

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1930 г.

{Год издания XXVI}

№ 7

И Ю Л Ъ.

ПОСВЯЩАЕТСЯ
ДЕСЯТИЛЕТИЮ ТАТАРСКОЙ А.С.С. РЕСПУБЛИКИ.

КАЗАНЬ.



Татглавлит № 4546.

Наряд № 8673.

Тираж 3500.

Татполиграф. Казань, ул. Миславского, 4. 1930 г.

Tatarstan cömhuriäteneñ un jılıyına.

Şuş jılıñ 22-25-nce iyllärndä Aftonomialı Tatarstan Sotsial Sovitlar Cömhuriäte yzenen jəşəyənə un jıl tulu bəjrəmen ytkərə.

Eşenen unşıl ıtäləy kypcelkneñ mädəni dərəçəsə üsyenə bik nıq bəjlə bulğan hēm profisiälərə bujnca tirən xzmətkärlərə massası arasnda eşläyce—bez İän eşcelərə-vraclar öcen, Tatarstan ilenēñ fənni hēm səjasi üseş jübiliēn kырsətə torğan bu könnär ajrım ber tirən tojqı blən bilgeləngə ties.

Patşa xökymäte tarafınnan qatı rəyestə ytkerelə torğan ruslaştırı səjasete arqasnda, rıvolytsiägə qədər tatar xalqıñıñ yz tel hēm tormış-şın anıñ torğan administratorlar da, sudialar da hēm vraclar da juq ide. Alaj qna tygel, xəttə tatar xalqına qomumi an-blem birə torğan brnce başqıç maktəplərgə krep uqrıqda da mömkinnek birlməde. Şulaj itep tatar xalqı, mädəniätneñ başlanğıç cıanaqlarınnan da qatqı rəyestə kislgən ide.

Xzmətcel tatar massasına milli cömhuriät ojštırıp, yzenen milli hēm tormış şartlarına mualıq bulğan mädəniät nigzlären salrıqda hēm anı brketep, şulaj uq sotsializm tēzeleşe jılı bujlap alqı barrıqda varı tik sotsial rıvolytsiə gnə mömkinnek birde.

Patşa xökymäte vaqtında tatar xalqıñıñ blemen kytərygə bik az ıqtıbar birlgənə, Qazan univirsititıñ ytkən könnärnnən bik acıq kyrenə: *) 1805-nce jılda bulğan univirsititıñ eşli başlau vaqtınan 1828-nce jıqda qədər univirsitit studentlar arasnda tatar, başqıt hēm başqı kəncıqıx xalqlarınnan ber studentta bulmağan; univirsititıñ brnce jöz jıl jəşəyē vaqtında (1805—1905) qabul itlgən 11000 studenttan varı tik 79-ı qna azcılıq millət studentı (tatarlar 65), jəqni varlıqı 0,72%-qna bulğan, alar da bulsa tatar morzaları, tatar dvərənnərə hēm başqı, öllə qajcan xalqtan hēm millətnən ajrlıqan tatar aristokratları familiälərnən bulğannar. Şuş vaqt ecndə univirsititıñ 40 kşə təmam itkən (şulardan 19-ı tatarlar). 1917-nce jıl Oktəbr rıvolytsiə başnda da 1885 studentıñ varı tik 24 gnə tatar studentı bulğan (1,3%).

Patşa xökymäteneñ in rəximsez mirası—tatar xalqıñıñ mädəni jaqtan cıttə qaldırılıb—ölə xəzrdə də, Oktəbr rıvolytsiəseneñ 12 jılınan soñ da blenə. Tatarstanda, bigrək tē cınnan sotsializm tēzy corına krgən vaqtta, sotsializm tēzeleşenēñ könnən kən arta varğan soraular blən tatar xalqı arasınan cıqan mädəni kadrlar sanı arasnda zur ajırma bulıb bik nıq kyzgə bərələ. Forma jaqunan milli, mändäriçə jaqunan sotsializmca bulğan mädəniätneñ yseş—sotsializm mädəniätinə

*) Q. İ. Rəximnen 1930 j. 15 majda „Qızıl Tatarstanıñ 109 (2778) nomırında baslqan „Qazan univirsititında tatar studentlar“ digən məqaləsən qara.

irəşyğə in zur adəm bulacaq digən nigez qağıdaneñ dərsləge, tatar xalqı kypcelegeneñ xəzrgə kəndə də ələ ajruca artta qalqannıqtan acıq kilep cıqı.

Altonomiale Tatarstan Cəmhuri teneñ 10 ıyl jəşəye buşqa cına ytməde.

Xəzər, 1929/30-nce uqu jında bez, Qazan univirsitetində 2087 studentnıñ 258-e tatar sdudintı bulıñ kyrəbez (12,3%), ə bruce kurslarda tatar həm azıylıq millət studentlarınıñ sanı 30%-qa cıta. 1929/30-nce jlda miditsina fakul'titnda 999 studentnıñ 134-e tatar (13,4%) həm 77-se (7,7%) başqa kəncıqlıq millət studentları. Jəqni tatar həm azıylıq millət studentları 21,1% bulı. Miditsina fakul'titı soñı 4 ıyl eendə (1926/27—1929/30) 81 tatar həm 67 başqa azıylıq millət vıacları cıyardı. Milli kadrlar eceñ kadrlar da xəzrləne başladılar inde: bez xəzrgə kəndə miditsina fakul'titnda ber tatar profissorı, 5 assisint, 12 ordinator bulıñ kyrəbez. «Qazan miditsina zurnalı» ridaksiəse yzeneñ qulnda bulqan həm bətnəñ dierlek zurnalnıñ tatarlardan bulqan jazıscıları tarafınan cına jazılqan məqalələrdən tuplap, Tatarstannıñ un ıylıq kənenə yzeneñ ajrım nomırnı cıgara aldı. (Bu nomırda Məhdief, Məxəmədjarof, Jnalief, Tirigulof, Dəylət-Kildieva, Alimbik, Şərəttinof, Bikkinin, Kuguşof, Basıjr, Sadıjqova, Xəsənkəjıva, Qorvangəlief həm cıaş vıacı Kondrat'jıf iptəşlər məqalələrə krə).

Tatar xalqınıñ milli anı ysy həm Tatarstan cəmhuriäteneñ milli mədəniəte kytərelı unajı blən gnə bu unşlarqı irəşyğə məmkinnek buldı.

„Qazan miditsina zurnalı“ ridaksiəse Tatarstan cəmhuriäteneñ milli jaqtan kytərelıyeneñ bəten dənja kyləmdəge sotsializm mədəniəte yseşenə həm varlıq xalqlarınıñ tuqannıq-tigzlegenə bruce adəm bulıñ zur şatlıq blən kysətep yzeneñ, bu nomırnı „Tatarstan cəmhuriäteneñ 10 ıylıqına“ bağşılap cıgara.

Kypcelkneñ mədəniət jaqınan kytərelıyərqlı bəten dənja kyləmdəge intrnatsional sotsializmca mədəniətke taqı da jaqınasırqı irek birgən Tatarstan cəmhuriäteneñ milli mədəniäteneñ yseşə jəşəsən!

Bzneñ varlıq satsializm təzeleşbez tımlarına muafiq bulqan ul mədəni yssneñ tımları jəşəsən!

„Qazan miditsina zurnalı“
ridaksiəse kolligiase.

К ДЕСЯТИЛЕТИЮ ТАТРЕСПУБЛИКИ.

22—25 июля с/г. Татарская Автономная Советская Социалистическая Республика празднует десятилетие своего существования.

Для нас, работников науки, для нас, врачей, по своей профессии работающих в глубинах трудовых масс и в успехе своей работы тесно связанных с поднятием культурного уровня населения, эта дата должна быть отмечена с особо глубоким чувством, так как она обозначает юбилей новой эры культурного и политического развития нашего края.

Вследствие жестокой руссификации, проводившейся царизмом, трудящееся татарское население до революции не имело ни администратора, ни судьи, ни врача, понимавшего язык и быт населения, не имело доступа даже к первоначальной общеобразовательной школе и, таким образом, было окончательно отрезано от самых начальных источников культуры. Только социальная революция, организовав национальную республику, дала возможность трудовым татарским массам развить и укрепить у себя в форме, соответствующей национальным и бытовым условиям, основы культуры и двинуться вперед по пути социалистического строительства.

На примере Казанского университета ясно видно, как мало во время царизма обращалось внимания на развитие татарского народа¹⁾. С основания университета в 1805 г. до 1828 г. среди студентов университета не было ни одного студента из татар, башкир и др. восточных народов, за все первые сто лет существования университета (1805—1905) на 11000 принятых за это время студентов студентов-националов было лишь 79 чел. (65 чел. татар), т. е. всего 0,72%, да и те все принадлежали к фамилиям татарских мурз, дворянства и др. высшей, уже оторвавшейся от народа и своей нации аристократии. Кончило за это время курс университета всего 40 чел. (из них 19 чел. татар). Даже в 1917 г., к началу Октябрьской революции, на 1885 студентов было всего 24 студента-татарина (1,3%).

Это самое жестокое наследие царизма—полная культурная заброшенность татарского населения—дает себя знать еще и теперь через 12 лет после Октябрьской революции, и мы здесь, в Татарии, особенно резко чувствуем несоответствие количества национальных культурных кадров с развивающимися требованиями социалистиче-

¹⁾ См. статью Али Рахима „Студенты-националы в Казанском университете“, Qzyl Tatarstan, № 109 (2778) от 15 мая 1930 г.

ского строительства, в особенности в настоящий период, когда мы вступаем в эпоху действительного построения социализма. Эта темнота народных татарских масс особенно ярко подчеркивает всю правильность того положения, что главнейшим шагом к достижению социалистической культуры является расцвет национальной по форме и социалистической по содержанию культуры.

И 10 лет существования Автономной Татарской Республики не прошли даром.

Теперь, в 1929/30 ак. году, мы имеем в Казанском университете на 2087 студентов уже 258 студентов-татар (12,3⁰/₁₀₀), а на первых курсах число студентов-националов достигает уже 30⁰/₁₀₀. На Медфаке на 999 студентов мы имеем в 1929/30 г. 134 студента-татарина (13,4⁰/₁₀₀) и 77 чел. (7,7⁰/₁₀₀) студентов других восточных национальностей, т. е. всего 21,1⁰/₁₀₀ студентов-националов. За последние четыре года (1926/27—1929/30) выпущены Медфаком 81 врач-татарин и 67 других врачей-националов.

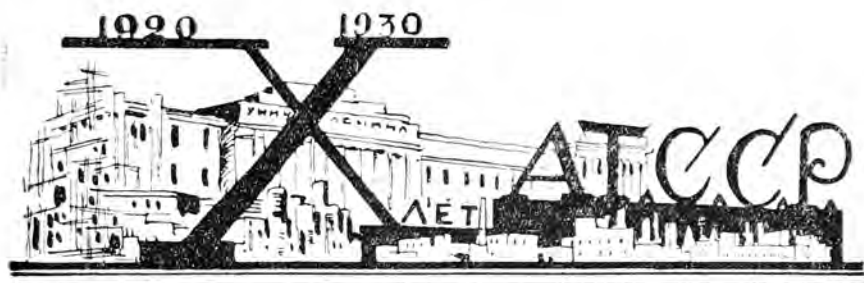
Начали готовиться уже и национальные кадры для кадров: мы уже имеем на Медфаке 1 профессора-татарина, 5 ассистентов-националов и 12 ординаторов. Редакция „Казанского медицинского журнала“ уже смогла ко дню десятилетия Татреспублики из имеющегося в ее распоряжении текущего повседневного материала почти целиком составить номер из работ сотрудников журнала татар (статьи т. т. Магдеева, Мухамедьярова, Еналеева, Терегулова, Давлет-Кильдеевой, Алимбек, Шарафутдинова, Биккенина, Кугушева, Басыр, Садыковой, Хасанкаевой, Курбангалиева и врача-чувашина Кондратьева).

Все эти успехи возможны были, конечно, только в связи с подъемом национального самосознания, национальной культуры Татреспублики. И редакция „Казанского медицинского журнала“ с чувством сознания глубочайшей важности национального развития Татреспублики, как первого шага к развитию мировой социалистической культуры, как шага к братству и равенству народов, посвящает настоящий номер 10-летию Татреспублики.

Да здравствует дальнейшее развитие национальной культуры Татреспублики, культурным подъемом масс дающей возможность дальнейшего движения к интернациональной, мировой социалистической культуре!

Да здравствуют темпы этого развития, соответствующие всему нашему социалистическому строительству!

*Редакционная коллегия
„Казанского медицинского журнала“.*



10 лет советской медицины в Татарии.

К. Х. Магдеева.

Наркома Здравоохранения Татреспублики.

Основными факторами, легшими в основу и давшими направление строительству здравоохранения в Татарской республике за истекшие 10 лет, являются следующие: 1) национальный состав Татарской республики с преобладающим татарским и нацменовским (чуваши, мари, мордва и др.) населением с их своеобразными бытовыми особенностями, 2) культурно-экономическая отсталость края, 3) слабо развитая, совершенно разрушенная в годы империалистических и гражданских войн медико-санитарная сеть, доставшаяся в наследие Татарской республике от царизма, 4) голодные 20 и 21 годы с широкой волной эпидемий холеры, паразитарных тифов, цинготных заболеваний, 5) низкие санитарные показатели края и, наконец, 6) экономическое состояние Татреспублики, представляющей преимущественно земледельческую область с технически отсталой системой сельского хозяйства и концентрацией промышленности преимущественно в г. Казани и очень слабой в других местностях ТР.

Перед советской медициной в самом начале ее возникновения стояла неотложная задача по борьбе с эпидемиями, последствиями империалистических, гражданских войн и небывалого голода 1921 года, поставившими под угрозу основы завоеваний революции. Самоотверженная работа органов здравоохранения под руководством междуправомственного органа „Чрезкомтиф“ на противоэпидемическом фронте прекратила эпидемию, и с половины 1923 года начинается некоторое улучшение в санитарном состоянии Татреспублики. Санитарное состояние Татреспублики, начиная с 1923 года, имеет тенденцию прогрессивно улучшаться, давая некоторые показатели лучше, чем довоенные. Так, смертность с 30,4 на 1000 населения в 1911—1914 гг., поднявшись в голодные годы до 40,7, начинает быстро падать и в 1926 году доходит до 22,7 и в 1928 г. до 18,9. Детская смертность с 30 на 100 родившихся в 1910—1913 гг. в 1927 году упала до 20 84‰.

Что касается инфекционных заболеваний, то до настоящего времени показатели здесь еще высоки. Особенное внимание в эпидемической заболеваемости ТР обращают на себя среди острых инфекций—желудочно-кишечные, оспа, периодический грипп, а среди хронических—малярия, трахома, туберкулез. Движение острых эпидемических заболеваний по годам на 10.000 населения:

	21 г.	29 г.
Оспа	8,2	3,2
Дизентерия	83,0	17,4
Брюшной тиф	27,2	3,9
Сыпной тиф	286	2,4
Возвратный тиф	50,3	0,1

Из таблицы видно, что основные инфекции имеют определенную тенденцию к понижению.

1923 год является началом планомерной работы в области здравоохранения с решительной установкой на основе принципа оздоровления условий труда и быта рабочего класса и крестьянского населения на изжитие диспропорции, существовавшей в системе медико-санитарного обслуживания трудящегося населения, с одной стороны, и задачами, возложенными на рабоче-крестьянское население Октябрьской революцией.

До революции на бывшей территории Татарской республики лечебная сеть была чрезвычайно мала (в сельских местностях один врачебный пункт приходился на 47449 человек) и была расположена преимущественно в районах с русским населением, оставляя татарское и нацменовское население почти на 90% без медицинской помощи. Так например, в 7-ми уездах бывш. Казанской губернии—Арском, Лаишевском, Мамадышском, Свияжском, Спасском, Тетюшском, Челнинском и Чистопольском, вошедших в Татреспублику, больниц было всего 34, из них только 6% в татарских селах, 73,5% в русских и 20,5% в нацменовских.

При относительно удовлетворительном обслуживании медицинской помощью городского населения Татреспублики, она была отдалена от огромных масс рабочего населения. В городе Казани вся городская сеть состояла из трех больниц—Губернской земской, Мещанской Александровской и Шамовской, сосредоточенных в центре города Казани. На окраинах города, в Плетенях и Адмиралтейской слободе, ютились маленькие больнички в 10—20 коек, в Кукморе, Бондюге, Васильеве и Зеленом Доле еще меньше—это при полном отсутствии учреждений по Охране материнства и младенчества, консультаций, врачебной помощи на дому и пр.

Органы советского здравоохранения медленно, но настойчиво, в условиях тяжелой экономической разрухи, ведя одновременно борьбу с грандиозной эпидемией паразитарных тифов, с небывалым голодом и его последствиями, восстанавливали и разворачивали новые лечебно-профилактические учреждения, стремясь в первую очередь обеспечить медико-санитарной помощью основные кадры промышленного пролетариата в городах, татарское и нацменовское население в сельских местностях.

Широко используя брошенные городской буржуазией барские особняки, частновладельческие дома и другие более или менее подходящие здания, создается лечебно-санитарная сеть в рабочих районах г. Казани и рабочих поселках. В Заречном районе г. Казани появляется две больницы на 180 коек с прибольничными амбулаториями и кабинетами по разным специальностям. В Забулачном районе Плетеневская и Вахитовская больницы на 170 коек, тоже с прибольничной амбулаторией, в рабочем поселке Бондюга—на 70—80 коек.

Наряду с развертыванием и укреплением больничной и амбулаторной помощи в рабочих районах создается целая система профилактических учреждений: ясли, консультации, школьно-профилактические амбулатории, учреждения по борьбе с социально-бытовыми болезнями, учреждается система оказания помощи на дому, пункты первой помощи на предприятиях.

В соответствии с задачами советской медицины в условиях национальной республики, органы здравоохранения ставили себе задачей изжитие диспропорции, существующей между медобслуживанием русского населения, с одной стороны, татарского и нацменовского, с другой. Эти попытки нашли отражение в развертывании сети в сельских местностях. В 1929 году в татарских селениях число больниц поднялось до 22, составляя уже 29⁰/₀ общего их числа, в нацменовских число больниц повышено на 7⁰/₀ общего числа. Число врачебных амбулаторий в татарских селениях к 1929 году равнялось 26, или 50⁰/₀ общего их количества, а в нацменовских 4, или 8⁰/₀.

Показатели обеспечения населения Татареспублики медико-санитарной помощью из года в год имеют тенденцию к улучшению: в 1920 г. на один врачебный участок приходилось 39621 населения, в 1924 г.—38162, в 1926 г.—27134, в 1927 г.—21954, в 1928 г.—19890, в 1929 г.—19762, на одну койку в с/местностях приходилось 1530 чел. Радиус врачебного участка в 1929 году составляет 18 верст. В 1920 г. врачей было всего в кантонах—67, среднего персонала—454, а в 1929 г. в кантонах и районах имелось уже 262 врача и свыше 600 человек среднего медперсонала. В связи с расширением сети уровень обеспечения квалифицированной медицинской помощью сельского населения значительно возрос по сравнению с довоенным, оставаясь, однако, далеко еще неудовлетворительным: в 1920 году амбулаторных посещений в сельских местностях было сделано 1.179.089 или 3967 на 10.000 населения, а в 1929 году число посещений составило 2.768.960 или 11.480 на 10.000 населения.

Кзечная помощь, выраженная в койко-днях, составляла по годам: в 1920 573.177 или 1929 койкодней на 10000 человек населения.

В 1925 г. — 469.663—1678

В 1929 г. — 536.077—2222

Наряду с количественным ростом лечебной сети значительные достижения имеются и в качественной постановке дела. Это относится в одинаковой степени и к восстановлению больничных зданий, не ремонтировавшихся в течение многих лет, медикаментозному снабжению, в конце истощенному империалистической и гражданской войнами, укомплектованию участков врачебным и средним медперсоналом и в приближении квалифицированной медицинской помощи к крестьянскому населению и материально финансовом улучшении лечебно-санитарной сети.

Значительное улучшение материально-правового положения советского врача, особенно в деревне, рост его авторитета среди населения в результате большого участия в общественной жизни деревни—позволили заполнить пустовавшие участки врачами, число которых в кантонах дошло до 262 в 30 году вместо 7-ми в 21 году.

Среди мероприятий, характеризующих степень улучшения качества оказываемой медицинской помощи сельскому населению, нужно отметить

прежде всего введение в штат 24 участковых больниц (не считая больниц в кантонных городах и рабочих поселках) вторых врачей, во-вторых, непрерывное сокращение числа фельдшерских пунктов за счет замены их врачами, расширение родопомощи и сети заразных коек. Следует отметить также организацию 6 кабинетов в кантональных городах и небольших физиатрических отделений в пунктах с наибольшим скоплением застрахованного населения.

Помимо сельской сети, непосредственно обслуживающей крестьянское население, последнее получает квалифицированную медицинскую помощь в городских больницах. Крестьян прошло только через стационарную сеть г. Казани в 1929 году 5254 или 15,6%, а в кантонных городских больницах крестьянское население составляет около 50% всех больных. Помимо этого крестьяне, правда пока в очень ограниченном количестве, пользуются санаторно-курортной помощью: так, например, через тубсанатории крестьян прошло 31 чел. в 1925 году, 102 чел. в 1929 г.

В дополнение к сказанному выше о медобслуживании сельского населения нужно особо выделить систему санитарно-профилактических учреждений, учреждений Охраны материнства, являющихся как по форме, так и по содержанию работы, достижениями советской медицины. Развитие и деятельность их представляются нижеследующей таблицей:

	1920 г.	1923 г.	1925 г.	1927 г.	1929 г.
Передвижных санитарно-гигиенических выставок	—	1	2	4	6
Консультаций детских и для беременных	—	1	10	22	26
Яслей летних	—	—	—	120	260
Яслей постоянных	—	1	1	1	5
Диспансеров:					
В них: туб. отд.	—	—	4	7	7
вен. отд.	—	—	6	10	8
глазн. отд.	—	—	2	6	7
Прошло через диспансеры	—	—	64.365	157189	158289
Через их туб. отд.	—	—	—	45023	32828
вен. отд.	—	—	—	53584	45482
глазн. отд.	—	—	—	58581	79979
Через консультации	—	8307	13438	25594	65222
Через ясли летние	—	—	—	2400	5200

Возвращаясь теперь к лечебно-санитарной сети города Казани, необходимо отметить, что в приобретении Казанью значения крупнейшего центра высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи на громадном пространстве Волжско-камского края. Урала и Сибири сыграли большую роль образцово поставленные клиники университета, Института усовершенствования врачей, научно-практические учреждения Татнаркомздрава, Микробиологический институт, Тубинститут, Институт социальной гигиены и вообще лечебно-профилактические учре-

ждения, обогатившиеся за это 10-летие электроводолечебницами, рентгеновскими установками и пр. и обеспеченные квалифицированными руководителями—профессорами.

Сравнительно большая емкость городской лечебной сети (1455 коек в лечебных учреждениях Наркомздрава, 440 коек в Институте усовершенствования врачей и 330 в клиниках университета) сделали доступной специальную высококвалифицированную помощь широким массам трудящихся. В стационарных учреждениях города получают все виды медицинской помощи свыше 70% застрахованных и приравненных к ним, по амбулаторной сети—до 60%.

Рост лечебно-санитарных учреждений в городе Казани и вместе с тем рост нормы обслуживания населения различными видами квалифицированной медицинской помощи делает значительные шаги вперед, далеко превышая довоенные нормы. Если в довоенной Казани имелось 1955 коек, то уже к пятилетию Татарстана имелось 2215 коек, из коих непосредственно в рабочих районах расположено 305.

Вместо 8 амбулаторий с небольшим количеством кабинетов к 10-летию Татарстана в г. Казани имеется развернутая, вполне доступная для широкой массы трудящихся сеть по оказанию амбулаторной помощи с 128 кабинетами по всем специальностям, в которых принимают квалифицированные специалисты из клиник университета и Государственного института усовершенствования врачей. Необходимо отметить введение в систему оказания медицинской помощи рабочему населению консультаций профессоров в рабочих районах.

Кроме того, значительно увеличена пропускная способность амбулаторной сети, благодаря переходу на непрерывную рабочую неделю, тем самым быстро приспособлявая деятельность лечебной сети к новым особенностям промышленных предприятий.

В непосредственной связи с амбулаторной помощью, ее непосредственным продолжением и дополнением является оказание лечебной помощи на дому. В городе Казани врачей помощи на дому всего 15, ими за 1929 год оказана помощь 25.256 чел.

Одним из главных достижений советской медицины в области рационализации амбулаторной помощи является диспансерный метод обслуживания населения. Основная задача советской медицины—оздоровление обстановки труда и быта трудящихся и предупреждение заболеваний при активном участии в оздоровительных мероприятиях самих трудящихся. Эта идея, оформившаяся в первые годы советской медицины в создании диспансеров по борьбе с социальными болезнями (их было в Казани 6: три туберкулезных и три венерологических), легла в основу реорганизации всей амбулаторной сети г. Казани, давшей возможность положить начало организации диспансерного метода обслуживания.

Перелом в работе лечебных учреждений в этом направлении наметился только в 1929 году и имеет уже в этой области значительные достижения. Районные амбулаторные объединения опираются в своей деятельности на комитеты оздоровления труда и быта из представителей самих трудящихся. Опыт первого года показывает, что такая система организации медико-санитарного обслуживания имеет громадные преимущества, давая, с одной стороны, возможность для широкого привлечения самих трудящихся в дело здравоохранения, а с другой, сосредоточивая

всю систему медико-санитарных учреждений в руках амбулаторных объединений, создает прочную базу для полного перехода на диспансерный метод работы.

Особо важную роль в системе профилактических мероприятий играют учреждения охраны материнства и младенчества, совершенно не имевшие места в старой медицине, которые помимо оздоровительных функций детского населения, имеют значение в социалистической организации жизни, освобождая женщину от семейного гнета и приобщая ее к общепользовному труду. В Казани существует 5 консультаций для женщин, 8 детских консультаций, 12 постоянных яслей на 660 мест, Дом охраны матери и ребенка на 160 коек с молочной кухней.

Посещения в консультациях имеют тенденцию из года в год к росту, охватывая все больше и больше женщин-татарок и нацменок.

Посещений беременных было в 1925 году 10.095, в 1929 г.—17.390.

Посещений в детских консультациях: в 1924—25 г. — 22.962, в 1929 г.—27.321.

Ясельной помощью пользуются исключительно члены профсоюзов и охват ясельного возраста в 1929 году равняется 13%, составляя для детей работниц, занятых в ведущих отраслях промышленности свыше 50%.

Охрана здоровья детей—одна из отраслей здравоохранения—начала свое существование только после Октябрьской революции. До революции имелся лишь школьно-санитарный надзор в зачаточном состоянии. В настоящее время эта отрасль здравоохранения представлена районными школьно-санитарными врачами, их 17 в Казани, 3-мя школьно-профилактическими амбулаториями, Центральным домом физкультуры и Психоневрологической школой. Тем не менее эта важная отрасль советской медицины остается недостаточно развитой, что возлагает на органы здравоохранения Татарской республики обязанность обратить на нее максимальное внимание в ближайшие годы.

Можно констатировать значительные достижения в медобслуживании населения. Они достигнуты благодаря самоотверженной работе всех работников здравоохранения и в первую очередь деятельному участию самого населения в культурной революции страны. Это участие выразилось в создании комиссий по борьбе за чистоту, здоров. и сан. ячеек, в работе Секции здравоохранения Горсовета, страховых совещаний, Совета социальной помощи и других. Из среды рабочей массы через эти органы самодеятельности постепенно выделяются уже организаторы здравоохранения и в настоящее время мы имеем только в одной Казани около 30 рабочих, ставших в порядке выдвижения руководителями крупнейших лечебно-санитарных учреждений.

Подводя итоги всей деятельности органов здравоохранения за 10 лет существования республики, мы имеем большие достижения во всех областях здравоохранения. Однако, необходимо отметить, что темп роста здравоохранения значительно отстает от взятых революцией темпов промышленности и сельского хозяйства.

Расходы по здравоохранению, составляя—

в 1922-23 г.	257.290 руб.
„ 1923-24 г.	878.641 „
„ 1924-25 г.	1.327.954 „
„ 1925-26 г.	3.374.629 „

„ 1926-27 г	4.203.956	„
„ 1927-28 г	5.014.715	„
„ 1928-29 г	5.696.700	„
„ 1929-30 г	7.441.900	„

недостаточны для удовлетворения всех потребностей, предъявляющихся со стороны населения.

Отставание темпов развития сети здравоохранения констатируется по докладу Народного комиссариата здравоохранения РСФСР т. Семашко ЦК ВКП(б) и постановлением Совнаркома РСФСР предложено пересмотреть пятилетку здравоохранения в соответствии с темпами индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства. Основные установки, данные ЦК ВКП(б) и Совнаркомом РСФСР, получили свое отражение во вновь пересоставленном пятилетнем плане здравоохранения Татарской Республики, который наряду с четким проведением классовой пролетарской линии и четкой национальной политикой в деле организации медпомощи как в городе, так и на селе и увязкой темпов развития здравоохранения с общими темпами развития социалистического строительства, основной задачей в области здравоохранения ставит реконструкцию здравоохранения применительно к задачам социалистического строительства, заключающегося в организационном объединении всех видов лечебно-профилактической работы в комплекс учреждений типа единого диспансера и широким вовлечении рабочих и крестьянских масс в строительство дела здравоохранения.

Темпы социалистической реконструкции с/хозяйства, превращение пятилетки совхозного строительства „в 3 года“ и колхозного „в 2 года“ ставит перед органами здравоохранения задачи форсированного развития сети в сельских местностях, реорганизовав ее с решительной установкой на специализацию лечебной помощи и перестроив ее по типу единого диспансера с центральной базой в энергетическом центре, намечающемся в процессе обобществления с/хозяйства. Намеченная в пятилетке постройка 30 новых больниц и 11 заканчивающихся в 1929-30 году и 10 переходящих на 1933-34 год позволят расширить количество коек с 1.474 до 4.440, т. е. довести нормы коечного обслуживания с 5,9 до 18 коек на 10.000 населения.

Несмотря на относительное обеспечение коечной помощью городского населения, потребность приближения стационарной помощи к основной массе рабочего населения и повышения нормы их обслуживания вызывает расширение коек и в городах до 3.108 вместо 2.395 в 1929-30 году. Расширение намечается почти исключительно в рабочих районах путем постройки крупных больниц (Заречный район больницы на 300 коек, Забулачный—на 200 коек) и расширения существующих. К концу пятилетки норма обеспечения коечной помощью повысится с 49 до 76 на 10.000 населения.

Социалистическая реконструкция быта ставит вопрос об исключительных темпах в области роста учреждений охраны материнства и младенчества, играющих огромную роль в раскрепощении работниц и приобщении их к общественно-полезному труду. Число ясельных коек запроектировано в городах в 1.700 на 2.890 мест, количество, обеспечивающее 100% охват детей работниц, занятых в ведущих отраслях промышленности, 75% детей работниц прочих производств и 15% детей остальных

застрахованных. В сельских местностях намечено 100 постоянных яслей на 3.500 мест и 3.150 временных на 91.000 мест, что дает 25% обеспечения всех детей ясельного возраста в летнее время. В области родо-вспоможения ставится задача охвата 100% родов в городах и 50% в сельских местностях вместо 4% в настоящее время.

Задача по охране здоровья детей и подростков приобретает исключительное значение в виду огромных перспектив, намеченных в области роста организованных детских контингентов, в связи с осуществлением всеобщего начального обучения, усиления сети дошкольных учреждений и значительным возрастанием числа рабочих подростков, охватываемых всеми видами образования. В соответствии с поставленными задачами в этой области намечается рост врачей и пунктов ОЗД в городах до 46, в сельских местностях до 46 и кабинетов по детпрофамбулаториям в составе „единых диспансеров“ до 29 с одновременным развертыванием стационарных учреждений по ОЗД и П. до 290 и лагерей для юных пионеров на 400 коек.

В области борьбы с эпидемиями ставится задачей повсеместная ликвидация оспы, доведение до минимума паразитарных тифов, решительное снижение малярии, кишечных заболеваний и детских заболеваний. Намеченные мероприятия направлены по линии укрепления и расширения санитарной организации (с 25 до 85 врачей), доведения до полной нормы оспопрививателей (до 146) и расширение сети заразных коек до 952.

Основной проблемой в пятилетке здравоохранения является вопрос о кадрах. Общее количество врачей, потребных по пятилетке, равняется 1.609 вместо 685 в 1929-30 году, что позволит увеличить норму с 0.4 до 3,3 на 10.000 чел. населения в сельских местностях и с 12 до 23 в городах.

Намеченные по пятилетке темпы роста мероприятий по здравоохранению требуют финансирования на 3 года в размере 71.563 т. рублей, причем расходы в ближайшем 1930-31 году выразятся в 16.568,0 т. руб., в 1931-32 году в 23.299,0 т. рублей, в 1932-33 г.—31.698,0 т. рублей. Из этой суммы 19.500 т. рублей составляют капитальное вложение.

Вопросы медико-санитарного изучения ТССР в научной деятельности медицинского факультета КГУ.

Ассистента С. М. Курбангалиева.

„...Казанский университет должен стать крупнейшим центром культурной революции, поставив науку на службу задачам социалистической реконструкции страны и требованиям культурного подъема Татарской С. С. Республики и всех национальностей Поволжья“ (Из юбилейного приветствия Наркома по просвещению РСФСР т. А. Бубнова).

Знаменательное совпадение двух юбилеев—столетия Казанского университета и десятилетия Татарской республики—заставляет нас задаться вопросом, какова же роль и участие этого старейшего учебного заведения в деле социалистического строительства того края, на территории которого сто с четвертью лет рос и развивался Казанский университет. В настоящей статье мы ставим себе задачей дать краткий очерк научно-исследовательской работы кафедр медицинского факультета по медико-санитарному изучению ТССР и научной разработке вопросов ее оздоровления.

Делая экскурсию в прошлое, нужно сказать, что еще в прежнее время вопросы изучения и оздоровления местного края не могли не привлекать внимания научной медицинской мысли. Наиболее ярким представителем медицинского факультета, обратившим внимание на местный край, был проф. К. Ф. Фукс, один из первых тонких наблюдателей и исследователей местного населения. Дальнейшую роль в этом направлении сыграло основание в 1868 г. Общества врачей г. Казани, первым председателем которого был клиницист-терапевт проф. Н. А. Виноградов. По инициативе его преемника проф. патологической анатомии А. В. Петрова О-во ставит задачу „изучения в медицинском отношении Казанского края с целью повышения в нем уровня общественного здоровья“. В программу О-ва входило „всестороннее изучение местности“, в частности „указать меры, могущие устранить вредные влияния различных производств на жизнь рабочих; указать условия, в которые должен быть поставлен рабочий для возможно безвредного и успешного труда“. Само собою разумеется, в условиях самодержавно-полицейского режима все это было и осталось в значительной степени платоническим пожеланием, и усилия отдельных исследователей и практических деятелей не могли помешать жесточайшей эксплуатации, культурному одичанию и физическому вырождению трудящихся масс нацменьшинств Волжско-камского края¹). И даже сама Казань представляла мрачную картину вопиющей антисанитарии и

¹) См. И. К. Лукьянов. Важнейшие моменты санитарного состояния Волжско-камского края в прошлом и настоящем. Каз. М. Ж., 1928 г., № 8.

неблагоустройства, обусловливавших в течение ряда десятилетий превалирование смертности над рождаемостью и убыль городского населения¹⁾.

Тем не менее мы не должны не дооценивать того громадного труда, который был положен представителями отдельных кафедр медицинского факультета Казанского университета по изучению антропологии народов Волжско-камского края, пораженности населения социально-бытовыми, эпидемическими и эндемическими заболеваниями, по разработке медико-статистического материала, по изучению санитарного состояния г. Казани и области, работ, выполненных как по собственному почину, так и по приглашению городских и земских организаций²⁾. Однако, как уже сказано, вся эта очень ценная, но разрозненная и не имеющая систематического характера научная работа, встречающая вместо сочувствия и практического применения лишь подозрительное отношение чиновничье-полицейского аппарата, имела ничтожное значение для оздоровления крайне отсталого и в хозяйственном, и в культурном, и в санитарном отношении края. „Университет в деле поднятия народов Волжско-камского края из того моря нищеты и бесправия, в которое они были погружены, сделал чрезвычайно мало за весь период своего существования“... „Вполне прав проф. Н. И. Бороздин, говоривший, что руссификаторская политика царизма ставила всякие препоны самым невинным чисто научным работам по обследованию „инородцев“; что этнография считалась наукой неблагонадежной и представители этой дисциплины нередко попадали под бдительный надзор полицейского начальства³⁾“.

„Лишь после Октябрьской революции началось приспособление университета и, главное, его деятелей для работы по поднятию культуры (в том числе санитарной С. К.) народов нашего края и в первую очередь татар, среди которых университет и расположился. Разрешение этой проблемы, поставленное на практическую почву за последние годы, мыслится не только в виде углубления работы университета в окружающем районе, но и путем максимального вовлечения бывших инородцев в ряды студентов и насыщения татарами и нацменами состава научных работников университета“⁴⁾.

Грандиозные задачи, поставленные партией и правительством по оздоровлению трудящегося населения, потребовали форсированного развертывания научно-исследовательской работы в области медицины для разработки многочисленных проблем теоретического и практического

¹⁾ Население г. Казани. 1863—1923 гг. Изд. ТСУ. К., 1923. См. ст. И. Ф. Победовосцева, стр. 59. См. также месячник медико-санит. бюро за 1913—1914 гг. Изд. Каз. гор. обществ. упр.

²⁾ См. многочисленные доклады и труды по протоколам Каз. О-ва врачей за прежние годы. Н. П. Федоров. Материалы для антропологии инородцев Каз. губ. Тр. О-ва естеств. при Каз. ун-те, т. XV, вып. 3. М. И. Никольский. Материалы к антропологии татар Каз. губ. (Лайшевский уезд) Каз., 1914. Исследование некоторых местностей Казани в санитарном отношении. Доклад комиссии, назначенной медиц. ф-том К. У. под председательством проф. А. Я. Щербакова. К., 1897. Труды кафедры экспер. гигиены по изучению водоемов г. Казани. Распространение трахомы в Каз. губ. Изд. Каз. губ. Земства. К., 1914 и мн. др.

³⁾ М. К. Корбут. Казанский государств. университет им. В. И. Ульянова-Ленина за 125 л. К., 1930.

⁴⁾ М. К. Корбут. Там же.

характера, работы, вскоре же вышедшей далеко за рамки кафедр медицинских ВУЗ'ов и завершившейся созданием многочисленных специальных учреждений и институтов. В условиях ТССР мы также видим, как из насущных потребностей изучения общесанитарного состояния и эпидемиологии края, физического состояния, статистики и динамики населения и его социальной патологии, выяснения влияния производственных, социально-бытовых, естественно-географических и расовых особенностей на здоровье населения, а также разработки и проведения мер по его оздоровлению, вырастает ряд специальных научно-практических учреждений, выбирающих сферой своей деятельности ту или иную отрасль здравоохранения или научной деятельности. Такими учреждениями в настоящее время являются институты ТНКС: Краевой микробиологический, Социальной гигиены, Туберкулезный, Трахоматозный (в составе И-та для усоверш. врачей им. Ленина), физиологическая и гигиеническая лаборатории И-та научной организации труда ТНКТ, медицинская секция вновь организуемого Татарского научно-исследовательского экономического Института, а также ряд показательных лечебно-санитарных учреждений (Центральный дом физкультуры, центр. детская проф. амбулатория, центр. вендиспансер и проч.). В научной деятельности большинства этих учреждений кафедры медицинского факультета, в лице своих руководителей или отдельных сотрудников, принимают в настоящее время активно-руководящее или консультативное участие, часто идейно возглавляя всю ведущуюся в них интенсивную научную работу. В ряду этих учреждений особо следует выделить Институт для усоверш. врачей им. Ленина, уже отпраздновавший свое десятилетие и за время своего существования развернувшийся в учреждение союзного масштаба. Первод „недоразумений“ и недопонимания задач этого учреждения медицинским факультетом, имевший место в первые годы, вскоре сменился деловым контактом и активным содействием этому учреждению, выдвинувшему руководителями многих своих кафедр профессоров Казанского университета. За истекший период это учреждение развернуло большую научную деятельность как общего, так и краеведческого характера.

В нашу задачу входит дать краткий обзор лишь той научной работы, которая ведется непосредственно кафедрами медицинского факультета или его сотрудниками, притом по преимуществу за последние годы, когда „краевое“ направление в работе отдельных кафедр, в результате все более крепнущей увязки с местными общественно-советскими организациями, стало особенно рельефным. Материалами служили отчеты кафедр КГУ за последние годы, обзор „Наука в Казанском университете за последнее двадцатипятилетие“¹⁾, а также просмотр доступной нам медицинской литературы и сведения, любезно сообщенные отдельными работниками, за что приношу им искреннюю благодарность. Полный библиографический обзор всей научно-медицинской литературы, посвященной ТССР, представляя громадный интерес и большую практическую важность, по обширности темы выходит далеко за пределы нашего рассмотрения.

¹⁾ С пред. и под общей редакцией М. К. Корбут. Учен. зап. К. Г. У.; том LXXXX, кн. 3—4.

Как известно, первый период существования ТР не представлял благоприятных условий для развертывания научно-исследовательской деятельности ВУЗ'ов вообще и по изучению ТР в частности. Жестокие эпидемии тифов, холеры, малярии, неслыханный в истории Поволжья голод обрушились на подорванное империалистической и гражданской войной хозяйство края. Кроме того, потребовался значительный период времени для того, чтобы большинство научных работников университета осознало всю сущность стоявших перед ними задач по советскому строительству, чтобы пала та стена, которая ряд лет отделяла высшую школу от окружающей действительности¹⁾.

Первым шагом по пути сближения медицинской науки с жизнью, наиболее крупным проявлением коллективного научного творчества в со-звучии с задачами советского здравоохранения явился созыв 1-го Поволжского съезда врачей в Казани в июне 1923 г., собравшего значительную массу врачей и научных работников со всего Поволжья. Съезд обсудил ряд важных вопросов того периода, как патогенез, клиника, диагностика и терапия сыпного и возвратного тифов, малярии, борьбы со злокачественными новообразованиями женской половой сферы, экстренной хирургии и пр. В резолюциях съезда перед научными работниками и Советскими органами были выдвинуты такие актуальные для Поволжья и всего Союза проблемы, как изучение и борьба с малярией, трахомой, детскими инфекциями, злокачественными новообразованиями женской половой сферы. Здесь был установлен первый контакт представителей научной медицины с местными органами советского здравоохранения, нашедший в дальнейшем многообразную форму взаимного плодотворного сотрудничества.

Переходя к обзору научной продукции отдельных кафедр, начнем с „теоретических“ дисциплин.

По кафедре нормальной анатомии отметим две работы интересующего нас характера, представляющие дальнейшее изучение анатомических особенностей населения местного края, а именно: В. И. Бик. „Материалы к вопросу о расовых особенностях артериальной системы головного мозга“ и „Материалы к вопросу о весе головного мозга татар“.

Из обширного списка ценных и крупных работ, выпущенных за рассматриваемый период гистологической и физиологической лабораториями, необходимо отметить ряд работ по морфологии и физиологии эндокринных желез и обмена веществ, которые будут представлять для исследователей местного края несомненный интерес в связи с широким распространением в крае дясглангулярных поражений и аномалий обмена (эндемический зоб, рахит, остеомалиция). Кроме того кафедра физиологии в лице покойного ее руководителя проф. Н. А. Миславского принимала активное консультативное участие по вопросам физиологии труда в работах только что развернутого в то время Института научной организации труда. В будущем кафедра явится научно-консультативным центром для аналогичной лаборатории (физиологии труда), организуемой в настоящее время при И-те соц. гигиены ТНКС. Кафедрой гистологии (проф. А. Н. Миславский) намечается изучение кожного покрова

¹⁾ Н. Ленин. Ответ на открытое письмо специалиста, 1919, т. XVI собр. сочинений.

животных, находящих промышленное применение в Казани, крупнейшем центре меховой промышленности.

При кафедрах биохимии и фармакологии и лаборатории фармацевтической химии выполнены важные работы по изучению химического состава, радиоактивных свойств и фармакологического действия воды до-селе недостаточно изученных Ижевских минеральных источников на р. Каме. Из этих работ отметим:

З. Н. Блюмштейн. О содержании иода в воде Ижевского минерального источника ¹⁾, где устанавливается значительное содержание иода в исследуемой воде. Им же сейчас заканчивается обширная работа по подробному химическому исследованию воды всей группы Ижевских источников.

П. Ф. Горский. О действии воды Ижевского источника на изолированное сердце ²⁾.

К. В. Бенинг. Результаты химического и бактериологического исследования „Ижевского источника“ ³⁾. Здесь же дается и определение радиоактивности исследуемой воды.

Кроме цитированных, из кафедр биохимии вышли работы З. М. Блюмштейна „О содержании иода в питьевых водах Мариобласти“ и его же „к этиологии эндемического зоба“ ⁴⁾, входящих в обширную серию работ по изучению эндемического зоба в Мариобласти.

При кафедре фармакологии выполнена диссертационная работа проф. В. М. Соколова о *Dig. ambigua.*, позволившая заменить *Dig. pur.* местной наперстянкой, и его же работа об адреналине, полученном в Казани. С точки зрения профпатологии представляет интерес работа Девлет-Кильдеевой и Райхштейн „О влиянии свинца на матку“ ⁵⁾, выполненная в той же лаборатории.

По лаборатории фармацевтической химии необходимо отметить ряд работ по химии пищевых продуктов, по анализу лекарственных веществ, их применению и пр. по заданиям местных организаций (Був А. Т. Содержание атропина в листьях *Atropae Bell.*, культивируемого в Казани). Сюда же причисляем работу С. И. Шермана „Разбор несовместимых и неразумных рецептов с приложением рецептурных форм и таблиц несовместимости“ ⁶⁾ и его же „О недостатках таблеток, изготовленных по стандартным рецептурным формулам“ ⁷⁾.

При кафедре патологической анатомии выполнена работа П. С. Подольского: „К статистике злокачественных опухолей в г. Казани на основании секционного материала Пат.-анат. и-та Каз. у-та“ ⁸⁾.

Кафедра судебной медицины в 1923 г. делает первые шаги связаться с практической судебно-медицинской экспертизой, а в 1926 г. уже становится руководящим центром в области судебно-медицинской экспертизы для ТР и смежных автономных областей. Заведующий кафедрой является областным экспертом ТР, лаборатория кафедры расши-

¹⁾ Каз. М. Ж., 1927 г., № 5.

²⁾ К. М. Ж., 1929 г., № 5 и Уч. записки К.Г.У., 1929 г., кн. 3—4.

³⁾ Курортное дело, 1924 г.

⁴⁾ К. м. ж., 1928 г., № 7.

⁵⁾ Печатается в наст. № К. м. ж.

⁶⁾ Издание К. м. ж.

⁷⁾ К. м. ж. 1930 г., № 4.

⁸⁾ Ученые записки КГУ. 1930 кн. 1.

ряется и становится центральной судебно-химической лабораторией и центральным органом вторичной экспертизы. Из серии научных работ, вышедших из лаборатории, отметим следующие, освещающие состояние суд.-мед. экспертизы в ТР:

А. Д. Гусев. Судебно-химическая и микроскопическая экспертиза в ТР за 3 года.

Он же. Материал экспертизы несмертных травматических повреждений по данным первого года работы судебно-мед. амбулатории при кафедре судебной медицины КГУ.

Он же. Материал экспертизы по делам медицинского персонала.

Яркое отражение вопросы местного края получили в работе кафедры микробиологии, разработка конх в свою очередь способствовала расширению базы научно-исследовательской деятельности кафедры. Особенно плодотворным оказалось создание, по инициативе кафедры, Краевого микробиологического института на основе Бактериологического и-та Каз. у-та. Благодаря этому в настоящее время кафедра во главе с директором проф. В. М. Аристовским является научно-методическим центром огромной работы в области теоретической и прикладной бактериологии по вопросам эпидемиологии местного края, иммуно-биологии, серологии и серотерапии.

Из обширной серии трудов этой кафедры отметим лишь некоторые, непосредственно отвечающие на поставленную нами тему, а именно:

Н. Н. Благовещенский. Результаты обследования по Dick'y детей г. Свияжска и Казани ¹⁾.

Он же. Национальные различия в иммунитете против скарлатины и токсина Dick'a ²⁾.

Е. М. Лепский, Н. Н. Благовещенский и Н. М. Федоров. Результаты обследования по Schick'у у детей г. Казани ³⁾ и ряд других наблюдений на местном клиническом материале, а также статьи и обзоры сотрудников кафедры и Микробиологического института по отдельным вопросам эпидемиологии ⁴⁾.

Несомненно, и большинство работ кафедры, покуда носящих узко-теоретический характер, в ближайшем будущем будут иметь крупные практические последствия в борьбе с инфекционными заболеваниями местного края (работы по иммунитету против скарлатины и дифтерии, специфическая профилактика tbc, культивирование спирохет и иммунизация против спирохетозных заболеваний).

Соответственно профилактическому направлению Советского здравоохранения наибольший размах и наибольшее отражение практических задач местного края мы находим в научной работе гигиенических кафедр. Из обеих кафедр (экспериментальной и социальной гигиены) вышло большое количество обстоятельных работ, посвященных санитарному состоянию и профессиональным вредностям различных отраслей промышленности

¹⁾ К. м. ж., 1927, № 3.

²⁾ К. м. ж., 1927, № 9.

³⁾ К. м. ж. 1925, № 1.

⁴⁾ В. М. Аристовский. О некоторых основных законах возникновения, развития и угасания эпидемий. К. м. ж. 1929, № 2. И. А. Казанцев. Оспа и оспопрививание в ТР. К. 1930 Зубарев и Чемоданов. Сб. Здрав., ТССР № 2 и др.

ТССР, состоянию здоровья и обследованию быта рабочих отдельных производств, изучению естественно-географических факторов, вопросов водоснабжения, очистки сточных вод и санитарному оздоровлению г. Казани и всей области.

Из кафедр экспериментальной гигиены, тесно связанной через своего руководителя проф. В. В. Милославского с руководимой им же гигиенической лабораторией И-та НОТ, укажем на труды В. В. Милославского по санитарному обследованию кожзаводов г. Казани (совместно с Шульпиновым и Славиним)¹⁾, пошивочной фабрики № 1²⁾, обувной фабрики „Спартак“³⁾, С. С. Шульпинова по обследованию валеных фабрик в г. Казани и Кукморе, по анализу воздуха, пыли и шкурок на содержание урсала на меховой фабрике Госторга⁴⁾. Работы Буткина об условиях труда на фабр. „Спартак“ и исследовании воздуха серно-кислого завода⁵⁾ С. С. Шульпиновым изучена заболеваемость рабочих кожзавода им. Ленина и ф-ки Спартак по данным амбулатории за 1925 г.⁶⁾, и В. В. Милославским совместно с Плотниковой исследован газообмен у рабочих ф-ки Спартак⁷⁾. Из трудов по общей санитарии отметим: В. В. Милославского „определение степени загрязнения воды оз. Кабана сточными водами“, его же и Лось „К проблеме оздоровления оз. Кабана и его протока Булака“⁸⁾, тех же авторов „Обследование сети Казанского водопровода по поводу ее загрязнения в 1926/27 г.“, „Дальнейшее наблюдение за санитарным состоянием воды ключей Казанского гор. водопровода“⁹⁾, работы Л. И. Лось „Материалы по загрязнению почвенных вод г. Казани“, „Материалы к вопросу о загрязнении уличной почвы г. Казани“ и „Сточные воды кожзаводов г. Казани“¹⁰⁾.

Кроме того, необходимо отметить обширную работу кафедры по санитарному обследованию автономной Мариобласти¹¹⁾ в цикле комплексного изучения этой области в связи с проблемой „вырождения“ марийского населения. Отметим, что этой кафедрой впервые, исходя из потребностей страны и местного края в санитарных работниках, поставлен вопрос, находящий сейчас свое осуществление, об организации самостоятельных санитарно-профилактических факультетов и предложен для них примерный учебный план¹²⁾.

Следующая кафедра — социальной гигиены, подлинное детище Октябрьской революции, в условиях Казани и местного края должна иметь особо действенное значение, как продолжательница, хотя и на совершенно

¹⁾ Вопросы психофизиологии, рефлексологии и гигиены труда, 1928 г., № 3.

²⁾ Вестник Каз. ИНОТ 1928.

³⁾ Вопросы психофиз., рефлексол. и гиг. труда, 1928 г., № 3.

⁴⁾ Вестник К. ИНОТ 1928 г., № 4.

⁵⁾ Гиг. Тр. 1926 № 7—8. Уч. Зап. Каз. ун. 1925, кн. 2.

⁶⁾ Вопросы психофиз., рефл. и гиг. труда, 1928 г., № 3.

⁷⁾ Вестник К. ИНОТ, 1929 г., № 8.

⁸⁾ Сб. Здравоохр. ТССР, № 3, 1930 г.

⁹⁾ Уч. записки КГУ, кн. 1, 1928 г.

¹⁰⁾ Уч. Зап. Каз. ун. 1926, кн. 2; 1927, кн. 2; 1929, кн. 2.

¹¹⁾ Труды экспедиции по изучению эндемич. зоба в Марийской обл. Вып. I. Водоснабжение, питание и жилище в Звениговском Моркинском кантонах по обследованию 1928 г.

¹²⁾ В. В. Милославский. К вопросу о рационализации подготовки работников санитарно-профилактического дела. Вестн. К. ИНОТ, 1928 г., № 2.

иной социально-экономической базе, славных традиций того общественного направления в медицине, родоначальником коего явилась целая плеяда профессоров и врачей, связанных с Казанским университетом и Волжско-камским краем (проф. А. В. Петров, А. И. Якобий, И. П. Скворцов, д-ра Е. А. Осипов, И. И. Молессон и др.¹⁾).

В соответствии с этим кафедра считает своей основной целеустановкой в научном отношении содействовать накоплению материалов и разработке научных вопросов и проблем в области оздоровления краевого — по преимуществу татарского и наименьшинского населения.

Одной из наиболее крупных работ, проведенных при активном участии сотрудников кафедры, является всестороннее обследование крупнейшего в СССР завода основной химической промышленности в Бондюге. В этой серии отметим работы С. М. Шварца „Состояние здоровья рабочих Бондюжского химич. завода“²⁾, „Бытовые условия рабочих Бондюжского завода“³⁾, „Физическое развитие рабочих основной хим. промышленности“⁴⁾, а также работы А. И. Смирнова „Профвредность производства хлора и хлорной извести по способу Вельдона“⁵⁾, „Производство соляной кислоты в санитарном отношении“ (рукопись), „физико-химическая обстановка условий труда в основной хим. промышленности ТР“⁶⁾, Трейман. „К характеристике условий труда рабочих водного транспорта“⁷⁾.

Из работ санитарно-статистического характера приведем следующие: А. И. Смирнов. Опыт использования материалов страхкасс для характеристики заболеваемости рабочих кожзаводов“, и его же „Заболеваемость рабочих некоторых предприятий г. Казани, по данным страхкасс“. Из работ лабораторного характера отметим: С. М. Шварц. „Изменения комплемента крови при отравлении хлором, хлороформом, эфиром и бензином“⁸⁾ и др.

Ряд статей и обзоров посвящен вопросам организации советского здравоохранения, методологии санпросвета, вопросам медицинского образования вообще и применительно к условиям местного края⁹⁾.

Наконец, необходимо также указать, что кафедра соц. гигиены в лице директора (проф. М. М. Гран) и сотрудников (С. М. Шварц) принимала активное участие в развертывании работы Казанского и-та соц. гиг., а в настоящее время работ медицинской секции Татарского экономического научно-исследовательского института.

Переходя к клиникам, нужно констатировать, что и здесь вопросы распространения отдельных нозологических форм, выяснения особенностей течения, патогенеза (в том числе социального), особенностей лечения и

¹⁾ М. М. Гран. Первый гигиенист Казанского у-та Ф. Калайдович. К. м. ж., 1930, №№ 5—6.

²⁾ Гигиена труда 1927 № 3.

³⁾ Учен. зап. Каз. ун-в. 1927, кн. 2.

⁴⁾ Сб. профпатологии НКЗ, 1928. кн. 2.

⁵⁾ Гиг. Тр. 1927 № 11.

⁶⁾ Гиг. Тр. 1927 № 4.

⁷⁾ Каз. м. ж. 1929 № 7—8.

⁸⁾ Сб. Профпатологии НКЗ.

⁹⁾ См. статьи М. М. Гран в К. м. ж. Шварц. Профилактическое направление в лечебной медицине, 1929 г., № 4. Анисимов. Сан.-просвет. работ среди крестьянского населения ТР. Гиг. и эпид., 1927, № 12 и др.

профилактики в соответствии с условиями местного края и особенностями местного населения все более и более находят свое отражение в научной работе клиник, правда в различных клиниках далеко неравномерно.

Из работ терапевтических клиник за первый период (эпидемии и голода) можно указать на многочисленные работы по клинике, патогенезу и терапии сыпного и возвратного тифов, малярии и др. (см., напр., Труды 1-го Поволжского съезда). Факультетская и госпитальная терапевтические клиники продолжали интенсивно разрабатывать, наряду со многими другими актуальными проблемами, вопросы туберкулеза с точки зрения клинической, иммунологической и терапевтической¹⁾.

Из пропедевтической терапевтической клиники отметим работу, выполненную А. М. Предтеченским, Л. О. Гурвич и Ф. К. Пермяковым: „О влиянии зимних купаний и похода на деятельность сердца“. Этот же своеобразный казанский обычай зимних купаний („моржевания“) нашел обстоятельное освещение в работе Н. К. Кочева (из факультетской хирургической кл-ки и Центр. дома физ. культуры).

Отметим выполненную сотрудником клиники врач. диагностики А. Я. Плещицер работу: „Заболевания застрахованных рабочих г. Казани“²⁾.

Заслуживает быть отмеченной деятельность госпитальной терапевтической клиники по изучению влияния кумыса и роли кумысолечения при туберкулезе в ряде работ с гематологической методикой (Н. К. Горяев³⁾, Ахрем-Ахремович⁴⁾ и Мокеев⁵⁾, Крамов⁶⁾). В ближайшее время выйдет из печати монографическая работа проф. Н. К. Горяева „Материалы к вопросу о кумысолечении при легочном тбс. (Значение лейкопитарной картины в клинике легочного тбс по наблюдениям на кумысе. К вопросу о показаниях и сущности действия кумыса)“. Эти работы, способствуя углублению наших представлений о значении кумысолечения, получившего заслуженную известность и распространение в местном крае (главным образом в Башкирии), способствуют развитию кумысолечебного дела и в ТР.

Другой обширной работой является участие сотрудников той же клиники (С. И. Шерман) в комплексной экспедиции по изучению эпидемического зоба в Мариобласти. Кроме того, отметим интересную работу Шварца и Нимцовицкой: Изогемоагглютинация, ее расово-биологическое клиническое значение⁷⁾.

Клиника инфекционных болезней, кроме работ по патологии и клинике сыпного тифа и других острых инфекционных заболеваний, вакцина-терапии и иммунизации против дизентерии и геморрагических колитов, выпустила работу, выясняющую лечебное действие Ижевского источника и показания к его применению (проф. Б. А. Вольтер)⁸⁾.

¹⁾ См. Труды факультетской терапевт. кл-ки, посвящ. юбилею у-та, под ред. проф. М. Н. Чебоксарова.

²⁾ Бюлл. НКЗ. 1926. № 18.

³⁾ См. труды II Поволжского съезда. Саратов, 1927.

⁴⁾ К. м. ж., 1929, № 5.

⁵⁾ Там же.

⁶⁾ См. труды II Поволжск. съезда. Курортное дело, 1927, № 11.

⁷⁾ К. м. ж., 1925, № 6.

⁸⁾ К. м. ж., 1929, № 5. Ижевский источник. Сб. Казань, 1930.

Детская клиника научно разрабатывала ряд вопросов педиатрии, из коих наиболее актуальными для местного населения являются проблемы рахита, расстройств питания и обмена и естественного вскармливания¹⁾, детских инфекций и малярии, изучение биохимии и морфологии крови. Из работ последней группы отметим работы Беляева А. А., Чекалина И. А. „Кровяные группы“²⁾ и „Реакция изогэмоагглютинации у детей грудного возраста“³⁾.

Из факультетской хирургической клиники, кроме отмеченной выше работы Н. К. Кочева, можно указать на работу С. А. Флерова: „Значение малярии в хирургии и пограничных областях“⁴⁾, освещающую хирургическое значение этого распространеннейшего в крае заболевания. Работы Н. В. Соколова и П. П. Маслова из госпитальной хирургической клиники освещают на местном клиническом материале и его особенностях клинику и лечение острого аппендицита, перфоративных язв желудка, проникающих ранений грудной клетки.

Статья проф. П. М. Красина⁵⁾ (из кафедры оперативной хирургии) посвящена злободневному вопросу современности—организации общественной борьбы с раком и предлагает создать раковый центр при ТНКСЗдраве.

Акушерско-гинекологическая клиника, издавна являющаяся крупным центром русской онкологии⁶⁾, за отчетный период представила ряд новых работ, посвященных терапии и организации общественной борьбы с социальным бичом женского населения—раком матки (проф. В. С. Груздев⁷⁾, А. И. Тимофеев⁸⁾, Д. З. Елин⁹⁾, а также борьбе с другими распространенными новообразованиями женской половой сферы (И. Ф. Козлов). Отметим ряд работ, основанных на разработке обширного материала клиники, как напр., работу И. Ф. Козлова: К этиологии терапии свищей полового канала женщины¹⁰⁾, ставящих в связь частоту этого заболевания в местном крае с особенностями таза татарских женщин; работу Д. З. Елина по врожденному сифилису, а также статьи и доклады по вопросу об искусственном аборте¹¹⁾.

Глазная клиника, совместно с трахоматозным Институтом, основанном в 1922 г., под общим руководством проф. В. В. Чирковского принимала самое действенное участие в изучении и организации борьбы с социальным злом ТР и всего местного края—трахомой, достойным

¹⁾ Кливанская-Кроль. Естественное вскармливание (по материалам консультации клиники) К. м. ж. 1928, № 8.

²⁾ Каз. мед. жур., 1928, № 10.

³⁾ Журн. по изуч. ранн. дет. возраста, т. IX.

⁴⁾ Вестник хирургии и погр. областей 1928, кн. 42.

⁵⁾ К. м. ж., 1926, №№ 5—6.

⁶⁾ Опокин А. А., Груздев, как представитель русской онкологии. К. м. ж., №№ 5—6, 1926.

⁷⁾ Тр. I Поволжск. съезда. К. м. ж., 1924, № 1.

⁸⁾ Деятельность Каз. акуш.-гинеколог. кл. по борьбе с раком матки. Сб. Груздева. Обзор случаев рака матки в Каз. акуш.-гинеколог. кл. с 1900—1923 г. К. м. ж., 1923, № 6.

⁹⁾ Радиотерапия рака матки. Монография. К., 1928.

¹⁰⁾ Уч. зап. К. Г. У., 1925., кн. 1.

¹¹⁾ Доклад на II Поволжском Съезде, К. м. ж. 1926 № 1 и др.

образом продолжая деятельность знаменитого казанского окулиста прошлого столетия проф. Е. В. Адамюка. Из многочисленных трудов, выпущенных сотрудниками данной клиники, отметим работы проф. В. В. Чирковского „Распространение трахомы в Среднем Поволжье и мерах борьбы с ней“¹⁾, его же „О возрастном иммунитете при трахоме“ и др. его работы и доклады по этиологии, патологической анатомии трахомы, по вопросам конституции и иммунитета при ней²⁾, Л. И. Дымшиц. „К вопросу о распространении трахомы среди вотяков“³⁾, Его же „Иммунитет при трахоме“⁴⁾. Микаэлян и Тарнопольский „Материалы о значении конституции при трахоме“. Этими работами отвергается значение конституции при трахоме. Заслуживают интереса материалы по заболеваемости местного населения глаукомой по данным клиники (Р. А. Батарчуков⁵⁾) и сифалитическим поражением глаз по данным глазной клиники за последнее десятилетие⁶⁾.

Клиника нервных болезней вела руководство над экспедиционной работой Г. А. Максудова по изучению эпидемии (токсидемии) отравления спорыньей в ТР и Приуралье, выполнявшейся по заданию НКЗ РСФСР. В результате мы имеем работу: Г. А. Максудов. К токсидемии рафании (эрготизма) в Уральской области⁷⁾.

Кроме того отметим работу Н. Федорова „Нервная система при кретинизме и эндемическом зобе“⁸⁾ по материалам Марийской экспедиции.

Клиника психиатрическая за последние годы главнейшее внимание обратила на изучение вопросов наследственности и конституции в психиатрии, а также расового распределения психозов в Татарской Республике. В результате участия клиники в экспедиции по изучению зоба в Мариобласти имеем печатную работу М. П. Андреева и М. Г. Ульяновой. „Предварительные данные наследственно-конституциональных исследований при эндемическом зобе в Мариобласти“⁹⁾. В настоящее время разрабатывается громадный материал (данные свыше 20.000 обследований), собранный клиникой в Мариобласти, по изучению особенностей телосложения и наследственности зобных больных этой области. Кроме того клиникой совместно с кафедрой социальной гигиены производилось психофизическое обследование педагогов-татар г. Казани. Благодаря симбиозу с окружной психиатрической лечебницей, психиатрическая клиника под общим руководством проф. Т. И. Юдина является идейно-научным центром по организации психиатрической помощи в ТР и во всем крае, выполняя также важные практические функции в области судебной и трудовой психиатрической экспертизы, психопрофилактики и социальной психиатрии.

Клиника кожных и венерических болезней принимала участие через своих сотрудников в изучении распространения венерических болезней в г. Казани, ТР и соседних областях (Б. С. Биккенин. Материалы к изучению

¹⁾ Проф. мед., 1926.

²⁾ Арх. офт., т. 2, ч. 3, Арх. офт., т. 3, ч. 3. Труды I Съезда гл. врачей и др.

³⁾ К. м. ж., 1926 г., № 7.

⁴⁾ Арх. офт., т. 3, ч. 3. 1927.

⁵⁾ Арх. офт., т. VI, 1929-30.

⁶⁾ Арх. офт., т. VI, 1929-30.

⁷⁾ К. м. ж., 1927, № 11 и 1928 № 1.

⁸⁾ К. м. ж., 1929, № 12.

⁹⁾ К. м. ж., 1930, № 3.

распространения венболезней среди населения ТР¹⁾. Н. Н. Ясницкий. Венболезни на ж. д. транспорте²⁾. Дрынаев. Результаты обследования вен. отрядом Алмавской и Большеквювской волости Вотобласти³⁾. Батунин. „Венболезни среди заключенных гор. Казани“, и его же „Венболезни по данным амбулатории клиники за 10 лет⁴⁾“.

Отметим работу проф. М. С. Пильнова „К вопросу о заболеваниях кожи в связи с профессиональной работой⁵⁾“ (по данным обследования валеной фабрики), а также активное участие клиники в проведении 1-го Поволжского съезда по борьбе с венболезнями в Казани в сентябре 1926 г., осветившего целый ряд животрепещущих вопросов клинической и социальной венерологии местного и общего значения.

Из многочисленных трудов, выпущенных рино-ларинго-отитрической клиникой, самой молодой в КГУ (существует всего с 1925 г.), отметим следующие:

Лебедевский. Состояние верхних дыхательных путей и ушей по данным клиники за 1/2 года⁶⁾.

Его же. Результат обследования верхних дыхательных путей и ушей воспитанников дет. домов⁷⁾.

Був. Вальдейеровское кольцо школьников г. Казани в связи с конституциональными и бытовыми факторами⁸⁾.

Бобровский. Состоянии органа слуха у работников аппарата Клоппера (телеграфистов)⁹⁾. Им же описан случай риносклеромы в ТР. Кроме того заслуживает быть отмеченной инициатива и участие клиники по созыву III-го Краевого съезда по рино-ларинго-отитри в Казани в июне 1929 г., имевшего на повестке своих заседаний ряд современных вопросов в области отитри и пограничных областей как общереспубликанского, так и районного значения¹⁰⁾.

Таков самый беглый обзор научных работ последних лет по медицинскому факультету по изучению ТССР. Эти работы, выполнявшиеся подчас совместно с участием ряда научных учреждений (У-т, И-т соц. гиг., И-т НОТ, И-т для усов. врачей), иногда по заданиям и планам центральных и местных правительственных органов (изучение зоба в Мариобласти, рафании, промышленных предприятий), в отличие от работ прежнего времени не оставались гласом вопиющего в пустыне, а б. ч. немедленно находили практическое применение или служили основой для планирования соответствующих мероприятий¹¹⁾.

1) Ст. в наст. №

2) Венер. и дермат., 1928, № 7—8.

3) Доклад. в Вен. секции (печ.).

4) Уч. зап. 1928, № 4.

5) К. м. ж., 1925, № 6.

6) Вестник Р.-Л.-О., 1927.

7) Вестн. Р.-Л.-О., 1927.

8) Доклад. на III Краевом. Р.-Л.-О. съезде.

9) К. м. ж., 1930, № № 5—6.

10) См. отчет о съезде К. м. ж., 1929, № 9. Труды съезда. К. 1929.

11) См. статью т. Магдеева в наст. №, Здравоохранение в ТССР за 10 лет. Сб. здравоохр. ТССР, № 1. Ширяев П. В. Лечебная сеть в кантонах и пр. Сб. здр., № 3. Эмдин В. И. Оздоровление труда на предприятиях Татарии. (Там же). Пятилетний план народного хозяйства ТССР. Изд. Госплана, К. 1929. (См. хозяйство коммунальное, жилищное и дорожное, стр. 37, здравоохранение стр. 56).

Значительная часть работ, далеко перерастая рамки ТССР, приобретает обширное краевое значение; таковы работы по трахоме, эндемическом зобе и кретинизме, токсемии, рафании, эпидемиологии детских инфекций, изучению местных лечебных и бальнеологических факторов и курортов (Ижевские минеральные источники, кумысолечебное дело, Сергиевские грязи и минеральные источники). Кроме того и другие многочисленные чисто клинические работы, не приведенные в очерке, будучи основаны на местном материале, естественно, имеют местный колорит и могут быть использованы для различных сопоставлений. Правда, не во всех из них местные особенности оттенены достаточно четко. Нет надобности распространяться, что многие из научных трудов, как теоретических, так и клинических, представляют выдающийся интерес и широкое общенаучное значение, характеризуя высокий уровень научного творчества Казанского университета советского периода.

Наш обзор был бы не полон, если бы мы не отметили роли Казанского университета в развитии научно-исследовательской работы в Казани и местном крае через О-во врачей при университете и другие медицинские общества гор. Казани. Пленарные заседания этих обществ и многочисленные секции, собирая людные врачебные аудитории, концентрируют как в фокусе результаты коллективного опыта и творчества различных учреждений, научных работников и врачей периферии, освещают актуальные проблемы местного края.

За описываемый период крупную роль в развитии научно-исследовательской мысли в крае, несомненно, сыграли краевые врачебные съезды, собиравшиеся в Казани (I-ый Поволжский, I-й по борьбе с венерическими, III-й краевой рино-ларингологический), а также кантонные и областные научные конференции, созываемые по инициативе Татбюро врач. секции при ближайшем и активном участии профессоров и преподавателей университета и при широком участии врачей периферии¹⁾. Эти конференции, выводя науку из священных „храмов“ и приближая к гуще рядовой врачебной массы, в высокой степени способствуют пробуждению научного творчества и интереса к изучению окружающей действительности²⁾. Ряд специальных докладов и конференций имели целью внедрение профилактического подхода и методов диалектического материализма во врачебное мышление и методологию научной медицины как при разработке теоретических вопросов, так и при изучении окружающих социальных явлений (клиника).

Нельзя обойти молчанием также работу студенческих научных кружков КГУ, вовлекающих учащуюся молодежь в научную работу вообще и изучение вопросов местного края в частности. Особо отметим инициативу Кружка татароведения, ныне слившегося с общестуденческим научно-медицинским кружком, по разработке татарской медицинской терминологии. Эта кропотливая работа, находящаяся на грани медицины и языкознания, приобретает сейчас особо важное значение в связи с широким

¹⁾ См. Труды научной конференции врачей ТССР. К., 1928 г. Отчет о 2-й Обл. научной конф. врачей ТР (Н. Вылегжанин К. М.Ж. 1930 г., № 2).

²⁾ См. В. М. Аристовский, Первая кантонная научная конференция врачей ТР в г. Чистополе. Сб. Здрав. ТССР, № 1, 1928. Н. В. Соколов. Научная конференция врачей в Тетюшах. Сб. Здрав. ТССР, № 3, 1930.

развитием сети медицинских курсов и средне-медицинских школ, медицинского издательства и санпросвета на языках коренных народностей края. Пока сделаны лишь первые шаги, а именно закончена разработкой терминология по нормальной анатомии ¹⁾, гистологии ²⁾ и физиологии ³⁾.

В заключение необходимо указать, что участие отдельных кафедр и научно-вспомогательных учреждений университета по изучению ТССР за прошлое десятилетие было далеко неравномерным как по удельному весу интересующих нас здесь работ, так и по занимаемому ими месту в общей работе кафедры, но постепенно все более и более научно-исследовательская работа кафедр становится на службу социалистическому строительству ТР и всего союза. Другим крупным недостатком следует признать отсутствие систематичности и общего планирования, а также учета проводимой научной работы, а в отдельных случаях надлежащей материальной обстановки для решения тех или иных поставленных задач. По нашему мнению, вся задача планирования и учета научно-исследовательской работы по изучению ТССР должна быть сосредоточена в медицинской секции Татарского научно-исследовательского института, который должен привлечь все наличные кадры и учреждения для всесторонней и систематической разработки научных проблем по оздоровлению края и поднятию медицинской культуры интернациональной семьи народов ТССР.

¹⁾ Термины по норм. анатомии на тат. языке, Гектограф. изд. Акадцентра ТНКИ.

²⁾ Рукоп. ³⁾ Рукоп.

К вопросу об изучении переживаемости взрослого татарского населения *).

(По данным комплексной экспедиции по Мензелинскому кантону ТР).

Ф. Г. Мухамедьярова,

ассистента Института социальной гигиены ТНКС и кафедры соц. гигиены Института усов. врачей.

Определение переживаемости населения и порядка его вымирания является одной из главнейших задач социально-гигиенического обследования, санитарной характеристики того или иного района той или иной группы населения. Без этих данных трудно получить правильное представление о санитарном состоянии изучаемого района. С другой стороны, изучение проблемы переживаемости представляет из себя довольно трудную задачу и требует применения сложной методики. Сущность метода заключается в сопоставлении чисел распределения по возрастам умерших с числами распределения по возрастам живущих и в получении вероятности дожития до следующего возрастного периода. Полученная таким способом вероятность дожития позволяет исчислить порядок вымирания не существующего (гипотетического) поколения при возрастной смертности, равной силе смертности за тот период времени, за который произошла перепись.

Несколько лет тому назад Государственный институт социальной гигиены стал применять другой более простой и более доступный метод исчисления переживаемости¹⁾, который позволяет поставить изучение этой проблемы даже при экспедиционной обстановке. Сущность метода, известного под названием метода „братьев и сестер“, заключается в следующем: получаем данные о некоторой массе населения, часть которого в настоящее время живет, а другая часть умерла, причем как умершие, так и живущие распределены по годам рождения; кроме того умершие распределены по возрастам смерти. При наличии этих данных путем сопоставления их известным образом легко получить все элементы таблицы смертности. Недостатком метода „братьев и сестер“ является то, что не получается сведений о тех рядах братьев и сестер, которые жили одновременно с обследуемыми, но к моменту обследования все вымерли, таким образом смертность в исследуемой популяции получается несколько сниженной. Однако, как показывает сравнение с данными, полученными из точных всеобщих переписей, большой разницы здесь не получается, а выгоды метода несомненны, т. к. он может применяться при экспедиционных обследованиях.

Чтобы иллюстрировать, какие именно данные для этого требуются, помещаем форму карты, выработанной Государственным институтом социальной гигиены.

*) Работа должна была быть помещена в „Трудах О-ва по изучению Татарстана“, но с разрешения О-ва печатается в „Каз. мед. ж.“.

¹⁾ Знаки ¹⁾, ²⁾ в тексте обозначают № статьи в литературных источниках.

КАРТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.

Ф. _____
Имя Отца _____ № _____
Имя Матери _____

Хоз. №	Имена	Живет в др. месте	Пол	Возраст в наст. момент	Возраст смерти	Год смерти	Причина смерти

Карта заполняется путем опроса одного из представителей горизонтальной линии (братьев, сестер) о судьбе всех остальных братьев и сестер, достигших 15-тилетнего возраста. Таким образом каждая карта включает сведения о представителях только одной линии, поэтому на одно хозяйство иногда приходится заполнять несколько карт, и лица, помещенные в одной карте, могут находиться в разных хозяйствах. Что касается детей до 15-тилетнего возраста, то сведения о них получаются при заполнении карты плодovitости, исходя из того, что мать лучше помнит о судьбе своих детей до 15-тилетнего возраста.

Настоящая наша работа представляет первый опыт изучения переживаемости взрослого татарского населения по вышеуказанному методу. Материал был собран медицинской группой комплексной экспедиции, организованной Обществом изучения Татарстана летом 1929 года.

Экспедиция была организована Обществом изучения Татарстана, которое ставит перед собою задачу исследования и всестороннего изучения производительных сил Татарской Республики, с чем неразрывно связано и социально-гигиеническое изучение края. Работу предполагается вести при помощи научных сил г. Казани по определенной программе и в строго плановом порядке с тем, чтобы к концу пятилетки охватить изучением всю республику. Летом 1929 г. первая экспедиция уже обследовала Мензелинский кантон, на краткой социально-экономической характеристике которого считаем нужным несколько остановиться.

Мензелинский кантон расположен в северо-восточной части Татарской республики, занимает 5.621,1 кв. километра площади, что составляет 8,37% всей территории ТР. По данным переписи 1926 года из общего количества населения (167.113 человек) городское население составляет 4,51%, а 95,49% падает на сельское население. По национальному составу среди городского населения татары составляют 17,9%, русские—81,6%, прочие национальности—0,5%; среди сельского населения (159.568 человек) татары составляют 77,1%, русские—20,7%, прочие национальности 2,2%.

Мензелинский кантон является исключительно сельскохозяйственным районом, фабрично-заводской промышленности не имеет, кустарно-ремесленная промышленность развита слабо: по данным переписи 1926 года число лиц, занятых в кустарной промышленности, по всему кантону составляет всего—2.001 человек. По весеннему опросу 1928 года по кантону имеется всего 36.114 крестьянских хозяйств, в том числе 392 отсутствующих, что составляет 1,1% при 2,2% по всей ТР. Количество населения обоего пола в наличных хозяйствах составляет 173.343 человека, и средний состав семьи определяется в 4,9 чел. По средним и относительным величинам элементов сельского хозяйства Мензелинский кантон является сравнительно мощным: на 100 хозяйств приходится 459,4 гектара полевого посева при 449,8 гектара по всей ТР, 94,6 рабочих лошадей при 79,1 по всей ТР; на 100 душ населения приходится 23,0 коровы при 17,9 по ТР, 64,8 овец при 55,3 по всей ТР.

Обследование проводилось по выборочному методу, т. е. каждый 5-ый двор подвергался изучению в отношении: 1) жилища, 2) питания, 3) быта, 4) социальных болезней (туберкулез, венерические болезни, трахома), 5) физического развития, 6) плодovitости женщин и переживаемости детей, 7) переживаемости взрослого населения. Кроме того, дано описание населенных пунктов, обследованы источники водоснабжения, собран материал, характеризующий состояние и работу медико-санитарных учреждений. Изучением было охвачено всего 11 селений татарских, 1 селение русское и 1 марийское!

Медицинская группа комплексной экспедиции работала под руководством экспедиционного комитета ОИГ при непосредственном участии Института соц. гигиены.

Всего поступило 1510 карточек, куда входят и карты, полученные дополнительно. Из этого количества были исключены малочисленные национальные группы, а также неправильно заполненные карты—всего 258 шт. Таким образом в разработку вошли 1252 карты исключительно татарской национальности с общим количеством лиц обоего пола—5.060 человек (мужчин—2468 и женщин—2592). Вся эта группа населения представляет массу, поступившую под наше наблюдение, порядок переживания которой нами исчислен.

Материал был разработан по методу изохрон, который позволяет изолированное изучение явлений по календарным периодам. Поэтому, наряду с определением переживаемости всех наблюдаемых нами, был отдельно исчислен порядок переживаний по календарным периодам: 1) до 1915 года, 2) за период 1916—1923 гг., 3) за период 1924—1928 гг. При этом мы исходили из соображения, что довоенный период, характеризуемый более устойчивыми и однообразными социально-экономическими условиями, резко отличается от периода войны, послевоенной разрухи и голода (1916—1923), а последний период (1924—1928), как период реконструктивный и период социально-экономического и культурного роста населения, в свою очередь отличается как от первого, так и от второго периода. Смертность населения, как био-социальное явление, обуславливается, главным образом, влиянием социально-экономических и бытовых факторов, и поэтому все эти периоды должны дать различные индексы выживаемости. Кроме того мы хотели выявить на нашем материале относительную интенсивность вымирания мужчин и женщин, что, несомненно, также представляет большой социально-гигиенический интерес.

Для определения порядка переживания взрослого населения берется определенная масса вступивших под наблюдение, т. е. достигших 15-тилетнего возраста за известный период, из этого числа исключаются как умершие в данном возрасте, так и не достигшие следующего возраста. Таким образом мы получаем отдельно для каждого возраста совокупность, над которой наблюдение закончено. Отношение числа умерших в данном возрасте к этой совокупности выраженное, в % называется коэффициентом возрастной смертности, при помощи которого и определяется число оставшихся в живых в каждом возрасте. На основании этих данных легко исчислить как вероятность дожития, так и вероятность умереть до любого возраста из 1000 вступивших в 15-тилетний возраст или из 1000 родившихся, если исчисление вести от 0 лет. Чтобы иллюстрировать ход исчисления, приводим таблицу № 1, где показана техника определения переживаемости всех наблюдаемых обоего пола.

Исчисление переживаемости всех наблюдаемых обоого пола.

Табл. 1.

Возраст	Вступило под наблюдение	Перешло в следующую, период	Закончено наблюдение	Умерло	Умерло в данном возрасте 0/0	Осталось в живых в данном возрасте pro mille.	Умерло из 1000 вступивших в 15 лет. возр.	Осталось в живых из 1000 вступивших в 15-лет. воз.	Осталось в живых из 1000 родившихся
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	5060	—	5060	36	7	993	7	993	520
16	5024	132	4892	41	8	992	9	991	519
17	4851	136	4715	43	9	991	18	982	515
18	4672	80	4592	88	19	981	27	973	510
19	4504	111	4393	39	9	991	36	964	505
20	4354	120	4234	88	21	979	56	944	495
21	4146	115	4031	45	11	989	66	934	489
22	3986	76	3910	55	14	986	79	921	483
23	3855	109	3746	41	15	985	93	907	475
24	3705	109	3596	39	11	989	103	897	470
25	3557	104	3453	74	21	979	122	878	460
26	3379	125	3254	37	11	989	132	868	455
27	3217	89	3128	36	12	988	142	858	450
28	3092	94	2998	49	16	984	156	844	442
29	2949	107	2842	26	9	991	164	836	438
30	2816	70	2746	73	27	973	187	813	426
31	2673	142	2531	24	10	990	195	805	422
32	2507	54	2453	40	16	984	208	792	415
33	2413	79	2334	25	11	989	217	783	410
34	2309	76	2233	32	14	986	228	772	405
35	2201	61	2140	43	20	980	242	758	397
36	2097	118	1979	22	11	989	250	750	393
37	1957	57	1900	28	15	985	261	739	387
38	1872	69	1803	26	14	986	271	729	382
39	1777	79	1698	21	12	988	280	720	377
40	1677	41	1636	52	32	968	303	697	365
41	1584	140	1444	20	14	986	313	687	360
42	1424	24	1400	29	21	979	328	672	352
43	1371	68	1303	15	12	988	336	664	348
44	1288	44	1244	18	14	986	345	655	343
45	1226	36	1190	35	29	971	364	636	333
46	1155	80	1075	13	12	988	372	628	329
47	1062	35	1027	13	13	987	380	620	325

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	1014	38	976	18	18	982	391	609	319
49	958	50	908	14	15	985	400	600	314
50	894	28	866	38	31	969	419	581	304
51	828	93	735	16	22	978	432	568	298
52	719	15	704	17	24	976	446	554	290
53	687	32	655	11	17	983	455	545	286
54	644	24	620	12	19	981	465	535	280
55	608	15	593	15	25	975	478	522	274
56	578	56	522	7	13	987	485	515	270
57	515	19	490	13	26	974	498	502	263
58	483	30	453	4	9	991	503	497	260
59	449	31	418	5	12	988	509	491	257
60	413	11	402	22	55	945	537	463	243

Таким же способом была определена переживаемость мужчин и женщин, и результаты исчисления представлены в следующей таблице № 2.

Порядок переживания всех наблюдаемых по полу.

Табл. 2.

Возраст	Осталось в живых из 1000 вступивших в 15-летний возраст		Осталось в живых из 1000 родившихся		Возраст	Осталось в живых из 1000 вступивших в 15-летний возраст		Осталось в живых из 1000 родившихся	
	М.	Ж.	М.	Ж.		М.	Ж.	М.	Ж.
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	1000	1000	520	528	39	678	760	353	401
16	993	993	516	524	40	668	752	347	397
17	982	987	511	521	41	645	730	335	385
18	974	977	506	516	42	630	727	328	384
19	953	961	596	507	43	613	717	319	379
20	943	954	490	504	44	604	711	314	375
21	920	937	478	495	45	591	705	307	372
22	904	931	470	492	46	574	683	298	361
23	892	917	464	484	47	567	675	295	356
24	878	911	457	481	48	557	670	290	354
25	865	905	450	478	49	543	662	282	350
26	845	887	439	468	50	531	656	276	346
27	831	881	432	465	51	508	626	264	331
28	818	875	425	462	52	493	618	256	326
29	801	865	417	457	53	473	613	246	324
30	793	859	412	454	54	463	606	241	320
31	772	836	401	441	55	450	599	234	316
32	763	830	397	438	56	434	589	226	311
33	748	819	389	432	57	427	583	222	308
34	737	812	383	429	58	413	572	215	302
35	726	801	378	423	59	409	562	213	297
36	709	787	369	416	60	405	559	211	295
37	699	781	363	412	61	378	535	197	282
38	686	773	357	408					

Первая таблица (9-ая графа) характеризует порядок переживания населения обоего пола, начиная с 15-ти лет, т. е. дает ответ на вопрос, сколько из 1000 вступивших в 15-тилетний возраст доживает до определенного возраста. Наше исчисление доведено до 60 лет, которые являются предельным рабочим возрастом. Следующая графа (10-я) характеризует порядок переживания 1000 родившихся, что исчислено на основании данных 9 ой графы и данных о переживаемости детского населения до 15-ти лет ⁶⁾.

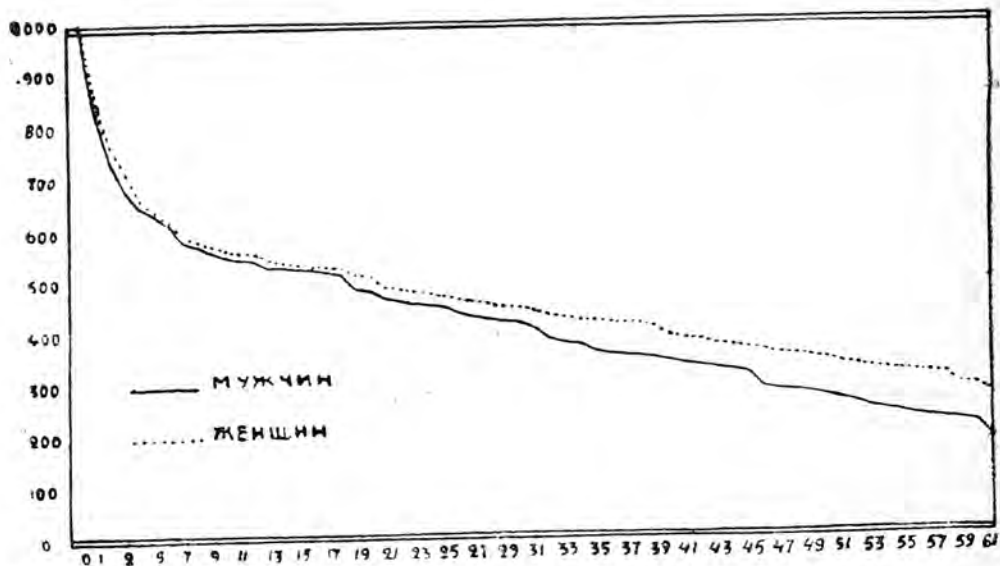


Рис. 1.

Данные второй таблицы характеризуют сравнительную переживаемость мужчин и женщин отдельно и подтверждают, что татарское население в отношении лучшей доживаемости женщин исключения не представляет. До 5-ти лет разница в доживаемости мужчин и женщин является значительной, к 7—8 годам кривые сближаются, начиная с 10-ти лет они снова несколько расходятся и до 20—21 года держатся друг от друга приблизительно на одинаковом расстоянии, давая весьма незначительное колебание. С 22—24 лет разница переживаемости постепенно увеличивается и к 61 году она становится довольно значительной: в то время как из 1000 мужчин, вступивших в 15-тилетний возраст, доживают до 61 года 378 человек, из 1000 женщин доживает 535 чел.; из 1000 родившихся мужчин доживает 197, из 1000 женщин—282 (см. рис. 1). Повидимому, это объясняется более тяжелыми условиями труда мужчин в сравнении с женщинами, благодаря чему мужчины больше подвергаются всевозможным опасностям, рискуют своей жизнью и дают более высокую смертность.

Далее нами был исчислен порядок переживания, как было указано выше, по календарным периодам, что представляет громадный интерес с точки зрения выявления связи процесса вымирания с социально-экономическими факторами. Эта задача, на первый взгляд довольно труд-

ная, легко разрешается при помощи метода изохрон¹⁾, который применяется при изучении аналогичных явлений⁴⁾. На таблице для разработки этого вопроса подлежащим служит возраст в момент наблюдения (обследование), сказуемым — возраст смерти, имеется особая графа для живущих, проводятся особые лестнице-образные линии, соединяющие явления (события), относящиеся к одним и тем же календарным периодам, — линии изохрон; полигоны между этими линиями включают события, наступившие в определенном календарном периоде (год, месяц и т. д.). Дальнейшие исчисления производятся по примеру таблицы № 1. Результаты разработки приведены в следующей таблице:

Порядок переживания обоих полов по календарным периодам.

Таб. 3.

190. 3.

Возраст	Осталось в живых из 1000 вступивших в 15-летний возраст			Осталось в живых из 1000 родившихся			Возраст	Осталось в живых из 1000 вступивших в 15-летний возраст			Осталось в живых из 1000 родившихся			
	До 1915 г.	1916—1923 г.	1924—1928 г.	До 1915 г.	1916—1923 г.	1924—1928 г.		До 1915 г.	1916—1923 г.	1924—1928 г.	До 1915 г.	1916—1923 г.	1924—1928 г.	
	1	2	3	4	5	6		7	1	2	3	4	5	6
15	1000	1000	1000	557	449	720	39	821	454	847	457	204	610	
16	996	980	997	555	440	718	40	814	443	839	453	199	604	
17	992	956	990	553	429	714	41	788	423	829	439	190	597	
18	987	933	985	550	419	709	42	785	406	825	437	182	594	
19	974	895	972	548	402	700	43	778	384	819	433	172	590	
20	971	866	972	541	389	700	44	777	373	809	433	167	582	
21	957	824	962	533	370	693	45	773	359	803	431	161	578	
22	952	797	960	530	358	691	46	760	336	797	423	151	574	
23	943	766	958	525	344	690	47	755	324	797	421	145	574	
24	934	753	950	520	338	684	48	752	313	794	419	141	572	
25	927	733	948	516	329	683	49	747	301	784	416	135	564	
26	909	710	931	506	319	670	50	738	293	780	411	132	562	
27	904	687	926	504	308	667	51	702	279	761	391	125	548	
28	899	666	915	501	299	657	52	696	268	752	388	120	541	
29	891	642	905	496	288	652	53	691	255	743	385	114	535	
30	886	627	905	494	282	652	54	689	248	730	384	111	526	
31	870	596	891	485	268	642	55	689	237	726	384	106	523	
32	866	582	889	482	261	640	56	679	228	713	378	102	513	
33	862	555	880	480	249	634	57	675	220	713	376	99	513	
34	857	543	871	477	244	627	58	662	209	709	369	94	510	
35	854	523	869	476	235	626	59	662	205	705	369	92	508	
36	840	503	862	468	226	621	60	657	203	696	366	91	501	
37	836	489	853	466	220	614	61	632	184	683	352	83	492	
38	831	467	850	463	210	612								

В этой таблице прежде всего обращают на себя внимание цифры, характеризующие переживаемость достигших 15-тилетнего возраста: из 1000 вступивших в 15-тилетний возраст доживают до 20-ти лет в первом периоде—971 человек, в третьем периоде—972 человека, т. е. разница весьма незначительная. Начиная с 21 года доживаемость в третьем периоде постепенно повышается: из 1000 человек до 40 лет доживает в 1-м периоде—814, в 3-тнем периоде—839; до 50-ти лет доживает в 1-ом периоде—738, в 3-тнем—780; к 61 году разница доходит до 51 человека на 1.000. Переживаемость во втором периоде—периоде войны, послевоенной разрухи и голода—значительно ниже переживаемости в первом периоде: если в возрасте 16 лет эта разница выражается цифрой 16 на 1000, то в 20 лет она доходит до 105, в 30 лет до 261, в 40 лет—371, в 50 лет—445 и, наконец, до 61 года доживает только 184 человека против 632 в первом периоде. Такое явление легко объяснить изменением социально-экономических и культурно-бытовых условий, которые являются одними из главных факторов, обуславливающих вымирание населения (см. рис. 2).

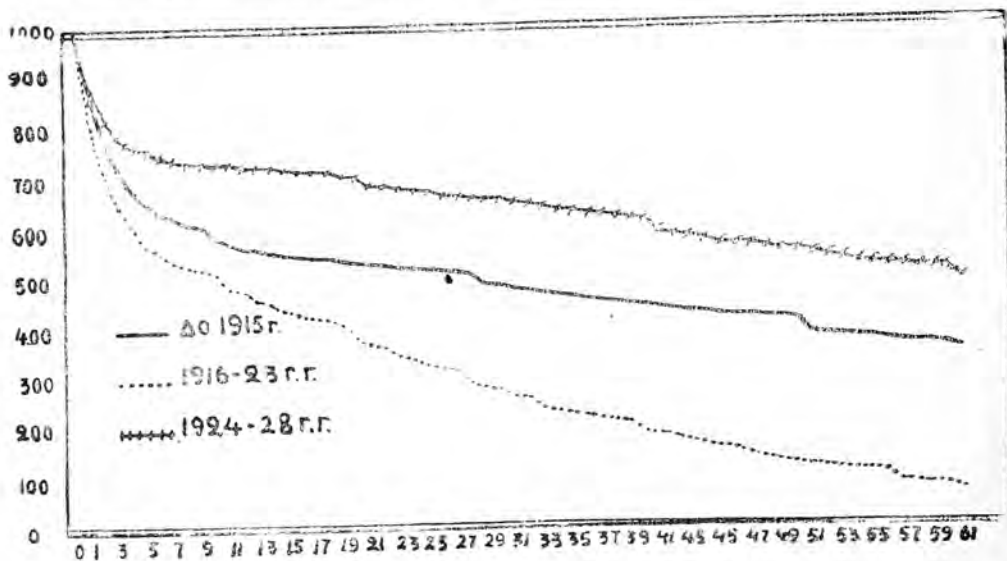


Рис. 2.

Сравнение чисел доживающих из 1.000 родившихся дает совершенно иную картину: разница между цифрами, характеризующими переживания в первом и третьем периодах, значительно выше—в возрасте 16 лет она выражается цифрой 163 на 1.000, в следующих возрастных периодах эта разница постепенно понижается так, что из 1000 родившихся до 61 года доживает в первом периоде 352 человека, в третьем периоде—492, т. е. разница на 140 человек. Что касается цифр второго периода, то разница между ними и цифрами первого периода постепенно повышается: в 16 лет она равняется 108, а в 61 год—доходит до 269. Такое несоответствие между результатами исчисления порядка пережи-

вания от 0 л. и от 15 лет зависят от степени интенсивности вымирания в разных возрастах по календарным периодам. Повидимому, одни и те же факторы, обуславливающие смертность населения, неодинаково влияют на разные возрастные группы: ухудшение социально-экономических условий, как то война, голод и проч., вызывает более высокую смертность среди взрослого населения, чем среди детского и, наоборот, улучшение этих условий скорее сказывается на детском возрасте.

Так как наша методика не является еще общераспространенной и специальная литература, касающаяся применения этого метода, чрезвычайно скудна, то полученные нами результаты можно сопоставить только с данными Государственного института социальной гигиены о переживаемости населения Дагганского округа ⁷⁾, что представлено в следующей т-де.

Сравнительная таблица переживаемости татар и даргинцев обоего пола до 1916 года.

Табл. 4.

Возраст	Осталось в живых				Возраст	Осталось в живых			
	Из 1000 вступивших в 15-лети. возраст		Из 1000 родившихся			Из 1000 вступивших в 15-лети. возраст		Из 1000 родившихся	
	Татары	Даргинцы	Татары	Даргинцы		Татары	Даргинцы	Татары	Даргинцы
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	1000	1000	557	—	38	831	840	463	449
16	996	984	555	526	43	778	801	433	428
17	992	978	553	523	48	752	774	419	414
18	987	974	550	521	53	691	720	385	385
23	943	937	525	501	58	662	680	369	363
28	899	904	501	483	63	608	625	339	334
33	862	878	480	469					

Из этой таблицы видно, что переживаемость татар, достигших 15-летнего возраста, до 23-х лет выше переживаемости даргинцев (тат. 943, дарг. 937), с 28 лет переживаемость последних повышается (тат. 899, дарг. 904), число переживших 63 тий год даргинцев превышает такое число татар на 17 человек. Очевидно, в младших возрастах переживаемость татар еще выше, что подтверждают цифры последних двух рядов, характеризующие сравнительную доживаемость 1.000 родившихся.

Что касается общерусской таблицы смертности, составленной Новосельским по данным переписи 1897 года, и сокращенной таблицы смертности по РСФСР, составленной Лубны-Герцык Л. и Овчинским Б. по данным переписи 1926 года, то обе эти таблицы составлены по косвенному методу, данные относятся к годам переписи, в то время, как наш материал охватывает значительный период времени (1865—1928) и объектом наблюдения является совокупность реальная, а не гипотетическая. С другой стороны, мы оперируем сравнительно неболь-

шим материалом—5.060 чел., а указанные таблицы составлены на громадном переписном материале. Несмотря на это, тип и характер наших кривых и полученные нами цифры дожития без всякого выравнивания довольно близко подходят к таковым вышеупомянутых авторов, поэтому мы считаем возможным дать некоторый сравнительный анализ. При этом нужно иметь ввиду, что наш материал, как было указано выше, разработан по календарным периодам, поэтому мы считаем более правильными цифры переживаемости до 1915 года сопоставить с данными Новосельского, относящимися к 1897 году, а порядок переживания, вычисленный для последнего периода (1924—1928 гг.), сравнить с данными сокращенной таблицы смертности, которая относится к 1926 году. Что касается переживаемости всей наблюдаемой нами совокупности (таблицы №№ 1 и 2) и порядка переживания во втором периоде (1916—1923 гг.), то мы не имеем данных, характеризующих порядок переживания населения за период войны и голода, который сильно изменил структуру населения.

Переживаемость населения бывш. России и населения Мензелинского к-на до 1915 г.

Табл. 5.

Возраст	Мужчин			Женщин			Возраст	Мужчин			Женщин		
	Население б. Европейск. России 1896—1897	Татарское население Мензелинск. к-на до 1915 г.		Население б. Европейск. России 1896—1897	Татарское население Мензелинск. к-на до 1915 г.			Население б. Европейск. России 1896—1897	Татарское население Мензелинск. к-на до 1915 г.		Население б. Европейск. России 1896—1897	Татарское население Мензелинск. к-на до 1915 г.	
1	2	3		4	5		1	2	3		4	5	
0	1000	1000		1000	1000		28	466	529		495	477	
1	702	846		741	878		33	447	508		474	454	
2	632	746		672	797		38	427	485		451	442	
3	595	715		634	744		43	404	452		426	417	
8	530	617		566	603		48	375	434		399	406	
13	512	586		547	582		53	341	397		367	375	
18	500	577		533	525		58	300	387		325	361	
23	483	555		515	500		63	253	353		274	329	

Из сравнения цифр первых двух рядов видно, что переживаемость мужчин татар до 1915 года была выше переживаемости всего мужского населения бывшей Европейской России; эта разница колеблется в небольших пределах и к 63-м годам выражается цифрой 100 на 1000 родившихся. Доживаемость женщин-татарок до 13-ти лет выше доживаемости всего женского населения бывшей России, в 18—43 года она дает некоторое понижение, с 48 лет снова повышается и в 63 года разница доходит до 55 на 1.000 родившихся. Далее мы видим, что по общей русской таблице смертности переживаемость женского населения во всех возрастах выше переживаемости мужского (2 и 4 графы), что вполне согласуется с обще-установленным положением в демографии о сравнительно высокой смертности мужчин. Этим и объясняется почти повсе-

местное преобладание женщин над мужчинами. Наши данные в отношении татарского населения этого не подтверждают, что видно из сопоставления цифр 3 и 5 граф. Начиная с 8-ми лет во всех возрастах переживаемость мужчин выше переживаемости женщин, и число оставшихся в живых мужчин в возрасте 63 выражается цифрой 353, а женщин—329 на 1000 родившихся. Повидимому, это объясняется более тяжелыми условиями существования татарских женщин в прошлом.

Следующая таблица дает цифры, характеризующие порядок переживания населения в отдельных союзных республиках; они взяты из сокращенной таблицы смертности, составленной по данным переписи 1926 года.

Переживаемость населения СССР в 1926 г. и татарского Мензелинского кантона в 1924—1928 г.г.

Табл. 6.

Возраст	Мужское население				Женское население			
	Европей- ская часть РСФСР	Украина	Белоруссия	Мензелинск. к-н ТР	Европей- ская часть РСФСР	Украина	Белоруссия	Мензелинск. к-н ТР
1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
1	794	844	887	883	822	870	909	884
2	743	800	848	815	774	829	873	837
3	718	777	824	789	749	806	851	803
8	676	725	780	732	706	754	810	741
13	663	709	768	724	695	738	798	717
18	654	696	758	700	685	724	787	712
23	638	675	739	678	670	704	769	689
28	619	653	719	640	653	683	747	665
33	600	635	697	592	634	662	723	655
38	576	614	675	570	614	640	699	633
43	548	590	650	554	592	617	675	607
48	512	561	619	534	568	593	649	588
53	468	524	580	487	511	565	619	554
58	416	476	526	458	507	529	584	528
63	359	422	471	403	461	481	536	494

Из этой таблицы видно, что по переживаемости, как мужского, так и женского населения, первое место занимает Белоруссия, потом идет Украина, а РСФСР дает сравнительно низкую переживаемость. Во всех этих республиках женщины дают более высокую переживаемость, чем мужчины. Татарское мужское население Мензелинского кантона в периоде 1924—1928 гг. до 23-х лет занимает второе место после Белору-

сии, а с 28-ми лет переходит на 3-ье место. Таким образом из 1.000 родившихся мужчин-татар до 63-х лет доживает 403 человека, в то время как в Белоруссии—471 человек, на Украине 422 человека, а по РСФСР—359 человек. В отношении женского населения получается несколько иная картина: женщины-татарки в возрасте 3—58 лет по переживаемости занимают 3-ье место, давая относительно высокую переживаемость только в сравнении с женским населением РСФСР; в более старческих возрастах переживаемость татарок несколько повышается и в 63 года татарки дают относительно высокую переживаемость не только в сравнении с женщинами РСФСР, но и Украины. Далее, мы видим, что в последнем периоде (1924—1928 гг.) женщины татарки дают более низкую смертность в сравнении с мужчинами татарами, в результате чего из 1.000 родившихся татарок до 63-х лет доживает 494 человека против 403 мужчин татар.

Выводы: 1) Настоящая наша работа представляет первый опыт в деле изучения переживаемости татарского населения по методу „братьев и сестер“, поэтому полученные нами данные носят ориентировочный характер и нуждаются в подтверждении на более обширном материале.

2) Полученные результаты намечают тип и порядок переживания татарского населения Мензелинского к-на:

а) Сравнительно низкая переживаемость мужчин, установленная для населения всего Советского Союза, распространяется и на татарское население в отношении всех наблюдаемых без разделения на календарные периоды.

б) Переживаемость мужчин-татар до 1915 г. была выше переживаемости всего мужского населения, а переживаемость женщин-татарок была ниже переживаемости всего женского населения бывшей Европейской России.

в) За период 1916—1923 гг. переживаемость татарского населения сильно понизилась вследствие ухудшения социально-экономических условий.

г) За период 1924—1928 гг. переживаемость татарского населения выше переживаемости в довоенном периоде и выше переживаемости населения РСФСР за 1926 г. и ниже населения Белоруссии.

д) В отличие от довоенного периода за последний период переживаемость женщин-татарок выше переживаемости мужчин-татар.

3) Несмотря на то, что наши данные получены на небольшом материале и для окончательных выводов требуется проведение дополнительных работ, они все же намечают перспективу улучшения социального здоровья татарского населения, показателем чего является нормальное соотношение переживаемости полов и понижение смертности в последнем периоде. Эти положительные явления находят свое объяснение в улучшении социально-экономических условий, в мероприятиях советской власти по охране здоровья населения и, в частности, приближении квалифицированной медпомощи к коренному населению, а также в известной степени в факте сохранения в живых наиболее физически ценных элементов населения, устоявших против вредных и разрушительных действий войны, послевоенной разрухи и голода.

4) Закономерность, которой подчиняется процесс вымирания населения, установленная и демографическим методом, в нашей работе

выявлена в достаточной мере, и метод „братьев и сестер“ можно признать пригодным для изучения проблемы переживаемости.

Литературные источники: 1) Г. А. Баткис. Очерки по статистической методологии. „Социальная гигиена“, №№ 2—3 (12—13), 4 (14) 1928 г.—2) Он же. Плодовитость Калмыцкого народа. Калмыки — исследование санитарного состояния и запаса жизненных сил. Под ред. проф. А. В. Молькова. 1928 г.—3) Он же. К вопросу о методологии вычисления среднего возраста при статистических и демографических исследованиях. „Социальная гигиена“ 1 (10), 1927 г.—4) Синкевич Г. П. Исчисление среднего возраста наступления признака по календарным периодам. „Гигиена и Эпидемиология“, № 10. 1928 г.—5) Он же. Вологодская крестьянка и ее ребенок. Под редакцией Г. А. Баткиса. Госиздат, 1929 г.—6) Мухамедьяров Ф. Г. Опыт изучения плодовитости женщины-татарки и переживаемости ее ребенка. Труды общ. изучен. Тат. II том, 1930 г.—7) Он же. Переживаемость взрослого населения Даргинского округа. Социально-гигиеническое исследование народностей Дагестана. Выпуск I под ред. проф. А. В. Молькова, 1930 г.—8) Епифанова А. Г. Плодовитость даргинки и смертность детей. Соц. гигиенич. исследов. народ. Дагестана. Вып. I, под ред. А. В. Молькова, 1930 г.—9) Новосельский С. А. Смертность и продолжительность жизни в России, издание 1916 г.—10) Он же. О применении метода Standard population к измерению рождаемости „Материалы по стат. Петрограда“, вып. III, 1922 г.—11) Дж. Ч. Уиппл и С. А. Новосельский. Основы демографической и санитарной статистики Государ. мед. издат.—12) Вейнберг Ф. Методика и техника статистики в приложении к социальной биологии. Перевод Л. А. Сыркина, под ред. проф. А. В. Молькова. Госиздат, 1928 г.—13) Принцинг Ф. Методы санитарной статистики. Вопросы труда, 1926 г.—14) Лубны-Герцык Л. и Овчинский В. Сокращенные таблицы смертности населения европейской части СССР за 1926 г. „Статист. обозрение“ № 1, 1929 г.—15) Статистика населения. „Статистический ежегодник по ТССР Татстатуправления 1928 г.—16) Всесоюзная перепись населения 1926 г. Средне-Волжский район. изд. ВСУ СССР, 1928 г.—17) Бабынин Б. Сила смертности в РСФСР и рост населения. „Стат. обозрение“ № 1, 1929 г.

Из лаборатории кафедры Микробиологии Казанского государственного университета и Микробиологического института Наркомздрава ТССР.
(Директор—проф. В. М. Аристовский).

Зависимость между наличием естественных противотел и способностью организма к выработке искусственных.

С. М. Еналеева.

Наблюдения целого ряда исследователей над иммунизацией различных видов животных и вакцинацией людей антигенами растительного и животного происхождения и их продуктами обмена веществ с несомненностью подтверждают тот факт, что образование и нарастание противотел происходит тем лучше и легче, чем больше имеется в наличии естественных противотел по отношению к вводимому в организм животного антигену. Так, Sordelli и Glenny указывают, что лошади с высоким содержанием естественного дифтерийного антитоксина очень подходящи для изготовления крепкой дифтерийной сыворотки. St. Böcher на основании изучения этого практически важного вопроса приходит к выводу, что высокий нормальный титр является хорошей предпосылкой для образования аналогичных антигел при искусственной иммунизации. Для образования дифтерийного антитоксина у лошади нормальный

титр в $1/20$ А. Е. является хорошим индикатором. Для изготовления гемолитического амбоцентора по Pontano пригодны в особенности животные, сыворотки которых богаты естественными гемолизинами. Dölter наблюдал, что животные с нормальными агглютинидами, направленными против кровяной группы А, легко продуцируют иммунтел в отношении А. Hirszfeld и Brokman наблюдали, что детв Schick- и Dick-положительных родителей очень трудно поддаются иммунизации и обратно—дети Schick-и Dick-отрицательных родителей—легко. Все эти наблюдения показывают, что наличие естественных противотел служит выражением специфической готовности организма реагировать на введение антигена быстрой выработкой соответствующих иммунтел.

Организм не представляет из себя серологической *tabula rasa*, на которой иммунизаторное раздражение безразборчиво может запечатлеть все, что угодно. Мы можем, говорить Hirszfeld, образование антител сравнить с рефлексом. Так, некоторые рефлексы предсуществуют без всякого индивидуального упражнения. В полной аналогии с этим стоит тот факт, что некоторые нормальные антитела появляются в сыворотке без специфического раздражения. Другие рефлексы, хотя и предсуществуют, но для своего проявления должны быть усилены посредством индивидуального упражнения. Такое сходство мы можем видеть в тех антителах, существование которых нормально отсутствует в организме и которые появляются благодаря адекватному раздражителю. Таким образом способность к образованию противотел переходит из потенциального состояния в кинетическое. Респансивность организма движется по предсуществующим путям, а нормальные антитела представляют из себя не что иное, как спонтанно созревшие серологические рефлексы.

Таким образом, мы находим ряд указаний, что наличие естественных противотел является указанием на свойственную данному экземпляру животного способность легкой выработки иммунтел к соответствующему антигену при искусственной иммунизации. С другой стороны, лабораторная практика давно уже чисто эмпирически привела к правилу пользоваться определенными видами опытных животных для получения тех или других иммунных сывороток, выбрав наиболее выгодные комбинации антигена и вида животного. А priori поэтому можно предполагать, что для определенного вида животного в связи со свойственной ему, как виду, способностью легкой продукции противотел к данному антигену должно быть характерно, если не как постоянное, то как очень частое явление, содержание соответствующих естественных противотел при нормальных условия. Для проверки этого положения мы остановились на исследовании содержания естественных гемолизинов к красным кровяным шарикам различного происхождения у кроликов и морских свинок, испытав в дальнейшем в соответствии с полученными результатами способность определенных животных реагировать выработкой противотел при иммунизации их соответствующими антигенами. В первую очередь нас интересовали гемолизны к шарикам барана в виду того, что гемолитическая противо-баранья сыворотка, обычно получаемая в лабораториях от кроликов, имеет самое широкое применение в нашей лабораторной практике. Кроме шариков барана мы исследовали в качестве антигена красные кровяные шарики лошади, человека и коровы. С целью выявления наличия естественных гемолизинов в сыворотке кроликов и морских

свинок к красным кровяным шарикам различных видов животных, нами было исследовано 64 кролика и 95 морских свинок. 28 кроликов исследовано на гемелизины к красным кровяным шарикам барана—положительный результат дали 22 кролика, из них 12 дали $++++$, $4+++$, $2++$ и $4+$; 12 кроликов исследованы на гемелизины к красным кровяным шарикам человека—положительный результат дали 8 кроликов, из них дали $2++++$, $4+++$, $1++$ и $1+$; 12 кроликов исследовалось к красным кровяным шарикам лошади—положительный результат дали 7 кроликов, из них дали: $4++$, $2+$ и 1—следы гемелиза; 8 кроликов исследовано к красным кровяным шарикам коровы—положительный результат дали 4 кролика, из них дали: $3+$ и 1—следы гемелиза. 50 морских свинок исследовано на естественные гемелизины к красным кровяным шарикам барана—положительный результат дали 27 морских свинок, из них дали: $6++++$, $3+++$, $13+$ и 6—следы гемелиза; 21 морская свинка исследована к красным кровяным шарикам человека—положительный результат дали 4 морских свинок—только следы гемелиза; 13 морских свинок исследовано на красные кровяные шарики лошади—положительный результат дали 4, из них дали: $1++$, $1+$ и 2 следы гемелиза; 18 морских свинок исследовано к красным кровяным шарикам коровы—положительный дали 9, из них $3+++$, $3++$ и $3+$. Полученные результаты показывают, что как у кроликов, так и морских свинок из исследованных нами гемелизинов чаще всего и в наибольшей концентрации обнаруживаются гемелизины к красным кровяным шарикам барана, причем, если провести сравнение между кроликами и морскими свинками, то оказывается, что кролики, как по частоте, так и по богатству содержания естественных гемелизинов, значительно превосходят морскую свинку. Соответственно полученным результатам следует ожидать, что кролик должен быть лучшим донором иммунной гемелитической противобараньей сыворотки, чем морская свинка, а кроме того и тот, и другой вид животного должны при искусственной иммунизации успешнее всего отвечать выработкой гемелизинов именно к этому виду красных кровяных шариков, чем к другим из исследованных нами. При проверке этого положения мы убедились в его правильности. Мы поступали следующим образом. Опытным животным мы производили однократную инъекцию в ушную вену или внутрибрюшинно 0,5 куб. сан. промытой крови и спустя 7—8 дней исследовали их сыворотку на содержание гемелизинов. Для опытов мы подбирали, с одной стороны, животных с наиболее богатым, а с другой, наименьшим содержанием или, по возможности, с полным отсутствием естественных гемелизинов к тому сорту шариков, которые затем применялись для иммунизации животного. Животные подбирались по возможности одинакового веса. Для примера приведем несколько относящихся сюда протоколов.

Опыт № 1-й. От кроликов № № 11 и 14 взята из ушной вены кровь для исследования сыворотки на естественные гемелизины к красным кровяным шарикам барана. К 10 каплям инактивированной сыворотки прибавлено 5 капель 5% взвеси промытых красных кровяных шариков барана и 5 капель свежей сыворотки морской свинки, разведенной в отношении 1:10. В качестве контроля служила пробирка, содержащая 10 капель физиологического раствора NaCl , 5 капель 5% взвеси красных кровяных шариков барана и 5 капель разведенной свежей сыворотки морской свинки. Пробирки переносились на 1 час в термостат при 37°C , после чего отмечались результаты гемелиза. В сыворотке кролика № 11 гемелизинов не обнаружено вовсе (гемелиз отсутствует), в пробирке с сывороткой № 14

полный гемолиз (+++). В этот же день оба кролика получили внутривенно по 0,5 куб. сан. промытых красных кровяных шариков барана. Через 7 дней у обоих кроликов взята кровь для исследования на содержание гемолизинов. Сыворотки и того, и другого кролика, после инактивирования, разведены физиологическим раствором NaCl в отношении 1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:160, 1:320. В опытные пробирки прибавлялось по 1 к. с. одного из указанных разведений иммунной сыворотки, по 1 куб. см. 5% взвеси красных кровяных шариков барана и 1 к. с. свежей сыворотки морской свинки разведения 1:10.

Результаты отмечались через час пребывания в термостате при 37°C.

Таблица № 1.

Развед. сыворот.	Сыворотка кролика № 11	Сыворотка кролика № 14	5% взв. баран. шар.	Компл.	Результаты
1:10	1,0	—	1,0	0,5	++
1:20	1,0	—	1,0	0,5	0
1:40	1,0	—	1,0	0,5	0
1:80	1,0	—	1,0	0,5	0
1:160	1,0	—	1,0	0,5	0
1:320	1,0	—	1,0	0,5	0
1:10	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:20	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:40	—	1,0	1,0	0,6	++++
1:80	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:160	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:320	—	1,0	1,0	0,5	++++

Примечание: количеством крестов (+) обозначается степень гемолиза, причем ++++ обозначают полный гемолиз, 0—отсутствие гемолиза.

Опыт № 2. Сыворотка кроликов № 4 и № 5 исследовалась на содержание естественных гемолизин к красным кровяным шарикам человека. Схема постановки опыта та же, что и в опыте № 1. Результаты: сыворотка кролика № 4 дала гемолиз +, сыворотка кролика № 5 дала ++++. Оба кролика получили интравенно по 0,5 куб. сан. промытых кровяных шариков человека. Исследование сывороток, произведенное через неделю, дало следующие результаты:

Таблица № 2.

Развед.	Сыворотка крол. № 4	Сыворотка крол. № 5	5% вз. шар. чел.	Компл.	Результаты
1:10	1,0	—	1,0	0,5	++++
1:20	1,0	—	1,0	0,5	+++
1:40	1,0	—	1,0	0,5	++
1:80	1,0	—	1,0	0,5	0
1:160	1,0	—	1,0	0,5	0
1:320	1,0	—	1,0	0,5	0
1:10	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:20	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:40	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:80	—	1,0	1,0	0,5	++++
1:160	—	1,0	1,0	0,5	+++
1:320	—	1,0	1,0	0,5	++

Опыт № 3. Сывянки № 505 и 538 предварительно обследованы на содержание естественных гемолизинов к красным кровяным шарикам барана, лошади и человека. Сыворотка свинки № 505 не дала гемолиза ни с одним из указанных сортов красных кровяных шариков; сыворотка № 538 дала гемолиз бараньих шариков ++++, лошадиных ++ и человеческих—следы. Обе свинки инъецированы интерперитонеально по 0,5 куб. см. промытых шариков барана. Через неделю взята проба для исследования сыворотки на гемолизин к красным кровяным шарикам барана и в этот же день обе свинки получили внутривенно по 0,5 к. с. промытых шариков человека. Через неделю снова взята кровь для исследования сывороток на гемолизин к шарикам человека. Результаты первого и второго исследования представлены в нижеследующей таблице:

Таблица № 3.

Развед.	Сыворот. св. № 505	Сыворотка св. № 538	5% взв. шар. барана	5% взв. шар. челов.	Компл.	Результаты
1:10	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:20	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:40	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:80	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:160	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:320	1,0	—	1,0	—	0,5	0
1:10	—	1,0	1,0	—	0,5	++++
1:20	—	1,0	1,0	—	0,5	++++
1:40	—	1,0	1,0	—	0,5	++++
1:80	—	1,0	1,0	—	0,5	++++
1:160	—	1,0	1,0	—	0,5	++++
1:320	—	1,0	1,0	—	0,5	+++
1:10	1,0	—	—	1,0	0,5	0
1:10	—	1,0	—	1,0	0,5	+

Целый ряд опытов, поставленных по вышеприведенной схеме давал постоянно один и тот же результат. Мы не приводим здесь образцов опытов с иммунизацией лошадиными красными кровяными шариками, так как они ничего нового по существу не вносят. Отметим только, что морские свинки и кролики, даже содержавшие естественные гемолизин к лошадиным шарикам, очень трудно продуцировали соответствующие гемолизин, подобно тому как морские свинки, которые характеризуются крайне редким и очень небогатым содержанием гемолизин к человеческой крови, давали и при искусственной иммунизации с большим трудом и очень небогатым по содержанию этих гемолизин сыворотки, не больше + при разведении сыворотки $\frac{1}{10}$. Слабо выраженная способность кроликов и морских свинок продуцировать гемолизин к лошадиной крови находится в соответствии с бедным содержанием в их сыворотках соответствующих естественных гемолизин. Как легко видеть из приведенных выше примеров, содержание естественных гемолизин к тому или другому виду крови, несомненно, может служить прекрасным мерилем, позволяющим судить о присущей данному индивидууму способности к выработке тех же гемолизин под влиянием специфического иммунизаторного раздражения. Из опытов видно, что чем выше концентрация естественных гемолизин, тем выше при одинаковых условиях иммунизации и титр получаемых иммунных сывороток.

Выше мы уже указывали, что наиболее частой находкой из исследованных нами сортов гемолитинов, как у кроликов, так и морской свинки, оказались гемолитины к красным кровяным шарикам барана, затем по частоте и по высоте концентрации следуют у кролика гемолитины к красным кровяным шарикам человека, потом лошади и, наконец, коровы, а у свинки на втором месте после гемолитинов к бараньим шарикам стоят гемолитины к шарикам коровы, за ними следует лошадь и человек. Исследуя одно и то же животное одновременно на присутствие естественных гемолитинов к различным сортам шариков, мы обратили внимание на определенную закономерность, наблюдающуюся в содержании различных гемолитинов: наиболее редко встречающиеся гемолитины (к красным кровяным шарикам лошади, коровы, а у свинки, кроме того и гемолитины к человеческой крови) мы обнаруживали только у тех кроликов и морских свинок, которые отличались наиболее богатым содержанием гемолитинов к шарикам барана, что является, как мы говорили выше, наиболее частой находкой у этих животных. Наоборот, нам ни разу не удавалось обнаружить у животных редко встречающиеся гемолитины без того, чтобы одновременно не обнаружить в еще большей концентрации гемолитинов к шарикам барана. Существует, таким образом, некоторая зависимость в содержании различных естественных гемолитинов. Получается впечатление, что содержание естественных гемолитинов к различным сортам крови представляет собой как бы выражение одной и той же функции организма, которая на первых ступенях своего развития приводит к появлению в сыворотке лишь гемолитинов к шарикам барана, а затем в порядке постепенности, по мере развития этой функции, начинают появляться и гемолитины к другим сортам крови. Таким образом, наличие естественных гемолитинов к шарикам барана может как будто служить вообще мерилем некоторой серологической зрелости организма кролика и морской свинки, а вместе с тем и его способности реагировать выработкой иммунитета не только к этому антигену, но и к другим, если иметь в виду, по крайней мере, гемолитины. Это положение мы пробовали проверить, правда на небольшом материале опытных животных, и получили в общем подтверждающий результат.

Если, таким образом, в отношении гемолитинов у нас составилось определенное убеждение, то естественно возник вопрос, не может ли наличие естественных гемолитинов к шарикам барана служить указателем способности организма к выработке не только различного рода гемолитинов, но и противотел к антигенам бактериального происхождения. Так как ответ на этот вопрос, как нам кажется, мог бы представлять определенный интерес и с точки зрения человеческой патологии и эпидемиологии вообще, то мы решили проверить это положение непосредственно на человеке. Для наших наблюдений мы воспользовались прививочной кампанией к брюшному тифу и паратифу В среди слушателей Казанского медтехникума. План наших исследований был следующий: до начала вакцинации у подлежащих вакцинации лиц мы брали кровь для исследования своротки на естественные гемолитины к шарикам барана, а также и на агглютинины к *b. thyphi* abd. и *parat. B*. Всего нами исследовано 30 человек. Полное отсутствие гемолитинов к шарикам барана обнаружено лишь у 4 человек, остальные содержали гемолитины и часто в высоком титре (мы брали предельное разведение сыворотки $1/40$). Почти также

часто, но всегда в невысокой концентрации (в. б. сл. при разведении 1:10, 1:20), обнаруживались и агглютинины. Однако, постоянного параллелизма или определенной зависимости в содержании тех и других противотел нам подметить здесь не удалось: лица, в сыворотке которых открывались гемолизины с высоким титром, содержали агглютинины с небольшой концентрацией или даже совсем их не имели и наоборот. То же самое явление отмечено Hirszfeld'ом и Seydel'ем при исследовании ими кроликов, среди которых встречается индивидуумы—носители гемолизинов и агглютининов, или только гемолизинов, или только агглютининов, или наконец, несодержавшие ни гемолизинов, ни агглютининов.

Указанное обстоятельство, т. е. отсутствие зависимости в содержании тех и других противотел, а priori делало вероятным предположение, что результаты вакцинации человека к тифу и паратифу В не будут зависеть в какой-либо зависимости от предсуществования или отсутствия у них гемолизинов. Последующая проверка вакцинируемых нами лиц, предпринятая спустя 10 дней после последней (3) инъекции вакцины, показала, что почти все вакцинированные содержали агглютинины как к палочке тифа, так и паратифа в значительно более высокой концентрации (до 1:250 и выше), чем до вакцинации; титр агглютининов был тем выше, чем в большем количестве эти противотела обнаруживались до начала вакцинации, а у двух лиц из числа не содержавших естественных агглютининов к палочке тифа, последние не были обнаружены и после вакцинации. Наоборот, образование или нарастание агглютининов под влиянием вакцинации не позволило подметить какой-нибудь зависимости от предсуществования естественных гемолизинов.

Подводя итоги нашим исследованиям мы считаем возможным сделать нижеследующие выводы:

1) Предсуществование естественных гемолизинов у нормальных животных (в наших опытах у кроликов и морских свинок) и агглютининов (у человека) может служить мерилем способности этих животных к продукции соответствующих противотел при искусственной иммунизации.

2) Из исследованных нами естественных гемолизинов наиболее частой находкой у кроликов и морских свинок являются гемолизины к шарикам барана и наиболее редким—к шарикам лошади и коровы, а у свинок, кроме того, и гемолизины к шарикам человека; в соответствии с этим находится и тот факт, что указанные виды животных наиболее успешно продуцируют при искусственной иммунизации гемолизины к шарикам барана.

3) В содержании естественных гемолизинов к различным сортам крови у исследованных нами опытных животных отмечается определенная закономерность, выражающаяся в том, что наличие редко встречающихся естественных гемолизинов, как правило, сопровождается одновременно нахождением у этого животного и гемолизинов, часто встречающихся у данного вида.

4) Наоборот, наличие естественных агглютининов (к *b. thyphi* abdom. и parat. В у человека) не связана с одновременным присутствием гемолизинов к шарикам барана, и успешность образования агглютининов при вакцинации не зависит от содержания естественных гемолизинов.

В заключение приношу свою искреннюю благодарность профессору В. М. Аристовскому, как за предложенную тему и руководство при

исполнении работы, так и за предоставление в мое распоряжение большого количества опытных животных, связанное со значительными материальными затратами.

Литература: 1) Hirszfeld L. Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung;—2) Bieling B. Erzeugen der Antikörper. Handbuch der pathogen. Mikroorganismen. W. Kolle. R. Kraus und P. Uhlenhuth. Band II;—3) W. Kolle und R. Rügge. Die Grundlage der Lehre von der erworbene Immunität. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. W. Kolle. R. Kraus und P. Uhlenhuth Bd. II;—4) Sordelli L. Preparation rapide des serums antidiptériques C. R. Soc. Biol., 1924. Bd. 85;—5) L. Hirszfeld und Ere Seydel, Untersuchungen über die Vererbung normaler Antikörper. Zeitschrift für Hyg. und Infkr. B. 104, H. 3. 1925.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Казанского гос. университета.

К патогенезу, клинике и терапии эндокринных заболеваний суставов.

Проф. А. Г. Тергулова.

Суставные процессы, развивающиеся на почве эндокринных функциональных расстройств, в клинике ходят под разными названиями: эндокринных артритов, артрозов, артропатий. *Periarthritis endocrinica destruens*, *Arthritis genuina sicca usurosa*, *Arthritis ovaripriva* и *Osteoarthropathia thyreopriva*. Из всех этих названий с патогенетической и патолого-анатомической точек зрения наиболее удовлетворительным следует признать название, предложенное Umber'ом—*Periarthritis endocrinica destruens*.

Пользование названиями: артриты, артропатии возможно только условно, т. к. первый скорее употребляется для обозначения воспалительных процессов суставов, второй для заболеваний, имеющих то или иное отношение к нервной системе.

Артрозы, как название, было предложено Müller'ом для дифференциального отличия эндокринных артритов, как процессов чисто дегенеративных, от артритов воспалительных.

Arthritis genuina sicca usurosa—название, предложенное Munc'ом на основании данных рентгенографического изучения эндокринных поражений суставов и по признаку отсутствия каких-либо воспалительных явлений со стороны суставного аппарата.

Определения, предложенные Müller'ом и Munc'ом, удачные по существу,—не пользуются широким распространением в клинике.

Название *Arthritis ovaripriva* и *Osteoarthropathia thyreopriva* применяются в следующих случаях: первое в отношении артритов, развивающихся на почве удаления яичников, кастрации яичников лучами Рентгена (Menge), климактерия (Lauber); второе—на почве оперативного удаления щитовидной железы (Kocher).

Эндокринные поражения суставов в клинике встречаются не часто, и, по данным Umber'a и Strauss'a, составляют только 3% первичных хронических ревматических заболеваний суставов. Есть основание думать, что функциональные расстройства эндокринной системы помимо прямого участия в поражении суставов принимают косвенное участие в происхождении

некоторых форм хронических артритов—подагрических заболеваний и известковых импрегнаций суставов—„Kalkgicht“ Strauss'a.

При этом дело представляют следующим образом: на почве эндокринных расстройств наступающие биохимические изменения тканей суставов благоприятствуют отложению солей мочевой кислоты, извести или фиксации различных вредностей (Zimmer).

Существование подобного рода поражений по Strauss'y и Ueber'y доказывается еще и тем, что одновременно в таких случаях находят наличие так называемых эндокринных стигм: усиление или ослабление пигментации кожи, склеродермические изменения, выпадение волос, трофические расстройства ногтей, вазомоторные расстройства, ожирение, лимфоцитоз и т. п.

Müller держится аналогичной же точки зрения. Он также считает, что расстройства эндокринной системы подготавливают, создают предрасположения, при которых травмы, микротравмы и другие вредности впоследствии легко вызывают реактивные явления. В молодом возрасте преимущественно поражается костная часть суставного аппарата, в старшем—синовiallyно-хрящевая часть.

Все авторы единодушно подчеркивают, что эндокринные артриты значительно чаще встречаются среди женщин, чем мужчин, и связывают это обстоятельство с предрасположением, создающимся в организме женщины в климактерический период.

Так, по материалу Gar'a (цит. по Strauss'y), собранному в течение 3-х лет, из 132 случаев эндокринных заболеваний суставов приходится 121—на женщин и только 11 на мужчин.

Вопрос об участии тех или иных желез внутренней секреции в происхождении эндокринных артритов в настоящее время является далеко не разработанным.

В настоящее время имеются следующего рода достоверные факты относительно роли тех или иных желез внутренней секреции. Так, известно, что оперативное удаление щитовидной железы вызывает клинический синдром, описанный Kocher'ом под названием Osteoarthropatia thyrogeoriga.

Некоторые формы артрозов, сопровождающиеся ожирением, микседемой хорошо поддаются лечению тиреоидином (Вельяминов, Riebold).

Артриты при Базедовой болезни успешно поддаются рентгенизации щитовидной железы или оперативному лечению—удалению последней.

Факты эти были установлены неоднократно и на основании их считают неподлежащим теперь сомнению, что некоторые формы артритов зависят или от гипофункции щитовидной железы, или дисфункции, или гиперфункции. При этом предполагают, что вредное влияние на суставы оказывают или токсические продукты межтучного обмена, образующиеся как при гипофункции, так и гиперфункции щитовидной железы, или качественно измененный секрет железы при дисфункции.

Наибольший процент артритов падает на климактерический период женщины. На первый взгляд этот факт можно бы рассматривать, как доказательство, что в происхождении такого рода артритов исключительная роль принадлежит гипофункции половых желез. Доказательств же прямой роли гипофункции яичников в происхождении артритов не имеется, кроме указаний некоторых авторов, что чисто овариальные кли-

мактерические артриты протекают несколько отлчно от климактерических артритов вообще. Так, по указаниям Hiss'a, такого рода артриты поражают главным образом коленные суставы: заболевание начинается до наступления менопаузы и исчезает самостоятельно через 1 или 2 года.

Большинство артритов менопаузы представляют плюригланулярные заболевания, сопровождаются явлениями, свойственными дисфункции—гедостаточностью щитовидной железы—ожирением, не поддаются лечению препаратами овариина и, наоборот, хорошо—препаратами щитовидной железы.

Наблюдений относительно овариальных артритов молодого возраста имеется очень мало. В этом отношении, пожалуй, является наиболее демонстративным случай, описанный Umber'ом, которому собственно и принадлежит честь установления существования артритов чисто овариогенного происхождения.

Им был описан случай, касающийся 32-летней женщины, страдавшей множественным поражением суставов в течение 10 лет. Начало заболевания спустя 8 месяцев после первых родов. В анамнезе никаких инфекционных заболеваний, кроме кори. Одновременно с поражением суставов—трофические расстройства со стороны ногтей, psoriasis vulgaris. Больная была пользована с блестящими результатами препаратами овариина, причем одновременно с улучшением суставов были отмечены и улучшения со стороны трофических расстройств. По утверждению Umber'a в этом случае у него не было никаких сомнений относительно тесной связи поражения суставов с гипофункцией яичников.

Аналогичный случай был описан Kröner'ом (Hiss, Kröner, цит. по Riebold'y).

Далее, на мой взгляд, является крайне доказательным случай Riebold'a. У больной 35 лет тяжелые повторные поражения суставов в связи с наступающими длительными прекращениями менструаций с 23 летнего возраста; каждый раз самостоятельное излечение с наступлением менструаций. Последний припадок был купирован путем применения препарата яичника.

К этим редким случаям мне хотелось бы присоединить не менее демонстративный случай овариогенного артрита, который мы имели возможность наблюдать несколько месяцев тому назад в нашей клинике.

Больная 16 лет. Болеет множественным поражением суставов в течение 4 лет. Начало болезни постепенное. До заболевания при посещениях школы больной каждый раз приходилось пересекать в лаптях речку; ноги от этого были постоянно мокрые, с чем, собственно говоря, она и связывает начало своего заболевания. За 4 месяца до поступления в клинику больная по случаю усиления болезненных припадков была лишена возможности передвигаться, ходить.

В прошлом у больной никаких указаний на инфекционные заболевания; родители здоровы. Meneses отсутствуют и не было.

Поражены суставы кисти, пальцев ног, голеностопные, коленные и локтевые; суставы самостоятельно болезненны, а также и при движениях; активные и пассивные движения суставов сильно ограничены; в силу ограничения подвижности коленных суставов ноги постоянно в состоянии приведения.

Межфаланговые мышцы атрофичны; форма опухания межфаланговых суставов геретенообразная; при пальпации своеобразная упругость—сопротивление, сильно напоминающее консистенцию гуттаперчи. Форма опухания крупных суставов менее типична; мышцы конечностей атрофичны.

Со стороны легких, сердца, органов брюшной полости, никаких уклонений от нормы.

При морфологическом исследовании крови—лимфоцитоз.

Данные рентгенофотографии кисти рук: резкое контрастное усиление тени суставных капсул; суставные щели свободны; атрофическое состояние эпифизарных частей; отсутствие каких-либо дефектов хрящевой и костной части.

Думать о каких-либо первичных хронических ревматических заболеваниях суставов мы меньше всего имели оснований хотя бы только потому, что в прошлом больной мы не имеем каких-либо указаний на перенесенные инфекционные заболевания.

У больной менсес не было; на это обстоятельство было обращено сугубое внимание и высказано предположение, что отсутствие менсес—функциональное расстройство яичников—я является ближайшей причиной поражения суставов.

Данные рентгенофотографии такому предположению не противоречили, наоборот, согласно данным Umbeg'a, в контрастном выступании тени капсул суставов, я усматривал скорее подтверждение правильности нашего предположения—связи поражения суставов с гипофункцией яичников.

По данным Zondek-Aschheim'a и данным других авторов, на которые они ссылаются, яичники функционально находятся в тесном взаимоотношении с функцией щитовидной железы и, главным образом, гипофиза.

Так, в периоде полового созревания недостаточная функция яичников сопровождается явлениями гиперфункции щитовидной железы. При менструации имеет место повышение деятельности щитовидной железы; при беременности—гипертрофия—повышенное выделение коллоидной субстанции и расширение фолликул щитовидной железы (Freund).

Продолжительное кормление животных экстрактами передней доли гипофиза вызывает гиперфункцию яичников (Gotsch) и, наоборот, рентгенизация (Fraenkel), экстирпация гипофиза (Biedl u. Aschner)—явления гипофункции, обратное развитие половых органов животных.

Вопросы влияния передней доли гипофиза на функции яичников были подробно изучены Zondek-Aschheim'ом, причем ими на основании данных литературы и собственных экспериментальных наблюдений было установлено, что в физиологических условиях передняя доля гипофиза в отношении яичников играет чрезвычайно важную роль: по образу выражению этого автора гормон передней доли является мотором сексуальных органов—функций (das Hypophysenvorderlappenhormon ist der Motor der Sexualfunktion)—действует ускоряющим образом на процессы созревания фолликул и оказывает стимулирующее влияние на гормон яичников.

С точки зрения данных Zondek-Aschheim'a я и имел в виду провести лечение больной: сначала препаратами оваривина, а в случае отрицательных результатов прибегнуть к комбинированному лечению, т. е. стимулировать деятельность яичников путем применения препаратов гипофиза.

Мы применили жидкий препарат оваривина и были свидетелями блестящих результатов лечения—обратного развития процесса и прогрессивного улучшения субъективного состояния больной за относительно короткое пребывание ее в клинике. Приемы оваривина несколько не повлияли на наступление менструаций.

Если действительно правильна точка зрения Zondek-Asehheim'a о зависимости наступления менструаций от стимулирующих влияний со стороны передней доли гипофиза на деятельность яичников, то нам следовало бы в данном случае провести комбинированное лечение препаратами овариина и гипофиза. К сожалению, мы не имели возможности провести это наблюдение по случаю выписки больной из клиники. Дальнейшая ее судьба неизвестна.

Если теперь сравнить наше наблюдение с наблюдениями вышеприведенных авторов, то мне кажется, что наш случай является крайне демонстративным в смысле иллюстрации несомненной патогенетической роли гипофункции яичников в происхождении эндокринных артритов.

Наряду со случаями артритов, развивающихся на почве гипофункции яичников, несомненно существуют по аналогии с тиреогенными — артриты на почве дисфункции и гиперфункции яичников.

На этот предмет мы нашли указание у Вельяминова и подробнее у Riebold'a. По последнему автору, артриты, развивающиеся на почве гиперфункции яичников, клинически протекают в двух формах — легкой и тяжелой. При первой форме поражаются мелкие суставы рук и ног; заболевание наблюдается только во время менструаций. При второй — поражение суставов держится годами, протекает по типу „resurgierendes rheumatoides ovulationslieber“, т. е. сопровождается повышениями 1° и усиленным опуханием суставов в периоды менструаций.

Эти случаи замечательны еще и тем, что они не поддаются лечению препаратами овариина.

По мнению Riebold'a, при этих формах овариогенных артритов непосредственной причиной поражения суставов и обострения их в менструальные периоды являются токсические продукты межточного обмена, образующиеся на почве гиперфункции яичников. Ссылаясь на тот факт, что некоторые формы артритов при Базедовой болезни хорошо поддаются оперативному лечению, автор высказывает мысль, что, может быть, было бы целесообразным и при овариогенных артритах, причиной которых является гиперфункция или дисфункция яичников, произвести, как лечебное мероприятие, кастрацию последних. В литературе подобных предложений не имеется и мнение Riebold'a является единоличным.

Наблюдений о непосредственном влиянии функциональных расстройств гипофиза на поражение суставов не имеется кроме косвенных указаний об удовлетворительных результатах, полученных при лечении некоторых форм артритов препаратами гипофиза и щитовидной железы (Zimmer).

Вопрос об участии мужских половых желез в происхождении артритов также является мало разработанным, имеются только косвенные указания (Вельяминов). В связи с этим приобретает особый интерес сообщение прив. доц. Тимофеева „О состоянии половых желез при артритах“ в последнем номере (№ 10) журнала „Клиническая медицина“.

Материал Тимофеева охватывает 53 случая эндокринных артритов на почве гипофункции половых желез. Во всех случаях больные имели уменьшенные в объеме, атрофичные или совершенно дряблые яички, то на почве врожденной недостаточности, ранения, воспаления, то мастурбации, varicosele или hydrocele. Автор, на основании своих наблюдений и ссылкой на данные Бочкарева, довольно определенно высказы-

вается о патогенетическом значении гипофункции мужских половых желез в происхождении эндокринных артритов.

Если мы теперь на основании приведенного материала попытаемся подвести итог относительно роли тех или иных желез внутривенной секреции в происхождении артритов, то, мне кажется, мы можем сказать, что существование чистых овариогенных или тиреогенных артритов (первые — в молодом, вторые — в старшем возрасте), не подлежит сомнению, хотя эти формы и встречаются редко. Большинство же артритов плюригlandулярного происхождения.

При эндокринных артритах излюбленно поражаются мелкие суставы — кисти рук, пальцев ног, далее голеностопные, коленные, локтевые и плечевые — процесс идет в направлении от периферии к центру. В молодом возрасте, особенно у мужчин, процесс иногда протекает моноартикулярно, поражая тазобедренные суставы (Müller).

Патолого-анатомически при эндокринных артритах находят исключительно дегенеративные изменения (Müller). Непосредственной причиной этих изменений являются токсические воздействия продуктов межклеточного обмена (Umbel, Menge), по Lauberg'у же — стойкие спазматические состояния сосудов мягких частей суставного аппарата. Процесс в первой стадии ограничивается только мягкими частями периапартулярной ткани. В дальнейшем в ткани начинается процесс рубцевания, расстраивается питание хрящевой и костной части; вследствие этого, а также под влиянием механических моментов, постепенно развиваются деструктивные процессы хрящевой части сустава — usura хряща. Изменения хрящевой части в свою очередь, вторично вызывают реактивные явления со стороны костной и синовиальной оболочки и в конце концов ведут к девиации и деформации сустава.

Предрасполагающими моментами в происхождении эндокринных артритов считают продолжительное действие холода, травмы и физические утомления. Заболевание начинается постепенно со своеобразных болевых ощущений — тугости, окоченения, холода в пальцах рук, конечностях и болей в суставах. Непосредственная причина этих ощущений — спазм сосудов периапартулярной ткани (Riebold) или, как думает Вельяминов, парестезические нервные трофические расстройства. Обычно эти ощущения держатся сначала в мелких суставах, а затем постепенно переходят на крупные.

Объективно измененные межфаланговые и метакарпо-фаланговые суставы (большой палец) имеют веретенообразную форму. Форма эта особенно сильно оттеняется в силу атрофии мышц. При пальпации консистенция суставов напоминает консистенцию гуттаперчи. Болезненность суставов умеренная; в той или иной степени имеются ограничения как активных, так и пассивных движений.

Форма поражения крупных суставов менее типична. В прогрессирующих случаях наступает деформация суставов; крепитация, треск, ощущение разражений чаще встречаются при климактерических поражениях суставов.

При рентгенофотографии, как правило, в ранних стадиях не находят никаких изменений со стороны хрящевой и костной ткани, кроме

вышеотмеченных своеобразных изменений периартикулярной ткани. Отчетливое контрастное выступание последней при снимках мягкими лучами является, по Umber'y, характерным признаком эндокринных артритов; суставная щель свободна.

В дальнейшем присоединяются атрофические изменения суставов и ушра хряща; в случаях же прогрессирующих находят и изменения, характерные в смысле arthritis deformans—разрушение хрящевой части и реактивные гиперпластические процессы как со стороны костной, так и синовиальной оболочки сустава (Umber, Muncsk).

Muncsk, Рейнберг считают рентгеновскую симптоматику недостаточно специфической, последнее может быть использовано для целей дифференциального распознавания лишь в связи с клиническими данными и данными анамнеза.

На наш взгляд, данные рентгенофотографии первой стадии, как на это указывает и Umber, являются не лишними удельного веса в смысле правильного направления наших мыслей при распознавании природы тех или иных первичных хронических поражений суставов.

Внутренние органы не подвергаются каким-либо особым изменениям. Со стороны сердечно-сосудистой системы иногда находят гипертоническое состояние—климактерическую гипертонию (Muncsk); со стороны крови—лимфоцитоз. О значении эндокринных стигм мы уже говорили выше. Со стороны нервной системы иногда находят расстройства чувствительности, невриты, понижение сухожильных рефлексов. Вельяминов подчеркивает сочетание некоторых форм тиреотоксических артритов с истерией.

Терапия. Umber при овариогенных артритах рекомендует проводить продолжительное и систематическое лечение препаратами яичника per os—folliculin по 3 таблетки 3 раза в день, или выпрыскивать периодически подкожно—folliculin по 1 см. до 20 ампулл.

В случаях смешанных—артритов климактерических—комбинированное лечение препаратами овариина и щитовидной железы: Thyreoidin Merck по степени недостаточности от 0,1 до 0,3—3 раза в день.

Лечение желательно проводить под контролем основного обмена; при учащении пульса показано прерывание лечения.

При тиреогенных артритах, соединенных с ожирением или микседемой—препараты thyreoidin'a от 0,1 до 0,3—3 раза в день. Вельяминов видел хорошие результаты при дистиреозах в комбинации с гипертиреозами от применения малых доз thyreoidin'a. Он рекомендует начинать лечение с 0,01 pro die; если препарат переносится, то доходить до 0,03×2 или на 3 pro die, каковую дозу он считает и максимальной. В случаях, где и минимальная доза не переносится, вызывая повышение пульса и нервозность, рекомендует давать thyreoidin периодически, напр., каждый третий день, или через каждые три дня по три дня. В случаях, где превалировали симптомы гипотиреоза, он считает допустимой дозу 0,03×3 pro die. Возможно, что такое осторожное лечение и целесообразно при условиях, где нет возможности провести лечение под контролем основного обмена.

При артритах гипофизарных, наряду с диетическими мероприятиями против ожирения, комбинированное лечение препаратами щитовидной железы и гипофиза—incrétan'om.

Наряду с гормональной терапией показаны все мероприятия, направленные к усилению артериальной гиперемии пораженных суставов, как-то: диатермия, светолечение, грязелечение, массаж. В упорных случаях можно испробовать протениотерапию (Umber).

Заканчивая этим сообщением, считаю необходимым указать, что мною были затронуты только наиболее твердо установленные положения по вопросам патогенеза эндокринных заболеваний суставов. Совершенно незатронутой осталась гипотеза, выдвигаемая в последнее время проф. Опцлем, о роли патологических состояний 'glandulae parathyreoideae' в эндокринных поражениях суставов, отчасти потому, что она является еще объектом дискуссии, а главное ввиду моих намерений затронуть эту гипотезу в дальнейшем в связи с вопросом о деформирующих артритах.

Литература:—1) Umber. Dtsch. Med. Wsch. № 39—1926.—2) Umber. Ernährung u. Stoffwechselkrankheiten, 1925.—3) Umber. Handbuch der Gesamten Therapie Guleke, Penzoldt, Stintzing Bd. V.—4) Strauss. Med. Kl. № 34—1927.—5) Muncsk. Med. Kl. № 15—1926.—6) Müller. Bruns Beitr. z. Klin. Chir. H. 1. 1928. 7) Lauber u. Ramm. Münch. med. Wschr. № 3.—1930.—8) Riebold. Münch. med. Wschr. № 3—1930.—9) Zondek-Aschheim. Kl. Wschr. № 28—1927.—10) Zondek-Aschheim. Kl. Wschr. № 6—1927.—11) Тимофеев. Клиническая медицина. Т. VIII. № 10.—1930.—12) Вельяминов. Учение о болезни суставов.—13) Muncsk. Рентгенодиагностика внутренних заболеваний.—14) Рейнберг. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.

Из Терапевтического отделения (Зав. проф. З. Н. Несмелова) Всеукраинского государственного института патологии и гигиены труда (Директор—проф. Э. М. Каган).

Материалы к изучению функциональной способности почек у некоторых групп рабочих.

И. И. Костюкова. (Харьков).

В течение ряда последних лет Терапевтическое отделение Всеукраинского государственного института патологии и гигиены труда ставило себе задачей изучение функциональных способностей различных органов, причем оно имело в качестве объекта обследования свыше 4.000 человек. В настоящей статье мы приведем результаты изучения функциональной способности почек у некоторых групп рабочих.

Какие задачи стоят перед функциональной диагностикой почек?

Функциональные пробы почек должны определять: 1) действительную работу почек и 2) резервную силу:

Что почки действительно обладают запасными силами, доказано работами: Tuffier, Файницкого, Герцена, Гончарукова и Радзиевского, Schlayer'a, Magnus'a, D'Amata, Barkroft'a, Straube и Жодкевича.

В настоящее время предложен целый ряд проб для определения функции почек. В Терапевтическом отделении института мы пользовались для данной цели методом Albarran'a: 1) пробой с разведением (водяная, мокрая проба), 2) пробой с концентрацией (сухая проба).

Целый ряд исследователей (С. П. Федоров, Н. Михайлов, Heresco, Blum, Kövers-Roth и др.) и особенно Volhard и

Явейн считали эти пробы безусловно ценными для определения функциональной способности почек.

Применявшаяся нами техника была такова: у каждого испытуемого в течение первых суток поступления в отделение определялись общий диурез и удельный вес мочи; из суточного количества мочи посылалось 200—300 куб. сан. в лабораторию для обычного качественного анализа. Затем, испытуемого садили на водяную пробу—утром после мочеиспускания натощак ему давали выпить 1.500 куб. сант. кипяченой воды в течение 30 мин., и затем определяли в течение первых 2-х часов каждые полчаса, а затем каждый час, удельный вес и количество мочи в каждой порции. Проба продолжалась 6—7 час. В течение всего этого времени обследуемый не вводил жидкости и жидкой пищи. Хорошо функционирующая почка (нормальная) выделяет, как известно, 1.500 с. с. м. в первые 3 часа, причем удельный вес мочи падает. После 3-х часов количество выделяемой мочи резко уменьшается, а удельный вес увеличивается.

Grote указывает, что у здорового человека самой большой порцией выводимой мочи является вторая, получасовая. Если же первая порция мочи больше второй, то это признак довольно тяжелой недостаточности почек. Мы различаем три случая: 1) если почки выделяли 1.500 с. с. м. в течение 6 час., то такую водоотделительную функцию мы считали слегка пониженной, 2) 1.000 с. с. м. мочи в течение 6 часов—пониженной, 3) меньше 1.000 с. с. м. за этот же промежуток времени—плохой и, наконец, 4) более 2.000 с. с. м. мочи за 3 часа—чрезмерной.

Через день после водяной пробы производилась „сухая“ проба. Испытуемого с утра переводили на сухоедение; в течение 6—7 часов каждый час определялись удельный вес и количество каждой порции мочи. Как известно, при нормальной концентрационной способности почек—количество мочи при этой пробе уменьшается, доходя в отдельных часовых порциях до 50—60 с. с. м., а удельный вес заметно увеличивается и достигает 1.029—1.035. Если при этой сухой пробе удельный вес отдельных порций мочи колеблется в пределах 1.028—1.025, то такая проба считалась нами пониженной, колебание же удельного веса мочи от 1.024 до 1.020—плохой и, наконец, ниже 1.020—очень плохой.

Проба с разведением и проба с концентрацией проведены нами у 773 человек, (мужчин—681 человек и женщин—92 чел.). В число 681 мужчин вошли следующие производственные группы: 1) лица тяжелого физического труда—грузчики при товарной станции Южн. жел. дор., Балашовки, Сев. Дон. жел. дор. и мельниц (289 чел.), 2) работники, подвергающиеся вредному влиянию свинца—свинцовая группа, работники полиграфического производства—наборщики, стереотипщики, словолитчики; маляры, рабочие фабрики свинцовых белил при ст. Рызов (всего 240 чел.), 3) лица, работающие в условиях высокой температуры—рабочие горячих цехов (кузнецы, молотобойцы, кожегары, литейщики)—77 чел. и 4) прочие (кровельщики, ригильщики завода ГЭЗ'а, рабочие различных холодных цехов и друг.)—75 человек.

Женская группа (92 чел.) состоит из 61 человек, имеющих дело со свинцом (женщины-маляры завода „Серп и Молот“, поливальщицы и глазурищицы Будянской фарфорово-фаянсовой фабрики и наборщицы) и 21 работн. щелочного цеха завода—„Красная звезда“. Остальные 10 человек относились к различным профессиям.

Мы, прежде всего, попытались выяснить, какая из произведенных нами проб, сухая или мокрая, большей частью страдает у той или иной обследуемой нами производственной группы рабочих. Для этого мы всех наших испытуемых разбили на следующие группы: 1) лица, у которых обе эти пробы выпали нормально, 2) лица, у которых проба с разведением оказалась нормальной, но проба с концентрацией неудовлетворительной, 3) лица, у которых проба с концентрацией выпала нормально,

но проба с разведением неудовлетворительно и, наконец, 4) лица, у которых обе пробы неудовлетворительны¹⁾.

Выяснилось, что у грузчиков выпало больше всего пониженной пробы с концентрацией, в 46,7% случаев, в то время как у рабочих горячих цехов—проба с разведением в 24,7% всех случаев. Свинцовая же группа дает больше всего нарушений по отношению к концентрационной способности почек; так, сухая проба выпала недостаточной в 29,2%, водяная же лишь в 20% случаев.

Женщины свинцовой группы дают в два раза реже обе пробы недостаточными и в три раза чаще норму этих проб, чем у мужчин этой же группы. Можно ли на этом основании сделать вывод, что у женщин свинцовой группы почки по отношению к водоотделительной концентрационной способности менее уязвимы, чем у мужчин этой же группы? Повидимому нет, так как различие выпадения этих проб почек можно объяснить тем, что обследованные нами женщины свинцовой группы имеют почти все небольшой стаж, максимум 3 года; к тому же по характеру и условиям своей работы (глазуровщицы, поливальщицы) здесь надо ожидать ничтожных влияний Pb, особенно при соблюдении элементарных правил личной гигиены.

Изучая функцию почек, мы естественно должны были бы выяснить, какая существует зависимость между состоянием сердечно-сосудистого аппарата и работой почек в обследованных нами группах рабочих. Эти соотношения мы постарались выяснить только у обследованных нами мужчин—681 чел., т. к. женская группа невелика (92 чел.) по своей численности, да к тому же разнообразна по своей производственной группировке.

Из полученных нами данных выяснилось, что постепенно растет процент неудовлетворительных результатов проб сверху вниз, т. е. в зависимости от того или другого состояния сердечно-сосудистой системы: так, там, где сердце и сосуды в пределах нормы,—мы имеем только 29% на долю недостаточных обеих проб; при функциональных расстройствах их—32,8%; при органических пороках сердца—38,9%, при миокардитах и миодегенерациях—37,3%, при миокардитах в соединении с инициальным артериосклерозом сразу процент увеличивается—а именно до 41,7% и, наконец, при развитом артериосклерозе достигает уже 50%. Эта же закономерность, но с еще большей четкостью, выступала там, где мы постарались проследить ее по отдельным нашим производственным группам. Так, в свинцовой группе мы имели колебание этих двух крайних цифр от 29,4 (сердечно-сосудистая система—норма) до 69,2% (разлитой артериосклероз). Группа горячих цехов дала—25,9—62,5%, наконец, грузчики 29,3—42,3%. Получив определенную картину роста совокупных расстройств обеих функций (водоотделительной и концентрационной способности почек) с ростом отклонения от нормы состояния сердечно-сосудистого аппарата, мы постарались проследить связь этих проб со степенью работоспособности кровеносной системы вообще. Из числа обследованных нами рабочих мужчин (681 чел.) нами определена функция сердечно-сосудистой системы у 548 чел. так наз. методом „двойной нагрузки“.

¹⁾ По техническим причинам приложенные к работе подробные таблицы напечатаны быть не могли. Ред.

Он заключается в том, что у исследуемого определяется кровяное давление (Mx и Mn) и пульс в покойном сидячем, лежащем и стоячем положениях, причем учет этих данных производится каждый раз только спустя 2'—3' после перемены положения тела пациента. Затем, испытуемому, который лежит, предлагается нагрузка в виде 10—20 приподнятый туловища при вытянутых нижних конечностях, после чего тотчас же исследуется кровяное давление (Mx и Mn) и пульс. Далее повторяется это исследование через 2—4 мин. Затем испытуемый снова продолжает ту же работу, после которой повторно отмечаются кровяное давление и пульс, а именно—немедленно после опыта, спустя 2—4 мин. и, наконец, в сидячем положении. При функционально здоровом сердце данные, полученные у испытуемого: 1) в сидячем положении в начале и в конце пробы и 2) через 4 мин. после первой и второй нагрузки—в одних случаях совпадают с данными в лежащем положении, а в других—очень мало разнятся между собой.

Все испытуемые разбиты нами по состоянию сердечно-сосудистой системы на две группы: 1) группа—265 человек, у которых нет никаких органических заболеваний сердечно-сосудистого аппарата и 2) 283 человека с органическими изменениями сердца и сосудов. Каждая из этих групп имеет в свою очередь две подгруппы, в зависимости от степени функциональной способности сердечно-сосудистой системы: 1) лица, у которых функция сердечно-сосудистой системы нормальна и 2) лица, имеющие легкую форму недостаточности ее. Рабочих с недостаточной функцией сердечно-сосудистой системы у нас не было, т. к. наши обследуемые приходят к нам непосредственно с производства, а потому являются практически здоровыми людьми, удовлетворительно выполняющими свою профессиональную работу. Мы могли установить несомненную связь между функцией почек и сердечно-сосудистой системой. Так, мы наблюдали, что при наличии органических заболеваний сердечно-сосудистой системы, но с нормальной функцией ее—обе пробы почек выпадают „недостаточно“ в 32,7% случаев, в то время, как уже при легкой форме недостаточности указанной системы эта цифра вырастает до 53,8%. С большей четкостью это выступало в тех таблицах, где представлена была отдельно каждая обследованная нами группа: для грузчиков с нормальной функцией сердечно-сосудистой системы мы имели 26,5% случаев недостаточности обеих проб почек, при легкой же форме нарушения сердечно-сосудистой системы—57,1% случаев, т. е. больше, чем вдвое. Почти то же соотношение в процентах мы получили и у рабочих горячих цехов—29,4% и 68,0%. Зависимости между тем или другим состоянием сердечно-сосудистой системы и частотой нарушения концентрационной способности почек установить не удалось. Проба же с разведением дает больше всего нарушения (23,4%) при функциональных расстройствах сердечной деятельности. Мы убедились, что частота нарушений водоотделительных функций почек нарастает с понижением функциональной способности сердечно-сосудистой системы. Так, у рабочих с нормальной функцией сердечно-сосудистого аппарата и без органических поражений его мы имели 17,1% случаев неудовлетворительного выпадения мокрой пробы почек; в то же время в этой же группе рабочих, имеющих легкую форму недостаточности сердечно-сосудистой функции, эта цифра вырастает до 32,3%, т. е. почти вдвое. Отсюда понятна нам попытка многих исследователей (Gruiske, Kaufmann, Goueszy из клиники Koganui, а в самое последнее время A. Böttner) подойти к разрешению вопроса об определении функции сердечно-сосудистой системы путем учета выводимой мочи.

Клиницисты уже не раз отмечали, что заболевания почек часто сопровождаются изменением кровяного давления.

Мы решили выяснить на нашем материале связь между работой почек и кровяным давлением и провели соответствующее исследование на 649 чел. Всю эту группу мы в отношении величины кровяного давления разбили на 3 группы: 1) лица, у которых Мх—кровяное давление ниже 100 м/м Hg, 2)—от 100 до 130 м/м Hg. и 3) от 130 и выше. Каждая из этих группировок имеет 3 подгруппы по признаку величины пульсового давления: ниже 45, от 45 до 60 и свыше 60. Мы убедились, что при отклонении кровяного давления от нормы (если примем за норму—Мх кровяное давление равное 100—130 м/м. Hg.), как в сторону уменьшения, так и в сторону повышения, можно констатировать определенную тенденцию к увеличению числа случаев неудовлетворительного выпадения обеих проб, как сухой, так и мокрой.

Так, у здоровых с Мх. кровяным давлением—

ниже 100 м/м рт. ст. встречается	38,3 ⁰ / ₀ сл.	уклонений от нормы в обеих пробах.
от 100—130 м/м " "	26,1 ⁰ / ₀ сл.	
от 130 и выше " "	32,0 ⁰ / ₀ сл.	

У лиц, имеющих органическое поражение сердца и сосудов—соотношения получились следующие:

При Мх—кровяном давлении

ниже 100 м/м рт. ст. встречается	58,4 ⁰ / ₀ сл.	уклонений от нормы в обеих пробах.
от 100 до 130 " " "	35,1 ⁰ / ₀ сл.	
от 130 и выше " " "	50,0 ⁰ / ₀ сл.	

Кроме того, здесь необходимо отметить еще следующие соотношения. У лиц с нормальным Мх кровяным давлением (100—130 м.м. ртутного столба) мы имеем обратно пропорциональную зависимость между ними, а именно: чем больше пульсовое давление, тем меньше процент случаев недостаточности функции почек. У лиц же с повышенным или пониженным кровяным давлением отмечается прямая пропорциональность—чем больше пульсовое давление, тем выше процент выпадения недостаточных проб.

Это заключение вполне согласуется с нашими понятиями о значении величины пульсового давления в определении работоспособности сердца и сосудов. Большое пульсовое давление дает право предполагать сильное сердце (Ланг), а значительное уменьшение пульсового давления при повышении кровяного давления—весьма неблагоприятный признак, указывающий на то, что сердце не может справиться с имеющимися препятствиями для кровообращения (Fellner).

Мы могли установить, что проба с разведением выпадает недостаточно чаще у „здоровых“ с пониженным кровяным давлением (ниже 100 м/м ртутного столба).

Так, у лиц здоровых с Мх— кровяным давлением

ниже 100 м/м рт. ст. мы имеем	27,7 ⁰ / ₀ случ.	неудовлетворительного вы- падения мокрой пробы.
от 100 до 130 " " "	19,6 ⁰ / ₀ случ.	
от 130 и выше " " "	16,0 ⁰ / ₀ случ.	

Что же касается пробы с концентрацией, то она оказывается недостаточной несколько чаще у лиц с нормальным кровяным давлением и эта частота находится в прямой зависимости от величины пульсового давления, а именно: чем больше пульсовое давление, тем чаще выпа-

дает в этих случаях недостаточная сухая проба, как у „больных“, так и у „здоровых“ (в отношении сердечно-сосудистой системы).

Так, лица—

	больные	здоровые.	
с пульс. давл. ниже 45 имеют	31,3% сл.	имеют 35,0% сл.	} неудовл. } выпад. су- } хой пробы
„ „ „ от 45-60 „	38,1% сл.	„ 39,0% сл.	
„ „ „ от 60 и выше	64,7% сл.	„ 52,9% сл.	

Итак, мы получили определенное представление о том, какую роль играет в работе почек в отношении их водоотделительной и концентрационной способностей как само состояние сердечно-сосудистой системы, так и ее функция, а также и величина кровяного давления. Зная несомненное влияние на эти моменты такого фактора, как возраст, мы поставили перед собой задачу выяснить, как влияет последний на работу почек (сухую и мокрую пробу). Для того, чтобы получить возможность установить исключительное влияние возраста на эти пробы почек, мы ввели группировку „здоровые как в отношении сердечно-сосудистого аппарата, так и мочевыводящего аппарата“. В этой таблице нами взята обычно-принятая возрастная группировка у лиц 1) у которых нет органических заболеваний сердечно-сосудистой системы и мочевыводящего аппарата. 2) у которых имеется только заболевание сердечно-сосудистой системы, 3) у которых имеются только заболевания мочевыводящего аппарата и 4) у которых имеются органические заболевания и сердечно-сосудистой системы, и мочевыводящего аппарата.

Мы прежде всего должны подчеркнуть, что в группе лиц здоровых в отношении сердечно-сосудистой системы и мочевыводящего аппарата мы имеем 28,4% случаев неуд. выпад. об. проб., в группе лиц, одержимых только органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы—39,3%, в группе лиц, имеющих органические заболевания и сердечно-сосудистой системы, и мочевыводящего аппарата—43,2%.

Что же касается влияния возрастных группировок, то здесь бросается в глаза наиболее частое одновременное нарушение обеих проб (водоотделительного и концентрационного аппарата почек) в очень молодом возрасте до 19 лет и в возрасте 50 лет и выше, независимо от того, имеются ли наличие органические заболевания сердца и сосудов или нет. Разница только в том, что у „здоровых“ мы не видим в промежуточных возрастных группах зависимости между возрастом и частотой отрицательных результатов проб, в то время как у „больных“ ясно выступает постепенное нарастание процентов случаев выпадения об. проб. почек недостаточными с увеличением возраста.

Мы имели возможность проследить также влияние возрастного фактора на характер выпадения отдельно то сухой пробы почек, то мокрой. И здесь стало очевидным, что как водоотделительная, так и концентрационная способность почек наименее выпадают недостаточными в возрасте 20—24 лет (особенно четко это заметно у рабочих горячих цехов).

Мы попытались по мере возможности установить связь между заболеванием самой паренхимы почек и мочевыводящих путей и степенью нарушения почечной деятельности. Выяснилось, что при весьма незначительном числе заболеваний (на 681 случай только 26 случаев) самих почек (нефрозы и нефриты) и 14 случаях заболеваний мочевыводящих путей,—мы получили в отдельных графиках наших таблиц единичные

показатели, не дающие нам права на какие-нибудь определенные выводы. Тогда мы решили проверить на нашем материале влияние наличия белка в моче на степень функциональной способности.*Однако, из наших данных не вытекает, что функция почек, потерявших способность задерживать белок, нарушается (по сравнению с безбелковыми) больше в отношении водоотделения или способности к концентрации.

Уже в самом начале нашей работы мы имели возможность отметить для той или иной производственной группы рабочих характерные особенности в функциональной работе почек. Можно предположить, что не только недостаточность в целом концентрационной и водоотделительной способности, но и степень этой недостаточности может быть специфической для каждой отдельной группы рабочих. Для этого нами для каждой производственной группы рабочих предполагалось выяснить: в каком проценте случаев мы имеем при нормальной пробе с разведением—пониженную, плохую или очень плохую концентрационную пробу. И, наоборот, при нормальной пробе с концентрацией—как часто выпадает слегка пониженная, плохая или чрезмерная мокрая проба.

Оказывается, что мы имеем:

	У грузчи- ков %/о/о	У рабочих свинцов. группы %/о/о	У рабочих горяч. цехов %/о/о
При нормальной пробе с разведением,			
но с пониженной концентрацией	18,3	22,5	13,0
но с плохой концентрацией	25,3	6,7	10,4
но с очень плохой концентрацией	3,1	—	—
При нормальной же пробе с концентрацией,			
но с пробой на разведении слегка понижен.	5,9	9,2	19,5
но с понижен.	2,4	7,9	5,2
но с плохой	0,7	2,5	—
но с чрезмерной	1,7	0,4	—

Таким образом, мы можем еще раз подтвердить, что у грузчиков обнаруживается тенденция к понижению концентрационной способности почек, в то время как у рабочих горячих цехов—страдает больше водоотделительная функция. Рабочие же свинцовой группы дают нам больше нарушений почечной деятельности в сторону более частого понижения концентрационных способностей почек. Известно, что рабочие горячих цехов, где высокая температура является преобладающим фактором условий труда, потребляют огромное количество жидкостей; в летние месяцы выпитая вода измеряется иногда ведрами. Введение в организм таких количеств жидкости вызывает переполнение и отягощение всей кровеносной системы, затрудняет работу сосудов и сердца и нарушает вообще водообмен организма. Систематическое повышение работы сердечно-сосудистой системы не может проходить безнаказанно—весь аппарат начинает выявлять признаки утомления, запасные силы его становятся недостаточными для полного удовлетворения всех предъявляемых к нему тре-

бований и наступает в конце концов расстройство его работы, что в свою очередь, как мы уже видели, отрицательно отражается на водоотделительной функции почек. В дальнейшем с увеличением возраста, а следовательно и стажа, такая непрерывная работа сосудов, вызванная постоянным переполнением их большими количествами жидкости, создает, надо думать, благоприятную почву для развития склеротических изменений в них: это еще более пагубно отражается на работе почек, в итоге нарушается способность к водоотделению и к концентрации; вот почему процент выпадения обеих проб почек недостаточными—нарастает с увеличением возраста.

Общепринятым считается факт, что свинец оказывает прямое токсическое действие на паренхиму почек и ведет к недостаточности функции их. Следовательно, раз Pb-яд действует на паренхиму почек, основная задача которых удалять отработанные плотные вещества, доставляемые им кровью, то эта чисто ренальная работа их, концентрационная способность (Зимницкий)—должна прежде всего страдать, что мы видим и в наших исследованиях.

В дальнейшем выступает на помощь, как компенсаторный фактор, усиленная водоотделительная функция почек, которая спустя больший или меньший промежуток времени вследствие перегрузки постепенно изнашивается. К тому же Pb, как уже доказано, мало-по-малу подрывает правильную работу сердечно-сосудистой системы—результатом всего этого является одновременное нарушение и концентрационной, и водоотделительной функций почек. Вот почему у работников, соприкасающихся со свинцом, где стаж и возраст идут рука об руку (эти рабочие начинают свою профессиональную работу очень рано—с 12—13 лет—и большей части продолжают ее до старости)—можно а priori предположить, что с ростом стажа—возраста ухудшается работа почек и частота неудовлетворительного выпадения обеих проб нарастает.

Можно ли рассматривать ряд отмеченных выше явлений, как реакцию организма на определенные условия труда, связанные с данной профессией? Чтобы ближе подойти к выяснению этого вопроса, мы решили взять группу грузчиков, т. к. она, с одной стороны, достаточна по своей численности (289 чел.), а с другой—отличается однородностью своей работы.

Мы видели, как высок процент поражения концентрационной функции почек при стаже „до 1 года“ и как постепенно эта цифра падает с нарастанием стажа. Это явление подтверждается в каждой возрастной группе.

Так, мы имеем: случаи неудовлетворительного выпадения пробы с концентрацией при стаже и возрасте:

	от 20—29 л.	от 30—39 л.	от 40 л. и выше
До 1 года	83,3%	75%	—
от 1—3 „	51,9%	58,8%	50,0%
от 3—5 „	46,7%	53,9%	66,7%
от 5—10	44,4%	43,5%	44,5%
от 10 и выше	—	21,4%	33,3%

С другой стороны, проба с разведением у грузчиков выпадает недостаточной в небольшом проценте случаев (10,4), но для каждой воз-

растной группы даже на этих небольших цифрах бросается нарастание частоты нарушения этой водоотделительной способности почек с увеличением стажа.

Чем объяснить это явление, кажущееся на первый взгляд даже парадоксальным? Мы знаем, что почки принадлежат в тем железам, которые богаты кровью, и что всякое нарушение в кровоснабжении их пагубно отражается на паренхиме органа, давая выделяемой моче — белок, красные кровяные тельца, почечный эпителий, гиалиновые цилиндры и другие элементы патологического характера (опыты Рубашева с перевязкой сосудов почек). Работа грузчика очень тяжелая. Труд по переноске тяжестей (иногда до 1500 пудов в день), перемежающийся с короткими интервалами так называемого „хождения порожняком“ — резко изменяет кровяное давление грузчиков в течение всего его рабочего дня, а это, несомненно, должно отражаться на кровенаполнении почек. Нарушение же правильного притока крови к почкам, весьма чувствительным к этому, повторяющееся непрерывно день за днем с течением большего или меньшего промежутка времени начинает давать перебои в регулярном подвозе необходимого для работы почечных клеток питательного материала, результатом чего является временное голодание их, а отсюда последующие изменения их, как в самой структуре, так и в функции. На первых порах эти пораженные почечные клетки продолжают справляться с теми требованиями, которые им предъявляет организм за счет своих запасных сил. Однако, по прошествии известного промежутка времени, эти резервные силы мало-по-малу иссякают, а так как запрос к работе почек не уменьшается, то естественно наступает расстройство почечной деятельности, т. е. функция почек становится недостаточной. А так как почки сначала теряют способность к концентрации, а затем уже к разведению и, кроме того, по отношению к выделению воды резервная сила почек больше, то отсюда понятна эта большая частота неудовлетворительной сухой пробы в молодом возрасте и с небольшим стажем у грузчиков. Повидимому, в дальнейшем с увеличением стажа, наступает приспособление всего организма к трудной работе грузчика, вырабатывается привыкание к своему профессиональному труду — факторы достаточно известные и имеющие огромное значение в проф. патологии. Это с одной стороны. Конечно, здесь необходимо также упомянуть и о профессиональном отборе, т. е. несомненно попадают грузчики, которые, проработав 1—2 года, бросают эту непосильную для них работу и идут искать себе других видов труда, более отвечающих их силам и способностям. С другой же стороны, сердечно-сосудистая система приходит на помощь почкам с нарушенной концентрационной способностью, стараясь путем усиления своей работы компенсировать этот их недостаток большим разведением (полиурия) и тем самым дать возможность почкам удалять в достаточном количестве шлак из организма. Но сердечно-сосудистый аппарат грузчика, выполняя напряженную работу, вызванную как самим его тяжелым физическим трудом, так и неблагоприятными внешними условиями (работа во все времена года под открытым небом, малая заработная плата, отсюда погоня за выработкой 200—300% против нормы, дальность расстояния жилья от места работа и т. д.), может достаточно справиться со своими задачами только до известного периода, а потом, по мере увеличения стажа, эта чрезмерная работа начинает изнурять сердце

и сосуды, резервные силы которых становятся уже недостаточными, что и ведет к расстройству в их работе, а последнее, как мы видели, отражается на водоотделительной способности почек в сторону ее ухудшения. Вот почему с нарастанием стажа у грузчиков мы имеем уменьшение частоты нарушения концентрационной способности почек, но в то же самое время постепенное увеличение частоты нарушения их водоотделительной функции.

На основании проведенных нами исследований мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1) Проба с разведением и проба с концентрацией—являются ценным методом для суждения о функциональной способности почек.

2) Водоотделительная и концентрационная функции почек могут обнаруживать различные степени отклонения от нормы у одного и того же исследуемого.

3) Водоотделительная способность почек находится, повидимому, в известной связи с функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы.

4) У грузчиков поражается главным образом концентрационная способность почек, что отмечается особенно в молодом возрасте в первые годы работы.

5) У рабочих горячих цехов обращает на себя внимание уменьшенная способность почек к разведению, причем также преимущественно в молодом возрасте.

6) У рабочих, подвергающихся вредному влиянию свинца, отмечаются нарушения в первую очередь со стороны концентрационной деятельности почек.

В заключение приношу глубокую благодарность многоуважаемому профессору З. Н. Несмеловой за руководство и ценные указания при выполнении настоящей работы.

Статистическая обработка клинических журналов проведена в Статистическом отделе института (Зав. отделом Э. Л. Фриздель) сотрудниками Н. С. Кобелевой и Я. Ю. Шкловским, за что выражаю им глубокую признательность.

Литература. 1) Albarran S.—Exploration des fonctions rénales. 1905.—2) Asher L.—Z. f. Biol. Bd 46, 1904,—Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906.—3) Blum—Z. f. Biol. 1900, № 40, Wien. kl. Woch. 1912, № 12.—4) Cousen—D. Arch. f. kl. Med. Bd 108.—5) Frey E.—D. med. Woch. 1911, S. 1072.—6) Friedmann. Virch. Arch. Bd 159.—7) Яновский Ф. Труды IV Съезд. Росс. Терап. 1912, «Диагностика заболеваний почек в связи с их патологией». Киев, 1927.—8) Яновский М. Труды IV Съезд. Росс. Терап. 1912.—9) Явейн. Нефрозы, нефриты, склерозы.—10) Кабанов Н. А. Врач. дело, № 10—11 1926.—11) Линдеман В. Труды IV Съезда Росс. Терап. Киев. 1912.—12) Михайлов. Ibid.—13) Monakow. D. Arch f. kl. Med. Bd 102, 116, 122, 123 и 133.—14) Новачек. Труды IV Съезда Росс. Терап. Киев 1912.—15) Siebeck. Die Beurteilung und Behandl. d. Nierenkranken. 1920.—16) Schlayer C. «Болезни почек в практике». 1927, Münch. med. Woch. 1913, № 15.—17) Umbert D. med. Woch. 1918, № 15, «Болезни почек» 1926. 18) Вихерт М. «Изменения функции больных почек». 1922.—19) Вишневский Н. Г. Вр. дело, № 14—15, 1927.—20) Зимницкий С. С. Каз. Мед. Журн. 1921, № 3, 1922 № 1, «Болезни почек» 1927. «Лекции по сердечным и почечным болезням» 1927.

Из хирургического отделения Мензелинской больницы (Зав. д-р И. Ф. Харитонов).

К вопросу о хирургическом лечении эхинококка брюшной полости¹⁾.

И. Ф. Харитонova.

Об эхинококковой болезни имеется большое количество исследований, но все же, просматривая современные работы, написанные на эту тему, можно прийти к выводу, что вопрос о диагностике и лечении эхинококка до настоящего времени еще окончательно не решен. Исходя из этого, мы находим уместным опубликовать скромный материал хирургического отделения Мензелинской больницы с 1 октября 1924 года по 1 октября 1929 года. За это время через хирургическое отделение прошло 12 больных эхинококком брюшных органов и произведено 13 операций. Все больные по месту жительства принадлежат Мензелинскому кантону Татарской республики. Все больные занимаются сельским хозяйством. По национальности татар 11, русских 1.

По Тихову заболевание эхинококком составляет 0,02% общего числа различных других болезней. Количество больных эхинококком, находившихся на лечении в Мензелинской больнице с 1924 г. по 1929 год, равняется 0,12% общего количества стационарных больных.

Д-р Токаренко (1894 г.), собирая статистические сведения о распространении эхинококка в пределах тогдашней России, указывает, что из 280 случаев эхинококка приходится на Кавказ 44, Полтавскую губ. 42, Восточную Сибирь 20, Тамбовскую губ. 19, Херсонскую губ. 18, Московскую 16, Область Войска Донского 13 случаев, Петербург 12, Саратовскую губ. 11, Киевскую губ. 8, Харьковскую 7, Тульскую, Воронежскую, 5, Орловскую, Казанскую, Курскую, Новгородскую, Таврическую по 4, Оренбургскую, Варшавскую, Вологодскую, Пермскую, Тверскую, Черниговскую, Самарскую и Екатеринославскую по 3.

Таким образом на юг и юго-восток России приходится более половины всех случаев, менее на среднюю полосу, еще меньше на север и запад.

К такому же заключению приходит и д-р Надеждин²⁾, работа которого относится к этому же времени.

Отмечается огромное преобладание крестьянского населения. Из 280 случаев Токаренко²⁾ 218 крестьяне.

Количество заболеваний эхинококком известных районов страны стоит в прямо пропорциональном отношении к количеству скота и собак, находящихся в этом районе. Большое количество заболеваний на Кавказе, Южной России объясняется тем, что население этих областей занимается скотоводством и обладает большим количеством собак.

Алексинский в своей работе приводит чрезвычайно высокие цифры заражения рогатого скота и овец эхинококком.

В Грейфельде обнаружено больных эхинококком рогатого скота 64%, овец 51,02%, свиней 4,13%. Собаки, пожирая внутренности зараженного эхинококком скота, являются, как известно, передатчиками эхинококка человеку.

Мы не располагаем точными статистическими сведениями о зараженности скота в пределах Мензелинского кантона ТССР, но по заявлению кантонного вет. врача цифры заражения скота в некоторых волостях кантона доходят до 70—75%. В человеческий организм яйца эхинококковой глисты попадают чаще через посредство питьевой воды, чем непосредственно от собак.

¹⁾ Доложено в хирургической секции Общества врачей при Казанском гос. университете 11 октября 1929 г.

²⁾ Цит. по Алексинскому.

Наиболее часто поражается эхинококком печень. По Токаренко¹⁾ эхинококк печени встречается в 47% всех случаев, по Finsen'у даже в 69%, по статистике Алексинского в 53%. Мы встретили в 11 случаях эхинококк печени, 1 случай эхинококка в большом сальнике, 1 раз эхинококк матки. По данным Боголюбова, Finsen'a²⁾ чаще поражаются эхинококком женщины. На нашем материале женщин 8, мужчин 4.

Переходя к вопросу о диагностике эхинококка брюшной полости, приходится прийти к заключению о ненадежности различных лабораторных реакций, предложенных с целью точного диагностирования эхинококка. Некоторые авторы придают большое значение реакции Cassoni. Sturrot³⁾ на 65 случаев эхинококка брюшной полости видел подтверждение диагноза, поставленного на основании положительной реакции Cassoni, в 64 случаях. У Преображенского на 6 случаев лабораторного диагноза подтверждено операцией 5 случаев. Покотило придает значение реакции отклонения комплемента по Weinberg'у.

С другой стороны Brun⁴⁾ говорит, что если бы он руководствовался в своих 250 случаях эхинококка только лабораторными реакциями, то в 80 % случаев он бы не оперировал.

По Валькеру реакция Weinberg'a почти всегда отрицательна; на его 12 случаев она была положительна только один раз. О реакции Cassoni он также отзывался как о ненадежной. В наших случаях реакция Cassoni была испробована только в двух случаях эхинококка печени. Результаты в обоих случаях были отрицательны. Выводов из этого мы не делаем, т. к. в данном случае, возможно, были недостатки в технике ее исполнения.

Эозинофилия по Brun'у⁴⁾ бывает в 2—5%. В наших случаях ясная эозинофилия наблюдалась в одном случае эхинококка печени.

Пробный прокол для целей диагностики эхинококка был предложен Ресамьер⁵⁾ в 20-х годах прошлого столетия. В настоящее время этот метод не применяется в виду его опасности (перитонит, интоксикация). Симптом „дрожания гидатид“ по Валькеру не имеет почти никакого значения. Алексинский говорит, что в случаях эхинококка этот симптом редок, зато описаны случаи, когда он наблюдался при асците, гидронефрозе, кистах яичника и других кистовидных опухолях живота. В наших случаях „шум дрожания гидатид“ наблюдался лишь в двух случаях.

Для иллюстрации трудности диагностики эхинококка брюшной полости мы позволим себе привести две кратких истории болезни наших больных.

Случай № 1. Больная III-ва, 20 лет. Татарка. Замужняя. Не рожавшая. Поступила 19 апреля 1924 года в хирургическое отделение Мензелинской больницы. Болеет 1½ года. Жалуется на боль в животе и опухоль. Опухоль заметила 1 год назад. Опухоль растет медленно в направлении снизу вверх. Месячные правильны. Белей нет.

¹⁾ Цит. по Алексинскому.

²⁾ Цит. по Боголюбову.

³⁾ Цит. по Преображенскому.

⁴⁾ Цит. по Валькеру.

⁵⁾ Цит. по Алексинскому.

Объективно: сердце и легкие в пределах нормы. Живот выпячен. При пальпации отмечается опухоль, величиной соответствующая шестимесячной беременности. Перкуторный звук над ней тупой. Консистенция опухоли тугоэластическая. Опухоль малоподвижна в боковом направлении. При дыхательных движениях неподвижна. При гинекологическом исследовании опухоль прямо переходит в шейку матки. При исследовании незначительная болезненность.

Диагноз: опухоль матки. 3 мая 1924 года операция под общим хлороформным наркозом (Д-р Добрынин). Срединный разрез от пупка до лобка. По вскрытии передней брюшной стенки предлежит опухоль, спаянная с салником и тонкими кишками. При разделении этих спаек опухоль нечаянно вскрыта. Выделилось большое количество светлой жидкости и белых эхинококковых пузырей величиной с крупный лесной орех и больше.

Опухоль оказалась кистой, выходящей из задней поверхности матки. Брюшная полость промыта физиологическим раствором. Отверстие кисты подшито к передней брюшной стенке и дренировано. Больная выписалась 3 июля 1924 года со свищем.

Случай № 2. Больная И-ва, 32 лет. Русская. Замужняя. Поступила 9 ноября 1925 года. Один год назад заметила у себя в животе опухоль. Опухоль росла медленно. Направление роста опухоли по словам больной трудно выяснить. Опухоль мало беспокоила больную. Месячные правильны.

Объективно: больная бледна. Подкожно жирный слой резко уменьшен. Сердце и легкие в норме. Живот выпячен. При перкуссии тупой звук над опухолью прослушивается в боковых частях живота и вверху. При переменах положения большой тупость не изменяет своего положения. При дыхательных движениях опухоль не двигается. Моча без отклонений от нормы. При гинекологическом исследовании матка в антефлексии. Яичники не прощупываются. Справа от матки идет тяж по направлению к опухоли.

Предположительный диагноз: киста яичника. 18 ноября 1925 года операция под общим хлороформным наркозом. Разрез от точки на 2 поперечных пальца выше пупка до лобка. По вскрытии передней брюшной стенки предлежит опухоль, занимающая весь живот и спускающаяся в таз. Разрез расширен по направлению вверху. Опухоль исходит из нижней поверхности печени, виса на ножке шириной в 4 поперечных пальца. К опухоли припаян салник, толстая и тонкие кишки. Пробный прокол дал светлую жидкость, в которой при микроскопическом исследовании были обнаружены крючья эхинококка. Решено оперировать двухмоментно. Опухоль подшита к передней брюшной стенке. Больная умерла 22 ноября 1925 года при явлениях общего перитонита и сердечной слабости.

23 ноября при вскрытии оказалось, что киста наполнена большим количеством эхинококковых пузырей.

Переходя к вопросу о лечении эхинококка, укажем, как на имеющие лишь историческое значение, простой прокол кисты, прокол с выпусканьем жидкости ее, прокол с электролизом, прокол с впрыскиванием в полость кисты различных дезинфицирующих веществ, как-то: *t. iodi*, сулемы. В более позднее время был предложен разрез кисты и удаление ее содержимого. С целью образования спаек эхинококковой кисты с пристеночной брюшиной в дальнейшем были предложены особые разъедающие пасты, накладываемые снаружи соответственно наиболее выдающейся части опухоли. Вся толща передней брюшной стенки, подвергнутая действию подобной пасты, постепенно разъедалась и путем реактивного воспаления брюшины достигалось образование спаек эхинококковой кисты с париегальной брюшиной. Затем кисту вскрывали ножом.

Исходя из этого принципа Volkman предложил двухмоментный способ оперирования эхинококка. В первый момент подходили к кисте и накладывали антисептическую повязку. Через 8—10 дней, когда образовывались спайки, кисту вскрывали и вставляли внутрь ее дренаж.

В 1871 году Lindemann предложил одномоментный способ операции эхинококка. После вскрытия брюшины производилось обшивание

париетальной брюшины вокруг места предполагаемого вскрытия кисты. Затем эхинококковая киста вскрывалась, подшивалась к передней брюшной стенке и в полость ее вставлялась дренажная трубка. Эти способы страдают нижеследующими большими недостатками:

1) Вследствие присоединения вторичной инфекции послеоперационный период резко удлиняется. Остаются гнойные свищи, тянущиеся годами.

2) Может появиться длительное желчеистечение.

3) Наблюдаются метастатические абсцессы.

4) При долго длящемся нагноении появляется амилоид внутренних органов.

Процент смертности при одномоментном открытом способе по Александскому 14,5%, при двухмоментном 9%.

С целью избежания попадания вторичной инфекции и тем самым избежания всех вышеозначенных осложнений послеоперационного периода, Thornton¹⁾ в 1883 году предложил удалить хитиновую оболочку эхинококка, фиброзную же смазывать спиртовым раствором йода и зашивать наглухо рану. В 1890 году по этому же принципу произвел операцию удаления эхинококка Billrot. С целью предотвратить нагноение он влил внутрь оставшейся после удаления эхинококка фиброзной капсулы 20,0 подоформенной эмульсии и рану зашил наглухо. Бобров, с целью предотвращения резкого спадения кисты и могущего быть вследствие этого вытекания серозно-кровоянистого отделяемого через отверстия в фиброзной оболочке, предложил вливание физиологического раствора NaCl в полость, остающуюся после удаления хитиновой оболочки. Delbet для уменьшения вышеозначенной полости предложил ушивание ее несколькими швами.

Проф. Спирожарный отметил на XII съезде хирургов, что, оперируя в 18 случаях по Боброву, ему пришлось в 11 случаях вновь вскрывать мешок с излившимся туда серозно-кровоянистым содержимым. В 1902 году Queni предложил вливать в полость, остающуюся после удаления эхинококковой кисты, 1% раствор формалина в количестве, равном 1/2 общей емкости кисты, и зашивать наглухо. По France¹⁾ нагноение при этом способе наблюдалось в 5—7%. Проф. Спасокукоцкий предложил протирать оставшуюся после удаления эхинококка полость 50% раствором формалина в глицерине и зашивать наглухо как кисту, так и переднюю брюшную стенку. Озолинг, оперируя по этому способу 8 случаев эхинококка печени, ни в одном из них не получил нагноения. Проф. Спасокукоцкий оперирует подобным образом даже нагноившиеся эхинококки с хорошим результатом. Таким образом закрытый способ счастливо избегает основные недостатки открытого способа. Крылов его находит идеальным способом оперирования эхинококка.

За последнее время начал выдвигаться способ удаления эхинококка целиком вместе с фиброзной капсулой. Первым предложил этот способ проф. Напалков. Озолинг произвел эту операцию 6 раз без единого осложнения. Валькер приходит к выводу, что подобный способ не всегда применим. Для него он оставляет только поверхностные и да-

¹⁾ Цит. по Александскому.

²⁾ Цит. по Озолингу.

леко выстоящие из органа кисты. На 18 случаев операций эхинококка полное удаление кисты представилось только в одном случае. Валькер предостерегает от глухого зашивания нагноившихся эхинококков. Для этих случаев и чрезмерно больших кист он отводит одномоментный открытый способ. Для всех остальных случаев он рекомендует закрытый способ с удалением хитиновой оболочки, протиранием фиброзной капсулы 50% раствором формалина и зашиванием наглухо кисты и брюшной полости.

В случаях эхинококка, прошедших через хирургическое отделение Мензелинской больницы, мы применили открытый одномоментный способ у 4 больных, двухмоментный у 1, закрытый способ с удалением хитиновой оболочки и зашиванием наглухо 7 случаев и полное удаление эхинококковой кисты в 1 случае. Наркоз в 4 случаях хлороформенный, в 1 эфирный, в 8 случаях местная анестезия 1½% раствором новокаина с адреналином. Из всех случаев, оперированных открытым способом, умер 1. Во всех случаях было образование нагноения и гнойных свищей. Послеоперационный период тянулся от 1½ до 2½ месяцев и все же больные выписывались со свищами. В 8 случаях с закрытым ведением раны смертности не было. Операция производилась таким образом: разрез срединный, или парамедиальный, или по краю реберной дуги. Передняя поверхность кисты подшивалась к брюшине передней брюшной стенки. Затем киста вскрывалась, содержимое ее вымывалось 3% раствором перекиси водорода. По удалении содержимого кисты она спадалась, хитиновая оболочка сама отслаивалась от стенок фиброзной капсулы и легко удалялась корнцангом. Внутренняя сторона оставшейся фиброзной оболочки осторожно протиралась 50% раствором формалина в глицерине и внутрь ее наливалось 20.0 1% раствора формалина. Разрез в кисте зашивался 3 узловатыми швами. Рана зашивалась наглухо. В случае объемистых мешков к этому присоединялось ушивание капсулы изнутри по Delbet. Из семи случаев в пяти было гладкое заживление первичным натяжением. В двух случаях произошло последующее самопроизвольное вскрытие на 7 день после снятия швов с выделением наружу серозно-кровянистого отделяемого в одном случае и с примесью желчи в другом; один случай принадлежит старику 57 лет, другой случай колоссальной, занимающей почти всю брюшную полость кисты (выпущено 9,2 литра жидкости). Полное удаление эхинококковой кисты произведено только один раз: эхинококковая киста была расположена поверхностно на нижней поверхности печени; проведен надрез по краю ее и киста легко вылушена из ткани печени; кровотечение из ткани печени незначительно и остановлено тампонадой салыником; послеоперационный период протекал гладко; заживление первым натяжением.

Из Акушерско-гинекологической клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Завед.—профессор **А. И. Тимофеев.**) и Фармакологической лаборатории Государственного университета. (Завед.—проф. В. М. Соколов).

Действие солей свинца на изолированную матку.

(Предварительное сообщение).

Ассистента клиники **М. Г. Девлет-Нильдеевой**
и врача-интерна **Б. А. Райхштейн.**

Настоящая работа начата по предложению покойного профессора **А. И. Тимофеева.**

Статистика последних десятилетий (Каплун, Гирш, Леманн) показывает, что число женщин, занятых в производствах, повышается быстрым темпом, а наряду с ростом женского профессионального труда значительно увеличивается и число профессиональных заболеваний среди производственных работниц. Гирш указывает, что проблема женского труда является наиболее сложной из всех социальных проблем данного момента. Факты нам указывают на то, что промышленный труд вредно отражается на здоровье производственного работника и дает большой процент заболеваемости и смертности среди рабочих. Вместе с тем известно, что „патологическая пораженность“ чаще встречается, по исследованиям Богословского, у женщин, чем у мужчин. Действительно, принимая во внимание анатомическое строение и физиологические отправления женского организма и травму его в связи с материнством и деторождением, а также социально-бытовые условия жизни женщины, можно предположить, что женский организм более восприимчив к профвредностям, чем мужской. В то же время трудно допустить, чтобы профвредности, нанося ущерб всему организму женщины, изменяя химизм и структуру тканей разных органов с нарушением их функций, не влияли на ткани половых органов и на их функциональную деятельность.

Просматривая литературу о профессиональных заболеваниях среди женщин (Каплун, Гирш, Леманн, Курдиновский), можно видеть, что вредности определенных профессий отражаются неблагоприятно на характере менструального цикла, на течении беременности, на родовом акте, на послеродовом периоде. Интересы народного здравоохранения заставляют нас тщательнее заняться вопросом влияния различных отраслей производства на женский организм и, в частности, на его половую сферу и функцию полового аппарата. Ущерб это влияние при гинекологических заболеваниях и при нарушениях производственной функции женщин представляется довольно трудной задачей ввиду того, что приходится считаться с влиянием и других этиологических моментов, как-то: конституции, состояния эндокринного аппарата, предшествовавших беременностей, течения родового акта и т. д., а также условий труда и быта. На VIII-ом Съезде гинекологов и акушеров проф. Курдиновский отметил влияние промышленных ядов на производительную функцию женщин, особенно резко выраженное у наборщиц.

Из промышленных ядов свинец имеет наибольшее практическое значение ввиду широкого приложения его в технике и промышленности. В самом деле, мы видим, что большое количество производств, в которых

участвует женский труд, применяет свинец и создает опасность отравления им. На первом месте по вредности стоит профессия наборщиц в полиграфическом производстве. Типографский металл содержит 70% свинца и в воздухе помещений, где работают наборщики, содержится около 0,3% свинцовой пыли (Хомяков). Далее, глазировка глиняных и фаянсовых изделий, эмалирование, производство искусственных цветов, производство игрушек со свинцовыми красками, беленье соломенных шляп, производство красок и печатание красками и т. д. являются профессиями, в которых большей частью участвуют женщины и при которых, ввиду тесного соприкосновения со свинцом, угрожает опасность свинцового отравления (Я. Гирш). Свинец поступает в организм через легкие с вдыхаемым воздухом, через пищеварительный канал при глотании свинцовой пыли, а также при непосредственном соприкосновении с металлическим свинцом. Он проникает в организм через слизистые оболочки, редко через кожу, лишнюю эпидермиса. Благодаря трудному всасыванию и медленному выведению свинца из организма, свинцовое отравление протекает в виде хронического заболевания.

Влияние свинцовой интоксикации на весь организм и его отдельные органы в достаточной степени изучено. Литературные же данные по вопросу о действии свинца на половой аппарат женщины довольно скудны и имеют общий характер. Д-р Блюм указывает на выкидыши и ненормальные роды, как следствие свинцового отравления. На 100 беременностей у работниц литейных цехов приходится 21% выкидышей и 15% ненормальных родов (Каплан). Указывается на частоту абортов у венгерских горшечниц (Леманн). Оливер сообщает, что из 100 женщин, которые перед выходом замуж работали со свинцом, 86 имели аборты. По Тардье 60% работниц свинцовых производств имеют преждевременные роды (Гирш). Рейд оттеняет влияние свинцовых производств на течение беременности со следующими сравнительными данными об общем количестве преждевременных родов, выкидышей и мертворождений в ‰ у женщин различных профессий: у женщин, занятых только домашним хозяйством—43,2‰, у фабричных работниц, не занятых в свинцовых производствах—47,6‰, у женщин, работавших до брака в свинцовых производствах—86‰ и у женщин, работавших в свинцовых производствах и после брака—93,5‰ (цит. по Гиршу).

На основании статистических сведений относительно производительной функции у 131 наборщицы, в сравнении с домашними хозяйками, установлено, что среди первых на одну женщину приходится 1) меньшее количество беременностей и 2) большее количество выкидышей и преждевременных родов (Прозоров).

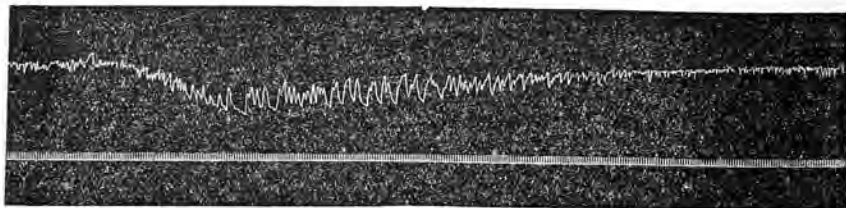
Д-р Воронова в результате исследования женщин, занятых в свинцовых производствах, указывает на нарушение у таких женщин менструальной функции (меноррагии, аменореи и метроррагии), на частоту произвольных выкидышей, на большое количество мертворожденных детей и приходит к выводу, что нарушение менструальной и производительной функции женщин идет параллельно нарастанию свинцового отравления. На основании вышеизложенных данных, мы приходим к заключению, что свинцовая интоксикация сказывается на половой сфере женщины нарушением ее менструального цикла, производительной функции и наступлением стойкого бесплодия.

Абортивное действие свинца может быть объяснено или влиянием его на матку (возбуждает и усиливает сократительную деятельность последней), или воздействием на созревающий плод (отравление через кровь матери).

Выяснить экспериментальным путем вопрос о действии солей свинца на сократительную деятельность изолированной матки и является задачей нашей работы. Здесь уместно остановиться на работах д-ра Гринберга. В первой из своих работ автор задался целью выяснить экспериментальным путем влияние солей свинца на кишечную трубку и получил вытекающие результаты: расслабление и прекращение маятникообразных колебаний изолированной полоски кишки (кошки, морской свинки) после прибавления свинца к питательному раствору, в котором находилась полоска. Отсюда автор высказывает предположение, что свинец возбуждает окончания симпатической нервной системы. Для разрешения этого вопроса Гринберг в дальнейшей работе углубляет свои исследования опытами на изолированной кишке птиц и матке животных. В результате он находит, что свинец расслабляет кишку кошки, сокращает кишку голубя, сокращает беременную и расслабляет небеременную матку кошки и, суммируя эти данные, приходит к выводу, что местное действие свинцовых солей на гладкую мускулатуру кишки и матки стоит в тесной связи с симпатической иннервацией этих органов.

Исследование наше относительно действия солей свинца на изолированную матку мы вели в Фармакологической лаборатории Казанского государственного университета под непосредственным руководством проф. В. М. Соколова, которому и приносим глубокую благодарность.

Объектом для своих исследований мы брали кошку и пользовались методикой Magnus-Kehrer'a. Кошке производилась лапаротомия под хлороформным наркозом. Вырезывался кусок из рога матки, величиной в 2—3 см., и помещался в стаканчик, емкостью в 70 куб. см., с раствором R.-L. Т° раствора поддерживалась около 38°, через раствор пропусклась равномерная струя кислорода. Один конец отрезка из рога матки прикреплялся к крючку стеклянной палочки, а другой конец соединялся ниткой с пером; движение пера передавалось записывающей поверхности барабана кимографа. Вначале мы записывали нормальные сокращения матки и через некоторое время подводили в раствор R.-L., в котором находился отрезок матки, в различных концентрациях уксуснокислую соль свинца. Нами было поставлено около 40 опытов. Наши опыты мы можем разделить на 3 группы, которые иллюстрируются соответствующими кривыми.

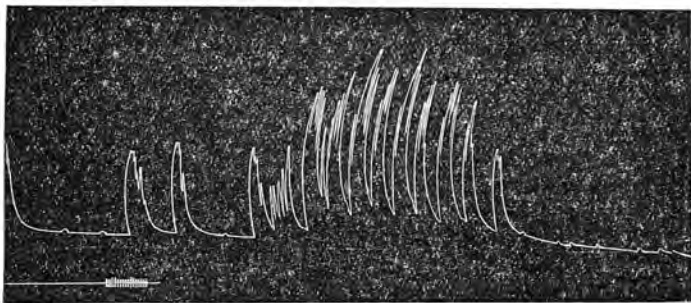


Крив. № 1.

К 1-ой группе мы относим опыты с подведением уксусно-кислого свинца в разведении 1:70.000 и меньше. Кривая № 1, относящаяся

к этой группе показывает нам в начале нормальные сокращения матки, которая под влиянием свинца дает понижение тонуса с увеличением амплитуды колебаний и замедлением последних. Через некоторое время матка приходит без промывания к своему первоначальному тонусу и нормальным маточным сокращениям.

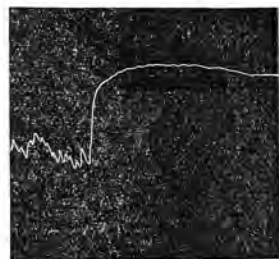
Эта наименьшая концентрация яда, с которой мы имели дело в своих опытах. Меньшие дозы дают всякий раз понижение тонуса, которое довольно быстро выравнивается, как это видно из кривой № 1, и матка продолжает сокращаться так же, как она сокращалась до при-
бавления испытуемого вещества.



Крив. № 2.

Во 2-ой группе наших опытов мы видим, что на подведение свинца в разведении 1:7.000 матка реагирует усилением и учащением своих сокращений с повышением тонуса, но через 10—15 минут приходит опять к своему первоначальному тонусу и сокращениям без отмыwania. Тут надо отметить, что некоторые матки на ту же концентрацию отвечали понижением тонуса и ослаблением сокращения с последующим повышением тонуса. Такое различие в действии одной и той же концентрации свинца можно объяснить только различной чувствительностью матки к яду. Там, где чувствительность понижена, данная концентрация дает эффект, близкий по действию к слабым разведениям свинца. При повышенной восприимчивости органа получаются сокращения, свойственные сильным концентрациям. Разведение 1:1000 является пограничным в отношении возбуждения матки, другими словами при этих дозах могут получаться неодинаковые результаты в зависимости от индивидуальности животного.

В 3-ей группе мы видим, что свинец в разведении 1:200 и выше дает тетанус матки—резкое повышение тонуса с уменьшением или прекращением перистальтических движений, которые могут восстановиться при промывании. В некоторых же опытах восстановления не наблюдалось.



Крив. № 3.

Приведенные нами экспериментальные данные с полной убедительностью говорят за то, что соли свинца могут действовать на изолированный рог матки кошки совершенно различным образом, причем это различие находится в зависимости прежде всего от дозировки яда. Как мы уже показали, слабые концентрации вызывают понижение тонуса,

а более сильные— повышение последнего. Мы должны отметить, что в наших опытах были матки как от нерожавших кошек, так и от беременных и рожавших. Мы не можем согласиться с д-ром Гринберг, что небеременная матка кошки всегда отвечает на прибавление свинца ослаблением и превращением или уменьшением колебаний. Наши данные являются важными хотя бы уже по одному тому, что они не дают возможности разрешить так просто вопрос о динамике солей свинца. В данный момент мы, на основании своих опытов, конечно, не можем указать место приложения яда в матке и это является предметом наших дальнейших исследований.

В заключение мы можем сказать, что введение солей свинца в кровь кошки вызывает повышение тонуса матки.

Литература: 1. Каплун. Охрана женского труда. В сборнике „К здоровому и радостному труду“. Вып. II-ой, 1924 г. Труд и здоровье. Москва, 1923 г. Гл. IV «Женский труд».—2) М. Гирш. Здоровье и профессиональное заболевание женщины. 1926 г.—3) Проф. Леманн. Кр. учебник профессиональной гигиены. 1923 г.—4) Богословский. Физическое развитие и здоровье промышленных рабочих и служащих. 5) Проф. Курдиновский. Труды VIII съезда гинекологов и акушеров 1928 г.—6) Д-р Хомяков. Исследование воздуха в одной из типографий Казани. Гигиена труда, 1925 г., № 6.—7) Левин Berliner klinische Wochenschrift, 1904 г.—8) д-р Прозоров К. О. Влияние профессии на производительную функцию у наборщиц. «Труды И-та по изучению професс. заболеваний им. В. Обуха».—9) Д-р Воронова К вопросу о влиянии свинца на функции работницы. Труды И-та по изучению проф. болезней им. В. Обуха, вып. 28. 1929 г.—10) Гринберг Ф. О влиянии солей свинца на изолированную кишку кошки. Труды Ленингр. И-та по изучению професс. заболеваний, т. II, 1927 г.—11) Гринберг Ф. О механизме действия солей свинца. Гигиена Труда. 1927 г. № 11.—12) Проф. Личкус. Социальная гинекология. (Руководство по женским бол. Кривский).—13) Материалы по заболеванию рабочих основных профессий полиграфического произв. «Журнал профилактической медицины», 1925 г., № 5.—14) Брейтбург А. М. К вопросу о сущности свинцовых отравлений. «Гигиена Труда», №№ 3 и 9, 1926 г.—15) Биркер Ф. Труды Украинского и-та рабмеда, 1925 г. т. I.—16) Павлов М. Труды Украинского рабмеда, т. I.—17) Magnus N. Pflügers Arch. Bd. 102. 1904.—18) D-r E. Kehrер. Der überlebende Uterus als Testobjekt für die Wertigkeit der Mutterkorn-Präparate. Arch. für exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. 58. 1908. 19) Dr. E. Kehrер. Physiologische und pharmakologische Untersuchungen an den überlebenden inneren Genitalien. Arch. f. Gynäk. Bd. 81. 1907.—20) Tscherkess. A. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. Bd. 108. N 3/4.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. ун-та. (Директор—проф. В. С. Груздев).

Частичная резекция яичников при маточных кровотечениях.

Ординатора клиники А. Алимбек.

19/IX 29 г. в акушерско-гинекологическую клинику Казанского госуд. университета поступила б-ная Ч. с жалобами на неправильно протекающие, с самого начала их наступления очень обильные месяцы (через 2—3 недели 1—2—4 м-ца по 5—7—15 дней).

Больная лечилась в Ленинграде Х-лучами, аутогемотерапией, скиндарными инъекциями; три раза перенесла выскабливание матки, приняла курс внутри-

маточных выпрыскиваний по методу проф. Грамматикати; внутрь принимала *matshin*, препараты спорыши, хлористый кальций. Несмотря на самую энергичную и разнохарактерную терапию, кровотечения у больной продолжаются.

Б-ная 21 года, девица, правильного телосложения, сравнительно удовлетворительного питания, кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты. Аускультативно и перкуторно органы дыхания и кровообращения отклонений от нормы не дают. Костная система и жировая клетчатка в пределах нормы. Матка в *anteversio-flexio*, нормальной величины и консистенции, подвижна. Придатки пальпаторно — норма. Со стороны наружных половых органов также никаких отклонений от нормы. Вторичные половые признаки выражены удовлетворительно. В прошлом болела скарлатиной. Указаний на неурядицы со стороны наследственности больная не дает.

Пред нами, таким образом, случай, где, при отсутствии заметных органических поражений полового тракта, равно как и других органов и систем, имеются упорные, неподдающиеся консервативным методам лечения кровотечения. Такого рода случаи логически должны быть отнесены за счет дисфункции непосредственно заинтересованных в менструальных отправлениях эндокринных желез, и прежде всего за счет *hyperfunctio ovariorum*.

При подобных оофорогенных кровотечениях, где обычная медикаментозная терапия, равно как и органотерапия, не помогают, законно стремление воздействовать на чрезмерно функционирующие яичники хирургически с целью понижения их функции. Логичнее всего в таких случаях уменьшить массу тканей, регулирующих менструальные отправления, путем левэкстирпации одного яичника, или одно-двусторонней резекцией яичников. Наблюдения в случаях резекции яичников по поводу оофорогенных кровотечений показали значительную эффективность этой операции, в силу чего она находит себе в настоящее время относительно широкое применение.

Ввиду того, что упорные маточные кровотечения в описываемом нами случае при нормальном состоянии матки и отсутствии органических поражений органов, заведующих регуляцией кровоснабжения полового тракта, могли быть отнесены за счет расстройств в эндокринной системе, ведущих в конечном итоге к чрезмерной деятельности яичников, 23/IX 29 г. проф. В. С. Груздевым и была произведена больной двухсторонняя резекция яичников.

Под эфирным наркозом вскрыта брюшная полость по Pfannenstielю. Матка небольшая, подвижная; трубы нормальны; яичники несколько увеличены кистовидно перерождены, следов желтых тел незаметно. Произведена двухсторонняя резекция приблизительно $\frac{2}{3}$ каждого яичника. В послеоперационном периоде в продолжении первых 9-ти дней лихорадочное состояние с максимальным подъемом t^0 на 6-й день (39,2); с 4-го по 8-й день кровотечение. Принимала *stypisic*. В дальнейшем кровотечение прекратилось и 10/X 29 г. б-ная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. 17/X. Общее состояние б-ной удовлетворительное, крови отсутствуют.

Микроскопическое исследование резецированных частей яичников показало следующее: по поверхности яичников кое-где сохранился зародышевый эпителий; строма коркового слоя местами имеет выраженный фиброзный характер, кое-где отчетна; капилляры и мелкие кровеносные сосуды расширены. Примордиальные фолликулы — в небольшом количестве; кое-где наблюдаются фолликулы в начальных стадиях развития; имеются атрезирующиеся и кистовидно измененные фолликулы. Фолликулов в поздних стадиях созревания не обнаружено. Попадают *sacra fibrosa et albicans*. В одном из фолликулов имеется выраженная гипертрофия *membranae granulosaе et thecae internaе* — картина, напоминающая начальную стадию развития желтого тела.

Произведенная 6-й операция резекции яичников по поводу оофорогенного маточного кровотечения, по свидетельству целого ряда применявших ее гинекологов, дает во многих случаях вполне удовлетворительные результаты. Так, Thalen'y и Köhler'y, Pfeilsticker'y, Engl'y, и другим удалось одно-двухсторонней резекциями яичников в случаях мено-метроррагий овариального происхождения упорядочить menses. Folkmanн сообщил о 544 случаях двусторонней (22%) и односторонней (78%) резекций яичников по поводу мено-и метроррагии, давших 74% длительного излечения. Хорошие результаты были также получены и Isbruch'ом, сообщившим о 11 двусторонних и 24 односторонних резекциях яичников по поводу мено-метроррагии. Удовлетворительные результаты резекции яичников в подобных случаях отмечаются также и проф. Сердюковым. В материале Henkel'я (Zbl. f. Gyn., 1926 г., № 14) из 62 случаев одно- и двусторонней резекций яичников по поводу маточных кровотечений 47 (76%)—дали длительное излечение, 7 (11%) улучшение, 2 (3%) остались безрезультатны, при этом один из последних был осложнен туберкулезом легких, в другом же микроскопическое исследование дало картину хронического интерстициального эндометрита.

Казалось бы при столь значительном % благоприятных результатов, резекция яичников, как метод борьбы с маточным кровотечением оофорогенного происхождения, вполне себя оправдала. Неудача операции в некоторых случаях мог объясняться тем, что причина кровотечения здесь крылась не в hyperfunctio ovariorum, а в воспалительном состоянии матки или в расстройствах кровообращения (местных или общих).

Затруднительной оказывалась лишь трактовка причин благоприятного эффекта резекции яичников при мено-метроррагиях, в особенности в связи с данными Лесного, введшего успешные результаты при резекциях яичника в случаях аменоррей и олигоменоррей. Автор этот в своей работе „Гомопластическая пересадка яичников, как метод лечения расстройств овариальной функции“ (Русская клиника, 1927 г., № 39) приходит к заключению, что тот или другой характер деятельности яичников (hyperfunctio, hypofunctio) зависит не от величины органа, а от его качественных особенностей, и успех резекции яичников при функционально противоположных их состояниях он объясняет тканевым раздражением sub operatione, приводящим к норме нарушенное функциональное равновесие. Рубинштейн экспериментально установил, что яичники обладают большой регенеративной способностью и что раны их после операционных травм заживают без образования рубцовой ткани за счет полной репродукции нормальной ткани яичника. Таким образом, можно допустить, что после операции морфологически нормально восстанавливающаяся яичниковая ткань и функционально возвращается к норме; улучшаются как бы тканевые условия для правильных отправлений паренхимы яичника. По Макенроду, брешь, пробиваемая в tunica albuginea операцией, изменяет условия поверхностного тканевого напряжения и тем создает возможность для сдвига кнаружи фолликулов, лучше сохранившихся в глубоких частях коркового слоя яичников. Говорят, таким образом, не о благотворном влиянии резекции яичников на тот или другой вид их дисфункции, а о восстановлении их функции до нормы в результате оперативной травмы, в силу чего резекция яичников

оказывает хороший эффект как при hyperfunctio, так и hypofunctio последних.

С точки зрения современных наших воззрений на инкреторную деятельность яичников, в силу которых мы здесь имеем два регулирующих питание полового тракта антогонистичных гормона—инкрет желтых тел, который ограничивает приток крови к половой сфере (мы его условно будем называть минус-гормон), и инкрет, содержащийся в фолликулярной жидкости, и обуславливающий приток крови к половой сфере (условно+гормон),—случай оофорогенных, маточных кровотечений могут быть объяснены нарушением корреляции внутрияичниковых инкреторных систем в сторону гиперпродукции+гормон или гипопродукции—гормон. Нарушение это является, вероятнее всего, результатом, как уже было упомянуто выше, общей дисфункции заинтересованных в питании полового тракта эндокринных желез, а, главным образом, гипофиза. При этом нас здесь прежде всего интересуют железы, непосредственно регулирующие менструальные отправления,—яичник с его инкреторными тканями. С точки зрения изложенных выше соображений вполне оправдана современная органотерапия оофорогенных кровотечений вытяжкой из желтых тел (luteovar).

Целесообразна также трансплантация частей яичников со свежими желтыми телами. Возможно, что желтые тела трансплатированных яичниковых частей не только сами по себе, своим инкретом (в случае, если трансплантаты привьются) ограничивают кровотечения, но также и при своем рассасывании побуждают образование желтых тел в яичниках б-ной (специфический раздражитель).

При резекции яичников без трансплантации рекомендуется сохранить б-ной желтые тела, если они окажутся. Тогда расчет падает на иссечение частей паренхимы яичника с фолликулами.

Гомопластика встречает большое затруднение в подборе соответствующего живого материала. Практически доступнее операция резекций, которая, в силу ее теоретической обоснованности и значительной эффективности, заслуживает самого серьезного внимания.

Гистологическая картина нашего случая дает, как будто, подтверждение целесообразности произведенной операции резекции яичников. Мы не нашли в наших препаратах фолликулов в различных стадиях созревания, что исключает возможность нормальных менструальных отпавлений; налицо кистовидно перерожденные фолликулы при отсутствии желтых тел, т. е., как-будто, гиперпродукция+гормона при отсутствии—гормона, условия, благоприятствующие, с точки зрения гормональной теории, менструации, равно как и патологическим отклонениям от нормального их типа—маточным кровотечением. Есть, таким образом, основание думать, что при резекции яичников в нашем случае удаление ткани с кистовидно перерожденными фолликулами ограничит стимул притока крови к половой сфере и тем самым уменьшит кровопотери.

Упорядочатся ли менструации, даст ли произведенная операционная травма толчок к нормальному функционированию яичников в связи с тканевой регенерацией в смысле Лесного, Рубинштейна и других, покажет дальнейшее состояние б-ной.

Из Акушерско-гинекологической больницы Татнаркомздрава. (Заведующий—д-р Е. Д. Русский).

Случай уродства плода (тератома крестцово-копчиковой области).

Г. М. Шарафутдинова.

Тератомы представляют собой опухоли, содержащие различные ткани и даже различные органы в разных стадиях развития. Эти опухоли иногда состоят из большего или меньшего количества полостей—кист, иной раз являются солидными. Ткани, входящие в состав тератомы, принимая одинаковое участие в ее образовании, могут быть производными одного, двух или всех трех зародышевых листков. Продукты развития этих листков в тератомах, в отличие от дерматомов, перемешаны между собою чрезвычайно беспорядочно, и иногда избыточное разрастание одной какой-либо ткани делает остальные мало заметными.

Особенным разнообразием в строении отличаются тератомидные опухоли яичка. Они состоят из соединительной ткани эмбрионального характера, содержащей железистые образования и хрящи, и напоминают картину железистого рака. В некоторых случаях в опухолях яичка имеются гигантские клетки, похожие на синцитий и происходящие, повидимому, из эмбрионального эпителия канальцев яичка (*pseudosyncythioma testiculii* по Никифорову). Кроме яичка тератомидные опухоли встречаются также в яичниках, в крестцовой области и в других участках человеческого организма.

Что касается врожденных опухолей крестцово-копчиковой области, главным образом, конечно, сложных,—„*Sacralteratoma*“ или „*Steisstumor*“,—то они, по Ahlfeld'y и Virchow'y, являются наиболее частыми врожденными уродствами плода. О подобной опухоли, которая была вдвое более головки новорожденного и затрудняла роды, сообщает еще в 1694 году известный французский акушер Philippe Reu.

Начиная с 1694 года, литература расчитывает более 200 случаев опухолей крестцовой области: 106 случаев собраны Molk'ом, 79—Braune, 16—Stor'ем, 13—Nakayama. Все эти опухоли локализовались или в области крестца, или в области копчика, или в области того и другого.

Необходимо отметить, что обычно под названием *Sacralteratom*'ы описываются совершенно различные по строению, генезу и местоположению опухоли и различные виды уродства крестцово-копчиковой области. Под этим именем объединяются: 1) уродства, развивающиеся вследствие недоразвития на этом месте кожи, спинного мозга и дужек позвонков (*Spina bifida*); 2) опухоли, исходящие из копчиковой железы *Luschka* (хотя некоторые авторы—Ahlfeld, Arnold—оспаривают этот источник происхождения); 3) врожденные липомы, лимфангиомы, миксомы, миомы, фибромиомы и саркомы, которые исходят большею частью из пространства между прямой кишкой и крестцовой костью; 4) результаты неправильного развития хвостовой области эмбриона с характером избыточного развития ткани; 5) моногерминальные тератомидные кисты и тератомы; 6) тератомы с рудиментарными образованиями, которые обозна-

чаются, как двойные уродства, как рудиментарный *pygopus*, или как *dipagus parasiticus*; это—бигерминальные тератомы, или *inclusio foetalis*, *foetus in foetu*, причем более развитой плод обозначается как аутозит, а рудиментарный близнец—как паразит.

Патогенез врожденных крестцово-копчиковых опухолей сложного строения в литературе освещается различно. Не вдаваясь в подробности, приведем здесь некоторые основные положения по данному вопросу.

Conheim считает тератонидные опухоли за результат нарушения развития яйца в смысле отщепления и неодновременного и неправильного развития одной из бластомер (*teratomata monogerminalia*). Оттого-то эти опухоли нередко оказываются гетерологическими или гетеротипическими. Многочисленные исследования, которые обнаруживают в этих опухолях эмбриональные остатки, и факт развития подобных опухолей во время внутриутробной или в первые годы внеутробной жизни и в периоде половой зрелости (Ludwig, Aschoff, Ивановский)—убеждают нас в правильности гипотезы об эмбриональном происхождении тератонидных опухолей. К сторонникам моногерминальной теории происхождения всех сложных опухолей относится и Marchand, который в 1897 году предложил теорию, подтверждающую происхождение тератонидных опухолей из бластомер.

Другие авторы—Schwalbe, Strassman, Calbet, Stolper, Ribbert, Никифоров и Абрикосов—считают, что эти опухоли развиваются из клеток зародыша-близнеца, который по каким-либо причинам не развивается и внедряется (*inclusio foetalis*, *foetus in foetu*) в правильно формирующийся плод; отсюда их называют — „бигерминальные тератомы“. В пользу этой теории говорит локализация тератом в большинстве случаев там, где чаще встречается сращение двойней: на голове, в хвостовом конце и на передней поверхности живота. Но возможность множественного числа тератом говорит против этой теории. Происхождение бигерминальных опухолей проф. Ф. Я. Чистович проще объясняет тем, что среди развивающихся из одного яйца двух зародышей, которые вследствие тех или иных причин частично срастаются между собою, один отстает в развитии, обрастается другим, погружается в него и становится таким образом опухолевидным придатком.

Наконец, третьи авторы—Borst, Tillmans и Bergmann—полагают, что часть описываемых опухолей происходят моногерминально, часть же бигерминально. Это последнее происхождение они приписывают тем опухолям крестцово-копчиковой области, которые имеют наиболее сложное строение, именно опухолям, содержащим в себе органы или, по крайней мере, определенные остатки их.

В литературе существует еще целый ряд теорий по поводу генеза крестцово-копчиковых опухолей, но общепризнанных, получивших права гражданства пока нет, и, несомненно, накопление большого количества наблюдений, исследований точных материалов,—пишет проф. Боголюбов,—может помочь всестороннему изучению данного вопроса (Русский хирургич. архив, 1907 г., кн. 2). В большинстве случаев крестцово-копчиковые тератомы встречаются у женских плодов. Они располагаются на дорзальной поверхности крестца или копчика, или вентрально между передней поверхностью крестца, копчика и прямой кишкой. Как утверждает Ahlfeld, все копчиковые тератомы образуются подседалищными

мышцами, часто выпячивая перед собой промежность и прямую кишку. При этом anus и половые органы смещаются вперед и располагаются на передней, верхней части тератомы.

Диагностика крестцово-копчиковых тератом нелегка не только во время беременности и родов, но не всегда возможна и после родов головки и плеч. Обычно предполагают в таких случаях сросшиеся двойни, вообще наличие двух плодов или коллизии близнецов при родах, а также легко смешивают их со вторым плодным пузырем, особенно, если опухоль тонка, отечна, кистовидна и является подлежащей частью. Подобные ошибки, как видно из литературы, происходили очень часто. Для выяснения истинного положения вещей Нohl указывает на необходимость производства прежде всего тщательного наружного исследования, дабы убедиться в отсутствии двойней. Далее необходимо произвести полное влагалищное исследование, обычно под наркозом, чтобы можно было точно прощупать тело и мелкие части плода. В литературе имеется много указаний на различные опознавательные пункты для дифференциальной диагностики опухолей внутритробного плода, но все они, представляя мало практического значения, имеют, главным образом, теоретическую ценность.

Макроскопическая диагностика крестцово-копчиковых опухолей также трудна. Если имеется отверстие в позвоночном канале, то это может быть meningocele или myelocoele. Для правильного распознавания важно произвести ректальное исследование уродо-плода и пробную пункцию новообразования. Значительные диагностические трудности возникают тогда, когда дермоидная киста произвольно или после травмы нагнаивается и образуется фистула.

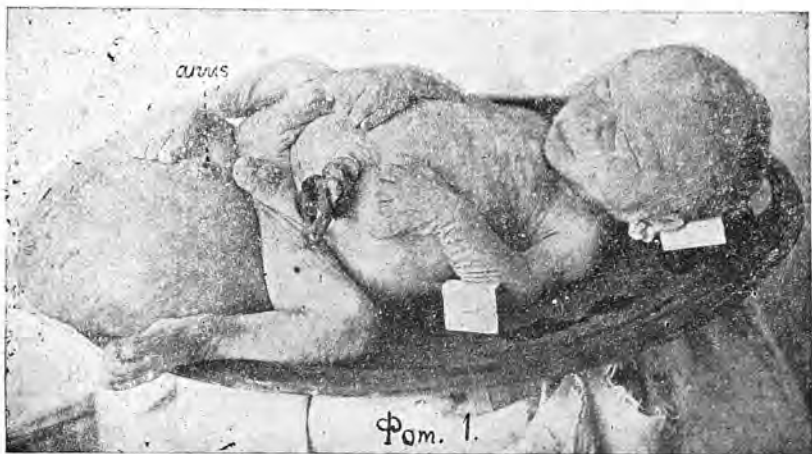
Опухоли крестцово-копчиковой области питаются в большинстве случаев через ветвь art. sacralis media и величина их колеблется между величиною грецкого ореха и детской головки. Акушерское значение их заключается в том, что при больших опухолях может возникнуть затруднение в изгнании плода. В большинстве случаев, впрочем, плод рождается без всякой трудности. Большую роль здесь играют величина плода, консистенция опухоли, ширина таза и схватки. По сообщению Нohl'a, из 40 случаев этого уродства в 18 пришлось прибегнуть к акушерской помощи (щипцы, поворот, экстракция плода, пункция и проч.). Из 79 случаев, собранных Вгап'ом, в 20 были затруднения при родах. Интересно отметить, что подобные плоды большей частью оказывались лежащими в головном предлежании, хотя центр тяжести тела у них и был передвинут к тазовому концу. Причина этого может лежать в том, что крестцово-копчиковые опухоли и тазовый конец плода вместе не так хорошо приспособляются к нижнему сегменту матки (Vignbaum). При попытках форсированного родоразрешения может произойти в подобных случаях повреждение мягких родовых путей, а, с другой стороны, при неопределении и неустранении препятствий может наступить разрыв матки вследствие чрезмерного растяжения нижнего сегмента. Как родоразрешающие операции, здесь уместны щипцы, поворот, экстракция, низведение одной или двух ножек, пункция или разрыв опухоли. Vignbaum рекомендует в подобных случаях повернуть то, что препятствует родам, в крестцовую впадину путем влечения или иных манипуляций над низведенными нижними конечностями или над туловищем.

В некоторых случаях удается с пункцией или без пункции низвести опухоль рукой или инструментом, после чего роды протекают нормально; в других же случаях при форсированных попытках экстракции опухоль разрывается. При смерти плода или абсолютном препятствии для родов и опасности для матери опухоль уничтожается путем пункции, перфорации, надреза и раздавливания. Здесь нужно всегда считаться сначала с интересами матери, а потом уже плода, и ни в каком случае не следует подвергать опасности мать для того, чтобы получить живого ребенка, дальнейшая судьба которого является спорной (Vignbaum).

Прогноз при крестцово-копчиковых тератомах для матери хороший, для детей же хуже. Так, по Bergmann'у 87% детей с подобными опухолями рождаются мертвыми или умирают в первые дни после родов.

Сообщив эти данные об опухолях крестцово-копчиковой области, опишу случай такой опухоли, наблюдавшийся и исследованный мною.

15/III 1930 г., в 3 часа дня, в Акушерско-гинекологическую больницу ТНКЗ поступила роженица И. Х., швея, татарка, 34 лет. Регулы у ней начались с 18 лет, повторялись через 4 недели по 7 дней, с болями внизу живота; последние крови были 1 августа. Замужем роженица 12 лет, беременна была 3 раза, всех троих детей родила в срок живыми. Роды и послеродовой период протекали нормально.



Настоящая беременность тоже протекала нормально, и только за месяц до родов у больной после падения начались боли в пояснице, в пахах и внизу живота; движений плода роженица не замечала, болезней в детстве не помнит. Роженица правильного телосложения, среднего роста, подкожная жировая клетчатка у ней развита удовлетворительно. Видимые слизистые оболочки бледны. Окружность живота на уровне пупка—91, выше—93, ниже—91 сантиметр. Расстояние от лобка до мечевидного отростка—36 см., высота дна матки над лобком—32 и над пупком—23 см. Размеры таза—25, 27, 30 и 19 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение слева—глухо. Схватки начались дома в 10 часов утра 15/III; воды отошли в 3 часа 50 минут того же дня в родильном отделении; вскоре начались потуги, и родился живой недоношенный, с большой опухолью в крестцово-копчиковой области, плод мужского пола. Через 20 минут самопроизвольно вышел рванный, большой, тестоватой консистенции послед, весом 900,0 и размерами 25×30 см. Родившийся уродливый плод вместе с опухолью весил 1920,0, длиной был 36 см.

При первом взгляде (фот. 1) на ребенка бросалась в глаза большая,—18×30 см.,—опухоль в ягодичной области, овальной формы, оттеснявшая про-

межность и апиз кпереди. Сверху на передней поверхности, ниже половых органов, располагался апиз, а сбоку и спереди — разведенные ножки; плод как бы сидел верхом на опухоли. На задней поверхности опухоли проходили расширенные вены, а на нижнем полюсе имелось кровоточащее отверстие (фот. 2) величиною в 2-3 снт.

Опухоль покрыта кожей нормального цвета, наощупь с поверхности мягка, а в глубине ее прощупываются круглые, удлиненные уплотнения, похожие на части плода.

Родившийся урод в первый день своей жизни (15/III) кричал слабо, дыхание было поверхностное, он не марался и не мочился; на второй день (16/III) груди не брал, тоны сердца стали очень слабыми, живот вздулся, а в 1 час 30 мин. дня в тот же день он умер при явлениях общей слабости, прожив всего около 21 часа.

Родильница после родов чувствовала себя хорошо, температура у нее повышалась только на 3-й и 4-й день до 38° — $38,8^{\circ}$, а во все остальные дни оставалась нормальной. Выписалась роженица на 6-й день.

После смерти ребенок сфотографирован (фот. 1 и 2). Опухоль вскрыта средним продольным разрезом по задней поверхности. При вскрытии из опухоли вытекло небольшое количество кровянисто-серозной жидкости. Справа от разреза находилась кистовидная полость значительной величины, наполненная желтой прозрачной жидкостью. Остальная масса опухоли состояла из мягкой, грязно-серого цвета ткани, разделенной твердыми, как бы костными образованиями, выступающими в виде возвышений на стенках полости.



Под кожей опухоль была окружена еще тонкой капсулой белого цвета. Задняя поверхность опухоли простирается до самой крестцовой кости, канал которой сзади не замкнут. При проведении зонда через апиз в прямую кишку оказалось, что она кончается слепо на расстоянии $\frac{1}{2}$ —1 снт. вверх от апиз'а. Вскрытие брюшной полости плода показало, что толстая кишка вздута, наполнена меконием.

При проведении пальца через разрез colonis sigmoidei пройти в rectum не удалось. Здесь вместо прямой кишки имеется тяж, направляющийся к вышеуказанному слепому мешку, идущему от апиз'а.

Для микроскопического исследования срезы, сделанные после предварительной фиксации, были окрашены частью гематоксилин-эозином, частью по Van Gieson'y. Плотные куски, содержащие костную ткань, были предварительно декальцинированы в соляной кислоте. Кусочки взяты из различных участков опухоли, причем микроскопическое исследование срезов показало следующее: основная масса опухоли состояла из эмбриональной соединительной ткани, богатой молодыми соединительнотканными клетками и кровеносными сосудами. Некоторые участки основной ткани обнаруживали картину некроза. Стенка главной полости опухоли была выстлана многослойным плоским эпителием и содержала волосы, слюнные железы. В кусочках, взятых из центра опухоли, были обнаружены поперечно-полосатая мускулатура, глинистый хрящ с пузырькообразными клетками и полости, выстланные многоядным цилиндрическим, мерцательным эпителием,

который переходил на одном конце в эпителий переходного типа, напоминающий многослойный плоский эпителий верхнего отдела дыхательного аппарата. В некоторых препаратах имелась жировая клетчатка в сочетании с соединительной тканью. В срезах, взятых из плотных выступов, предварительно декальцинированных, мы нашли окостеневающий хрящ, местами принимающий вид кости.

Таким образом, при микроскопическом исследовании опухоли в нашем случае мы нашли производные всех трех зародышевых листков: эктодермы, энтодермы и мезодермы. К эктодермальным образованиям мы относим кожу с придатками. Полости, выстланные местами многорядным цилиндрическим мерцательным, местами однорядным эпителием, мы склонны отнести к элементам энтодермы. Наконец, поперечно-полосатая мускулатура, соединительная ткань, костная ткань и жировая клетчатка относятся к производным мезодермы.

На основании изложенного мы можем отнести нашу опухоль к тератомам, а именно к типу тридермом.

Исследование нашего случая и литературная обработка производилась в лаборатории Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного университета под руководством проф. В. С. Груздева и его ассистента П. В. Маненкова, которым приношу искреннюю благодарность.

Из дерматологической клиники Казанского университета.
(Директор—проф М. С. Пильнов).

Опыт изучения щелочности крови при экземе.

Ассистента **Б. С. Биккенина** и приват-доцента **Н. Н. Яснитского**.

Этиология экземы и до настоящего времени является одним из наиболее темных и спорных, ждущих еще своего разрешения вопросов дерматологии. Особенность течения и клинические разновидности экземы, не укладывающиеся в ряде случаев в рамки определенного симптомокомплекса, возникновение ее у лиц, страдающих конституциональными заболеваниями, несомненная в отдельных случаях причина зависимости от расстройств в сфере вегетативной иннервации, наконец, изученная экспериментально Jada'sohn'ом, Bloch'ом, Weidenfeld'ом реактивность кожи экзематиков, ее особое состояние готовности к экземе (Eczembereitschaft), являющееся выражением сенсibilизации—все это делает в достаточной степени обоснованным взгляд на экзему, как на процесс, этиологически тесно связанный с изменениями в общем состоянии организма. С этой точки зрения особое значение приобретают те исследования, которые имеют целью выяснить интимную биологическую связь кожных покровов с различными системами внутренних органов и установить те пути, по которым должно передаваться на кожу влияние нарушений в обмене веществ.

Наряду с дерматозами, где зависимость от изменений в обмене веществ является вполне доказанной и несомненной, существуют также, в клинической картине и течении которых нет строго определенных симптомов, указывающих на наличие такого рода связи, но где все же име-

ются основания предполагать ее существование. К числу последних дерматозов относится акзема. В настоящее время нам хорошо известно, что она может возникать в результате действия эндогенных причин без того, однако, чтобы мы могли в каждом отдельном случае установить точно характер этих причинных моментов и, следовательно, составить себе отчетливое представление о сущности данного заболевания с точки зрения его этиологии. Благодаря этому здесь открывается широкое поле для дальнейших детальных исследований и более или менее вероятных предположений.

Колоссальная литература последних лет, хотя и не вносит по существу большой ясности в этот вопрос, но все же дает некоторый фактический материал, в особенности в области изучения роли аномалий обмена веществ в патогенезе экземы.

Наряду с изучением влияния на кожу различных промежуточных продуктов обмена внимание дерматологов в значительной мере уделяется солевому обмену и реакции соков организма.

Как известно, для нормальной функции клеток должны быть обеспечены определенные свойства внешней среды, определенная активная реакция всех водных растворов, которая в нормальных условиях является слабо щелочной. Даже самые незначительные изменения в реакции не могут оставаться без влияния на функцию клеток и органов в целом. Все нарушения в этом направлении устраняются благодаря тому, что организм обладает регуляторным аппаратом, позволяющим ему поддерживать определенное равновесие между ионами H и OH —состояние, называемое изопонией. В поддержании кислотно-щелочного равновесия играет роль ряд моментов, как-то: состав пищи, продукты промежуточного обмена, как кислого, так и основного характера, буферные свойства крови и регуляторная деятельность выделительных органов. Нарушения кислотно-щелочного равновесия, как показали опыты Luthlen'a, не могут не оказывать известного влияния на функцию клеток кожных покровов, изменяя их реактивность по отношению к определенным внешним раздражениям и создавая наиболее благоприятные условия для развития воспалительных процессов. Совершенно естественным поэтому являются попытки подойти ближе к выяснению вопроса о теоретически вполне допустимой зависимости некоторых форм экземы от изменений в обмене веществ, в частности от нарушения кислотно-щелочного равновесия.

Некоторые авторы (Jacobsohn и Joseph) не склонны придавать состоянию кислотности мочи роль показателя общего состояния кислотно-щелочного равновесия в организме, считая, что реакция мочи довольно близко подходит к реакции тканей и обнаруживает известные колебания в течение дня соответственно подвозу в организм питательного материала и меняясь с переменой формы питания. Понижение кислотности мочи было обнаружено Borri, Vancourt, Gaston Hansen, причем оказалось, что при некоторых дерматозах, особенно хронических, которые по нашим современным воззрениям представляются диатезами, кислотность особенно резко понижена и что лечение препаратами фосфорной кислоты, повышая общую кислотность, довольно быстро уменьшает субъективные ощущения и благотворно влияет на течение болезни. Polano, напротив, находили при хронической экземе повышение кислотности мочи. Schwartz-Levin, Mahnka и обнаружили при

экземе резко повышенную кислотность. Doble, имея у своих больных повышение кислотности, получал благоприятные результаты от лечения щелочами.

Наряду с этими противоречивыми результатами мы находим в литературе работы, в которых авторы отмечают, что им не удалось обнаружить сколько-нибудь существенных отклонений кислотности от средних цифр. Levin-Kahn, Feldmann, изучая этот вопрос, не смогли подметить также и благоприятного эффекта от щелочного лечения, который получал Doble. Авторы приходят к заключению, что Ph мочи, давая средние цифры 5,6—5,8, может обнаруживать нередко индивидуальные колебания в широких пределах (от 0,5 до 1,5).

Таким образом изучение реакции мочи дает чрезвычайно неодинаковые результаты благодаря тому, что Ph мочи является величиной непостоянной, дающей колебания в широких пределах. Это обстоятельство побудило некоторых авторов подвергнуть изучению щелочность крови. Кровь в силу своих буферных свойств, обуславливающих нейтрализацией H и OH угольной кислотой и бикарбонатом натрия, одно и двуметальным фосфатом, обладает реакцией постоянной, почти не дающей заметных колебаний ($\text{Ph}=7,36-7,32$). Поэтому каждое отклонение от нормы должно являться выражением существующего в организме нарушения обмена.

Dronet-Verain в 8 случаях экземы из 10 нашли сдвиг Ph крови в сторону кислотности и в 2-х—в сторону большей щелочности. В первой группе случаев было применено с успехом лечение щелочами (внутривенное введение *Natr. hyposulfur.*). Stern и Bruck, получая в своих наблюдениях значительные сдвиги в ту и другую сторону, считают вполне допустимыми подразделить экзematиков на т. н. „кислотных“ и „щелочных“. Levin-Kahn, исследуя кровь у 42 экзematиков, обнаружили изменение щелочности при существующем одновременно диабете. Аналогичные результаты были получены Daseo, Blamontier, Negishi. Необходимо отметить, что большинство авторов, однако, не могли подтвердить наличия сколько-нибудь значительных изменений Ph (Bertaccini, Cerchiali, Flarer, Popesco и др.).

Несмотря на разноречивость результатов исследований, несмотря на различную оценку, даваемую отдельными авторами тем изменениям в Ph, которые были ими находимы, мы не можем совершенно игнорировать возможность существования некоторой зависимости отдельных случаев экзем от происходящих изменений в обмене веществ. В настоящее время мы не располагаем еще достаточными основаниями для предположительного даже решения этого вопроса, требующего длительного и детального изучения имеющегося материала и дальнейших исследований.

В настоящей работе мы ставили своей задачей проверить существующие в литературе указания на изменения Ph крови и мочи у экзematозных больных и попытаться выяснить, не являются ли они настолько постоянными и закономерными, что им можно было бы придавать значение этиологического момента.

Наши наблюдения были приведены над 56 больными с различными клиническими формами экземы (острая экз. 27 сл., хронич. 29 случ.). У всех больных предварительно было произведено исследование вегет. нервн. системы (см. табл. № 1).

	Ваготония	Симпатикотония	Смешанн. форма	Нормальн. вег. н. с.	Всего
Острая экзема	8	1	9	9	27
Хронич. экзема	7	2	8	12	29
Всего	15	3	17	21	56

Мы считаем нужным выделить особо хроническую рецидивирующую экзему рук, в большинстве случаев симметрическую, всех 12 случаев (вагот.—4, см. ф.—3, норм. в. н. с.—5).

Методика исследования заключалась в следующем. В утренние часы (9—10 ч.), непосредственно после исследования вег. н. с., бралась моча и кровь из локтевой вены. Моча предварительно разводилась дистиллированной водой в 4 раза, кровь—в 10 раз. Определение Ph производилось калориметрическим способом Michaelis'a.

Результаты исследования Ph мочи представлены в следующей таблице.

	5,2	5,4	5,6	5,8	6,0	6,1	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0
ОСТРАЯ ЭКЗЕМА.											
Ваготония			2		1				2	1	2
Симпатикотония				1							
Смеш. форма	1	2	2	2	1						1
Норм. вег. н. с.		2	4	1	1	1					
Всего	1	4	8	4	3	1			2	1	3
ХРОНИЧ. ЭКЗЕМА											
Ваготония		1		2			1	2	1		
Симпатикотония				1	1						
Смешан. форма		2	1	1	2	1	1				
Норма вег. н. с.		6	2	1	1		1				1
Всего		9	3	5	4	1	3	2	1		1

Т. о. при острой и хронической экземе Ph мочи дает колебания в пределах от 5,2 до 7,0, причем для большинства случаев эти границы суживаются до 5,4—6,0, т. е. существенно не отличаются от средних цифр. Наблюдающийся в 15 случаях сдвиг Ph в сторону щелочности не выходит из рамок индивидуальных колебаний; здесь обращает на себя внимание понижение кислотности мочи у больных с выраженной ваготонией, в особенности страдающих острой экземой.

Как видно из таблицы Ph крови у наших больных обнаруживает колебание в более широких, чем обычно, пределах (от 7,2 до 7,8), значительно отклоняясь т. о. от средних цифр 7,3—7,4 в сторону повышения в 26 случаях.

Несколько иные данные получены нами при исследовании Ph крови.

	7,0	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9
ОСТРАЯ ЭКЗЕМА									
Ваготония			2	2		3		1	
Симпатикотония				1					
Смешан. форма	1	2	2	2	2				
Норм. в. н. с.			2	4	1	1	1		
Всего	1	6	9	3	6	1	1		
ХРОНИЧ. ЭКЗЕМА									
Ваготония				2	1	2	2		
Симпатикотония					2				
Смешан. форма				3	1	3		1	
Норм. в. н. с.		1	8	1	2				
Всего		1	13	5	7	2	1		

Сравнивая первую и вторую часть таблицы, мы отмечаем, что при хронической экземе наблюдается вообще некоторое повышение Ph. При сопоставлении данных исследования мочи и крови у одних и тех же больных, мы не смогли обнаружить никакого параллелизма даже в случаях, где отклонения от нормы были наиболее резко выражены. Так, в случае № 42 (часто повторяющиеся рецидивы мокнувшей экземы лица, шеи и предплечий) Ph мочи равнялся 5,4, крови—7,8; в случае № 4 (хроническая экзема кистей рук и предплечий)—соответственно 7,0 и 7,5. Точно также нам не удалось подметить какой-либо закономерности в изменении Ph в зависимости от состояния вегетативной нервной системы, можно только отметить, что ваготоники дают несколько чаще сдвиг в сторону большей щелочности, лица же с нормальной в. н. с. дают известную устойчивость Ph. Из 12 больных, страдающих хронической рецидивирующей экземой кистей рук, у 7 колебания Ph были особенно резко выражены у ваготоников.

Т. о. данные, полученные нами при исследовании 56 экзематиков, позволяют нам всецело присоединиться к мнению Jacobsohn'a и Joseph'a, что Ph мочи не дает достаточных оснований для суждения о патогенезе экземы, поскольку кислотность мочи есть величина непостоянная, подверженная индивидуальным колебаниям в довольно широких пределах. Гораздо больше значения имеет определение Ph крови, как выражение существующей в организме общей реакции. Благодаря регуляторным приспособлениям организма, Ph крови не дает больших колебаний, поэтому всякое отклонение от средних цифр должно служить предметом особо тщательного изучения. Если исходить из постоянной и мало лабильной Ph крови, равной 7,32—7,36 (Астанин, Скворцов), то все отклонения от средней цифры, которые у наших больных колеблются между 0,1 и 0,5, должны рассматриваться, как проявление патологического состояния обмена. На основании полученных нами данных,

конечно, не представляется возможным делать вывод о характере и сущности тех болезненных процессов, которые лежат в основе нарушения обмена, с одной стороны, а с другой—поставить в несомненную связь с ними существующую у больных одновременно экзему. Для решения дальнейшего вопроса необходимы дальнейшие и более детальные исследования у экзематиков обмена веществ (углеводного, пуринового, минерального, в частности электролитического).

Имеющиеся в настоящее время исследования Ph крови у экзематиков дают некоторое основание полагать, что между нарушениями в обмене и некоторыми клиническими формами экземы все же существует какая-то, ближе нам еще мало известная, зависимость, б. м. выражающаяся в развитии т. н. готовности кожи к воспалению, ее повышенной чувствительности, которая является результатом дисфункции внутренних органов (Pulay).

Из Кожно-венерической клиники Ин-та для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Врид. зав. клиникой приват-доцент С. А. Голосовкер).

Лечение мягкого шанкра ионофорезом.

Ассистента И. А. Кугушева.

Введение ионов лекарственных веществ в организм, путем электролиза, известно давно. Целый ряд авторов применял этот метод терапии при различных кожных заболеваниях: Sautier вводил ионы подистого калия и получал хороший эффект при язвах голени, Leduc с большим успехом проводил ионо-терапию цинком при хронических процессах (язвах, абсцессах и т. д.), Wirz получал удовлетворительные результаты при глубокой трихофии, некоторых формах сикоза, экземе и волчанке. Bourgignon при рубцах применял следующий метод: отрицательный электрод, обернутый марлей и смоченный 1% раствором подистого калия, прикладывал на пораженный очаг, а другой электрод ставил рядом с первым. В течение курса лечения автор делал 15 сеансов с промежутками в один день. Длительность сеанса была 25 минут, при силе тока 4—5 м. а. Путем гальванического тока вводились ионы различных медикаментов при многих кожных болезнях: при склеродермии—ионы иода (Louste, Lean, Thibaut, Lucas), при бородавках—ионы магnezия (Leduc, Leuss, Jones), при волчанке—ионы цинка (Mackenna, Tauber), при гипертрихозе—ионы таллия (Louste, Diamer, Iuster), при красной волчанке—ионы цинка (Попов), при кожном зуде—ионы аканитина (Iuster, Louste), при язвах после рентгеновского облучения—ионы цинка (Волков).

В нашей клинике д-ром Бейрахом применяется с большим успехом ионофорез подистым калием простаты в целях диагностики и терапии осложнений мужской гонорреи.

Lersild применял ионофорез при мягком шанкре. Он провел 13 случаев и получил излечение в течение 6—18 дней, рекомендуя ионофорез лишь в свежих случаях.

Автор пользовался следующим методом: в сосуд с 1—2% раствором сульфата меди погружалась медная пластинка, которая соединялась с анодом электрической батареи, другая металлическая пластинка, обтянутая ватой и смоченная физиологическим раствором, помещалась на ягодицу и соединялась катодом. В означенный сосуд погружался пораженный penis с язвами, причем язвы предварительно очищались, а в случае фимоза промывался преципитальный мешок с сульфатом меди. Сеанс продолжался 20—25 мин. при силе тока 15—20 м. а.

Мы проводили вышеуказанную методику с некоторыми изменениями: в фарфоровый сосуд, емкостью в 1 литр, вливали раствор в $\frac{1}{2}$ —2% сульфата меди. Медная пластинка размером 10×15 см., соединенная с анодом, погружалась в этот сосуд. Второй электрод—изоловянная пластинка, соединенный с катодом, накладывался на мешочек с песком и покрывался сверху ватной подушкой, размером 15×10 , смоченной простой водой комнатной температуры. На этот электрод садился больной. Язвы тщательно очищались ватой, смоченной сульфатом меди; в случаях фимоза преципитальный мешок промывался упомянутым раствором. В означенный сосуд погружался пораженный мягкошанкрными язвами penis.

Нами было пользовано этим методом 18 больных.

Первый сеанс, как ориентировочный, был длительностью 4 мин. при силе тока 4 м. а. Второй сеанс—15 мин. при силе тока до 15 м. а., третий сеанс—25 мин. при силе тока до 25 м. а. и четвертый сеанс 30 мин. при силе тока до 28 м. а. При дальнейших сеансах сила тока и длительность процедуры не увеличивалась. Между отдельными сеансами делался перерыв в 1 день.

Обычно после 1-го сеанса мы получали в области язв реакцию в виде болезненности, длящуюся в течение 20—30 минут. Кожа, окружающая язву, становилась гиперемизованной, сама язва покрывалась налетом, напоминающим медную ржавчину. При повторных сеансах, в зависимости от силы тока и длительности его, эти явления выступали значительно резче и интенсивнее.

На другой день после 1-го сеанса мы отмечали уменьшение отделяемого, язвы несколько уменьшались в размере. После 2-го сеанса язвы совершенно очищались, наблюдалась грануляция. В дальнейшем сеансы продолжались в зависимости от величины и различной локализации язв. Заживление язв в наших случаях наступало у 13-ти больных с открытыми язвами в промежутки от 4—17 дней; в 4-х случаях с фимозом—в течение 6—25 дней.

Из указанных 13-ти больных у 5-ти отмечались бубоны; что касается влияния ионофореза на бубоны при мягком шанкре, то об этом мы упомянем в дальнейшем; здесь мы только укажем, что у остальных 8-ми больных в процессе лечения мы не наблюдали осложнений в виде бубонов.

Привожу ряд историй болезней:

1-й случай. Больной Т., истор. бол. № 375, рабочий, болен 2 недели. На truncus penis появилась величиной в просяное зерно язвочка, которая в течение 2-х недель увеличилась до волоцкого ореха. Местное лечение йодоформом улучшения не дало. В клинику поступил 7/II 30 года. Больной среднего роста, хорошего питания, слизистая слегка бледновата, других отклонений от норм не обнаружено. Процесс локализуется в области truncus penis в виде одной язвы округлой формы, величиной несколько больше волоцкого ореха, с обильным отделяемым, подрытыми краями и изъеденным дном, мягкой и болезненной. Кожа, окружающая язву, несколько воспалена и отечна. Палочки Дюгласа найдены.

8-го февраля проведен 1-й сеанс с $\frac{1}{2}$ % раствором Cupri sulfur длит. 4 мин. при силе тока в 4 м. а. После сеанса язва покрылась характерным налетом медной ржавчины; в области язвы отмечается болезненность, дивившаяся в течение

20-ти минут после сеанса. 9/II—выделение из язвы значительно уменьшилось, болезненность исчезла. 10/II—язва продолжает уменьшаться, очищается. Проведен 2-й сеанс, сила тока 10 м. а., длит. 15 мин. После сеанса в области язвы отмечается интенсивный характерный налет. 11/II—язва совершенно очистилась и значительно уменьшилась в размере. 12/II—проведен 3-й сеанс, при силе тока до 25 м. а., длит. 25 мин. 15/II—язва полностью зажила.

2-й случай: Больной А., истор. болезни № 491, служащий, болен 2 1/2 месяца. На язве применялись разнообразные медикаменты, но улучшений не наступало. Status praesens: имеются 2 язвы: одна локализуется на спинке penis'a, на расстоянии 1 см. от венечной борозды, округлой формы, величиной в 5-ти коп. монету. Эта язва имеет изъеденное грязное дно, с круто обрезанными краями, при ощупывании представляется мягкой, болезненной. Вокруг язвы кожа гиперемирована. Другая язва занимает почти всю венечную борозду, имеет продолговатую форму, также с обильным отделяемым, довольно глубоким и изъеденным дном, с несколькими подрывными краями. Паховые железы не изменены. Бактериоскопически обнаружены палочки D u s s e r y 'я.

8/III-30 г. проведен 1-й сеанс с 1% раствором Cupri sulf. при силе тока в 4 м. а., длит. 4 мин. После сеанса держится болезненность. 9/III—язвы заметно очистились. 10/III—проведен 2-й сеанс, при силе тока до 15 м. а. длит. в 20 мин., язвы уменьшились в объеме; выделение значительно уменьшилось. 11/III—язвы продолжают очищаться и гранулируют. 12/III—проведен 3-й сеанс, при силе тока до 20 м. а., длит. в 25 минут. 13/III—появились островки грануляции в середине язв. 15/III—проведен 4-й, сеанс, при силе тока до 25 м. а., длит. в 28 мин., язвы значительно уменьшились в размере. 25/III—полное заживление язв.

Приведенный нами 2-й случай представляет особый интерес тем, что у него мягкошанкрные язвы не поддавались никакой медикаментозной терапии в течение 2 1/2 месяцев; лишь после применения ионофореза, сравнительно в короткий срок (17 дней), наступило полное заживление.

Как видно из историй болезней, открытые немногочисленные язвы поддаются быстрому излечению; лишь в одном случае, где мы имели диссеминированный процесс (до 30 язв на penis'e), длительность лечения продолжалась до одного месяца, т. к. ионофорез приходилось проводить на различные очаги поражения.

При наличии бубонов язвы также быстро поддавались лечению, но на рассасывание бубонов и на более быстрое их исчезновение ионофорез влияния не оказывал. Бубоны лечились обычными методами (тепло, мази).

Из 2-й группы больных (5 чел.) с фимозами—ионофорез применялся 2-м больным раствором Cupri sulf. от 1/2 до 20%; длит. сеанса доводилась до 30 минут, сила тока до 28 м. а.

Больной К., 18 лет, истор. бол. № 359, служащий, болен 7 дней. Больной среднего возраста, удовлетворительного питания, крайняя плоть отечна, не заворачивается. Вся кожа гиперемирована. Из препуциального мешка обильное выделение. На уровне венечной борозды прощупывается мягкая инфильтрация. Паховые железы слегка увеличены. Палочки D u s s e r y 'я найдены.

Этому больному проведено всего 9 сеансов в течение 26 дней. 1-й сеанс—4 мин. при силе тока в 4 м. а. с 1 1/2% раствором cupri sulf.; 2-й сеанс—с 1% раствором Cupri sulfur, длит. 20 мин., при силе тока 15-ти м. а.; 3-й сеанс—с тем же раствором, при силе тока 25 м. а., длит. 20 мин.; 4-й сеанс—20% раствором, при силе тока до 20 м. а. в течение 30 мин. После 3-х сеансов у больного никакого улучшения не наступило, отек также держался, выделение из препуциального мешка не уменьшилось. 4-й же сеанс, проведенный с крепким раствором (20%), дал ухудшение процесса, вызвавшееся в появлении гиперемии вокруг язвы. К вечеру на этом месте появился пузырек, размером 2×1 см., в силу чего мы были принуждены прекратить применение ионофореза и назначить индифферентную терапию. После ликвидации отека применением горячих ванн нами обнаружено следующее:

На венозной борозде имеются 5 язв, причем одна из них, слева, имела величину, превосходящую 5 коп. монету, с резко подрытыми краями и с глубоким изъеденным дном, обильным выделяемым, сероватого цвета. Остальные четыре язвы, величиною с горошину, помещались на верхней, боковой поверхности венозной борозды, округлой формы, покрыты сероватым налетом.

Мы решили в дальнейшем у данного больного применять ионофорез непосредственно на язву, уменьшая крепость раствора до $\frac{1}{2}$ и силу тока до 15-ти м. а., длит. 15 мин. Проведя таким образом 5 сеансов мы получили быстрое излечение процесса в течение 11-ти дней.

Отмеченное выше осложнение в виде появления пузырей нельзя отнести за счет повышения силы тока и продолжительности сеанса, т. к. в нашей клинике при гонорейных простатитах и др. осложнениях проводят ионофорез до 50 м. а. и выше. Мы приняли все меры предосторожности в отношении электродов, применяя их на значительном расстоянии от пораженного очага.

Отек препуциального мешка не поддается воздействию ионофореза, а наоборот, после сеанса наблюдается ухудшение. Постоянное выделение из препуциума также подтверждает отсутствие влияния ионофореза на язвы, скрытые в препуциальном мешке, что подтверждается на первом больном из 2-й группы, у которого после фимоза обнаружено пять язв, причем одна из них была глубокой с обильным отделяемым: во всех остальных случаях, осложненных фимозом, быстрое заживление язв наступало лишь после ликвидации отека и при непосредственном ионофорезе на язвы.

На основании наших наблюдений мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Среди других методов лечения мягкого шанкра ионофорез выгодно отличается от них, т. к. требует значительно меньше времени (5—17 дней), в особенности при открытых начинающихся язвах.

2. При мягком шанкре, осложненном фимозом, ионофорез влияния не оказывает ввиду закрытия язв фимозом.

3. На течение мягко-шанкрных бубонов ионофорез влияния не оказывает.

4. Высокие концентрации раствора сульфата меди (2%) вызывают раздражение кожи и тем самым удлиняют процесс лечения. Целесообразно применять $\frac{1}{2}$ —1% раствор.

5. Длительность сеанса не должна превышать 30 мин., сила тока не свыше 25 м. а.

Из Кожно-венерическ. клин. Института для усовершенствования врачей.
(Вр. завед. приват-доцент С. Я. Голосовкер).

К вопросу о Lichen ruber.

И. А. Кугушева и М. Б. Поташника.

Группа лихеноидных заболеваний кожи до сих пор занимает внимание дерматологов. К группе красного лишая относятся по свойству папул различные формы: Lichen ruber planus, acuminatus, verrucosus, obtusus, corneus pemphigoides, atrophicus и др. До сих пор не вполне выяснено, связаны ли эти формы между собой клинически, или представляют неза-

висимые друг от друга заболевания кожи. В особенности это относится к подразделению форм *Lichen ruber planus*, *Lichen acuminatus et verrucosus*.

Pautrier отмечает у 7-ми наблюдавшихся им больных наличие плоского и веррукозного красного лишая, а у 8 только веррукозную форму.

На основании различия клинического течения и гистопатологической картины Pautrier относит эти формы к самостоятельным заболеваниям, не имеющим между собой ничего общего. Кафу указывает, что красный плоский лишай исчезает после проведения рентгенотерапии в области спинного мозга. *Lichen verrucosus* не поддается воздействию этого терапевтического средства, что по мнению автора служит биологическим указанием различия этих двух процессов. Таким образом некоторые авторы (Pautrier, Кафу, Jeahselene) выделяют *Lichen verrucosus* в самостоятельную нозологическую единицу.

Этиология этих заболеваний до сих пор не выяснена. Хороший терапевтический эффект после рентгенотерапии в области спинного мозга (Pautrier, Pernet, Ravaut) и поверхностного освещения парасимпатических ганглиев (Guin) дает возможность этим авторам отнести *Lichen ruber planus* к заболеваниям нервного происхождения. При гистопатологическом исследовании Pautrier, Diss находили в инфильтратах особые клетки типа *Merk Ranvier*, имеющие связь с нервной системой. Клиника дает много указаний (Никольский, Поспелов, Welonder, Vidal), что красный лишай появляется часто после душевных волнений.

Другие авторы относят этот процесс к инфекционным заболеваниям, приводят в качестве подтверждения этого мнения хорошее терапевтическое действие мышька (Jadasson, Spitzer, Rost). Семейное распространение (Jadassohn, Kyrle, Galevsky, Kiell, Joseph, Loventhal, Montgomery, Feldman, Kory, Spitzer и др.). Противники инфекционной теории указывают, что до сих пор попытка прививки *Lichen ruber planus* закончилась неудачно. Так, Pautrier в целом ряде случаев (21) получил отрицательные результаты при прививках.

Schamserger находит, что в этиологии многих заболеваний кожи главную роль играет особая диспозиция организма к различным патологическим процессам (паракератоз, гиперкератоз и т. д.). Linsser в 64⁰ своих наблюдений находит наследственную передачу красного лишая.

Красный лишай развивается у лиц с гиперкератотическим диатезом: обычные раздражения и кожные заболевания у этих лиц выражаются в образовании папулезных высыпаний, типичных для рассматриваемой нами группы изменений кожи. Buschke считает, что *Lichen ruber planus* является результатом особой лихеноидной диспозиции кожи у лиц соответствующей конституции.

Таким образом, из приведенных вкратце теорий, касающихся этиологии красного лишая, видно, что здесь приводятся самые разнообразные гипотезы.

Если клиника *Lichen ruber planus* достаточно изучена, то этого нельзя отметить по отношению к другим формам: *Lichen ruber acuminatus*, *Lichen ruber verrucosus*. В большинстве случаев эти формы встречаются изолированно, т. е. у некоторых больных исключительно *Lichen verrucosus*, у других *Lichen acuminatus*, а чаще всего мы наблюдаем *Lichen ruber planus*. Поэтому наши случаи представляют собой клинический интерес,

так как у одного больного мы наблюдали одновременно *Lichen ruber planus*, *Lichen acuminatus*, *Lichen verrucosus*, а у другого больного *Lichen ruber planus striatus* и *Lichen verrucosus*. При этом мы имели возможность наблюдать переход одной формы в другую.

Случай № 1. Больной К., 55 лет, рабочий-слесарь. Поступил в клинику 22/X-1929 г. Заболевание кожи у него развилось 3 месяца тому назад в виде высыпаний на нижних конечностях в области голеней. В течение нескольких недель сыпь распространилась по всему телу, местами групповым расположением и сопровождалась зудом. Больной женат. Жена имела 6 беременностей. Все дети родились в срок, один ребенок умер. Жена и остальные дети здоровы. Со стороны наследственности ничего патологического не обнаружено.

Status praesens: больной выше среднего роста, удовлетворительного питания. Слизистые оболочки несколько бледновато окрашены. Со стороны нервной системы отмечается повышенная возбудимость п. vagi. На коже больного мы находим наличие троякого рода папулезных эфлюресценций: 1) папулы величиной с булавочную головку до чечевичы, от бледно- до темно-красного цвета с коричневатым оттенком, полигональной формы с восковидной блестящей поверхностью. Эти папулы несколько возвышаются над поверхностью кожи, они расположены как изолированно, так и в виде групповых скоплений. Поверхность некоторых папул покрыта в центре небольшой трудно снимающейся чешуйкой. 2) Второй вид высыпаний составляют папулы буровато-красного цвета, конической формы, покрыты в центре плотно сидящими чешуйками беловато-серого цвета. Эти папулы, местами сливаясь между собой, придают коже шагреневую поверхность с глубокими бороздами. 3) Третий вид изменений кожи у больного составляют папулы ярко-красного цвета с синеватым оттенком, значительно выступающие над поверхностью кожи. Означенные эфлюресценции, величиной с горошину и несколько больше сидят в некоторых местах раздельно, но большей частью образуют сплошные очаги инфильтрации. Поверхность отдельных и слившихся очагов покрыта массивными чешуйками. Благодаря обильному утолщению рогового слоя и разрастанию сосочков подобные папулы напоминают бородавчатые разрастания.

Вышеописанные папулезные эфлюресценции у больного занимают почти все туловище и конечности, оставляя свободными только лицо, поверхность ладоней и стоп (подошв). Отдельные формы папул распределяются следующим образом: на верхних конечностях и груди мы имеем плоскую, на остальных местах туловища плоскую и остроконечную, а на нижних конечностях веррукузную форму папул. На верхних конечностях процесс по преимуществу располагается на сгибательных поверхностях плеча и предплечья, образуя групповые скопления папул. В области шеи и груди разбросаны группы плоских папул медно-красного цвета с блестящей восковидной поверхностью. В нижней части груди, у мечевидного отростка, имеется величиной в 4—5 см. очаг, состоящий из слившихся различной величины папул, одна из них конически заострена и покрыта в центре чешуйкой, другие же плоской формы. При проведении пальцем по поверхности этого очага ощущается шероховатость, напоминающая терку.

В подкрыльцевых впадинах и боковых поверхностях туловища, вплоть до бедер, имеются сплошные поражения кожи, состоящие из слившихся папул, причем отдельные формы их (плоские и остроконечные) тесно сидят друг около друга.

На поверхности спины разбросаны отдельные папулы и группы их, а на крестце и верхней части ягодиц отмечается сплошной очаг из плоских и остроконечных папул, причем по периферии преобладают остроконечные формы, бледно-розового цвета с мелкими чешуйками в центре. Последние, сливаясь между собой, образуют шероховатую поверхность, покрытую почти сплошь беловато-серыми чешуйками. На тыльной поверхности, с середины голеней до основания фаланг, расположены шаровидной формы папулы темно-красного цвета с синеватым оттенком величиной от чечевичы до горошины и несколько больше. В области обеих ладыжек, в латеральной части их, на наружной поверхности имеется величиной в ладонь очаг, состоящий из слившихся и тесно сидящих друг к другу папул веррукузной формы.

Лабораторные исследования. Кровь: эритроцитов 3.600.000, лейкоцитов 7.000, причем сегментоядерных нейтрофилов 59%, палочкоядерных 4%, моноцитов 3%, эозинофилов 16%, лимфоцитов 18%. RW, SG—отрицательные. Моча—Norma.

Для гисто-патологического исследования взят кусок кожи из нижней трети голени в области веррукузной папулы. При малом увеличении мы имеем в эпителиальном слое гиперкератоз. *Stratum corneae* утолщена и образует местами бухтообразные выпячивания, сплошь заполненные бухтообразными массами. Эпителиальные сосочки сглажены, а в местах скопления роговых масс удлинены. В верхних отделах дермы мы имеем обильные скопления клеточного инфильтрата, расположенного вокруг сосудов. В глубоких отделах дермы мы наблюдаем ограниченные скопления клеточных элементов вокруг сосудов и волосных фолликулов. При большом увеличении роговой слой значительно утолщен. *Stratum granulosum* в местах сильного гиперкератоза образует от 3 до 6 рядов клеток. В базальном слое имеются *alteration cavitate*, границы между эпителиальными клетками в некоторых местах сглажены, встречаются единичные полинуклеары. В сосочковом слое клеточный инфильтрат располагается вокруг несколько расширенных сосудов. Эндотелий сосудов набух, адвентиция разрыхлена и окружена клеточным инфильтратом из гистиоцитов и лимфоцитов. Местами в верхних отделах, главным образом в сосочках, наблюдается отложение пигмента. Клеточный инфильтрат начинает вокруг сосудов замещать собой соединительно-тканную основу сосочкового слоя. В глубоких же отделах дермы скопление расположенного муфтообразно и в виде тяжей инфильтрата наблюдается только вокруг сосудов, потовых желез и волосных фолликулов.

Таким образом к особенностям приведенного выше случая следует отнести: 1) большая эозинофилия в крови (16⁰/₁₀₀), что может быть объяснено обширностью кожного поражения; 2) различные формы папул, причем отдельные очаги поражения кожи представляют собой скопления острокожных и плоских форм; 3) веррукузная форма, как это наблюдается обычно, расположена на нижних конечностях, где биохимизм кожи и сопутствующие трения и раздражения благоприятствуют сильному развитию процесса ороговения.

Было весьма важно установить, имеется ли связь между всеми описанными выше формами поражения кожи и возможен ли переход одного вида папул в другие. Больной находился под нашим наблюдением в течение 3-х месяцев. Мы применяли вливания неосальварсана от 0,3—0,6 в количестве 4,35 гр. К концу лечения мы отметили, что все виды папул, как плоские, так и острокожные и веррукузные, стали рассасываться, к концу 3-го месяца мы наблюдали пигментацию темно-красного цвета в местах отдельных папул и очагов их. Несколько медленнее наблюдалось исчезновение острокожных форм.

Благоприятное терапевтическое действие неосальварсана дает нам повод прийти к заключению, что все виды красного лишая представляют собой однородную группу заболевания и этиологически связаны между собой. Означенное подтвердилось также клиническими наблюдениями. В очагах около мечевидного отростка, в области боковых поверхностей туловища и крестца, где имелись одновременно плоские и острокожные папулы, мы могли наблюдать переход одних форм в другие. Таким образом группа *lichen ruber planus*, *acuminatus* и *verrucosus* не должны отделяться друг от друга, так как различие форм узелков составляет иногда только временное явление. Расположение клеточного инфильтрата вокруг сосудов и строение его доказывают, что инфекционная теория происхождения красного лишая является наиболее правильной.

Второе наше наблюдение касается больной которую мы наблюдаем с 1925 года. Случай этот интересен тем, что мы имеем своеобразную форму красного лишая, где папулы расположены линейно и образуют как бы сечь, т. е. *lichen ruber planus striatus*, кроме того на нижних и верхних конечностях и в некоторых местах туловища наблюдается веррукузная форма плоского лишая. Поражение кожи у больной занимает

почти все тело и чрезвычайно упорно поддается обычно применяемой терапии. Приводим краткие выдержки из истории болезни.

Больная Б., 28 л., крестьянка Тамбовской губ. 10 лет тому назад у больной на лице появилась мелкая красная сыпь, не сопровождавшаяся субъективными ощущениями. Болезнь без изменения держалась около года, затем на сгибательной поверхности локтей появились высыпания, расположенные в виде полос, и сыпь распространилась по всему т-лу. Одновременно с этим у больной отмечалась охриплость, болезненность в горле и появились красные пятна на языке. В дальнейшем болезни распространилась на нижние конечности. Больная применяла в участковой больнице местную терапию, но без успеха. В 1925 году Б. поступила в клинику института, где приняла 80 инъекций мышьяка от 0,1—2 гр. В 1926 году больная получала облучение кварцевой лампой. Результатов лечение не дало. В 1927 году больной в клинике проделано вливание неосальварсана, протейновая терапия и серные ванны. Несмотря на некоторое улучшение процесса после серных ванн, в 1928 году высыпание опять начало распространяться в области туловища.

Больная перенесла в детстве корь и оспу. 10 лет тому назад сыпной тиф, менструации начались с 16 лет, продолжаются 4—5 дней, приходят нормально. Со стороны наследственности ничего патологического. Имеет трех братьев и одну сестру—все здоровы.

Status praesens: Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Внутренние органы—норма. Со стороны нервной системы отмечается раздражительность и бессонница. Кожные изменения у больной состоят из папул величиной с булавочную головку или с просыное зерно, медно-красного цвета с восковидной поверхностью. Папулы сидят раздельно, но в большей своей части расположены группами. Второй вид изменения составляют папулы, возвышающиеся над поверхностью кожи, величиной с горошину, красноватого цвета с фиолетовым оттенком. Поверхность этих папул как бы изрыта и покрыта чешуйками и корочками коричневатого-серого цвета; сливаясь между собой, они образуют сплошные очаги поражения или сетчатые фигуры. Большинство папул расположено линейно и напоминают собой бородавчатые разрастания. На лице поражения занимают всю центральную часть, оставляя свободным лишь верхнюю половину лба, поверхность щек. Процесс состоит из ряда слившихся плоских папул, причем в области носа и верхней губы они покрыты мелкими чешуйками и представляют собой сплошной инфильтрат кожи, по периферии же они образуют групповое скопление отдельных папулезных высыпаний. В области шеи имеется пигментация на месте бывших высыпаний. На обеих верхних конечностях расположены двоякого рода очаги поражения. В области предплечья и плеча наблюдается наличие бородавчатых разрастаний, возвышающихся над поверхностью кожи, расположенных линейно, причем в некоторых местах видно постепенное образование линейных очагов в 8—10 сантиметров. Большая часть линий расположена продольно, но между ними идут меньшего размера поперечные линии с образованием сетчатых фигур, в свободном просвете которых остаются островки здоровой кожи. На локтевых сгибах имеется, величиной в ладонь, сплошной очаг слившихся папул, покрытых чешуйками и корочками. На разгибательной поверхности обеих предплечий отдельные очаги плоских папул сливаются в группы, расположенные линейно в виде узоров. При переходе на внутреннюю поверхность папулы увеличиваются в объеме, значительно выделяются над поверхностью кожи и образуют с медиальной стороны сплошные очаги поражения из папулезных и веррукозных разрастаний, а в некоторых местах они расположены линейно. Начиная с нижней трети предплечья, вся тыльная поверхность кистей рук и пальцев сплошь инфильтрированы с ясно выступающей поперечной исчерченностью. Вся поверхность инфильтрата синюшно-красного цвета, покрыта мелкими чешуйками серовато-белого цвета и корочками. На ладонной поверхности обеих кистей рук имеется ряд папул, покрытых чешуйками, а на пальцах означенные папулы занимают почти всю поверхность их, образуя в области складок небольшие трещины. В области грудей, на границе с сосками, имеется ряд отдельных папул. На границе нижней части сосков они образуют линейное скопление, значительно возвышающееся над уровнем кожи и покрыты довольно массивной коричневатого-серого цвета корочкой, трудно отстающей от своего основания. Область спины и туловища свободны от поражения. В области ягодиц отмечается скопление плоских папул и веррукозных разрастаний, расположенных большей частью в виде сетчатых узоров, а начиная с средней части femoris до подколенных ямок, расположены линейно.

На внутренней поверхности обеих бедер отдельно сидящие папулы образуют линию длиной в 2—3 см. В области обоих колен имеются образования из веррукозных разрастаний в виде узоров и в виде отдельных линий. В области голеностопных суставов и ахиллова сухожилия имеется 7×3 см. сплошной очаг, возвышающийся на $\frac{3}{4}$ —1 см. над поверхностью кожи, с веррукозными разрастаниями, сплошь покрытый корочками и ороговевшими массами. На поверхности очага большое количество продольных и поперечных трещин. В области ахиллова сухожилия подобные разрастания имеют вид треугольника с вершиной у начала сухожилия, с основанием в области лодыжек. Область подошв инфильтрирована, состоит из слившихся папулезных эфлюресценций, покрытых обильным наслоением чешуек.

Лабораторное исследование: моча норма. Со стороны внутренних органов отклонения нет. Кровь: количество эритроцитов 3,900,000, лейкоцитов 7,500, лейкоцитарная формула: миелоцитов 10% , палочко-ядерных нейтрофилов 6% , сегментоядерных 52% , эозинофилов— 4% , моноцитов— 9% , лимфоцитов 19% , RW, SG—отрицательные.

Следуя указаниям Rautrier, что спинно-мозговые пункции дают в некоторых случаях хороший результат, мы остановились на этом методе, но пользы от этого не было. Далее нами применялась рентгенотерапия, не приведшая к улучшению клинической картины, в дальнейшем мы провели 8 вливаний неосальварсана в общей дозе 4,35 гр.

Данный случай интересен тем, что все попытки терапии (освещение лампой Баха, впрыскивание мышьяка, вливание неосальварсана, рентгенотерапия, серные ванны, протеиновая терапия) не дали клинического улучшения и не приостановили дальнейшего развития процесса. Второй особенностью данного случая является то, что мы имеем развитие веррукозных форм не только на обычных местах (нижние конечности), но и на верхних конечностях и туловище. Плоские формы высыпания во многих местах находятся вблизи веррукозных очагов и переходят в последние. Почти все формы элементов высыпания (как плоские, так и веррукозные) расположены линейно и в виде сетчатых фигур, образуя так называемые: *Lichen ruber planus et verrucosus striatus*.

Гисто-патологическое исследование этого случая из веррукозного очага показало обычно встречаемое при этой форме обильное наслоение роговых масс, акантозы и спонгиозы в эпителиальном слое и небольшую клеточную инфильтрацию вокруг кровеносных и лимфатических сосудов дермы.

Выводы: 1) Приводимые выше случаи своеобразным течением клинических картин, наличием переходных форм одних элементов поражения кожи в другие (переход плоских папул в остроконечные и обратно, переход плоских папул в веррукозные) дают нам право признать, что все виды *Lichen ruber planus, acuminatus, verrucosus* представляют собой только разновидности одного и того же заболевания.

2) По характеру строения инфильтрата, расположения его вокруг сосудов, мы склонны признать инфекционную этиологию этого заболевания. Вместе с тем переход одних форм высыпания в другие говорит о наличии определенного гиперкератозного диатеза, особенно резко выявившегося у больной Б., где мы имели образования веррукозных форм даже в тех местах, которые не подвергались ни трению, ни раздражению.

3) Лечение этого заболевания должно быть строго индивидуализировано. Применение неосальварсана, давшее хорошие результаты в пер-

вом случае, не улучшило процесса у больной Б. У последней ряд методов лечения не дал никаких результатов.

Таким образом, мы пока в некоторых случаях бессильны в нашей терапии.

Из Детской клиники Казанского гос. ин-та для усов. врачей имени В. И. Ленина (Зав. проф. Е. М. Лепский).

К характеристике быта ребенка в татарской и башкирской семье в деревне Башреспублики.

Ф. Х. Басыр.

Изучение быта грудного ребенка отсталых в культурном и экономическом отношениях национальностей нашего Союза, в частности татар и башкир, представляет несомненный интерес, в особенности в деревенских условиях.

В 1925 году д-р В. А. Тушнов сделал сообщение на основании собранного детской консультацией материала по обследованию быта грудного ребенка в татарской семье гор. Казани. Д-р Гершеневич, Миркис (Ташкент) и Раухваргер (Алма-Ата) сделали сообщение относительно обследования быта узбекского ребенка. По данным этих авторов и у узбеков так же, как у татар и башкир, много вредных обычаев, отрицательно влияющих на нормальное развитие грудного ребенка: узбеки рано дают прикорм, жевки, боятся солнца, овощей, ребенок спит в бешке (люльке).

В 1929 году я имел возможность обследовать быт грудного ребенка в некоторых деревнях Бирского к-на Башреспублики. Мною обследовано 615 детей в возрасте от новорожденного до 4 лет включительно. По возрасту дети распределяются так: до 1 года—170, от 1 года до 2 лет—160, от 2-х до 3-х лет—150 и от 3-х до 4-х лет—135. Условия быта грудного ребенка в татарской и башкирской семьях в обследованных мною деревнях совершенно одни и те же, поэтому при вычислении результатов обследования дети татар не отделены от детей башкир. Жилище—во всех случаях деревянные дома, покрытые деревянными крышами; количество окон от 3 до 5; форточек нет; пол деревянный; в большинстве случаев дома отапливаются русскими печами, где и вставлены, сбоку от свода, котлы для приготовления обеда; отдельной кухни нет; в некоторых семьях половина дома, где имеется печь, отделена досками, называется „бульмэ“ (комната). Обстановка: нары, шкаф, часто открытый, стол для еды, стулья, скамьи, иногда часы и зеркала, стенной календарь, иногда деревянная кровать для взрослых, очень редко железная; только в 10 семьях я видел деревянные кровати для маленьких детей. Средняя площадь дома 5×5 метров, высота 2½ метра. Семьи в большинстве случаев состоят из пяти-шести человек. Во всех случаях дети находятся вместе со взрослыми—для них отдельной комнаты или отдельного угла нет. Зимой в частных домах находятся ягнята и телята; в колхозах построены отдельные дома. Грязное белье сохраняется дома до стирки. Белье стирается дома;

сущат на воле. Пол и нары моют 2—3 раза в неделю, посуду после еды моют горячей водой. Подполье чистят 1—2 раза в год.

После осмотра жилищных условий я обследовал кормление, одежду и физическое развитие детей. Все обследуемые дети кормились грудью. Отсутствие или недостаточное выделение молока у матери мне не удалось наблюдать. Самый короткий срок кормления грудью до 1 года. Во время второй беременности матери перестают кормить грудью. Дети кормятся грудью беспорядочно. Во время полевых работ матери берут своих детей в поле, кормят их там грудью. В поле дети спят или в люльках, или на тележках-двуколках. Детей, кормящихся или кормившихся в раннем младенческом возрасте искусственно, в моем обследовании не встретилось. Из 445 детей возрастом старше 1 года кормились грудью:

До какого возраста	% таких детей
До 1 года	10,5
до 1½ года . . .	33,5
до 2 лет	56,0

Вышеприведенные цифры еще раз подтверждают тот факт, что в татарской и башкирской семьях действительно большинство детей кормятся грудью дольше 1 года. Некоторые матери считают это своим долгом, некоторые из-за любви к ребенку, часть по привычке и по традиции.

В то же время в татарских и башкирских семьях дети начинают получать очень рано прикорм.

Возраст детей	% детей, получающих прикорм
До 2 х мес. . . .	17,8
От 2—4 мес. . . .	33,0
После 4 мес. . . .	49,2

Из этих данных видно, что 50% детей в татарских и башкирских семьях начинают получать прикорм раньше времени. Те из них, которые стали получать с 4—5 месяцев прикорм, получают бульон и кашу. Бульон из овечьего или из коровьего мяса и необезжиренный; кашу готовят, если имеется, из манной крупы.

Прикорм состоит главным образом из цельного кипяченого коровьего молока с прибавкой на 1 стакан 1 чайной ложки сахара. Козье молоко маленьким детям обыкновенно не дают; считают, что оно полезно только для взрослых и больных, как лекарство. В молоко крошат небольшие кусочки белого, пшеничного, полбенного хлеба или сушки. Разведенного на 1½ или 2/3 молока почти никогда не дается. В редких случаях прибавляют к молоку немного воды, когда ребенку исполнилось 1½—2 ме-

сяца. Манная, рисовая и пшеничная каши готовятся на молоке с сахаром. С 3—4-х месяцев начинают давать вареное яйцо в смятку или готовят на молоке яичницу. Если имеется возможность, то каждая мать старается кормить своего ребенка с 1—2 мес. жизни „альбой“. Альба готовится из высшего сорта муки с маслом, с сахаром на молоке, получается сладкая каша. Альбу ребенок сосет через тонкую материю. Соски обыкновенно в деревнях не дают. Я видел только у 5—6 детей соску; на мой вопрос, почему родители дают соску, последние ответили, что соска „изящная“ вещь, они видели у городских детей. Фруктовых сосок детям тоже не дают. С 4—5 мес. начинают давать бульон, иногда с картофелем или с крупой. Уже 9—10 месячный ребенок часто жует кусочек вареного мяса. Во всех почти случаях детей кормят с ложечки. После года детей начинают учить держать ложку. В возрасте около 1½ года ребенок переходит к общему столу. После 1½ лет для детей отдельного ничего не готовится. Их меню: утром чай с молоком, с сахаром и с хлебом. Катык—кипяченое кислое молоко. Если сегодня топят молоко, то и ребенок получает топленое молоко. Иногда едят картофель с хлебом. Хлеб ржаной, кислый, плотный и плохо испеченный. Вечером обед: часто состоит из лапши (полбенной муки, у бедных из ржаной муки); крошат туда картофель, если есть—лук и перец, редко мясо, в особенности летом, и заправляют катыком. Если обед готовится постный, то в него кладут топленое сало. Иногда едят суп из пшенной или полбенной крупы с картофелем, заправленный катыком. Иногда варят кашу на молоке, которую едят с маслом.

Относительно одежды младенца можно сказать следующее: рубашки с высокими воротниками и с длинными рукавами, сшитые из тонкой материи. Штанишки длинные, узкие и всегда открытые сзади. Обыкновенно мальчики более или менее регулярно начинают носить штанишки к 3-м годам жизни (2—3 летние мальчики в теплое время года играют и бегают в одной рубашке). Голова покрыта тубетейкой или шляпой, последняя или из овечьей шерсти или из какой-нибудь материи. В теплое время года дети всегда бывают босые. У девочек платье длинное, узкое, длинные рукава и высокие воротники, всегда закрытые. Голова всегда открытая. Волосы длинные и заплетены в виде косы лентами, к концам которых часто пришиты серебряные монеты.

У младенцев белье главным образом состоит из старых тряпок, часто не отвечающих гигиеническим требованиям. Моют их чаще в теплой, но иногда даже и в холодной воде, нередко без мыла. Белье после сушки употребляют без проутюживания. Из 394 матерей только 263 матери всегда мыли мокрые пеленки и только после этого уже пускали их в употребление.

Что касается пользования воздухом и естественным светом детей, то в деревнях на это не обращают достаточного внимания. Грудных детей выносят на волю, когда t^0 воздуха не ниже +18—20°C. Летом маленькие дети часто спят в сенах или на дворе в тени. Иногда матери, сестры или бабушки сидят с маленькими детьми на дворе, у забора и в садах. С первого сентября по апрель маленькие дети остаются дома. Когда ребенок самостоятельно начинает посещать соседних детей, приблизительно в 2—2½ года, он уже значительно выходит из-под над-

зора родителей: он у соседа пьет чай, обедает, часто из одной посуды с другими детьми. Дети тесно общаются с домашними животными.

Для характеристики физического развития детей можно привести нижеследующие данные: из 460 старше 5 мес. детей начали сидеть к 5—6 мес.—64,4%, между 6 и 9 мес.—21,3%, между 9 и 10 мес.—12,3% и после года 2%. Так что дети в большинстве начинают сидеть к нормальному сроку.

Возрастом старше 1 года у меня было 445 детей. Из них научились ходить:

К 1 году 52%, к 1½ годам 25,8%, к 2 годам 15,6%, к 3 годам 6,6%.

Из наших данных видно, что больше половины детей научились ходить к 1-му году жизни.

Относительно времени прорезывания зубов обследовано 460 детей: получается следующая картина: к 6—7 месяцам 36,26%, к 8—9 мес.—42,3%, к 10—12 месяцам 16,0%, к 18 мес. 5,44%.

На основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что условия кормления грудью, дачи прикорма, постельные принадлежности, одежда и пользование воздухом среди детей татар и башкир в деревнях не удовлетворяют современным требованиям гигиены. В дальнейшем предстоит большая работа в этой области быта среди татар и башкир.

Материалы к изучению заболеваемости венерическими болезнями населения Татарской Автономной Социалистической Советской республики.¹⁾

Б. С. Биккенина.

Ассистента клиники кожно-венерических болезней Казанского госуниверситета.

Империалистическая война, революция, гражданская война и голод, крупнейшие факторы в жизни народов, не могли не отразиться на распространении венерических болезней.

Обследовательские и лечебные отряды, организованные РОКК, Наркомздравом РСФСР, автономных республик и областей, обнаружили угрожающее распространение венерических болезней, особенно среди некоторых окраинных малых народностей: на Кавказе в некоторых районах заболеваемость сифилисом достигает 70—80% населения (В. М. Броннер), в Калмыцкой области 32,7% (С. Л. Сыркин) и в Бурято-Монгольской области „клинически“ сифилизована половина населения (И. Г. Закс и С. Т. Ильин). Изучение заболеваемости венерическими болезнями в силу ряда специфических условий представляет значитель-

¹⁾ Доложено на II-й научной конференции врачей ТР.

ные трудности. А. Н. Федоровский справедливо пишет: „Длительность течения сифилиса, большое разнообразие клинических его проявлений, склонность к рецидивам, не изжитый еще в массах взгляд на „позорность“ сифилиса и вытекающее отсюда стремление больных к сокрытию своей болезни—все это в значительной степени осложняет статистику сифилиса и не дает возможности учесть действительные размеры его распространения.

Наша работа имеет целью дать *предварительные* сведения по распространению венерических болезней в АТССР. Она основана на месячных отчетах врачебных участков, венерологических диспансеров, клиник университета и ин-та для усовершенствования врачей, собранных в статистическом п/отделе Татнаркомздрави за 1926, 27 и 28 гг. В наш материал вошли данные регистрации всех медсанучреждений на территории ТР за исключением военного ведомства, железнодорожного и водного транспорта. Чтобы показать источники наших сведений об обрабатываемости больных, считаю необходимым привести здесь лечебную сеть Татареспублики. По данным д-ра Мухамедьярова на 1926 год в кантонах ТР имелось 95 медицинских участков, включая и кантональные города, из них врачебно-больничных участков 66, врачебных амбулаторий 29 и самостоятельных фельдшерских пунктов—50. Наибольший радиус участка доходит до 40 в. и на 1 участок в среднем приходится 28.923 чел. Общее число коек в кантонах—2.069. Другую картину мы видим в гор. Казани, где количество коек наркомздравских—1.040, Клинического института—440 и Казанского университета—280, а всего 1.760. Из рассмотрения лечебной сети мы можем предположить, что в сельских местностях большинство венериков не попадает в нашу регистрацию, а в городе, скорее всего, регистрируется несколько раз.

Ошибка, могущая быть в городе вследствие обращения больного сразу в несколько лечебных учреждений, выравнивается до некоторой степени тем, что больные, пользующиеся частнопрактикующими врачами, не учитываются. Из всего изложенного видно, что используемые нами данные далеко не полны, нуждаются в значительных поправках и ни в коем случае не могут дать исчерпывающей картины о действительной заболеваемости венерическими болезнями населения, но тем не менее мы полагаем, что и при этой предпосылке цифры и показатели нашей работы, имеющие лишь ориентировочное значение, все же могут послужить предварительным материалом для дальнейшего изучения вопроса.

Всего по АТССР в 1926 г. зарегистрировано первично венерических больных 12.212, в 1927 г.—13.204, в 1928 г.—12.244, которые распределяются по роду болезни следующим образом: (см. табл. №№ 1, 2, 3 стр. 722).

Кантональные города нами везде отнесены к сельским местностям, т. к. из них только 3 (Бугульма, Елабуга, Чистополь) имеют население свыше 10.000 человек, а остальные в среднем 3—4 тысячи, и все кантональные города с прилегающей сельской территорией считаются первыми медицинскими участками кантона.

Сопоставляя ‰ соотношения между отдельными формами венерических болезней в АТССР в 1928 г. с данными С. Я. Голосовкера за 1925 г. мы видим, что за 3 года сифилис снизился с 57,4 до 46,7,

а гоноррея поднялась с 40,9 до 52,3. Из наших таблиц видно, что в городе наиболее распространена гоноррея, а в кантонах—сифилис, но 41,7% гонорреи на селе с достаточной ясностью подтверждает выражение А. Н. Федоровского, что гоноррея, считавшаяся в довоенное время „городской“ болезнью, в настоящее время приобретает право гражданства и среди сельского населения.

Остановимся теперь на формах проявлений сифилиса в АТССР, что видно из таблицы № 4.

№ 4.

Формы сифилиса.

		1 9 2 6 г.							
		Сиф. I		Сиф. II		Сиф. III		Врожд. сиф.	
		Всего	Тат.	Всего	Тат.	Всего	Тат.	Всего	Тат.
		Чис.	°/о	Чис.	°/о	Чис.	°/о	Чис.	°/о
По АТССР	Чис. . . .	418	76	3.326	544	2.470	334	276	73
	°/о	6,4	7,4	51,2	53,0	38,0	32,5	4,2	7,1
По г. Казани	Чис. . . .	187	26	963	177	400	64	81	26
	°/о	11,5	8,9	59,0	60,4	24,6	21,8	4,9	8,9
По кантон.	Чис. . . .	231	50	2.363	367	2.070	270	195	47
	°/о	4,7	6,8	48,7	50,0	42,6	36,8	4,0	6,4

		1 9 2 7 г.											
		Сиф. I			Сиф. II			Сиф. III			Сиф. врожд.		
		Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.
По АТССР	Чис. .	592	146	—	2.850	563	—	2.805	444	—	409	71	—
	°/о .	8,9	11,9	—	42,8	46,0	—	42,2	36,3	—	6,1	5,8	—
По г. Казани	Чис. .	309	59	—	654	112	—	499	91	—	55	4	—
	°/о . .	20,4	22,1	—	43,2	42,1	—	32,8	34,2	—	3,6	1,5	—
По кантон.	Чис. .	283	87	25	2.196	451	277	2.306	353	304	354	67	82
	°/о . .	5,5	9,0	3,7	42,7	47	40,3	44,9	37	44	6,9	7,0	12,0

		1 9 2 8 г.												
		Сиф. I			Сиф. II			Сиф. III			Сиф. врожд.			
		Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.	
		Чис.	°/о		Чис.	°/о		Чис.	°/о		Чис.	°/о		
По АТССР	{	Чис. . .	582	114	59	2.295	469	400	2.534	391	421	308	62	63
		°/о . . .	10,1	11	6,2	40,1	45,2	42,4	44,3	37,7	44,6	5,5	6,1	6,8
По г. Казани	{	Чис. . .	339	51	8	551	156	43	417	59	21	41	21	8
		°/о . . .	25,1	17,7	10	40,8	54,3	53,8	30,8	20,5	26,2	3,3	7,5	10
По кантон.	{	Чис. . .	243	63	51	1.744	313	357	2.117	332	400	267	41	55
		°/о . . .	5,5	8,4	6	40	41,8	41,3	48	44,3	46,3	6,5	5,5	6,4

Сопоставляя соотношение между отдельными формами сифилиса за 1925 г.¹⁾ и 28 г., мы обнаруживаем повышение сифилиса первичного с 6,4% до 10,1 и сифилиса III с 35,0 до 44,3 и снижение сифилиса II

¹⁾ Цифры за 1925 г. везде приводятся по данным д-ра С. Я. Голосовкера.

с 53,2 до 44,3% по ТССР, а по гор. Казани повышение сифилиса I с 8,1 до 25,1%, сифилиса III с 24,6 до 30,8 и снижение сифилиса II с 63,1 до 40,8. Факт этот косвенно указывает, что больные стали раньше обращаться за помощью и лечебная помощь им стала более доступной. Сколько приходится зарегистрированных венерических больных на 10.000 населения в довоенное время и в послереволюционные годы, видно из следующей таблицы № 5.

№ 5.

	1913 г.			1925 г.			1926 г.			1927 г.			1928 г.		
	Сиф.	М. ш.	Гон.	Сиф.	М. ш.	Гон.	Сиф.	М. ш.	Гон.	Сиф.	М. ш.	Гон.	Сиф.	М. ш.	Гон.
По АТССР															
Всего . . .	44,2	—	—	27,2	—	—	25,4	0,6	21,4	25,6	0,7	24,5	22,0	0,4	24,7
Татар . . .	—	—	—	—	—	—	8,1	0,3	12,2	9,6	0,4	14,2	8,2	0,1	14,8
Русск. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42,4	1,0	38,6	33,4	0,8	37,3
По г. Казани															
Всего . . .	100,2	12,5	82,5	152,7	—	177,5	91,1	3,0	143,6	84,7	5,1	163,9	75,3	3,0	180,0
Татар . . .	—	—	—	—	—	—	66,5	0,8	108,6	60,2	5,6	136,8	65,2	0,4	164,0
Русских . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	99,0	5,0	177,1	77,8	4,0	120,0
По кантонам															
Всего . . .	—	—	—	—	—	—	0,1	0,4	12,4	21,2	0,4	15,0	18,1	0,2	13,5
Татар . . .	—	—	—	—	—	—	6,0	0,3	8,7	7,8	0,2	9,8	6,1	0,1	3,3
Русских . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31,2	0,4	30,3	27,7	0,4	17,7
Нацмен . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34,5	0,4	17,1	42,5	0,3	13,0

Анализ таблицы показывает, что обращаемость больных, страдающих сифилисом и мягким шанкром, по городу снизилась, а с гонореей увеличилась.

Коэффициент же обращаемости по быв. Казанской губ. по сравнению с Татарской республикой показывает уменьшение обращаемости сифилитиков. Факт этот заслуживает внимания и не может быть объяснен недостатком нашей регистрации или ухудшением лечебной сети, ибо лечебная сеть Татарской республики в настоящее время количественно выше сети 1913 года быв. Казанской губ. Факт этот должен быть объяснен, повидимому, изменением границ бывшей Казанской губернии при образовании АТССР, с преобладанием татарского населения, а отчасти, быть может, действительным уменьшением заболеваемости сифилисом. На этом явлении мы остановимся дальше, а пока обратим внимание на распространение венерических болезней по кантонам и районам ТР.

Из приводимых ниже 2 таблиц мы видим, что наиболее пораженными сифилисом в 1928 году являются Спасский, Чистопольский, Бугульминский и Буинский кантоны, Агрызский район, где зарегистрировано сифилитиков выше среднего (18,1%) для кантонов Татарской республики. Все эти кантоны, за исключением Агрызского района, были обследованы венотрядами, давшими возможность выяснить приблизительно степень истинной пораженности населения этих кантонов. Работа венотрядов подтвер-

Название местности	1925 г.			1926 г.				1927 г.				1928 г.										
	Сиф.	М. ш.	Гон.	Сиф.	Гоноррея		М. ш.	Сифилис		Гоноррея		М. ш.	Сифилис		Гоноррея							
					Всего	Тат.		Всего	Тат.	Всего	Тат.		Всего	Тат.	Всего	Тат.	Всего	Тат.				
Чистопольский . . .	50,1	—	13,2	38,0	11,3	0,3	14,1	9,5	39,8	13,5	39,8	0,9	13,5	12,1	6,9	34,1	8,5	38,0	0,8	15,6	9,7	7,6
Елабужский . . .	40,5	—	36,5	27,3	9,6	1,3	29,8	16,9	16,4	6,6	10,0	0,6	29,0	12,6	10,0	10,8	3,2	54,2	0,07	17,9	14,5	40,0
Бугульминский . . .	33,4	—	20,9	32,4	7,8	0,5	14,5	9,8	27,7	10,3	38,0	0,1	24,5	17,0	25,0	31,4	11,2	25,7	0,2	20,0	14,4	20,0
Бунинский . . .	32,1	—	7,0	21,0	10,9	0,1	6,3	5,2	22,5	9,1	18,9	0,1	7,1	6,2	2,9	20,0	8,4	32,7	0,2	8,6	6,6	9,3
Спасский . . .	22,1	—	6,6	53,8	9,7	0,1	11,3	6,4	52,8	11,6	102,0	1,0	9,6	6,1	6,6	46,3	10,7	166,0	0,2	10,8	8,3	5,3
Тетюшский . . .	14,4	—	5,1	24,4	8,1	0,2	11,2	5,4	1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Свияжский . . .	13,1	—	9,8	16,1	6,3	0,7	10,8	13,1	1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Мамадышский . . .	11,6	—	10,5	9,8	3,6	0,3	13,4	9,3	12,0	5,3	7,7	0,1	9,0	6,6	8,8	10,1	4,3	41,1	0,2	10,5	8,8	32,2
Мензелинский . . .	11,4	—	10,4	11,2	6,1	0,4	13,7	10,8	8,0	4,3	—	0,3	15,6	11,6	6,6	3,2	2,4	—	0,3	16,0	12,4	16,6
Лаишевский . . .	9,6	—	8,0	8,8	2,2	0,3	9,3	4,7	1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Арский . . .	7,4	—	10,7	6,5	3,9	0,2	11,6	10,0	10,9	7,9	7,2	0,2	11,8	8,3	15,8	6,5	5,2	20,8	0,1	9,1	7,4	14,1
Челянинский . . .	7,0	—	7,0	7,0	1,0	—	9,2	6,0	10,2	5,6	33,3	0,2	14,2	10,4	78,3	8,8	2,8	20,0	0,2	12,3	8,0	31,4

¹⁾ В 1927 г. означенные кантоны подвергались перерайонированию: Тетюшский кантон слился с Буинским. Из Свияжского кантона образовались: Свияжский, Нураутский, Теньковский и Кайбический районы. Из Лавинского кантона - Лавинский и Рыбно-Слободский районы. Часть Арского кантона выделена в Казанский, а часть Елабужского в Агрызский район.

Таб. 6-а.

Зарегистрировано венерических болезней по районам на 10,000 населения.

	1927 год							1928 год						
	Сифилис			М. ш.	Гоноррея			Сифилис			М. ш.	Гоноррея		
	Всего	Тат.	Нац.		Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.		Всего	Тат.	Нац.
Нурлатский	26,8	9,5	—	0,8	26,7	13,9	—	17,9	7,8	—	—	14,1	11,3	—
Лаишевский	13,1	4,3	—	0,3	13,7	5,0	—	14,8	3,7	—	—	18,8	13,1	—
Свияжский	12,0	—	—	1,0	12,3	—	—	14,3	10,0	—	—	11,8	20,0	—
Агрызский	10,3	9,0	—	0,3	8,9	5,0	—	19,6	13,0	220,0	0,6	15,5	11,0	120,0
Казанский	8,6	120,0	30,0	0,1	8,2	140,0	10,0	5,8	40,0	20,0	0,6	18,5	130,0	50,0
Рыб.-Слобод.	6,6	0,8	—	0,4	9,6	2,7	—	14,4	0,8	—	0,4	9,8	0,8	—
Теньковский	6,3	10,0	—	—	13,3	30,0	—	13,6	—	—	—	8,3	10,0	—
Кайбицкий	3,9	2,0	—	—	7,4	2,0	10,0	4,5	2,8	30,0	—	3,7	1,6	20,0

дила, что больные за медпомощью обращались редко. По данным Чистопольского и Спасского отрядов из обнаруженных сифилитиков 54—60% совершенно не обращались за медицинской помощью. Таким образом, мы еще раз подчеркиваем, что наши материалы не могут претендовать на освещение истинных размеров распространения венерических болезней в Татарской Республике, а дают лишь ориентировочные сведения по данному вопросу.

Мы разбирали распространенность венерических болезней на основании первичной обращаемости, но эти данные не дают характеристики движения венерических болезней, т. к. зависят от многих случайных факторов, как-то: усиление или ослабление деятельности противовенерических организаций, повышение санитарной грамотности среди широких масс и от целого ряда других условий. Поэтому совершенно прав д-р Г. Д. Хорошин, указывая на важность выведения процентных соотношений между отдельными венерическими не только из числа первичной посещаемости по этим болезням, но и из числа свежих заболеваний. К свежим заболеваниям относятся все случаи мягкого шанкра, острой гонорреи, все случаи сифилиса I и сифилиса II в свежей форме. Но в отчетах не венерологических лечебных заведений не дано подразделения сифилиса II на свежую, рецидивную и скрытую форму¹⁾. Поэтому мы вынуждены соотношение—сифилис II: свежий сифилис II—взять только из данных по специализированным венерологическим учреждениям и перенести это соотношение на данные всех медицинских учреждений, как это делает А. Н. Федоровский для Украины. По данным кантональных диспансеров свежая форма среди сифилиса II в 1926 году составляла 42,5%, в 1928 г.—18,7%, а по данным городских диспансеров (Казань) в 1926 году 33,4% и в 1927—13,9%.

Переноса эти % к соответствующим отчетным данным, мы выводим показатель заражаемости или количество свежих заболеваний сифи-

¹⁾ Нет подразделения и в отчетах вендиспансеров, начиная с 1928 г., вследствие сокращения отчетности.

лесом на 10.000 чел. населения, который виден из следующей таблицы № 7.

№ 7.

Годы	По ТССР				По г. Казани			По кантонам			
	Всего	Татар	Русск.	Наим.	Всего	Татар	Русск.	Всего	Татар	Русск.	Наим.
1913 г.	—	—	—	—	39,5	—	—	—	—	—	—
1926 г.	6,3	2,0	—	—	22,4	13,2	—	5,1	1,6	—	—
1927 г.	5,0	1,9	8,5	5,9	22,2	17,5	25,5	3,7	1,3	6,3	5,9

Анализируя настоящую таблицу и сопоставляя с данными обращаемости, приходится отметить уменьшение заражаемости сифилисом по городу при параллельном уменьшении обращаемости, как по сравнению с довоенным периодом, так и по сравнению с предшествующим годом. Что касается сельских местностей, то по сравнению с предыдущим годом, мы там обнаружили уменьшение заражаемости при увеличении обращаемости населения за противовенерической помощью, что подтверждает высказанное нами и выше предположенное об уменьшении заболеваемости сифилисом.

Для сравнительной оценки заражаемости населения Татареспублики приведу таблицу заражаемости населения Украины за 1925-26 год, заимствованную у д-ра Федоровского и представляющую сопоставление с таковой же северных стран за 1924 год.

№ 8.

	Финлянд. 1924 г.	Дания 1924 г.	Норвегия 1924 г.	Швеция 1924 г.	Украина 1925-26 г.	Татресп. 1926 г.
На 10.000 чел. населения заразились сифилисом	18	7,5	6	1,8	7,86	6,3

Как видно из этой таблицы, показатель заражаемости сифилисом по Татареспублике почти совпадает с показателем Норвегии и несколько ниже показателя Украины.

Нас интересует еще вопрос о распространении венерических заболеваний среди отдельных народностей ТР. По данным переписи 1926 года население Татареспублики 2.594.032 распределено этнографически: татар 48,8%, русских 43,1%, нац. меньшинств: чуваш 4,9%, мордвы 1,4%, вотяков 0,9%, мари 0,5% и проч. 0,4%. Из зарегистрированного числа венерических больных по городу в 1926 г. на долю татар падает 18,8%, в 27 г. 19,8%, и в 28 г. 21,8%. На село в 1926 г. 23,1%, в 27 г. 25,2% и в 28 г. 25%. По таблице 4-й мы видим преобладание свежих форм сифилиса среди татар, что указывает на растущую заражаемость последних. В подтверждение этого факта приведу таблицу № 9 (см. стр. 728).

Если в смысле сифилиса татарское население более благополучно по сравнению с русским, то в отношении гоноррhea оно приближается к общему показателю Татареспублики.

Среди национального меньшинства Татареспублики сифилис преобладает над гонорреей, а из форм сифилиса преобладают поздние формы

	Кантоны		г. Казань	
	1925 г.	1928 г.	1925 г.	1928 г.
По отношению ко всему сиф. 1 татар	24,6 ⁰ / ₀	26,0 ⁰ / ₀	12,3 ⁰ / ₀	15,0 ⁰ / ₀
" " 2 "	16,8 ⁰ / ₀	18,0 ⁰ / ₀	17,5 ⁰ / ₀	28,3 ⁰ / ₀
" " 3 "	14,2 ⁰ / ₀	15,6 ⁰ / ₀	12,9 ⁰ / ₀	14,1 ⁰ / ₀
" " врожд. татар . . .	12,4 ⁰ / ₀	15,3 ⁰ / ₀	4,0 ⁰ / ₀	51,0 ⁰ / ₀

над свежими. Из таблицы № 5 видно, что по пораженности сифилисом на селе нац. меньшинства занимают первое место. В силу целого ряда бытовых особенностей национальных меньшинств ТР венерические болезни вообще распространялись среди них значительно больше, чем среди татар, а недостаточное медицинское обслуживание до революции способствовало распространению среди них сифилиса даже больше, чем среди русской части населения.

Теперь сопоставим наши данные с до-военными данными учета венерических больных. По отчетам Управления главного врачебного инспектора в довоенное время сифилис в России обнаруживал непрерывную тенденцию к росту. Распространение его по отдельным районам шло неравномерно и в частности для некоторых Поволжских губерний коэффициент сифилиса постепенно снижался и в быв. Казанской губ. с 1902 г. по 1913 г. снизился с 66⁰/₀₀₀ до 44,2⁰/₀₀₀. Сравнивая распространение сифилиса в АТССР с быв. Казанской губ., констатируем снижение сифилиса с 1913 г по 1928 г. с 44,2 до 22,0⁰/₀₀₀, а в гор. Казани с 106,2 до 75,3⁰/₀₀₀, а показатель заражаемости с 29,1 до 22,2⁰/₀₀₀ (за 27 г.). Мягкий шанкр по городу дал снижение с 12,5⁰/₀₀₀ до 3,0⁰/₀₀₀, но гоноррея дала повышение с 82,1 до 180,9⁰/₀₀₀.

Картину охвата венерических больных отдельными медсанучреждениями иллюстрирует таблица № 10.

№ 10.

	По г. Казани						По кантонам					
	Диспансер		Клиники		Др. леч. проф.уч.		Диспансер			Леч. проф. уч.		
	Всего	Тат.	Всего	Тат.	Всего	Тат.	Всего	Тат.	Нац.	Всего	Тат.	Нац.
1913 г. . .	—	—	553	—	356	—	—	—	—	—	—	—
1926 г. . .	1.191	504	1.005	183	1.262	88	1.388	300	—	6.466	1.540	—
1927 г. . .	2.347	564	897	129	1.299	200	1.923	545	228	6.738	1.640	712
% 0/0 . . .	51,6	63,2	19,7	14,4	28,7	22,4	22,2	29,9	24,2	77,8	70,1	75,8

Сравнивая обращаемость больных, мы видим, что диспансеры в в городе охватили половину зарегистрированных больных, а в кантонах свыше 20⁰/₀. Культурно-отсталые народности больше обращаются в диспансеры, куда они привлекаются методом работы этих учреждений.

ИЗ ПРАКТИКИ.

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

Почечные или печеночные камни?

М. К. Садыковой.

Затруднения при дифференциальном диагнозе между заболеваниями правой почки и желчного пузыря общеизвестны. Известно также, что в этих затруднениях помогает рентгенография с характером положительных данных со стороны правой почки. Однако, бывают случаи, когда положительная рентгенограмма не в состоянии окончательно разрешить поставленного вопроса и оценка ее требует особой осторожности и внимания, ибо при неправильном толковании рентгенографии в таких случаях больной может подвергнуться и ненужной операции. Описываемый случай характеризует эти затруднения.

Больная Ю. М., 52 л., поступила в факультетскую хирургическую клинику с жалобами на боли в подложечной области, колющие боли в правом подреберье и постоянные запоры. Боли в правом подреберье уменьшаются при движениях и ходьбе. Считает себя больной с осени этого года. В сентябре месяце почувствовала общую слабость и через месяц без боли и повышения температуры появилась желтуха, державшаяся около месяца и затем постепенно исчезающая. Вслед за этим появились режущие боли в подложечной области и правом подреберье. Б-ная поступила в одну из терапевтических клиник, где при постановке диагноза возникли колебания, относить ли данное заболевание к правой почке или к желчному пузырю, колебания в особенности усилились после получения рентгенограммы. После месячного пребывания в Клинике боли значительно стихли.

Больная страдает частыми геморроидальными кровотечениями, головными болями, одышкой. Перенесла сыпной и брюшной тифы, ревматизм. Замужем, имеет 3-х здоровых детей.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, анемична, со слабо развитым подкожным жиром. Легкие нормальны, границы сердца расширены. Стенки живота упруги, округлого очертания. В правом подреберье прощупывается едва заметная опухоль круглой формы. Исследование желудочного сока дает пониженную кислотность как натощак, так и после пробного завтрака. Рентгенограмма указывает на присутствие трех камней справа под 12 ребром, лежащих отдельно друг от друга наподобие четок.

Данная рентгенограмма, несмотря на обивчивую клиническую картину (желтуха у больной появилась без болей), была нами истолкована, как рентгенограмма снятых печеночных камней, а не почечных. Печеночные камни, как известно, выходят на рентгене только в исключительных случаях их преимущественно известкового строения. Это и было предположено в данном случае на основании отдельного четкообразного расположения камней и их отношения к позвоночнику.

17/V операция (проф. А. В. Вишневский). Интраабдоминальная анестезия по способу ползучего инфильтрата. При вскрытии живота косым разрезом под ребрами справа обнаружено: желудок и двенадцатиперстная кишка — нормальны, большие сращения в области желчного пузыря, распространяющиеся отсюда в илео-цекальную область. Червеобразный отросток сплошь укрыт сращениями, по разделении которых он удален. При ощупывании желчного пузыря в нем обнаружено три камня. Cholecystectomy. Рана зашита наглухо.

Послеоперационное течение без осложнений. Последующий контроль рентгеном правого подреберья и поясничной области камней нигде не обнаружил.

Из Детской клиники Госуд. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Е. М. Лепский).

Смертельное легочное кровотечение у 8-летнего ребенка.

Н. Х. Хасанкаев.

Кровохарканье и легочное кровотечение при туберкулезе у детей бывает чрезвычайно редко, в литературе встречаются описания лишь единичных случаев.

Так, напр., Finkelstein наблюдал кровохарканье у ребенка 7 месяцев, Жукowski у ребенка 5½ месяцев, Рабинович у ребенка 1 г. 2 мес., Schmitz — приводит 2 случая легочного кровотечения у детей 4½ и 5 лет, во время которого дети погибли. В одном из этих случаев на аутопсии был обнаружен милиарный туберкулез легких, печени, селезенки и 2 каверны, заполненные свернувшейся кровью, но сосуда, из которого произошло кровотечение, обнаружить не удалось, Schmitz предполагает, что в каверну кровь была аспирирована. Во втором случае аутопсия не было сделано; по мнению автора, в этом случае было вторичное инфильтрирование легкого с казеозным распадом. Simon и Redeker, отмечая редкость тяжелых легочных кровотечений при II-й стадии по Rank'e, не дают этому факту объяснений. Geipel и Finkelstein объясняют эту особенность детского тбс тем, что вследствие эндоартериита и эндотфлебита у детей происходит запускание сосудов в пораженных тбс участках легких, что препятствует возникновению Наемортозе.

Ввиду редкости таких случаев и недостаточной изученности данного вопроса приводим случай легочного кровотечения у ребенка, наблюдавшийся в детской клинике Гос. института для усовершенствования врачей им. Ленина, в котором уже через несколько минут после появления кровотечения наступила смерть.

М. Н., 8 лет, чувашин—воспитанник детского дома, был направлен 18/XI-28 г. в клинику по поводу предполагаемой бронхопневмонии. Больной—бледный мальчик. Вес 21.700. Сухая кожа, местами шелушащаяся. Влажный кашель с мокротой. Справа сзади, соответственно нижней доле легкого определяется укорочение перкуторного звука, бронхиальный оттенок дыхания и мелкие влажные хрипы звуочного характера; кроме того в обоих легких выслушивались разлитые сухие хрипы. Границы сердца нормальные, тоны чистые, пульс 84 уд. в 1'—удовлетворительного наполнения. Кровь: $Eg-4.570.000$, $L-4.970$, $Hb-75\%$, $index-0.83$.

Лейкоцитарная формула по Schilling'y: $L-20\%$, $St-12\%$, $S-22.5$, $E-1\%$, $MC-6\%$, $Ly-56.5\%$. Реакции оседания эритроцитов (по микроседиметру Zangera) 22 деления в 1 час, вместо 10 делений в норме.

Живот немного вздут, безболезнен при пальпации; прощупывается мягкий край печени, селезенка не прощупывается. Со стороны нервной системы отклонений от нормы не обнаружено. Моча—светло-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1.015, реакция на сахар и белок отрицательны, диазореакция Erlich'a положительная, в осадке 3—5 лейкоцитов в поле зрения и аморфные соли. R. Pirquet — положительная.—Больной находился в клинике 1 м. 26 дней. С первого же дня в общем состоянии больного отмечается сонливость, вялость. Температура все время держалась на высоких цифрах между 38—40°. Пульс 96—120 уд. в 1', удовлетворительного наполнения. Стул жидкий 3—4 раза в день. Ввиду некоторой сонливости больного, лейкопении и положительной диазореакции в моче, ему 2 раза была сделана R. Widal'a, которая дала отрицательный результат. В дальнейшем легочные явления нарастали. Влажные хрипы кроме нижней доли правого легкого выслушивались и в подмышечной впадине. Через несколько дней появилось укорочение перкуторного звука справа спереди под ключицей, в подмышечной впадине и сзади по всей поверхности легкого, а под нижним углом лопатки притупление с тимпаническим оттенком; при аускультации в этом участке выслушивалось амфорическое дыхание и крупнопузырчатые хрипы (подозрение на каверну). В левом легком вначале выслушивались крупнопузырчатые хрипы, а в дальнейшем появились мелкие звуочные хрипы сзади в области нижней доли. Рентгеноскопия легких дала следующую картину: в нижнем поле правого легкого изолированная инфильтрация с начинающимся распадом. За месяц до смерти в мокроте были обнаружены палочки Koch'a в большом количестве. Постепенно состояние больного ухудшалось, похужание прогрессировало, появились отеки на ногах и на веках. Живот увеличивался в объеме, пальпация стала болезненной, в полости его определялось наличие свободной жидкости.

13/1-29 г. при осмотре больного утром никаких новых изменений, как в общем состоянии его, так и со стороны отдельных органов, обнаружено не было. В 1 час дня мальчик, пообедав, лег спать. Около 3-х часов дня одновременно с сильным кашлем сразу появилось обильное кровотечение через рот и нос, быстро развился цианоз, падение сердечной деятельности, через несколько минут, прежде чем успели ввести кровоостанавливающее средство, мальчик был уже мертв.

При вскрытии трупа обнаружена казеозная пневмония средней и нижней доли правого легкого с каверной в нижней доле. Стенка одной из ветвей легочной

артерии, проходящей в каверне, оказалась разрушенной, вследствие чего наступило кровотечение; каверна была заполнена кровяными сгустками. Такими же кровяными сгустками был заполнен открытый в нее крупный бронх. Кроме того, имелся нодозный тbc левого легкого и верхней доли правого легкого. Ограниченный хронический слипчивый правосторонний плеврит. Бронхи обоих легких содержали пенистую густую красную массу. Казеозный тbc с размягчением медиастинальных и бронхиальных желез. Гиперплазия мезентериальных желез отчасти с их казеозом. В полости живота имелось около 250 к. с. желтоватой жидкости. Брюшина лишь в верхней части была покрыта узелками и фибринозными наслоениями. Нодозный тbc печени и фибринозный перигепатит. Хронический милиарный туберкулез селезенки. Хронический слипчивый периспленит. Туберкулезные бугорки, частью изъятые, имелись в нижней части подвздошной кишки, милиарные бугорки в почках.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской больницы Татреспублики.

Случай сочетанного ранения сердца, легкого и диафрагмы ¹⁾.

Б. В. Огнева.

Вопросу о ранении сердца в сочетании с другими органами уделено достаточное внимание в современной литературе. Отмечено, что в некоторых случаях при поверхностном ранении сердца или даже одного перикарда смерть наступала от внутреннего кровотечения из других органов, раненых попутно: легкого, пищевода, селезенки, желудка, печени и т. п. Из 33-х случаев ранений перикарда, указанных в литературе и на основании работ Чугаева, Подобедовой, Иргера и Черняка, в 15 случаях смерть последовала от внутреннего кровотечения из других органов. Вот почему одновременное поверхностное ранение сердца, или ранение только одного перикарда попутно с другими органами может дать весьма путаную клиническую картину, в результате чего бывает большое затруднение поставить правильный диагноз и иметь достаточные обоснования для оперативного вмешательства на сердце.

Описываемый мною случай касается больного В. Г. 24 лет, татарина, доставленного дежурным фельдшером 26/VII 29 г. в 3 часа дня в Хирургическое отделение Наб.-Челнинской больницы. Из расспросов фельдшера и милиционера установлено, что пострадавший был ранен длинным кинжалом и на месте происшествия пролежал около 40 минут без всякой медицинской помощи, потеряв большое количество крови. Больной обескровлен, в сознании, на вопросы отвечает тихо, затрудненное дыхание, одышка. Пульс слабый—свыше 100 в 1'. Тоны сердца едва слышны, шумов не отмечено. Вся передняя поверхность грудной и брюшной стенок запачканы кровью, в области второго межреберья на 3 ст. внутри от *lin. mamill. sup.* имеется косо расположенная линейная рана ст. 5 в длину с заходящими краями. Нарастающая слабость с резко-выраженной анемией были достаточным основанием заподозрить внутреннее кровотечение в грудную полость. Больному введено подкожно 2,0 ol. camphor. Под местной инфльтрационной анестезией 1%²/₀ sol. novocaini сделан вниз и вправо дугообразный разрез от нижне-внутреннего конца раны с рассечением большой грудной мышцы, резецирован хрящ 3-го ребра; через полученное отверстие в достаточной степени можно было осмотреть как рану легкого, так и сердца. На передней поверхности левого легкого была обнаружена сильно кровоточащая рана, проникавшая на медиастинальную поверхность указанного органа с нарушением его передне-внутреннего края. На рану наложены два кетгутовых шва, захватывающих на большом протяжении паренхиму органа. В области перикарда с левой стороны обнаружена косо расположенная линейная рана см. 6 длиной с нарушением целостности левого диафрагмального нерва. Рана перикарда разведена помощником, кровь и сгустки из полости удалены; при попытке осмотреть сердце—больной стал вести себя весьма беспокойно, вследствие чего пришлось перейти на общий хлороформный наркоз. У больного быстро наступила остановка дыхания, рана закрыта и после применения искус-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции при Общ. врачей Казанского университета с демонстрацией макро и микроскопических препаратов 14/IV 30 г.

ственного дыхания приступлено к осмотру сердца. На лево-задней поверхности последнего обнаружена весьма поверхностная ссадина см. 4 длиной и наложение швов на мой взгляд казалось излишним. Перикард был зашит кетгутowymi швами. Из грудной полости компрессами по возможности удалены кровь и сгустки и рана передней грудной стенки зашита послойно. Первые семь дней было незначительное повышение вечерней t^0 , на 8-й день сняты швы—заживление per primam intentionem. С 9-го дня t^0 стала постепенно повышаться, на 11-й день была сделана пункция левой плевральной полости, откуда извлечено около 450 куб. см. серозно-кровянистой жидкости. На 15-й день t^0 поднялась до 39,8. Вторичная пункция результатов не дала. Консультация терапевта д-ра П. И. Цветкова окончательно убедила меня в диагнозе общего сепсиса, что и подтвердилось на основании картины крови—резко выраженный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево; дегенеративные формы нейтрофилов. На 20-й день больной умер. На вскрытии обнаружены наддиафрагмальный и внутри-легочный абсцессы с левой стороны, швы на левом легком, рубец перикарда, выраженный слипчивый фибринозный перикардит, поверхностный рубец в области сердца, рубец на pars tendinea диафрагмы и незначительный рубец между задней поверхностью печени и нижней полой веной. Для микроскопического исследования вырезана пластинка из стенки сердца в наиболее истонченной части. Мышечные волокна со слабо красящимися ядрами сохранились только под утолщенным эндокардом в виде тонкой циркулярной прослойки (до $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$), снаружи от которой они атрофированы или замещены соединительной тканью. Далее снаружи имеется обширный дефект стенки, заполненный фибриновой массой, которая с обеих сторон окружена широкой полосой соединительной ткани и подвергается организации. В глубокой части дефекта фибриновые массы уплотнены, сморщены, вследствие чего образовались мощные гомогенные перекладки с пространствами, заполненными гомогенной массой. С одной стороны дефекта вся стенка хорошо сохранилась, с другой же часть мышц подверглась некрозу. Не разбирая подробно свой казуистический случай в связи с литературными данными, я позволю себе сослаться на капитальную работу „О ранах сердца и их лечение“ проф. Дженалидзе и на обзорную статью о современном состоянии хирургии сердца проф. В. Л. Боголюбова.

Из Терапевтического отделения Нолинской больницы. (Гор. Нолинск, Ниж. края).

Случай излечения столбняка ртутно-кварцевой лампой.

П. Г. Калугина.

При неимении противостолбнячной сыворотки столбняк в условиях участковой жизни—зачастую смертельное заболевание. Доктор Успенский из Тульмы Ярославской губернии (Клиническая медицина, № 15—16, 1927 года, стр. 852) применил при столбняке вливание раствора хлористого кальция и получил хорошие результаты. В Нолинской больнице мной наблюдался случай столбняка. Не имея противостолбнячной сыворотки под рукой (ее не было тогда ни в Вятке, ни в Нижнем-Новгороде), я пришел к мысли, нельзя ли здесь применить ртутно-кварцевую лампу, исходя из тех соображений, что под влиянием света ртутно-кварцевой лампы увеличивается в крови содержание кальция. Мною проделано у столбнячной больной 6 сеансов общего освещения ртутно-кварцевой лампой, и я получил здесь хорошие результаты—больная поправилась от этой тяжелой болезни. Случай этот демонстрировался мной в научном медицинском кружке города Нолинска.

Привожу историю болезни № 2339—1929 года в сокращенном виде. Работница фабрики валеной обуви «Пятиугольник» в городе Нолинске, 23 лет, девица, 16 сентября 1929 года во время работы ранила тыльную поверхность кисти правой руки зубцами шерсточесальной машины. Рана поверхностная в длину 5—6 сантиметров, в ширину 4—5 ст. Пролежав в хирургическом отделении больницы 3 дня, больная выписалась из больницы на амбулаторное лечение, которое продолжалось до 2-го октября 1929 г. 2-го октября 1929 года больная поступила в терапевтическое отделение больницы с явлениями тризма, сведения затылка, спинных мышц—опистотонус, нижние конечности судорожно вытянуты, правая рука

согнута в локте и в кисти (ладонное сгибание кисти), пальцы руки согнуты в кулак и при попытке разогнуть их больная кричит от боли. На лице холодный пот, синюха, пульс частый. Через 2—3 минуты больная вскрикивает от боли, сильная жажда, мочеиспускание 2 раза в сутки, температура в начале норма, а позднее держалась на субфебрильных цифрах. Со 2-го по 14-е октября больной вводился морфий подкожно, камфора, хлорал-гидрат в клизмах, а затем внутривенно 10% раствор хлористого кальция 20 куб. ст. Было незначительное улучшение. 14-го октября вводить хлористый кальций внутривенно нельзя вследствие небольшого инфильтрата на сгибательной поверхности левого локтя после неудачного попадания иглой в вену, где впоследствии образовался небольшой омертвевший участок ткани величиной в 2-х копейчную медную монету. В правую руку вливание делать было нельзя, т. к. она была согнута в локтевом суставе и разогнуть ее невозможно из-за боли. Больная чувствовала себя очень скверно: пульс частый, пот на лице, синюха, усиленная жажда, опистотонус, тризм, в легких застойные хрипы в задне-нижних отделах. Морфий и хлорал-гидрат успокаивали больную лишь на малое время. Рана на правой кисти перевязывалась кеороформенной мазью.

17-го октября вечером сделано общее облучение тела ртутно-кварцевой лампой в течение 8-ми минут с обнажением раневой поверхности на правой кисти. Всю ночь, утро и день больная была спокойна, ночью спала хорошо, выписывания морфия, камфоры и применения хлорал-гидрата не производилось. К вечеру следующего дня явились опять боли в спине, в затылке. 18-го октября вечером сделан сеанс облучения ртутно-кварцевой лампой всего тела в течение 15-ти минут, 19-го октября сделан сеанс в течение 20-ти минут, 21-го октября—20 минут, 22 октября—сеанс 25 минут, 23 октября—25 минут. После каждого сеанса облучения больная чувствовала себя всегда хорошо, ночь спала спокойно, пульс был хороший, жажда отсутствовала, тризм незначительный, сведение мышц затылка и спины небольшое. Рана на правой кисти после облучения подживает быстро. В легких рассеянные влажные хрипы, кашель со слизисто-гноющей мокротой. Несмотря на продолжительность сеансов и их ежедневное применение, на коже никакой эритемы не было. 25-го октября кварцевая горелка испортилась и лечение кварцевой лампой было прекращено. 10-го ноября. В легких застойные, влажные хрипы в задне-нижних отделах. Рана на правой кисти подживает хорошо, язва в сгибе левого локтя гранулирует хорошо. Напряжение спинных мышц и затылка незначительное, рот открывается хорошо, пульс удовлетворительный, температура 38°, синюшность губ. Назначено отхаркивающее (сенега) и камфора подкожно, банки сзади в подлопаточное пространство и сбоку, справа и слева. 17 ноября. Самочувствие лучше. Хрипы сзади под лопатками и сбоком влажные держатся. Мокрота слизисто-гноющая, пульс удовлетворительный, температура 37,7—38,7, рот открывает свободно, рана на правой кисти и язва в левом сгибе локтя подживают. Незначительное напряжение спинных мышц еще держится. Пальцы 2, 3, 4, 5 правой руки в согнутом в кулак положении, разогнуть их невозможно, болезненно. Назначено: отхаркивающее, подкожно камфора и хинин по 1-му порошку два раза в день по 0,3. С 17-го ноября по 20-е декабря у больной явления бронхопневмонии в нижней доле правого легкого, от которой она поправляется постепенно. 20-го декабря. Температура утром норма, вечером незначительно повышается. Сведение мышц затылка и спины, а также тризм исчезли—рот свободно открывает. Движения в лучезапястном суставе ограничены, в локтевом суставе справа—неполное разгибание. Рана на правой кисти и язва в сгибе локтя слева зажили. 23 декабря. Температура с 20 декабря утром и вечером норма. Самочувствие хорошее. Сидит на постели. Пульс хороший. В легких отдельные сухие хрипы. Слабость. В правом локте движения свободны, в лучезапястном суставе ограничено разгибание, большой и указательный пальцы правой руки разогнуть можно, а III, IV и V пальцы—разгибание болезненно, едва возможно.

30-го декабря. Больная ходит по палате; самочувствие хорошее. Прибывает в весе. Температура норма. Разгибание кисти правой руки ограничено. Разогнуть пальцы III, IV и V правой руки едва возможно, болезненно. Назначен мышьяк подкожно.

13-го января 1930 года выписалась домой на амбулаторное лечение.

Желательны повторные наблюдения в лечении столбняка ртутно-кварцевой лампой.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из клиники кожных и венерических болезней Казанского гос. ун-га. (Директор проф. М. С. Пильнов).

О переходе висмута в спинномозговую жидкость при лечении сифилиса в связи с учением о гемато-энцефалическом барьере.

Г. Г. Кондратьева.

На основании многочисленных исследований установлено, что некоторые вещества, введенные в кровь, легко обнаруживаются в спинномозговой жидкости и нервной ткани, тогда как другие, циркулирующие в крови даже в весьма значительных количествах, в обычных условиях совершенно в них не появляются. Напротив, все вещества, введенные в сп. м. ж., очень быстро появляются в крови. Это обстоятельство указывает на то, что между кровью—с одной стороны, сп. м. ж. и нервной тканью—с другой, повидимому, существует специальный механизм защитного характера, который способен производить выбор между веществами, циркулирующими в крови, избирательно пропуская одни и задерживая другие, а также быстро удаляющий все вредные вещества из сп. м. ж., т. наз. гемато-энцефалический барьер (Штерн, Gautier).

В чем состоит его сущность, каков его механизм и где он расположен,—в настоящее время точно неизвестно. Отмечу лишь, что одни рассматривают как барьер между кровью и сп. м. ж. *plexus chorioideus* (Kafka, Pappenheim, Goldman и др.), другие в состав его вводят еще сосуды менингов и мозга (Billing, Weichbrodt и др.); Walter и др. причисляют сюда также мозговые оболочки, Штерн и Gautier—эпендиму желудочков и невроглию, которые все вместе составляют нечто вроде дифференцированной мембраны, защищающей мозговые центры от веществ, попадающих в кровь.

Исследования показывают, что из лекарственных веществ в сп. м. ж. проникают хлороформ, бром, уротропин, салицилаты, бромистые соли и др.; не проходят иодистый натр, железодиаз. натр. триаубла и др. Кроме веществ, введенных в кровь извне, в сп. м. ж. не поступают также ферменты, антигены и т. д., вырабатываемые самим организмом. Но барьер не является абсолютно непроницаемым для тех веществ, которые при обычных условиях через него не проходят. Исследования показывают, что под влиянием некоторых физических приемов (буксация и др.) или при введении в кровь некоторых веществ проходимость барьера может быть повышена по отношению к тем или иным веществам; напр., Штерн и Gautier показали повышение проницаемости барьера при введении в кровь уротропина, атропина и др. В патологических условиях (различные заболевания и др.) при которых нарушается нормальная деятельность мозговых оболочек, сосудов и др. элементов, составляющих г. э. б., происходит ослабление задерживающей функции последнего, благодаря чему находящиеся в крови вещества появляются в сп. м. ж. в увеличенном количестве, а также начинают проникать вещества, которые не обнаруживаются в сп. м. ж. в нормальных физиологических условиях (лекарства, антитоксины, бактерии и т. д.).

В сифилидологии особенный интерес представляют в смысле проходимости через г. э. б. специфические средства Hg, J, As и в частности Bi, так как вопрос терапии сифилиса гл. об. ц. н. с. тесно связан с проблемой проницаемости г. э. б. по отношению к этим средствам. Известно, что невролюэс поддается влиянию специфической терапии гораздо труднее, чем другие сифилитические поражения. По мнению многих, причина недостаточной деятельности специфического лечения при заболеваниях ц. н. с. заключается гл. об. в непроницаемости или в трудности проникновения специфических средств в сп. м. ж. и в нервную ткань.

Данные, полученные в этом отношении различными исследователями—противоречивы, но в основном они свидетельствуют о непроницаемости или трудной проходимости в сп. м. ж. ртутных и арсенобензойных препаратов. Sicard, Lauvois и Legeroux совсем не находили Hg в сп. м. ж., Uron находил только следы ее. Исследования Sicard'a, Widala, Штерн и др. показали, что иодистые соли нормально в сп. м. ж. также не проходят. В отношении As Gernreich признает, что переход из крови в сп. м. ж. более или менее значительного количества его не наблюдается даже при геморрагическом энцефалите.

Наоборот, в отношении Bi многие указывают, что он по сравнению с другими антилюэтическими средствами проникает в сп. м. ж. в значительной степени и быстро. Уже в первом сообщении после введения Bi в терапию сифилиса Fourgnier и Guenot указали, что он в значительном количестве проходит в сп. м. ж. и является сильным антисифилитическим средством. Однако, в дальнейшем появилось большое расхождение во мнениях; в то время, как одни утверждали о нахождении Bi в сп. м. ж. в больших количествах, другие не находили его там совершенно. Присутствие Bi в сп. м. ж. у больных констатировали Aubry и Demelin, позднее Jeanselme, May Gramendier, Müller, Blass и Kratzseisen, Barbaglia, Genoesse, Citron, Frost, Levaditi, Гржебин и др.; причем Lewaditi, Vonkennel, Autenrieth и Meyer, Гржебин и Эфрон, Брычев и др. доказали присутствие Bi в сп. м. ж. или в самой ткани мозга экспериментально на кроликах. Lemaу и Jauloustre нашли Bi в нервной ткани у двух, случайно погибших во время лечения, паралитиков.

Наряду с перечисленными имеются исследования, указывающие на то, что Bi совершенно не проходит в сп. м. ж. и нервную ткань, или же появляется в них в исключительных случаях. Так, Jähne и Schöcker, исследуя сп. м. ж. у 23 б-х (люэс, металлюэс, менингиты), после инъекций Bismogenol'a только в одном случае имели сомнительную положительную реакцию на Bi. Katzenellbogen при исследовании сп. м. ж. у 27 б., в общей сложности 32 исслед., из которых 16 б. имели признаки менингеальных поражений, во всех случаях получили отрицательный результат. Также не обнаруживали Bi Olmer, Arnaud и Massot (5 случ.), Sezary, Barbe и Romaret (8 сл.), Greenfield и Carmichael. Кроме того Jeanselme, который был одним из первых, получивших положительный результат при определении Bi в сп. м. ж., впоследствии, после того как обратил внимание на могущие быть при исследовании ошибки, при совместной работе с Delalande и Terris, пользуясь тем же способом Aubry-Leger'a, из 31 случ. ни в одном не обнаруживал Bi. На основании своих исследований последние авторы приходят к выводу, что Bi в сп. м. ж. или совершенно не проникает, или же для этого нужны очень острые поражения оболочек. Эмдин и Дымкина, исследуя сп. м. ж. у 16 больных (п. п., табес и сифилис мозга) по сп. Aubry-Leger'a, леченных Bijochinol'em и Bism. salicyl., обнаруживали Bi у 3 больных (1 п. п., 1 менингит, 1 менинго-миелит). При экспериментальном же исследовании на собаках, которым внутримышечно вводились те же препараты, авторы получили отрицательный результат. Далее Кассиль и Локшина (из лаборатории Штерн), при исследовании на кроликах, в нормальных физиологических условиях также не обнаруживали Bi ни в сп. м. ж., ни в ткани мозга; напротив, Bi всегда проходил через г. э. б. при остром отравлении кроликов светильным газом, алкоголем и др.

Как видно из вышеизложенного, в вопросе о проходимости Bi в сп. м. ж. и нервную ткань еще нет единого мнения. Такое разногласие зависит, повидимому, от ряда причин. Прежде всего определение Bi производилось разными авторами при помощи различных количественных и качественных реакций, чувствительность которых на Bi может быть различной. Затем сп. м. ж. исследовалась в различное время, как во время самого процесса лечения, так и после последней инъекции Bi; так Aubry и Demelin, May Gramendier находили Bi уже через 1—1½ часа после инъекции, Lesclereb—через 18—24 часа; Эмдин и Дымкина находили через 3—4 часа и в тех же случаях через 5, 16 и 24 часа получали уже отрицательные результаты. Jähne и Schöcker исследовали через ½, 1½, 48 и 72 часа и вовсе не обнаруживали Bi. Такое расхождение во времени появления Bi в сп. м. ж. могло зависеть от неодинаковых качеств многочисленных препаратов Bi, применявшихся исследователями, так как способность их к ваземанию и поступлению в кровь в достаточном количестве для проникновения в сп. м. ж. может быть весьма неодинаковой. Кроме того, неодинаковые результаты

исследований отчасти могут быть объяснены еще тем, что исследователи имели разнообразный состав больных в отношении времени заболевания, клинических проявлений и т. д. Удастся отметить, что нахождение Vi в сп. м. ж. имеет место чаще в тех случаях, где наблюдаются те или иные поражения со стороны нервной системы. При этом также нужно иметь в виду, что экспериментальные данные в отношении проходимости Vi в сп. м. ж. и нервную ткань, полученные на животных, нельзя полностью переносить на людей. Штерн доказала, что отношение г. э. барьера к одному и тому же веществу может быть различным у различных видов животных и даже у разных особей одного и того же вида.

Например, у кролика при введении больших доз атропина (до 0,5 на килограмма) последний не обнаруживается в сп. м. ж. и не вызывает никакого действия на ц. н. с.; между тем как у кошки и у собаки при введении значительно меньших доз атропина находится в сп. м. ж. и вызывает нервные явления.

Учитывая все противоречивые данные, нельзя согласиться с мнением тех, которые категорически утверждают, что Vi проникает в сп. м. ж. при всех условиях быстро и в большом количестве. Во всяком случае вопрос о проходимости Vi в сп. м. ж. нельзя считать окончательно решенным, т. к. ряд клинических и экспериментальных наблюдений показывают, что барьер в обычных физиологических условиях является по отношению к Vi непроницаемым. При сифилитической же инфекции вопрос о проходимости Vi в сп. м. ж. и нервную ткань должен быть поставлен, повидимому, в известную зависимость от состояния менингов (барьер). При этом наблюдается, что различные сифилитические поражения могут влиять различно на изменение барьера и в связи с этим на проходимость Vi.

В этом отношении интерес представляют исследования, касающиеся проницаемости барьера у людей при сифилисе, при помощи таких методов, как гемолизная реакция Weil и Kafka и бромная реакция Walter'a. Из имеющихся многочисленных наблюдений остановлюсь лишь на некоторых. Так, Walter не наблюдал повышения проницаемости барьера в ранней стадии сифилиса и при латентном сифилисе. Haurmann в случаях вторичного сифилиса без участия ц. н. с. Также Генделевич и Розенберг обнаружили нормальную проходимость барьера к бром у 10 случаев сифилиса без выраженных признаков органического поражения ц. н. с. Фельдман, Изразльсон и др. в случаях третичного и скрытого сифилиса ни разу не получали положительную гемолизиную и бромную реакцию. Barnewitz отмечает частичное повышение проходимости барьера к Br именно — при Lues II — в 18,5%, при Lues III — в 50%.

Напротив все эти авторы (Walter, Haurmann и др.) согласны в том, что проницаемость барьера может быть повышена при сифилисе ц. н. с. вследствие заболевания менингов, причем особенно высокий процент повышения проходимости дает прогрессивный паралич.

Т. об. сифилис без проявлений со стороны ц. н. с., повидимому, не меняет проницаемости барьера. Для изменения последнего требуется поражение составляющих его анатомических частей — мозговых оболочек, сосудов и др., благодаря чему ослабляется или совсем устраняется его регулирующая функция, и в сп. м. ж. начинают поступать вещества (гемолизины, медикаменты и т. д.), не появляющиеся в ней при обычных условиях. Хотя эти данные не могут быть полностью применимы к Vi и отчасти потому, что изменение барьера по отношению к одному веществу не всегда обуславливает проходимость другого, но тем не менее они имеют известное значение и для Vi. Об этом свидетельствуют исследования, оговоренные за то, что Vi чаще обнаруживается в сп. м. ж. в случаях сифилиса с проявлениями со стороны ц. н. с. Несомненно, что в тех случаях, где имеется изменение г. э. барьера на почве воздействия сифилитической инфекции на ц. н. с., независимо от стадий сифилиса, Vi начинает проходить в сп. м. ж. и оказывать благоприятное терапевтическое действие на патологические изменения сп. м. ж. и нервные проявления сифилиса.

Исходя из исследований, доказывавших непроницаемость или слабую проницаемость г. э. б. для антилитоических средств и в частности Vi, некоторые авторы стремились облегчить их доставку к ц. н. с. путем устранения тем или иным путем задерживающей функции барьера. Так, Jeanselme, Delalande и Terris пытались повысить проходимость Vi одновременным введением 10% р. глюкозы, но безуспешно. Marie и Cohen с целью повысить его проходимость впрыскивали туберкулин, Mutermilch, Deleville и Belin вводили внутривенно уротропин, причем оказалось, что и последний не повышает проходимость Vi в сп. м. ж. Сюда же можно отнести экспериментальные наблюдения некоторых

из животных, что прохождению Vi в сп. м. ж. способствует искусственно вызванный асептический менингит (Muterstilleh, Эмдин и др.).

Некоторыми авторами допускается возможность изменения нормальной деятельности г. э. барьера в сторону его ослабления при инфекционной терапии сифилиса (малярия, возвратный тиф и др.), благодаря чему антилюэтические средства начинают проходить из крови в сп. м. ж. и нервную ткань. Vonckenel экспериментально доказал, что сп. м. ж. содержит больше Vi во время приступов малярии и после них. Bielig и Weichbrodt установили повышенную проходимость барьера во время приступов рекурренса. По мнению некоторых (Науртшапп, Schultz и др.) успешность малярийной и рекуррентной терапии при прогрессивном параличе в значительной степени может зависеть именно от повышения проницаемости г. э. барьера, что способствует проникновению иммунных и лекарственных веществ из крови в сп. м. ж. С этой точки зрения вполне подтверждаются взгляды некоторых авторов, которые настаивают в необходимости малярийной терапии при сифилисе, в особенности при его поздних формах (Wagner-Jauregg, Finger, Kyrle и др.).

В процессе своей работы над исследованием сп. м. ж. у больных сифилисом мною проводились наблюдения, имеющие целью выяснить отношение г. э. барьера к Vi в ранних стадиях сифилитических заболеваний. При этом я пользовался качественной реакцией Aubry-Leger'a и параллельно с ней реакцией Тананаева, которая имеет большую чувствительность и дает, в чем я убедился в своих опытах, хорошие результаты. Соответствующие реактивы и реакции были проверены в лаборатории физиологической химии Каз. ун-та совместно с ассистентом А. Н. Поляковым, за что выражаю ему благодарность; затем при помощи указанных реакций мною многократно исследовалась моча у больных сифилисом при лечении Vi, при котором получал положительные результаты.

Мною исследована сп. м. ж. у 15 больных в возрасте от 16 до 44 лет. По диагнозу: Lues I—1 случай (с отрицат. р. В. в крови), Lues II recens—7 сл. (все с резк. положительной RW в крови), кроме того—из них 4 сл. с положительной белковой реакцией, плеоцитозом, причем из этих 4 сл. в одном наблюдалась еще положительная RW в сп. м. ж. (2+), Lues II recidiva—1 сл. (с положит. RW в крови), Lues III activa—5 случ. (3 сл. с полож. и 2 сл. с отрицат. RW в крови), 2 сл. с положит. белковой реакцией в сп. м. ж.

Исследования сп. м. ж. производились обычно после 5—18 инъекций Висконси по 2 к. см. через день, спустя 3—5 часов после последней инъекции Vi. В нескольких случаях последняя инъекция Vi была произведена в колич. 3 к. см. Из указанных 15 ч. Vi обнаружен у 5 больных, а именно: в 4-х случаях вторичного свежего люэса с изменениями сп. м. ж. (положительная белковая реакция, плеоцитоз и кроме того в 1 сл. положит. RW) и в 1 сл. третичного активного люэса (положит. глобулиновая реакция). При этом нужно отметить, что положительная реакция на Vi во всех случаях получена при исследовании методом Тананаева, способом же Aubry-Leger'a лишь в двух случаях. Исследование этих больных невропатологом (все больные были исследованы невропатологом в терапевтом) показало в 2 сл. наличие изменений со стороны нервной системы: поражение мозговых оболочек, явления корешковых раздражений и др. с соответствующими субъективными жалобами. В остальных случаях объективных симптомов со стороны ц. н. с. не обнаружено, причем у 2 больных наблюдалась общая слабость, головная боль и незначительное повышение температуры.

Т. об. на основании полученного можно отметить, что между изменениями сп. м. ж. (белковая р., плеоцитоз, RW) и нахождением в ней Vi замечается известная связь, хотя полного совпадения нет. Кроме того в известной части случаев с положительной реакцией на Vi констатируются клинические явления, указывающие на изменения со стороны ц. н. с. Наоборот, какой-либо связи между изменениями крови (RW) и проходимость Vi в сп. м. ж. не отмечается. Повидимому, у больных сифилисом в обычных условиях Vi через г. э. барьер не проходит. В тех случаях, когда у больных имеются те или иные функциональные или анатомические изменения со стороны ц. н. с., на что в наших случаях указывают изменения сп. м. ж. как в ранних, так и в поздних стадиях сифилиса, происходит нарушение нормальной деятельности г. э. барьера, благодаря чему Vi начинает проходить в сп. м. ж. и нервную ткань и, может быть, быстрее и в более значительном количестве, чем остальные специфические средства. Поэтому более частое нахождение Vi в сп. м. ж. в моих опытах (4 случая) при Lues II recens можно

объяснить и более частым поражением ц.н.с. в этом периоде, так как по исследованиям некоторых (Ferdyce, Stranz и др.) при Lues I и Lues II рецидив, в периоды генерализации сифилитической инфекции в организме, поражение ц.н.с. наблюдается в 30—60% и более, хотя клинические явления последнего иногда могут и отсутствовать.

Литература. 1) Штерн. Мед. биол. ж., вып. 2, 1926.—2) Она же. Вестн. совр. мед. № 15—16, 1927 г.—3) Шаравский. Соврем. психоневр., № 11 и 12, 1927.—4) Ferdyce. Реф. Русск. В. Д., № 7, 1924 г.—5) Fournier и Guenot. Ztbl. f. H. u. G. B. 5., S. 81.—6) Jeanselme. Тоже. B. 16, S. 266.—7) Müller, Blass и Kratzeissen. Münch. m. W., № 20, 1923 г.—8) Barbaglia. Ztbl. f. H. u. G. B. 19, S. 806.—9) Genoese. Тоже. B. 16, S. 925.—10) Citron. Ztschr. ärztfortb. 1924 г. S. 176.—11) Frost. Ztbl. f. H. u. G. B. 15, S. 109.—12) Vonkennel. Münch. m. W. № 2, 1927.—13) Autenrieth и Meyer. Münch. m. W. № 19, 1927 г.—14) Гржебин. Исследование сп. м. ж. при сифилисе. Москва, 1926 г.—15) Гржебин и Эфрон. В. и Д. № 1, 1924.—16) Брычев. В. и Д. № 1, 1924 г.—17) Он же. В. и Д. № 1, 1925 г.—18) Lemay и Jaloustre. Ztbl. f. H. u. G. B. 9, S. 68.—19) Jähne и Schöcker. Med. Klin. № 22, 1924 г.—20) Katzenelbogen. Ztbl. f. H. u. G. B. 18, S. 821.—21) Olmer, Arnoux и Massot. Тоже. B. 15, S. 108.—22) Sezary, Barbe и Pomaret. Тоже. B. 13, S. 478.—23) Jeanselme, Delalande и Terris. Тоже. B. 14, S. 382.—24) Эмдин и Дымкина. Моск. м. ж., № 9, 1928 г.—25) Кассиль и Локшина. Ж. эксп. биол. и мед. № 21, 1927.—26) Локшина. Мед. биол. ж. вып. 1, 1928 г.—27) Она же. Мед. биол. ж. вып. 4, 1929 г.—28) Neuber. D. m. W. № 7 и 8, 1924 г.—29) Schubert. D. m. W. № 23, 1923 г.—30) Walter. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 95.—31) Генделевич и Ротберг. Обзор. псих., № 3, 1927 г.—32) Фельдман. Израэльтсонидр. Труды Одесск. ин-та им. Главче. 1927 г.—33) Barnewitz. Klin. W. № 13, 1927 г.—34) Mutermilch, Delalande и Belin. Ztbl. f. H. u. G. B. 24, S. 689.—35) Mutermilch и Salomon. Тоже. B. 28, S. 335.—36) Танаев. Капельный метод качеств. химич. анализа, ч. I, Ленинград, 1928 г.—37) Fischer. Med. Klin. № 45, 1923 г.—38) Weil. Zts. f. d. ges. Neur. u. Ps. B. 24, S. 501.—39) Hauptmann. Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. B. 101, 1925 г.—40) Кульков. Ж. эксп. биол. и мед., № 18, 1927 г.—41) Черноярова. Каз. м. ж., № 5, 1928 г.

Теоретические обоснования и общие положения аутогемотерапии¹⁾.

(Литературный обзор).

С. И. Шерман. (Казань).

В настоящее время аутогемотерапия занимает одно из почетных мест среди наших терапевтических мероприятий и нет ни одной области практической медицины, где бы она не применялась. В то же время этот вид терапии до сих пор не имеет точного научного обоснования; так, имеется много различных взглядов на сущность действия этого метода, но до сих пор нет точных показаний и противопоказаний к применению аутогемотерапии к отдельным видам заболеваний, далее резко варьируют у различных авторов дозировка, частота инъекций, количество и т. д. В данной статье мы займемся обзором следующих вопросов—сущность действия аутогемотерапии, дозировка и частота инъекций, реакция организма (общая, очаговая, местная), преимущество того или другого способа применения инъекций аутокрови (интратканевый, субкутанный и внутримышечный способы введения) и, наконец, морфологические изменения крови при этом методе лечения.

¹⁾ Доложено на очередной научной конференции Госпитальной терапевт. клиники проф. Н. К. Горяева 22/XI 1928 года.

Переходя к вопросу о сущности действия АГТ следует указать, что многие авторы считают АГТ неспецифической терапией (аутопротейнотерапия), причем протеинотерапия сводится к реакции раздражения со стороны сенсibilизированных органов и клеток, а также способности продуктов расщепления парантерально введенных белков активировать протоплазму (биохимическая теория Weichart'a). Богомолец также считает, что в основе АГТ лежит стимуляция организма. Такого же мнения и Heilner, который происходящие в организме процессы под влиянием парантерально введенных белков называет „процессами революционизирования и всеобщей мобилизации организма“. Guengerich полагает, что парантеральное введение белка вызывает изменения в физико-химическом равновесии крови и тканевых соков, за которыми следуют какие-то изменения в заболелших органах и тканевых участках. Малкин при парантеральном введении белка экспериментально и клинически наблюдал увеличение комплемента, причем автор в этом видит усиление неспецифического иммунитета в борьбе организма с инфекцией в результате протеинотерапии. (Розентау, Гольцер и др.)

Другие авторы (Недригайлов, Ravaut, Rohde и друг.) видят в АГТ специфическую терапию и считают, что этот вид терапии совмещает в себе аутовакцино- и аутосеротерапию. Переводя аутовакцину вместе с кровью больного ему же в подкожную клетчатку или в мышцы, рассчитывается этим дать организму толчок к усиленной выработке антител, происходящей, повидимому, именно в клетках ткани. Проф. Недригайлов доказал это на примере действия дифтерийного токсина, который при введении в кровь почти не возбуждает выработки антитоксина, при введении же его под кожу, организм вырабатывает огромное число антител. При АГТ антиген и антитела вводятся по методу серовакцинации, т. е. вводится естественно ослабленная вакцина (ослабленная по типу Безредка). Недригайлов отмечает особенное преимущество АГТ в том, что кровь есть не только носителем специфических веществ, но эти последние, как антиген, так и антитела, строго индивидуальны и специфичны для данного заболелшего организма. По Недригайлову в крови в зависимости от инфекции могут быть 1) или микробы, или их ядовитые продукты, или 2) только ядовитые продукты, или 3) микробы, ядовитые продукты и соответствующие им антитела. Проф. Голыцкий говорит, что кровь, взятая в целом (ее плазма и форменные элементы), даже *in vitro* обладает довольно значительными бактерицидными свойствами, внутри же организма она является носительницей защитных средств организма. Подвысоцкая, подходя к проблеме лечения туберкулеза кожи, видит в АГТ специфическое средство, соединяющее в себе аутовакцино- и аутосеротерапию, так как, говорит она, уже *a priori* можно предполагать, что в крови туберкулезных больных должны находиться как ядовитые продукты, вырабатываемые палочкой, так и защитные вещества, выработанные организмом в ответ на инфекцию. Следовательно, кровь, уже включая в себе известное количество антигенов и антител, может быть средством, побуждающим к выработке и накоплению новых запасов защитных веществ, способных побороть инфекцию.

Третья группа авторов считает, что в АГТ мы имеем как специфическое действие, так и неспецифическое (протеинотерапия) и, как правильно отмечает Морозкин, вопрос может лишь идти о превалировании специфического или неспецифического действия. Сущность АГТ, заявляет Поляк, складывается, как показали Weichart и Schroeder из 2-х моментов: 1) из действия сенсibilизированной аутовакцины и 2) из активизирующего протоплазму действия протеина крови, причем последнее поддерживает и значительно усиливает полезное действие аутовакцины. Vorschütz, горячий поклонник АГТ, так объясняет сущность действия инъекций аутокрови. При введении в организм инфекции или злокачественной опухоли, нормальное соотношение глобулинов (36%) и альбуминов (64%) в сыворотке крови изменяется в том отношении, что глобулины увеличиваются за счет альбуминов. Бывают случаи, когда содержание глобулинов доходит до 84% вместо нормальных 36%, причем увеличение количества глобулинов соответствует увеличению токсинов. Эти белковые тела глобулинов в процессе иммунизации переходят вначале (как это установил Ruppel электроосмотическим путем) в псеидоглобулины, которые, главным образом, и являются носителями антитоксинов, причем они сохраняются в течение трех дней. После этого срока псеидоглобулины переходят в эйглобулины, способные агглютинировать и связывать комплемент, но только 15% их являются носителями антитоксинов. Следовательно, если мы применяем АГТ в течение первых трех дней после начала инфекционного заболелания, то мы применяем пассивную иммунизацию, в то время

как агглютинирующее действие наступает только после трех дней и достигает максимума на 8—12 день. Это означает, что наилучшим моментом для применения АГТ должны быть первые три дня после начала заболевания и что при всяком подозрении о возникновении инфекции необходимо, по Vörschütz'y, применить инъекции аутокрови, не боясь, что иногда это может оказаться излишним. В случаях, где начинаются инъекции аутокрови после этого срока, мы уже применяем активную иммунизацию, так как в крови уже имеется некоторое количество антигенов и антитоксинов. Vörschütz считает, что в АГТ, помимо специфического действия, мы имеем и прекрасный белковый препарат раздражения (протеинотерапия), так как он нашел, что при протеинотерапии, как и при АГТ, увеличивается количество глобулинов в крови, т. е. усиливается реакция организма на инфекцию. Литвак того мнения, что в АГТ мы имеем элементы ауто-серовотерапии. Кроме того Литвак считает, что АГТ необходимо рассматривать еще как Reiztherapie в том смысле, что она раздражает, между прочим, мезенхимальные bzw. эндотелиальные клетки капилляров полового аппарата, главным образом, матки, увеличивая этим как общую, так и местную резистентность организма женщины. Мы также присоединяемся к авторам, которые защищают в АГТ и специфическое, и неспецифическое действие, и вряд ли можно на основании вышеизложенного согласиться с теми авторами, которые видят в АГТ только неспецифическую терапию.

Оригинально толкует сущность АГТ Литвак-Рев. По его мнению, сущность АГТ сводится к аутоэритроцитотерапии, а сыворотка здесь не играет лечебной роли и отмытыми от сыворотки эритроцитами получаются, по его мнению, не менее блестящие лечебные успехи, чем это достигается при введении под кожу цельной крови. Сущность же действия аутоэритроцитотерапии, которую автор считает специфической, каузальной (не должна относиться к одному из видов белковой терапии) сводится к эритрофагоцитозу, внутриклеточной переработке отравленных болезнью эритроцитов эритрофатами, с последующей выработкой антител. Таковой эритрофагоцитоз происходит при токсических и инфекционных заболеваниях в селезенке, печени, лимфатических железах, но введением в подкожную клетчатку эритроцитов, носителей антигенов, усиливается выработка антител. В 1923 году Moutier и Racht высказали мысль, что сухие банки являются очень простым способом осуществления АГТ, так как банки вызывают крововязания в подкожную ткань, где кровь, прежде чем всосаться, производит действие, подобное АГТ. В детской клинике проф. Фурмана проследили на целом ряде случаев реакцию со стороны крови, применяя АГТ и сухие банки на одном и том же больном. Кровь исследовалась непосредственно до вмешательства, через 20 и через 40 минут после вмешательства, и получали у одного и того же субъекта всегда аналогичную реакцию. Проф. Богомолец также проводит аналогию между сухими банками и АГТ.

Предварительная обработка, способы введения и дозировка. Rhode применяет внутривенные впрыскивания (sic!) свежее дефибринированной крови для случаев острых инфекций и крови дефибринированной за несколько часов или дней до впрыскивания для хронических инфекций. Вливание производится медленно и осторожно при постоянном наблюдении за пульсом и общим состоянием. Вводится не более одного куб. см. крови в минуту, до 5 куб. см. на инъекцию. Sorter пользуется следующими тремя способами АГТ: 1) впрыскивание гемолизированной крови: в шприц, емкостью в 20 куб. см., набирают 4 куб. см. дистиллированной воды, затем 16 куб. см. крови из вены, встряхивают и тотчас впрыскивают глубоко в мышцы; 2) впрыскивание свежее дефибринированной крови: берут 20 куб. см. крови в сосуд с стеклянными бусами, сильно встряхивают до полного осаждения фибрина на бусах, затем всасывают шприцем дефибринированную кровь и инъектируют ее глубоко в мышцу больного; 3) впрыскивание сыворотки больного: взятую кровь помещают в стерильный закрытый сосуд, ждут пока над сгустком появится сыворотка и последнюю вырывают внутривенно или внутримышечно. Sorter предпочитает впрыскивание дефибринированной крови в мышцы, т. е. второй способ. Tenckhoff применяет или свежее дефибринированную кровь, или старую, причем указывает, что свежее дефибринированная кровь содержит значительное количество ядов для симпатической нервной системы, чем и объясняются побочные действия при ее применении; старая дефибринированная кровь содержит специфические компоненты, но в ней нет ядов для симпатической нервной системы. Но громадное большинство авторов приме-

няет цельную недефибрированную кровь и, конечно, не без основания, так как предварительная обработка крови лишает ее части антигенов и антител (Недриаг и Лов и друг.). Для предохранения крови от свертывания некоторые авторы предварительно набирают в шприц 1—2 куб. см. 29% *sol. natr. citrici*, но другие советуют обойтись без этого, так как при быстром взятии крови из вены и столь же быстром введении, они не наблюдали свертывания крови¹⁾.

Большинство авторов применяет внутримышечные инъекции, чаще в ягодичную мышцу, реже в межлопаточные или мышцы бедра; другие производят инъекции крови под кожу (часто живота, в подреберной области). Смирнов, опираясь на указания Безредка, что убитые культуры стрептококков, впрыснутые под кожу, не создают иммунитета у лабораторных животных, тогда как интракутаные инъекции тех же культур сообщают организму ту или иную степень сопротивляемости, полагает, что в тех случаях, когда ожидается от АГТ действие по принципу вакцинотерапевтического, лучше вводить кровь в кожу; в большинстве остальных случаев можно удовлетворяться подкожными или интрамышечными инъекциями; по мнению же Линникова интракутаные инъекции имеют преимущество перед внутримышечными в смысле выработки антител. Многие авторы производят инъекции аутокрови в отдалении от пораженного очага (чаще в ягодичные мышцы в верхне-наружном квадранте), некоторые впрыскивают кровь вблизи воспаленного очага, непосредственно в воспаленные ткани или фистулы, а на известном расстоянии от них, причем Наврапек, наприм., при этом подчеркивает, что такие впрыскивания более действительны. Schmidt же впрыскивал кровь в количестве 25—50 куб. см. при маститах в самый инфильтрат и вокруг него и получал отличные результаты даже при гнойных маститах.

Что же касается дозировки и частоты инъекций, то существуют большие колебания у отдельных авторов; так, Graser вводит 80 куб. см., Sorter 60 куб. см., Rausch 20 куб. см., Sohn, Czernin 7—10 куб. см., Батунин и Ротштейн от 2,5 куб. см. до 10 куб. см., Мкртычан 2 куб. см. и т. д. Смирнов в 2 случаях острого гонорройного эпидидимита, при котором нахождение гонококков в крови составляет нередкое явление, ввел сразу среднюю дозу (10 куб. см.) и получил значительную общую реакцию и резкое обострение очаговых явлений; поэтому С. на основании теоретических соображений и собственных наблюдений над клиническим течением и изменениями в крови, наступающими после инъекции, начинает инъекции, в случаях применения АГТ по принципу неспецифической терапии, с 5—6 куб. см., повышая дозу до 10—15 куб. см.; в случаях же, когда ожидается специфическое действие, Смирнов начинает с 2 куб. см. не превышая 4—5 куб. см.

Что касается вопроса об установлении ближайшего времени для повторения инъекций и о количестве их, то почти каждый автор приводит различные цифры. Так, Sorter проводит инъекции аутокрови при остром суставном ревматизме по 40 куб. см. через день или через каждые два дня и таких инъекций делает не больше 2—3, а при подостром суставном ревматизме делает 4—6 инъекций. Rhode при крупозной пневмонии впрыскивал 60 куб. см. внутримышечно и в случае необходимости повторял такую же инъекцию на следующий день и видел очень хорошие результаты. Морозкин при остром суставном ревматизме вводит внутримышечно 25 куб. см. аутокрови, а при крупозной пневмонии—10 куб. см. с промежутками в 2—3 дня, всего делает несколько инъекций, причем также отмечает хороший эффект; другие авторы при этих же заболеваниях применяют меньшие дозы, 5—10 куб. см. через день, и также отмечают хорошее действие. Лившиц при кожных болезнях повторяет инъекции в 5—10 куб. см. через день и исчисляет курс АГТ в 10 инъекций. Литвак, применивший АГТ на 1165 больных с разнообразными послеродовыми и послеабортными заболеваниями (причем автор исключал всякое другое лечение), установил следующий принцип в отношении дозировки и промежутка времени между двумя впрыскиваниями. Больным, доставленным в отделение послеродовых заболеваний в самом начале заболевания, впрыскивалось 10 куб. см., исходя из того, что в остром периоде орга-

¹⁾ Мы, как правило, в шприц *sol. natr. citrici* не набираем, но иногда, чтобы предохранить себя от всяких случайностей (тонкая вена и т. д.) работаем с цитрированными иглой и шприцем (прополаскивание иглы шприца 3% стерильным раствором *natr. citrici*).

низм нуждается в немедленном резком раздражении, чтобы, не теряя времени, мобилизовать все свои резервные силы. В дальнейшем Литвак понижает каждый раз дозу на 1 куб. см. В случае, если больная поступает в отделение через несколько дней после начала инфекции, то он начинал с 5 куб. см., а затем повышал дозу на 1 куб. см. В данном случае, говорит Л., организм и без того напрягает свои силы, и мы должны только осторожно помогать ему, доходя постепенно до оптимальной дозы. Выше 10 куб. см. Л. не применяет, причем наиболее целесообразным считает повторить инъекцию через день, максимум — через два дня (до явного улучшения 6-ой). Смирнов, исходя из наблюдений Goldscheider'a и Jakob'a полагает, что слишком раннее повторение инъекции, повидимому, извращает нормальный ход реакции, почему и выжидает того времени, когда хотя бы морфологические и физико-химические изменения, наступающие в крови, возвращаются к status quo, т. е. приблизительно через 48 часов. По данным Госуд. вен. института самыми действительными считаются первые две инъекции, последние же или вовсе не дают терапевтического эффекта или чрезвычайно слабый. Привыкание организма к вводимой крови клинически выражается в том, что процесс заживления, который шел раньше быстрым темпом, после 5—6 инъекций останавливается и идет крайне вяло, даже при постепенном повышении дозировки; некоторые авторы отмечают, что резкое изменение дозы или перемена способа введения с одновременным удлинением интервалов между отдельными впрыскиваниями снова оживляет реакцию организма.

Очевидно, что при применении АГТ нужно индивидуализировать каждый отдельный случай. В общем же, повидимому, рациональнее начинать в острых случаях с 2—5 куб. см., а в дальнейшем исходить только из течения случая, памятуя, что раньше двух дней не рекомендуется повторять инъекции, а также не следует при дальнейших инъекциях превышать 10—15 куб. см.; в хронических же случаях, где имеется в виду, главным образом, неспецифическое действие (Reiztherapie) или где АГТ применяется как гемостатическое средство, можно начинать с 6—10 куб. см., доходя до 15 редко до 20 куб. см.

Что касается реакции организма на этот метод лечения, то, в то время как одни авторы (Зенин, Заиграев, Батунин и Ротштейн, Навгалец, Иванов и др.) не наблюдали повышения температуры и общих явлений, другие отмечают регулярное повышение t^0 на 1—2° через 2 часа после впрыскивания, спадающее через 6—12 часов после инъекции. Из других общих реакций организма одни наблюдали вслед за инъекцией ухудшение субъективных ощущений — познабливание, головные боли, недомогание, чувство разбитости и усталости, ухудшение аппетита, сонливость, ломота в конечностях и т. д.; другие же авторы (Elfstrom, Линникова, Graser, Pascal, Davenport, Морозкин, Sorier и др.) отмечают, особенно при инфекционных заболеваниях, понижение t^0 , улучшение общего самочувствия, уменьшение головных болей, явления возбуждения, улучшение сна, урежение пульса и дыхания, улучшение аппетита. Нужно признать, что разноречивость авторов в описании t^0 и других реакций зависит от того, что тот или другой автор применяли АГТ при различных заболеваниях, кроме того варьировала дозировка, частота инъекций и т. д. В общем же часто после инъекций АГТ наблюдаются две фазы: отрицательная — с ухудшением субъективных и объективных явлений и положительная фаза — с улучшением этих явлений.

Что касается местных явлений, то они наблюдаются почти исключительно при подкожном введении, но они скоропроходящие и не достигают той интенсивности, которая часто наблюдается при протеинотерапии. В отношении очаговых реакций нужно отметить, что часто наблюдаются обострения, которые держатся от 12 часов до 3 дней после инъекции, но большей частью с падением t^0 уменьшаются и очаговые явления (Graser, Ravaut, Шаверин и др.).

Относительно вопроса, не провоцирует ли АГТ скрытые очаги инфекции, очень многие авторы подчеркивают, что они ни разу не наблюдали, чтобы АГТ действовала бы провокаторно; Ноннеу же, давая восторженные отзывы об АГТ при лечении острой и хронической гонорее и ставя ее наряду со специфической терапией, указывает, что впрыскивание аутокрови может служить также и провокационным средством, ибо после инъекции в ближайшие же дни появляется некоторое истечение из канала, а полная провокационная картина выявляется в течение нескольких недель. Другие авторы отмечают также, что инъекция аутокрови уже на другой день, и во всяком случае не позже последующих трех-четырех дней, вызывает обильное гноетечение из канала, содержащее

гонококки, хотя до этого и не было никаких выделений. Гонорройный ревматизм в латентной стадии, не дававший себя чувствовать течение нескольких лет, после выпрыскивания аутокрови появился в острой форме; хронический простатит и эпидидимит также переходят, по некоторым наблюдениям, в острую форму, причем авторы отмечают, что при дальнейших инъекциях все эти явления обострения проходили и процесс излечивался. Навгапек, имеющий породачный материал в лечении аутокровью костного тbc, рекомендует при тbc поражениях, в случае лихорадочного состояния, выпрыскиваний не делать, а выждать прекращения лихорадки. Навгапек так же, как и другие, заявляет, что АГТ способ совершенно безвредный — ухудшения болезни или общего состояния он никогда не наблюдал. Linsner указывает, что несмотря на многократные выпрыскивания (до 50), им ни разу не было отмечено явлений анафилаксии. Этот автор предостерегает только от применения аутокрови у беременных, т. к. таковая обладает токсическими свойствами. Проф. Недригайлов говорит, что нет данных опасаться ввести с кровью слишком большое количество антигена, тем более что в ней могут быть природные или уже успевшие образоваться антитела.

Что касается вопроса, какие же моменты болезни нужно считать наиболее пригодными для инъекций аутокрови, то Недригайлов, как и многие другие, рекомендует при острых заболеваниях выпрыскивать в самом начале болезни или даже в инкубационном периоде; при хронических — как туберкулез, проказа, септический случай — в момент высокой t° при таких же болезнях, как возвратный тиф, малярия — в период наибольшего накопления паразитов в крови и в различные моменты апирексии, когда в крови накапливаются растворимые яды микробов.

Переходя к вопросу об изменении картины белой крови при лечении АГТ, мы встречаемся с следующими данными: Лившиц отмечает, что через 1—2 часа после инъекции в крови констатируется лейкоцитоз до 8—10 тысяч, увеличение лимфоцитов и сдвиг нейтрофилов влево; эти явления держатся 2—3 суток. Заиграев наблюдал нарастание лейкоцитов после первой инъекции почти в 2 раза, после второй инъекции нарастание менее интенсивное, после третьей — еще менее и т. д. Другие авторы также отмечают, что после 4—5 инъекций увеличение общего числа белых телец не наблюдается. Dold во всех случаях выпрыскиваний аутокрови наблюдал повышение количества лейкоцитов на 44—85%, которое держалось 24 часа, а затем падало. Подвысоцкая производила подсчет лейкоцитов через $\frac{1}{2}$, 2, 4 и 24 часа после выпрыскивания крови при кожном туберкулезе. Повышение лейкоцитов наблюдалось иногда через 25—30 минут после выпрыскивания; иногда в продолжении суток не отмечалось совсем повышения лейкоцитов; иногда наблюдался незначительный лейкоцитоз — 8—10 тысяч, в других случаях он был значительнее, доходя до 20 тысяч и выше. У Подвысоцкой были больные, которые после повторных выпрыскиваний совершенно не реагировали повышением общего числа белых телец. Со стороны лейкоцитарной формулы Подвысоцкая наблюдала понижение количества эозинофилов и повышение нейтрофилов за счет лимфоцитов. Владос и Тареев наблюдали увеличение общего числа белых телец с нормальных цифр до 9—14 тысяч. Лейкоцитоз ими отмечался уже через 2 часа после инъекции и держался с колебаниями на высоких цифрах 3—4 дня и к 5—7 дню приходил к норме. При повторных инъекциях изменения со стороны белых телец повторялись в том же объеме. Лейкоцитарная формула изменялась в сторону нейтрофилии и эозинофилии. Лещь отмечает, что отрицательная фаза характеризуется лейкопенией с лимфоцитозом и моноцитозом. Ставя сухие банки, Лещь также получала лейкопению с лимфоцитозом. Другие авторы также подчеркивают лейкопению в отрицательной фазе АГТ (так же, как и при протениотерапии, где отрицательная фаза характеризуется лейкопенией). Смирнов производил исследование крови перед каждой инъекцией, через 5 минут после инъекции и затем каждые 20—30 минут течение первых 2—3 часов; для наблюдения отдаленных изменений — через 6—8—12 часов, через сутки и течение первых 2—3 дней. Отрицательная фаза дает падение лейкоцитов, которое начинается сейчас же после инъекции; почти во всех случаях Смирнов мог отметить падение через 5' и вскоре оно достигает своей предельной величины, падая обычно не более, как на 10—20%; и через 30—40' отрицательная фаза закачивается. Эти изменения автор наблюдал при интра- и субкутаных инъекциях, которые дают мало различающиеся кривые падения числа лейкоцитов, но все же при интракутаных инъекциях падение менее выражено. При интрамушкулярных

инъекциях Смирнов получал столь же быстрое, но более низкое и длительное падение лейкоцитов на 15—35%, достигающее своего максимума в течение первых 20 минут и заканчивающееся через 1—1½ часа. Положительная фаза после подкожных инъекций аутокрови наступала через 30'—40', при внутримышечных инъекциях через 1—1½ часа. Эта фаза характеризовалась повышением числа лейкоцитов, которое достигало максимума через 1—3 часа, увеличиваясь на 50—100%⁰, после чего начиналось падение отлогой кривой. Через 24 часа после инъекции—status quo или небольшой гиперлейкоцитоз. Что же касается лейкоцитарной формулы, то Смирнов нашел, что отрицательная фаза протекает при явлениях лимфопении, относительной нейтрофилии за счет, главным образом, палочкоядерных, эозинопении и монопении. Поляк к концу лечения отмечает нейтрофилию до 75%⁰. Егоров также наблюдал нейтрофилию и лимфопению в результате АГТ. Литвак у своих больных с послеродовыми и послеабортными заболеваниями наблюдал в результате АГТ со стороны лейкоцитарной формулы уменьшение %⁰ нейтрофилов с одновременным увеличением %⁰ лимфоцитов и выравнивание сдвига Agnetha влево. Ширяк, исследуя картину белой крови больных фурункулезом до и после АГТ, наблюдал через 24 часа после инъекции сдвиг гемограммы влево до юных форм, увеличение количества эозинофилов и моноцитов. Таким образом, говорит автор, по картине крови можно судить о силе действия этого биологического метода. Под влиянием АГТ, заканчивает Ширяк, видимо происходит раздражение гемопоэтической системы, как ретикуло-эндотелиального аппарата, так и костного мозга. Petersen, Селицкий, Furukawa и Nasvitis, Владос и Тареев и др. также указывают, что аутокровь оказывает возбуждающее действие на кроветворные органы. Разноречивые данные, полученные авторами относительно картины белой крови в результате АГТ, происходят, повидимому, вследствие того, что кровь исследовалась в различное время после применения АГТ и при различных заболеваниях. Нужно отметить, что многие авторы подчеркивают, что отсутствие или незначительная реакция со стороны картины белой крови говорит за сомнительность получения хороших результатов. Что же касается красной крови, то Мартычин наблюдал в первый день падение Нв, на 4—5 день—возвращение к норме. Подвысоцкая в 2 случаях отметила значительное повышение эритроцитов на другой день после инъекции—с 2.500.000 до 4.200.000 и с 2.900.000 до 4.600.000. Владос и Тареев во второй фазе наблюдали нарастание Нв (от 5 до 25%⁰) и эритроцитов (от 400.000 до 1.500.000); при этом увеличение Нв часто было более ранним и резким, чем нарастание числа эритроцитов. Смирнов в период отрицательной фазы отмечает небольшое увеличение эритроцитов при том же и несколько понижении Нв; в результате—небольшое уменьшение гемоглобинового индекса. В благоприятно протекающих случаях, где до инъекции отмечалось понижение количества Ег и Нв, автор наблюдал повышение эритроцитов и процентного содержания Нв, при том же или повышенном индексе. Зато в безуспешных случаях повышение Нв вызывало падение индекса. В общем авторами (Zimmermann, Burckhardt, Владос и Тареев, Иванов и др.) подчеркивается, что при лечении аутокровью, помимо нарастания веса, улучшения общего самочувствия, подъема настроения, наблюдается также увеличение Ег и Нв.

Библиография и рецензии.

В. Шиллинг *Практическая гематология*. Гос. Изд. 1928 г. Цена 80 к. 3-е изд. (70 коп. 4-е изд.).

Имя Шиллинга в настоящее время несомненно является наиболее упоминаемым, когда говорят или пишут о вопросах клинической гематологии. Ему мы обязаны теми практическими успехами, которые клиническая гематология делает за последнее время. В. Ш. сумел накопившийся до него и свой материал использовать для построения практически удобной гемограммы, внести некоторые практически существенные изменения в технику, ясно описать эту технику, дать практические схемы гематологических картин и т. д. «По Шиллингу» работают даже те, кто на самом деле отстывает, и иногда довольно существенно, от технических указаний В. Ш., имя В. Ш. для многих застыло имена предшествен-

ников, работы которых подготовили почву для гемограммы Шиллинга. Напр., по вопросу о сдвиге нейтрофильной картины Якола Sonnenburg'a—Kothe и др. пользовалась сдвигом и дала ценный материал по сдвигу, причем выражала его очень близко к тому, как делает В. Ш., особенно, если мы учтем, что В. Ш. в последнее время считает возможным обходиться без дифференциального подсчета юных и палочко-ядерных (см. напр. разбираемую книжку стр. 80—81). У нас в Союзе имя В. Ш., может быть, особенно популярно; его методика оказалась особенно ценной при массовых исследованиях крови. Об успехе книг В. Ш. свидетельствует, напр., тот факт, что разбираемая книжка отпечатана в 1928 г. дважды: изд. 3-е (4.000 экз.) и изд. 4-е (7.000 экз.) как будто без каких-либо изменений (даже опечатки не исправлены). Я при рецензировании пользовался главным образом изд. 3-им.

Думаю, что книжка В. Ш. в рекомендации не нуждается. Заслуженность ее успеха я не думаю ставить под сомнение, но кое с чем в книжке я не могу согласиться. На некоторых из таких мест я останавлиюсь. В интересах упрощения методики намечается строго определенная цель исследования. „Только то должно быть принято во внимание, что с полной уверенностью, быстро и безошибочно отмечается рядовым лаборантом. Таким образом отпадает необходимость принимать во внимание трудно оцениваемые тончайшие изменения протоплазмы и другие дополнительные особенности структуры клеток крови“ (7-я стр.). Отсюда излишне останавливаться на таких формах, как дегенеративные формы белых телец, как гигантские нейтрофилы и т. п. На таком направлении воспитываются не одни рядовые лаборанты. Вообще в подавляющем большинстве случаев, исследуя белую кровь, интересуются только цифрами, характеризующими относительное содержание отдельных представителей белых телец. Бесспорно работа таким образом облегчается, результаты получаются определенные. Но все же я разделяю мнение тех, которые придают значение наблюдению и тонких морфологических особенностей клеток и видят в результатах такого наблюдения и практическую ценность. — Подразделение картин красной крови на прогностически благоприятные, менее благоприятные и злокачественные (33—37 стр.) едва ли целесообразно. Прогноз при анемии может зависеть не от анемии, как таковой, не от состояния кроветворной функции, а от основного заболевания. Напр., при карцинозе костного мозга мы можем иметь картину красной крови „благоприятную“ (нормо-бластическую), при хлорозе — «менее благоприятную», прогностически же расцениваем первое заболевание, как абсолютно безнадежное, второе же — как сравнительно доброкачественное. „Злокачественная“ картина красной крови может быть одинакова при криптогенной пернициозной анемии, с одной стороны, и при гиперхромной анемии на почве паразитизма широкого лентеца или при беременности — с другой. Между тем прогноз первой остается неблагоприятным (хотя применение печени и способно давать длительные ремиссии), вторичные же гиперхромные анемии могут — по устранении причины — давать стойкое излечение.

Центральное место в гемограмме Ш. занимает лейкоцитарная картина, а в этой последней особенно выдвигается Ш. значение сдвига нейтрофильной картины. Нисколько не сомневаясь в большом значении сдвига, но все же как будто у Ш. есть известное „увлечение“, переоценка сдвига. О таком увлечении свидетельствует анализ примера, приведенного на стр. 83-й (пример прогностического значения гемограммы). Случай аппендицита; привожу из таблицы только нужные нам данные:

День бол.	Число лейкоцит.	Эоз.	Ю.	П.	С.	Лимф.	Мон.	Примечание
1-й	10000	3	—	9	69	16	3	Еще заметный сдвиг; случай легкий.
2-й	7500	—	—	4	77	6	13	После операции. Нейтрофилия без сдвига; улучшение.
6-й	11700	3	3	12	54	17	11	Легкий регенеративн. сдвиг; инфекция.

Исчезание „еще заметного“ сдвига дает Ш. право говорить об улучшении, несмотря на исчезание эозинофилов, резкое уменьшение числа лимфоцитов, нара-

стояние нейтроцитоза. III. как будто игнорирует то, о чем рядом говорит сам: „Всякое уклонение от нормальной картины — неблагоприятно; всякое возвращение к норме — благоприятно“ (85-я стр.). „Очень тонким показателем часто служат эозинофилы. Под влиянием болезненного процесса их количество обычно уменьшается (пример, 2-й и 22-й дни) и обратно — при улучшении инфекционного или токсического процесса (пример, 6-й день) они снова появляются“ (86-я стр.). „Длительное повышение числа лимфоцитов или их обратное появление после бывшего уменьшения указывают на значительное улучшение болезни (пример, 1-й и 6-й дни), особенно при болезнях, связанных с нейтрофильным гиперлейкоцитозом. Наоборот, низкие цифры для лимфоцитов указывают на сильное раздражение костного мозга, их уменьшение представляет сомнительный, а резкое падение их числа (пример, 22-й и 23-й дни) — уже опасный симптом“ (86—87 стр.). С чем здесь сравнивает III. первый день? На 6-й день нарастание лимфоцитов — сравнительно со 2-м днем — свидетельствует об улучшении. Следовательно, падение лимфоцитов на 2-й день свидетельствует об обратном — почему этот день не указан в соответствующем месте наряду с 22-м и 23-м днем? „Понижение общего числа лейкоцитов при улучшении морфологической картины крови — благоприятно (см. пример, 2-й день; при ухудшении той же картины — оно очень неблагоприятно“ (86-я стр.). Из сказанного выше ясно, что ссыла на 2-й день по меньшей мере небедительно. Получается определенное впечатление, что указанные натяжки и умолчания в анализе примера есть следствие переоценки колебаний сдвига. Что касается этого последнего, III. сам говорит об исчезании лишь еле заметного сдвига. Насколько бесспорным можно считать самый факт изменения сдвига в указанном направлении? у III. здесь, конечно, несравненно больший опыт, чем у меня, и, должно быть, этот опыт позволяет ему говорить определенно об уменьшении сдвига, но я по своему опыту не решился бы этого сделать. Точность результатов зависит, между прочим, от того, на каком числе элементов формула установлена — при 100 сосчитанных телец ошибка возможна большая, чем при 300—400. Между тем гемограмма, полученная в агонии (23-й день—100% нейтрофилов, отсутствие всех других форм белых телец), возбуждает во мне подозрение, что даже здесь, где при 25800 бел. тел. подсчет 200—300 телец потребовал бы очень мало времени, подсчет сделан на меньшем числе телец — иначе я затрудняюсь объяснить отсутствие моноцитов и особенно лимфоцитов.

Несколько мелких замечаний. При счете эритроцитов в камере (42—43 стр.) III. советует набирать кровь до деления 1, т. е. брать разведение 1:100. Большинство, насколько знаю, рекомендует большею частью разведение 1:200, т. к. при разведении 1:100 красные тельца располагаются слишком густо и счет требует большого напряжения внимания. III. вносит новшество в процедуру получения равномерной взвеси: наполненный смеситель встряхивают 20 секунд, затем „выдувают из смесителя остаток раствора соли“ — очевидно, раствор, бывший в капилляре; затем в течение 40 с. снова встряхивают. С таким уклонением от общепринятого способа (встряхивание наполненного смесителя) я не могу согласиться (см. мою работу Харьк. мед. жур. 1910 г.). В той же моей статье интересующиеся найдут, почему я против повторного наполнения камеры из одного смесителя — что III. рекомендует делать при счете белых телец в камере Тома-Цейсса. В настоящем издании описана паноптическая окраска (не было во 2-м изд.); но рекомендуется предпочтительно окраска по Гимза. Во 2-м изд. в рисунках разница между гипохромной и гиперхромной анемиями выступала резче, чем в 3-м и 4-м. Рисунки нормобласт (9а) и мегалобласт (9б) ничего не дают: структура ядер не видна; во 2-м изд. была гиперхромия, в последних изд. нет и ее. Сравнивая рис. 8 и 9а, естественно спросить, почему на рис. 8-м мегалобласт, а на рис. 9а нормобласт (в последнем теле окрашено не слабее, чем у мегалобласта на рис. 9б). Можно бы указать ряд неисправленных опечаток, неудачных формулировок периода.

Проф. Н. Горзев.

Фр. Редекер и От. Вальтер. *Происхождение и развитие легочной патологии взрослых*. Перевод с немецкого д-ра С. И. Воробьева. Госмедиздат. 1929 г.

Книга Редекера и Вальтера будет прочтена с большим интересом, в особенности врачами, работающими в области туберкулеза. Написанная сжатого, на большом материале, книга предполагает у читателя основательное знакомство с новым направлением в учении о легочном туберкулезе взрослых. Идеи Ранке оригинально освещены. Основной мыслью авторов является обратимость патомор-

фологических реакций в связи со сменой аллергических состояний. Нет резкого разграничения между 2 и 3 периодом по Ранке. Всякий свежий очаг всегда экссудативный, всегда протекает с явлениями вторичной аллергии и при благоприятном течении переходит в продуктивно-цирротическую форму. Экссудативные и продуктивные процессы не противопоставлены друг другу, а являются лишь патоморфологическим выражением 2 периодов аллергического состояния организма. Учение о раннем инфильтрате находит в книге подробное освещение. Главы об инфильтрировании не совсем убедительны и ясны. Если под последним понимать развитие инфильтрата вокруг старых очагов, то далеко не всегда это можно решить. Да, очень кратко останавливаются на гематогенно-диссеминированных формах легочного туберкулеза, а между тем эти формы вовсе не так редки. Не следует забывать, что тяжелые гематогенно-диссеминированные процессы, у нас по крайней мере, не менее часты, чем инфильтраты (Аксацьев и Кревер), а легкие формы, протекающие по типу *miliiar discreti* являются постоянными посетителями наших амбулаторий.

Обращаем внимание Госмедиздат на удивительную небрежность издания книги. Много рентгенограмм напечатано вверх ногами, некоторые напечатаны так, что хочется сказать „бой в Крыму, все в дыму“. М. Мастбаум.

Р. Гасуль и М. Мастбаум. *Ошибки диагностики легочного туберкулеза*. Библиотека „Вопросов туберкулеза“, стр. 108, цена 1 р. 30 коп.

Широкое развитие сети противотуберкулезных учреждений и, главным образом, тубдиспансеров в нашем Союзе потребовало больших кадров „туберкулезников“. Подготовленных кадров таких врачей не было. Для их подготовки были организованы многочисленные краткосрочные курсы, привлекавшие в качестве слушателей, главным образом, молодых врачей, нередко непосредственно со школьной скамьи. И если „туберкулез“, этот настоящий хамелеон, скрывает и от опытных, широкообразованных врачей свое истинное лицо под целым рядом „масок“, то, несомненно, для таких юных „специалистов“ раскрытие этих масок ставилось часто непосильной задачей. Поэтому приходится вполне согласиться с одним из авторов книжки, „что для работы в наших многочисленных диспансерах нам нужен врач-терапевт с уклоном в область туберкулеза, а не узкий специалист, так называемый „туберкулезник“. Столь ранняя специализация ведет лишь к тому, что во всех наших туберкулезных учреждениях содержится на учете и понапрасну занимает койки большое число лиц, совершенно не нуждающихся в этом. Поэтому весьма ценным нужно считать появление небольшой книжки кратко и ясно излагающей „ошибки диагностики легочного туберкулеза“.

Скудная литература, имеющаяся на русском языке по этому вопросу, почти исчерпывающаяся двумя переводными книжками проф. Неймана и Николая Шредера, еще более оправдывает появление русской книжки, в значительной степени отражающей установку и взгляды русской туберкулезной школы.

Вся книжка распадается на два самостоятельных отдела: ошибки клинического исследования, написанного прив.-доц. М а с т б а у м о м, и ошибки рентгеновские, написанного прив.-доц. Г а с у л ь е м. Характерной чертой обеих частей является краткость и ясность изложения и ознакомление читателя со всеми основными источниками ошибок: с ошибками объективного исследования; с заболеваниями бронхов и паренхимы легких по клиническому течению и объективным данным обычно принимаемыми за туберкулез; с заболеваниями других органов, по своим симптомам сходными с туберкулезом и с диагностическими ошибками в оценке отдельных симптомов. В рентгеновской части книжки читатель знакомится в кратких чертах с рентгеновским изображением нормальных легких и с основными типичными картинками легочного туберкулеза. В дальнейшем изложен целый ряд обычных ошибок, зависящих как от дефектов рентгентехники, так и от недостаточного точного анализа полученных рентгеновских изображений.

Обе части в достаточной степени иллюстрированы рядом собственных наблюдений авторов и в изложении чувствуется значительный опыт авторов. Можно только пожалеть, что в ряде случаев, перечисляя возможные ошибки, авторы не везде отчетливо останавливают внимание читателя на дифференциальном диагнозе данного заболевания и соответствующей формы туберкулеза. Есть также ряд мелких типографских погрешностей, местами искажающих текст.

В общем книжку нужно признать весьма полезной не только для начинающих фтизиатров, и лица с имеющимся уже значительным опытом найдут в ней немало поучительного. Проф. Вольтер.

Прив.-доц. М. И. Иоганес. *Неврозы в детском возрасте*. Ленинград. 1929 г. 164 стр. цена 1 р. 25 к.

С нервностью ребенка, как говорит автор, мы готовы часто мириться как с явлением второстепенного значения; это объясняется лишь тем, что окружающие ребенка не уясняют себе огромного влияния ненормальной нервной системы на общее психофизическое развитие ребенка. Труд Иоганеса представляет большой интерес не только для врача педиатра, но и для лиц, работающих в школе и учреждениях по воспитанию детей. Большой клинический опыт и наблюдательность автора отразились в его книге. В главе о патогенезе и причинах детской нервности особенную ценность представляют указания на дефекты воспитания, на те ошибки, которые обычно присущи родителям по отношению к своим детям и в результате которых развивается у последних нервность. Указания на отдельные конституциональные типы и описание клинических картин детских неврозов, очерк нервности грудного ребенка и детей в раннем возрасте сопровождаются интересными клиническими примерами. Нельзя не согласиться с предложением автора (в главе о профилактике) о необходимости учреждения в амбулаториях специальных консультаций по вопросам воспитания по примеру Западной Европы и Америки. Терапия детской нервности является далеко нелегкой: как говорит автор, „разрешение вопроса часто осложняется тем, что в обожании собственного ребенка, особенно единственного, многие, даже разумные люди, часто становятся слепыми, и стихийный страх за здоровье ребенка парализует объективное отношение и здравый смысл“. Устранению общих дефектов соматического характера, климатотерапии, гидротерапии и медикаментозному лечению отводится должное место. Особого внимания заслуживает описание лечебно-воспитательного подхода, как наиболее важной меры в деле профилактики и терапии детской нервности, здесь указан ряд способов воздействия на нервного ребенка путем некоторых простых воспитательных мер. Ряду отдельных симптомокомплексов, как-то нарушению сна со стороны желудочно-кишечного тракта, психогенному тикку, фобиям, галлюцинаторному бреду и заиканию посвящается автором особая глава. Дополнением к очерку является описание истерической реакции и детской истерии. Книга Иоганеса написана хорошим языком, читается легко и может служить полезным руководством для врачей, родителей и воспитателей.

Проф. В. Меньшиков.

Д-р Н. М. Фришман. *Эпидемический цереброспинальный менингит у грудных детей*. С предисл. проф. А. А. Киселя. Г. М. И. 1929, 216 стр. Ц. 2 р. 30 к.

При распространенности цереброспинального менингита в СССР и бедности русской литературы исследованиями об этом заболевании появление новых работ по этому вопросу является весьма желательным. В основу своего труда автор положил наблюдавшиеся им за 3 года 46 случаев менингита у детей грудного возраста. Главное внимание уделено симптомам заболевания; отделы о клинической диагностике, о течении и осложнениях составлены очень подробно, причем в главе о дифференциальном диагнозе рассматриваются даже такие заболевания, о которых, по мнению автора, при менингите „лучше не думать“ (стр. 49 и 54). Наоборот бактериология менингита, патологическая анатомия его и глава о лумбальной пункции остались недостаточно освещенными так же, как и практически важные вопросы об иммунологических различиях менингококковых групп, о клиническом значении разобщения между субарахноидальными пространствами спинного и головного мозга и др. Когда автор, основываясь на своем сравнительно небольшом и бактериологически недостаточно обследованном материале, делает выводы не только о своих случаях, но о менингите вообще, он нередко оказывается неправым, напр. когда он полагает, что поражения слуха наблюдаются только при тяжелых формах (стр. 135), или когда он „с точки зрения клинициста педиатра“ объявляет мало вероятным предположение о септическом характере менингита (стр. 13). Совершенно нельзя согласиться с отношением автора к серотерапии эпидемического менингита. Он не определял группы менингококков у наблюдавшихся им больных и не выяснил, применялись ли для изготовления бывшей в его распоряжении сыворотки те же группы менингококков, какие были у больных, леченных ею; между тем для успеха серотерапии имеет в данном случае решающее значение иммунологическое соответствие между сывороткой и возбудителем болезни. Автор применил сыворотку всего в 8 случаях в клинике и в 4 случаях в частной практике, причем далеко не всегда имел возможность довести дело лечения до конца вследствие случайных обстоятельств“ (стр. 780), и все же находит возмож-

вым утверждать, что противоменингококковая сыворотка не является специфически действительной (стр. 187), что серотерапия—мода (стр. 204) и т. под.

В заключение следует сказать, что по книжке д-ра Фришмана читатель может познакомиться с симптоматологией, клинической диагностикой и течением перепончатого менингита у детей грудного возраста; но он сделает ошибку, если последует за автором в его отрицательном отношении к серотерапии, так как лишил себя в этом случае наиболее действительного, хотя и не абсолютно верного, средства против эпидемического менингита.

Издана книга хорошо и даже снабжена цветной таблицей, изображающей гнойные тельца и менингококки.

Проф. *Ленский.*

Проф. М. Гуревич и приват-доцент Н. Озерский. *Психомоторика*. М.-Л. 1930. ГИЗ. Цена части 1-й—2 р., части 2-й—2 р. 50 к.

Книга состоит из двух частей: часть I—анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношение с телосложением написана проф. М. О. Гуревичем, часть II—методика исследования моторики написана Н. И. Озерским. Оба автора давно известны своими работами в указанных областях: учениками проф. М. О. Гуревича и им самим вопрос о соотношении моторики с телосложением и характером разрабатывается весьма разносторонне и интересно. Н. И. Озерский давно известен как предложивший скалу для исследования моторной одаренности, и потому книга эта, естественно, должна привлечь к себе внимание как подводящая итоги исследований авторов и собравшая все их многочисленные исследования в одно общее целое.

М. О. Гуревич, излагая кратко все данные новейшей литературы относительно анатомо-физиологических основ моторики, всюду приводит попутно и патологические особенности моторики. Он рассматривает моторику как „структуру двигательных функций, подобно тому как характер является структурой психических функций“ и потому, по рассмотрении анатомических основ моторики, подробно останавливается на компонентах моторики: тонусе, темпе, ритме, силе, отчетливости выполнения, координации движений, двигательной активности, способности к упражнению и т. д. Затем идет глава: возрастные и половые вариации двигательных функций, формы двигательной недостаточности. Затем конституциональные вариации психомоторики и их соотношение с телосложением и характером. М. О. Гуревич устанавливает такую схему двигательных типов: 1) тип с плавными, соразмеренными, ловкими, точными движениями, соответствующий пикническому типу телосложения Кречмера; 2) с угловатыми резкими движениями, ловкими в крупных движениях и менее удовлетворительными в мелких, соответствующий мускулярному телосложению; 3) с движениями вялыми, слабыми, неловкими, соответствующий гл. обр. астеническому телосложению и 4) с детско-грациозными, но недостаточно точными движениями, соответствующий инфантильно-грациальному телосложению (тип Гуревича). Книга использует большой собственный материал и представляет, несомненно, большой интерес.

В части, написанной Н. И. Озерским, как методы изучения движений описываются: мотоскопия, мотометрия (общая моторная одаренность—в этой части приводится подробно скала моторной одаренности автора и методы пользования ею—исследование отдельных компонентов движения—мототехника), мотография.

Вместе обе части книги образуют стройное целое, всесторонне охватывающее описание моторики и методы ее исследования; познакомиться с книжкой необходимо каждому невропатологу, психиатру, психотехнику и педагогу. По широте охвата изучения моторики мы не имеем подобной книги даже в западно-европейской литературе.

Проф. *Т. Юдин.*

Труды кабинета наследственности и конституции человека при Медико-биологическом институте в Москве. Вып. I под редакцией С. Г. Левита и А. С. Серебровского. Госиздат, 1929 г. Отдельные отиски вып. 5-го за 1929 г. „Медико-биологического журнала“.

В связи со все большим развитием генетики, в связи со все больше привлекающим внимание врачей изучением конституции в патологии, изучение наследственности человека становится одной из важнейших и очередных задач медицины. В Англии, С.-А. Соед. Штатах, Швеции и Германии созданы большие самостоятельные научные институты для этого изучения. У нас в СССР биологами (Н. К. Колыцов, Ю. А. Филипченко) уже дано в их генетических учреждениях основы отделения для изучения генетики человека. Но несмотря на то, что и у нас стали уже давно появляться и отдельные работы врачей по генетике,

а врачи конституционалисты даже собрали вокруг себя клинко-конституциональные школы, широкого внимания наших врачебных научно-исследовательских институтов проблемы генетики человека до сих пор не привлекали. Такое изучение некоторыми даже считалось противоречащим общему профилактическому направлению нашей медицины. Лишь за последнее время стало постепенно рассеиваться это совершенно неправильное мнение, т. к. учение о конституциях, изучая всегда индивидуум в сравнении со всей популяцией, собственно как раз вводит в медицину принципы массового изучения человека со всеми его биологическими и социальными соотношениями со средой взамен изучения отвлеченного отдельного „человека вообще“, а современная генетика вполне учитывает и все внешние влияния. С. Г. Левит вместе с рядом молодых врачей-биологов является одним из главных работников, содействовавших правильному диалектическому пониманию проблемы генетики и конституции человека, его энергии мы теперь обязаны учреждением Кабинета наследственности и конституции при Медико-биологическом институте, Кабинета, во главе которого стал сам С. Г. Левит и известный генетик С. А. Серебровский. Теперь перед нами I-й выпуск работ этого Кабинета, содержащий ряд интересных и ценных работ.

Сборник открывается двумя программными статьями А. С. Серебровского: Антропогенетика и евгеника в социалистическом обществе и С. Г. Левита: Генетика и патология. В первой статье А. С. Серебровский говорит о важности изучения всего „генофонда“ (термин, удачно введенный А. С. Серебровским в социальную генетику) страны, о важности составления топографической карты генов человека, о важности геногеографии. Важность всех этих исследований для народно-хозяйственного строительства нашей страны обрисована А. С. Серебровским кратко и достаточно для научного сборника выпукло. Не можем мы только согласиться с тем способом, которым А. С. Серебровский хочет проводить евгеническое улучшение человечества в социалистическом обществе. Он предлагает идти по пути, близким к предложенным еще в 1907 году Ehrenfels'ом (Arch. f. Rassen-Biologie, 1907, H. 5—6) и всеми не без основания отвергнутым. Основное положение и Серебровского, и Ehrenfels'a, что один хороший в генетическом отношении мужчина может оплодотворить массу женщин и, таким образом, быстро улучшить потомство. Ehrenfels в 1907 г., исходя из этого, рекомендовал многоженство ценных мужчин с построением семьи по типу матриархата, оставляя мужчин гастролерами разных семей, а для генетически малопенных мужчин предлагал учреждение государственной проституции из негодных к воспроизводству хорошего поколения женщин. А. С. Серебровский хочет смягчить социальную и нравственную необычность предложения Ehrenfels'a, предлагая разделить любовь от деторождения: жить с любимым человеком, а детей рожать от искусственного оплодотворения семенем евгенически ценного и подходящего генетически для данной женщины мужчины. Необычность и утопичность предложения А. С. Серебровского должны были вызвать и вызвали справедливые протесты. Нельзя, по нашему мнению, предлагать вообще какие бы то ни было евгенические социальные реформы, не считаясь с общественным мнением, не организовав вокруг своего предложения этого общественного мнения: евгеника прежде всего социальная наука. Утопические предложения не раз наносили только вред евгенике, вызывая в обществе совершенно неосновательное отрицательное отношение и к самой генетике как науке. Практические евгенические мероприятия должны сообразоваться с историческим развитием социальной жизни, а не стремиться в корне реформировать соц. жизнь, исходя из основ биологических. В этом, по-нашему, основная ошибка А. С. Серебровского помимо целого ряда и чисто биологических возражений, которые мы могли бы сделать по поводу генетических основ его проекта.

Вторая программная статья С. Г. Левита хорошо освещает всю важность генетики для патологии.

Из чисто исследовательских работ сборника мы особенно отметим следующие, представляющие, по нашему мнению, большой интерес—С. Г. Левита и Серебровского: Вероятный случай наследования по типу double-X у человека и С. Г. Левита: Материалы к вопросу о сцеплении генов у человека. Объяснение наследственности случая дальтонизма Cunnier открытым Morgan'ом спаянием двух X-хромозом, действительно, очень убедительно, и явление это, до сих пор наблюдавшееся только у *Drosophila melanogaster*, таким образом открыто и у человека. Большой теоретический интерес представляют и соображения С. Г. Левита о сцеплении генов у человека. Большой практический интерес

представляет статья С. И. Серебровской о математическом анализе популяций. В остальных статьях сборника также дан интересный генетический материал. В общем 1-й сборник Трудов Московского Кабинета наследственности и конституции человека надо признать составленным интересно. Кабинет начал и энергично ведет полезную и нужную работу, и надо пожелать С. Г. Левиту и А. С. Серебровскому дальнейшего успеха в их важном начинании и дальнейшего углубления и расширения работ Кабинета.

Проф. Т. Юдин.

Рот. *Клиническая терминология*. В переработке и с дополнениями д-ра мед. Я. Б. Эйгера. 658 стр. Госизд. 1930. Цена 8 руб. Перепл. 55 коп.

«Мы считаем невозможным, говорит редактор рецензируемой книги, придерживаться латинской терминологии и латинского алфавита: мы полагали, что это не удовлетворило бы громадное большинство наших врачей. Поэтому мы положили в основу русский алфавит и русскую терминологию». Далее редактор заявляет, что существует «немало латинских медицинских терминов, не имеющих точного перевода» и поэтому пришлось такие термины оставить на латинском языке. Остается неясным, почему латинский алфавит не может удовлетворять большинство наших врачей, когда термины в печати все еще даются по-латыни или в латинской транскрипции, не говоря уже об иностранных журналах. Писать кириллицей: аборт, абсорбция, абдуктор, абсцесс, адипс не значит еще отказываться от латинской терминологии. Русской полной номенклатуры пока нет и, конечно, полезнее было бы дать врачу терминологический словарь в латинской транскрипции и не подносить слов вроде: зуд, осадок, жевание, понятных каждому без словаря (для более подробных объяснений существуют медицинские энциклопедии); наоборот, эти же термины по-латыни (*pruritus, sedimentum, masticatio*) в словаре необходимы: они встречаются в литературе, и не все их могут знать. Вообще руссификация терминов в рецензируемой книге не удалась, и чем дальше перелистываешь ее, тем больше встречаешь латинских названий; в конце книги они уже преобладают (см. ямка, ямочка, стр. 628, 629). Между тем некоторые термины с успехом можно было бы перевести по-русски; напр. *globus hystericus*—истерический шар, клубок; *lingua geographica*—географический язык; *clavus hystericus*—истерический гвоздь; *secundinae*—послед; *asthma postturgum* ночная астма и т. под. Таких непереведенных терминов в словаре порядочно. Нельзя оправдать в клинической терминологии выпуск филологических сведений (в немец. издании они есть). Где же тогда их искать? Многим они необходимы, так как, раскрывая внутренний смысл слова, способствуют наиболее прочному и осмысленному запоминанию его. Не везде одинаково выдержана русская транскрипция иностранных фамилий, напр. на стр. 90 мы читаем Виессан и рядом Виессенев канал (вм. Виессанов или Вьесанов). Можно подумать, что здесь две разных фамилии. Совсем недопустимо для справочника прививать читателю заведомо неправильные произношения (без всякой оговорки) вроде: ишемия, ишнас, ишурия (стр. 204, 205), хотя, быть может, это произношение и получило у нас право гражданства. Мы полагаем также, что не было нужды увеличивать размер книги введением в нее новых терминов в роде «Зимницкого способ исследования желудочной секреции тонким зондом». Терминологический словарь не энциклопедия, куда скорее следует отнести указанный способ. Из погрешностей, попавшихся на глаза, отметим следующие: Аргилла-Робертсона признак (стр. 33) должно быть Аргайлла-Робертсона признак; Куско зеркало (стр. 255) д. б. Кюско зеркало (ср. Гюро); *haepatitis*—абсцесс печени (стр. 255) д. б. *hepatitis*; *sunilingus* (стр. 254) д. б. *cupnilingus*; *ptialismus* (стр. 445 и 651) д. б. *ptyalismus*; дисциссия, *discissio* разрез (стр. 165) д. б. дисцизия, *discissio* разрез; *spirochete* (стр. 478 и 658) д. б. *spirochaete*; элитрорафия (стр. 604) д. б. элитрорафия; колпорафия (стр. 604) д. б. колпоррафия; *antrum* (стр. 29) д. б. *antrum*; *oxumel* (стр. 338) смесь меда с уксусной кислотой д. б. смесь меда с уксусной кислотой.

Первое издание лексикона Рота вышло в 1878 году; за 50 лет медицинская терминология возросла непомерно, и в настоящее время Рот, несмотря на многократные обработки, не может удовлетворить каждого по специальности. Возникает настоятельная потребность в особенных справочниках специального характера. Издана книга прилично. Цена ее непомерно высока.

С. А. Бельский.

В. Н. Терновский. *Библиография диссертаций медицинского факультета Московского университета*. Госиздат. 1930. 56 стр. Ц. 1 руб.

Право возведения в ученую степень д-ра медицины Московский университет получил в 1791 г. За 131 год через медицинский факультет прошла 861 диссертация; в среднем это составляет больше 6 диссертаций в год. До 1859 г. диссертации писались исключительно на латинском языке. Первая диссертация была в 1794 г. на тему о дыхании (*De respiratione*), защищал ее Барсук-Моисеев, занявший потом кафедру физиологии в Моск. университете. В выше названной работе проф. Терновского дается перечень диссертаций по годам в порядке их защиты, начиная с 1794 г. и кончая 1922. В конце приложены два указателя: алфавитный и предметный. Выпуск библиографии медицинских диссертаций Московского университета следует приветствовать. Автор проделал кропотливую, но полезную работу. Знакомство с диссертациями важно при изучении истории того или иного научного вопроса. В диссертациях часто можно найти обстоятельные указания на научную литературу. Поэтому желательно было бы иметь библиографии медицинских диссертаций, вышедших из стен и других старейших университетов, как-то: Казани, Харькова, Киева и др. К сожалению, работа проф. Терновского не лишена недостатков. Всякая библиография ценна при условии, когда книга описана *de visu*. Из рецензируемой работы усмотреть мы этого не можем. Библиографии в собственном смысле слова в ней нет, так как нет указания на место и год издания, издательство, количество страниц, формат книги и ее стоимость. Самое заглавие некоторых диссертаций (латинских) дано не полностью. Понятно, что в таком виде библиографическая работа теряет половину ценности. Второй крупный недостаток—масса опечаток, преимущественно в латинских заглавиях, что затрудняет понимание смысла. Опечаток этих много на стр. 9—14 и выписывать в краткой рецензии их невозможно. Предметный указатель только усугубляет эти печатные ошибки заглавий; в нем встречаются слова в следующих формах и сочетаниях: *hypochondriasmus*, *somnis*, *imponderabilium*, *santardium*, *morbillis contagiosum*, *aqua Lipezgiensibus* и т. д.; к исковерканным формам присоединяется своеобразная орфография: *haeratiitis* (вм. *hepatitis*), *hyperemia* (вм. *hyperaemia*), *aneurisma* (вм. *aneurysma*), *dementia paralitica* (вм. *paralytica*), *oxigenium* (вм. *oxygenium*) и мн. др. Для справочника, каковым является рецензируемая работа, отсутствие полноты описания и грамотности—заметные недостатки.

С. А. Бельский.

На замечания в рецензии С. А. Бельского должен отметить, что систематическое описание диссертаций в смысле формата, количества страниц, стоимости и т. д. являлось подчас невозможным, т. к. не все работы можно было достать для описания в библиотеках, некоторые диссертации из первых лет Московского у-та и диссертации последнего периода так и остались в рукописях и были совершенно недоступны для описания. Даже инициалы авторов по отчетам у-та и архивным документам не удалось установить все. Что касается своеобразной орфографии, то она согласовывалась с транскрипцией авторов там, где это было возможно. Опечатки, исковерканность форм устранить полностью автор был бессильен по невозможности иметь достаточное количество корректур.

В. Терновский.

Prof. J. Parisot. *L'Organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Sa réalisation en Meurthe et Moselle*. Стр. 198. Nancy—Paris—Strasbourg. Perger-Levrault. 1928.

Проф. J. Parisot подробно излагает организацию борьбы с туберкулезом в одном из французских департаментов. Он останавливается сначала на общей организации борьбы, а затем на туберкулезных диспансерах, на госпитализации туберкулезных больных и, наконец, на охране детства против туберкулеза. Здесь он рассматривает роль диспансеров, семейного патронажа, коллективного ухода за детьми (превентории, школьные колонии, школа на открытом воздухе) и, наконец, на вакцинации против туберкулеза с помощью вакцины В. С. Г. Кроме ряда рисунков в тексте, мы имеем здесь несколько десятков фотографий на отдельных таблицах. Книга заслуживает большого внимания, так как содержит ряд ценных практических указаний, проверенных в течение ряда лет.

Проф. М. Я. Брейтман.

J. H. Schultz. *Die konstitutionelle Nervosität*. Отдельный оттиск из *Handbuch der Geisteskrankheiten*, herausg. v. Bumke. Стр. 28—111. J. Springer. Berlin, 1928.

J. Schultz считает конституциональную нервность диатезом; различные формы ее он делит по соматическим, экспериментально-психологическим и практически-клиническим данным. При рассмотрении клинических явлений он различает глубочайший слой, средние слои и наивысший слой как в области невропатических, так и психопатических особенностей. Далее он подробно останавливается на течении и весьма кратко—на этиологии, дифференциальном диагнозе и лечении конституциональной нервности. В весьма обширной литературе мы находим ссылки на Ароновича, Гуревича, Иванова-Смоленского, Россолимо, Серейского, Зимницкого, Суханова, Сухареву и Осипову, Павлова, Красногорского, Щербака, Вендеровича и др.

Проф. М. Я. Брейтман.

M. Hirsch. *Konstitution und Character*. Стр. 107. Leipzig, C. Kabitzsch. 1928.

Под редакцией д-ра М. Hirsch'a собрано в этом сборнике 7 статей: первая из них, принадлежащая перу редактора, касается вопроса об отношении медицины к изучению характера, далее подробнее останавливается на отношениях между конституцией, темпераментом и характером. Проф. F. Kraus и здесь развивает дальше свою мысль о синтезе тех понятий, которые в совокупности представляют собой человека. A. Kropfeld затрагивает вопрос и методику характерологии, G. Ewald останавливается на соматических основах характера, H. Hoffmann на его психических основах; E. Utitz рассматривает взаимоотношения между характером и средой и, наконец, K. Hildebrandt разбирает различные виды врожденной малоценности характера. Разбирая разные стороны вопроса, эти статьи, однако, не дают еще общего синтеза, которого, вероятно, придется еще долго ждать.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. Th. Brugsch и F. H. Lewy. *Die Biologie der Person*. Т. 3-й, вып. 15, стр. 577—748. 33 рис. 1/2 таблица. Berlin-Wien, Urban-Schwarzenberg. 1929. Ц. м. 13.

Этот выпуск содержит две интересных работы: Naïke об ухе и F. Pinkus'a—о коже. Naïke подробнейшим образом рассматривает всевозможные конституциональные и наследственные нарушения слуха, останавливаясь подробно на отосклерозе и на Менделевских формах его наследования. Из русских авторов он цитирует Кутепова и Успенскую. Широко построено изложение в работе Pinkus'a, который рассматривает формы кожи (образование складок и морщин), мимику, возрастные отличия, цвет кожи и волос, ногти, изменение содержания жира в коже, потливость и отсутствие ее, мягкость и эластичность, толщину кожи. Далее физические влияния окружающей среды и оборонительные реакции кожи на прикосновение (дермографизм, боль), на температуру (холод и тепло), свет; затем он касается влияния эндокринных органов на кожу, волосы и т. д., останавливается на наследственности свойств кожи, на диатезах, рассматривает влияние на кожу ядовитых веществ (возбудителей заражения, химических, растительных и животных ядов). Из русской литературы он ссылается на Корчагина, Ратнера, Рябова и Яницкую.

Этот выпуск составляет продолжение предыдущих выпусков того же тома, в котором говорилось о гуморальной конституции, эндокринных железах, опорной ткани, зубах, желудочно-кишечном канале и глазе. Остались еще не рассмотренными почки и нервная система (сердце и легкие в план руководства не включены).

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. Th. Brugsch и F. H. Lewy. *Die Biologie der Person*. III том, вып. 16, стр. 749—888. Berlin-Wien, Urban-Schwarzenberg, 1930, Ц. м. 12.

Настоящим выпуском заканчивается 3-й том руководства о биологии личности. Этот выпуск состоит из двух работ. 1-ая из них написана проф. F. Munk'ом и касается физиологических и патологических функций и состояний почечной системы в ее отношении к личности. Статья говорит о значении почек для человека, а также влиянии конституции, среды, образа жизни и болезней на функции почек. Автор приводит ряд ценных фактических данных, но, как он сам указывает, широких обобщающих точек зрения на значение почек для конституции пока еще нет.

Совершенно другой характер носит работа проф. К. Dresel'я и F. Himelweit'a о вегетативной системе и личности. Она носит, главным образом, широкий обобщающий характер. После краткого введения, авторы останавливаются на индивидуальном характере реакций вегетативной нервной системы, о значении ее для возраста, пола и расы, для внешних влияний и для различных заболеваний, а также для психофизической личности. Они рассматривают также унаследование вегетативных состояний и способов реакции. Из русских авторов они цитируют Бехтерева, Могильницкого, Молоткова, Павлова. Статья затрагивает целый ряд вопросов принципиальной важности, и можно пожалеть только об ее краткости (53 стр.), так как Dresel, много работавший в этой области, мог бы дать гораздо больше важных выводов и обобщений, чем он это сделал.

Проф. М. Я. Брейтман.

E. Utitz. *Jahrbuch der Charakterologie*. 419 стр. Berlin. Pan-Verlag K. Metzner, 1929. VI Jahrg. VI Band. II. M. 20.

Ежегодник характерологии под редакцией Utitz'a выходит уже 6-м томом. Настоящий сборник содержит ряд работ разного характера и разной ценности. Две заметки: Heilbrunn'a о французском писателе Стэндале и Esselbrügge о строении юмора у Готфрида Келлера—представляют скорее общий литературный интерес. Несколько метафизический характер носит статья Hoffmann'a о понимании и его общем значении; он еще до сих пор не может отделаться от „das Ding an und für sich“. Совершенно иного характера работа William'a Stern'a, рассматривающая (правда, кратко) общий вопрос об исследовании личности с помощью тестов. Психоанализу посвящены два труда: Hartmann'a о генетической, в особенности психоаналитической, характерологии (рассматривающий ряд новейших работ), и вторая большая работа H. Bergmann'a „Критика психоанализа“, в которой разбирается новейший труд по этому вопросу американского психоаналитика Т. Bugrow'a, который стремится к социальной этике. Bergmann считает, что предлагаемые Bugrow'ым пути ложны ввиду его „биологических предрассудков“ и что положительная сторона его книги по этому слаба, но ценность его критических замечаний он признает. Kretschmer дает блестящий очерк французского учения о конституциях и темпераментах. Весьма ценна статья A. Friedemann'a, изучающего с помощью фотографий и рентгеновских снимков руку человека при различных типах характера; он стремится к тому, чтобы изучение руки отошло от тупого способа спекулятивной хиромантии и основывалось на фактических антропологических и, в частности, рентгенологических данных. Проверка его указаний весьма желательна. H. Penning указывает цели и возможности экспериментального исследования характера, описывает все предложенные для этого способы и инструменты; эта статья опять носит совершенно обоснованный практический характер и заслуживает полного внимания. Saudek подвергает анализу ряд почерков и стремится к установлению научных основ графологии. Наконец, M. Löwy делает попытку построить „двигательную психологию“ в ее отношениях к характерологии. Это наиболее крупная монография данного сборника. В ней главное внимание уделено общему и местному ритму химизма в их отношениях к побуждениям и страху к различным процессам торможения.

Проф. М. Я. Брейтман.

The Hebrew Physician. Editors: Moses Einhorn и L. M. Herbert. 1929-30 г. Медицинский журнал на древнееврейском языке.

Журнал этот издается под редакцией знаменитого специалиста по желудочно-кишечным болезням M. Einhorn'a и L. M. Herbert'a в Нью-Йорке на древнееврейском языке. Настоящий 2-ой выпуск содержит 180 стр. В этом номере мы находим большую работу самого Einhorn'a о язвах желудка и двенадцатиперстной кишки на основании 1500 случаев, а также ряд заметок о местном иммунитете, о гипертрофии предстательной железы, о боли в спине, об исулинне, о немых легочных кавернах, об искусственной грыже, диете при диабете, о талмудической медицине, о двухсторонней гангрене обеих конечностей и т. д. Даны также краткие рефераты основных работ на английском языке.

Между прочим, дан полный перевод рукописи о геморрое средневекового врача Соломона Эбен-Аюба, который жил в Бабахе во Франции около 1265 г. В этом выпуске мы находим также продолжение списка, посвященного

медицинской терминологии, с переводом древнееврейских слов на английский язык. Это—единственный журнал на древнееврейском языке, издаваемый вне Палестины. Древнееврейское название его: Harofen Hoiwri.

Проф. М. Я. Брейтман.

Günther, Hans. *Rassenkunde des jüdischen Volkes*. Mit 305 Abbildung und 6 Karten. 352 Seiten. Verlag I. F. Lehmann, München, 1930. Preis geheftet RM. 11—geb. RM. 13.

Гюнтер весьма плодотворный автор различных книг по науке о расах. Он опубликовал книгу о европейских расах, другую о расе германского народа (вышла в 1929 году в тринадцатом издании) и вот еще книга о расе еврейского народа. Автор не признает чистых рас. Существуют в настоящее время только смешанные расы. Еврейский народ есть тоже смешанная раса. Всех тех смешений, которые перенес еврейский народ или еврейская раса в течение веков не перечислить. Тем не менее сохранился специфически еврейский тип, который легко отличим от всех других нееврейских типов. И автор дает описание этого типа вплоть до „odor judaens“ и „foetor judaicus“ или специфического „еврейского запаха“. Автор скоро переходит от расового вопроса к „еврейскому вопросу“. „Еврейский вопрос“ выражается в том, что „евреи завоевали весь мир“, и их влияние высказывается везде. Евреи завоевали все рынки, в их руках вся пресса. Евреи—рассадники капитализма, они же самые ретивые большевики. Без евреев ничего в мире не совершается и не может совершиться, весь мир в рабстве у евреев и т. д.

Мы в СССР до того отвыкли думать о „еврейском вопросе“, что, читая книгу Гюнтера, чувствуешь себя вдруг в атмосфере средних веков—так далеко мы опередили „культурный и цивилизованный Запад“ в разрешении „еврейского вопроса“. Книга Гюнтера—постыдное пятно для западно-европейской культуры и науки. Вышла книга в известном научном издательстве Леман в Мюнхене и претендует по форме изложения и по богатому документальному материалу (иллюстрации) на строгую научность. Хороша наука, которая бесперемежно раздувает национальную вражду методом гнусных фантазий. Такие книги ярко доказывают, что аполитической науки не бывает. Особый интерес приобретает книга Гюнтера еще и потому, что этот журналист в настоящий момент министром народного просвещения назначен профессором антропологии в Ценский университет, несмотря на протест Совета университета. Очевидно германскому министерству близки и нужны идеи Гюнтера.

Ив. Галант (Москва).

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 14 марта 1930 г.

Председатель проф. В. Боголюбов. Секретарь д-р Н. Герасимова.

1. Проф. М. О. Фридланд. Демонстрация больного после *пломбировки легкого по случаю туберкулеза*. Докладчик вкратце охарактеризовал методы хирургического лечения легочного туберкулеза, остановившись, главным образом, на разработанной Sauerbruch'ом методике пломбирования легкого. Демонстрируемый больной имеет верхушечный процесс с большой каверной. Плевральные листки облитерированы, что мешает наложить пневмоторакс. Сухой кашель, порядочное количество мокроты. Коховские палочки до 30 в каждом поле зрения. Процесс, начавшись 1½ года тому назад, за последние ½ года прогрессирует, несмотря на все терапевтические мероприятия. Общее состояние больного удовлетворительное. После консультации с терапевтом решено произвести апиколиз и пломбировку легкого. Операция была сделана под паравертебральной анестезией. Резецирована задняя половина второго ребра, пальцем отсоединена парietальная плевра от грудной стенки; легкое в области каверны спалось и в образовавшуюся

плотность введена подогретая на водяной бане пломба Вагга (парафин 1° плав. 50°C. с полупроцентным содержанием азотнокислого висмута и иодоформа), послойный глухой шов. Последующее течение осложнилось подкожным нагноением, происшедшим, повидимому, от чрезмерной активности любознательности значительного количества врачей-терапевтов, присутствовавших на операции. Теперь прошло после операции 6 недель. Больной почти не кашляет, мокроты мало, кожных папюлок не более 7—8 в поле зрения. Прибыл в весе на 200 грамм. Общее самочувствие значительно улучшилось. На рентгенограмме ясная тень пломбы, сдавливающей всю верхушку легкого.—Выступавшие в *прениях* д-ра Рыжих, Ратнер, Гусынин, Гасуль и проф. Боголюбов отметили большой интерес демонстрируемого случая, так как метод пломбирования легкого докладчиком произведен впервые в Казани. Этот метод находится еще в периоде разработки, но и те результаты, какие он дает сейчас в подходящих случаях, вполне удовлетворительны. При рекомендации его для более широкого применения следует иметь, однако, в виду, что результаты от этого вмешательства, как и от всех других хирургических методов, зависят в сильной степени от последующего лечения. Таким образом и в данном случае показано дальнейшее санаторное лечение.

2. Проф. М. Фридланд. *Демонстрация больной после операции по случаю неправильно сросшихся костей голени.* Больная З., 27 лет, в раннем детстве имела неправильно сросшийся перелом левой голени, давший значительную деформацию. Два года тому назад в кантональной больнице сделана операция. Остеотомия на месте перелома, концы костей укреплены проволокой в правильном положении. Через несколько месяцев, когда больная начала ходить, деформация возобновилась. Видимо здесь было замедленное образование костной мозоли. Два месяца тому назад в Ортопед. клинике Института для усовершенствования врачей произведена операция. Освежены края бывшего перелома, по бокам от большеберцовой кости поставлены две половинки ребра, взятого от той же больной. В настоящий момент, при ощупывании места перелома, подвижности не обнаруживается, кости голени стоят правильно. Рентгенограмма, снятая через два месяца после операции, показывает небольшую щель между костями; возможно, здесь имеется неполная кальцификация. Во избежание псевдоартроза больной будет дан гипс на два месяца.—*Прения:* прив.-доц. Гасуль высказал мысль, что щель, видимая на рентгенограмме в месте соприкосновения костей, есть оптическое явление вследствие поворота костей и разности интенсивности теней. Это явление может наблюдаться и при полном обизвествлении костной мозоли.

3. Д-р Н. Завьялова. *Демонстрация больной после операции Hildebrandt.* У больной Д., 17 лет, после травмы, бывшей несколько месяцев тому назад, получился паралич правой руки. Имеется полное отсутствие движений в плечевом суставе. Полтора месяца тому назад в Ортопед. клинике Института для усовершенствования врачей произведена операция Hildebrandt. Результат вполне удовлетворительный. В настоящий момент больная может производить активное движение—поднимание и отведение руки от туловища—больше, чем на 90°. Докладчица охарактеризовала вкратце и все прочие методы оперативного лечения паралича плечевого сустава.—*Прения:* д-р Рыжих и проф. Фридланд.

4. Д-р Н. Киптеико. *Демонстрация случая перомелии.* Ребенок 2-х лет, мужского пола, родился от нормальных родителей. В роду уродов не было. Беременность протекала нормально. Роды не тяжелые, но ребенок родился сухим. У ребенка имеется недоразвитие нижних конечностей. Отсутствие обеих большеберцовых костей и коленных чашек. На правой стопе 3 пальца и 3 плюсовых кости, на левой—4 пальца, 4 плюсовых кости. На левой руке большой палец отщурован пуповиной и висит на тонкой кожной складке. Применено оперативное лечение: артродез левого коленного сустава, на обеих сторонах удлинено Ахиллово сухожилие и сделана редрессация стоп, наложен гипс на 6 месяцев.—*прения:* д-ра Знаменский и Огнев.

Административная часть заседания. Проф. В. Д. Боголюбов информировал о соц. соревновании, в которое предполагает вступить Общество врачей при Казанском университете с Обществом врачей Томского университета, а д-р И. Л. Цимхес зачитал проект договора соц. соревнования Хирургической секции Общества врачей при Казанском университете с Хирургич. секцией Общества врачей Томского университета. Для детальной разработки пунктов договора о соревновании избрана комиссия в составе: проф. Фридланд, д-р Цимхес, Рыжих, Садыкова и проф. Брускин.

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

118-ое собрание, 31 декабря 1929 г.

1. Д-р Грибанов демонстрировал больного с кровоизлиянием в спинной мозг вследствие *травматического повреждения позвоночника*. В результате падения у больного получился перелом позвоночника в люмбальном отделе и полный вялый паралич нижних конечностей. После операции ламинэктомии медленное восстановление функции спинного мозга.—*Прения:* профф. М. О. Фридланд, Р. А. Лурья и прив.-доц. И. И. Русецкий.

2. Д-р Н. А. Герасимова. *Зарядовая гимнастика на производстве, как метод борьбы с проффердностями*. Представив большой литературный материал, докладчица демонстрировала методы зарядовой гимнастики, которые она считает необходимыми рекомендовать для поднятия трудоспособности рабочих.—*Прения:* д-р Кочев, прив.-доц. И. И. Русецкий, указавший, что при физкультуре необходимо учитывать и состояние нервной системы, на которую не обращается никакого внимания: при упражнениях необходимо учитывать данные нервной физиологии, имея ввиду, что у одних развиты больше корковые, у других — подкорковые центры. Проф. Е. М. Лепский указал, что зарядовая гимнастика в общественных учреждениях в виду спертости воздуха. Проф. М. О. Фридланд, Н. К. Горяев и Р. А. Лурья отметили необходимость привлечения внимания врачей к вопросам физкультуры и углубления научной проработки связанных с ней вопросов.

3. Прив.-доц. М. И. Мастбаум. *О рационализации накопления врачебного опыта*. Напечатано в № 2 за 1930 г. „Каз. мед. журнала“.—*Прения:* д-р М. И. Ойфебах указал, что карточки могут служить материалом для преподавания. Проф. В. Л. Боголюбов: карточка может иметь значение для самоусовершенствования. Прив.-доц. Р. И. Лепская: карточка есть только один из методов рационализации врачебного опыта. Врачебный опыт вовсе не складывается из *garités*, а в большинстве случаев из всей массы проработанного материала. Проф. Р. А. Лурья: карточка — это история индивидуального врачебного мышления, так как на память не всегда легко положиться.

В прениях приняли также участие профф. Н. К. Горяев, М. О. Фридланд, Е. М. Лепский, прив.-доц. И. И. Русецкий и д-р А. И. Сигалевич.

119-ое собрание, 15 марта 1930 г.

1. Д-р С. Г. Гордеев демонстрировал случай *кожного рога*, выросшего на раковом основании. Будет напечатан в „Каз. мед. журнале“. *Прения:* д-ра Огнев, Щеглова, Печников, Виленский, проф. Боголюбов.

2. Д-р Л. И. Александрова демонстрировала *случай опухоли спинного мозга с оперативным вмешательством*. Больная, 15 лет, учащаяся, доставлена в Нервную клинику с полным параличом обеих ног, расстройством функции тазовых органов, с ярко выраженным компрессионным синдромом. При оперативном вмешательстве у больной обнаружена опухоль, нисходящая из дужек 5-го грудного позвонка, сдавливающая спинной мозг. Через две недели после операции у больной стали исчезать болезненные симптомы. При возрастающем улучшении больная выписалась из клиники.—*Прения:* прив.-доц. И. И. Русецкий, д-ра А. Г. Гринбарг, И. Л. Цимхес и Б. В. Огнев.

3. Д-р Л. Б. Блитштейн. *Заболеваемость глаз в связи с заболеванием зубов*. Докладчик на основании своей многолетней врачебной деятельности в области офтальмологии и одонтологии привел богатый материал, указывающий на тесную связь, существующую иногда между заболеванием зубов и глаз. Правильное лечение зубов, экстракция их может без особого терапевтического вмешательства излечить целый ряд заболеваний глаз.—*Прения:* проф. В. Л. Боголюбов, прив.-доц. И. И. Русецкий, д-ра Л. И. Виленский и А. А. Щеглова.

Секретарь д-р Виленский.

Хроника.

100) *Постановление Совета Народных комиссаров РСФСР о реорганизации системы подготовки врачебных кадров.* Заслушав доклад Госплана РСФСР о системе подготовки врачебных кадров, Совет Народных Комиссаров РСФСР отмечает, что существующая система подготовки врачебных кадров не соответствует запросам, которые предъявляются в области народного здравоохранения РСФСР условиями социалистической реконструкции народного хозяйства.

Основные недостатки этой системы следующие: а) число оканчивающих медицинские вузы далеко отстает от спроса на квалифицированных медицинских работников. Это отставание объясняется недостаточностью норм приема в медицинские вузы и продолжительностью сроков обучения в них; б) целевая установка медицинских вузов, готовящих врачей общей квалификации, не отвечает спросу на специалистов в различных отраслях здравоохранения; в) оканчивающие медицинские вузы, по общему правилу, недостаточно подготовлены для практической работы.

Для осуществления задач, стоящих в области здравоохранения на настоящем этапе социалистического строительства, необходимо провести реорганизацию системы подготовки врачебных кадров в целях значительного усиления их количественного роста и изменения установки и качества их подготовки.

На основе изложенного Совет Народных Комиссаров РСФСР постановляет: 1. Признать, что целевой установкой медицинских вузов должна быть подготовка врачей с законченной специальностью по отдельным отраслям здравоохранения.

2. Установить сроки обучения в медицинских вузах: а) для специальностей лечебно-профилактических (терапии и хирургии), охраны материнства и детства и общесанитарной подготовки — в 4 года; б) специальностей санитарно-профилактических (эпидемиологической, жилищно-коммунальной, пищевой санитарии и санитарно-промышленной), а также для стоматологии — 3½ года.

3. Установить для окончивших медицинские вузы по специальностям лечебно-профилактической (терапии и хирургии), а также охраны материнства и детства обязательное прохождение в течение года практической врачебной подготовки в лечебных учреждениях под руководством квалифицированного медицинского персонала.

По прохождении года практической врачебной подготовки лица, окончившие медицинские вузы по указанным в настоящем пункте специальностям, получают право самостоятельной врачебной работы.

4. Установить по существующей сети медицинских вузов контингент осеннего приема 1930—1931 учебного года в 4.950 человек.

5. В целях значительного улучшения социального состава выпускаемых врачей предложить Наркомздраву РСФСР совместно с Наркомпросом РСФСР и ВЦСПС принять меры к максимальному увеличению принимаемого в медицинские вузы рабоче-крестьянского состава, для чего: а) Наркомпросу РСФСР прикрепить к медицинским вузам в 1930—1931 учебном году из существующей сети десять рабфаков, установив совместно с Наркомздравом список прикрепляемых к медицинским вузам рабочих факультетов; б) организовать сеть курсов по подготовке рабочих, батраков, колхозников и трудящихся национальных меньшинств в медицинские вузы.

6. Советам народных комиссаров автономных республик, краевым и областным исполкомам предусматривать, начиная с 1930-31 учебного года, по местному бюджету соответствующие ассигнования на организацию и содержание сети курсов по подготовке в медицинские вузы.

Наркомфину, Наркомпросу и Наркомздраву РСФСР предусмотреть отпуск дотации по госбюджету на эту цель для маломощных областей и автономных республик.

Для обеспечения в сентябрьском и февральском приемах 1930-31 учебного года 60 проц. рабочего состава предложить Наркомздраву РСФСР совместно с Наркомпросом РСФСР и ВЦСПС направить в медицинские вузы: а) не менее 2.000 рабочих и рабочей молодежи, организовав для этого специальные курсы по подготовке; б) из оканчивающих рабфаки — 1.000 человек; в) из состава общих курсов по подготовке в вузы — 1.000 человек.

8. Поручить Наркомфину, Наркомздраву и Наркомпросу РСФСР при рассмотрении сметы на 1930-31 бюджетный год предусмотреть соответствующие рас-

ходы по сметам Наркомздрава и Наркомпроса по медицинским вузам с учетом полного обеспечения принятого контингента учащихся и перехода медицинских вузов на новые методы обучения.

9. Предложить центральным ведомствам РСФСР, совнаркомам автономных республик, краевым, областным исполкомам и соответствующим республиканским и местным хозяйственным организациям предусматривать в своих сметах, бюджетах и планах, начиная с 1930-31 года, специальные ассигнования для контрактации студентов медицинских вузов и оплаты их при прохождении непрерывной производственной практики.

10. Для обеспечения квалифицированным медицинским персоналом маломощных здравотделов автономных республик и отдаленных местностей отпустить Наркомздраву по государственному бюджету, начиная с 1930-31 года, специальные ассигнования на контрактацию студентов из расчета 150 студентов в год по 1.200 рублей на каждого.

11. Предложить Наркомпросу РСФСР по окончании набора аспирантуры на 1930-31 учебный год передать Наркомздраву РСФСР всю медицинскую аспирантуру с предусмотренными кредитами на эту цель.

Зам. председателя Совета Народных Комиссаров РСФСР Т. Рыскулов.

И. о. управляющего делами Совета Народных Комиссаров
и Экономического совета РСФСР. А. Бандурин.

Москва, Кремль, 19 июня 1930 г.

101. Наркомздрав уже принял от НКП в свое ведение медфаки 1 и 2. Моск. унив., Ленинградские мединститут и институт медназния (ГИМЗ), медфаки Смоленский, Нижегородский, Астраханский, Краснодарский, Омский и Хабаровский.

102. С января 1930 г. реорганизован „Московский медицинский журнал“. Он теперь является органом Областного здравотдела; большое внимание обращено на помещение в журнале материала по общеорганизационным вопросам здравоохранения, руководящих статей по леч.-проф. вопросам, санитарно-эпидемическим и т. п., отводится большое место корреспонденциям, освещающим положение здравоохранения в Области и быт врачей Области. В только что вышедшем № 4 «Журнала» помещены интересные статьи Я. Ю. Каца. О санитарной деятельности в колхозах и совхозах; Г. В. Зинина. Опыт диспансерного обследования колхозов; С. А. Никитина. Московские больницы на путях к единому диспансеру; А. Н. Гиномдана. Первоочередные вопросы больничного питания; С. А. Гуревича «Зеленый Город» и здравоохранение; М. С. Лебединского. Вопросы санитарно-просветительной работы на предприятиях. Таким образом № составлен очень интересно и статьи его освещают самые животрепещущие проблемы современного этапа советского здравоохранения.

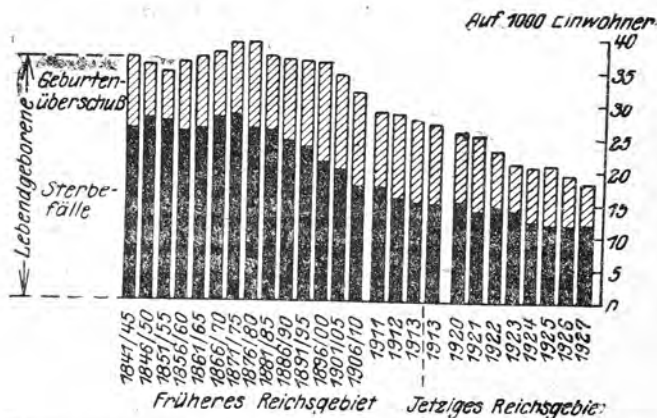
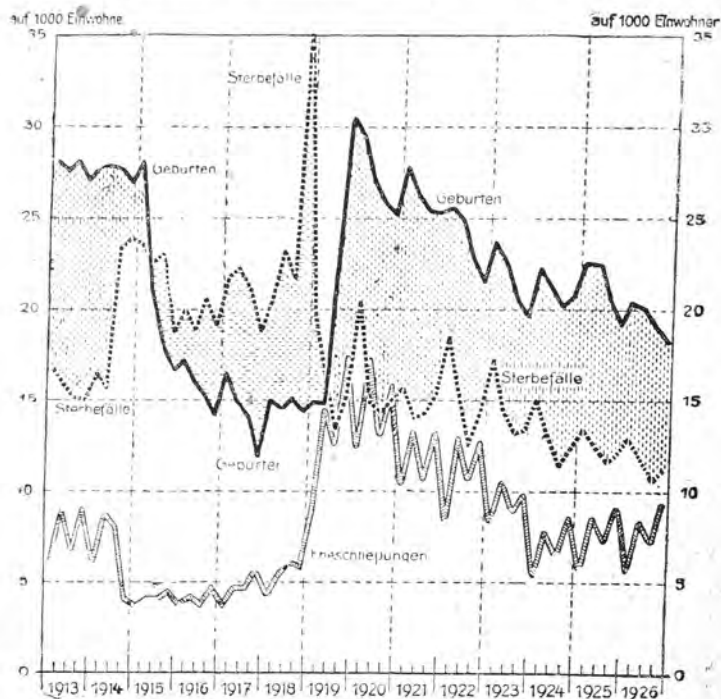
103. Для руководства работой открываемого в Харькове Украинского института Труда приглашены прив.-доп. физиологии труда во Франкфурте Dr. E. Simpson и физиолог П. Долгин.

104. Немецкая медицинская пресса усиленно обсуждает необходимость реформы медобразования в Германии, причем многими отмечается слишком большая теоретичность его в Германии. Большой интерес представляет статья проф. W. His в «Kl. Wchschr» о необходимости производственной практики студентов в больницах в течение всего года в роли famulus'ов, причем студент—по мнению проф. W. His'a—должен быть на положении штатного служащего 6-цы; по больницам должны быть учреждены определенные штатные должности, через которые студенты должны пропускаться поочередно. Вышла целая книжка Fischer-Wasels «Die Reform d. ärztlichen Ausbildung. Leipzig. Thieme. 1930. Цена 3 марки.

105. С 1925 г. в Германии ведется статистика калек. Результаты ее (кроме Вюртемберга) таковы:

	На 10.000 жит			Абсолютное число		
	М.	Ж.	Всего	Муж.	Из них калек войны	Жен.
Слепые	6.3	4.3	5.3	18242	2734	13313
Глухо-немые или оглохшие	7.7	6.6	7.1	?	?	?
Телесные калеки	100.9	37.9	68.4	292125	132939	117083
Психические б.	38.1	34.7	36.3	?	6303	?

106. На заседании 8—9 мая Германской комиссии по вопросам народонаселения были продемонстрированы следующие весьма интересные *таблицы движения народонаселения в Германии* за последние довоенные годы и послевоенные годы:



107. По исследованию W. W. Greulich'a (The American Naturalist, 1930), основанного на 120.000.000 случаев близнецов, *число близнецов* колеблется по разным странам—двоен от 1.59‰ в Дании до 0,4‰ в Колумбии, а число троен от 0.185 в Дании до 0,004 в Греции. Общее число двоен, троен и четверней во всех странах равно: двоен 1:85,2, троен 1:(83,3)² и четверней 1:(87,5)³, таким образом это отношение очень близко к выведенному Зеленым на основании биологического отношения: если 1:n—двоен, то троен 1:n², а четверней 1:n³, что свидетельствует, что близнецы представляют из себя интересный планомерно повторяющийся биологический феномен.

108. Согласно французской статистики народонаселения *число рождений во Франции в 1929 г.* было 728540 против 745315 в 1928 г.; число смертей 715976 против 675110 в 1928 г. Таким образом смертность увеличилась, рождаемость пала и перевес рождаемости против смертности в 1929 г. имел всего 12564 чел. против 70205 в 1928 г. Число браков в 1928 г. было 339614, в 1929—333441.

109. Большое внимание немецкой врачебной общественности привлекает в настоящее время значительный ряд заболеваний и смертности детей после *предохранительной противотуберкулезной вакцинации BCG по Calmette* в Любеке. Начиная с февраля с. г. по предложению д-ра Altsaedt'a при участии проф. Deyske в Любеке была предпринята вакцинация BCG. Вследствие невыясненных причин и несчастного стечения обстоятельств в Любеке произошло, повидимому, загрязнение вакцины, так как, как сообщает Calmette, той же вакциной было привито без всякого вреда большое число детей во Франции, Голландии и др. местностях Германии. К 14/VI из числа привитых детей 39 чел. умерло, а 88 оставались тяжело больными. Согласно решения Любекского Сената д-р Altsaedt и проф. Deyske сняты со своих должностей и привлечены к суду за убийство по нерадению, т. к. после того как 26/IV при вскрытии умершего ребенка была выяснена вредность прививок, они не были прекращены немедленно. Саксонское министерство вн. дел запретило применение вакцинации BCG.

110. В Reichsarb bl. № 16 от 6/VI опубликован новый приказ *об охране рабочих, имеющих дело со свинцом*. В приказе указывается на необходимость предварительного осмотра рабочих с обязательством не допускать к работе лиц с особенностями, предрасполагающими к свинцовому отравлению (дается перечисление); указывается, что при обследовании уже работающих со свинцом обязательны следующие исследования: определение гемоглобина, исследование крови на деформацию красн. кров. тельца, определение кровяного давления и исследование мочи на порфирин.

111. В Германии, как мы уже сообщали (К. М. Ж., 1929, № 11, стр. 1252), растет число *знахарей* и не только знахарей мелких, но и учреждаются большие коммерческие предприятия — «Институты», «Санатории». Эти «Институты» вследствие беззастенчивой рекламы привлекают большое число лечащихся, обирая нередко последние гроши. За последнее время особенно широко рекламировалось Zeileissche предприятие для лечения туберкулеза токами высокой частоты в Галльспахе. Это предприятие привлекло даже к суду проф. Lazarus'a, который печатно заявлял об отсутствии научного основания для Zeileiss'овских методов лечения и о вреде его для пациентов. Суд, правда, проф. Lazarus'a оправдал, но предприятие продолжает обогащаться за счет неосведомленности и внушаемости масс, за счет здоровья масс. Так в капиталистических странах коммерческие интересы ставятся выше интересов народного здоровья.

112. В одном из последних заседаний Французской медицинской академии, горячо дебатировался вопрос о том, *имеет ли врач право применять насилие для спасения жизни человека*. Дело шло о случае с известной аферисткой Напар, которую секретарь академии проф. Achar'd, вследствие объявления ею голодовки в тюрьме, насильственно кормил через зонд. Проф. Achar'd считал, что когда дело идет о спасении жизни, мы не задумываясь обрезаем шнурок повесившегося, не задумываясь вытаскиваем желающего утонуть; самоубийство — антисоциально, и общество имеет право возвращать к жизни самоубийц. Но бывший председатель академии проф. Quenet возражал против этого: он рассказал о случае, когда одна женщина с болезнью желудка; категорически отказалась оперироваться, хотя операцией, несомненно, была бы спасена ее жизнь, и он не считал себя вправе насильно ее усыпить для операции, хотя он считает, что нарком гораздо меньшее насилие, чем введение зонда для кормления. Прения остались неоконченными.

113. *Интернациональная гигиеническая выставка в Дрездене* открылась в срок — 17 мая 1930 г., но оборудование, в особенности иностранных отделов, к этому сроку было далеко не закончено. «Münch. med. Wechschr» (№ 26 от 27/VI 30 г.), описывая выставку, указывает, что Американский отдел и до сих пор наполовину пуст, хотя другие иностранные павильоны уже заполнены. В Швейцарском отделе М. ш. В. особенно интересным считает выставку хирургической клиники de Quervain'a с демонстрацией макро- и микроскопических картин зоба и таблиц уменьшения кретинизма под влиянием подизации соли; в Японском отделе обращает на себя внимание масса моделей импозантных новых госпиталей, а также быстрый рост кремации трупов. Большое внимание уделяет корреспондент М. ш. В. и павильону СССР. Однако буржуазный корреспондент не может удержаться, чтобы не сделать здесь же целый ряд грубых вы-

падов против страны строящегося социализма. Указывая на громадную санитарную пропаганду, которая ведется в СССР, на массу интересных плакатов, заполняющих всю крышу Советского павильона, корреспондент ехидно прибавляет: «сомнительно только, чтобы широкие народные массы в России стали к настоящему времени насколько грамотными, чтобы читать эти лозунги». «Да, Негг корреспондент—ответили бы мы—хотя и нас не вполне еще удовлетворяют те успехи, которые сделаны до сих пор революцией на культурном фронте, но все же процент грамотных в СССР поднялся за время Революции до 62,6% вместо 33% довоенных, и ликбез захватывает в настоящее время свыше 10¹/₂ мил. человек, так что беспокойство Ваше, что читать лозунги некому, к Вашему несчастью, неосновательно: СССР быстро идет вперед в санитарном отношении: смертность по сравнению с довоенным временем уменьшилась на 36% по общей и на 42,5% по детской линии». Далее корреспондент указывает на то, что, как показывают выставленные книги и журналы, «властители России мало обращают внимания на печать и бумагу—издания плохи». Это уже значит, когда не знаешь, что обручать, то хватаешься за всякую мелочь. «Да, милостивый государь, мы еще бедны, у нас не хватает бумаги, наша полиграфическая база устарела, но если бы Вы не хотели быть слепым, Вы увидели бы как возросло у нас число издаваемых книг, как эти книги расходятся и читаются, Вы не стали бы говорить, что в СССР не обращается внимания на печать».

Подробному описанию советского павильона на Дрезденской выставке посвящена статья М. Ландиса в № 9 «На фронте здравоохранения».

114. Оргбюро *XII всесоюзного съезда бактериологов и эпидемиологов* решило съезд созвать в январе или весной 1931 г.

115) *Интернациональный конгресс по истории медицины состоится* в Риме 22—27 октября 1930 г. Адрес секретаря Бюро: D-r Filippo Roschi, Corso Vittorio Emanuele, 173, Roma.

116) *IV Конгресс Всемирной лиги сексуальной реформы* (на научном основании) состоится 13—20 сентября в Вене. Предполагаемая программа конгресса: 1) Жилищная нужда и сексуальная реформа, 2) Сексуальная потребность юношества, взрослых, психопатов, 3) Сексуальность и психика, 4) Сексуальность и вн. секрция, 5) Сексуальность и право, 6) Регуляция рождаемости и Menschenoeconomie, 7) К истории сексуальной морали. Адрес бюро Конгресса: Wien 1/15 Postfach 63.

117) На предстоящем 18—21 августа в Стокгольме *II интернациональном Конгрессе по детским болезням* занятия будут распределены так: 18/VIII открытие; 19/VIII—Hess (Нью-Йорк) Биологически прямое и не прямое действие ультра-фиолетового светолечения; 20/VIII—Физиология и патология тимико-лимфатической системы (докладчики: Намштаг (Упсала), Cattaneo (Милан), Мого (Гейдельберг), Mouquiquard (Льон)); 21/VIII—Психология и психопатология детского возраста как отрасль педиатрии, педагогики и социально-медицинской работы (Gillespie (Лондон), Homburger (Вена), Красногорский (Ленинград), Pechère (Брюссель)).

118) Образовалась *медицинская ассоциация: „Pneumothorax artificialis“*, публикующая все учреждения, где производится искусств. наложение пневмоторака. Бюро: Lugano (Suisse) Cheque postale XIA/1658. Членский взнос—5 франков швейцарских, секретарь prof. U. Carpi, Milano (Italia), via Alberto da Giussano, 18.

119) В Павии (Италия) во дворе университета поставлен *памятник* известному исследователю гистологии нервн. системы проф. Golgi.

120) 3/VII в Мюнхене праздновалось 70-летие одного из самых выдающихся немецких гинекологов проф. A. Döderlein'a.

121) В течение апреля, мая и июня месяцев *умерли*: 1) Немецкий хирург-гинеколог E. Küstner, недавно отпраздновавший 80-летие своего рождения, бывший одно время профессором в Дерпте, 2) проф. Joseph König (86 л.), ученик Liebig'a и Pettenkofer'a, известный своими работами по химии питания и агрохимии, 3) венский психиатр-невропатолог проф. E. Redlich, 4) известный парижский хирург проф. M. Lannelongue.

122) Прошел только год с небольшим, как покончил жизнь самоубийством знаменитый венский педиатр проф. Clemens Pirquet, и опять в Вене покончил с собой известный знаток кожных болезней у детей проф. Carl Leiner. Ему принадлежит описание Erythroderma desquamativa у детей, названная болезнью Leinera, он один из первых наблюдал послевакцинальный энцефалит, описал сывороточные экзантемы и т. д.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

25) Прошу сообщить, какая имеется литература, русская и немецкая, по морфологии крови у сердечных больных.

Подп. № 2367.

Ответ. Исхожу из предположения, что, интересуясь морфологической картиной крови у сердечных больных, Вы не имеете в виду таких заболеваний, как эндокардиты, острые мио- и перикардиты. Картина крови при эндокардитах за последние годы было посвящено столько сообщений, между прочим в русской и немецкой литературе, что ориентироваться в литературе вопроса для Вас наверное не представляет затруднений. Картина крови при острых мио- и перикардитах зависит от основного заболевания—инфекции, интоксикации—и потому не поддается отдельной характеристике. Итак, я думаю, что Вас интересует картина крови при пороках сердца, при хронических миокардитах и кардиосклерозе и при расстройстве сердечной компенсации различного происхождения. В этом направлении мне известно в литературе очень немного: 1) проф. М. Г. Курлов. „Изменения морфологического состава крови при застойных явлениях“. Каз. Мед. Ж. 1926, № 2. Литературных справок по вопросу в статье нет. 2) Naegeli (Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1923).—в главе о лейкоцитозе после физического напряжения (223-4 стр.) между прочим говорит, что при повышенной деятельности сердца (и легких), вероятно, имеет место обусловленная механическими циркулярными влияниями доставка костномозговых элементов—наряду с лейкоцитозом, вызванным влиянием веществ, которые образуются в мышцах при работе. 3) Hirschfeld (Handbuch der Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe. A. Schittenhelm. 1925. Bd. 1. Стр. 157), останавливаясь на изменениях крови при болезнях сердца, говорит только о красной крови, об изменениях в содержании эритроцитов под влиянием возможного разжижения (понижение Eg и Hb) или сгущения (повышение Eg и Hb) крови—по наблюдениям Grawitz'a, причем наблюдающиеся в известных случаях полиглобулии Hirschfeld склонен—согласно с большинством авторов и в противоположность мнению Grawitz'a—объяснять не столько сгущением крови, сколько повышенной деятельностью костного мозга (по этому вопросу не мало работ, между прочим и в русской и в немецкой литературе). В конце Hirschfeld говорит, что систематических исследований крови при перикардите и артериосклерозе нет. 4) В. Шиллинг (Практическая гематология. Госиздат, 1928 г., 3-е изд., 85 стр.) говорит, что картина крови при тяжелом сердечном заболевании, но без инфекции, не дает никаких изменений. Ernst (Die Verwertbarkeit der Schilling'schen Hälogrammethode im klinischen Betrieb. Deut. Archiv f. klin. Med. 1925. Bd. 149. Стр. 1), говоря о гемограмме при крупозной пневмонии, относит расстройства кровообращения к болезненным процессам, которые не оказывают влияния на картину крови. 5) Кретцер и Бесовева (Диагностическое и прогностическое значение лейкоцитарной формулы по Шиллингу. Терап. Архив, т. V, вып. 3-й, 1927 г.) обследовали несколько случаев пороков сердца в периоде декомпенсации (без повышения Eg)—„все они дали нормальную картину крови“. В приведенном одном примере картину крови вполне нормальной признать трудно: нейтр.—72,5%, эоз.—нет, ф. Тюрка—0,5%.

Вот то немного, что мне известно.

Проф. Н. Горьев.

26) Какие показания и противопоказания к применению бинта Вербова? Всегда ли последний может заменить щипцы? Необходимо ли приобретать бинт в таком виде, как рекомендует автор, или его можно импровизировать? Хотелось бы знать о результатах опыта с бинтом в вашей клинике.

Подписчик № 777.

Ответы: Показания и противопоказания к применению бинта Вербова подробно изложены в работе последнего „Матка женщины и ее работа во время родов“. 1924 г. Кратко они следующие: показания—недостаточная работа брюшного пресса (растянутый и жирный живот, грыжи брюшной стенки и рубцы после чревосечения); противопоказания—чрезмерные сужения таза, угрожающий разрыв матки, косые и поперечные положения плода, отсутствие схваток и пр. Бинт Вербова может в некоторых случаях только предупредить необходимость операции щипцов, но заменить их он не может. Бинт можно и импровизировать. Опыт клиники проф. Груздева с бинтом Вербова не велик, но результаты его благоприятны.

Пр.-доц. И. Маненков.

27) Какой способ считается в настоящее время наилучшим для скорейшего отпадения пуповины у новорожденных?

Подписчик № 777.

Ответ. Способов обработки пуповинного остатка много. Трудно указать наилучший среди них. В клинике проф. Груздева с большим успехом применяется следующий способ: после перевязки пуповины и уборки новорожденного, пуповинный остаток обтирают спиртом и обильно присыпают стерильным жженым гипсом; ежедневно при взвешивании ребенка пуповинный остаток осматривается и присыпка сменяется (см. Груздев. Акушерство, т. I, стр. 352—354).

Прив.-доц. И. Маненков.

28) Хотелось бы знать также об уходе за швами на промежности у рожениц, чтобы швы меньше подвергались действию выделений и не расходились?

Подписчик № 777.

Ответ: Уберечь швы промежности у родильниц от выделений трудно. В клинике проф. Груздева такие швы обычно не расходятся при применении следующего способа ухода: разрыв зашивается вскоре после выхода последа, окружность разрыва перед зашиванием обрабатывается только спиртом и иодом, в дальнейшем линия швов держится или под спиртовой примочкой, или под присыпкой ксероформом с сухой стерильной марлей поверх линии швов.

Прив.-доц. И. Маненков.

29) Имеются ли в литературе указания о внутривенном введении препаратов висмута у человека.

Подп. № 821.

Ответ. По вопросу о внутривенном введении препаратов висмута можно указать след. литературу: 1) Никольский Вр. Газ., 1926. № 7, 2) Талалов Вр. Газ., 1925, № 17—18. 3) Бубнов Вр. Газ., 1926. № 7, 4) Жидиханов; Вр. Газ., 1925, № 7—8; 5) Эфрон и Смелов. Лечение сифилиса висмутом. Гиз. 1929. 6) Mraes. Ach. f. Derm. u. Syph. Bd. 149. 1925; 7) Giemsa. Derm. Woch. 1924. Bd. 79. 8) Müller. Blass u. Kratzeiwen. Münch. m. Woch. 1923. 9) Kollé. Med. Kl. Bd. 20. 1924.

Прив.-доц. Яснитский.

СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ ТРУДА.

В Астраханском Мединституте имеются следующие вакантные должности: Профессор, заведующий Клиникой болезней уха, горла и носа. Профессор, заведующий кафедрой биологической химии. Профессор, заведующий кафедрой общей биологии. Доцент, заведующий кафедрой физиотерапии.

Заявления, документы и научные труды направлять в Астраханский мед-институт (г. Астрахань, Камышинская, 12).

Киевский медицинский институт объявляет конкурс на свободные должности по кафедрам: 1) Общей химии 2) Специальной хирургической клиники. 3) Оперативной хирургии. Продлен конкурс на должности: 1) Штатного профессора кафедры Проф. гигиены. 2) Старших ассистентов по кафедрам Факульт. акушер-гинеколог. клиники. 3) Биологии. 4) Общей гигиены. 5) Профессиональной гигиены Ассистента кафедры Биологии. Лиц, желающих взять участие в конкурсе, просят прислать в Институт (Деканат), ул. Шевченко, № 13, заявление, жизнеописание и научные работы. Кандидатам необходимо знать украинский язык. Срок подачи заявлений—20 августа 1930 г.

Директор Волковыт.

Секретарь Дехтярев