции Райта* (будет напечатан в „Казанском медицинском журнале“ № 4 1941 г.).

3. Проф. Р. Р. Гельтцер. Отчет о работе казанского отд. об-ва за 1940 г.

4. Доклад ревизионной комиссии.

5. Перевыборы правления.

Членами правления избраны профф. А. Ф. Агафонов, Р. Р. Гельтцер, Б. А. Вольтер, Б. Л. Мазур, Н. Н. Спасский и доц. С. Г. Силаенков.

Секретарями избраны д-р В. А. Авксентьева и С. М. Вяселева.

Заседание 20/III 1941 г.

1. Доц. Силаенков и д-р Макаренко. *Анализ заболеваемости брюшным тифом в городе Казани за 1940 г.*

Докладчики считают, что сезонное появление брюшного тифа в Казани связано со следующими моментами: 1) антисанитарное состояние города, 2) ряд крупных недочетов в город. медицинских организациях: неполная и несвоевременная госпитализация больных, не всегда правильная диагностика заболевания, выписка больных без соблюдения требуемых сроков изоляции, неполноценная и несвоевременная обработка очагов брюшного тифа, плохо была поставлена санпросветработа; общественность не была мобилизована на борьбу за проведение санитарного минимума; е) в городе плохо поставлена лабораторная диагностика брюшного тифа. Гормилиция и домоуправления в то же время плохо производили работу по очистке города.

2. Д-р Мессинава. *Сравнительная оценка специфических и неспецифических методов лечения дизентерии.* Доклад напечатан в этом же номере „Казанского мед. журнала“.

Заседание 15/IV 1941 г.

1. Д-р З. Х. Каримова и доц. Г. Г. Кондратьев. *О выделении бледной спирохеты в чистой культуре из крови больных.*

Выделение чистой культуры бледной спирохеты из крови на средах с содержанием асцита и других белковых веществ представляет значительные трудности. Авторы применяли питательную среду с асцитической жидкостью от 4 больных, и лишь в одном случае из 20 посевов крови удалось отметить рост спирохет.

При посеве крови от 4 больных на среды с содержанием аскорбиновой кислоты в 2 случаях получена чистая культура бледной спирохеты. Чистая культура бледной спирохеты, выделенная непосредственно из крови больного человека, обладает вирулентными свойствами в отношении кролика.

Заседание 14/V 1941 г.

1. Д-ра Кочева и Алфимова. *Клиника и лечение дизентерии у детей раннего возраста.*

Авторы считают, что в основу классификации дизентерии должен быть положен принцип иммуно-реактивного состояния больного, что отражено в классификациях проф. Розенберга и Доброхотовой. Указывают на недопустимо позднюю госпитализацию дизентерийных больных. Нужно шире ставить диагноз „дизентерия“, не прибегая к диагнозу, „гемоколит“. С 1937 г. по 1940 г. в Казани от дизентерийных больных выделяется в большом проценте случаев б. Флекснера (68,2%) и в меньшем — б. Шига (12,5%). Наряду с диетотерапией и в раннем детском возрасте необходимо широко и рано применять фаготерапию и противодизентерийную сыворотку Трансфузия крови является одним из надежных методов лечения в подострых и хронических случаях дизентерии. Дети с неустойчивым стулом после дизентерии должны быть, по возможности, изолированы из детского коллектива в специальные карантинные ясли.

2. Д-р Царева. *Лейкоцитарная картина крови при дизентерии.*
Автор пытается найти в лейкоцитарной картине черты, которые облегчили бы дифференциальное распознавание дизентерии и дали бы дополнительный материал для суждения о прогнозе. Автором обследованы 112 детей, из них детей с нетоксической дизентерией 56, с токсической — 42 и с хронической — 14. Сопоставляя полученные данные, автор делает заключение, что в начальной стадии нетоксической дизентерии содержание лейкоцитов понижено, а в дальнейшем наблюдается умеренный лейкоцитоз. Острая токсическая дизентерия с самого начала заболевания протекает с лейкоцитозом. В случаях острой дизентерии (токсической и нетоксической) на протяжении всего болезненного процесса имеется повышенное содержание нейтрофилов, сопровождающееся сдвигом влево. Нейтрофилез и степень сдвига пропорциональны тяжести дизентерии. Морфологические изменения лейкоцитов могут служить критерием тяжести инфекции. Для хронической дизентерии характерен умеренный лейкоцитоз и лимфоцитоз.

Председатель проф. Гельтцер
Секретарь Васелева.

Хроника

— Совет Народных Комиссаров Союза ССР постановлением от 13 марта 1941 г. присудил Сталинские премии за выдающиеся научные работы в области медицинских наук: 5 премий первой степени в размере 100 тыс. рублей:

— 1) Богомольцу Александру Александровичу, президенту Академии наук УССР, за научный труд „Руководство по патологической физиологии“, в трех томах, разработанный под его руководством и опубликованный в 1935—1937 гг. 2) Бурденко Николаю Нилловичу, действительному члену Академии наук СССР, профессору 1-го Московского ордена Ленина медицинского института, за общеизвестные научные работы по хирургии центральной и периферической нервной системы. 3) Лурье Александру Юдиновичу, профессору 1-го Киевского медицинского института, за общеизвестные научные работы по обезболиванию родов, введенные в практику родовспомогательных учреждений в 1937, 1938 и 1939 гг. 4) Павловскому Евгению Никаноровичу, действительному члену Академии наук СССР, Смородинцову Анатолию Александровичу, профессору ВИЭМ, Левкович Елизавете Николаевне, Петрищевой Полине Андреевне, Чумакову Михаилу Петровичу — научным сотрудникам ВИЭМ, Соловьеву Валентину Дмитриевичу, Шабладзе Антонине Константиновне — научным сотрудникам ЦИЭМ — за открытие в 1939 г. возбудителей заразных заболеваний человека, известных под названием „Весенне-лет-

ний и осенний энцефалиты" и за разработку успешно применяемых методов их лечения, одобренных Наркомздравом СССР. 5) Филатову Владимиру Петровичу действительному члену Академии наук УССР, директору Украинского института экспериментальной офтальмологии, за открытие и разработку в 1933-1939 гг. метода пересадки роговой оболочки глаза и за работы по лечебной пересадке тканей.

3 премии второй степени в размере 50 тыс. рублей: 1) Гурвичу Александру Гавриловичу, профессору ВИЭМ, за научные работы: „Митогенетическое излучение“, опубликованную в 1934 г., „Митогенетический анализ нервного возбуждения“, опубликованную в 1935 г., „Митогенетический анализ биологии раковой клетки“, опубликованную в 1937 г. 2) Браунштейну Александру Евсеевичу, профессору ВИЭМ, за научную работу „Образование и распад аминокислот путем интермолекулярного переноса аминогрупп“, опубликованную в 1937—1940 гг. 3) Лаврентьеву Борису Иннокентьевичу, члену-корреспонденту Академии наук СССР, профессору ВИЭМ, за научную работу „Морфология автономной нервной системы“, опубликованную в 1939 году.

* * *

— В Казани с 15 по 17 марта 1941 г. проходило собрание актива здравоохранения Татарской АССР, в работе которого принял участие свыше 700 человек. Был заслушан доклад наркома здравоохранения Татарской АССР д-ра Х. Н. Латыпова об итогах работы за 1940 год и о задачах здравоохранения на 1941 год. Был заслушан доклад д-ра Силантьева о работе Нижне-Каменского врачебного участка Печемайского района. Участники совещания указали на ряд недочетов в работе Наркомздрава и на пути их устранения. 18-19 марта для участников совещания актива здравоохранения была проведена научная конференция.

— Антиревматическим комитетом (председатель профессор З. И. Малкин) по борьбе с ревматизмом в Татарской АССР организованы кабинеты по борьбе с ревматизмом. Один из них работает с 15 апреля в поликлинике 5-й клинической больницы (зав. д-р Кривушкин. Второй кабинет (врач М. П. Зайцева) функционирует с 1-го апреля при железнодорожной поликлинике. При 2-й поликлинике функционируют кабинеты по борьбе с детским ревматизмом (зав. д-р Гертман) и кабинет для взрослых (зав. д-р Файзуллина).

— Комитетом по борьбе с ревматизмом в Татарской АССР организована артрологическая секция под председательством доцента Л. Н. Клячкина.

— В октябре 1940 г. организован терапевтический сектор консультативного бюро при Наркомздраве Татарской АССР под председательством профессора Тергулова. На проведенных трех заседаниях сектора рассмотрены вопросы: 1) мероприятия по борьбе с ревматизмом в Татарской АССР; 2) мероприятия по улучшению лабораторного обследования поликлинических больных; 3) об увязке работы участковых врачей г. Казани со стационарами.

— Всесоюзный Комитет по борьбе с гриппом вынес постановление обратиться с предложением ко всем научно-исследовательским институтам, занимающимся вопросами гигиены и профпатологии включить в свою научную тематику разработку вопросов о влиянии производственных факторов на заболеваемость гриппом.

Придавая закаливанию организма и правильной постановке физкультуры в стране весьма большое значение в деле повышения резистентности организма, как одного из важнейших факторов при борьбе с гриппом, Всесоюзный Комитет по борьбе с гриппом постановил обратиться в Комитет по физкультуре Наркомздрава СССР, с указанием на необходимость более широкого внедрения различных методов закаливания организма в быт, школу и производство.

Комитет считает необходимым предусмотреть в программах преподавания в высших учебных медицинских заведениях более широкое ознакомление студентов с методами лечебной физкультуры и ее значение в деле оздоровления населения.

Одновременно Всесоюзный комитет по борьбе с гриппом постановил поставить перед Советом санитарного просвещения Наркомздрава СССР вопрос о необходимости усиления санитарно-просветительной работы по вопросам борьбы с гриппом и издания в широких размерах научно-популярной литературы для распространения среди широких кругов населения сведений о гриппе.

— Всесоюзный комитет по борьбе с гриппом рассмотрел и утвердил план научно-исследовательских работ по изучению гриппа, которые будут проводиться во вновь созданной Наркомздравом СССР специальной клинике по изучению гриппа, развернутой на базе клиники инфекционных болезней 2-го Моск. медицинского института (заведующ. проф. И. Д. Ионин) и при кафедре поликлиники внутренних болезней 1-го Моск. ордена Ленина медицинского института (завед. заслуженный деятель науки проф. Д. М. Российский).

Указатель литературы по бруцеллезу за 1940 год.

Сост. библиограф Научной Биб-ки ТАСССР при КГУ
Н. Н. Аксенова.

1. Ариель, М. Б. О генерализации экспериментального бруцеллеза морских свинок и кроликов. Архив биол. наук. № 2—3 с. 60—73. Библиогр. 26 назв. 1940.
2. Аршакуни Г. А. Исследование рыночного молока (крупного рогатого скота) гор. Еревани на бруцеллез.
- Тр. н/и. вет. ин-та (наркомзем Армян. ССР) вып. 3, с. 233—5. 1940.
3. Беляев А. А. К вопросу об очистке оспенного детрита, снятого с подозрительных по заболеванию бруцеллезом телят.
- Труды Ленингр. ин-та эпид. и бактер. им. Пастера, т. VII, 1940, с. 265—71. Библиогр. 18 назв.
4. Бисярина В. П. и Зотова О. Д. Изменение биохимических свойств крови и проницаемости капилляров у бруцеллезных детей под влиянием вакцинотерапии. Вопр. педиат. и охр. мат. и дет. вып. 5, с. 242—54, 1940.
5. Бочкова Т. Ф., Гольштейн, И. М. и Иттер Н. С. К поражаемости людей бруцеллезом типа *bovis* и *suus*. Тр. Ленингр. ин-та эпид. и бактер. им. Пастера, т. VII, 1940, с. 309—12.
6. Бруцеллез и борьба с ним. Роствездиздат (Ростов н/Д. 1940 г.) 2 стр.
7. Выговский А. П. Бруцеллезные поражения гортани. Вестн. ото-рино-ларингологии. № 9 с. 57—61, 1940.
8. Выговский А. П. Трансфузия крови как лечебный метод при бруцеллезе. Сов. медицина. № 9 с. 35—6. 1940.
9. Гладков А. Д. Опыт освобождения от бруцеллеза колхозов на базе села Рогачевки, Ново-Усманского района Воронежской области (Заболевания людей и животных). Сб. работ Воронежск. обл. опытно. станции по ветеринарии, т. II с. 26—41 1940.
10. Диктяр С. Р. Опыт статистико-профпатологического анализа бруцеллеза. Сов. здравоохран. Узбекистана. № 4, с. 19—24. Библиогр. 16 назв. 1940.
11. Желобов П. М. Клинические особенности психических расстройств при бруцеллезе. Невроп. и психиатрия, вып. 12, с. 49—56. 1940 г.
12. Караяева Л. Т. Бруцеллез и борьба с ним. (Наркомздрав Сев. Осет. АССР, Сан.-бактериол. ин-т) Госиздат. Сев. Осет. АССР, Орджоникидзе. 24 стр. с илл. 1940.
13. Кириллова А. А. Дезинфекция при колипаратифозных и бруцеллезных заболеваниях в условиях низкой температуры. Тр. Ленингр. н. и. вет. ин-та, вып. I с. 51—67 Библиогр. 10 назв. 1940.
14. Кугель Б. И. Трансфузия крови при бруцеллезе. Совр. пробл. гематологии и переливания крови, вып. 17—18. с. 178—81. 1940.
15. Купицкий М. М. Лечение бруцеллеза переливанием крови. Сб. работ Казах. филиала Центр. ин-та клинич. и экспер. гематологии и переливания крови, вып. I с. 152—4. 1940.
16. Кусаев И. А. О лечении бруцеллеза стрептоцидом. Сов. здравоохран. Узбекистана, № 3, с. 21—4 Библиогр. с. 24. 1940.
17. Латышев В. И. К пагаморфологии бруцеллезных энтероколитов. Архив пат. анатом. и пат. физиол. 1940, № 3, с. 132—5. Библиограф. 12 назв.
18. Лорбер Б. Б. Фагоцитарная проба как лабораторный метод диагностики бруцеллеза. Архив биол. наук, № 2—3. с. 12—20. 1940.
19. Лысаковский И. В. и Подзорова-Ястребова О. П. К вопросу о бруцеллезных психозах. Невропат. и психиатрия, № 3—4, с. 57—65. Библиогр. 36, назв. 1940 г.
20. Мартынов В. Ф. К клинике полисерозита бруцеллезного происхождения. Сов. медицина, № 23, с. 27—8. 1940.
21. Мишнаевский М. Н. Случай бруцеллеза с поражением тазобедренного сустава. Тр. Рост. н/Д. гос. мед. ин-та, сб. 6 с. 71—6. 1940.
22. Мишнаевский М. и Вайнштейн Р. О лечении бруцеллеза у людей ультра-короткими волнами. Тр. Рост. гос. мед. ин-та, сб. 7 с. 179—85. 1940.
23. Мишнаевский М. Н. и Вайнштейн Р. И. О лечении бруцеллеза у людей УВ4 (Доклад, прения и заключ. слово). Тр. I Всес. совещ. врачей биологов и физиков по вопр. применения коротких и ультракоротких волн в медицине М, Л. с. 169—74, 195—211. 1940
24. Мурсалова Н. Н. Бруцеллез. Конспект лекции. (2-е изд.) (В помощь лектору). Центр. ин-т сан-просвещения. М. 20 стр. 1940.
25. Мясников А. Л. Клиника бруцеллеза. Клини. мед., т. XVIII, № 1, 1940 с. 24—33.

26. Наставление по применению вакцины для лечения бруцеллеза. Бруцеллезн. отд-ние отдела особо-опасн. инфекций ВИЭМ 2 стр. 1940.
27. Павлов П. В. Бруцеллез и борьба с ним. Медгиз, Ленингр. отд-ние 16 стр. 1940.
28. Петровский А. Н. Лечение бруцеллеза внутривенным вливанием гетерогенной крови. Научн. изв. (Казах. гос. мед. ин-т) № 6, с. 185—9 1940.
29. Писарев А. Ф. Бруцеллезная АД вакцина. Ж. микр., эпид. и иммун. № 6, с. 24—8. 1940.
30. Поликарпов С. В. Лечение болезни Банга (бруцеллеза) переливанием крови. Каз. мед. жур. № 5, с. 87—8, 1940.
31. Резолюция 3-го совещания по борьбе с бруцеллезом. Москва 25—29/XI-1940 г. Упр. противоэпидем. учреж. НКЗдрава СССР. (М. 1941) 6 стр.
32. Рощин В. П. Об осложнениях со стороны органа зрения на почве бруцеллеза. Науч. изв. (Казах. мед. ин-т) № 7, с. 104—18. Библиогр. 20 назв. 1940.
33. Руднев Г. П. Современное лечение при бруцеллезе. Тр. Рост. н/Д. гос. мед. ин-та, сб. 6, с. 81—7. 1940.
34. Смалин Н. И., Игнатова В. В. и Выговский А. П. К вопросу о роли бруцеллезной инфекции в этиологии самопроизвольных выкидышей. Каз. мед. жур. № 2 с. 69—71. 1940.
35. Спивак С. Л. и Черепнина М. И. К клинике и патологической анатомии бруцеллеза у человека. Случай бруцеллез. кардита и узловат. артериита. Клини. мед. № 9, с. 138—44. 1940.
36. Сукачев А. Г. Белый стрептоцид в лечении больных бруцеллезом. Сов. здравоохран. Туркмении. № 3, с. 64—7. 1940.
37. Сукнев В. В. и Писарев А. Ф. Бруцеллезная гала-вакцина. Ж. микр., эпид. и иммун. № 6 с. 18—23. 1940.
38. Сутин И. А. Бруцеллез. Сталингр. обл. изд. 28 стр. 1940.
39. Тареев Е. М. Сальварсановая алейкия при бруцеллезе. Тр. III-го моск. гос. мед. ин-та т. IV с. 84—94. Библиогр. 16 назв. 1940.
40. Файбушевич В. М. Спинномозговая жидкость при бруцеллезе. — Узб. н-и. ин-т физиотерапии и курортологии им. Н. А. Семашко. НКЗ Уз. ССР, Ташкент. 176 с., 1 вкл. л. табл. Библиогр. с. 145—70. 1940
41. Феликс Р. И. Передача бруцеллеза от человека овцам через мочу. Вест. микр., эпид. и паразитол. т. XVIII, вып. 1—2. с. 127—32. 1940.
42. Фрейдович Г. М. Бруцеллезная инфекция в процессе развития и проблема ее терапии. Сов. здравоохранение. Узбекистана № 4, с. 25—7. 1940.
43. Фрейдович Г. М. О своеобразных очаговых поражениях при бруцеллезе. Клини. мед. № 2—3 с. 120—4. 1940.
44. Хазанов М. А. Невробруцеллез. Мед. жур. БССР, № 9—10 с. 13—8. 1940.
45. Чекулаев Г. Н. Случай бруцеллеза. Воен. сан. дело № 6 с. 87—8. 1940.
46. Что надо знать о бруцеллезе (памятка) Медгиз. М. 2 нум. стр. 1940.
47. Б. П. Первушин. Омский обл. дом сан-просвещения 16 стр. 1940.
48. Шихмамедбеков З. А. Лечение на курорте Арчман суставных осложнений бруцеллеза. Сов. здравоохран. Туркмении. № 2 с. 21—2. 1940.
49. Штритер В. А. Бактерицидная способность крови в опытах in vitro и ее значение для иммунитета при бруцеллезе. Архив биол. наук, № 2—3 с. 3—11. Библиограф. 16 назв. 1940.
50. Штритер В. А. Опсоно-фагоцитарная проба как метод диагностики при бруцеллезе. Сов. врачеб. ж. № 11, ств. 781—4. 1940.

Указанную литературу можно получить в читальных залах и через Межбиблиотечный абонемент Научной Библиотеки ТАССР при КГУ. Казань, ул. Чернышевского, 18.

О Б Ъ Я В Л Е Н И Я

Казанский государственный институт усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

Заведывающего кафедрой нервных болезней, проф.—1, заведывающего кафедрой оперативной хирургии, профессора—1 (по совместительству), начальника кафедры оборонных дисциплин, доцента—зав.—1, доцента кафедры оборонных дисциплин—1, ассистента кафедры патологической анатомии—1, ассистента кафедры оборонных дисциплин—1.

Срок конкурса 1 месяц со дня опубликования.

Заявление, личный листок по учету кадров, автобиографию, заверенную копию диплома, документы об утверждении в ученом звании и в ученой степени, деловую и общественно-политическую характеристику с последнего места работы, список научных работ и отписки работ должны быть представлены в 4-х экземплярах по адресу: г. Казань, ул. Комлева, 11, ГИДУВ.

Директор ин-та доц. Потехин.

Казанский государственный институт усовершенствования врачей им. В. И. Ленина объявляет набор аспирантов на кафедру организации здравоохранения.

В аспирантуру принимаются лица не старше 40 летнего возраста.

Прием заявлений до 1 сентября 1941 г.

Проведение приемных испытаний (по основам марксизма и ленинизма, одному иностранному языку и специальности) с 1-го по 15-е сентября с. г.

Заявления, автобиографию, личный листок по учету кадров, нотариально заверенный диплом об окончании ВУЗа, документ об отношении к воинской обязанности, характеристику с последнего места работы или учебы представлять в 3-х экземплярах по адресу: Казань, ул. Комлева, д. № 11, ГИДУВ.

Директор ин-та доц. Потехин.

„Всесоюзный Комитет по борьбе с гриппом Ученого медицинского Совета Наркомздрава СССР постановил обратиться ко всем лечебным учреждениям, проводившим наблюдения по профилактике и терапии гриппа различными средствами и методами, представлять в Комитет отчеты о проведенной работе с результативными выводами, по адресу:

Москва, Рахмановский пер. 3, ком. 301. Ученый Медицинский Совет НКЗ СССР.

Проф. Российский.

От „Центрального реферативного медицинского журнала“.

„Центральный реферативный медицинский журнал“ в настоящее время перешел на реферирование всей медицинской (периодической и неперидической) печати Союза Советских Социалистических Республик. Вследствие этого, редакция обращается ко всем авторам книг, монографий, учебников и т. п. с просьбой прислать в редакцию (Москва, Садовая-Кудринская д. 1) по одному экземпляру своих трудов для своевременного реферирования их в журнале.

Редакция

ИМЕЮТСЯ В ПРОДАЖЕ

На складе „Казанского медицинского журнала“ (Казань, ул. Толстого, 4/14) отдельные экземпляры журнала:

за 1938 г. №№ 7, 8-9, 10, 11-12, по цене 1 р. 25 коп. за 1 экз.;
сдвоенные—по 2 р. 50 коп.;

за 1939 г. №№ 1, 7, 9, 11-12, по цене 1 р. 75 к. за экз. и по 3 р. 50 к. за сдвоенный номер;

за 1940 г. №№ 2, 3, 4, 5, 6, по 3 р. 50 к. за экз.

Принимаются заказы на высылку журнала наложенным платежом.

Отв. редактор Е. М. Лепский.

6 печ. л. В п. л. 68100 зн. Тираж 5350. Автор. л. 10,2 ПФ 1594.
Заказ № 0528. Подп. к печати 11/VII—1941.

Татполиграф при Управлении издательств и полиграфии ТАССР.
Казань, ул. Миславского, 9. 1941 г.