

# 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—проф. В. Л. Боголюбов, И. П. Васильев, М. М. Гран, Р. А. Лурья, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1930 г.

(Год издания XXVI)

№ 9

С Е Н Т Я Б Р Ъ .

---

КАЗАНЬ.



## НАШИМ ЧИТАТЕЛЯМ.

*По поводу обращения ЦК ВКП(б.) от 3 сентября с. г.*

Центральный Комитет Всесоюзной Коммунистической партии (большевиков) в своем обращении от 3 сентября ко всем партийным, хозяйственным, профсоюзным и комсомольским организациям указывает, что наступающий год выдвигает ряд сложнейших и ответственных хозяйственных и политических задач.—Один лишь прирост продукции за 1930—31 год будет равен всему довоенному промышленному производству...—Программу будущего года определяют следующие решающие цифры: 7,5 млн. тонн чугуна, 74,5 млн. тонн угля, на 2,5 млрд. руб. новых машин, кроме того на 845 млн. рублей сельско-хозяйственных машин и 345 тыс. лошадиных сил новых тракторов.... Осуществление этой производственной программы потребует решительного улучшения качества всей хозяйственной работы“.

— „Третий год пятилетки имеет решающее значение для выполнения пятилетки в 4 года и должен обеспечить переход не менее чем половины крестьянских хозяйств на социалистический путь, на путь коллективизации“.

В обращении дальше указывается, что „Выполнение всей этой гигантской хозяйственной программы возможно лишь при самой активной и притом немедленной мобилизации всех сил рабочего класса всех партийных организаций, всех профсоюзов, всего комсомола и всех без исключения хозяйственных органов“.

Центральный Комитет партии, мобилизуя внимание всех этих организаций на задачах, которые ставятся в третьем году пятилетки, подчеркивает, что важнейшим условием выполнения промфинплана будущего года является выполнение промфинплана 1929—30 года, что за успехами и достижениями мы не должны проглядеть того серьезного прорыва, который обнаружился в ходе выполнения промышленностью установленного плана. Прирост промышленной продукции за 10 месяцев на 27 процентов свидетельствует о резком отставании от установленного планом прироста на 32 проц.

Невольно возникает желание сопоставить наши темпы развития с тем, что делается в капиталистических странах. Тов. Сталин на XVI партсъезде так охарактеризовал состояние мировой экономики: у нас в СССР растущий подъем социалистического строительства и в промышленности, и в сельском хозяйстве; у них, у капиталистов, растущий кризис экономики и в промышленности, и в сельском хозяйстве. Этот вывод тов. Сталин подтверждает данными таблицы, недавно опубликованной Германским „Институтом конъюнктурных исследований“. Уровень производства в 1928 году принимается за 100.

Годы	СССР	САСШ	Англия	Германия	Франция	Польша
1927 . . . . .	82,4	95,5	105,5	100,1	86,6	88,5
1928 . . . . .	100	100	100	100	100	100
1929 . . . . .	123,5	106,3	107,9	101,8	109,4	99,8
1930—перв. кварт.	155,5	95,5	107,4	93,4	113,1	84,6

Таблица эта изображает развитие горной промышленности и основных отраслей крупной обрабатывающей индустрии в этих странах.

Эти данные говорят о том, что из всех стран в мире только в СССР имеет место бурный подъем крупной промышленности, что, начиная с 1929 года, мы имеем картину из года в год поднимающейся кривой роста.

Обращение ЦК дает подробный и исчерпывающий анализ всех факторов, которые обусловили невыполнение плана и в категорической форме поставило перед всем рабочим классом, перед всеми трудящимися задачу в течение сентября месяца выполнить задания второго года пятилетки на 100%.

Первой из основных задач партии и всего рабочего класса является развитие дела социалистического соревнования и ударничества, направление всех сил на развертывание встречного промфинплана. ЦК партии указывает на необходимость немедленно провести мероприятия, обеспечивающие решительное укрепление трудовой дисциплины и действительную борьбу с расхлябанностью, прогулами. Особое внимание ЦК обращает на организацию дела снабжения рабочих, которое имеет важнейшее значение в деле выполнения промфинплана.

— Не проходя мимо остальных основных задач, которые указаны в обращении ЦК, редакция фиксирует внимание на вышеуказан-



ных моментах, требующих немедленного развертывания этих мероприятий в деле здравоохранения и мобилизации для этого наших кадров.

На фронте здравоохранения, в медвузах, в лечучреждениях имеется сильное отставание соцсоревнования и ударничества. Рабочие фабрик и заводов значительно опередили и поднимают соцсоревнование на высшие ступени, от одних показателей переходят к другим более высоким.

Встречный промфинплан, который занимает в настоящее время внимание всех рабочих, всех цехов, агрегатов,—в условиях работы наших медвузов и лечучреждений не находит себе отклика.

ЦКВКП(б) в своем обращении указывает, что значение встречного промфинплана заключается в большей экономии ресурсов предприятия при осуществлении производственной программы и в повышении качества продукции. Встречный промфинплан приобретает особое значение, как метод действительного вовлечения всех рабочих в дело социалистического строительства и как важнейшее средство борьбы с контрреволюционным вредительством.

Основные пути встречного плана в работе медвузов и научно-исследовательских институтов — это подготовка кадров. Встречный план подготовки кадров для дела здравоохранения и также национальных кадров должен стать боевым лозунгом каждой отдельной единицы: кафедры, клиники и т. д. Должны быть взяты ударные темпы и не бояться «как бы чего не вышло».

Встречный план со стороны отдельных лечучреждений, отделений больниц, амбулаторий должен охватить в первую очередь вопросы качественного улучшения работы и большей экономии ресурсов. Предложение отдельного работника или коллектива работников, отделения лечучреждения, направленное на качественное улучшение, должно реализоваться немедленно и включаться в встречный план. Не дожидаясь, когда оно будет принято высшей организацией, это мероприятие должно осуществляться. Нечего бояться, что не справимся с большим количеством предложений, которые будут направлены на улучшение качества работы.

Не меньшее значение в условиях нашей внелечебной деятельности в медвузах и лечучреждениях приобретает вопрос о трудовой дисциплине. В настоящее время не только врачами, занимающими административные должности, осознано важное значение трудовой дисциплины, но это начинают осознавать и остальные врачи, в большей мере в отношении среднего и младшего медперсонала, в меньшей мере в отношении себя. Но все же перелом к лучшему имеется. И в этом вопросе нам необходимо подняться на более высокую ступень. От

мероприятий, регулирующих и дисциплинирующих время работы, нужно перейти к мероприятиям, дисциплинирующим весь труд врача, как в практической его деятельности, так и в области научно-учебной и исследовательской работы.

В обращении ЦК особенно сильно подчеркивается, что преодоление стоящих перед нами трудностей прежде всего зависит от нашей работы, от нашего умения вести последовательную и непримиримую борьбу с расхлябанностью, разгильдяйством.

Редакция «Казанского медицинского журнала» обращается ко всем научным работникам, врачам, подписчикам и читателям с предложением мобилизоваться для выполнения тех задач, которые указаны в обращении ЦКВКП(б) от 3/IX 1930 г.

**Редакция Каз. мед. журнала.**

---

# Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Патолого-анатомического института Казанского университета.

## Случай спонгиобластомы (neuroepithelioma gliomatosum) ganglion spinale n. thoracalis I dex.

Проф. И. П. Васильева и ассист. д-ра В. И. Журавлевой.

В данной статье<sup>1)</sup> приведен случай опухоли, разывшейся, очевидно, из 1-го правого грудного ganglion spinale и по своему строению причисленной нами к спонгиобластомам, — новообразованиям, образующимся из тех элементов, из которых формируется нейроглиозная ткань. Отсутствие указаний в литературе на существование опухоли с подобным строением в этой области дает нам право на опубликование этого случая.

Б-ой С. В., 17 л., 9. IV. 28 был принят в Нервную клинику Казанск. ун-та, откуда вскоре переведен для операции в Фак. хир. кл-ку с диагнозом: compressio medullae spinalis.

Б-ой весной 1927 г. упал с высоты и ударился правым боком, после чего около недели пролежал в постели. Осенью 1927 г. появилась слабость в ногах и боли неопределенного характера в икроножных мышцах, временами в левой лопатке и межлопаточной области. Весною следующего года появились опоясывающие боли в брюшной области и одновременно слабость в правой, а затем левой ноге. Спустя 3 недели развился полный паралич нижних конечностей, а также задержка мочеиспускания. С этими явлениями б-ой был принят в Хирургическую кл-ку, где 22. V. 28 проф. А. В. Вишневым была удалена под местной анестезией из спинномозгового канала (область I и II-го грудных позвонков) экстрадурально лежавшая опухоль, величиною с мелкую сливу, с гладкой поверхностью, одетая плотной капсулой, которая отсутствовала лишь у нижнего полюса, где „опухоль имела неровную рваную поверхность“.

Через 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. после операции движения в конечностях восстановились, однако не надолго. Постепенно развились сначала явления пареза, а затем паралич нижних конечностей, запоры, затруднения при мочеиспускании. Снова (25. IX. 29) поступление в Нервную кл-ку, а затем в Фак. хирургическую, где 22. X. 29 доп. С. М. Алексеевым была произведена вторичная операция. При вскрытии спинно-мозгового канала в области I и II грудных позвонков обнаружена опухоль с небольшою сливу, оттеснявшая спинной мозг со всеми оболочками влево и кади. Главная масса опухоли лежала в полости канала, часть же ее, несколько узуррируя дужки выше названных позвонков, углублялась между ними. С дорзальной поверхности опухоль была одета капсулой, вентральная же ее поверхность шероховата благодаря сращению с твердою мозговою оболочкою мозга. Опухоль имела красный цвет и напоминала по виду мышечную ткань. В момент удаления опухоль спалась, как вскрытая кавернома, появилось сильное кровотечение, и к концу операции б-ой погиб при явлениях падения сердечной деятельности.

*Выдержки из протокола вскрытия* (проф. И. П. Васильев). Труп юноши с пониженным питанием. Кости черепа, головной и продолговатый мозг, придаток мозга и начало 12 пар черепных нервов без особых изменений. В области I и II грудных позвонков, между несколько сдавленным спинным мозгом, одетым твердой мозговой оболочкой, и слабо узуррированными с внутренней поверхности и несколько атрофированными от давления дугами позвонков справа, интрадуральное (эпидуральное) пространство представлялось расширенным. Здесь,

<sup>1)</sup> Доложено на III-м Поволжском научном съезде врачей в г. Астрахани. 24. VI. 30.

прилегая к правому межпозвоночному отверстию между названными позвонками, находилась неудаленная при операции часть опухоли, величиною с маленький орех, мягкой консистенции, кровавистого цвета, с неровною поверхностью. Через указанное межпозвоночное отверстие опухоль продолжалась в грудную полость, прорастая париетальную плевру на протяжении 10-копеечной монеты. Здесь новообразование располагалось в верхнем куполе правой плевральной полости, будучи рыхло связано своей капсулой с верхушкой правого легкого и несколько сдавливая последнюю. Опухоль в грудной полости достигала размеров куриного яйца, полово-бугристая и одета плотной фиброзной капсулой; в разрезе довольно пестрого вида: в центре ее находился плотный фиброзный тяж беловато-желтого цвета, толщиною со спичку; кругом располагались участки темнокрасного, серокрасного и беловатого цвета.

Плевральные листки с той и другой стороны, за исключением вышеуказанного спаяния на небольшом протяжении с опухолью и отдельных синехий, гладки, блестящи. Жидкости в плевральных полостях не было. Первый правый грудной gang. spinale, а также непосредственно прилежащие к этому узлу части передних и задних корешков, пророслены опухолью. Dura mater sp. в области опухоли слабо утолщена, но не пророслена опухолью. Lamina ext. durae в области узурированных дужек уничтожена. Мягкая оболочка не спаяна с dura mater sp., несколько помутневшая. Спинной мозг на месте нахождения опухоли немного сдавлен и размягчен на протяжении 1,5 см. На разрезе в этом месте он оказался пронизанным мелкими кровоизлияниями; на остальном протяжении без особых изменений. Прорастания мозга опухолью не обнаружено. В области периферических нервных стволов и других внутренних органов узлов новообразования не было.

*Epicrisis:* Inanities. Anaemia universalis. Ramollitio et haemorrhagiae medullae sp. in regione I-II vertebr. thorac. dex. e compressione neoplasmatis (gliomatosis?). Continuitas neoplasmatis in cavum pleurae dex. Hyperplasia acuta lienis. Hyperplasia lymphogl. mesenterii et amygdalarum. Intumescitio opaca myocardii. Petrificatio lymphogl. bronchialium sin. Synechia pleurarum. Affectus primarius tbc lobi super. pulmonis sin.

*Микроскопическое исследование:* Опухоль была одета широкой грубоволокнистой соединительно-тканной капсулой, от которой отходили вглубь в небольшом числе того же строения довольно толстые прослойки, кое-где содержавшие крупные сосуды. Реже среди ткани можно встретить неправильной формы поля отечной с идущими в различных направлениях пучками волокон соединительной ткани, более богатой клеточными элементами и возникшей, очевидно, путем постепенного замещения погибших участков опухоли. От этих массивных соединительно-тканных перегородок отходили очень тонкие соединительно-тканнные прослойки, которыми опухоль подразделялась на отдельные альвеолы, выполненные клетками новообразования, производившими впечатление эпителиальных.

В тонких прослойках почти всегда находились то более узкие, то значительно расширенные кровеносные капилляры, образованные очень длинными эндотелиальными клетками. Иногда соединительная ткань вокруг капилляров настолько истончалась, что последние одни служили межальвеоларными перегородками. Вследствие разрыва капилляров или путем диапедеза возникали мелкие кровоизлияния, по соседству с которыми изредка можно было встретить глыбки кровяных пигментов.

Альвеолы, в которых помещались клетки опухоли, были довольно значительных размеров, вмещая от немногих единиц до нескольких десятков клеток и имели разнообразную форму: кругловатую, вытянутую и неправильную. По большей части альвеолы напело были выполнены клетками опухоли; реже последние окаймляли только стенки альвеол, оставляя свободным небольшой просвет.

Что касается характера клеток опухоли, то, несмотря на разнообразие их вида, все же легко можно было установить постепенные переходы от одних форм к другим. В альвеолах, сплошь выполненных клетками, последние обычно имели небольшие размеры и были многогранной, круглой, овальной или неправильно вытянутой формы с нежно зернистой протоплазмой. Ядро большое, часто заполнявшее большую часть клеточного тела, круглой или овальной формы, густо окрашиваясь, с неотчетливо выступающею хроматиною сетью. В соседних альвеолах клетки, сохраняя ту же форму, были значительно больших размеров, причем увеличение шло за счет нарастания протоплазмы, так как ядро сохраняло ту же величину и ту же форму, как и в клетках меньших размеров. Для большинства клеток довольно характерно было отсутствие границ между рядом лежащими груп-

шамы их, вследствие чего возникала синцитио-подобная масса, в которой располагались вышеуказанного характера ядра. Однако, почти всегда в одной и той же альвеоле, наряду со слившимися клетками, можно было видеть и отдельные, ясно очерченные клетки.

В следующем ряде альвеол клетки в один или несколько рядов располагались у стенок альвеол, оставляя свободным просвет. Здесь клетки или сохраняли характер указанных раньше небольших по размерам отдельных элементов, или сплошным синцитием различной ширины, как бы гирляндами, окаймляли альвеолярные стенки. В новых группах альвеол среди окаймляющих клеток появлялись различной высоты цилиндрические клетки. Последнего рода клетки, как правило, располагались палисадообразно по отношению к стенке альвеол, обычно содержащей кровеносный сосуд. Если в смежных альвеолах клетки также были высокой цилиндрической формы, то в результате окаймления межальвеолярных перегородок со всех сторон радиально расположенными клетками, возникали своеобразные лучистые фигуры. Ядра в цилиндрических клетках были того же вида, как и в вышеописанных клетках.

Следует особо остановиться на описании очень высоких цилиндрических клеток, имевших вид непрямолинейных, иногда слабоизогнутых, длинных столбиков (колонн). Ядра у этих клеток обычно помещались в дистальной части клетки, на неодинаковой высоте, причем в одной и той же клетке нередко залегало 2—5 ядер, расположенных близко друг к другу. Базальная часть таких клеток представлялась немного суженной, вследствие чего отдельные клетки лежали в этой части несколько разобитыми друг от друга (парафинные препараты). У места прикрепления клеток к межальвеолярным перегородкам суженная часть клеточного тела иногда расширялась в широкую ножку. Дистальная часть этих клеток часто сливалась в одно общее с соседними клетками, так что и здесь образовывалась сплошная синцитиальная масса, содержащая ядра. Значительно реже протоплазма колоннообразных клеток разделялась на ряд отдельных коротких отростков, анастомозировавших друг с другом, в результате чего возникала небольшой ширины протоплазматическая сеть, содержащая кое-где в узловых точках ядра. Ресничек у цилиндрических клеток (окраска по Heidenhain'u) не обнаружено.

На основании описанной картины приходится допустить, что путем постепенных переходов из мелких клеток полигональной или круглой формы возникали цилиндрические и вытянутые в виде колонн клетки с ясно выраженной у всех элементов склонностью к слиянию протоплазмы отдельных клеточных элементов и к образованию протоплазматической сети. Об образовании цилиндрических клеток из более мелких можно заключить из того факта, что в наиболее молодых очагах—в небольших альвеолах, лежавших в периферических частях опухоли под капсулой, обычно находились очень мелкие клетки.

В большинстве альвеол описанные различного вида клетки опухоли лежали без какого-либо межклеточного вещества. Только в отдельных немногих альвеолах можно было наблюдать присутствие в небольшом количестве особой ткани, которая имела вид нежного, иногда зернистого, войлока или петливой сети из очень тонких волокон и которая была образована или отростками клеток опухоли, или же непосредственным переходом всей клеточной протоплазмы в это межклеточное вещество. Несмотря на сходство последнего с волокнистым веществом глии, оно не окрашивалось специальными методами.

*Dura mater sp.* в области залегания опухоли не проращена опухолью; pia слабо утолщена. При исследовании спинного мозга, переданного в лабораторию Первой клиники, обнаружено следующее: на месте сдавления мозга опухолью границы серого и белого вещества трудно определяемы. Количество нервных клеток в сером веществе сильно уменьшено, и здесь ясно выражены явления реактивного разрастания глии и кровоизлияния; разрастание глии в сером веществе распространялось на небольшом расстоянии вверх и вниз от места сдавления.

Итак, у 17-летн. мальчика хирургами была удалена опухоль, величиною со сливу, из спинномозгового канала, располагавшаяся в области I-го и II-го грудных позвонков экстрадурально справа. Симптомы, вызывавшие на сдавление спинного мозга и исчезнувшие после удаления опухоли, постепенно развились вновь, вследствие чего потребовалась 2-ая операция, которая и была произведена чрез 1 г. 5 мес. после первой.



И на этот раз была удалена опухоль той же величины, как и в 1-ый раз. 6-ой погиб к концу операции от сильного кровотечения. При вскрытии обнаружено сдавление спинного мозга опухолью, неудаленная при операции часть которой заполняла I-ое грудное межпозвоночное отверстие справа и продолжалась в правую плевральную полость. Здесь опухоль достигала размеров куриного яйца, была рыхло спаяна с плеврой верхушки легкого, не прорастая ее. Значительного увеличения *foramen intervertebrale* не обнаружено. Кости позвонков свободны от опухоли и только дужки I-го и II-го гр. позвонков были несколько атрофированы и слабо узурированы. С твердой мозговой оболочкой мозга опухоль была только спаяна и не прорастала ее. В спинном мозгу явления атрофии нервных элементов и реактивное разрастание глии.

Возникает теперь вопрос, где первоначально развилась опухоль?

Schmaus (1901) указывает, что экстрадуральные опухоли могут первично развиваться в грудной и брюшной полости и отсюда провигать внутрь позвоночного канала чрез межпозвоночные отверстия. Возникающие таким образом опухоли состоят из двух частей и соединены тонким мостиком. Как раз в нашем случае опухоль к моменту 2-ой операции имела подобный вид: большая часть опухоли, величиною с куриное яйцо, располагалась в плевральной полости, меньшая—со сливу—была удалена из позвоночного канала хирургами. Обе части соединялись более узким перешейком, помещавшимся в межпозвоночном отверстии. Тем не менее в нашем случае нельзя считать источником развития новообразования плевру на том основании, что с висцеральным листком верхушки правого легкого опухоль только рыхло была спаяна; прорастание же новообразованием париедального листка на протяжении с 10-коп. монету (соответственно локализации опухоли в межпозвоночном отверстии) несомненно тоже не являлось местом начального развития опухоли, так как первичные раки (эндотелиомы) плевры, как правило, имеют плюрицентриальное распространение по плевре и обычно сопровождаются резко выраженным экссудативным плевритом (Васильев), чего не было в нашем случае. Отсутствие связи опухоли со спинным мозгом и его оболочками, *endogachis* и позвонками позволяет исключить развитие опухоли из этих элементов. Поэтому путем исключения приходится считать, что опухоль первично возникла из I-го правого грудного спинномозгового ганглия.

Что касается гистологического строения опухоли данного случая, то клеточные элементы ее имели ясно эпителиальный характер, залегая в альвеолах и группируясь перителиально в виде лучей по отношению к капиллярам и мелким сосудам, лежащим в тонких соединительнотканых межальвеолярных перегородках. Как высшая степень дифференцировки этих эпителиальных клеток являлось образование высоких клеток в виде колонн, сливавшихся в своей дистальной части в сплошную синцитиальную массу или образовывавших своими отростками протоплазматическую сеть с ядрами в узловых точках. В отдельных альвеолах, кроме того, среди клеток опухоли в очень ограниченном количестве было обнаружено присутствие нежнволокнистого вещества, которое, очевидно, представляло из себя волокнистую глиозную ткань эмбрионального типа.

Как же трактовать данную опухоль, несомненно сохраняющую в своей структуре некоторое подражание эмбриональному строению эле-

ментов, из которых формируется центральная нервная система? Прежде чем перейти к решению этого вопроса, нам кажется целесообразным привести некоторые данные, касающиеся основных фактов развития спинного мозга и происходящих из него спинномозговых ганглий.

Спинной мозг и спинальные ганглии развиваются из одних и тех же эктодермальных эпителиальных клеток сначала в виде „мозговой пластинки“, затем „медуллярной трубки“ (His, Schaper, R. у Cajal и др.). Если исследовать тонкое строение новообразованного спинного мозга, происшедшего из мозговой трубки, то можно различить 3 отдельных слоя: 1) узкий, содержащий много фигур деления и ограничивающий внутреннее пространство мозга, — будущий центральный канал, — „зародышевый слой“, 2) средний, широкий „плащевой или покровный слой“ (Mantelschicht) и, наконец, 3) узкий вначале и расширяющийся потом безядерный слой — „краевая вуаль“ (Randschleier). В покровном слое, превращающемся впоследствии в серое вещество, на 4—5 неделе (Bonnet, Benda) развиваются два вида клеток: примитивные нервные клетки — нейробласты серой субстанции и примитивные спорные клетки (Broman, Ernst) — спонгиобласты (His, R. у Cajal, Ribbert и др.); оба вида клеток происходят из одних и тех же индифферентных клеток зародышевого слоя (His).

Спонгиобласты имеют тонкое клеточное тело, вздутое на месте расположения ядра. Они дают начало клеткам эпендимы и глиобластам (Held) или астробластам, из которых формируется неврогля. Эпендимальные клетки во все дальнейшее время сохраняют свой первоначальный эмбриональный характер эпителиальных элементов. Они располагаются радиально вокруг полости мозговой трубки, лежат тесно друг к другу и представляют собою спонгиобластов, клеточное тело которых осталось в „зародышевом слое“, отростки же продолжают в окружающую глиозную ткань (Schmaus). У эмбриона клетки эпендимы снабжены ресничками.

При дифференцировке спонгиобластов в неврогля возникают звездчатые или паукообразные клетки — астроциты — с круглым или полиморфным ядром и неясно выступающей протоплазмой. В сети, образованной спонгиобластами покровного слоя, залегают округлые нейробласты, превращающиеся медленно в нервные клетки (Triepel).

Еще в первые периоды формирования медуллярной трубки эпителий эктодермы постепенно замыкается над этой трубкой в непрерывный листок эпидермиса. Появляющийся между последним и трубкой продольный тяж, состоящий из двух половин, выпячивается в стороны и образует т. наз. „валик ганглиев“ (Ganglienleiste), который в дальнейшем разлагается на ряд отдельных отрезков, соответственно каждому сегменту тела. Отрезки эти делятся и их половинны, подрастая в виде спинальных ганглиев, смещаются вправо и влево вдоль спинного мозга с его дорзальной поверхности на вентральную (Triepel). Возникшие таким образом путем отшнурования спинно-мозговые ганглии также формируются из нейробластов и спонгиобластов.

Принимая во внимание эпителиальный характер опухоли и в виду общности происхождения спинномозговых ганглий и спинного мозга, мы должны допустить развитие нашей опухоли или из примитивных клеток „зародышевого слоя“, или из спонгиобластов. Присутствие нежнволока-

нистой глиозной ткани<sup>1)</sup>, а также дифференцирование части элементов нашего случая в высокие цилиндрические клетки в т. наз. колоннообразные клетки (Pfeilerzellen-Muthmann u. Sauerbeck) или эпендимальные клетки-волокна (Ependymfaserzellen) со склонностью к образованию протоплазматической сети указывает, что клетки нашей опухоли воспроизводят то, что имеет место в примитивной нервной трубке при формировании из спонгиобластов глиозной ткани и эпендимы. На этом основании мы считаем возможным отнести нашу опухоль к спонгиобластомам.

Как уже нами было указано, прямых указаний в доступной нам литературе на существование опухолей с подобным строением в области спинномозговых ганглий мы не нашли. В настоящее время известно только, что в головном мозгу и реже в спинном встречаются опухоли, в которых клетки имеют эпителиальный характер, то в виде однослойного эпителия, соответствующего эпендимальному эпителию, то многослойного, подражающего строению нервной трубки. Эта эпителиальная ткань формируется в виде каналов, мешочков, кист, альвеол, розеток, причем опухоли или имеют чисто эпителиальный характер, или же представляют собою глиоматозные опухоли с эпителиальными включениями. Во многих случаях бросается в глаза сходство подобных эпителиальных образований с эпендимальным эпителием (Kauffman), почему эти эпителиальные формации обычно именуется „невроэпителием“, образованные же последним опухоли известны под общим именем „невроэпителом“. Для тех бластом, эпителиальные включения которых происходят из спонгиобластов, Ribbert, Bonnet считают название „невроэпителомы“ неудачным и предлагают называть их „спонгиобластомами“. В виду того, что спонгиобласты в естественном развитии дифференцируются в глию,—явление, которое в большей или меньшей степени наблюдается также и в спонгиобластомах,—некоторые авторы (Kauffman) причисляют последние к глиомам. Muthmann u. Sauerbeck, Roman, Marburg, Risak и др. называют их *neuroepithelioma gliomatosum*, Дерман и Копелевич—*glioma ependimale*, Bailey—эпендимомы. Ribbert указывает прямо, что глиомы суть более высоко дифференцированные спонгиобластомы. Этот же автор для подобных опухолей, соответствующих по строению своим эпителиальным включениям очень ранним стадиям эмбрионального развития, рекомендует название „спонгионевробластома“, потому что здесь опухоли берут свое начало из предварительной ступени спонгиобластов—примитивных зачаточных клеток мозговой трубки, еще не дифференцировавшихся ни в спонгиобластов, ни в невробластов.

В настоящее время известен целый ряд бластоматозных образований, где имеет место разрастание невроэпителы, которые, однако, в целом нельзя отнести к истинным спонгиобластомам. Сюда должны быть причислены: 1) папилломатозные опухоли, развивающиеся из эпендимы желудочков мозга и эпителия *plexus choroideus* (сл. Брюханова, Selke, Saxer'a, Vonwiller'a, Körner'a, Hirsch u. Elliott,

<sup>1)</sup> Отрицательные результаты при специфической окраске подобного вида глиозной ткани в спонгиобластомах получились у ряда других авторов (Muthmann u. Sauerbeck, Finkelnburg u. Pryn и др.). Только Roman'y удалась окраска по способу Weigert'a.



Naeslund'a и др.), 2) глиомы головного мозга с ограниченным числом невроэпителиальных включений (сл. Ribbert'a и др.), 3) случаи глиоматоза спинного мозга с невроэпителиальными включениями—neuroepithelioma gliomatosum microcysticum (сл. Rosenthal'a, Schlesinger'a, Babes'a, Bittorf'a, Kling'a, Thielen'a и др.), 4) глиомы глаза с невроэпителиальными включениями. Кроме того, невроэпителиальные формации встречаются в тератоидных опухолях яичников (Christian), легких (Christian), переднего средостения и в тератомах крестцово-копчиковой области (сл. Bauer'a, Mueller'a, Hoche-negg'a, Borst'a и др.).

Что касается истинных спонгиобластом, то в этих случаях имеется дело или с разрастанием одного невроэпителия со склонностью образовывать розеткообразные фигуры, или же на ряду с невроэпителием в ограниченном количестве наблюдается продукция нежволокнистой глиозной ткани. В общем число известных случаев истинных спонгиобластом невелико. Чаще всего они описаны в III и IV желудочке головного мозга (сл. Muthmann'a u. Sauerbeck'a, Roman'a, Silberberg'a, Prym'a, Marburg'a, Risak'a<sup>1)</sup>, Körner'a); реже в глубине головного мозга (Huebschmann, Finkelburg u. Prym). Bailey называет эти опухоли эпендимомами, причем из 868 сл. внутричерепных опухолей клиники Cushing'a он обнаружил всего 6 сл. подобных опухолей. Дерманом и Копелевичем недавно сообщен случай спонгиобластомы gl. pinealis. Наконец, в группу истинных спонгиобластом должен быть отнесен ряд случаев невроэпителиальных опухолей, развившихся в крестцово-копчиковой области, очевидно из эмбриональных остатков спинного мозга (vestigis coccygiens), обнаруживаемых в известном % случаев в копчиковой области у детей (сл. Tourneux et Hermann'a, Depaul et Robin'a, Budde Wieting'a, Scheuermann'a, Prym'a, Harbitz'a, Kober'a, Risak'a).

Возвращаясь к нашему случаю, должно указать, что полной аналогии в гистологическом строении опухоли с другими случаями спонгиобластом мы не нашли. В большинстве из них имелась тенденция к образованию из невроэпителия типичных розеток. В нашем случае таковых не было, и только у некоторой части клеток, при достижении ими высокой цилиндрической формы, была обнаружена склонность к перителиальному расположению с образованием лучистых фигур (не розеток).

Вообще должно указать, что почти в каждом известном случае спонгиобластом можно констатировать небольшие различия в микроскопическом строении, что легче всего, по Marburg'y, объяснить зависимостью от времени, в которое произошло отщепление от формирующейся нервной системы эмбриональных зачатков, из которых в дальнейшем возникли опухоли.

*Литература:* 1) Bailey. Arch. of neur. a. psych. 1921, V. 11;—2) Bittorf. Ziegl. Beitr. 1904, Bd. 35;—3) Bonnet. D. med. Wchschr. 1913, № 3;—4) Borst. Die Lehre v. d. Geschwülsten, 1902;—5) Он же. Ziegl. Beitr. 1902, Bd. 31;—6) Christian. Centrbl. f. allg. Path. 1904;—7) Дерман и Копелевич. Virch. Arch. 1929, Bd. 273;—8) Finkelburg u. Prym. D. med.

<sup>1)</sup> В данном случае у 59 л. жен. одновременно наблюдались еще другие опухоли: carcinoma simplex mammae, кистовидная адамантинома и мультилокулярная киста яичника.

Wchs. 1913, № 3;—9) Held. Die Entwickel. d. Nerwengewebes. 1909;—10) Hirsch u. Elliott. Centrbl. f. allg. Path. 1927;—11) His. Die Neuroblasten u. d. Entstehung et cet. 1889;—12) Huebschman. Centrbl. f. allg. Path. 1920/21, Bd. 31;—13) Kaufmann. Lehrb. d. sp. path. Anat. 1922;—14) Он же. Verhandl. d. d. path. Gesellsch. 1902;—15) Kober. Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psch. 1913, Bd. 17; 16) Körner. Centrbl. f. allg. Path. 1919/20, Bd. 30;—17) Marburg. Прив. по Risak'y;—18) Muthmann u. Sauerbeck Ziegl. Beitr. 1903, Bd. 34;—19) Naeslund. Centralb. f. all. Path. 1927; 20) Prym. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1912, Bd. 9;—21) Ribbert. Centralbl. f. allg. Path. 1910, Bd. 21;—22) Risak. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1925, Bd. 32;—23) Он же. Arch. f. kl. Chir. 1928, Bd. 150;—24) Roman. Virch. Arch. 1913, Bd. 211;—25) Saxer. Ziegl. Beitr. 1902, Bd. 32;—26) Silberberg. Virch. Arch. 1926, Bd. 260;—27) Schmaus. Vorles. u. d. path. Anat. d. Rückenmarks. 1901;—28) Thielen. Zeitsch. f. Nervenheilk. Bd. 35;—29) Triepel. Учебн. эмбриологии. 1923;—30) Vonwiller. Virch. Arch. 1911, Bd. 204;—31) Васильев И. Казан. мед. жур. 1928;—32) Wieting. Beitr. z. kl. Chir. 1902, Bd. 36.

## Хронические заболевания суставов и их лечение на Сергиевских минеральных водах.

Н. Е. Кавецкого и Б. М. Гринберга (Самара).

На курорте Сергиевские минеральные воды, как и на других грязевых курортах, значительное большинство терапевтических больных составляют больные с заболеваниями суставов. Так, в сезон 1929 г. из 518 больных, прошедших через терапевтические санатории №№ 3, 4, 5, 396 человек страдало различными заболеваниями суставов. Почти все эти больные, за очень немногими исключениями, прибывали на курорт с трафаретным диагнозом—хронический суставной ревматизм. Не приходится доказывать, что в настоящее время термин этот удовлетворить никого не может, так как в эту сборную группу входят самые разнообразные заболевания суставов с различной этиологией, клиническим течением и анатомическими изменениями. Понятие „ревматизм“ было введено в XVII веке Баллоniusом для обозначения переходящих болей в суставах и мышцах. В последнее время этот термин вызывает в литературе жесточайшие споры: одни, как некоторые представители французской школы, понимают этот термин слишком распространительно, соединяя в этой группе различные заболевания (говоря, например, о гонококковом ревматизме, туберкулезном ревматизме и т. д.); другие школы, напротив, понимают очень узко понятие „ревматизм“, считая его заболеванием с совершенно определенной клинической картиной и патологическими изменениями; некоторые же, в виду разноречивого понимания и толкования слова „ревматизм“, предлагают совершенно изъять этот термин из употребления (Гуревич).

Вопрос о классификации заболеваний суставов представляет огромную важность как с научной, так и с чисто практической точки зрения, так как болезни суставов за последние годы во всем мире получили огромное распространение и являются, несомненно, социальным бедствием, ведя к массовой инвалидности и длительной потере трудоспособности в самом цветущем возрасте. Несмотря на то, что вопросом создания классификации болезней суставов заняты как отдельные научные работ-

ники, так и целые съезды, конгрессы, специальные комитеты, что этой проблеме посвящена большая литература, до сих пор не имеется общепризнанной классификации. Из нескольких десятков классификаций, основанных на различных принципах (этиологическом, клиническом, патологоанатомическом, а также и на сочетании этих моментов) ни одна до настоящего времени не может считаться вполне приемлемой. Насколько сложен этот вопрос и как далеки мы от разрешения его, можно судить по тому, что съезд германского об-ва по борьбе с ревматизмом, состоявшийся в конце 1928 года, учитывая недостаточность наших знаний в этом вопросе, решил, что создание единой общеобязательной классификации в настоящее время не осуществимо и станет возможным лишь тогда, когда лучше будет изучена этиология заболеваний суставов. Особенно чувствуется потребность в единой общепринятой классификации заболеваний суставов при работе на курорте, так как только при наличии таковой возможно будет поставить на должную высоту дело учета результатов лечения разных форм суставных заболеваний и сравнительной оценки различных методов применения курортных факторов.

Далекие от мысли предлагать новую классификацию заболевания суставов, мы считаем возможным поделиться своими наблюдениями по поводу некоторых форм, встречающихся на курорте, и результатов их лечения.

В сезон 1929 года под нашим наблюдением находилось 636 больных с заболеваниями суставов, которых мы проследили в течение всего курса лечения. Большею частью, больные находились на курорте в течение 35 дней, приняв за этот срок около 30 процедур, в некоторых случаях этот срок бывал продлен на 10—15 дней. Каждый больной получал в начале курса лечения 4—5 „входных“ сероводородных ванн температуры 35—37,5°С продолжительностью от 5 до 15', в дальнейшем сероводородные ванны чередовались через день с грязевыми процедурами. В этот период лечения сероводородные ванны назначались не выше 38°, продолжительностью не дольше 15', грязевые процедуры заключались в большинстве случаев в „грязевых компрессах“ температуры от 45 до 50°, продолжительностью 10—15', причем при поражении верхних и нижних конечностей компрессы назначались поочередно на те и другие; температура грязи в этих случаях назначалась большею частью не выше 48°. При назначении грязевого компресса на одну конечность температура доводилась до 50°, а при назначении на один сустав до 51—52°С. Реже, чем компрессы, назначались общие грязевые ванны или полуванны, температура их от 41 до 45—46°, продолжительность 10—12—15'.

При поражении позвоночника чаще всего назначались грязевые компрессы на спину температуры 45—50°. При комбинированных заболеваниях, в зависимости от показаний, указанные процедуры сочетались с тазовыми грязевыми ваннами, ректальными и вагинальными тампонами.

Курс лечения заканчивался 3—5 „выходными“ сероводородными ваннами, понижающейся температуры (37,5—35°). В некоторых случаях, судя по показаниям (состояние сердечно-сосудистой и нервной системы), количество сероводородных ванн индифферентных температур увеличивалось и часть их заменялась углекислыми или душами.

Всего за весь курс лечения в 35 дней больной принимал в среднем 12—13—14 грязевых компрессов или 8—9 общих грязевых ванн

и 16—18 сероводородных. Медикаментозное лечение, как правило, не применялось; при соответствующих показаниях назначался массаж, пассивная и активная гимнастика. При подагрических поражениях суставов больной получал соответствующую диету.

Все находившиеся под нашим наблюдением формы суставных заболеваний мы считали целесообразным разделить на следующие группы: Polyarthritis rheumatica chronica secundaria (вторичный хронический ревматический полиартрит). В анамнезе имеется указание на перенесенный больным в более или менее отдаленном прошлом так наз. острый суставной ревматизм с характерной для него клинической картиной. В части случаев никаких последствий болезни не остается, и только через известное время, подчас довольно продолжительное, наступает рецидив, снова лишаящий больного трудоспособности. В некоторых же случаях, уже после первого перенесенного острого заболевания остаются боли, чаще всего ноющего характера, постоянные или переходящие, усиливающиеся в связи с изменением погоды. Клиническая картина таких больных, прибывающих на курорт, выражается в жалобах на боли в суставах, объективно имеется хруст, иногда некоторое ограничение подвижности. Со стороны сердца в значительной части случаев наблюдаются или пороки, или поражения сердечной мышцы (следствие ревматического кардита). Такие формы мы называем Polyarthritis rheumatica chronica secundaria, и в нашем материале они составляют 109 человек или 17% всех суставных больных. Здесь надо упомянуть, что существует взгляд, отрицающий существование такой формы хронического заболевания суставов (Безансон, Талалаев, Егоров и др.). Сторонники этого взгляда считают, что по отношению к суставам „ревматизм“ всегда только острое заболевание, при котором заболевшие всегда и вполне возвращаются к норме. Но мы, на основании наших наблюдений, основанных, главным образом, на клинической картине, по чисто практическим соображениям считаем целесообразным пока сохранить этот термин.

В этой группе больных из 109 случаев мы имели в 9 значительное улучшение, в 87 улучшение. Следовательно, благоприятный результат от серногидрогенного лечения непосредственно после курортного лечения получили в 88,1%. 12 человек уехало без улучшения со стороны суставов и с обострением процесса.

Polyarthritis rheumatica chronica primaria (первичный хронический полиартрит)—под этим термином мы, как и другие авторы, понимаем такое хроническое заболевание суставов, которое развилось постепенно, без острого начала. Эта форма является наиболее многочисленной в нашем материале, охватывая 315 человек или 49,2% всех наших больных. Эту большую группу мы считаем целесообразным разделить по клиническому течению на две подгруппы: а) болезнь развивалась постепенно и незаметно, так что в ряде случаев больной даже не может указать более или менее точно начало заболевания. В анамнезе, в громадном большинстве случаев, имеются указания на длительные повторные охлаждения и промокания, связанные с бытовыми и профессиональными условиями. Проявляясь известное время только ноющими болями в суставах, появляющимися или усиливающимися при охлаждении или перемене погоды, эта форма болезни дает время от времени обострения, сопровождающиеся большим или меньшим повышением температуры, опу-



ханием суставов и усилением болей, на известное время лишаящих больного трудоспособности. Клиническая картина таких больных на курорте выражается в жалобах на боли, хруст и в некоторых случаях опухоль суставов и небольшом ограничении подвижности; изменения со стороны сердца встречаются значительно реже, чем при вторичном хроническом ревматическом полиартрите. Эту форму мы считаем возможным назвать *Polyarthritus rheumaticus chron. exacerbata*. В нашем материале эта форма составляет 79 чел. или 12,3% всех суставных больных. б) Начало болезни аналогично предыдущей форме, а течение все время вялое, без обострений, без повышения температуры и без опухания суставов. Объективно имеется лишь хруст и боль при пассивных движениях. Поражение сердца редко. Эту форму мы называем *Polyarthritus rheumaticus chronica lenta*; в нашем материале она составляет 236 человек или 36,9%. Обе эти формы, так же как и первую (*Polyarthritus rheumaticus chron. secundaria*), мы считаем себя в праве назвать ревматическими, как имеющими явную совершенно связь с „простудой“ или длительными и повторными охлаждениями. Здесь надо отметить, что аналогичные формы заболевания суставов описал проф. Гуревич под названием „*Polyarthritus infectiosus rheumaticus recidivans* или *exacerbata*“ и „*Polyarthritus infectiosus rheumaticus lenta*“ в своем докладе на 11-м Всеукраинском съезде терапевтов в 1927 г. Результаты лечения в наших случаях были следующие: из 79 больных с диагнозом *Polyarthritus rheumaticus chronica exacerbata* 4 уехало с курорта с значительным улучшением, 57 с улучшением (все-го, следовательно, с благоприятным результатом 77,2%), у 18 человек на курорте улучшения не наступило. Из 236 больных с диагнозом „*Polyarthritus rheum. chr. lenta*“ 13 выписалось с значительным улучшением, 175 с улучшением, 46 — „без перемен“, 2 с обострением; следовательно, непосредственно после курортного лечения благоприятный результат был получен в 79,7%. Мы все время подчеркиваем, что мы говорим в данное время лишь о непосредственных результатах курортного лечения, т. к. наблюдения прошлых лет указывают на то, что в ряде случаев, когда больной уезжал с курорта без улучшения или даже с обострением, улучшение наступало через некоторое время (чаще всего течение ближайших 1—2 месяцев), что совпадает с наблюдениями других авторов.

*Polyarthritus chronica infectiosa* (хронический инфекционный полиартрит). В эту группу мы относим все хронические заболевания суставов, этиологическим моментом которых является та или иная инфекция. При разработке нашего материала из этой большой группы мы считаем нужным выделить ряд подгрупп. а) Артриты, как следствие общих острых инфекционных болезней (сыпной, брюшной и возвратный тифы, паратиф, скарлатина, грипп, малярия, послеродовой сепсис). Больные из этой группы совершенно определенно указывали на начало суставного заболевания либо во время острой инфекции, либо вскоре после перенесения таковой. Начало заболевания суставов бывало либо острое, напоминая острый суставной ревматизм, либо постепенное. В дальнейшем течении часто наблюдались периодические рецидивы. В частности при гриппозных артритах нам несколько раз удалось отметить ухудшение процесса в суставах после каждого повторного заболевания гриппом. Объективно при исследовании этих больных мы обнаруживали более или менее вы-

раженный хруст, большую или меньшую ригидность и ограничение движений суставов, боль при пассивных движениях, иногда опухоль, б) *Arthritis gonorrhoeica chronica* (гонорройный артрит). В эту группу мы относили те случаи, в которых заболевание суставов можно было поставить в несомненную связь с перенесенной гонорреей и имела характерная для гонорройного артрита клиническая картина. В виду того, что эта форма достаточно подробно описана в литературе, мы на клинической картине наших случаев в данном сообщении не останавливаемся. Отметим только, что большинство этих больных были мужчины, и преобладала форма полиартрита, а не моноартрита. Нужно также отметить, что в 5 из 8 случаев применялась, кроме бальнеологического лечения, вакцина-терапия. Кроме того, так как у большинства этих больных имелись отклонения от нормы в мочеполовой сфере (простатиты и пр.), помимо обычного серногрязевого лечения, применялись грязевые ректальные тампоны. в) *Arthritis luetica*. Диагноз ставился на основании анамнеза, клинической картины и реакций с кровью Хитрово и Sachs-Georgi. В смысле терапии надо отметить, что в ряде случаев, кроме серногрязевого лечения, применялась специфическая терапия (инъекции препаратов ртути и висмута и вливание неосальварсана). г) *Arthritis tuberculosa*. Все наши случаи относились к закрытым формам с поражением одного сустава, преимущественно тазобедренного.

В группу инфекционных полиартритов, по сути дела, следовало бы отнести и вышеописанную вами форму *Polyarthritis rheumat. chr. secundaria*, как имеющую несомненно инфекционное происхождение. Но т. к. вызывающее эту болезнь заразное начало до настоящего времени неизвестно и только предположительно возбудителем ее считается стрептококк, а начало болезни и последующие обострения имеют совершенно своеобразные клинические черты и явную связь с такими моментами, как охлаждение, промокание, пребывание в сырости и т. п., мы считаем целесообразным выделить „вторичный хронический ревматический полиартрит“ в самостоятельную группу. По мнению проф. Гуревича вышеизложенные формы под названием *Polyarthritis rheumatica chron. lenta* и *exacerbata* также составляют разновидность инфекционного полиартрита. Случаев хронического инфекционного артрита мы имели 89 (т. е. 13,9% по отношению ко всему нашему материалу); из этого числа 66 падает на заболевания суставов после острых инфекций, люэтического артрита было 9 случаев, гонорройного 8, туберкулезные поражения суставов были в 6 случаях.

В первой подгруппе из 66 случаев в конце курса серногрязевого лечения значительное улучшение наступило в 4 случаях, улучшение в 54 (благоприятный результат получился таким образом в 87,9%). Хорошие результаты давали гонорройные артриты—из 8 больных 3 уехало со значительным улучшением и 4 с улучшением; из 9 люэтических артритов благоприятный результат получен в 7 случаях, значительно худшие результаты мы получили при серногрязевом лечении туберкулеза суставов: из 6 случаев только в 2 мы могли констатировать небольшое улучшение. Костносуставной туберкулез по официальным справочникам стоит в группе противопоказаний для лечения на Сергиевских минеральных водах, но несмотря на это ежегодно известное количество больных этой категории поступает на курорт как с путевками направляющих органи-

заций, так и самотеком. Среди работников курорта по этому вопросу не существует единого мнения; так, например, при обсуждения этого вопроса на одной из медконференций курорта в сезон 1929 г. мнения по этому вопросу разделились и вопрос оставлен открытым. Мы же, со своей стороны, на основании наших наблюдений считаем, что такого рода больные не должны направляться на—С. М. В.

*Arthritis traumatica chron.* В анамнезе наших больных этой категории имелась та или иная травма (ушиб, перелом, вывих, растяжение и разрыв связок). Во всех наших случаях поражен был один какой-либо сустав, по 2 случая—тазобедренный и коленный, по 3 случая—голеностопный и плечевой. Клиническая картина заключалась во всех случаях в боли при движениях и ограничении подвижности, часто припухлости области пораженного сустава. В отношении терапии этих артритов мы применяли более энергичное лечение, чем при других формах: грязевое лечение в виде компрессов на один сустав температуры до 51—52° и числом до 18 в среднем за курс; активную и пассивную гимнастику и массаж. Результаты были таковы: из 10 больных 8 уехало с улучшением, 2—„без перемен“<sup>1)</sup>

*Arthritis toxica*—у нас был всего лишь один случай такого артрита на почве хронического свинцового отравления, в котором под влиянием бальнеологического лечения наступило некоторое улучшение.

Все вышеописанные формы поражений суставов можно объединить в группу экзогенных артритов. В противоположность им к эндогенным относятся следующие бывшие под нашим наблюдением заболевания суставов.

*Arthritis urica.* Не останавливаясь на патогенезе и клинической картине этого заболевания, отметим, что больных с этим диагнозом у нас было всего 30, что составляет 4,6% всех наших случаев, причем преобладали женщины пикнической конституции. Результаты лечения были следующие: улучшение в 23 случаях, без перемен 7.

*Polyarthritis endocrinica.* К этой группе мы отнесли 4 наших случая (все женщины), в которых можно было усмотреть связь между поражением суставов и нарушением функции желез внутренней секреции. 3 из них относились к так называемым климактерическим артритам и 1 к тиреотоксическим. 2 (с диагнозом климактерический артрит) уехали с курорта с улучшением суставного заболевания, 2 без улучшения.

*Arthritis neurotrophica.* В эту группу мы отнесли один случай артрита на почве сирингомиелии и 2 случая, сопровождавшихся трофическими расстройствами со стороны кожи, ногтей, волос, причем в обоих этих случаях заболевание суставов началось одновременно с трофическими расстройствами. Во всех 3 случаях наступило улучшение, трофические расстройства (особенно это было заметно на ногтях) уменьшились одновременно с улучшением со стороны суставов.

*Osteo-chondro-arthritis deformans.* В эту группу мы отнесли 48 наших случаев (7,5% всех больных), в которых имелась налицо более или менее резко выраженная деформация суставов. Мы считаем более целесообразным применить вышеупомянутый термин, а не более распростра-

<sup>1)</sup> По имеющимся у нас сведениям в одном из этих случаев в течение месяца после курортного лечения наступило улучшение—боли прекратились, объем движений увеличился.

ненный до последнего времени— „arthritis deformans“, так как нам кажется более правильным взгляд, высказанный новейшими авторами, отметившими, что при этом заболевании несомненно преобладает не воспалительный, а дегенеративный процесс в костно-хрящевой ткани суставов, т. е. имеется не артрит, а артроз.

Из 48 наших больных лишь в одном случае имелся деформирующий процесс в одном суставе (правом коленном), о котором можно говорить как о моноартикулярной форме деформирующего остеохондроартроза, во всех остальных имелось множественное поражение суставов и, следовательно, они должны быть отнесены к полиартикулярным формам. В значительном числе наших случаев деформирующего остеохондроартроза имелось более или менее резко выраженное общее истощение, но было и несколько больных хорошо упитанных. Лечение применялось обычное серногрязевое согласно вышеописанной методике, но у ряда этих больных курс лечения бывал продлен на 10—15 дней, часто применялся массаж и мототерапия. Результаты лечения были таковы: значительное улучшение в 4 случаях, улучшение в 33, без перемен в 9, ухудшение в 2. Ухудшение проявилось в усилении болей.

„Деформирующий артрит“ в официальных справочниках стоит в группе „противопоказаний“ для лечения на С. М. В. На основании наших наблюдений мы считаем, что вопрос этот должен быть пересмотрен, и заболевание это, как несомненно в ряде случаев дающее хороший эффект, должно быть включено в число показанных для курортного лечения. В этом смысле мы и высказались на заседании медконференции С. М. В. при обсуждении вопроса о показаниях и противопоказаниях для лечения на С. М. В., причем было вынесено постановление о включении „деформирующего артрита“ в группу показаний. По нашим наблюдениям особенно хороший эффект получается после повторных курсов курортного лечения. Благоприятного результата от лечения можно ждать со стороны тех суставов, где деформирующий процесс еще не закончен, т. е. не наступило полного анкилоза. В таких случаях наступает прекращение или уменьшение болей, увеличивается объем движений. В тех суставах, где наступил анкилоз, никакого результата, конечно, не получается так же, как и при анкилозе суставов на другой почве. Последних у нас было 6 и во всех 6 случаях ни наступило не малейшего эффекта.

В заключение остановимся на лечении на С. М. В. заболеваний позвоночника. Всего больных с поражением позвоночника у нас было 22 человека, которых мы разделили на 2 группы: Spondylosis ankylopoëtica (называемый некоторыми авторами Spondyloarthritis ankylopoëtica) и Spondyloarthritis chronica. В первую группу вошли 7 наших больных с ясно выраженной картиной анкилозирующего процесса позвоночника, с резко выраженным кифозом, полным отсутствием или резким ограничением движений. В части этих случаев болезненный процесс не ограничивался позвоночником, но захватывал и тазобедренные суставы. Последние случаи с прогрессирующим анкилозирующим процессом в позвоночнике и тазобедренных суставах можно отнести к описанной Пьер-Мари форме Spondylosis rhizomelica. В отношении терапии надо отметить, что в 4 из 7 случаев, кроме грязевых компрессов на спину, применялся вонтофорез через грязь. Результаты лечения были таковы: в 5 случаях удалось достигнуть не-



которого улучшения процесса, выразившегося, главным образом, в прекращении болей, в части случаев—некоторого увеличения объема движений, в 2-х случаях никакого результата не было достигнуто. Во вторую группу—*Spondyloarthritis chronica*—мы отнесли 15 случаев заболевания позвоночника различного происхождения (вследствие травмы, длительного физического перенапряжения, инфекции), в клинической картине которых не наблюдалось анкилозирующего процесса, а имелась лишь боль в определенной группе позвонков, чувствительность остистых отростков при давлении, более или менее выраженная ригидность. К сожалению, в виду отсутствия на курорте рентгена, мы не имели возможности выделить из этой сборной группы отдельные клинические формы и принуждены говорить обо всех этих случаях вообще как о спондилоартритах, без более углубленной дифференцировки. У большинства наших больных имелось поражение поясничной части позвоночника (люмбаартрит), значительно реже встречалось поражение грудных и шейных позвонков. В 10 случаях больные выписались с улучшением, в некоторых случаях весьма значительным, в 5 случаях улучшения не наступало.

Резюмируя все сказанное, мы видим, что лечение хронических заболеваний суставов на С. М. В. дает весьма хороший результат. Наибольший процент улучшений мы получили при вторичном хроническом ревматическом полиартрите (88,1%) и хроническом полиартрите вследствие острых общих инфекций (87,9%). Почти одинаковый результат при серногрязевом лечении этих форм является лишним доказательством того, что они—родственные заболевания. Худший результат мы получали при первичном хроническом ревматическом полиартрите: улучшение в 78,5%. Последнюю группу заболеваний мы считаем весьма целесообразным разделять на вышеописанные нами 2 подгруппы: *Polyarthritidis rh. chr. lenta* и *Polyarthritidis rh. chr. exacerbata*, причем при лечении больных, относящихся к первой подгруппе, в ряде случаев, по нашим наблюдениям, обычный курс лечения может быть сокращен, т. к. конечные результаты получались иной раз уже через 2—3 недели. Очень хорошие результаты, как видно из сказанного, мы получали при лечении гонорейных артритов. Относительно деформирующего остеохондроза надо сказать, что этих больных, несомненно, стоит посылать на курорты, т. к. наши наблюдения показывают, что в значительном проценте случаев удается достигнуть положительных результатов и, если не удастся достигнуть восстановления трудоспособности, на что в далеко зашедших случаях нельзя и рассчитывать, то, по крайней мере, больной получает облегчение в своих страданиях и нуждавшийся в постороннем уходе получает возможность самообслуживания.

Диагностика многих форм заболевания суставов на С. М. В. чрезвычайно затрудняется отсутствием рентгеновского кабинета, что является совершенно ненормальным явлением для курорта, пропускающего за лечебный сезон около 3.000 больных.

На основании всего вышеизложенного мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Вопрос об установлении единой общепринятой классификации суставов является в высшей степени актуальным, но до сих пор не разрешенным.

2. Больные с различными формами хронических заболеваний суставов с успехом лечатся на С. М. В., давая в среднем около 80% улучшения.

3. Деформирующие артрозы должны быть включены в число заболеваний, показанных для лечения на Сергиевских минеральных водах.

4. Больные с последним заболеванием должны направляться на курорт в течение ряда лет подряд, и курс лечения у них, по сравнению с другими артритиками, должен быть более продолжительным.

5. В ряде случаев инфекционного и ревматического артрита курс лечения может быть сокращен.

6. Больных с туберкулезным поражением костей и суставов не следует направлять на С. М. В.

7. Анкилозы суставов какого бы то ни было происхождения безусловно подлежат курортному лечению.

8. В ряде случаев целесообразно проводить комбинированное лечение, сочетая обычное серногрязевое лечение со специфическим антилюэтическим, вакцинотерапией, опотерапией, нонтофорезом, мототерапией.

---

Из санатории Упр. Кав. мин. вод № 8 в Кисловодске. (Руков. приват-доцент  
З. И. Малкин, главврач И. Л. Шагинов).

## К вопросу о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление у больных с гипертензией и гипотонией.

А. Н. Беловой и Е. П. Мищенко.

С 4 кривыми.

Имеется много работ по вопросу о действии углекислых нарзанных ванн на сердечно-сосудистую систему, в частности на кровяное давление; но приходится отметить, что до сих пор данные о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление довольно противоречивы и спорны.

Еще не решен вопрос даже о том, что главным образом влияет на кровяное давление, сама ли нарзанная ванна, температура ванны или чисто механические факторы.

Наблюдения последних лет над больными в пустых ваннах с последующим наполнением их водой приводят к выводу, что механические моменты играют в этом вопросе незначительную роль и что все колебания кровяного давления следует отнести за счет действия самих ванн (Бейер, Рабинович и др.).

Чтоб исключить спорный термический фактор, большинство проводили наблюдения над действием ванн индифферентной  $t^0$ , т. е. в пределах  $28^0-25^0$  R.

Все аа. согласны с тем, что при погружении в нарзанную или мацестинскую ванну индифферентной  $t^0$  кровяное давление падает у всех больных, а также и у здоровых, и в продолжение всего времени пребывания больного в ванне держится на пониженных цифрах; по выходе из ванны кровяное давление повышается (иногда, очень резко), а затем,

в последующем периоде, колебания его сильно варьируют у различных больных; по наблюдениям большинства кровяное давление в последующем после ванны периоде снова падает по сравнению с исходными цифрами, реже возвращается к первоначальному кров. давлению и еще реже продолжает повышаться.

Авторы, работавшие с ваннами различных температур, указывают, что в первые минуты пребывания в ванне температуры ниже 25° происходит повышение кровяного давления, не наблюдающееся в теплых и индифферентных ваннах, и выравнивающееся через 2—4 минуты (Чельцова, Бейер, Рабинович).

Довольно много работ посвящается вопросу о влиянии углекислых ванн на кровяное давление у гипертоников. Сравнительно слабо разработан вопрос о действии ванн на гипотоников.

Почти все наблюдения над гипертониками приводят к тому, что кровяное давление у гипертоников под влиянием углекислых нарзанных и сероводородных мацестинских ванн понижается как непосредственно во время и после ванны, так и в результате курса лечения, и понижение это является довольно стойким.

Понижение кровяного давления у гипертоников, по данным Михайлова, при органической форме гипертонии равняется в среднем 10—12 mm. Hg для систолич. давл. и 6—10 mm. для диаст., а при функциональных формах доходит до 20—30 mm. Hg. С этим совпадают и данные других авторов.

Данные относительно гипертоников весьма немногочисленны и разноречивы.

Многие ав. считают, что нарзанные и мацестинские ванны действуют на кровяное давление у всех больных одинаково, вне зависимости от состояния кровяного давления до начала лечения.

Наряду с этим есть указания на повышение кровяного давления у гипертоников под влиянием нарзанной ванны до нормы.

Goedel считает, что кровяное давление под влиянием углекислых ванн „должно стремиться от пониженных и повышенных цифр к норме“.

Наряду с этим необходимо отметить, что имеются наблюдения, устанавливающие вообще неблагоприятное влияние углекислых ванн на больных с гипотонией, как это отметил J. Vadal на съезде французских терапевтов в 1929 г. По его данным углекислые ванны дают у больных астеников с артериальной гипотонией с органическим функциональным поражением сердца неблагоприятные результаты. Некоторое улучшение наблюдается лишь у субъектов с не особенно низким давлением. Эти наблюдения ставят под вопрос целесообразность назначения CO<sub>2</sub> ванн больным с гипотонией. Вопрос о влиянии углекислых ванн на кровяное давление у различных категорий б-ных, несмотря на его высокое практическое значение, еще нельзя считать окончательно решенным.

Эти соображения и заставили нас заняться этим вопросом, главным образом, в отношении выяснения сравнительного влияния углекислых ванн на кровяное давление у гипертоников и гипотоников. Наблюдения велись исключительно над больными нашего санатория.

Гипертониками мы считаем больных с max. кров. давл., не ниже 150 mm. Hg, гипотониками — не выше 105 mm. Hg у мужчин и не выше 95 mm. для женщин.

В настоящее время всеми признается, что кровяное давление зависит от многих моментов; при выпадении одного какого-нибудь регулирующего фактора на сцену должны выступать другие, потому нельзя ставить кровяное давление в зависимость только от одного какого-нибудь момента (сердце, сосуд, и т. п.). Исходя из этого соображения, мы при отборе нашего материала обращали главное внимание на состояние самого кровяного давления, которое было в центре нашего внимания.

Под нашим наблюдением гипертоников было 26, из них склеротиков—13 с нарушениями деятельности щитовидной железы—3, с пороками митрального клапана—4, с пороками аортальных клапанов—3, неврастеников—2 и с незаросшим Боталловым протоком—1, в том числе мужчин 18 в возрасте от 23 до 63 лет, кров. давл. у них между 185/85—143/85; женщин 8 в возрасте от 23 до 49 лет, кров. давл.—215/105—140/85.

Гипотоников было 30, из них с пороками митрального клапана—11, и один с пороком митрального и трикуспидального, с недостаточностью аортальных клапанов—3, неврастеников—5, с миокардитом—1, 1 с травматическим разрывом межжелудочковой перегородки и с артерioskлерозом 8, в том числе мужчин 20 в возрасте от 20 до 56 лет, с кров. давл. 105/65—85/68 и женщин в возрасте от 20 до 48 лет с кров. давл. 95/60—82/40.

Каждому вновь прибывшему в санаторий больному при первичном осмотре измерялось кровяное давление; если у больного кров. давл. оказывалось отклоненным от нормы в ту или другую сторону, мы брали его под свое наблюдение: измеряли кровяное давление повторно несколько раз, чтобы убедиться, что данное состояние давления не является случайным и проверяли кров. давл. в течение 3-х дней, т. е. до получения больным первой нарзанной ванны.

Через 3 дня больной получал первую нарзанную ванну, разводяную,  $10^{\circ}$  в  $28^{\circ}$  по Р. Мы наблюдали одну разводяную ванну, затем целую той же температуры и, по возможности, каждую и в. с понижением на  $1^{\circ}$ .

Больным, взятым под наблюдение, назначались ванны преимущественно в  $28^{\circ}$ — $25^{\circ}$ , т. е. индифферентные, что было сделано для того, чтобы по возможности исключить термический фактор; только несколько наблюдений было проведено над ваннами с  $10^{\circ}$   $24^{\circ}$  и  $23^{\circ}$ .

Все ванны проводились до санаторного завтрака, между 6 и 8 часами утра; перед ванной каждый больной получал стакан молока с хлебом.

Самые наблюдения производились по обычной методике. Наш санаторий находился недалеко от Октябрьских ванн; больной приходил в ванное здание в научно-исследовательский кабинет, где отдыхал до ванны 15 минут лежа; здесь ему измерялось кровяное давление, затем он переходил в кабинку, которая находилась рядом, и погружался в ванну.

На край ванны одевалась специальная доска, на которую больной клал руку с манжеткой. Все измерения как в ванном здании, так и в санатории, производились на левой руке больного проверенными, одинаковыми аппаратами Riva-Rossi по слуховому методу Короткова, всегда в одинаковом лежачем положении больного с высоко поднятой головой, приближающемся к положению в ванне.

В ванне измерения кровяного давления производились каждые 3 минуты; затем больной выходил из ванны, заворачивался в простыню и теплое одеяло, ложился на кушетку тут же в кабинке, и ему снова измерялось кровяное давление; после этого больной одевался и выходил в исследовательский кабинет, где отдыхал на кушетке 25 минут; у большинства больных в течение отдыха кров. давление измерялось каждые 8 минут, у некоторых, в виду технических затруднений, только по истечении 25 минут. По возвращении в санаторий 6-ной завтрак и ложился отдыхать; через час по возвращении из ванны снова измерялось кровяное давление и затем еще раз через 2 часа; кроме того, измерения производились в дни между наблюдаемыми ваннами.

Одновременно с измерениями кров. давл. каждый раз считывались пульс и дыхание в течение  $1'$ .

У каждого 6-го проведено под наблюдением в среднем 3—4 ванны. Всего проведено наблюдений над 89-ю ваннами у гипертоников, 102-мя у гипотоников и 9-ю у нормотоников, итого в общем—200 ванн. Отдельных измерений кровяного давления произведено 2 400.

На основании наших наблюдений мы можем расчленить действие нарзанной ванны на четыре фазы: I—сама ванна, II—момент выхода из ванны, III—отдых и IV—последовательное действие ванны.

Что касается 1-ой фазы, то наши наблюдения вполне совпадают с наблюдениями большинства аа, что в ванне кров. давл. понижается у всех больных, почти во всех ваннах, вне зависимости от состояния кров. давл. до ванны.

В наших случаях у гипертоников (в том числе и у гипертоников с артериосклерозом) мы имеем понижение кров. давл. в ванне, как шах. так и min, независимо от  $t^0$  ванны (28°—23°) у всех 100% больных.

Rd. у этих больных в ванне уменьшался в среднем на 6,7 мм. в 53,2% и увеличивался в средн. на 6,2 мм. в 30,6%; в остальных—оставался прежним.

У гипотоников кров. давл. в ванне обычно тоже понижалось.

Rd у гипотоников увеличивался в средн. на 7 мм. в 60,7% ванн, в 24,7% уменьшался в средн. на 6,4 мм. и в остальных оставался прежним.

Суммируя данные по всем группам больных, мы имеем понижение кров. давл. в ванне у всех 100% больных.

II фаза—момент выхода из ванны (или правильное изменение кров. давл. через 2' после конца ванны) характеризуется повышением кров. давл.

Если рассматривать изменение кров. давл. после ванны по сравнению с состоянием кров. давл. до ванны, т. е. с исходным кров. давлением, то мы наблюдали повышение шах кр. давл. после ванны в 65% всех ванн; при сравнении кров. давл. после ванны с кров. давл. при последнем измерении в ванне, получается повышение в 99% ванн.

У гипотоников мы имеем повышенные кров. давл. в большем проценте ванн, чем у гипертоников; наибольшее повышение давл. давали эклеротики гипертоники, затем склеротики же гипотоники. Требуется поэтому большая осторожность при назначении нарзан. ванн склеротикам, особенно, гипертоникам.

Повышение шах. кров. давл. после ванны, по сравнению с его величиной при последнем измерении в ванне, мы наблюдали у гипертоников в 98% всех ванн, в средн. у склеротиков на 18,16 мм., у др. гипертоников на 17,76 мм.; у гипотоников во всех 100% в средн. на 13,42 мм. Mn. давл. у гипертоников повышалось во всех 100% ванн, в среднем у склеротиков на 14,07 мм., у др. на 13,61 мм.; у гипотоников в 96,0% в средн. на 12,82 мм.

Суммируя все эти данные, можно сказать, что во II фазе, кров. давл. повышается по сравнению с исходной величиной после большинства ванн вне зависимости от состояния кров. давл. 6-го до ванны и от природы патологического состояния этого давления.

Rd. во II фазе изменялся по сравнению с исходным у гипертоников и гипотоников тоже почти одинаково:



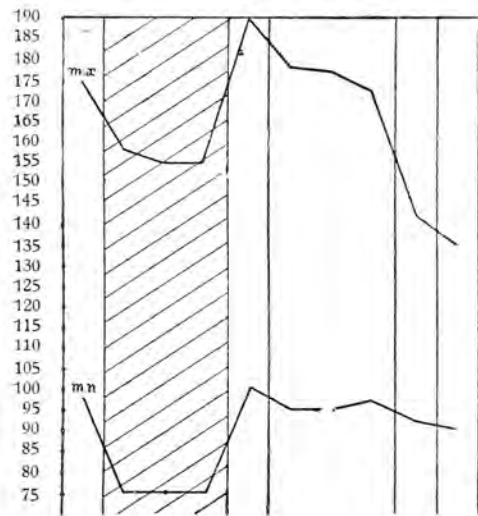
Изменение рд. во II фазе.

Группа б-ных	Увеличение		Уменьшение		Без пере- мен
	% ванн	ср. вел. в ммHg	% ванн	ср. вел. в ммHg	% ванн
Гипертоники . . . . .	53,3	8,7	32,2	9,2	14,5
Гипотоники . . . . .	58,8	8,6	30,0	5,1	11,2

III фаза—отдых больного после ванны дает в большинстве случаев снова понижение кров. давления.

Здесь интересно отметить некоторую разницу в данных у гипертоников и гипотоников: случай повышения тх. кров. давл. после отдыха

5 ванна Ц. Н. 27° 10'.  
 ммHg. До в. . . . . Ванна П. в. . . . . Отдых 1 ч. 2 ч.  
 3' 6' 9' 2' 8' 16' 25'



Кривая № 1.

Б-ная Б-ва 49 л. Arteriosclerosis.  
 Кров. давл. при поступл. 160/110.

ных, не отмечается. Только так же, как и в предыдущей фазе, склеротика, особенно гипертоники, дают более резкое повышение кров. давл., чем др. группы.

Итак, в III фазе, в наших наблюдениях, намечается некоторое незначительное, но все же различие в реакции кров. давл. у гипертоников и гипотоников под влиянием нарзанной ванны.

IV фазу—последовательное действие отдельных ванн мы могли наблюдать только течение ближайших 2-х часов после ванны, точнее—после отдыха; причем мы должны указать, что не все б-ные отдыхали течение этого времени, некоторые в промежутках между измерениями вели обычный образ жизни, в пределах санатория.

у гипертоников не превышают 12,0% ванн, а у гипотоников они наблюдаются в среднем 36,0%, т. е. втрое чаще, тп. кров. давл. у гипертоников повышается в средн. в 31,0% ванн, а у гипотоников в 48,0%. Понижение же тх. кров. давл., наблюдаемое у гипертоников больше, чем в 80,0% ванн, у гипотоников встречается в среднем в 52—53%.

В некоторых случаях, проверяя состояние кров. давл. во время отдыха каждые 8 мин., мы могли наблюдать его постепенное понижение у гипертоников и повышение у гипотоников (см. кривые №№ 1, 2, 3 и 4).

Особенной разницы в изменении кров. давл. во время

III фазы у гипертоников и гипотоников в зависимости от причины их гипер- и гипотонии, как видно из вышеприведенных дан-

Мы измеряли кров. давл. через 1 час, считая от последнего измерения в ванном здании после отдыха, и затем через 2 часа. Кроме того, как мы уже указывали, и в дни между ваннами.

Сравнивая средние данные всех гипертоников с средними же данными всех гипотоников, без различия происхождения их гипер- и гипотонии, мы получаем заметную разницу в реакции кров. давл. у тех и других<sup>1)</sup>.

Здесь ясно выступает значительное преобладание случаев с понижением кров. давл. у гипертоников и с повышением у гипотоников.

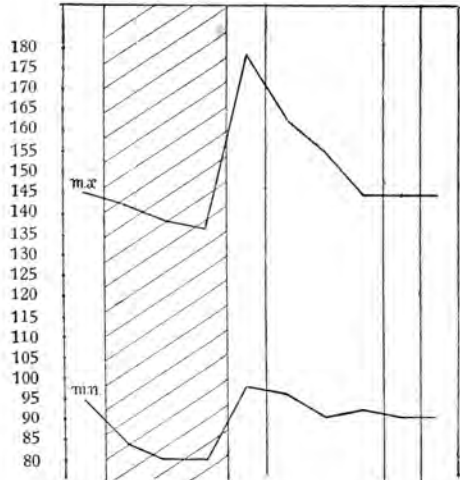
Что касается рд, то он под влиянием нарзанной ванны у гипертоников, преимущественно, уменьшался по сравнению с исходным, а у гипотоников увеличивался или оставался прежним.

Итак, та незначительная разница в реакции кров. давл. гипертоников и гипотоников на нарзанную ванну, которая намечалась во время отдыха, в течение ближайших после ванны часов выступает уже вполне отчетливо и заключается в тенденции к понижению кров. давления у гипертоников и к повышению его у гипотоников.

Основываясь на этих данных, мы и говорим о двух типах изменения кров. давл. под влиянием нарзан. ванны; о типе гипертоническом (кривые №№ 1 и 2) и о типе гипотоническом (кривые №№ 3 и 4). Первый обнаруживает тенденцию к понижению кров. давл., второй — к повышению его, т. е. и в том, и в другом случае имеется стремление кров. давления к нормальному уровню.

8 ванна 26' 10".

mmHg. До в.	Ванна		П. в.		Отдых		1 ч.	2 ч.
	3'	6'	9'	2'	8'	16'	25'	

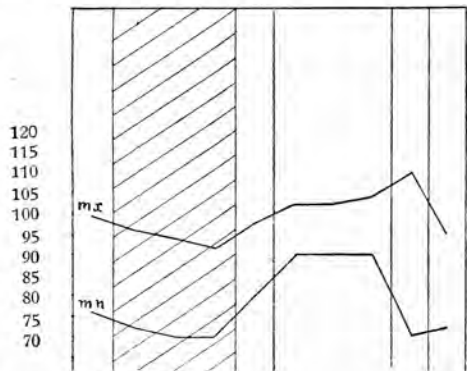


Кривая № 2.

Б-ной П-ко, 61 г. Arterioscler. Cor adipos.  
Кров. давл. при пост. 170/100.

7 ванна П. Н. 27<sup>0</sup> 8'.

mmHg. До в.	Ванна		П. в.		Отдых		1 ч.	2 ч.
	2'	5'	8'	2'	10'	18'	25'	



Кривая № 3.

Б-ная П-ва 40 л. Insuff. et sten. mitr.  
Кров. давл. при пост. 95/65.

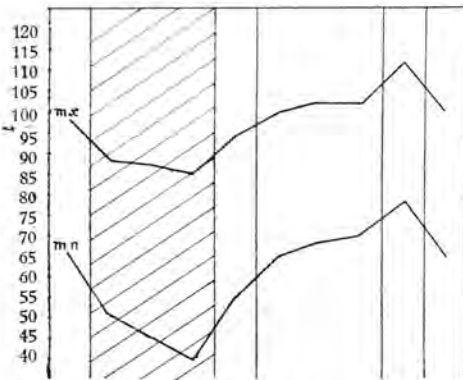
<sup>1)</sup> По техническим причинам таблицы не могли быть помещены. Ред.

Если проследить изменения кров. давл. еще дальше, а именно, по окончании курса лечения, то для гипотоников получается более бледный результат.

Из 28 гипертоников шх. кров. давл. понизилось у 27-ми. т. е. в 94,4%, в среднем на 25,0 mm. Hg; мп. у 22-х в средн. на 11,5 mm. (в 2-х случ. с недост. аорты, оно не определ.), повысилось у 4-х; рд уменьшился у 22-х, остался прежним у 3-х и в 1 случае увеличился.

Из 33 гипотоников шх. кров. давл. повысилось только у 14-ти, т. е. в 42,1% в средн. на 9,6 mm., осталось без изменения у 6-ти, а у остальных 13-ти понизилось в средн. на 8,7 mm.; мп. повысилось у 12-ти, понизилось у 11-ти; рд увеличился у 15-ти, уменьшился у 7-ми.

6 ванн Ц. Н. 25° 10'.	
mmHg. До в.	Ванна П. в. Отдых Т. ч. 2 ч.
3'	6' 9' 2' 10' 18' 25'



Кривая № 4.

Б-ная С-ва 34 л. Sten. et insuff. mitr.  
Кров. давл. при пост. 95/60.

Следовательно, понижение кров. давл. под влиянием нарзанных ванн у гипертоников наблюдается почти во всех случаях и фиксируется оно довольно прочно и на длительное время, повышение же у гипотоников встречается не столь постоянно, фиксируется оно очень не прочно и на очень короткое время.

Однако, и у тех и у других выступает все же определенная тенденция, хотя и противоположная по своему характеру, но одинаковая по своему биологическому значению, так как она стремится привести кров. давление к нормальному уровню и, следовательно, поставить организм в оптимальные условия.

Что касается изменений кров. давл. у нормотоников, то на основании немногих проведенных нами ванн, можно сказать, что они приближаются, в зависимости от исходной величины кров. давл., то к типу гипертоническому, то к типу гипотоническому, давая лишь более слабую реакцию.

Как мы уже упоминали, по наблюдениям некоторых аа, многие б-ные дают понижение кров. давления в первые дни по прибытии в Кисловодск, еще до приема нарз. ванн.

Таким образом, в результате лечения, мы не наблюдали у гипотоников того повышения кров. давл., которое они давали в ближайшие после ванны часы.

Изменение кров. давл. по окончании лечения мы проверили еще на 100 санаторных б-ных, и эти данные подтвердили предыдущие, а именно: гипертоники дали понижение кров. давл. в 100% от 10 до 50 mm. Hg, в средн. на 26,0 mm.; мп.—в 94,0% от 8 до 32 mm., в средн. на 16,0 mm. Гипотоники дали повышение шх. в 50% от 3 до 12 mm., в средн. на 7,5 mm., понижение в 20%; мп. повысилось только в 30%, а понизилось в 50% случаев (остальные случаи без изменений).



Мы наблюдали это понижение кров. давл., главным образом, у гипертоников, их.—в 75,00% всех проверенных нами случаев, в средн. на 15,0 мм. и мм в 50,00% на 8 мм.

Что касается самочувствия наших б-ных по окончании курса лечения, что как гипертоники, так и гипотоники во всех случаях отмечали субъективное улучшение. Конечно, здесь нужно учитывать влияние всех условий, в которых б-ной находился в Кисловодске, а не только действие нарзанных ванн.

Наблюдения над изменением под влиянием н. ванн пульса и дыхания проводились нами попутно с наблюдениями над изменением кров. давл., но так как мы не занимались специально этими вопросами, то предпочитаем сейчас не говорить о них.

Точно также мы не будем делать никаких выводов о значении температуры ванн, так как большинство наших наблюдений проведено над ваннами индифферентной температуры.

*Выводы.* 1. В действии нарзанной ванны на кров. давл. б-го можно различать 4 фазы. Наиболее важной для суждения о действии н. ванны является IV фаза—последовательное действие н. ванны.

2. Кровяное давление в ванне у всех б-ных, как гипертоников, так и гипотоников, *понижается*, а в момент выхода из ванны *повышается*.

3. В течение отдыха и ближайших после ванны часов наблюдается тенденция н. ванн *понижать* кров. давл. у б-ных с *гипертонией* и *повышать* у б-ных с *гипотонией* (выраженная чаще и яснее у гипертоников).

4. Понижение кров. давл. у б-ных с гипертонией фиксируется прочно и остается до конца лечения, как результат его. В противоположность этому повышение кров. давл. у б-ных с гипотонией носит очень нестойкий характер.

5. Едва ли можно говорить о специфическом действии н. ванн как фактора, понижающего кров. давл. у гипертоников. Влияние нарзанных ванн на кровяное давление является результатом общего реактивного действия нарз. ванн на организм, особенно на сердечно-сосудистую систему, которая в ответ на раздражающее действие углекислых ванн стремится притти в состояние оптимального биологического равновесия

В этом смысле можно говорить о регулирующем действии нарзан. ванн на сердечно-сосудистую систему.

6. Нарзанные ванны индифферентной  $t^{\circ}$  могут иметь достаточно выраженное реактивное действие.

*Литература.* 1) Franz, M. Groedel. Физические методы лечения болезней сердца и сосудов. 1927 г.—2) И. А. Ициксон. О средствах, понижающих кров. давл. Русская клиника, № 57. 1929 г.—3) BadaI. Съезд французских терапевтов в 1929 г. Presse. méd. 1929 г.—4) К. Ф. Михайлов. Труды Бальн. ин-та. Т. II. 1925 г.—5) А. А. Прозоровский и А. В. Кузнецов. Труды Бальн. ин-та. Т. I. 1923 г.—6) В. А. Бейер. Труды Бальн. ин-та. Т. III. 1924 г.—7) М. С. Рабинович. Труды Центр. гос. ин-та курорт. 1928.—8) И. С. Правдин. Курортное дело, № 2. 1926.—9) О. И. Чельцова. Труды Бальн. ин-та. Т. I. 1923.—10) С. Л. Рогачевский. Вестник современной медицины, № 13. 1929.—11) С. Л. Заводской. Врач. газ. № 6. 1929.—12) И. А. Виноградов и Д. Л. Биберфельд. Азербейд. мед. ж. № 1. 1929.—13) А. И. Нестеров. Кур. дело. № 9—10. 1925.—14) П. Е. Кавецкий и Д. Б. Шмуэльсон. Кур. дело, № 3. 1929.—15) И. Л. Фокерман. Клинич. мед., № 23. 1927.—16) М. Я. Арьев. Труды Бальн. ин. Т. I. 1923.

Из Факультетской хирургической клиники Казанск. госуд. ун-та (Директор профессор А. В. Вишневецкий) и Терапевтической клиники Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей имени В. И. Ленина (Директор проф. Р. А. Лурья).

## К хирургическому лечению абсцессов легких.

Ю. И. Зака и М. И. Ойфебаха.

Настоящее сообщение составляет лишь часть работы по изучению легочных абсцессов, разрабатываемых терапевтической клиникой у-та, и касается главным образом случаев хирургического их лечения, наблюдавшихся совместно с хирургической клиникой у-та.

Материал в 48 сл., накопленный терапевтической клиникой за последние 5 лет (1925—29 г.), показал, что легочные абсцессы не представляют собой той большой редкости, о которой говорили старые авторы (Труссо, Лаеннек и др.). В этом сыграло роль не только то обстоятельство, что клиника начала обращать больше внимания на распознавание этих случаев, но, повидимому, участвовавшие гриппозные эпидемии во многом объясняют значительное распространение этого заболевания и у нас.

Отсюда понятно то внимание, которое уделяется этой главе легочной патологии не только интернистами, но и хирургами, и отоларингологами.

Однако, мы до сих пор еще не имеем общепринятого мнения в вопросах терапии легочных абсцессов и статистический материал пестрит разноречивыми данными. Это с достаточной ясностью видно из того, что наряду с указаниями многих хирургов о значительном проценте (до 60—90%) смертности при консервативном лечении, терапевты приводят внушительный материал самоизлечения абсцессов (от 10—50%) без активного вмешательства.

Но разногласия существуют не только между терапевтами и хирургами, но и среди представителей каждой специальности. В чем же кроются причины разного подхода терапевтов к хирургическим методам лечения? Их можно свести к следующим основным моментам: 1) до сих пор, несмотря на ряд пособных методов—рентген, лаборатория—случай абсцессов нередко в работе практического врача не распознаются и фигурируют под диагнозами туберкулез легких, гнойный бронхит и т. д.; 2) позднее распознавание абсцессов легких терапевтами и отсюда направление их в тяжелом запущенном состоянии к хирургам для операции—этим отчасти объясняется печальная статистика неблагоприятных исходов хирургического метода, 3) преувеличение опасностей оперативного вмешательства, его технических трудностей, и боязнь осложнений (кровотечения, хронический незаживающий свищ, диссеминация процесса, рецидивы и т. д.) и, наконец, 4) спонтанное излечение абсцессов путем прорыва в бронх с последующим рубцеванием.

Если же обратиться к взглядам хирургов на применение оперативного метода при легочных гнойниках, то мы среди них видим представителей, с одной стороны, активного и быстрого хирургического вмешательства как только распознан легочной абсцесс, а с другой стороны, ряд виднейших представителей хирургии в Западной Европе и у нас

в Союзе (Tuffier, Rou-Berger, Gregoire, Спасокукоцкий и др.) в настоящее время отказались от хирургического вмешательства при легочных нагноениях. Последние являются сторонниками консервативной хирургической терапии. Она может быть сведена в основном к следующему: 1) Сдавление легочного гнойника палочением искусственного пнеймоторакса (коллапсотерапия), 2) операция френико-экзереза, преследующая ту же цель, и 3) аспирация содержимого легочного гнойника посредством бронхоскопа.

Искусственный пнеймоторакс, примененный при легочном абсцессе еще в 1910 г. Fogliani, получил довольно большое распространение, и в настоящее время мы имеем ряд литературных указаний на благоприятный результат его: так, Fin wik на 14 случаев получил 11 выздоровлений, Finsburg на 25 случаев—20 выздоровлений. Ряд румынских авторов Piticarin, Ilie, Pautir подтверждает эти данные. Meyer-Börnneske указывают на основании своего опыта, что если в течение 3 месячного лечения пнеймотораксом мы не достигаем эффекта, больного следует передать в руки хирурга для операции. Другие авторы комбинируют коллапсотерапию с неосальварсаном и получают блестящий результат: так, по данным Леви и а-Флидермана на 27 случаев в 84% наступило полное выздоровление. Eggers (Америка) комбинирует коллапсотерапию с аспирацией гноя посредством бронхоскопа. Однако, ряд авторов указывает на опасность этого метода; так, напр. Marietta из 3-х случаев, леченных искусственным пнеймотораксом, в одном видел смертельный исход вследствие прорыва содержимого абсцесса в плевру и образование пвонеймоторакса. Sauerbruch, Brauer являются противниками этого метода, ибо он не дает эффекта в смысле полного выздоровления, т. к. сжатое легкое, будучи в дальнейшем распущено, не гарантировано от обострения в нем старого гнойного процесса, не говоря уже об опасности его прорыва в плевру Dorendorf, являясь противником искусственного пнеймоторакса, однако считает возможным его применение для периферически расположенных абсцессов. По его мнению, пнеймоторакс может помочь хирургу, он указывает на место расположения спаек, кроме того сжатое легкое уменьшает опасность аспирации. Некоторые французские авторы считают показанным искусственный пнеймоторакс лишь при глубоко расположенных абсцессах, недоступных для ножа хирурга (гилосная область).

Что касается френикоэкзереза при легочных абсцессах, то этот метод применялся итальянскими авторами Morgone, Giovani и у нас Спасокукоцким, Незлиным с хорошим результатом. Мы в двух случаях наблюдали больных, у которых гнойники были расположены в нижних отделах правого легкого, и френикоэкзерез дал значительное улучшение.

Третий метод консервативной хирургии является аспирацией гноя из полости абсцесса посредством бронхоскопа. В этом направлении проделана большая работа, главным образом, американскими авторами Jackson, Chevalier и др. У нас в Союзе этот метод не получил распространения. Помимо одного случая Соколова, Спасокукоцкого мы можем сослаться на совместную работу в этом направлении терапевтической и ото-рино-ларингологической клиники ин-та для усовершенствования врачей в Казани. Работами Трутнева, Ойфебаха, доложенными на 3-м Краевом съезде ларингологов в Казани в 1929 г., были предло-

жены следующие основные положения для применения бронхоскопа в терапии абсцессов легких: 1) аспирация содержимого легочного гноиника показана лишь в случаях естественного дренажа полости абсцесса с выводящим бронхом: а) в острых случаях абсцесса, вследствие попадания инородного тела и аспирации инфекционного материала; б) если абсцесс расположен глубоко в области гилуса или у средостения и недоступен хирургу; в) при хронических абсцессах, когда консервативные методы не дали результата, а оперативное вмешательство невозможно (общее тяжелое состояние больного, отказ от операции и т. д.); 2) бронхоскопия противопоказана: а) в остром периоде легочного абсцесса, когда еще не выявился процесс ограничения гноиника во избежание диссеминации процесса; б) при склонности к легочным кровотечениям и в) при множественных абсцессах септического происхождения.

Нужно, однако, отметить, что в бронхоскопии даже тогда, когда на лицо все показания к ее применению, не следует видеть самодовлеющего метода и она должна применяться в комбинации с другими методами консервативной терапии (покой, диета, Durstkuhr, неосальварсан и т. д.), причем выбор метода требует значительной осторожности, индивидуализации случая при совместной работе терапевта, хирурга и ларинголога, хорошо владеющего методом бронхоскопии.

Переходя к активному хирургическому вмешательству при легочных абсцессах, укажем, что статистические данные многих хирургов дают значительный процент выздоровления при оперативном методе. Достаточно указать, что такой авторитет как Grauer считает операцией при правильной технике относительно безопасной. Большая статистика Gaggé на 582 случая, собранных им в мировой литературе, указывает на выздоровление после пнеймотомии в 83%, у Опокина на 44 сл. выздоровело 85% в острых случаях, 79% при хронических, у Кушевой соответственно 84 и 33%, Sauerbruch 83%—66%, Hedblom 66%—63%, у Грекова в общем 66%. Таким образом, эти данные указывают, что случаи хронических абсцессов дают значительно худший результат при оперативном вмешательстве по сравнению с острыми абсцессами. Сравнивая эти данные и учитывая тот „Дамоклов меч“, под которым находятся абсцессо-носители, а именно: постепенно нарастающая кахексия, опасность прорыва абсцесса в соседние органы, в плевру, перикард, метастаз гноя в большой круг кровообращения, опасность внутренних кровотечений (Jeh n), становится, нам кажется, бесспорным, что хирургическое лечение гноиников легких является одним из важных методов терапии, причем результат оперативного вмешательства зависит от своевременно произведенной, при правильных показаниях, операции, с одной стороны, и техники, с другой. По отношению первого вопроса до сих пор, к сожалению, нет единства мнений между терапевтами и хирургами, и вопрос, когда именно оперировать, еще остается спорным. Несомненно только одно, что оперировать следует при наличии сращения плевры, и если таковые на операции не обнаруживаются, необходимо создать их тем или иным путем (Grauer). Sauerbruch считает, что если в течение 6—8 недель с момента обнаружения абсцесса излечение при применении консервативных методов лечения не наступило, необходимо оперировать; если же в течение этого времени гной становится злокачественным, тогда операция абсолютно показывается. Опокин приходит к выво-



дам, что „пнеймотомия при абсцессах должна делаться тотчас же, если диагностируется абсцесс“ и, что „во-время сделанная пнеймотомия есть лучшая гарантия успеха“. Гессе считает, что при лечении абсцессов неосальварсаном (при наличии фузоспирилеза), срок определяется воздействием последнего, а именно: показанием к операции служит отрицательное однократное введение его при абсцессе, сообщаемом с бронхом, и 3—4-кратное поднятие температуры при несообщаемом с бронхом абсцессе. Мы, на основании нашего материала, считаем срок для терапевтического лечения 6—8 недель, и если за это время не произошло улучшения—необходима операция. Операцию в остром периоде легочного гноиника мы считаем непоказанной еще и потому, что не успел произойти процесс отграничения абсцесса. Опасность диссеминации гноиника в этом периоде особенно велика. Далее, важное значение при оценке показаний имеет расположение абсцесса (доступность для хирурга), его множественность и, наконец, этиологический момент. Понятно, что в случаях множественных абсцессов, когда налицо диффузное нагноение легочной ткани, оперативное вмешательство противопоказано—(Спасокукоцкий), точно так же, как и в случаях множественных гноиников легкого в результате септической инфекции, где в огромном большинстве судьба больных predetermined.

Из методов оперативного лечения, производившаяся ранее, пункция утратила свое значение как оперативный метод, и в настоящее время приобрела права гражданства пнеймотомия. Последнюю предложил еще Гиппократ, считавший, что неразрешившееся в течение 15—22 дней воспаление легких должно кончиться гноиником, и если таковой сам не вскрылся в дыхательные пути, необходимо опорожнить его наружу путем вскрытия грудной клетки.

Sauerbruch выдвигает 2 момента при производстве пнеймотомии: 1) точное знание анатомической локализации гноиника и 2) наличие плевральных сращений, при которых и можно опорожнить абсцесс путем вскрытия грудной клетки, не рискуя инфицировать плевру, ибо в последнем случае: „печальная судьба больных predetermined“. Далее, он указывает на важность правильного выбора места операции и подхода к гноинику, рекомендуя таковой при расположении его в верхней доле—сзади и с подмышечной области, а при расположении в нижней доле оперировать только сзади (место выбора).

Не останавливаясь подробно на рентгеновской характеристике легочных абсцессов, укажем, что, зная перед операцией рентгеновскую картину, мы уже в большей степени ориентированы в топографии гноиника, но расположение его мы окончательно распознаем путем пробного прокола. По единодушному мнению почти всех авторов, ни в коем случае нельзя производить прокол с диагностической целью до операции, в таких случаях налицо возможность диссеминации процесса и инфекция плевры. Поэтому, как правило, пробный прокол делается в момент самой операции. Здесь мы подчеркиваем, что нельзя ограничиться определением локализации абсцесса лишь по проекции на грудную клетку даже при стереоскопических снимках, а хирургу следует идти по верному пути, почему, обнаруживши гной (а прокол следует производить настойчиво, несколько раз и в разных направлениях), не следует вынимать иглы и оперировать по ходу ее.

Что касается сращения плевры, то хотя и имеется указание на возможность отсутствия их даже при хроническом абсцессе (Neuber, Krause, Quinque, Grauer, Спизжарный и др.), однако в громадном большинстве случаев, даже при остром течении, они развиваются довольно быстро (наш случай № 3), и на нашем материале оперированных абсцессов разной давности сращения были налицо во всех случаях.

Далее, в отношении двух-или одномоментного способа операции Sauerbruch рекомендует при наличии сращений производить операцию в один прием, а при отсутствии таковых—двухмоментно, при этом он отвергает метод вшивания легкого в рану. Grauer при отсутствии спаек указывает на необходимость искусственного их образования, что значительно облегчает оперативное вмешательство. В наших случаях операция производилась одномоментно и вследствие наличия спаек не представляла больших технических трудностей. Следующим важным моментом является выбор обезболивания. Sauerbruch рекомендует при наличии сращений местную анестезию, считая ее недостаточной при отсутствии их, т. к. в этих случаях сохранены рефлексы с плевры. Учитывая, повидимому, все же опасность наркоза, он рекомендует часть операции (разрез и резекцию ребер) делать под местной анестезией, а затем уже дать наркоз. Jehn, не указывая определенно на какой-либо метод обезболивания, говорит о паравертебральной и проводниковой анестезии. Среди русских хирургов имеются сторонники общего наркоза, однако, следует учесть опасность осложнений при общем наркозе, в особенности при легочных операциях. Общее тяжелое состояние больных, асфиксия от попадания в бронхи полостного секрета и крови, диссеминация процесса, вследствие аспирации гноя, уничтожение глоточного и кашлевого рефлекса особенно благоприятствуют легочным осложнениям. Вот почему во всех наших случаях применялась местная инфильтрационная анестезия при помощи ползучего инфильтрата по методу профессора А. В. Вишневецкого, и мы настоятельно рекомендуем его, т. к. он предохраняет от вышеизложенных осложнений и может быть проведен в любом случае, не ухудшая общего состояния больного и не осложняя хода операции. Что касается возможности шока, беспокойства больных, на что указывают противники местной анестезии, то они избегаются анестезией более широких участков плевры, а не только в пределах разреза.

Далее, возникает вопрос, в каком положении оперировать больного. По единодушному мнению большинства не рекомендуется оперировать в лежащем положении, т. к. в этих случаях больной лежит на здоровом боку, что вызывает сдавление здорового легкого, вследствие чего увеличивается опасность осложнений. Затем, выдвигается положение полусидячее и сидячее. Первое несколько уменьшает возможность осложнений, но страдает тем, что затрудняет подход к гнойнику при необходимости оперировать сзади (самый частый подход); мы считаем наиболее удобным второе положение, поэтому оперативное вмешательство в наших случаях производилось в сидячем положении.

Из послеоперационных осложнений прежде всего указывается на кровотечение, которое зависит от тампонады или дренажа полости. Тампонада способствует образованию пролежня ближайших сосудов и раздражает слизистую бронхов, что в свою очередь вызывает резкие

приступы кашля. Опокин указывает на коллапс, зависящий от энергичных манипуляций в легочной ткани и давления на *vagus*, а иногда от промывания полости абсцесса (если таковое производится). Большое значение имеет также уход за тканью как легкого, так и кожной раны во избежание образования долго незаживающих свищей и бронхиальных фистул. Для избежания этого осложнения большую услугу оказывает эмульсия из *Balsam. peruvian.* по прописи проф. А. В. Вишневецкого (*Balsam. peruv.* 25,0, *Ol. ricini* 100,0; *Dermatol* 5,0), в которой сочетается прекрасное бактерицидное и стимулирующее действие, что способствует быстрейшему заживлению раны, при этом правильная тампонада дает равномерную грануляцию, чем избегается возможность заживления кожной раны раньше, чем загранулируется полость в легком. Эта же тампонада в значительной степени предупреждает возможность образования пролежней сосудов, а также уменьшает раздражение легочной ткани и бронхов. После операции мы больным обычно только в первые дни рекомендуем строгий постельный режим и покой, и то в большинстве случаев в сидячем или полусидячем положении, в дальнейшем же следует изменить режим, т. к. горизонтальное положение способствует гипостатическим пневмониям, особенно тяжело протекающим у этих больных. Соблюдение этих положений уменьшает послеоперационные осложнения, и на нашем материале мы имели таковые в 2-х случаях (№ 6—кровотечение тут же после операции и № 4—долго длившийся послеоперационный свищ с гнойным отделением, но с последующим стойким выздоровлением).

Не останавливаясь подробно на других методах оперативного вмешательства, укажем на способ Whitmore'a, рекомендующего резекцию трех или четырех ребер, не разрушая спаек или, наоборот, предварительно создав их, с последующим выжиганием пораженного участка легких при помощи термокаутера. Graham сообщает о 45-ти случаях, где каутеризация была применена 100 раз с хорошим результатом (69% выздоровления). Далее, за последнее время была предложена при легочных абсцессах, помимо торакопластики, операция пнеймолиза с удовлетворительным результатом (Saengerbuch и др.).

После этого краткого анализа хирургических методов лечения мы считаем необходимым привести наш материал:

*Случай I.* Б-ой Т., 46 лет, в марте 1927 г. перенес грип. пневмонию; за несколько дней до поступления в клинику появилась гнойная мокрота с запахом, в количестве до 1 стакана в сутки. Температура 38—39°. Объективно: слева у середины и под углом лопатки бронхиальное дыхание с амф. оттенком, полостная бронхофония, звучные хрипы, движения диафрагмы ограничены. ВК—, эл. вол.+. Рентген—значительное затемнение нижней доли левого легкого, на уровне лопатки—подвижи. уровень жидкости; вуаль всего легочного поля. Течение: прогресс. ухудшение общего состояния, нарастание  $1^0$ , мокроты до 200—300 куб. в сутки; 3-кратное введение неосальварсана—безрезультатно. 9/V 27 пнеймотомия. Быстрое падение  $1^0$ , резкое уменьшение кол. мокроты, потерявшей гнил. запах, общее улучшение, в дальнейшем выздоровление (неоднократные повторные рентгеновские исследования). Последнее исследование в марте 1930 г.—пучок соединит. тканых тяжей на границе среднего и нижнего отдела левого легкого; спайки диафрагмальных листов плевры. Полное излечение абсцесса.

*Случай II.* Б-ой Т., 53 лет, поступил в терапевтическую клику с явлениями гриппозной пневмонии, болен около 3-х недель. Объективно: эмфизема обоих легких, у нижнего края правой лопатки притупление, бронх. выдох, влажн. мел.-пузырч. хрипы в небольшом количестве, шум трения плевры. Мокрота без запаха, ВК и

эл. вол. не обнаружены. Рентген: в нижнем поле правого легкого гомогенное затемнение, с округлыми очертаниями с нерезкими контурами, френрикокастные углы свободны, сердце не смещено. Прогресс, ухудшение, нарастание  $t^0$  до 39,5°, поты и знобы. Неосальварсан безрезультатно. 29/IV 27 г. пнеймотомия, из полости абсцесса выделено значительное количество гноя; послеоперационный период без осложнения, выписан с значительным улучшением, амбулаторное наблюдение около 3-х лет. Рентгеноскопия в 1930 г.: правый купол диафрагмы приподнят и спайки латеральными мощными швартами, косое стояние ребер справа. Полное излечение абсцесса.

*Случай III.* Б-ой А., 57 лет, поступил в терапевтическую кл-ку с явлениями типичной крупозной пнеймонии.  $T^0$  до 39°. На 18 день болезни большой выхаркнул большое количество светло-зеленой мокроты (до 300,0) без запаха, ВК—, эл. вол.+ . Рентген: справа в нижнем поле хорошо ограниченное снизу округлое интенсивное затемнение; верхняя граница тени горизонтальна и над ней пузырь воздуха. Купол диафрагмы хорошо различим, углы свободны. 26/I 1928 г. пнеймотомия, из полости абсцесса удалено 150,0 гноя. Через день падение  $t^0$  почти до нормы, значительное улучшение общего самочувствия, через м-ц выписан в хор. состоянии, рана закрылась через 1½ м-ца после операции. Выздоровление, восстановление работоспособности.

*Случай IV.* Б-ая К., 28 лет, поступила в тер. кл-ку по поводу кровохарканья, болей в правом боку, кашля с значительным количеством мокроты с запахом, и общей слабостью. Больна около 3½ м-цев, причем вначале заболевания перенесла гриппозную инфекцию (повидимому, гриппозную пнеймонию); через м-ц после заболевания появились кровохарканье, которое в дальнейшем неоднократно повторялось. Объективно: б-ая *подорванного* питания, перкуторно—справа притупление справа до средней лопатки, спереди до четвертого ребра с тимпанитом в гилусе, где выслушиваются крепит. звуки. хрипы, дыхание с бронхимальным оттенком, усилен fremitus и бронхофония.  $T^0$  до 40°, поты и знобы, ВК—, эл. вол.+ , суточи. кол. мокроты до 250,0, трехслойная, с запахом и с примесью крови. Рентген: гомогенная интенсивная тень в среднем поле справа, хорошо ограниченная снизу; сверху тень менее интенсивна, виден подвижный уровень жидкости. Четырехкратное введение неосальварсана—безрезультатно, прогрессирующее ухудшение; переведена в хирургическую кл-ку для операции. 24/I 28 г. неоднократные пункции в различных направлениях в области проекции абсцесса—безрезультатны, гной не обнаружен. Б-ая не оперирована и переведена обратно в тер. кл-ку, где за время повторного пребывания  $t^0$  держится до 39,8, количество мокроты прежнего характера увеличилось до 450,0, эл. вол.+ , спирохеты и пневмококки отсутствуют. Повторное рент. иссл.: затемнение среднего легочного поля справа величиною с яблоко; над диафрагмой справа же сплошное затемнение до нижнего угла лопатки, медвальные контуры тени неровны, изрезаны. 19/II 28 г. легочное кровотечение (500,0)—вновь переведена в хирургич. кл-ку для операции. 27/II 28 г. пункция в области V—VI ребра справа—добыт гной, резекция указанных ребер и пнеймотомия; из области абсцесса удалено значительное количество гноя. На второй день после операции значительное уменьшение количества выделяемой мокроты, улучшение общего состояния. На 3-й день  $t^0$  пала до нормы. Б-ая пролежала в кл-ке 2 месяца и выписалась с значительным улучшением, рана зажила, мокроты нет, прибыва в весе 15 ф. Через м-ц рана разошлась, и из нее вновь появилось выделение гноя. Кашель с мокротой усилился, но без запаха. Рентген: нежные спайки над куполом диафрагмы справа; в средней части округлая гомогенная тень с нерезкими контурами, уровня не видно. Амбулаторное лечение в течение 1½ м., и рана вновь закрылась, а также исчезли общие явления. В конце сентября—кровохарканье (стакан крови), кашель с обильной мокротой с гнилостным запахом и вторичным расхождением раны с гнойными выделениями из таковой. Повторное амбулаторное лечение в течение м-ца, рана закрылась. Дальнейшее наблюдение дает указание на полное выздоровление. Контрольный рентген 7/VI 29 г.—справа в верхнем легочном поле гомогенное затемнение, за счет утолщения плевры; спайки диафрагмальных листков плевры справа с орг. движений—диафрагмы; в марте 1930 г. рентгенологически рубец на месте бывшего абсцесса. Здорова.

Особенности случая. 1) Первый раз при определенных клинических и рентгеновских данных за наличие абсцесса—неоднократная пункция давала отрицательный результат, и лишь вторично, спустя м-ц, при пункции обнаружен гной. 2) Мы имеем, несомненно, дело с множественным абсцессом, и расхождение раны связано было, повидимому, со вскрытием в опорожненную полость др. абсцессов,



причем во второй раз вскрытие произошло одновременно и в бронх, что указывает на необходимость при нетипичной рентгеновской картине изолир. гнойников прибегать к рентгеноскопии вскоре же после операции до заживления еще раны, чтобы знать как вести послеоперационный период—дать ли ране закрыться или нет—в ожидании вскрытия других гнойников; а может быть (по Фабриканту) следует войти в полость гнойника пальцем или каким-либо инструментом и соединить с ней рядом расположенные полости и, наконец, 3) за такими сомнительными в смысле множественности абсцессов большими необходимо длительное и повторное наблюдение.

*Случай V.* Б-ой Б., 34 лет, перенес в январе 1928 г. гриппозную плевронеймонию, осложненную правосторонним гнойным плевритом. Жалуется на боль в правом боку, одышку, слабость, кашель с обильной гнойной мокротой (до 200,0 в сутки), без запаха. Объективно: сзади справа притупление перкуторного тона с тимпанитом несколько выше угла лопатки. Притупление переходит кнаружу в туловище. Спереди от второго ребра кверху притупление, усиленный *rëmitus* между 2—4 ребром и бронхофония; здесь же бронхальное дыхание, звуч. хрипы и выраженный симптом Витриака. Сердце не смещено. Мокрота трехслойная, без запаха, ВК—, эл. вол.+ .  $T^0$  до 39°. Пробная пункция в области туловища дает гной. Рентген: сплошное затемнение всего правого легкого, медиальный край резко отграничен от узкой полосы легочного поля (осумков. плеврит). С диагнозом *abscessus pulmonum, pleuritis purulenta*—переведен в хирург. кл-ку. 27/III 28 г. резекция ребра, дренаж при помощи резиновой трубки. Перевязки в течение 2 1/2 м-цев. Рана закрылась, количество мокроты до 20—30,0 в сутки. ВК и эл. вол.—,  $T^0$  к концу пала до нормы; в дальнейшем стойкое выздоровление.

В данном случае мы имели, повидимому, абсцесс после гриппозной пневмонии, прорвавшийся в плевру, но не давший бурной картины ввиду имевшихся уже сращений вследствие е перенесенной плевронеймонии или же имело место образование метапневмонического плеврита, и уж одна плевротомия с опоружением гнойного содержания плевры дала излечение и плеврита, и абсцесса.

*Случай VI.* Б-ой Р., 19 лет, поступил в клинику в ноябре 1928 г. по поводу болей в груди, кашля с большим выделением гнойной мокроты с запахом и иногда примесь крови, повышен.  $U^1$ , слабости и сильной одышки. Считает себя больным около 2-х лет и связывает заболевание с простудой (грипп). Объективно: 6-ой подгортан. питания; спереди справа, начиная от 3 ребра до 5-го притупление, сзади притупление от середины лопатки распространяется кверху на 3 попер. пальца ниже угла лопатки. В области притупления спереди влажн. хрипы, жестк. дых.; сзади превалирует ослабленное дыхание. Б-ой выделяет до 600—750,0 трехслойной с запахом мокроты; ВК—, эл. вол.+ .  $T^0$  до 38,4°. Рентген: в правом среднем поле массивная инфильтрация, близко у *hilus'a* полость абсцесса с невысоким уровнем, трехкратное введение неосальварсана—без эффекта. Б-ой по собственному желанию выписался домой в лишь через 2 месяца вновь явился для операции; за это время состояние ухудшилось, рентген дает указание на наличие нескольких небольших участков просветления (инкапсулированных с подозрением на наличие воздуха в них). 1/II операция: пробная пункция в пределах 7—8 ребра справа показала наличие гноя. Игла вынута, разрез, резекция указанных ребер; повторные пункции в различных направлениях—гноя не дало; пневмотомия, но гноя также не обнаружено. Тут же на столе сильный кашель, обильная мокрота с кровью. Тампонада полости. Послеоперационное течение: угрожающее состояние в первые дни, на 9 день выделение большого количества гноя через раны и резкое уменьшение кол. мокроты. 11/II вместе с обильным количеством мокроты выхаркнул семянку и лишь тогда вспомнил, что за несколько дней до начала заболевания (2 года т. н.) „подавился“ семянкой. 2/III вскрылся абсцесс в области краев кожной раны. Дополнительные пункции по краям раны и в глубине оставшейся полости каждый раз дают очень немного гноя, что дает основание диагносцировать множествен. мелк. абсцессы, в один из которых влило 5,0 *Spiritus vini*, чем вызван резкий кашель с обильным выделением мокроты. Через полтора месяца после операции выписан с значит. улучшением.  $T^0$  нормальн., незначит. кол. гнойной мокроты без запаха. Дальнейшая судьба б-ого неизвестна.

Особенности случая: 1) множествен. абсцессы после инородного тела, 2) улучшение после пневмотомии, 3) прорыв мелких абсцессов в полость раны, 4) необходимость большой осторожности в собиранн анамнеза, ибо б-ные, особенно малолетние, нередко забывают указывать на моменты, имеющие важное этиологическое значение и 5) случай лишний раз подтверждает правило—не вынимать

пгды при пункции, когда получен гной, ибо в противном случае легко потерять полость абсцесса.

*Случай VII.* Б-ой И., 53 лет, поступил в терап. кл-ку по поводу типичного абсцесса в области hilus'a правого легкого после гриппозной инфекции. Б-ой выделит до 350,0 гнойной мокроты с гнилостным запахом, ВК—, эл. вол.+ . Т<sup>0</sup> до 39°, неосальварсан (5 влив.)—безрезультатно, прогрессиив. ухудшение. 23/III 29 г. операция: при двух пункциях (4—5 ребро) гноя не добыто. Коллапс, потеря сознания, кровохаркание, и большое количество гнойной мокроты. На 3-й день 1<sup>0</sup>— норма, состояние прогрес. улучшается, кол. мокроты уменьшено (до 30,0), эл. вол.—. 6/IV выписан с выздоровлением. Рентген: на месте бывшего абсцесса в области hilus'a отмечается нежное затемнение. Последующее наблюдение 9 м-цев. Особенности случая: быстрое улучшение с послед. выздоровлением после пробной пункции.

*Случай VIII.* Б-ой Р., 45 л., болен 3 м-ца. Абсцесс нижней доли левого легкого после гриппа (?). Значит. улучшение и отхаркивание содержимого абсцесса после пункции с отрицательным результатом. Случай аналогичен предыдущему.

*Случай IX.* Б-ой С. 41 года. Болен 2 года 3 мес. Случай множественных абсцессов в средней и ввжн. доле правого легкого с переходом в гангрену. Консервативное лечение и аспирация гноя бронхоскопом—безрезультатно. При неоднократных пункциях гноя не добыто. Не оперирован. Выписан из клиники без изменения.

Если взвесить наш материал за 3 года, то из 9-ти сл., направленных для операции, у 6-ти была произведена пнеймотомия, а в 3-х случаях пробная пункция не дала гноя, и эти больные не были оперированы, однако в 2-х случаях после „безрезультатной“ пункции наступило быстрое улучшение и полное выздоровление. Из 6-ти оперированных б-ных—у пяти полное излечение (длительность последующего наблюдения до 3-х лет), в одном (случай множественного абсцесса) значительное улучшение.

Оперированы изолированные абсцессы в 4 сл. (в одном в комбинации с гнойным осумкованным плевритом) и 2 множественных. По локализации в левом легком—1 сл., в правом—5 сл., из них в среднем легочном поле у 3 б-ых, в нижнем у 2-х. В этиологии шести оперированных больных гриппозная инфекция имела место 4 раза, крупозная пнеймония 1 раз и инородное тело (семянки)—1 раз; продолжительность заболевания от 2-х недель до 2-х лет; возраст больных от 19—57 лет. Мужчин—5, женщин—1.

Таким образом на основании литературных данных и нашего материала мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1) В связи с эпидемиями гриппа за последние годы легочные нагноения встречаются значительно чаще и приобретают все большее значение в работе практического врача.

2) Наряду с консервативными методами лечения оперативное вмешательство (пнеймотомия) должно занимать видное место в терапии легочных нагноений; оно покажется тогда, когда в течение первых 6—8 недель консервативное лечение не дает положительных результатов.

3) Во-время переданные терапевтами для оперативного вмешательства случаи легочных абсцессов дают лучшие предсказания, чем случаи хронических абсцессов. причем операция показана не только при изолированных гнойниках легкого, но и при некоторых формах множественных абсцессов, когда последние более или менее значительной величины и расположены близко друг от друга.

4) Операция должна производиться под местной инфльтрационной анестезией в сидячем положении.

5) Пункция показана лишь в момент операции, причем, как правило, когда добыт гной, игла не должна выниматься и разрез производится по ходу ее.

6) Своевременная пнеймотомия облегчает отток гноя, дает быстрое падение  $t^0$ , улучшает общее состояние б-ого и в большинстве наших случаев сравнительно быстро вела к стойкому выздоровлению.

7) При правильном послеоперационном уходе, и в частности при применении вливания в операц. рану Balsam. peruvian., вызывающего рост здоровых грядующий, возможность таких осложнений, как бронхиальные фистулы и долго незаживающие свищи, значительно уменьшается.

8) Для оценки стойкости результатов операции необходимо последующее длительное наблюдение и повторные рентгеноскопии тут же после операции, в особенности в случаях множественных абсцессов, когда при пнеймотомии не всегда вскрываются все полости, а последующие вскрытия их в опорожненную полость или наружу значительно отдалают время выздоровления. В таких случаях, в зависимости от результатов рентгеноскопии, может возникнуть вопрос о повторном опорожнении абсцессов через уже вскрытую полость или же путем нового разреза.

9) Обращают на себя внимание случаи легочных абсцессов, которые после пробных пункций, даже с отрицательным результатом, ведут к быстрому самоизлечению гнойников, несмотря на то, что предварительное консервативное лечение (неосальварсан и пр.) не дали положительных результатов.

*Литература:* 1) Труды XVI Съезда Российских хирургов, 1924 г.—2) Труды VII Съезда Терапевтов, 1924 г.—3) Кончаловский. «Русская Клиника» 1924 г. № 2.—4) Прокин. Там же.—5) Кушева. «Вестник Хирургии и Погр. областей», 1928 г., т. XIV.—6) Опокин. Пнеймотомия в России. Диссертация, 1907 г.—7) Фабрикант. «Врачебное дело», 1925 г. № 18.—8) Спасокукоцкий. Труды II-го Поволжского Съезда, 1928 г.—9) Спасокукоцкий и Михалевский. «Вест. сов. мед.», 1927 г. № 11.—10) Трутнев. III-й Краевой Съезд Рино-ларинго-отитов, Казань, 1929 г. 11) Ойфебах. Там же.—12) Незлин. «Вопросы туберкулеза», 1927 г. № 8. 13) Sauerbruch. Münch. med. Woch. 1926 г. № 5.—14) Sauerbruch. Stat. из Kraus и Brugsch. Bd. III.—15) Brauer. Beitr. z. Klinik d. Tbc. Bd. 70, 1928.—16) Graham. Ann. Surg. 1927 г. № 2.—17) Lotheisen. Wien. klin. Woch. 1929 г. № 40.—18) Dorendorf. Klin. Wochenschr. 1925, № 5.—19) Dorendorf. Münch. med. Wochenschr. 1924, № 15.

Из Факультетской хирургической клиники Сев. Кавк. гос. ун-та. (Директор проф. Н. И. Напалков).

## О паховой поверженной грыже<sup>1)</sup>.

Д-ра В. Г. Потапова.

(С 2<sup>ю</sup> рис.).

Из существующих атипических положений грыжевого мешка при так назыв. hernia properitonealis interstitialis и superficialis, объединяемых в общую группу hernia ectopica или hernia interparietalis (Тихов),

<sup>1)</sup> Доложено на 160-м очередном заседании Донского хирургического общества 25/II 1930 г.

последняя разновидность—поверхностная грыжа, встречается значительно реже первых двух. Впервые отмеченная в 1866 г. Нюеске и описанная в 1886 г. Le-Fort'ом под именем *hernia praehiungualis*, она настоящее свое название получила от Küster'a. В 1899 г. Marion привел из литературы 11 случаев. В 1907 г. Сohn, тщательно собрав все опубликованные в печати случаи, получил цифру 41. Спустя 3 года Van-Verth довел эту цифру до 46. Русская литература чрезвычайно бедна работами по данному вопросу. Кроме сообщения Мирославлева мы ознакомились с 2-мя случаями, опубликованными в 1913 г. Черепниным.

Анатомической особенностью этого вида грыжи является атипичное положение грыжевого мешка, который, по выходе из наружного отверстия пахового канала, уклоняется от обычного пути в мошонку и, заворачивая вверх, располагается в подкожной клетчатке поверх апоневроза. Таким образом сам грыжевой мешок оказывается состоящим из 2-х частей, из коих одна лежит в паховом канале—*pars inguinalis*, а другая вне его—*pars extrainguinalis*. Такая форма грыжи называется однокрамерной и по данным Сohn'a описана только 12 раз. В случаях же, когда имеется еще отросток мешка, спускающийся в мошонку, грыжа именуется—двукрамерной (см. рис. 1).

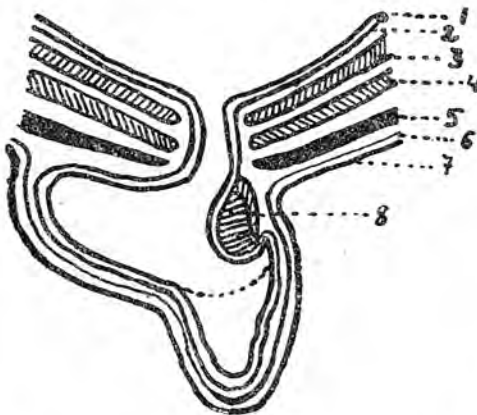


Рис. 1.

1. Брюшина. 2. Поперечная фасция 3. Поперечная мышца. 4. Внутренняя косая мышца.
5. Апоневроз нар. кос. мышцы. 6. Поверхностная фасция. 7. Кожа. 8. Яичко.

мышцы и кожей, направляется, в одних случаях к пупку (Broca), в других к передне-верхней ости (Le-Fort, Küster и др.).

2) *Hernia superficialis cruralis*—мешок спускается вниз и занимает верхне-внутреннюю часть Скарповского треугольника (Küster, Sertoli, Patel и др.).

Marion установил три разновидности этой формы, зависящие от направления подкожной части грыжевого мешка (см. рис. 2):

1) *Hernia superficialis abdominalis*—наиболее частая форма, при которой мешок, располагаясь между апоневрозом наружной косой

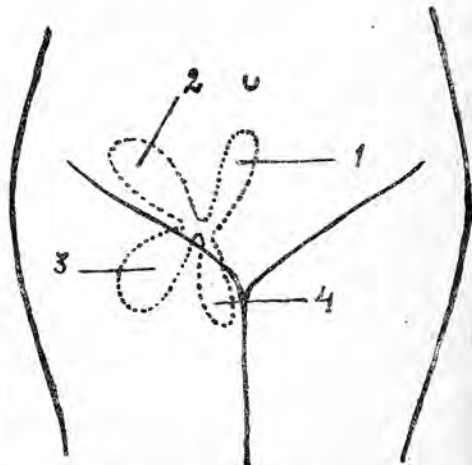


Рис. 2.

- 1 и 2. *Hernia superficialis abdominalis*
3. » » *cruralis*.
4. » » *perinealis*.



3) *Hernia superficialis perinealis*—наиболее редкая форма, при которой мешок спускается к промежности и оканчивается позади мошонки (Gougan d).

Чаще поражение касается правой стороны и всегда, за редкими исключениями, яичко находят эктопированным, лежащим или в паховом канале или вне его, хотя первое встречается чаще. В очень редких случаях яичко оказывается лежащим на нормальном месте и даже имеющим свою собственную серозную полость. Как правило, имеется более или менее резко выраженная атрофия задержанного яичка.

Паховый канал почти всегда представляется видоизмененным, недоразвитым. Он расширен, укорочен, из косога направления приближается к прямому и часто внутреннее отверстие его оказывается лежащим непосредственно за подкожным.

Что касается пола, то паховая поверхностная грыжа встречается исключительно у мужчин. У женщин не описано ни одного случая.

Факульт. хирург. кл-ка располагает 2-мя случаями паховой поверхностной грыжи, которые я позволю себе привести.

*Случай I. (444)* Петр Л., 14 л., парикмахерский ученик, поступил в клинику 15/XI 1917 г. с жалобами на опухоль и боль в левом паху, усиливающиеся при физическом напряжении. Опухоль существует с 2-хлетнего возраста, будто после падения. *Объективно:* Левое яичко в мошонке отсутствует. Слева над Пупартовой связкой, под кожей, имеется подвижная мягкая, эластичная опухоль в 6×5 смт. размерах. Опухоль на ножке, ее не удается ни вправить, ни опустить в мошонку. Наружное отверстие пахового канала не пропускает кончика мизинца. Рефлекс с кремастера слева отсутствует, справа резко выражен. *Операция.* Паховый разрез. В подкожной клетчатке оказался тонкий грыжевой мешок, в полости которого лежало яичко и тонкая прядь салыника. Салыник опущен в брюшную полость. Грыжевой мешок перерезан поперек и верхняя часть его зашита наглухо. Нижняя часть зашита над яичком в виде влагалищной оболочки. Семенной канатик оказался достаточно длинным, чтобы спустить яичко в мошонку, что и сделано, после того как в мошонке корнцангом туго образована полость. После вскрытия апоневроза струнные швы на мышцы, Пупартову связку и кожу. Гладкое выздоровление. При выписке—левое яичко в мошонке и нижний конец его на 1 смт. выше нижнего конца правого яичка.

*Случай II. (4163)* Хоред Б., 20 л., крестьянин, доставлен в клинику Пушковым скорой помощи 31/XII 1929 г. с жалобами на болезненную опухоль в левой паховой области, появившуюся 6½ часов т. назад внезапно, когда большой пол быков и носил тяжелые ведра с водой. До этого ни болей, ни опухолей не было. Около года назад также было появление в указанном месте опухоли, продолжавшейся несколько часов и затем исчезнувшей. *Объективно.* В левой паховой области располагается яйцевидная, эластической консистенции, болезненная при опупывании опухоль 12×8 смт. размерами, дающая перкуторно приглушенный звук. Левого яичка в мошонке нет. Правое—нормальных размеров, в мошонке. Левая половина мошонки представляется недоразвитой по сравнению с правой. *Диагноз:* ущемленная паховая поверхностная грыжа. *Срочная операция.* Разрез вдоль паховой связки над опухолью; по рассечении подкожно-жирового слоя и поверхностной фасции обнаружена тотчас под ними овоидной формы напряженная опухоль, лежащая параллельно паховой связке, 10×6 смт. размерами. У верхнего полюса ее, над шейкой, ясно обозначались мощные, в виде лент, блестящие ножки несформировавшегося подкожного пахового кольца. Апоневроз несколько разволокнен. По вскрытии опухоли по передней поверхности, из полости ее вытекло около 40 куб. с. прозрачной желтоватой жидкости. Оказалось, что была вскрыта оболочка яичка. Яичко мало: 2×1,5 смт.; придаток в 1,5 смт. толщиной. По рассечении наружного пахового кольца, мешок вскрыт у шейки. Ущемленной оказалась петля тонкой кишки. На стенке мешка два циркулярно расположенных плотных кольца, одно из которых и послужило местом ущемления. Кишка отправлена в брюшную полость, шейка мешка зашита кисетным швом. Яичко в оболочке удалено вместе с периферической частью грыжевого мешка. Паховый канал был укорочен за счет несформировавшегося наружного пахового кольца. Гладкое выздоровление.



Оба наши случая заслуживают внимания, во-первых, с той точки зрения, что в них пораженной оказалась левая сторона, между тем как, по литературным данным, как правило, правая сторона превалирует над левой. В обоих случаях имелась более редкая однокамерная форма мешка, при которой в мешке отсутствовал отросток, спускающийся в мошонку, и он весь располагался в подкожной клетчатке поверх аноневроза. Как в первом, так и во втором случае по направлению мешка к передне-верхней ости мы имели, согласно классификации Marion'a, *hernia superficialis abdominalis*. Далее у обоих пациентов яичко было эктопировано, причем в первом случае оно лежало свободно в полости мешка без собственной влагалищной оболочки, а во втором случае, представляющем особый интерес по своей редкости, сильно атрофированное или вернее недоразвитое, имело собственную серозную полость. Таких случаев известно очень ограниченное число. Кроме того в оболочках при операции было обнаружено избыточное скопление жидкости, говорящее за сопутствующее гидроцеле. По Büdinge'r'y при эктопии яичка гидроцеле встречается очень редко, а что касается сочетания гидроцеле с поверхностной грыжей, то в доступной литературе мы нашли указания только на два случая (Berger и Schugt'a), причем в обоих этих случаях все же между полостью гидроцельного мешка и свободной брюшной полостью имелось сообщение. Особый казуистический интерес представляет случай, сообщенный Епифановым (1927), где речь шла о паховой левосторонней поверхностной грыже у 47-летнего мужчины в комбинации с осумкованной—Cooper'овской.

Что касается этиологии этого вида грыж, то еще не так давно господствовал целый ряд теорий, пытающихся объяснить образование подкожного дивертикула мешка чисто механическим путем. Так, например, Lefort придавал большое значение ношению бандажа, а также неумелому, насильственному вправлению грыжи, как моментам, способствующим отклонению мешка от его нормального пути; Вгоса усматривал причину в такого рода механических препятствиях опускания мешка в мошонку, как недоразвитие последней или эктопия яичка. Надо сказать, что последнему моменту многие и ныне придают большое значение, не желая стать на ту точку зрения, что эктопия яичка является только таким же следствием порока развития паховой области, как и эктопированный грыжевой мешок, и ни в какой мере не может играть роль причинного момента в образовании последнего. Да, наконец, указанное мнение не может дать объяснения тем случаям, где при существующем подкожном завороте грыжевого мешка яичко оказывается лежащим на своем обычном месте в мошонке. В свое время проф. Дьяконов высказал мысль, что наблюдающиеся иногда в грыжевых мешках тяжи, идущие к окружающим тканям, могут повести к отклонению мешка от нормального положения.

В противоположность только что описанным механистическим воззрениям Berger, Sohn и др. стоят на точке зрения аномалии развития паховой области и, отрицая всякие механические влияния, видят причину в предобразованных дивертикулах и остатках влагалищного отростка. Незаращению последнего Sohn придает большое значение, считая, что в таком состоянии стенка отростка обладает способностью к пролиферативному росту, чем и объясняется образование всякого рода дивертикулов и заворотов грыжевого мешка.

Оба наши случая служат доказательством врожденности описываемого страдания. Помимо эктопии и недоразвития яичек в обоих случаях имелись еще и другие данные, указывающие на известный порок развития, а именно изменения со стороны пахового канала. Подкожное отверстие его в первом случае оказалось настолько узким, что не пропускало кончика мизинца, во втором же случае весь паховый канал представлялся недоразвитым, укороченным, подкожное отверстие его (очень широкое) лежало высоко и еще не было вполне сформировано ножками апоневроза. У обоих пациентов в анамнезе отсутствует ношение бандажа и, таким образом, этот механический момент является устраненным. Ущемление имелось однократное, только в одном (втором) случае и то самопроизвольно вправившееся, следовательно, искать объяснения в неумелых, грубых манипуляциях над грыжевой опухолью, при попытках вправления ее не приходится. В обоих случаях левая половина мошонки оказалась недоразвитой по сравнению с правой. Совокупность всех этих данных говорит за то, что в менике пахово-поверхностной грыжи надлежит видеть недоразвившийся уродливый *processus vaginalis*, который, в силу общего недоразвития всей паховой области, не закончил опускания в мошонку. А что это действительно *processus vaginalis*, а не аквизитный грыжевой мешок, доказательством служат наличие во втором нашем случае двух плотных колец, перехватов в стенке мешка. Отсутствие предшествовавших ущемлений (кроме однократного), могущих повести к образованию плотных, рубцовых колец, говорит за иное происхождение последних. Проф. Крымов в своей диссертации, подробно разбирая различные формы влагалищных отростков, описывает, как одну из форм, четкообразную с перехватами. Для нас не возникает сомнений, что именно такого рода четкообразный влагалищный отросток и послужил подготовленным грыжевым мешком в описываемом нами случае.

*Литература* 1) Berger. Revue de Chirurgie, v. XXV, 1902.—2) Епифанов. Вестник хир. и погр. обл., т. 10, 1927.—3) Крымов. Диссертация, 1902.—4) Крымов. Учение о грыжах, 1928.—5) Мирославлев. Раб. клиники пр. Дьяконова, т. X.—6) Patel. Hernies, 1924.—7) Schugt. D. Zftf. f. Chirurgie. 157, 1920.—8) Sertoli. La cl-ca chirurgica, № 5, 1909.—9) Черенин. Хирургия, т. XXXIII, 1913.—10) Венгловский. Диссертация.

Из Пропедевтической хирург. клиники Саратовского государст. имен. Чернышевского университета. (Директор клиники проф. В. И. Разумовский).

## Два случая тромбоза брыжжечных сосудов из практики экстренной хирургии.

Врача А. В. Беличенко.

Диагностика тромбоза сосудов брыжжейки и по настоящее время не выходит за пределы предположений, так как распознавание данного страдания чрезвычайно трудно и при современных методах исследования. Обычно мы имеем в таких случаях клиническую картину кишечной непроходимости, протекающую по типу странгуляции, и точная диагностика заболевания чаще ставится на операционном столе или на секционном. Острые коликообразные боли в подложечной области, считающиеся характерными

для тромбоза мезентеральных сосудов, часто могут отсутствовать; чаще всего мы их наблюдаем при эмболии этих сосудов. Это станет понятным, если мы вспомним, что тромбоз в большинстве случаев наступает медленно, а, следовательно, и клиническая картина не будет иметь острого начала, как это бывает при эмболе, где начало, как правило, всегда острое. Исключением отсюда являются тромбозы инфекционной природы.

Кроме этого симптома Kussmaul и Gerhardt считают важными: 1) наличие иточника эмбола, 2) кровавый понос, 3) вздутые живот и тимпанит, 4) прощупывание петель кишек, 5) понижение температуры. Но очень часто мы не имеем всех этих диагностических признаков налицо. Различают медленно текущие процессы образования тромба и быстро развивающиеся тромбы в сосудах брыжжейки. Диагностика первых возможна и до операции, последние же диагностируются с большей или меньшей долей вероятности.

При оценке всех диагностических данных следует уделять должное внимание анализу каждого случая. Перенесенная только что инфекция, долго длящиеся кишечные расстройства, кровавый понос всегда должны заставить нас подумать о тромбозе артерий брыжжейки. Особенно дурную репутацию в этом отношении имеют тифы и дизентерия. Тифозная инфекция действует или непосредственно на стенку сосуда, вызывая пристеночный тромб, или питание стенки нарушается от влияния токсического начала. Косвенное же влияние тифозной инфекции выражается в развитии местного артериосклероза.

Многие авторы различают в тромбозе брыжеечных артерий две стадии: 1) стадию поноса и 2) стадию илеуса. Мерейнес находит возможным говорить даже о трех стадиях медленно развивающегося тромбоза.

Первая стадия, по его мнению, клинически не проявляется, протекает при картине абдоминальной ангины. Это так называемая стадия скомпенсированного кровообращения, которая в опытах на собаках очень трудно получается. В дальнейшем или кровообращение восстанавливается, или наступает стадия декомпенсации. При этом обычно, как показывает опыт Kadeg'a на собаках, имеется на лицо трансудация жидкости, опечность кишек, крововзлияние в просвет кишек и брюшную полость. Дальше наступает парез кишек, метеоризм—мы имеем дело с 3-й стадией.

Патолого-анатомической картине этого страдания посвящено много экспериментальных работ, но, как правильно замечает Sprengel, остается еще целый ряд вопросов далеко не разрешенными. В зависимости от того, в какой артерии или ветви мы имеем закрытие просвета, будут те или другие патолого-анатомические изменения. Закупорка конечной артерии угрожает серьезными последствиями, тогда как закрытие просвета некоторых ветвей одной из брыжеечных артерий может не вести к гибели участка ткани, питаемого ею, при условии хорошо развитой сети коллатералей. В противном случае мы, как и при закупорке конечных артерий, будем иметь гангрену соответствующего участка кишки.

Данные эксперимента на этот счет разноречивы. Litten и Niederstein, перевязывая *art. mesenter. super.*, всегда получали омертвление кишечника, при этом некроз слизистой наступал через 2—3 часа и никакого коллатерального не получали. Litten в опытах на собаках производил впрыскивание синьки в *v. jugul.* и получал все тело окрашенным за исключением перевязанного участка кишки. Исходя из этого,

Litten и предложил считать мезентериальные артерии конечными. Deskaard, не получая нарушения кровообращения в своих опытах, пришел к выводу, что наступающие у человека явления—нарушения кровообращения с последующим некрозом, гангреной ткани зависят от артериосклероза сосудов кишечника, мешающего развитию коллатералей. Haberer категорически предупреждает от таких выводов, утверждая, что перенесение эксперимента в клинику совершенно недопустимо. Lesas, изучая литературу по этому вопросу, пришел к выводу, что тромбоз мезентериальных артерий есть следствие облитерирующего эндартериита. Guillaume видит причину тромбоза в местном артериосклерозе и ставит в зависимость от кишечной интоксикации.

Следует отметить, что одинаковые причины, как закупорка одной и той же артерией, могут дать различную патолого-анатомическую картину. Sprengel на основании работ Kader'a пришел к убеждению, что инфаркт является следствием закупорки вены или артерии, гангрена же получается при закупорке обоих этих сосудов.

Причины, вызывающие тромбоз мезентериальных сосудов, самые разнообразные, но чаще всего мы имеем целый ряд причин, одновременно действующих. Вгйске видит причину тромбоза мезентер. артерий в нарушении целостности стенки этих сосудов. Virchow объясняет образование замедленности током крови. Не последнюю роль в образовании тромба играет инфекция.

Следовательно, болезненные процессы, сопровождающиеся долгим стазом крови, наличием инфекционного начала могут вести к тромбозу сосудов брыжжейки.

Особо следует отметить, что тромбозы с инфекцией в этиологии всегда имеют быстрое начало и протекают при бурной клинической картине. Наши случаи как раз в этиологии имели инфекцию и протекали при бурной клинической картине, с острым началом.

Трудность дифференциального диагноза в значительной мере обуславливает и показание к операции. Послеопер. статистика также не остается без влияния на хирурга. Sprengel просто советует не оперировать в виду плохих (исходов) результатов. Reich всего нашел лишь 2 случая выздоровления, и несмотря на это он в согласии с Guillaume настаивает на операционном пособии. Кадьян в своей работе о хирургии кишек и брыжжейки (1903) указывает на 49 случаев закупорки брыжеечных артерий и 15 случаев тромбоза вен брыжжейки. Оперированы из них 7, а выздоровление имелось одно. Kausch приводит сводку 1913 года, где из 251 случая оперировано было 91 и выздоровление 18 после резекции кишек. Имеются и др. литературные сведения, по которым успех от операции указан приблизительно теми же %/о.

Мы в 1929 г. имели два случая тромбоза артерий брыжжейки, истории болезни которых здесь и приводим.

*Случай № 1.* Больной П. В., 18 л. 19/VIII положен экстренно по поводу правостороннего паротита.

*St. praesens*—больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Область правой щеки припухшая, правая околоушная железа воспалена, болезненна, рот раскрывает с трудом. На второй день по прибытии, в 2 часа ночи больной внезапно почувствовал озноб, жар, требует положить его на лед.

*Объективно найдено:* живот напряж., вздут, газы не отходят, стула нет, рвота, пульс частый, нитевидный, заподозрена непроходимость кишек.



20/VIII операция под общим наркозом. Разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости: кишки вздуты, багрового цвета. Брыжейка тонких кишек отечна, и в ней имеется участок величиной в ладонь, темногобагрового цвета с несколькими гематомами; кишка на протяжении, соответст. этой части брыжейки, приблизительно на протяжении метра, темнобагрового цвета, местами черная. Перекручивания кишек нет. В брюшной полости окрашенная кровью жидкость в небольшом количестве. Явление перитонита. При осмотре сосудов брыжейки становится ясно, что необходима обширная резекция тонких кишек, так как гематома сдавила сосуды на большом протяжении, и кишки были лишены питания. Резкое падение сердечной деятельности у больного не позволило приступить к резекции. Брюшная полость закрыта. Смерть 21/VIII в 2 часа дня.

*Случай № 2.* Больная А. Б. 12/X поступила в пропедевтич. хир. клинику с диагнозом—острый аппендицит. 13/X в 6 часов утра почувствовала сильную боль в животе, больше справа. Отмечает тошноту и рвоту.

*Объективно:* пульс учащен, язык обложен. При пальпации резкие боли и резкое напряжение мышц живота в правой илеоцекальной области.

13/X операция под местной анестезией. Разрез R i e d e l ' a с присоединением (потом) срединного разреза. По вскрытии брюшной полости большое количество мутного экссудата. Это побудило к осмотру верхней части живота—желудка, осмотрены и придатки. В них изменений не обнаружено. В сальнике явления острого воспаления. Исходный пункт перитонита не обнаружен. Отросток оказался измененным незначительно. Смерть через 2 суток.

На вскрытии было установлено: тромбоз сосудов брыжейки на протяжении 20 сантиметров. Место тромбоза на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> метра от места впадения тонкой кишки в слепую.

В обоих из наших случаев мы на операционном столе столкнулись с перитонитом, развившемся на почве тромбоза сосудов брыжейки. В литературе имеются указания, что тромбоз мезентериальных сосудов в конечном итоге может повести к гангрене брыжейки с последующим перитонитом. Перитониты такого происхождения редки и о них особенно следует помнить при экстренных операциях, когда исходная причина заболевания неясна. Наши случаи заставляют нас принять к руководству, что при наличии острого начала и бурной клинической картины, протекающей по типу илеуса и перфорации органов брюшной полости—следует подумать о тромбозе артерий брыжейки, и что перитониты, исходный пункт которых не удается выявить во время операции, могут оказаться перитонитами на почве тромбоза сосудов брыжейки, что всегда следует иметь в виду.

Глазная клиника Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Директор проф. В. Е. Адамюк).

## Evulsio nervi optici<sup>1)</sup>.

**А. Б. Коленко.**

7-го февраля с/г. на амбулаторный прием Глазной клиники Казанского ин-та усовершенствования врачей был доставлен из Ижевска больной Г—рин, 21 года, телеграфист, для коечного лечения.

Из расспросов больного удалось выяснить: 14 декабря 1928 года около 3 ч. дня больной с целью самоубийства выстрелил себе из револьвера нагана в правый висок. Сейчас же после выстрела больной якобы „видел“ наган, упавший из

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Казанского офтальмолич. об-ва с демонстрацией больного 16 февраля 1929 г.



руки на пом. Больше он ничего не видел и не чувствовал, хотя со слов окружающих передает, что он все же отпер двери комнаты, в которой он стрелялся, и только за дверью окончательно потерял сознание. Сутки был в бессознательном состоянии; потерял много крови. Последующие 5—6 дней отмечались сильной слабостью, которая временами переходила в бессознательное состояние. Придя в себя больной отметил полное отсутствие зрения, сильный отек век обоих глаз. Боли в глазах ни справа, ни слева не чувствовал, даже несмотря на то, что правый глаз выдавался, по словам больного, на  $\frac{3}{4}$  вершка вперед. О состоянии левого глаза больной ничего отметить не может. Раны на висках зажили через 1— $\frac{1}{2}$  недели без нагноения.

Числа 5—6 января к больному был приглашен окулист, который заявил, что правый глаз „вытек“ и предложил операцию удаления остатков глаза, которая и была сделана на следующий день. Левого глаза врач не осматривал. Сейчас же после операции соединительная оболочка верхн. века и свода правого глаза начала вываливаться в виде валика. Была сильная опухоль века. Швы сняли недели через 2 из-за сильного отека. Первый раз окулист осмотрел левый глаз в начале февраля и направил больного в Казань.

*St. praesens.* Больной высокого роста, правильного телосложения, хорошо физически развит. Никаких отклонений от нормы не отмечается. На правом виске по средине его имеется синевато-коричневый, слегка втянутый, подвижной рубец звездчатой формы 3—4 мм. в диаметре. На левом виске в центре, более книзу и кзади, чем справа—выходное отверстие—тоже пигментированный рубец, почти круглый 2—3 мм. диаметром.

*Oc. dextr.* Кожа век нормально розовая. Соединительная оболочка верхн. века и верх. переходной складки вываливается из глазной щели в виде валика  $1\frac{1}{2}$ —2 сант. высотой. Она гиперемирована, гипертрофирована, неровная, не вправляется на место. Лежит она на коже нижн. века, которое изменений не представляет. В глубине конъюнкт. мешка видна плоская культи<sup>1)</sup> *Oc. sin.* Вски. соjunctiva, роговица, передняя камера и хрусталик отклонений от нормы не представляют. Рисунок радужки выражен хорошо, зрачек несколько расширен, круглый, на свет не реагирует. Глаз ограниченно подвижен во все стороны (меньше всего кнаружи). Глазное дно видно хорошо. V=0.

Картина глазного дна в обратном виде такова: место, соответствующее соску зрит. нерва, представляется слегка вытянутым овалом сероватого цвета, в центре и слегка кнаружи в нем находится пятно темно-серого цвета. От этого темного пятна идут почти в горизонтальном направлении два тоненьких сосудика, которые обрываются у края овала. Вокруг него имеется широкое серовато-белое поле, по которому, несколько отступая от места, соответствующего соску зр. нерва, видна мелко-петлистая сеть сосудов, образующих почти замкнутое кольцо, шириной от 0,5 мм. сверху и кнаружи, до 2 мм. снизу и кнутри. Сверху мм. на 1,5 от края овала серо-белое поле резко обрывается, переходя в темно-спидного цвета участок, шириной около 1 мм., по которому проходят идущие с периферийными сосуды. Они обрываются у края белого поля и дают резкий параллакс. В наружно-верхнем квадрате, приблизительно в 1,5 мм. от края овала, как бы из под белого поля высыпают неправильной формы и различной величины красно-бурого цвета свежие кровоизлияния. Еще периферичнее отдельные неправильной формы глыбки пигмента (следы бывших кровоизлияний). Книзу серо-белое поле расширяется до 3-х мм. и от него отходит вниз и наружу как бы отросток такого же цвета до 4-х мм. длиной с резкими слегка пигментированными краями; внизу этот отросток как бы разделяется бухтой около 2-х мм. длиной с нерезкими краями. Крайняя периферия более или менее нормальна; на ней разбросаны разной величины глыбки пигмента, как при рассеянном хориоидите. Разница в уровне центрального серого овала и остального глазного дна = 3.0D. Рентгеновский снимок (Рентгеновское отделение ин-та—рентгенограмма № 3383). В области решетчатой кости дефект величиной  $2 \times 3$  мм. (фронтальное положение), за стенкой орбиты просветление, ограниченное сверху прерванными контурами основания черепа спереди и сзади неровными линиями стенок сфеноидального синуса. Повидимому перелом основания черепа над орбитой.

<sup>1)</sup> 11/II проф. В. Е. Адамюк подтянул выпавшую слизистую 4 Спеленовскими лигатурами, которые были завязаны над валиками на коже верхнего века.

Судя по входному и выходному отверстию пуля, можно сказать, что она шла справа налево, несколько спереди назад и сверху вниз. На своем пути она очевидно разможила правое глазное яблоко и произвела тяжелое повреждение в левом. Присутствие в левом глазу на месте зрительного нерва темного пятна, хотя от времени и заполнившегося уже соединительной тканью, присутствие участка, лежащего ниже поверхности остального глазного дна (параллактическое смещение), внезапная потеря зрения—все это, подкрепленное апаннезом, позволило нам остановиться на диагнозе *evulsio nervi optici, rupturæ retinae et chorioideae* *oc. sin.*

Повреждение глаза часты, значительно реже повреждения зрительного нерва и особенно огнестрельные ранения его. Приведем некоторые цифры: % травматических повреждений глаза колеблется от 0,3% (Киев) по отношению ко всем глазным больным до 30% (Бонн). За Корелицкая<sup>6)</sup> (Таганрог) почти на 30 тыс. глазных больных отмечает травматические повреждения около 8% (1.898 сл.), из них ранения 4%. Ранений зр. нерва ни одного. По данным глаз. клиники С.К.Г.У. за 7 лет<sup>4)</sup> на 27 тыс. первичных больных было травматических случаев около 8%; из них огнестрельных ранений в среднем 7%; ранений зр. нерва ни одного. Чистяков считает, что 13,3% всех повреждений глаза падает на ранение зр. нерва. По данным С.П.В. лечебницы этот % поднимается даже до 14,4% (цатур. по Глагольеву<sup>17)</sup>). Целый ряд авторов приводит близкие к этим цифры, причем процент повреждений поднимается в промышленных районах и падает в сельскохозяйственных (Масленников<sup>5)</sup>).

Переходя ближе к данному случаю, необходимо отметить, что при выстреле в висок по данным Nicolai, Berlin'a и Zürich'a смерть наступает только в 43%, а 57% остаются живы, причем из них 29% бывают слепы на 1 глаз и у 1 была двухсторонняя слепота. Приблизительно тоже сообщает и Hirschberg<sup>9)</sup> в своей статье „Das Auge und der Revolver“. Более 50% всех стрелявшихся в висок остаются в живых. Из них около 30% теряют зрение правого глаза, в отдельных случаях обоих; т. е. при выстреле в висок больше шансов остаться живым, но получить тяжелое физическое увечье (слепоту). Не безынтересный факт отмечает Fick, что оставшиеся в живых, ставши слепыми, приобретают даже относительную жизнерадостность и, как правило, не повторяют своих попыток.

Каково действие пули в орбите?—На этот вопрос нам дают ответ экспериментальные работы Curt'a Adam'a<sup>8)</sup> на трупах и на животных. Действие пули на глаз распространяется под прямым углом к направлению ее движения, т. е. при выстреле в висок она действует на верхние и нижние стенки глазницы, на дно ее и на глазное яблоко. Чаще всего дает трещины верхняя стенка, где имеется foramen n. optici и fissura orbitalis super., в более тяжелых разрыв сосудистой и обрыв нерва.

В нашем случае после выстрела наступила мгновенная слепота. По Wagenthal'n'y послетравматический амавроз мож. быть: 1) от сжатия зрительного нерва непосредственно инородным телом или осколком костной стенки (в нашем случае пуля вылетела, рентген осколков не показывает), 2) от сжатия его кровонизлиянием (картина глаз. дна в нашем случае против этой возможности) или 3) от разрыва зрительного нерва.

Место разрыва м. быть: а) у foram. n. optici—нормальная офтальмоскоп. картина, резкое расстройство со стороны глазных мышц, часто

общие признаки: рвота, кровотечение из носа и ушей, мозговые явления, в) между входом центральных сосудов *foram. n. optici*—нормальная офтальмоскоп. картина, незначительное или полное отсутствие явлений со стороны глазных мышц, кровоизлияния в *conjunctiv'u* и веки, *exophthalmus*, обыкновенно присутствие сочувственной реакции на свет, с) между глазами яблоком и местом вхождения центральных сосудов (резкие расстройства циркуляции крови в сетчатке—тромбоз, кровоизлияния, эмболия, ишемия и т. п.), д) у *lamina cribrosa*—получается *evulsio n. optici*—на месте соска дыра.

В нашем случае отсутствуют симптомы первых 3-x возможностей, потому остановимся на последней. Механизм действия при *evulsio n. optici* таков (по Натансону<sup>7)</sup>: глазное яблоко выпячивается вперед вследствие уменьшения объема глазницы под влиянием пороховых газов в пули. Глазной нерв натягивается кзади и вырывается. *Salzmann* считает, что глазное яблоко остается в относительном покое, а сильно натягивается назад зрительный нерв и вырывается. Очевидно эти оба фактора, действуя одновременно, дают в результате *evulsio n. optici*.

*Evulsio nervi optici* *Salzmann* еще в 1903 г. выделил в особую группу заболеваний. Тогда же он в литературе насчитал 7 случаев. Натансон<sup>7)</sup> в 1912 году опубликовал свой случай, который он считает 16-м в мировой и 3-м в русской литературе. Всего в доступной нам русской и иностранной литературе нам удалось встретить только 32 случая полного отрыва зрительного нерва. Из них 4 описаны русскими авторами—Гагарин, Вайнштейн, Натансон и Самойлова (последняя опубликовала свой случай в мае 1929 г.). Наш случай, таким образом, приходится считать 33 в мировой и 5 в русской литературе. Всего же полных и частичных отрывов зрительного нерва насчитывается в мировой литературе 40, из них 17 в результате пулевого ранения. Более чем вероятно, на что особенно указывает *Wagenmann*, что многие из них проглядывались из-за трудности диагностики, когда имелись большие внутриглазные кровоизлияния. В таких случаях правильный диагноз может быть поставлен только после энуклеации, что и было напр. в случае *Liebrecht's*.

Обрывается ли при этом повреждении *lamina cribrosa* от стенок склерозного кольца целиком, или же только центральная часть ее вырывается вместе со зрительным нервом?—Правильно ответить на это можно только после патолого-анатомич. исследования. *Reis* и *Stöwer* на основании своих патолого-гистологических исследований и литературных данных предполагают, что в большинстве случаев вырывается только центральная часть.

Не безынтересно также, где обрываются оболочки зрительного нерва? На этот вопрос можно ответить также после патолого-анатомического исследования. В случаях *Pagenstecher's*, *Liebrecht's* оболочки зрительного нерва были оторваны вместе с нервом от глаза; в случаях же *Hesse*, *Reis's* и *Stöwer's* спавшиеся оболочки остались в связи с глазным яблоком.

Характерный признак *evulsio n. optici*—отсутствие соска. На его месте имеется углубление, которое выполняется, как показывают патолого-гистологические исследования, стекловидным телом, либо кровоизлиянием, либо складками сетчатки. Глубина его, по разным авторам, различна. У *Salzmann's* она равнялась 4 мм., у Гагарина 3 мм., у Ка-

riarath'a существовало не углубление, а неглубокая экскавация. У Nicolai же все углубление было заполнено кровоизлиянием, которое даже выдавалось в стекловидное тело.

И в нашем случае необходимо предположить, что бывшее углубление заполнилось кровью, которая потом и организовалась, не давая сейчас значительной экскавации. Темно-аспидное пятно в центре все же осталось. За наше предположение говорит и разница в уровне центрального белого поля и периферической сравнительно мало измененной части глаз. дна.

Наличие сравнительно хорошего питания на периферии не говорит против нашего диагноза, т. к. коллатеральное кровообращение восстанавливается полностью через 2, maxim. 3 недели.

Менее постоянный признак evulsio n. optici—это отрыв сетчатки, который стоит в связи с отрывом нерва, а потому большей частью имеет круговую форму. Приблизительно в  $\frac{1}{2}$  случаев сетчатка обрывается не у склерального кольца. Надо думать это происходит от величины смещения нерва кзади—более сильные влекут и разрывы сетчатки. В нашем случае ответить на этот вопрос, где оборвалась сетчатка, сейчас не представляется возможным, т. к. организовавшаяся соединит. ткань покрыла место предполагаемого обрыва сетчат. оболочки. Разрывы же ее и сосудистой оболочки ясно видны и сейчас.

В нашем случае осталось ограничение подвижности глаз. яблока. При травме мышцы В а с ю т и н с к и й различает следующие возможности: только растяжение ее; прижатие к кости; либо ушиб нервных элементов, либо частичный или полный разрыв ее. Мы склонны предположить, что в нашем случае ограничение подвижности произошло от надрывов мышц или сдавления кровоизлиянием.

Диагностические трудности нашего случая заключаются в более чем 2-х месячной давности. За это время процесс организации соединительной ткани сильно пошел вперед, слегка затуманив первоначальную картину. Он идет и сейчас, в буквальном смысле на наших глазах, т. к. еще 8 дней тому назад при первом осмотре больного темное углубление в месте, которое соответствует соску зрит. нерва, было интенсивнее и резче выражено.

*Литература.* 1) Авербах М. И. „Промышленные глазные повреждения и основы борьбы с ними“. Арх. офт., т. IV.—2) Равич Р. И. „Разрыв зрительного нерва“ (демонст.) Арх. офт., т. IV.—3) Фирюкова Е. В. „Разрыв зрительного нерва серпом“. Арх. офт., т. III.—4) Иванов Н. К. „Профессиональный травматизм глаз по данным глазной клиники С. К. Г. У.“. Доклад на 2-м съезде офтальм. С.-Кавказ. края.—5) Масленников А. И. „Опыт исследования травматизма глаз в сельско-хозяйств. промышленности“. Доклад там же.—6) Зака-Корелицкая Р. И. „Травматические повреждения глаз по данным центр. амбулатории Таганрога“. Доклад там же.—7) Натансон Ан. „К казуистике повреждений зрительн. нерва. Случай отрыва зрительного нерва из склерального кольца“. Рус. врач. № 6; 1912 г.—8) Маклаков А. А. „Глаз и револьвер“. Рус. врач. № 34, 1912 г.—9) Hirschberg, „Das Auge und der Revolver“.—10) Шимкин Н. И. „Повреждение органа зрения в современной войне“. Вест. офтальмол. т. XXXIII, № 2.—11) Шимкин Н. И. „Огнестрельные повреждения глазницы и ее содержимого на войне“. Вест. офтальм. I. XXXIII. № 4—5.—12) Дмитриев „К казуистике непосредственного ранения зрительного нерва“. Вест. офт. 1925 г.—13) St. Martin. „Вырыв. зрительного нерва и глаза. Левосторонняя гемпоральн. гемиянопсия“. Zent. bl. f. Aug. V. X. H. 10.—14) Herrschwand F. „Zu den „typischen“ Sportverletzungen des Auges beim Schilaulaufen“. Zeitschr. f. Augenheil. 1917. Bd. 63.—15) Потехина Е. А. „Частичный отрыв



*Laminae cribrosae* после контузии глаза". Рус. офт. жур. 1927. № 5—6. —16. Кац. "Повреждение органов зрения при огнестрельном ранении головы". Рус. врач. 1915 г.—17. Глазгольев. "Случай непосредственного и изолированного ранения зрительного нерва". Вест. офт. 1912 г.

Из Клиники нервных болезней Казанского гос. университета. (И. д. Директора—доцент И. С. Алуф).

## К казуистике общей нервной алопеции<sup>1)</sup>.

Ординатора Н. И. Федорова.

Случаи общих нервных алопеций очень редки, этиология их недостаточно ясна. Мы приводим два случая, имеющие значительный интерес.

*Случай 1.* М. В., 56 л., татарин, сапожник. Женат 2-й раз. Из 6 детей от первой жены жив один, остальные умерли в раннем детстве от инфекционных заболеваний. Рос и развивался нормально. Умеренный алкоголизм. Луес отрицает. Сыпной тиф в 1921 г. В 1927 г. среди полного здоровья у больного появился сильный шум в голове и боль в затылке. Расстроился сон. Спал в это время часа по 2—3 в сутки. Жара не отмечал. Работу не бросал. Шум в голове держался около 3-х недель. В конце 3 недели, перед исчезновением шума, в области кожи головы он почувствовал "чес", и волосы стали выпадать прядями. От солидной шевелюры за три дня не осталось ни одного волоса. Одновременно, его длинные усы легко выдергивались. Ранее сбритая борода не выросла. Выпали ресницы и брови. Исчезли волосы под мышками и на лобке. Все это произошло в течение 3-х дней. Через 3 недели от начала заболевания шум в голове исчез и больше не возобновлялся. Сон стал нормальным. Волосы же до сих пор не выросли.

Одновременно с выпадением волос больной стал замечать и изменение ногтей. Они коробились, были "как бы сожженные" и трескались. Изменение ногтей больной отмечал на протяжении полутора лет. Лечение никакого не применял.

Вскоре после выпадения волос больной стал замечать тикообразное, периодическое наступающее подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Появилась общая зябкость и ослабление полового чувства.

Объективное исследование: телосложение мускулярно-астеническое, без признаков дисплазии. Лицо со слабой мимикой, взгляд внухоидным. Кожа тонкая, несколько сухая. На всем теле нет ни одного волоса (в том числе бровей и ресниц). Нет и пушковых волос. Подкожная клетчатка развита умеренно. Ногти мягкие, один из них с трещиной, на туловище и на правом бедре ряд светло-коричневых пятнышек. Радужки выцветшие, причем правая радужка заметно темнее (по словам больного до болезни он имел темные глаза и изменение радужки заметил сам). Легкая анисокория. Зрачковые рефлексы вяловатые. Периодическое подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Глазное дно N. Незначительное ослабление слуха. В щитовидной железе ряд узелков твердой консистенции. Testes N. Рефлексы: Д—А—6(50); Sol.—6(54); Ortostat. 0(54); Erb+6(60)+6. Красный дермографизм (местный и спинно-мозговой) вял при слабой рефлекторной реакции. Белый дерм. N; пиломот. N. Адреналиновая и пилокарпиновая пробы показали вялую реакцию. Потливость на термическое раздражение обильная. Аспириновая проба дала отрицательный результат. Артериосклероз. Кров. давл. 160/90. Моча N; кровь: S = 48%, St 2%, Eos. 1%, L. 44%. Mon, 5%; R.W. в крови отриц.

*Случай 2.* Б. А., 17 лет, девушка, крестьянка, татарка. Обратилась в клинику с жалобой на полное выпадение волос, наступившее у ней в 7-летнем возрасте. По словам больной и ее родственника, волосы выпали после тяжелой инфекционной болезни, которую сельский врач определил как тиф. Больная отмечает, что в продолжение нескольких месяцев после перенесенного заболевания волосы выпадали постепенно. Грбкового поражения волос не было. В настоящее время кожа головы гладкая, блестящая. На затылке всего один черный волос дли-

<sup>1)</sup> Доложено в засед. С-ва невроп. и псих. при Каз. унив. 28 мая 1930 г.



ной в 8 ст. Левая бровь отсутствует. Справа несколько коротких волос на внутренней части бровя. Ресницы на правом нижнем веке нет. Ресницы верхних век редкие и короткие. Еще более короткие и редкие на нижнем левом веке. В правой подмышечной впадине волосы есть, в левой отсутствуют. Клок волос в средней части лобка. Пушковые волосы на лице и редкие на руках. На ногах их нет.

Кожа несколько суха. Подкожная клетчатка развита с обильным отложением в грудных железах и на бедрах. Menses с 15 л., по 3 дня, скудны, без болей; рефлекс: А — 0(90); Sol. 0(90) Orlost. + 12(84). Демограф. реакция вяловатая.

Как во втором, так, в особенности, и в первом случае выступает на первый план общая алопеция, которой предшествовали в первом случае шум в голове и расстройство сна, а во втором — тяжелое инфекционное заболевание.

Какова природа этого процесса?

Вообще, помимо грибковых заболеваний волос, выпадение волос мы наблюдаем при эндокринно-вегетативных и вегетативных заболеваниях, а также течение некоторых инфекций. Так, при микседеме, эндемическом зобе, кретинизме, Адиссоновой болезни, адипозо-генитальной дистрофии, евнухизме волосяной покров нарушается резко, но при этих заболеваниях нет общей алопеции, и выпадение волос — лишь один из второстепенных симптомов в общей картине эндокринно-вегетативных дистрофий.

С другой стороны, при поражении периферического вегетативного аппарата, алопеция наступает лишь на ограниченном участке. При тяжелых повреждениях нервов наступает „гипотрихоз или атрихоз“ (Müller). Но и здесь, как указывает Förster, „гипотрихоз или атрихоз встречается наряду с другими изменениями участка, преимущественно вегетативными“.

Также известно, что поражение симпатических узлов влечет за собой ограниченный атрихоз или гипотрихоз. При экстирпации шейного узла (опыты Max'a Joseph'a) наряду с с. Hörner'a, периферическими сосудистыми изменениями, изменением цвета радужки, наблюдали выпадение волос, бровей и ресниц (Müller). Также наблюдается при прогрессивной гемиатрофии лица (Müller). Изменение ногтей обычно при повреждении периферического нейрона.

Шлезингер отмечает местную алопецию при глиозах спинного мозга. Аналогичные случаи приводят Черни и Гейнисман (кл. проф. Миньковского). Но и в этих случаях повреждение вегетативных клеток симпатических узлов и спинного мозга дает синдром, в котором алопеция также отступает на второй план перед другими трофическими расстройствами.

Немногочисленные в литературе случаи общей алопеции описаны частично под названием „тотальной травматической нервной алопеции“. Они наступали остро, после серьезных военных контузий, а также после взрывов, повлекших за собой контузию (случай Bretschneider'a и Fridrich'a). Описавшие их авторы придают большое значение в происхождении общей алопеции психическому шоку. Но при наличии серьезных контузионных травм (отбрасывание на 2 м. на землю, потеря сознания и речи на короткое время — случай Bretschneider'a) правильнее предположить наличие структурных изменений в центрах в. н. с.

Особняком стоят 2 случая общей алопеции, описанные Sterling'ом. Здесь острое выпадение волос наступило после продромальных явлений в форме головных болей и шума („гула“) в голове. Вначале волосы вы-

падали пучками на голове, а затем наступила депиляция всех других волосистых частей тела. Позднее присоединилось изменение ногтей. Наблюдались вазомоторные расстройства—асфиксия рук и ног. Оба субъекта обладали ясными признаками плюригландулярной недостаточности. Автор считает, что под влиянием псих. шока, на фоне плюригландулярной недостаточности, выявился этот симптом (цит. по реферату Н. Ф.). Мы не склонны и в этих случаях приписывать псих. шоку роль прямого агента алопеции, тем более, что ей предшествовали длительные продромальные явления.

Опубликованы также случаи врожденной общей алопеции (Бушке и Josefson). Авторы объясняют наступление ее внутриутробной интоксикацией.

Роль интоксикации в вызывании алопеции доказана работами Бушке и его учеников при отравлении крыс таллием. Получив при отравлениях у крыс целый ряд изменений в вегетативной нервной системе и в железах внутренней секреции, Бушке пришел к выводу, „что путь действия таллия идет через эндокринно-вегетативную систему, в связи с которой стоят все нарушения, вызванные в организме таллием, в том числе и алопеция. Осложнения, которые наблюдали на людях при вызывании таллиевой алопеции, были также преимущественно со стороны в. н. с. (сердцебиение, запоры, ахилия, вздутия живота). Спонтанное потоотделение понижалось, термическое повышалось (Богданович и Ляшко).

Вопрос о месте первичного поражения при общей алопеции остается еще невыясненным. Вышеприведенный наш первый случай дает в этом отношении некоторые указания на заинтересованность больших ядер основания мозга (тик) в гипоталамической области (расстройство сна). Сочетание общей нервной алопеции с этими симптомами имеет несомненное значение и придает этому нашему случаю, на наш взгляд, значительный интерес.

Второй случай наступил у больной в течение тифа, наличие же продромальных явлений и течение заставляют думать об инфекционном процессе и в первом случае. В первом случае расстройство сна, некоторая амимия лица больного дают право поставить вопрос о том, не имеем ли мы здесь особую форму эпидемического энцефалита. Laignel-Lavastine, например, описывает вегетативную форму эпил. энцефалита, правда при других ясных признаках этой болезни.

Итак, помимо травматической и интоксикационной общей алопеции, могут быть случаи инфекционной природы. Во всех случаях поражение, видимо, локализуется первично в центрах в. н. с. и обнаруживает вегетативно-эндокринный синдром, в котором алопеция является главенствующим симптомом.

*Литература* 1) Bretschneider J. *Ärztl. sachverst. Ztg.* 21 (3) 29.—2) Sterling W. *Zschr. f. d. ges. Neur.* 34 (1/2) 130.—3) Josefson A. *Arch. f. Derm.* 123 (1) 139.—4) Fischl Friedrich. *W. m. W.* 67 (5).—5) Buschke. *Arch. f. D.* Bd. III. H. 2. (Jahresbericht. N. und Psych. 1911).—6) Buschke, Langer, Schayer. *M. m. W.* № 20, 14/V 1926.—7) Бушке, Ж. венер. и дермат., № 4, 1926.—8) Богданович и Ляшко. *Врачебное дело*, № 4, 1928 г.—9) Müller. *Das Lebensnervensystem.*—10) *Die Syringomyelie* (монография). 1902.

Из Кожно-венерической клиники Казанского гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина (Вр. зав. кафедрой прив.-доц. С. Я. Голосовкер, консультант—проф. М. С. Пильнов).

## К вопросу о значении реакции Каһ'а в серодиагностике сифилуса<sup>1)</sup>.

А. М. Лейзеровского.

Затруднения в постановке реакции Вассермана: многочисленность ингредиентов, сложность их изготовления и определения их дозировки, необходимость содержания экспериментальных животных, непостоянство отдельных элементов (комплемент, бараньи эритроциты) выдвинули, начиная с 1918 года, для серодиагностики сифилуса много осадочных реакций или иначе реакций флокюляции: реакции С. Вгуск'а, Sachs-Georgi, С. Meinicke, Каһ'а и друг. Относительно осадочных реакций S. G.<sup>2)</sup> и С. Meinicke необходимо отметить, что хотя они качественно и хороши, все же вследствие их сложности являются мало доступными для внедрения в периферические лаборатории. Реакция Каһ'а является в этом отношении более простой и удобной; вначале она была предложена в качестве нехолестериновой (неускоренной реакции), а в 1923 г. — видоизменена автором в ускоренную реакцию. Особой популярностью R. K.<sup>3)</sup> пользуется в Америке, где в 1925 году Морской департамент предложил считать ее во флоте стандартной, причем остальные серологические реакции должны рассматриваться как дополнение к ней. R. K. в Штате Мичиган тоже является единственной официальной.

Проверяя означенную реакцию параллельно с R. W.<sup>3)</sup> Osmond и Слеп (500 сывороток) и Joung (5080 сывороток) нашли, что R. W. надо проверять R. K., так как при несовпадении их последняя оказалась наиболее чувствительной. Благоприятные результаты о R. K. приводят также английские, французские, венгерские, шведские, датские и др. авторы и говорят, что эта реакция специфична, чувствительнее R. W. (Mond, Keim, Wilt), процент совпадений с R. W. от 84 до 98. Из русских авторов R. K. изучали Вержиковский (1896 сывор.), Шехтер и Базилевский (1000 сывор.), Ширвиндт (6566 сыворот.), Коростелев, Орлов (1000 сывороток), Финкельштейн, Аристова и Качин на очень большом материале (60.000 сыворот.) и другие авторы. Процент совпадений R. W. и R. K. по данным этих авторов колеблется от 87 до 95,6; причем все эти авторы отмечают высокую чувствительность и специфичность R. K. (по Финкельштейну и Аристовой процент совпадений R. K. с клинкой—99,3%). К этому следует прибавить, что R. K. технически проста, быстро и точно регистрируется.

В нашей клинике мы ставили ускоренную R. K. наряду с R. W. и S. G. на материале в 892 сыворотки от больных как нашей, так и других клиник Института. Антиген для реакции и его титрование мы

<sup>1)</sup> Доложено в кожно-венерической секции Об-ва врачей при Казанском госуд. университете 20/IV 1930 года.

<sup>2)</sup> S. G.—реакция Закс-Георги. R. K.—реакция Каһ'а.

<sup>3)</sup> R. W.—реакция Вассермана.

производили точно по способу, изложенному Финкельштейном, Аристовой и Кадиным<sup>1)</sup>. Сыворотка для R. K. обрабатывалась одновременно и для R. W. и S. G. Накануне опыта бралась у больных кровь, через 2—3 часа после взятия крови сгустки отделялись от стенки пробирки, и последние ставились в холодильник до следующего утра. На следующий день сыворотки сливались, непрозрачные подвергались центрифугированию, затем инактивировались в водяной бане в течение получаса при 56° С., и опыт ставился в этот же день. Мы несколько упростили технику, исключив дозировку антигена в 0,05, и опыт шел в двух пробирках с 0,025 и 0,015 антигена. Встряхивание пробирок первый раз после прибавления сыворотки, а второй раз после добавления физиологического раствора производилось преимущественно руками, а регистрация результатов опыта происходила через 10 минут. R. W. ставилась с двумя антигенами: Lues-антиген и с антигеном Bordet-Roulet's'a. При небольшой разнице в числе плюсов мы при положительном результате обеих реакций считали их совпавшими.

Как видно из прилагаемой таблицы, наш материал составляет 892 случая: из них явный и скрытый люэс—324, подозрительный по сифилису—59, кожных, прочих болезней, в том числе и здоровые—509.

Первичного сифилиса всего исследовано 17 случаев, из них 70% позитивных и 30% негативных. Совпадаемость обеих реакций при данной форме сифилиса у Kahn'a и Keim—90%, Шехтера и Базилевского—96%, Зархи, Вишняка и Фейгина—85,9%. Мы наблюдали полную совпадаемость обеих реакций, что идет в разрез с данными других авторов, из которых одни (Voas, Шехтер и Базилевский) отмечают, что R. K. при люэсе I появляется раньше R. W., а другие (Поллер, Боевская) находят обратное. При вторичном свежем (16 сывороток) и рецидивном сифилисе (10 сывороток) мы наблюдали, как и при первичном сифилисе, полное совпадение R. K., R. W. и S. G.: процент положительных результатов—100. При третичном активном сифилисе из 27 случаев полное совпадение реакций—81,5%, при этом 19 позитивных сывороток и 3 негативных. Из 5 несовпавших в пользу R. K.—4 и R. W.—1, R. K.—позитивна в 85,2%, R. W.—74%. Процент положительных результатов, выявленный обеими реакциями, равен 88,8%.

Небезынтересно привести здесь случай с диагнозом *otchoerididymitis luica*, продемонстрированный на Научном заседании Секции венерологов и дерматологов Об-ва врачей при Казанском гос. университете.

Больной К. (история болезни № 202), люэс 10 лет тому назад, в начале заболевания принял I курс специфической терапии, находится в настоящее время в стационарном отделении клиники с вышеуказанным диагнозом. R. W. и R. S. G.—отрицательные, R. K.—резко положительная (++++). Проведенная в данном случае специфическая терапия дала хорошие результаты.

Из 43-х случаев нейролюэса мы получили R. K. положительной в 46,5% и R. W. в 32,6%. Совпадение позитивных результатов отмечалось в 27,9 и негативных—48,8%. Обе эти реакции дали при нейролюэсе 51,2% положительных случаев.

<sup>1)</sup> Журн. Вен. и Дерматолог. №№ 2 и 3, 1929 г.

Исключительную ценность имеет R. K. при скрытом сифилисе, где она выявляет дремлющую инфекцию. По данным разных авторов совпадение R. W. с осадочными реакциями в этом периоде колеблется от 78 до 98%. Нами исследовано 174 сыворотки латентных сифилитиков, причем положительная R. W. наблюдалась в 49%, а R. K. в 63,2%. Совпадение обеих реакций имело место в 132 случаях, из которых совпадение положительных сывороток было в 44,3%, отрицательных—31,7%. Обе реакции выявили 68,4% позитивных случаев. Указания других авторов, что при лечении R. K. дольше остается положительной, подтвердились также и нашими наблюдениями: мы проследили 25 таких случаев, из которых три приводим здесь.

1) Больной Б. (истор. бол. № 10870), болен люэсом с 1924 года. Принял 5 курсов смешанной специфической терапии (нео+висмут). После 4-го курса R. W. и S. G. резко положительная, после 5-го R. W. и S. G.—отрицательны, R. K. остается положительной (+ + + +).

2) Больной В. (регистр. карточка № 2150), болен с весны 1928 г., принял 4 курса висмутовой терапии. R. W. и S. G. отрицательны, R. K.—+ + + +. В настоящее время у больного головные боли и ломота в суставах, усиливающиеся к ночи.

3) Больной Л. (регистр. карточка № 2103), заболел люэсом 5 лет тому назад, принял 2 курса ртутной терапии. R. W. и S. G.—отрицательны, R. K.—положительная. У больного явления висцерального люэса.

При висцеральном сифилисе (29 случаев) совпадение обеих реакций наблюдается в 89,7%, из них позитивных—41,4% и негативных—48,3% и несовпадений 3 случая: все в пользу R. K. Обими реакциями процент позитивности при сифилисе внутренних органов выявлен в 51,7%.

Сифилиса врожденного у нас всего было 8 случаев. Совпадений—7, все позитивные. Из несовпавших 1 случай в пользу R. W.

Итак, по нашим данным при всех формах сифилиса процент совпадений R. K. и R. W.—81,2%. Обе реакции выявили—69,8% позитивных случаев, причем на долю R. K. приходится 66% позитивных случаев, а R. W.—54,7%. Из несовпавших (61 случай) 15,1% в пользу R. K., а 3,7%—в пользу R. W. Если эти результаты сравнить с результатами реакции Sachs-Georgi, то мы увидим, что последняя на 324 случая заведомого сифилиса дала 46,3% положительных результатов и 53,7%—отрицательных. Итак, реакция S. G. в чувствительности уступает и R. K., и R. W.

Сыворотки всех прочих больных нами делятся на 3 группы: группа подозрительных на люэс, кожных и прочие. К группе подозрительных по люэсу мы относим лиц, у которых кто-нибудь из ближайших родственников (муж, жена, отец, мать) болеют активной формой люэса, или женщин, у которых анамнез подозрителен (частые естественные аборты, преждевременные роды, мертворожденные), имеются язвы, рубцы и т. д. В этой группе, состоящей из 59 человек, R. K. дала 22%, R. W.—13,6% и R. S. G.—6,8% положительных результатов. Негативные случаи в 59,3% дают полное совпадение R. W. и R. K.

К группе кожных (81 человек) мы относим: мягкий шанкр, гонорею и кожные заболевания: туберкулез кожи, рак, язвы и проч. Число совпадений—93,8%. Что касается несовпадений, то 2,5% в пользу R. K., 3,7%—в пользу R. W.

К группе прочих мы относим сыворотки больных других клиник нашего Института, например: Терапевтической, Хирургической, Нервной,





Гинекологической, Глазной и друг. с диагнозом неспецифических заболеваний. Из 428 сывороток 94,4% оказались негативными. По обоим реакциям из несовпадений (24 сывороток)—3% положительных за R. K. и 2,6% за R. W.

Итак, во всех 892 случаях совпадение R. W. и R. K. мы получили в 87,55%.

Что касается вопроса неспецифических выпадений, то по разным авторам оно колеблется от 0,6% до 1,6% (несколько больше процента неспецифичности при R. W.). Процент неспецифических результатов нами наблюдался в 15 случаях, или 1,68% при следующих заболеваниях: polyomyelitis, ischialgia, iritis, haemeralopia, trombosis arteriae cerebri, bronchocarcinoma, ulcus ventriculi, polyarthritus, eczema cruris, encephalitis, gonitis, trachoma III и cancer. Но если принять во внимание, что некоторые задержки надо трактовать как скрытый люэс, то процент неспецифических выпадений, возможно, еще уменьшится.

К сказанному необходимо добавить, что R. K. является особо ценным сопутствующим методом серодиагностики сифилиса в массовой работе Вендиспансеров, а также в практике периферических венучреждений. В последнее время, работа два месяца на селе (Б. Фролово, Татреспублики), где люэс с 1921 года имеет старый очаг и где в виду сложности R. W. и других осадочных реакций наладить серодиагностику не удалось бы, мы убедились в возможности постановки R. K. при наличии самых простых приспособлений, причем R. K. оказала весьма ценную услугу в диагностировании латентного сифилиса.

На основании наших данных мы можем сделать следующие выводы:

1) R. K., будучи не менее специфична, чем R. W. и S. G., является более чувствительной, чем последние, особенно в случаях латентного, цереброспинального и висцерального люэса, и дольше остается положительной при лечении, чем R. W. и S. G.

2) Для упрощения техники можно опыт ставить в двух пробирках без ущерба для качества результатов.

3) R. K. вследствие несложности необходимой аппаратуры, простоты техники и легкости определения результатов имеет больше преимуществ, чем другие осадочные реакции, и может быть вполне поставлена в условиях периферических лабораторий, а также и на сельском участке.

*Литература.* Вержиковский. Венерол. и дерматол. 1925 г. №№ 2-3.—

2) Шехтер и Базилевский. Венерол. и дерматол. 1925 г. № 5.—3) Поллер. Ibid. 1926 г. № 4.—4) Боевская. Ibid. 1926 г. № 5.—5) Финкельштейн и Аристова. Ibid. 1927 г. № 5.—6) Грибанов. Ibid. 1927 г. № 6.—7) Ширвиндт. Ibid. 1928 г. №№ 9—10.—8) Финкельштейн, Аристова и Качин. Ibid. 1929 г. № 3—4.—9) Бронштейн и Скляр. Ibid. 1929 г. № 7.—10) Коростелев и Орлов. Ibid. 1929 г. № 10.—11) Воас. По реферату в Вен. и дермат. 1925 г. № 4 и № 5.—12) Kiss Julius. Тоже. 1927 г. № 4.—13) Andersen, Charles. Тоже. 1927 г. № 8.—14) Зархи, Вишняк и Фейгин. Русск. вестн. дерматол. 1930 г. № 1.

## Материалы к изучению условий труда трактористов.

Д-ра А. Н. Николаева

Огромная армия трактористов, превышающая уже сейчас десятки тысяч и разбросанная на огромном пространстве нашего союза, требует бдительного отношения к ее здоровью. Труд тракториста еще недостаточно изучен. Между тем знать о вредностях этой работы необходимо не только врачу, обслуживающему с.-х. рабочих, агроному, инструктору, профорганизациям, но и самим трактористам, часто чрезвычайно легкомысленно утверждающим, что трактор невинная детская игрушка.

В качестве предварительного сообщения по затронутому вопросу мы решили поделиться теми сведениями, которые нам удалось получить при обследовании курсантов старших трактористов. В настоящий момент из имеющегося и еще поступающего к нам материала мы взяли лишь группу немцев трактористов (работников в Немпесублике) и на основании некоторых, только частично взятых сведений считаем уместным поделиться следующими выводами.

Всего в нашу группу вошло 23 тракториста мужчины в возрасте от 20 до 47 лет.

Из 23-х трактористов со стажем работы на тракторе было: со стажем один год—3 чел., два года—8, три года—8, четыре года—3, шесть лет—1.

По сельско-хозяйственным организациям они распределялись: в совхозах—7, в колхозах—7, в машинных товариществах и с.-х. артелях—9.

Рабочий день распределялся следующим образом. Из 5 трактористов, работавших в тракторных колоннах, четверо работало по 8 часов и имели выходные дни раз в неделю. Ночная работа была той же продолжительности. Пятый тракторист из этой группы работал сдельно и называл огромную цифру в 20 рабочих часов в сутки в течение всего сезона.

Следующую группу составляют 9 стар. трактористов. Они работали в паре со своими помощниками учениками-практикантами. Все они работали минимум по 12 часов и обычно ночью, т. к. боялись доверить машину мало опытным рукам. Это же обстоятельство заставляло их оставаться на „стану“ и руководить помощниками и днем. Из этой группы только двое имели выходные дни, остальные 7 в эти дни или работали, или чистили и ремонтировали машину.

Только по 8 часов работало—6, из них 3 имели выходные дни.

По 10 часов работал один.

Весь день или всю ночь с нужными остановками для принятия пищи без отдыха в течение всего сезона работало двое.

Тракторы были следующих систем: Фордзонов—17, Интернационал—5, Ойль-Пуль—1. Неисправных тракторов было 3, по одному на каждую из указанных систем.

Как и следовало ожидать, самой тяжелой работой на тракторе была ночная работа. Исключение составляла работа в знойные дни. Трудность работы ночью смягчалась тогда ночной прохладой. Из 23-х трактористов только трое ночью не работало. Общей жалобой всех трактористов была жалоба на плохое освещение во время ночной работы на тракторе как

в пахоту, так и при молотье. Только у одного трактора (Фордзон) было электрическое освещение, что позволяло трактористу заявить, что он работал „как днем“. Неисправность электрического освещения у остальных 16 Фордзонов объяснялась отсутствием электрических лампочек. Трактор „Интернационал“ и „Ойл-Пуль“ установки электрического освещения не имеют. В качестве источника света пользовались фонарем „Летучая мышь“—15 трактористов, а четверо обходились простыми фонарями.

Недостаточное освещение требовало от трактористов максимального напряжения зрения и нервов. „От плохого освещения утомлялось зрение, плохо различались предметы, часто теряли след (борозду), отчего нервничаешь. Это заставляет помощника идти впереди трактора с фонарем в руках; тогда возникает опасность у одного попасть под трактор, а у другого задавить впереди идущего. Кроме того ходить по вспаханному полю ночью, со скоростью до 6 километров, даже в сухую погоду—очень утомительно“. Другой заявляет, что фонари „Летучая мышь“ несовершенны. От ветра они мигают, тухнут, отчего еще больше устает зрение. Чтобы зажечь фонарь приходится часто останавливать машину, а это уже большой тормоз в работе. „Плохое освещение—плохая и работа“, заявляют трактористы, „портишь и себя, и работу“. В лунные ночи трактористы предпочитают работать без ручных фонарей.

Работающие в пересеченной местности ночную работу на тракторе считают очень опасной: легко перевернуться или упасть с трактором в овраг. Эта опасность особенно велика в силу того, что, по общему признанию трактористов, они во время ночной работы часто дремлют и даже засыпают, что у большинства приводило к потере следа.

На общий вопрос, считают ли трактористы работу на тракторе опасной даже днем, только один ответил отрицательно.

На вопрос, какая часть трактора является наиболее опасной в смысле возможности увечий, мы получили следующие ответы. Очень опасны не защищенные щитами задки колеса трактора Фордзон. Это общее признание. Те, кто принужден был работать без этих защитных приспособлений (а таких было 3-ое), утверждают, что они всегда, сидя на тракторе, испытывали страх от незащищенных колес и их щипов. Часть трактористов заявила, что они даже имеющимися на тракторах щитами недовольны, т. к. щиты недостаточно защищают их ноги от случайного соскальзывания в промежутки между недостаточно прикрытыми спицами колес. Также всеми трактористами отмечена опасность пусковой ручки на тракторе. Серьезных повреждений, потребовавших временной или постоянной утраты трудоспособности, от пусковой ручки не было, но легкие ушибы, особенно большого пальца правой руки, отмечены по несколько раз за рабочий сезон почти у всех трактористов.

В процессе изучения роли пусковой ручки на заболеваемость тракториста выяснилась и еще интересная деталь. Мы считали, что пусковая ручка опасна преимущественно при преждевременных вспышках, и предполагали, что она может дать только острую травму от резкого, часто с огромной силой короткого удара. Оказывается вращение пусковой ручки вообще не легкая работа и часто требует значительной мужской силы. Одно это обстоятельство уже определенно ставит под угрозу участие в этой работе женщин, в холодное же весеннее и осеннее время (заявляют трактористы) вращение пусковой ручки даже для сильного мужчи-

ны становится не под силу. Виной здесь застывающее смазочное масло. Опрошенные трактористы сообщают, что в таких случаях иногда они принуждены бывают собираться по 6 человек, чтобы вместе веревкой, привязанной за ручку, раскатать ее и пустить трактор.

Немалая роль в смысле опасности работы на тракторе отводится крыльям вентилятора. Они не только недостаточно защищены от случайного попадания пальцев (3 случая), но ранение может быть и не случайным, например, при смазывании коммутатора, где узок и неудобен доступ для масленки и руки, что часто ведет к ранениям. Очевидно, что этой опасности можно было бы избежать остановкой мотора, но трактористы на это неохотно идут. В одном случае, в целях самозащиты от крыльев вентилятора, тракторист припаял к отверстию для масла трубочку такой длины, что вливание масла происходило уже вне лопастей вентилятора.

Во время молотбы опасным становится ремень. Обычно он не защищен, часто буксует, а т. к. трактористы для борьбы с буксованием ремня на ходу посыпают его канифолью, то опасность от ремня увеличивается.

Все трактористы указывают на недостатки сиденья. Оно неустойчиво, мелко, жестко, тряско, без упора для спины; процесс посадки требует большой ловкости, своего рода гимнастических упражнений, что при частом слезании и влезании делается утомительным. Как правило—частые жалобы на боли в спине, плечах, боках и в животе. Нет специальных упоров для ног, нет регулятора приспособляющего высоту сиденья для того или иного роста тракториста. Кроме того, упоры для ног нагреваются (от трения), обжигают ноги, жгут обувь. Это заставляет трактористов летом в жару работать в валенках или обматывать тряпками сапоги (плохие проводники тепла), что, конечно, ведет и к потливости, и к ряду других общеизвестных последствий. Несомненно, и значительная нагреваемость остальных частей трактора в жаркую солнечную погоду не может не отражаться на здоровье тракториста.

Общей жалобой является жалоба на заболевание глаз (конъюнктивит) от раздражения газами бензина и керосина из выхлопной трубы, которая во многих системах трактора несомненно нерационально расположена.

В общем из 23-х трактористов только 2-ое не имело ссадин и ушибов. Эти повреждения обычно локализуются на тыле кисти (чаще правой), в области межфаланговых суставов и протекают без осложнений, заживая с образованием едва заметного рубца. Удалось установить, что в значительной степени их возникновению трактористы обязаны также плохому качеству ремонтного инвентаря, отсутствию специальных ключей и шпешке при большой их утомляемости. Прогулов по болезни ни в одном случае из 23-х обнаружено не было. Тяжелых увечий в этой группе тоже не обнаружено. Бывшие не раз гематомы и отеки предплечий от ушибов продолжать работу не мешали. Только энтузиазмом и сознанием всей важности проводимой трактористами работы можно объяснить это явление.

Однако, условия жилища, питания и спецодежды далеко не компенсировали этой готовности трактористов жертвовать своим здоровьем.

Весной и осенью жили в поле в будках на колесах 6 чел., в землянках—3 чел., под открытым небом—11 чел., в примитивной палатке—2 чел., возвращались домой в село—1 человек. Все трактористы, кроме живших дома, жаловались на грязь, холод, а следовательно, бессонные ночи.



Также плохо налажено дело и с питанием. Основными жалобами были—еда в сухоматку, отсутствие горячего приварка; плохо питались 5 челов., более удовлетворительно—10 челов., плохо из двора в двор—1 челов., плохо, но варили сами—2 чел., без мяса, жиров и молока—5 чел. Все заявили, что зимой питались значительно лучше, хотя работали не так интенсивно. Главными причинами всех недочетов считают неорганизованность, небрежность, халатность и на последнем месте недостаток продуктов.

Спецодежду полностью имело из 23 трактористов только 10. Она состояла из полотняной рубашки и штанов, дождевика, сапог, очков и рукавиц. Четверо работали в своей одежде. Остальные получали по рубашке и штанам. Теплой одежды для работы ранней весной и осенью никто не получал.

Мы пока ограничиваемся этим кратким сообщением. Выводы напрашиваются сами собой. Работу тракториста, особенно в колхозах и товариществах или с.х. артелях, надо признать тяжелой, изнурительной и для сих пор ненормированной. Санитарно-гигиеническая обстановка работающего в поле тракториста должна быть признана опасной для здоровья и, несомненно, увеличивающей опасность увечья.

В качестве конкретных предложений: необходимо врачебный надзор и лечебно-профилактические мероприятия перестроить в сторону максимального внимания к социально-бытовым и профессиональным условиям работы тракториста, а с ним и всякого сельско-хозяйственного рабочего, стоящего у машины. Это должно выразиться в надзоре и врачебном руководстве за летним жильем, даже бивуачным, используя для этого опыт военно-санитарных организаций. Необходимо активировать внимание вокруг правильно и своевременно налаженного питания, для чего необходимо обобществить приготовление, хранение и доставку пищи на место, используя для этого передвижные термосы, сделанные на местах домашними средствами (всегда горячая пища), категорически запретить работу на тракторе при недостаточном освещении в ночное время. Спецодежду трактористу рассматривать как неотъемлемую часть работы на тракторе. Наравне с правилами работы на тракторе снабдить трактористов указаниями санитарно-лечебных правил.

---

Из Курганской окружной больницы Урал. обл.

## **К вопросу о подготовке квалифицированных кадров для участковой работы.**

**Ординатора И. Ф. Березина.**

Широкий размах социалистического строительства и ускоренные темпы его требуют в учреждениях Наркомздрава решительной и коренной ломки. Неудивительно поэтому, что в настоящее время горячо обсуждается вопрос реформы медицинского образования вообще и подготовки кадров молодых специалистов в частности. В техническом проведении этого обсуждения мы видим большой пробел: обсуждением вопроса о кадрах специалистов заняты, главным образом, университетские

клиники и в то же время молчат крупные провинциальные центры, где шлифуются выпускаемые специалисты; молчат участковые больницы и просто рядовые участковые врачи, которым приходится работать рука об руку с этими специалистами; наконец, молчат сами специалисты, которых выпустил университет для работы в провинции. Это молчание можно принять за неоспоримое доказательство рациональной и хорошей подготовки этих специалистов. Но это, конечно, не так. Об этом начинают говорить руководители клиник (Рубашев), предлагающие добавочные курсы для ординаторов, как для какой-то отдельной корпорации, по специальностям, пограничным с изучаемой в клинике. Что это действительно не так, видим и мы, провинциалы, наблюдающие работу выпущенного специалиста-клиниста. Мы должны откровенно и прямо сознаться в том, что, за редким исключением, продукция наших клиник не вполне удовлетворяет требованиям участковой работы. Ординатор-хирург-клинист после 3-х летнего стажа получает навыки и технические познания лишь в небольшом кругу избранной им специальности. Успешный из своей alma mater, он предоставлен самому себе. Если это способный человек, он справляется относительно хорошо с „неожиданностями“ хирургических отделений провинциальных больниц, где оперативный материал разнообразнее клинического, но его затруднения значительно вырастают при соприкосновении с пограничными областями, которые в клинике он не изучал, и дело нередко сводится к тому, что он или в первый же год работы замыкается в круге небольших и несложных операций (ведь в провинции и этого материала громадное количество), не роняя „престижа“ хирурга, или вновь через короткое время стремится попасть на усовершенствование, чтобы пополнить пробелы, уяснить себе непонятное и совершенно прав проф. Н. Соколов, „в кратчайший срок урвать, что можно“. Всю бесполезность таких „налетов“ картинно демонстрирует дальнейшая работа лиц, вернувшихся из институтов усовершенствования, постановка вопроса усовершенствования в которых еще ждет своего разрешения.

На страницах журнала „Новая Хирургия“ мы имеем практическое предложение проф. Рубашева о возможности широкой специализации кадра ординаторов. Его ориентировочная программа дополнительных занятий ординаторов вызывает, однако, не мало недоумения: прежде всего, вся программа укладывается в очень небольшое количество часов. Смее уверить уважаемого профессора в том, что несколько занятий не дает абсолютно никакой возможности молодому, неопытному и предоставленному самому себе специалисту вдуматься в мало известные пограничные области: несколько часов занятий уделены таким предметам, которые в хирургической клинике должны являться предметом длительного и обязательного изучения. Мне кажется, напр., что длительное и серьезное изучение анатомии и оперативной хирургии должно являться неотъемлемым правом и обязанностью каждого именующего себя хирургом; без этого немислима никакая хирургическая работа. То же самое нужно сказать и о бактериологическом и лабораторном анализе, и о занятиях по внутренней клинике. Более всего вызывает недоумения время, уделяемое проф. Рубашевым на эти последние занятия (30 занятий на весь ординаторский стаж), ибо в моей памяти до сих пор сохранились слова проф. С. И. Спасокукоцкого, говорившего нам на обходах буквально

но следующее: „Если вы хотите быть хорошими хирургами, вы должны быть не менее хорошими терапевтами—это ваша обязанность. Терапевт, передавая больного с готовым диагнозом, морально несет меньшую ответственность, чем хирург, который, оперируя этого больного, на операционном столе может не найти повода к операции“.

Все указанные выше занятия должны быть не дополнительными, а обязательными и постоянными занятиями ординатора, и целиком должны находиться под ответственностью той клиники, которая выпускает ординатора. Дополнительные занятия должны вестись исключительно по пограничным областям: экспериментальной хирургии, рентгенологии, гинекологии и ото-рино-ларингологии, т. е. тем дисциплинам, которым в программе проф. Рубашева отведено уже совершенно минимальное количество часов. Практическое изучение этих дисциплин не может и не должно уложиться в рамки 20—15 занятий, ибо в действительности участковой работы хирург ежедневно работает в сфере этих предметов. Для изучения этих вопросов ординатор клиники должен найти время и он может его найти при известной реорганизации работы в клинике.

В настоящее время ординатор клиники обучается почти теоретически. Клинические конференции, стремление шефов направлять работу ординаторов, распределение научных тем для разработки вполне достаточны для теоретической подготовки, но далеко не способствуют систематическому, практическому обучению ординаторов. В задачи клиник входят не только разработка научных тем, не только подготовка кадров преподавателей, но что всего важнее—подготовка кадров специалистов для провинции. Сейчас наши клиники полны ординаторов и экстернов, стремящихся быть научными работниками, и в силу этого более заинтересованных возможно большим печатанием подчас мало кому нужных работ в ущерб практическому опыту, да качество этих работ и не может быть высокопробным: ибо 3 года врачебного стажа (пусть в обстановке клиники) не могут еще создать определенного, установившегося взгляда на изучаемые вопросы; самостоятельного критического мышления обычно еще не выработалось.

Итак, в клиниках больше пишутся теоретические работы, а практическое усовершенствование ординаторов заставляет желать много лучшего. В этом убеждают нас и посещения клиник, где на материале 40—50 коек работают чуть ли не 15 ординаторов, и случайные отчеты клиник. Факты, рисующие это, дает простая арифметика. По отчету Н. В. Алмазовой в Саратовской госпитальной хирургической клинике, например, за 10 лет ее существования ординаторами проделано 1892 операции, т. е. ежегодно ординаторы в среднем проделывают 190 операций. Беря минимальное количество ординатуры (5 человек), мы имеем в среднем 40 операций на одного ординатора в год и 120 операций в три года. Согласитесь сами, что цифра в 120 операций не представляет собою большого практического багажа и дает возможность иметь навык только в небольшом кругу операций.

Реформировав систему работ клиник, нужно дать ординаторам как можно больше практической работы, а для образования кадра преподавателей выделять группу с большим опытом и стажем, чем начинающий ординатор, которая могла бы действительно научно работать. Клиники должны быть неразрывно связаны с работой участковых больниц, поэто-

му двери их необходимо открыть для участковых хирургов с большим стажем, в роли ассистента стремящихся повысить свои знания до уровня высоко-квалифицированного специалиста, и только из них избирать научных работников. Однако, различного рода реформы в работе клиник при современных темпах и широком размахе социалистического строительства ни в какой мере не могут, даже в ближайшие две пятилетки, снабдить врачами-специалистами провинциальные участковые больницы. Нужно предпринять еще что-то другое. Крупные работники и высоко квалифицированные специалисты имеются не только в стенах клиник, они имеются и у нас в провинции. Прикрепление только что окончивших университет врачей к большим больницам, где имеются опытные врачи, для прохождения трехгодичного стажа по любой специальности, дало бы в ближайшую пятилетку значительный кадр хорошо практически подготовленных специалистов, готовых к самостоятельной работе в условиях участка. Можно высказать еще одно пожелание: освободить ординаторов от совместительств, повысив им ставку. Это даст им возможность в часы совместительства изучать те пограничные области, которые необходимы для их самостоятельной работы. Практически это выразится в солидной цифре часов за 3 года ординатуры.

Эта коротенькая заметка дает возможность сделать следующие выводы:

1. Реформа в деле подготовки кадров специалистов своевременна, но требует коллективной проработки и детализации.
  2. Необходимо использовать опыт крупных областных и окружных больниц с учреждением в них 3-летнего ординаторского стажа.
  3. В число работников клиник привлечь участковых работников для приобретения высокой квалификации и углубленного изучения того или иного интересующего их вопроса.
-

## Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из Государственного научного института диететики и лечебной физкультуры  
им. Н. А. Семашко (Дир. д-р Б. Я. Шимшелевич).

### Эргостерин (витамин D)<sup>1)</sup>.

Д-ра В. М. Боровской.

Углубленное изучение т. н. витамина А показало, что это вещество состоит из двух различных субстанций, не одинаковых между собой ни по химическим и физико-химическим свойствам (напр., в отношении термолабильности), ни по биологическому действию, ни, наконец, по содержанию их в различных пищевых продуктах. Рыбий жир, например, содержит оба вещества, но некоторые другие жиры (сливочное масло) содержат витамин А, но не содержат этой предполагаемой второй субстанции. Относительно последней дальнейшими опытами было установлено, что введение ее молодым животным, у которых экспериментальным путем было вызвано нарушение процесса окостенения, похожее на рахит детского возраста, вызывает быстрое улучшение или даже полное исчезновение патологического процесса. Поэтому эта новая субстанция, выделенная из витамина А под названием «витамин D», получила также название антирахитического фактора. Насколько и то, и другое название правильно, мы еще увидим ниже.

Витамин D в начале 1927 года был получен в химически чистом или почти чистом виде. Теоретический интерес этого открытия, разумеется, очень велик: несмотря на огромный труд многих ученых, потраченный за последние 15 лет на изучение «добавочных факторов», витамин D оказался первым, который удалось изолировать, установить его эмпирическую и структурную формулу. Здесь необходимо, однако, сделать оговорку. Вообще точные сведения о структурной формуле мы имеем не по отношению к самому витамину D, а только по отношению к его предварительной ступени. Далее, получение этого вещества в чистом виде дает возможность производить разнообразные опыты и клинические наблюдения, значительно обогащающие наши сведения об обмене вообще и о его регуляторах, о биологическом действии и значении витаминов, о взаимоотношениях между витаминами и гормонами и т. д. Несмотря на относительно короткий срок, протекший со времени открытия витамина D, литература о нем разраслась чрезвычайно. Открытие витамина D имеет также и чрезвычайно большое практическое значение. Обратимся прежде всего к рахиту. Значение профилактики и терапии рахита нередко недооценивают, так как рахит не только не является смертельной болезнью, но, наоборот, обнаруживает тенденцию с течением времени подвергаться почти что самоизлечению. Однако известно также, что косвенным образом от рахита ежегодно гибнут тысячи детей, так как наличие рахитического процесса в резкой степени ухудшает течение многих инфекционных заболеваний, в особенности легочных и кори. Рахит является также одним из поставщиков физических калек, содержание которых ложится тяжелым бременем на государство, и калек психических, так как он играет большую роль в происхождении многих случаев умственной дефективности; имеется даже специальный термин *dementia rachitica*. Вместе с тем рахит по своему колоссальному распространению и по своей тесной зависимости от условий быта, несомненно, является социальным заболеванием, правда, уменьшающимся в отношении тяжести клинического течения благодаря широким терапевтическим и профилактическим мероприятиям, но угрожающим еще большим распространением вследствие увеличивающегося втягивания женщины в производственную работу и тесно с этим связанного падения грудного вскармливания. Последнее относится не только к капиталистическим странам, но в смяг-

<sup>1)</sup> Доложено в научной конференции института 23 ноября 1929 года.



ченной степени и к СССР. Поэтому открытию средства, дающего возможность успешно проводить действительно массовую профилактику и терапию рахита, несомненно, принадлежит большое социальное значение. Поэтому немецкий химик *Windaus*, первый получивший антирахитический фактор в чистом виде, получил в 1928 году Нобелевскую премию за свое открытие.

История открытия витамина D начинается со случайности, но в дальнейшем развивается так стройно, так логично, что сама по себе представляет красивую страницу в истории медицины. Случайность заключается в том, что в 1919 году, в эпоху увлечения ультрафиолетовыми лучами, когда их применяли как универсальное средство от всех болезней, начиная от плешивости и кончая плоской спиной (*Faundler*), *Гульдчинский* испытал лучистую энергию при рахите и получил блестящие результаты. Элемент случайности тут уже заканчивается. Дальнейший шаг был сделан работами *A. F. Hess* и *Steenbock*. Ход их рассуждения можно изложить следующим образом. Ультрафиолетовые лучи действуют на организм рахитического ребенка весьма сходно с рыбьим жиром; можно представить себе, что, давая ребенку рыбий жир, мы вводим ему то самое вещество, которое при освещении ультрафиолетовыми лучами образуется в организме; или, иными словами, какая-то из составных частей детского организма под влиянием у-ф. лучей превращается в вещество, оказывающее такое же антирахитическое действие, как и рыбий жир. Но если подобный фотохимический эффект возможен внутри человеческого организма, то, может быть, его можно воспроизвести также и вне его, *in vitro*? И действительно, *Hess* и *Steenbock* в 1924 г. показали, что для лечения рахита вовсе не требуется непосредственного воздействия у-ф. лучей на большого ребенка, а можно ограничиться освещением ими пищевых продуктов. Различные пищевые вещества, не обладающие сами по себе никакими антирахитическими свойствами, после воздействия на них у-ф. лучей приобретают способность излечивать рахит. Это открытие, конечно, представляет огромный теоретический и практический интерес; но оно нуждалось еще в дальнейшем углублении. Прежде всего была подробно разработана химическая сторона вопроса. Весьма важно было выяснить, какая из составных частей пищевых продуктов (различных жидких масел, молока, пшеничной муки и т. п.) приобретает антирахитические свойства. *Hess* и его сотрудники довольно быстро установили, что активированию подвергаются только вещества, в состав которых входит холестерин, в то время как продукты, не содержащие холестерина или искусственно лишенные его, ни при каких условиях не приобретают лечебных свойств. *Эдельштейн* показал, например, что молоко, из которого холестерин был извлечен эфиром, теряет способность приобретать антирахитические свойства. Холестерин сам после освещения у-ф. лучами тоже может служить для лечения рахита. Химики, однако, этим не удовлетворились. При попытках применять с лечебной целью чистый освещенный холестерин оказалось, что лечебная доза его равна приблизительно 2—2,5 гр. в день; при лечении же освещенным молоком, в количестве, совершенно достаточном для благоприятного эффекта, холестерина вводится значительно меньше. Это было первым шагом к тому, чтобы признать, что не самый холестерин является антирахитическим фактором. Дальнейшие исследования показали, что при применении самых энергичных мер к очистке холестерина от посторонних примесей он теряет способность активироваться, иначе говоря, эта способность принадлежит не ему, а какой-то из этих примесей. Изучение оптических свойств холестерина до и после освещения, испытание его чувствительности к окислительным процессам, осаждение дигтонином, бромирование, повторная перекристаллизация и т. п. привели, наконец, к тому, что было точно определено, какая именно субстанция, обычно в виде ничтожной примеси «загрязняющая» холестерин, приобретает после освещения антирахитические свойства. Детальное изучение, как чрезвычайно близко к холестерину стоящий стерин (поэтому трудно от него отделимый), еще в 1890 году изолированный французским химиком *Гапгетом* его *C<sub>27</sub>H<sub>44</sub>O*. Известна и структурная формула эргостерина. Эмпирическая формула в эргостерине под влиянием у-ф. лучей еще точно неизвестно; повидимому, здесь имеет место только полимеризация. Структурной формулы активного эргостерина мы не знаем, равно как не умеем получать его из неактивного эргостерина без посредства лучистой энергии; иными словами мы не можем еще заменить фотохимического процесса простой химической реакцией.

Итак, эргостерин сам по себе никакого действия на рахит не оказывает, но под влиянием у-ф. лучей приобретает антирахитические свойства. Поэтому Windaus назвал исходный продукт (эргостерин) антирахитическим провитамином, а активную форму, полученную после осветления, антирахитическим витамином, или витамином D. Правильнее было бы, конечно, назвать эту субстанцию витастерином в виду того, что она не содержит аминной группы и относится к стеринам.

Мы говорим все время об антирахитическом действии осветненных продуктов, холестерина, эргостерина. Многие педиатры, признавая в полной мере, что названные субстанции оказывают прекрасное действие на нарушенный при рахите процесс окостенения, указывают, однако, что по отношению к другим проявлениям рахита эффект менее ярок или вовсе отсутствует. Так напр., большинство детских врачей согласно с Wieland'ом в том, что этим средством не излечивается один из постоянных симптомов рахита—малокровие. Менее успешно излечивается также мышечная слабость. Поэтому Margand считает эргостерин не антирахитическим витамином, а «остеофилактической субстанцией», а Mouginand называет его «фиксатором извести». Вряд ли, однако, эти авторы правы. В основе рахита лежит определенное изменение химизма: ацидоз и расстройство фосфорного и известкового обмена—эргостерин очень быстро устраняет ацидоз и увеличивает количество фосфора и кальция в крови. Самый яркий симптом рахита—нарушенное окостенение—тоже быстро улучшается. Поэтому эргостерин, несомненно, заслуживает название антирахитического фактора, и то обстоятельство, что для устранения некоторых второстепенных признаков приходится прибегать к помощи других средств, которые в то же время не могут принести пользы, пока эргостерин не подействовал на основной процесс, не умаляет существенным образом его значения.

О чрезвычайно сильном биологическом действии этого препарата можно составить себе представление на основании следующих цифр: опыты целого ряда авторов показали, что при экспериментальном рахите крыс достаточно вводить им  $0,000000002$  ( $2 \times 10^{-9}$ ) эргостерина в день; излечение наступает через десять дней; следовательно, для получения терапевтического эффекта достаточно 2 стомиллионных ( $2 \times 10^{-8}$ ) грамма эргостерина. Грудным детям, по последнему предложению Guyégu, вводят с лечебной целью 1 миллиграмм эргостерина в день, а с целью предупреждения рахита 0,5 мг.

Уже эти чрезвычайно малые дозы говорят, как мы привыкли думать, в пользу строгой специфичности этого средства. Специфичен ли эргостерин? Не оказывают ли какие-либо другие стерны аналогичного действия на рахитическое нарушение процессов окостенения? Еще, когда витамином D считали холестерин, для решения этого вопроса был проделан целый ряд исследований над многочисленными близко к холестерину стоящими веществами; то же было проделано и по отношению к эргостерину. Были подвергнуты исследованию зимостерин, микостерин, церивастерин,  $\alpha$ -эргостенол и  $\beta$ -эргостенол и десятки других; ни один из них не приобретает при действии у-ф. лучей антирахитических свойств. Способность активироваться, как доказал Windaus, зависит от присутствия в эргостерине 3 двойных алкольных связей; главное значение, повидимому, принадлежит вторичной. Теоретически трудно полностью отрицать возможность существования другого вещества с похожим строением и аналогичными биологическими свойствами. Несколько времени тому назад Windaus сам обнаружил антирахитические свойства у одного из гликозидов наперстянки; но это сообщение, повидимому, не подтвердилось. Во всяком случае вопрос о специфичности эргостерина еще нельзя считать законченным, работы в этом направлении продолжают. Недавно Mouginand сообщил, что ему удалось изолировать из улитки (*helix pom.*) стерин, тоже приобретающий под влиянием у-ф. лучей специфические свойства (*helisterine*). Химическое строение этого вещества еще не изучено.

Под влиянием у-ф. лучей в эргостерине происходят, повидимому, исключительно интрамолекулярные перемещения. Тем не менее активный эргостерин отличается от исходного продукта некоторыми химическими и физическими особенностями; наиболее известно изменение спектра поглощения, которое способствовало самому открытию этого препарата. Поэтому активный эргостерин можно отличить от неактивной формы, и с этой целью было предложено несколько реакций, частью свойственных ему одному, частью общих для всех ненасыщенных кетонов. Ни одна из них, однако, не была настолько надежной, чтобы получить общее признание и распространение. Поэтому до сих пор наилучшим способом

открытия активного эргостерина остается биологический: испытание препарата на крысах, находящихся на рахитогенном режиме. Также производится и дозировка эргостерина. Большинство авторов основывается при этом на профилактическом эффекте, т. е. вводят испытуемый препарат с момента перевода животных на выводящую рахит пищу; некоторые же предпочитают определять терапевтическое действие по отношению к развившемуся уже экспериментальному рахиту. Дозировать эргостерин тоже приходится биологическим способом; дозировка по весу (в миллиграммах) безусловно не допустима, так как различные препараты обладают неодинаковым биологическим действием, а введение слишком больших количеств эргостерина, как мы увидим ниже, угрожает тяжелыми последствиями. По той же причине нецелесообразно пользоваться очень концентрированными препаратами. Фирма Merck выпустила поэтому за последнее время новый препарат своего Вигантола (эргостерина), более слабый, чем раньше.

Несомненный интерес представляет вопрос о значении лучистой энергии при получении активного эргостерина. Для активации необходимо воздействие у.-ф. лучей с длиной волны короче 310  $\mu$  или даже 300  $\mu$ ; более короткие лучи (около 250  $\mu$ ) действуют особенно сильно. Наиболее благоприятные условия создаются при вспышке магния. Более длинные, видимые и тепловые лучи не оказывают никакого активирующего действия; по Ludwig'у и Rijs красные лучи даже ослабляют биологическое действие освещенного эргостерина. Тепло, как таковое, не оказывает никакого действия ни на освещенный эргостерин, ни на исходный продукт; даже длительное автоклавирование (Даниельс и Пордан) его не повреждает. Поэтому продукты, содержащие активный эргостерин, можно спокойно подвергать любой кухонной обработке. Катодные лучи тоже действуют на эргостерин активирующим образом, но значительно слабее, чем у.-ф. лучи. Аналогично действуют, повидимому, и мягкие рентгеновские лучи: спектр поглощения эргостерина при освещении этими лучами изменяется так же, как от у.-ф. лучей; биологическое действие рентгенизированного эргостерина еще не изучено.

Освещение у.-ф. лучами активирует эргостерин в самый короткий срок—в несколько секунд; для оптимального действия требуется несколько более длительное освещение. В то же время избыток у.-ф. лучей разрушает активный эргостерин; пока в подвергаемом освещению препарате имеется еще запас неактивированного эргостерина, биологическое действие его не изменяется; между активированным и еще неизменным эргостерином устанавливается как бы некоторое равновесие. Но как только этот запас исчерпан, сила препарата с дальнейшим освещением уменьшается, и он может и вовсе утратить свою активность. Это обстоятельство имеет определенное практическое значение. Как известно, различные препараты рыбьего жира отличаются по отношению к рахиту далеко не одинаковой терапевтической ценностью—очевидно в зависимости от большего или меньшего содержания активного эргостерина. Было бы, однако, совершенно неправильно схематически применять у.-ф. освещение рыбьего жира для усиления его лечебных свойств. Те препараты, которые наряду с активным эргостерином содержат его и в первоначальной форме, может быть, улучшили бы после освещения свое качество, но другие утратили бы и те свойства, которыми обладали до воздействия у.-ф. лучей. Определить же количество неактивного эргостерина, содержащегося в рыбьем жире, мы не имеем возможности.

Является ли вообще освещение необходимым условием для активации эргостерина? Выше было указано, что мы еще не научились заменять фотохимическую реакцию чисто химическим процессом. Но как же происходит образование витамина D в природе; всегда ли в этом участвуют у.-ф. лучи? В большинстве случаев мы относительно каждого препарата, содержащего антирахитический фактор, можем проследить тот путь, по которому он туда попал. Так напр., относительно рыбьего жира, который несомненно содержит в готовом виде активный эргостерин, оказывается, что самцы трески, от которых, как известно, получают лучшие сорта рыбьего жира, питаются особой породой маленьких раков; эти раки в свою очередь пожирают планктонную водоросль *Nitzschea closterium*, которая содержит много активного эргостерина. Витамин D содержится также в желтке куриного яйца; очевидно источником его в конечном счете является пища, потребляемая курами. Сколько-нибудь существенного непосредственного влияния на организм животного свет при этом не оказывает; названная выше водоросль растет преимущественно в северных морях, и наши северные куры тоже вряд ли имеют в своем распоряжении пищу, получившую много у.-ф. энергии. Но все же совершенно отрицать значение у.-ф. лучей для этих главных носителей витамина D

трудно. Наличие активного эргостерина в кофе легко объясняется воздействием богатого у.-ф. лучами южного солнца. Имеется, однако, работа Фёльца, из которой можно было бы сделать вывод о возможности образования активного эргостерина и помимо действия чистой энергии. Трава, выросшая из семени *Lolium regeanae*, содержит много антирахитического фактора; сами же семена этой субстанции не содержат. Необходимо ли, чтобы рост травы совершался в присутствии у.-ф. лучей? Фёльц выращивал эти семена в темноте и получал этюлированную траву, антирахитическое действие которой не уступало нормальной. Точно так же Schittenhelm в Eisleb обнаружил присутствие антирахитического фактора в прорастающих семенах ячменя, даже если прорастание происходило в темноте. Что же в этих случаях является активизирующим моментом? Schittenhelm предполагает, что при этом играют роль так называемые митогенетические лучи. В условиях опыта, правда, ни ему, ни до него Büßgen не удалось индуцировать митогенетическими лучами антирахитические свойства. Но Schittenhelm справедливо указывает, что условия опыта так плохо подражают естественным соотношениям, что из отрицательного результата нельзя в этом случае сделать какого-либо вывода. Митогенетические лучи тоже близки к у.-ф. части спектра; таким образом нельзя с уверенностью отрицать, что и в естественных условиях образование витамина D все же происходит при воздействии у.-ф. энергии.

В организме животных и человека, несомненно, имеется неактивный эргостерин. Только активированием находящегося в коже эргостерина можно объяснить антирахитическое действие ртутно-кварцевой лампы. Запасов активного эргостерина человеческого организм, повидимому, откладывает не может: как известно, при неблагоприятных условиях у грудного ребенка тотчас начинает развиваться рахит. Очевидно, детский организм нуждается в постоянном, равномерном поступлении витамина D; избыток его быстро выделяется с фекальными массами. Это доказывается также отрицательным результатом попытки Volmга лечить детей однократным введением большой дозы эргостерина. Активный эргостерин был обнаружен в очень небольшом количестве в мозговой ткани новорожденного (мозга взрослых его не содержат вовсе), в коже, почках и желчных камнях; есть указания на присутствие активного эргостерина и в красных кровяных клетках, и в костном мозгу.

Действие эргостерина на рахитическое нарушение обмена и на патологическое состояние костей можно считать совершенно установленным. При лечении рахита эргостерином восстанавливается фосфорный и кальциевый обмен; после этого (Hottlinger) исчезает и характерный для рахита ацидоз. Быстро начинается отложение извести в костях; на серии рентгеновских снимков можно проследить весь ход постепенного окостенения. Лечение малыми дозами эргостерина в конце осени и в начале зимы предотвращает развитие рахитических изменений к концу зимнего периода и весенние «эпидемии» тетании или по крайней мере в значительной мере их смягчает. Все это так хорошо выяснено, что можно на этом не останавливаться. Guggisberg, давая беременным самкам эргостерин, получил потомство, значительно более резистентное по отношению к рахитогенному режиму, чем у контрольных животных. Поэтому к числу профилактических мероприятий против рахита относится, может быть, и назначение эргостерина во время беременности и кормления.

При каких болезнях, помимо рахита детского возраста, можно применять эргостерин? Естественно, что его применяют в первую очередь при заболеваниях, близких к рахиту по этиологии и патогенезу: при так называемом позднем рахите и остеомалиции. Случай позднего рахита, как известно, встречаются весьма редко; соответственно этому и наблюдений над применением эргостерина очень мало. Те единичные случаи, которые описаны, говорят в пользу эргостерина. Несколько обширнее литература об остеомалиции. Имеется около 15 наблюдений, и во всех почти без исключения случаях применение эргостерина почти что творило чудеса. Больные, долгие годы прикованные к постели, не получавшие облегчения ни от фосфора, ни от кальция, ни от рыбьего жира, ни даже от удаления яичников, после нескольких недель приема эргостерина начинали садиться, вставать, ходить, заниматься домашней работой. Остеомалиция—рахит взрослого скелета, и действие эргостерина при ней такое же хорошее, как и при рахите.

Другое заболевание, тесным образом связанное с рахитом—тетания. Рахит служит почвой для развития тетании; а тетания не может быть излечена, пока не излечен рахит. При тетании детского возраста тот же приведенный уже выше перечень терапевтических средств: у.-ф. лучи, освещенные продукты, эргостерин,



дают настолько бесспорный эффект, что в течение относительно короткого времени оказались вытесненными все другие лечебные мероприятия<sup>1)</sup>. Такая же тесная связь существует и между остеомаляцией и тетанией взрослых, и поэтому можно ожидать с большой степенью уверенности, что эргостерин и при этом заболевании оказывает хорошее действие. Наблюдений в этом отношении, повидимому, еще не т.

Совершенно иначе обстоит дело с истинной паратиреопривной тетанией. Здесь мы подходим к очень интересному вопросу, решать который, правда, приходится только экспериментально, ибо с тех пор, как техника удаления щитовидной железы достигла высокого совершенства, клинические случаи паратиреопривной тетании стали чрезвычайно редки. Выше было несколько упомянуто, что при рахите, а следовательно и при тетании, процесс выздоровления сопровождается повышением содержания кальция в крови. Тем же эффектом сопровождается введение эргостерина и при всех возможных патологических состояниях, а также и у совершенно здоровых людей и животных, независимых от условий жизни и питания. Однако, необходимой, повидимому, предпосылкой для получения этого эффекта является наличие эпителиальных телец: в отсутствие их эргостерин не повышает кальция в крови. Относительно недавно Hess и Weinstock опубликовали работу о применении эргостерина у животных, находящихся на чрезвычайно бедной кальцием пище. С момента введения эргостерина содержание кальция в крови начинает повышаться несмотря на малое введение его.

Этого эффекта, однако, не удалось достигнуть, если животным предварительно была произведена паратиреоидэктомия. Можно было бы думать, что наличие эпителиальных телец вообще является необходимым условием для эргостеринового эффекта. Однако, это не так: регулирование фосфорного обмена под влиянием эргостерина совершается без всякой зависимости от функции этих желез. Как бы то ни было, экспериментальные данные относительно применения эргостерина при паратиреопривной тетании не вполне однородны, но носят скорее отрицательный характер. Противоположный результат недавно был отмечен Laggiore. Не исключена, однако, возможность, что во время операции не были удалены добавочные эпителиальные тельца, сами по себе слишком слабые, чтобы предупредить развитие тетанических симптомов, но, может быть, под влиянием эргостерина усиливающие свою деятельность.

Сходные с рахитом детского возраста в отношении патолого-анатомической картины изменения костного скелета развиваются у детей, уже в раннем возрасте заболевших нефрозом. Это заболевание так и называется почечным рахитом (Renale Rachitis). Основное изменение химизма крови здесь тоже сходно с рахитом и тетанией: сдвиг в сторону ацидоза с последующим нарушением фосфорного и известкового обмена. Естественно и логично было испробовать эргостерин и при этом заболевании. Благоприятного результата, однако, не получилось. Это обстоятельство является характерным как для специфичности рахитического нарушения обмена, так и для эргостерина, который, следовательно, оказывается средством специфичным в той же мере, в какой мы говорим о специфичности гормонов или некоторых других витаминов.

К числу неврамийностей процессов окостенения принадлежит и позднее появление зубов, а отчасти и преждевременная порча их. В этом отношении назначение эргостерина вполне себя оправдывает. То же относится и к клинике взрослых. Как известно, беременность очень часто сопровождается зубным кариесом, равно как и другими признаками нарушения известкового обмена (в тяжелой степени — вплоть до остеомаляции). Освещение у.-ф. лучами, введение освещенных продуктов и эргостерина несомненно оказывают благоприятное профилактическое и лечебное действие; что эргостерин, однако, необходимо назначать в очень малых дозах, при постоянном контроле химизма крови, свойств мочи, веса и т. п., будет ясно из дальнейшего.

Естественной и логичной можно назвать также попытку давать эргостерин при переломах костей. Казалось, можно было ожидать от введения эргостерина, как при рахите, притока известия к костной ткани, а следовательно скорейшего развития и консолидации костной мозоли. Далее, к вопросу о плохом заживлении костных переломов с образованием псевдоартрозов в настоящее время часто под-

<sup>1)</sup> Вопрос о применении эргостерина в клинике грудного возраста подробно разработан в брошюре И. Я. Серебряйского „Рахит, его профилактика и терапия эргостерином“, Гос. мед. изд. 1929 г.



ходят также и с точки зрения авитаминоза. Правда, до сих пор в этом направлении испытывалось значение главным образом витамина С, но, как известно, костные изменения при детском скорбуте во многих отношениях похожи на рахитические. Поэтому уже вскоре после того как был открыт эргостерин, хирурги начали применять его с лечебной целью при переломах. Однако, некоторое удовлетворение от полученных результатов получили только первые авторы, применявшие эту терапию; последующие наблюдения не подтвердили их данных. В опытах на животных Chia gello не мог отметить сколько-нибудь ясного ускорения заживления переломов. Этим, однако, отнюдь не исключена возможность благоприятного действия эргостерина на переломы при качественно недостаточном питании.

На этом заканчиваются попытки применения эргостерина, имеющие определенные логические обоснования, хотя бы в некоторых случаях и оказавшиеся ошибочными, и начинается «дезорганизованное» испытание этого препарата при целом ряде разнообразных заболеваний. Можно отметить, как кажется, три рода показаний, при которых авторы прибегают к эргостерину: 1) при патологических состояниях, с большим или меньшим основанием связываемых с понятием авитаминоза безразлично какого происхождения, 2) при заболеваниях, при которых отмечается благоприятное действие кальция или у.-ф. лучей, 3) при состоянии «общей слабости» различного происхождения.

К первой группе болезней относится, напр., оспа, в которой хотят видеть какой-то авитаминоз. Stern получил от эргостерина при оспе блестящие, другие авторы вполне удовлетворительные результаты. К этой же группе заболеваний относится так называемая акродиния (pink disease). Вследствие некоторого внешнего сходства с пеллагрой это заболевание причисляют к авитаминозам и лечат различными витаминами: апельсиновым соком, дрожжами, рыбьим жиром, а также у.-ф. лучами. Это обстоятельство побудило Mc Klen don'a применить при акродинии эргостерин—с почти моментальным успехом. Других наблюдений этого рода пока еще нет.

Может быть, сюда же следует отнести попытку Pfann enstie'l'a применять эргостерин вместе с дрожжами и кальцием при экспериментальном фурункулезе у животных. В указанной выше комбинации эргостерин дает хороший эффект; одни только дрожжи и кальций действуют хуже.

Исходя из довольно неопределенных представлений о значении витаминной недостаточности в происхождении злокачественного малокровия, Rose now пытался давать эргостерин и при пернициозной анемии—с довольно скромными результатами, безусловно несравненно худшими чем те, которые дают препараты печени. Совершенно иначе подошел к этому вопросу Seiderhelm. Путем весьма искусных опытов с выключением биллирубина из круга кровообращения он вызывал у животных тяжелое малокровие и обнаружил при этом, что большое значение для регенерации красных кровяных клеток имеет холестерин. В то же время он полагает, что строма эритроцитов содержит эргостерин, и что эта клетка принимает непосредственное участие в эргостеринном обмене. Поэтому он тоже давал эргостерин при злокачественном малокровии—с результатами, не лучшими, чем Rose now.

До известной степени переходом от группы заболеваний с предполагаемым авитаминозным патогенезом к патологическим состояниям, благоприятно реагирующим на введение кальция, может служить область экспериментальных новообразований. С одной стороны, имеются работы о влиянии на рост экспериментальных новообразований гипо-, дис- и гипervитаминоза. В то же время изучение раковой проблемы показало, что введение кальция задерживает рост новообразований. Поэтому Batelli произвел опыты с введением эргостерина—который одновременно является витамином, и повышает содержание кальция в крови,—при экспериментальном раке. В нескольких случаях опухоль подверглась обратному развитию, причем отмечались явления коагуляционного некроза и высыхания.

Неоднократно было описано благоприятное действие у.-ф. лучей на экзему. То обстоятельство, что прекрасное действие оказывают и рентгеновские лучи, указывает как будто на то, что главное значение имеет действие лучистой энергии на самую кожу. Однако, нельзя отрицать возможности благоприятного действия на экзематозный процесс также и вызываемого освещением изменения обмена. Экзема обычно сопровождается некоторым нарушением равновесия в сторону ацидоза; освещение, как известно, вызывает алкалотический сдвиг. При этом физическом лечении нередко наблюдается двухфазное действие: более стойкому алкалозу предшествует кратковременная ацидотическая фаза; может быть, именно на протяжении

её наблюдается начальное обострение кожных явлений. В то же время при экземе очень охотно и нередко с хорошим успехом вводят кальций. Таким образом эргостерин мог бы иметь значение при экземе и как вещество, изменяющее обмен в сторону алкалоза (при рахите, относительно лиц с нормальным обменом—см. ниже) и как субстанция, повышающая количество кальция в крови. Благоприятное действие его при экземе описал венский дерматолог *Jacobson*. Дальнейшей проверки еще не последовало. Имеет ли смысл применять при экземе эргостерин и не следует ли добиваться улучшения какими-либо более безразличными средствами—покажет будущее.

Сюда же следует отнести увенчавшуюся благоприятным результатом попытку *Frank'a* лечить эргостерином бронхиальную астму, которая тоже, как известно, хорошо реагирует и на у.-ф. лучи, и на кальций.

Как общее укрепляющее средство, некоторые авторы давали эргостерин при так называемом вторичном малокровии. Авторы своими результатами довольны; наблюдений в этой области, однако, еще очень мало. Весьма интересно в то же время, что рахитическая анемия, как было указано выше, не излечивается под влиянием эргостерина; то же отмечает *Menschel* у туберкулезных больных, несмотря на весьма благоприятное действие на основной процесс. Это обстоятельство невольно настраивает несколько скептически. Как общее укрепляющее некоторые авторы давали эргостерин при различных гинекологических заболеваниях, в частности при белях;—несомненно, можно было бы обойтись в этих случаях менее сильным средством.

Пытались давать эргостерин детям, как общее укрепляющее, при инфекционных заболеваниях, например при гриппе, и тоже с хорошими результатами. Относительно этого можно сказать следующее. В эксперименте на крысах удалось установить, что животные, находящиеся на рахитогенном режиме, значительно более чувствительны к заражению *Bac. sui pestifer*, чем те, которые в дополнение к той же пище получают эргостерин (*Mauger* и *Hoffmann*). *Wiscott*, получив у детей хорошие результаты по отношению к рахиту, не наблюдал, однако, у тех же детей повышения устойчивости к инфекциям. *Falkenheim*, а также *Schäferstein* отмечают благоприятное действие эргостерина при пневмониях у рахитиков. *Wieland* не только не мог отметить благоприятного действия эргостерина при инфекциях, но, наоборот, наличие инфекционного заболевания, по его наблюдениям, ослабляет даже антирахитическое действие этого препарата. Если, таким образом, до некоторой степени остается еще спорным вопрос целесообразности назначения эргостерина при инфекционных заболеваниях у рахитиков, то тем меньше основания, конечно, давать его в тех случаях, когда рахита нет.

Несколько в стороне стоит сообщение *Mого* о блестящем результате, полученном им от применения эргостерина при упорной анорексии детского возраста. Анорексия—такое многообразное клиническое явление, что разобраться в этом случае в механизме действия эргостерина и оценить его критически весьма трудно; приходится в этом случае доверять огромному опыту и авторитету *Mого* и ожидать дальнейших работ в этом направлении.

Совокупность всех трех показаний: недостатка витаминов, благоприятного действия кальция, а иногда у.-ф. лучей и необходимости общего укрепляющего лечения сходится при туберкулезе. Действительно, поскольку при рахите эргостерин, если можно так выразиться, восполняет недостаток в солнечных лучах, а солнечный свет оказывает благоприятное действие на туберкулезный процесс (правда, менее всего легочный), поскольку туберкулез издается, почти как правило, летучим жиром, и рыбий жир с фосфором составляет существенную составную часть *Sauerbruch-Hergmannsdorfer*овской диеты, поскольку для обывательства мелких очагов принято давать препараты кальция, причем, правда, ни массовый опыт, ни патолого-анатомические исследования не подтверждают действительной целесообразности этого назначения, эргостерин должен был бы быть показан. Действие эргостерина при туберкулезе было испытано *Pfannenstiel*ем и *Schägl*аи в эксперименте. Перед тем как инфицировать кроликов туберкулезными бактериями, они иммунизировали их малыми дозами слабо-вирусной туберкулезной культуры, чтобы получить процесс, аналогичный туберкулезу взрослых или детей старшего возраста (не первичный). Оказалось, что эргостерин сам по себе не ослабляет течения туберкулезного процесса, но введенный в комбинации с витамином В оказывает несомненное терапевтическое действие. Успех при этом получается значительно лучший, чем от одного только витамина В. На основании своих опытов *Pfannenstiel* считает целесообразным применять при ту-

туберкулезе у взрослых и у детей старшего возраста лечение большими дозами суточных доз дрожжей вместе с освещенным эргостерином; последний необходимо давать очень осторожно, под постоянным контролем веса. Мейсхел лечил эргостерином 55 туберкулезных больных и получал от малых доз прекрасный эффект; наблюдение продолжалось от нескольких месяцев до года. Плайн видел благоприятное действие от эргостерина в одном случае костного туберкулеза. Имеются также наблюдения педиатров над действием эргостерина на туберкулез у детей. Полученные данные в общем благоприятны. Вместе с тем именно к туберкулезным детям относятся первые сообщения о токсическом действии эргостерина; Гюбгуг считает, что при туберкулезе необходима особенно осторожная дозировка. Бергшанп тоже полагает, что эргостерин должен был бы давать при туберкулезе хорошие результаты, однако вместе с тем он считает возможным применять этот лечебный метод исключительно в клинике. Только тогда, когда будет накоплен достаточный опыт, будет точно разработана дозировка эргостерина и будет выяснено, при каких именно проявлениях туберкулеза эргостерин может быть полезен, можно будет передать это средство широкой массе врачей.

Мы подошли таким образом к вопросу об осложнениях, наблюдаемых при применении эргостерина. Имея в руках субстанцию, целебное действие которой проявляется при рахите грудных детей уже при дозе около 1 мг. про die через несколько дней, можем ли мы ожидать, что это средство окажется безвредным при назначении его в больших дозах? Конечно, нет. Весь наш опыт, клинический и экспериментальный, учит нас, что сильно действующие субстанции, в соответствующих дозах необходимые для нормального существования, для самой жизни организма, при назначении их в больших дозах оказывают резко токсическое действие. То же относится и к эргостерину. Различие заключается только в том, что токсическое действие больших доз тироксина, адреналина, инсулина или также, например, сальварсана никого не удивляет, между тем как эргостерин с самого момента открытия получил название витамина, а самое понятие гипервитаминоза или дисвитаминоза нам совершенно чуждо; при введении других витаминов явлений гипервитаминоза не наблюдается. (экспериментальные работы Scherf'a относительно гипервитаминоза В у молодых крыс в свое время прошли совершенно незамеченными). Pfanenstiel, однако, совершенно прав, когда приписывает этот провал тому, что у нас нет достаточно концентрированных препаратов остальных витаминов. Понятием гипервитаминоза мы, следовательно, тоже обязаны открытию эргостерина. В первом своем сообщении об эргостерине Windaus, говоря о ничтожности его лечебной дозы, высказывает убеждение, что и значительно большее количество этого препарата совершенно безвредно. Опыт показал противное. Животные—крысы, кролики, мыши, кошки,—получающие очень большие дозы эргостерина, в несколько тысяч раз превышающие лечебные, быстро гибнут при явлениях резкой кахексии. При хроническом отравлении меньшими дозами, но все же во много раз превышающими нормальные, отмечается развитие резких изменений в органах и тканях, к описанию которых мы перейдем несколько ниже. Что мы здесь действительно имеем дело с гипервитаминозом, убедительно доказывают работы Haggis'a и Moor'a, которые давали животным большие дозы эргостерина в разнообразных растворителях, а также в чистом виде и получали одни и те же результаты, или же применяли эргостерин, потерявший вследствие продолжительного освещения свою активность, и в этом случае не наблюдали никаких патологических изменений. Кроме того, принципиально те же изменения были описаны раньше, а в особенности за последнее время, когда внимание нескольких десятков исследователей приковано к этому вопросу, при применении в животном эксперименте рыбьего жира или же у-ф. лучей в дозах, во много раз превышающих терапевтические. Таким образом приходится, повидимому, признать, что мы имеем дело с истинным гипервитаминозом. Единственное сомнение, которое при этом возникает, касается вопроса о том, является ли этот гипервитаминоз абсолютным или же относительным. Существует определенное понятие о витаминном балансе, о необходимости определенного количественного соотношения между отдельными витаминами; нарушение этого равновесия вредно отражается на организме. По отношению к эргостерину Haggis и Moor показали, что увеличение количества витамина В в рационе животных, получающих токсические дозы эргостерина, ослабляет вредное действие последнего.

Эргостерин, как было указано, спенефически действует на фосфорный и извещковый обмен. В особенно резкой степени увеличивается количество фосфора в крови. Через несколько часов после однократного введения эргостерина под-

опытному животному количество фосфора в крови начинает постепенно нарастать. Увеличение в среднем составляет 50—100%, но иногда доходит до 200% исходной величины. Уже одна доза в 2 мг. на 1 кг. веса вызывает у здорового кролика нарастание фосфора в крови. Если было введено не более 10 мг., то через 2—3 дня количество фосфора опять начинает уменьшаться. При введении более 10 мг. (однократно!) количество фосфора неудержимо возрастает до самой смерти животного. Этой реакцией предложено пользоваться для определения присутствия активного эргостерина в испытуемом веществе и для стандартизации выпускаемых в продажу препаратов. Количество кальция в крови увеличивается на 10—20%. Резко возрастает содержание кальция в органах—в 10 и больше раз (описано даже стократное увеличение). У кролика, получавшего в течение 18-ти дней ежедневно по 5 мг. эргостерина, стенка аорты содержала 2,8% кальция. Высокие цифры были получены также при исследовании почек, легких и сердца. В виде исключения количество извести увеличивается также в мозгу. Наоборот, в мышцах и в печени никогда не отмечается отложений извести. Первичным изменением следует, повидному, считать именно гиперфосфатемию,—не только потому, что она выражена резче, чем возрастание количества кальция, но и вследствие того, что по Hoffner'у такое же обильное присутствие органов можно получить и в том случае, если гиперфосфатемия вызвана не эргостерином, а непосредственным введением препаратов фосфора (упомянем для полноты обзора, что Lieujoié и Lefevre, экспериментируя на собаках, отметили у них после введения эргостерина понижение уровня кальция в цельной крови). Резко возрастает также по Hensdel'ю и Malé и количество холестерина в крови морских свинок и кроликов.

У рахитических детей, а также у здоровых детей тоже было отмечено значительное увеличение количества фосфора и кальция в крови; кальция в некоторых случаях найдено 16 и даже 18 мг. % (Hess, Gyggy), количество фосфора по данным Hess'a увеличивается до 10,4 мг. %; Gyggy таких высоких цифр не получал.

Откуда же берется в крови это большое количество фосфора и извести? По отношению к фосфору Warkap у полагает, что количество его увеличивается вследствие повышенного всасывания из кишечника и одновременного повышения порога выделения фосфора почками: одна и та же доза фосфорнокислого натрия вызывает у животного, получившего эргостерин, значительно более высокую кривую фосфора в крови, чем в контрольном опыте. Mautner считает возможным, что фосфор всасывается не только из кишечника, но также и из уже обильно содержащихся в различных тканях организма, в особенности из костного скелета. Кости крыс, получавших большие дозы эргостерина, содержали только 39% зола против 43% у контрольных животных. В согласии с этим Hinzelmann обнаружил размягчение ребер у кроликов, получавших большие дозы эргостерина. Другие исследователи, однако, не подтверждают этих данных. Вообще необходимо заметить, что результаты, полученные различными исследователями, во многих отношениях расходятся между собой. Иначе и не может быть: помимо пестроты дозировки и различия в постановке самого опыта, огромное значение имеют и резкие видовые и индивидуальные колебания степени устойчивости животных по отношению к этому препарату. Эти колебания зависят от исходного состояния обмена и состояния всего организма в целом, от условий питания, освещения и т. д., и, наконец, от так называемых «конституциональных особенностей». Несомненное значение имеют возраст и интенсивность роста. Вспомним хотя бы общее положение: без роста нет рахита. Если животные находятся на диете, замедляющей рост или даже вызывающей остановку его, то и классический рахитогенный режим не вызывает типичных костных изменений. Следовательно, интенсивность роста сама по себе отражается на потребности организма в витамине D, а следовательно и на устойчивости его по отношению к D-гипервитаминозу.—Вслед за вопросом, откуда берется кальций в крови, естественно спросить, какова его дальнейшая судьба. Во первых, он выводится в большом количестве кишечником и почками, а затем он, как было указано выше, откладывается в тканях. Наиболее резко в этом отношении страдает вся сосудистая система. Очаги обильного отложения встречаются в самой мышце сердца, в эндокардии, в том числе и на клапанах; менее всего в перикардии. В венах артериях, от главных стволов и до мельчайших разветвлений, отмечается обильное отложение кальция; в наиболее тяжелых случаях весь сосуд целиком превращается в жесткую неподвижную трубу-



ку с зияющим отверстием. Очень резко изменена аорта, но также и почти все остальные артерии. Как и в сердце, в артериях сильнее всего поражается средний—мышечный—слой, внутренняя оболочка тоже сильно втянута в патологический процесс, хотя и несколько меньше, и относительно мало обызвествляется наружная оболочка. Изменения в сердечно-сосудистой системе наиболее ярко выступают в картине этого гипервитаминоза. В почках, наряду с артериями, обызвествлению подвергаются единичные извитые канальцы. Местами эпителий канальцев превращается в обызвестленные бесформенные глыбки. Известь откладывается также в мембрана propria канальцев и Баумановской капсулы. В просвете канальцев часто содержатся известковые цилиндры. Метастазы извести обнаруживаются также в легких и в слизистых оболочках бронхов и желудка. Процесс сопровождается сильным малокровием, которое у некоторых животных, повидимому, само по себе служит причиной смерти. В селезенке и лимфатических узлах—признаки эритрофагии и резко выраженный гемосидероз; последний вообще красной нитью проходит через всю картину интоксикации (Герценберг). В костном мозгу, однако, не обнаруживается следов гемосидероза. Хотя, как мы видели, количество кальция в сыворотке резко увеличивается, все же не это служит основной причиной обызвестления тканей: не следует представлять себе, что кальций просто выпадает в ткани из пересыщенного раствора. В огромном большинстве случаев первичным является изменение самих тканей. Под влиянием эргостериновой интоксикации развиваются специфические некротические процессы, преимущественно в среднем слое сосудистой стенки, причем в этот процесс втягивается и эластический слой. Всякие некротические очаги обладают повышенной жадностью к извести: на какой бы почве не возник некроз, он склонен к обызвестлению, даже при отсутствии нарушения кальциевого обмена. Таким образом, преобладают, следовательно, дистрофические изменения. Наряду с этим, хотя и в гораздо меньшей степени, отложения извести обнаруживаются в здоровых тканях, например в мышце сердца, в эластических волокнах имеются дискризические процессы (Герценберг). Если прекратить введение эргостерина до развития резких явлений, то подопытное животное продолжает жить без клинических симптомов какого-либо заболевания. Если через довольно продолжительный срок убить это животное и исследовать его органы, то оказывается, что в некоторых некротических очагах имеются признаки заживления, восстановления; другие измененны, однако, остаются стойкими и уже после небольшого отравления эргостерином не обнаруживают наклонности к рассасыванию. В костях, как уже было отмечено, некоторые авторы отмечали разражение ткани, остеопороз. При введении эргостерина очень молодым животным или лучше при хроническом отравлении этим препаратом беременной самки на костях плодов имеются следы многочисленных переломов; животные рождаются с искривленными и укороченными вследствие этих переломов конечностями. Возможно, однако, что эта картина возникает не на почве извлечения кальция из костной ткани вследствие создания условий, благоприятствующих его растворению в крови и тканевых жидкостях (главным условием повышения растворимости кальция является сдвиг щелочно-кислотного равновесия в сторону ацидоза), а усиление и ускорение процесса отложения извести, т. е. не столько *osteogenesis imperfecta*, сколько врожденная ахондроплазия. В местах введения эргостерина под кожу наблюдается местное отложение извести.

Таковы экспериментальные данные. Однако и клиника уже знакома с картиной гипервитаминоза D. В тех наблюдениях Hess'a, в которых введение эргостерина вызывало резкое повышение кальция в сыворотке, эта гиперкальциемия сопровождалась рядом патологических симптомов в виде повышения температуры, сильного падения веса, рвоты, вялости и сонливости. Если эти явления сопровождалась резкой обезвоженностью организма, в моче появлялся белок, лейкоциты, зернистые цилиндры. Аналогичные явления наблюдал G ü b g y у туберкулезных детей: те же общие расстройства, те же явления со стороны мочи. Такие же данные были описаны еще раньше Degkwitz'em, Langstein'ом и Vollmer'ом. Почечные расстройства во всех этих наблюдениях выступают на первый план. Случай нефрита у девочки с выделением крови и цилиндров в моче и с повышением кровяного давления до 150 мм. ртут. столба описал и Freud. По другим наблюдениям эргостерин вызывает поносы. Но прекращении приема эргостерина все явления быстро прекращаются. Wolf описывает отравление гигантолем у девочки, со 2-го месяца жизни получавшей в течение 5 месяцев ежедневно 3 раза по 9 капель старого (то есть более концентрированного) препарата. Поми-



мо бледности и резкого истощения отмечалась резкая тахикардия, пульс, еле прощупывающийся, доходил до 200 ударов в 1'. После отмены лечения—постепенное улучшение; спустя 4 недели—полное выздоровление. Интересно отметить, что у девочки, которой в это время было около 6 месяцев, имелось полное заращение родничков; зубов не было. В качестве местной гиперминерализации наблюдается избыточное отложение извести в эпифизах трубчатых костей, видимое на рентгенограмме. Других изменений при жизни, естественно, не удается обнаружить. Данные вскрытия имеются только в одном случае: 5½-месячный атрофичный ребенок без рахита получал в течение 3-х месяцев по 2 мг. эргостерина в день (доза по величине и продолжительности значительно превышающая ту, которая в настоящее время считается нормальной). Ребенок внезапно умер при явлениях высокой температуры невыясненного происхождения. На вскрытии обнаружены были отложения извести на коре и на границе между корковым и мозговым слоем почки; известковые очаги по размеру местами в 10 раз превышали диаметр мочевых канальцев; частично отмечалось обызвестление всей почечной ткани. Относительно других органов данных, к сожалению, не приведено. По отношению к взрослым имеются, повидимому, только данные Меншчелла: у туберкулезных больных, получавших большие дозы эргостерина, отмечались рвота, лейкоцитоз, потеря аппетита, резкое уменьшение веса.

В отношении химизма интересно, что в то время как при введении эргостерина рахитикам баланс кальция и фосфора становится положительным и характерный для рахита ацидоз сменяется сдвигом в сторону алкалоза, у здоровых детей, наоборот, выведение кальция и фосфора увеличивается; баланс становится отрицательным. По отношению к взрослым мы располагаем только данными Кгетца, который во время кратковременного опыта на 4-х здоровых взрослых людях отметил некоторое увеличение кислотности крови и понижение уровня фосфора в сыворотке; с мочей выделялось больше хлора; остальные изменения не однородны.

Большой интерес представляет вопрос о том, насколько найденные при опытах на животных расстройства соответствуют артериосклерозу. Многие авторы считают, что под влиянием эргостерина развивается именно типичный склероз сосудов. На этом основании было сделано даже остроумное противопоставление: в то время как в грудном и раннем детском возрасте необходимо введение витамина D в той или иной форме, хотя бы в виде обилия солнца, у взрослых пищевой режим, богатый этим витамином, благоприятствует развитию артериосклероза. Из естественных продуктов к числу богатых витамином D относятся рыбий жир (жир дельфинов и т. п.) и яичный желток; далее следуют уже искусственно активированные продукты. Последние в Америке появились в большом количестве. Некоторые фирмы (например, Quaker oats) выпускают освещенную у. ф. луками муку, бисквиты и т. п. даже без надбавки в цене. В популярной прессе рекомендуют жителям северного и среднего пояса „съедать ежедневно необходимое количество солнечных лучей“. Немецкая фирма Громонта тоже выпустила в продажу сухари, содержащие активный эргостерин. Само собой разумеется, что содержание витамина D во всех этих продуктах весьма невелико, но зато предполагается постоянное потребление их изо дня в день, может быть все же не безразличное. Одна из последних работ относительно патологических изменений у животных при отравлении эргостерином, произведенная в институте АсшOFFа нашим московским патолого-анатомом Э. Я. Герценбергом, доказывает, правда, что полученные изменения не похожи на артериосклеротические и даже артериосклерозом в кочычках могут быть названы только с натяжкой. Тем не менее вопрос о целесообразности „солнечных ванн, принятых внутрь“, должен оставаться открытым.

Вообще выводы из этого, конечно далеко не полного, обзора современного состояния вопроса об эргостерине ясны: это вещество со специфическими функциями; его безусловно можно и должно назначать там, где к этому есть прямое показание—при рахите и тетании детского возраста (профилактически и терапевтически), при позднем рахите и остеомаляции и, может быть, очень осторожно—у беременных. Со всеми остальными показаниями необходимо соблюдать крайнюю осторожность. Там, где назначение эргостерина кажется обоснованным, следует назначать его в очень малых дозах, исключительно в клинической обстановке, под постоянным контролем химизма крови (кальций, фосфор, холестерин, ацидоз), функции почек, а также, конечно, и всей совокупности клинических симптомов.

## Библиография и рецензии.

*Сборник Украинского государственного детского ортопедического института* 1919—1929. Под редакцией директора института проф. И. О. Фрумина и а. Приложение к журналу „Новый хирург. архив“. Днепропетровск. 1930. Стр. 249, с многочисленными иллюстрациями.

Эта книга, тщательно изданная, является живым примером того, как преданность плодотворной идее и энтузиазм небольшой группы лиц могут создать в короткий срок большое и в высшей степени нужное дело. Среди грома и молний революционной бури получило жизнь новое учреждение, много испытаний выпало на его долю, но любовно и щедро поддерживаемое Советской властью, закаленным и крепким вышло оно, органически приспособленное к требованиям современности. Из скромного, первоначально чисто лечебного заведения — „Дома Увечного Ребенка“ учреждение превращается в учебный, а затем в научно-исследовательский Институт по борьбе с увечностью и травматизмом, — Институт, развертывающий теперь стационар на 400 коек, имеющий прекрасно оборудованные залы для врачебной гимнастики, физиотерапии, ряд лабораторий, всомогательных кабинетов, мощную рентгеновскую установку, музей, протезно-техническое отделение и пр.

„Сборник“ подводит славные итоги пройденных этапов. Тысячи излеченных и получивших облегчение калек, сотни слушателей — студентов и врачей, десятки подготовленных высоко-квалифицированных ортопедов, десятки научных работ, опубликованных в отечественной и иностранной прессе.

Юбилей Украинского ортопедического института особенно знаменателен теперь, когда невиданные в истории мира темпы индустриализации города и механизации деревни, осуществляемые в нашей стране, выбрасывают резким толчком вперед кривую травматизма. Дан сигнал к неотложному созданию по всему СССР центров ортопедическо-травматологической помощи. Необходимо сейчас же приступить к созданию специальных институтов, вооруженных всеми современными научными и техническими достижениями. Таков социальный заказ. Он должен быть выполнен. И Наркомздрав Р.С.Ф.С.Р. не должен в этом отношении отставать от Украины.

Проф. М. Фридланд.

A. Carrié. *Les syndromes icériques*, стр. 348, ц. 85 фр. Paris, G. Doin et Cie, 1930 г.

Вопрос о желтухе пользовался у нас всегда большим вниманием, и потому новая работа французского автора по этому вопросу, несомненно, представит много нового для тех, кто знаком преимущественно с работами немецкой школы. В этой книге мы находим 12 глав, в которых разбираются следующие темы: происхождение желчи, уробилина, элементы задержки желчи, ее разновидности, механическая, печеночная, гемолитическая и смешанная желтуха, заразная желтуха, токсическая, желтуха при желчных камнях, атрофическом и гипертрофическом циррозе, семейная желтуха и желтуха новорожденных. Автор стремится к тому, чтобы по возможности точнее установить патогенез каждого из указанных видов желтухи, а также их взаимоотношения. В литературных ссылках цитируются почти исключительно французские авторы, а из немецких — некоторые наиболее старые авторы.

Проф. М. Я. Брейтман.

Dr. Riser. *Le liquide cephalo-rachidien*. Physiologie et exploration du systeme ventriculo-meningé. Paris, Masson et Cie. 1929 г., стр. 250 в рисунков 24, ц. 28 фр.

Riser основывается на 582 опытах на животных и более чем на 3000 наблюдений на человеке. Исследование касается клиники, химии, гистологии, рентгенографии и хирургии. Приведены данные топографии, общей физиологии цереброспинальной жидкости с помощью новых способов (воздух, впрыскивание красок, липодола). В заключение описываются свойства цереброспинальной жидкости при различных заболеваниях головного и спинного мозга. Приведена краткая литература. Книга носит строго практический характер и несомненно окажется полезной.

Проф. М. Я. Брейтман.

Rosenfeld, M. *Die Störungen des Bewusstseins*, klinisch-diagnostische Studien für Aerzte und Studierende. 347 Seiten. Verlag Georg Thieme. Leipzig, 1929. Preis geb. RM. 16.—geb. RM. 18.

Книга М. Розенфельда о расстройствах сознания принадлежит к весьма ценным в психиатрической литературе. Автор поставил себе задачей проследить

клиническую картину расстройств сознания при всех психических болезнях, указывая в каждом случае на особенности этих расстройств, таким образом, что они делаются важным в диагностическом отношении подсобным моментом.

В первой части, в общей симптоматологии расстройств сознания, автор рассматривает: А. *Психические картины изменений сознания* (нормальное состояние сна; сознание в гипнозе; расстройства сознания в состоянии аффекта; оглушенность, сонор, кома; сумеречные состояния; психический шок; растерянность; состояния аменции; онейроидные состояния и т. д.). В. *Неврологические симптомы, сопровождающие расстройства сознания* (расстройства моторики, чувствительности; кожные и сухожильные рефлексы, Deviation conjuguee, Nystagmus, паралич глазных мышц; реакция зрачков; механическая и электрическая возбудимость нервов и мышц; расстройства со стороны мочевого пузыря и ректума; скоро проходящие очаговые симптомы; лумбальное давление (Lumbaldruck)). С. *Другие соматические симптомы, сопровождающие расстройства сознания* (расстройства пульса, расстройства дыхания, расстройства температуры тела; расстройства со стороны вегетативной системы; аномалии обмена веществ). D. *Явления бессознательной душевной жизни*. E. *Расстройства сознания и мозговой процесс*.

Во второй части, в специальной симптоматологии расстройств сознания, автор изучает: истерические расстройства сознания; психогенные расстройства сознания, расстройства сознания при генуинной эпилепсии; эпизодические сумеречные состояния; нарколепсия, пиклолепсия и родственные состояния; обмороки и обморочноподобные припадки у детей; психастенические и аффектэпилептические припадки; расстройства сознания при мигрени, при опухолях в мозгу, при гидроцефалии и серозном менингите, при симптоматических психозах в течении инфекционных болезней, при общих расстройствах кровообращения, при эклампсии и уремии, при апоплексии, психические расстройства при тромбозе синуса мозга, Stokes-Adams'овский симптомокомплекс, расстройства сознания при церебральном артериосклерозе и при старческой инволюции, при contusio et commotio cerebri, при попытках удушья (странгуляция), постоперативные расстройства сознания; расстройства сознания при генерационных психозах (Generationspsychose — психозы при беременности, родах, в послеродовом периоде); солнечный удар; гелоплегия; расстройства сознания при прогрессивном параличе и lues cerebri, при интоксикациях алкоголем, морфием, гашишом, кокаином, мескалином, при эндокринных заболеваниях (Basedow, микседема, тетания, Addison); расстройства сознания в течение общего вегетативного невроза, при мавнакально-депрессивных конституциях; расстройства сознания при шизофренических картинах состояния.

Нет никакой возможности дать здесь хотя бы в самых кратких, бледных чертах описание этого весьма богатого содержания книги. Автор описывает все вышеприведенные формы расстройства сознания на основании собственных наблюдений и всей новой литературы, которую он приводит в своей книге, не то что в конце каждой главы или в конце текста (как принято), а при обсуждении каждого отдельного вопроса, так что почти каждая страница текста имеет свой перечень литературы или даже несколько таких перечней, что облегчает читателю в значительной степени изучение литературы заинтересовавшего его вопроса.

Приведу только самый, как мне кажется, важный вывод, который автор на основании своих исследований делает в конце книги: для диагноза болезни во многих случаях точное установление картины расстройства сознания гораздо важнее многих других отдельных психических симптомов. Эти последние зависят часто от случайных индивидуально обусловленных констелляций. *Ив. Галант* (Москва).

## Рефераты.

### а) Внутренние болезни.

62) *Туберкулез почек*. Howard S. Jeck (А. М. А. v. 92, № 41, 1929) на основании 60 оперированных случаев tbc почек и последующего наблюдения течение ряда лет приходит к следующим выводам: 1) туберкулезные фокусы в genitalia встречаются в большом % случаев tbc почек; наличие гноя в моче при легочном tbc обязывает к тщательному наблюдению за почками (tbc); 2) если активные tbc поражения только в одной почке, то прогноз хороший; 3) нет постоянного соотношения между длительностью симптомов и степенью поражения

почек; 4) чем беднее функция почек, тем больше деструкция; 5) спинальная анестезия не только облегчает нефротомию, но и разрешает вопрос о послеоперативных легочных обострениях; 6) соответствующий больной почке мочеточник очень часто заболевает с почкой; 7) ВК определяются в моче при тbc почек в высоком проценте случаев простыми общеупотребительными методами. *Н. Крамов.*

63) *Грудная жаба и сердечная астма.* Prof. J. Pal (Die ärztliche Praxis, № 9, 1929) считает основным общим для этих 2-х заболеваний признаком тот, что припадки выпадают во время лихорадочного состояния. Происхождение болей при грудной жабе автор объясняет раздражением чувствительных нервов, расположенных в области основания коронарных сосудов, в проксимальном отрезке которых из-за спазма самих же сосудов образуется артериальный застой с последующим растяжением стенок. Обычно припадок сопровождается общим повышением кровяного давления; если же такое повышение сменяется понижением, а припадок длится, то это обстоятельство указывает на сужение коронарного устья, из-за которого нарушается прямое влияние общего высокого давления на коронарные сосуды. Приводя много причинных моментов развития припадков грудной жабы, автор затрудняется дать грань между *angina pectoris vera* и *angina pectoris vasomotoria*. Во время припадка гр. жабы наиболее верным средством для устранения боли является морфия, а для устранения спазма—вдыхание амилнитрита или прием внутрь нитроглицерина (2—3 к. 1% спиртного раствора) или внутривенное вливание атропина (0,001—0,0015). Расширяющими коронарные сосуды средствами являются и те, которые возбуждают *sympathicus*: кофеин, теобромин, теофиллин, эфебрин, эфетонин.

Сердечная астма в противоположность гр. жабе, где основные признаки приступа субъективные—боль, имеет приступы с совершенно объективными признаками: быстро наступающая одышка, цианоз, холодный пот и отек легких. Исходный пункт припадка—это острая недостаточность левого предсердия. Бывающие при припадке сердечной астмы боли обусловлены острым застоем печени и напряжением диафрагмы. Во время приступа прежде всего необходимо ликвидировать раздражение дыхательного центра, что достигается комбинацией морфия с атропином. Для облегчения кровообращения очень эффективно кровопускание. Автор рекомендует, как хорошо действующее средство, комбинацию адреналина с астмолизмом, а профилактически—ограниченное употребление жидкостей, препараты теобромина и теофиллина, а также новые препараты *Salurgan* и *Novurit-chinoin*.

*С. М. Райский.*

64) F. Deutsch (Mediz. Kl. № 16, 1929) говорит, что *уменьшение размеров сердца у спортсменов* является нормальной реакцией здоровых сердец на спортивные упражнения и что увеличение их размеров бывает в результате явивших место до того частых сужений.

*С. М. Райский.*

65) *Острая сердечная слабость при инфекционных заболеваниях* наступает по T. Brugsch'у и W. Grunke (Mediz. Kl. № 14, 1929) или вследствие истощения сердечной деятельности, или вследствие паралича вазомоторов с преимущественным расширением и кровенаполнением артерий в области *splanchnicus'a*, или вследствие анемии центров кровяного давления на почве оттока крови к брюшным органам. Клиническое и патолого-анатомическое изучение авторами тех случаев острой сердечной слабости, которые привели к смерти, показало, что при дифтерии, гриппе и роже чаще всего бывает истощение сердечной деятельности, при брюшном тифе и скарлатине преобладает коллапс церебротоксического характера, реже первичный паралич капилляров. *С. М. Райский.*

66) Prof. Eduard Melchior (Medic. Klin. № 13, 1929) приводит удачный случай *оперирования большого с артерио-венозной бедренной аневризмой* (фистулой между а. и в. femoralis), возникшей за 10 лет до операции на почве ранения и вызвавшей также и анатомические изменения сердца, исчезнувшие после операции.

*С. М. Райский.*

67) *Печеночный экстракт, назначенный per rectum.* Reznikoff (Journ. of Am. M. Ass. v. 93, № 5) приводит историю болезни одного больного с *anaemia pernicioza*, осложненной пневмонией. До лечения была след. картина крови: Hb—35%; E—1.250.000; Fi—1,4; L—4400. Рвота при приеме *per os* печеночного экстракта побудила автора давать больному *per rectum* печеночный экстракт в количестве 30,0—45,0 дважды в день в 60,0 теплого молока. Пациент в первое время удерживал лекарство в течение 1/2 часа, в последующие дни—1 1/2 часов. Через 71 день лечения произошли след. изменения в крови: Hb—72, E—3.880.000 с нарастанием числа ретикулоцитов на 4-й день лечения до 21%.



Всего у автора было 3 случая с подобным лечением. Сообщая о таких же результатах др. авторов (Hittmair) а. рекомендует этот метод в случаях невозможности давать печень *per os*.

Н. Крамов.

68) *Achilia* при злокачественном малокровии после печеночной терапии. Jochansen (Journ. of. Am. M. A. v. 92, № 21), подробно обследовавший 19 случаев апаемии *perniciosa*, леченных печеночным экстрактом или печенью от 9 до 17 месяцев, отмечает, что при резком улучшении общего состояния, исчезании глоссита и др. симптомов *achilia gastrica* оставалась, и свободная HCl в результате лечения не появлялась и не появлялась даже после инъекций гистамина. Опираясь на эти данные и данные других авторов (Minot, Murphy и др.), а. склонен поддерживать теорию о том, что ахилия является первичным фактом при апаемии *perniciosa* и, возможно, является причиной последнего заболевания.

Н. Крамов.

69) На основании клинического обследования 37 больных с вторичным малокровием, леченных печенью и железом, Keefeg и Jang (Journ. of Am. Med. Ass. v. 93, № 8) приходят к след. выводу: железо увеличивает гемоглобиновую регенерацию при апаемии *secundaria*, а печень и железо, даваемые вместе тому же больному, делают эту регенерацию более быстрой, чем при даче одного из этих препаратов (подобная реакция была обнаружена на собаках Robschiet-Robbins и Whiple, а у людей—Minot, Murphy, Stetson, Powers). Эта реакция сопровождалась повышением числа ретикулоцитов. Авторы, далее, говорят, что если прибавлять целую печень к диете после проведенного лечения печеночным экстрактом, дальнейшее увеличение Hb может быть еще получено. Подобные же результаты авторами получались и при анемиях на почве глест-картина крови резко улучшалась, хотя больные и продолжали носить глест.

Н. Крамов.

70) Sonner (Journ. of. Am. Med. Ass. v. 94, № 6) сообщает о 6 случаях лечения злокачественного малокровия сырым желудком свиньи, причем он получил результаты не худшие, чем при лечении печеночным экстрактом. Очень просто приготавливаемый сырой желудок свиньи (в томатах или в фруктовом соке) хорошо переносился больными.

Н. Крамов.

71) Лечение пернициозной анемии. Wilkinson (Brit. Med. Journ., № 3605), исходя из теории, что апаемия *perniciosa* является результатом какого-то дефекта в желудочном соке больного, неспособного вырабатывать необходимые вещества из протеинов пищи, провел лечение а. р.: 1) нормальным желудочным соком, 2) сырым и 3) высушенным желудком свиньи. А. пришел к след. выводам: 1) нормальный желудочный сок дает улучшение общего состояния и картины крови более выраженное, чем при печеночной терапии; 2) соляная кислота и пепсин не давали никакого эффекта в гематологическом состоянии пациента; 3) слизистая и мускульный слой желудка свиньи—оба активны в лечении а. р.; 4) высушенные препараты этих обеих частей дают такие же результаты; 5) результаты, получаемые от этой желудочной терапии лучше, чем при печеночной терапии; 6) т. о. *peritic-enzyme*-содержащая слизистая желудка и не содержащая *peritic-enzyme* мускульный слой желудка, как и печень и почки, являются источником активной гематопозитической субстанции.

Н. Крамов.

### Хирургия и рентгенотерапия.

72) Об электрохирургических операциях. V. Seemen (54 Tag. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., Zentr. f. Chir., 1930, № 24) отмечает при электрическом разрезе, кроме уменьшения кровоточивости, прекрасную коагуляцию, и ткани больше не инфицируются. Особенно показан электрический разрез при гемангиомах у детей, хирургических инфекциях, как-то, фурункулах, карбункулах. II.

73) Радикальное удаление варикознорасширенных и тромбированных больших кожных вен бедра с кожным лоскутом. Проф. Вознесенский (Zentr. f. Chir., 1930, № 33) в резко выраженных случаях предлагает удалять вену вместе с кожей, исходя из тех соображений, что истонченная кожа области вен прд оставлением ее большой пользы не оказывает. Автор называет свой метод методом лампасов.

II. Цимхес.

74) Результаты рентгенотерапии воспалений. Fried (54 Tag. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., реф. Zent. f. Chir., 1930, № 24) собрал за 1924—1930 годы 6500 случаев, из них 4081 различных хирургических заболеваний и пограничных областей 1325 гинекологических, 1827 зубных, 212 пневмоний и 54 за-



болезня глаз. Широкое применение облучения рентгеновскими лучами острых и подострых воспалительных процессов дали хорошие результаты, особенно оказывали болеутоляющее и понижающее температуру действие. Особенно ценно облучение в начальной стадии воспаления до образования нарыва. При вскрытых нарывах под влиянием облучения ускоряется лечение. Лучший успех от облучения наблюдается при фурункулах, воспалениях сальных желез, лимфаденитах и лимфангиитах, флегмонах, параметритах, панарициях и грудничках. Напряжение тока 120—180 kW. Фильтром служат 0,5 мм. толщины цинк или медь+1 мм. алюминий. Средняя доза 110 R. Курс лечения: 1—3 облучения с промежутками 6—8 дней.

*И. Цимзес.*

75) *Об эфирно-хлороформном наркозе маскою Ombredan'a.* F. Hild (Zentr. f. Chir., 1930, № 30) провел около 2000 наркозов при помощи маски Ombredan'a. На час наркоза автор употреблял 30, 0—50,0 эфира и 5,0—10,0 хлороформа. Больные легко и быстро засыпали, и спокойный глубокий сон продолжался в течение всей операции. Для быстрого пробуждения больного после наркоза рекомендуется, не снимая маски, передвинуть стрелку на 0, тогда больной быстро просыпается вследствие раздражения CO<sub>2</sub>. Применение вышеуказанной маски уменьшает опасность общего наркоза и дает значительную экономию в наркотических веществах.

*И. Цимзес.*

76) *К технике гастростомии.* М. М. Гольдберг, (Zentr. f. Chir., 1930 № 28) приводит применяемый в клинике проф. В. С. Левита метод гастростомии, состоящий в том, что устраняется раздражение брюшной стенки дренажной трубкой. После наложения канала по Witgel'ю на переднюю стенку желудка на границе дренажной трубки и серозы желудка производится разрез серозы вокруг трубки 2—2½ см. шириною, чтобы после отсепарования серозная пластинка, зашитая на дренажной трубке, заполняла всю толщу брюшной стенки. Тогда края серозной трубки сшивались непосредственно с кожной раной. Через 7—8 дней швы снимались и дренажная трубка менялась. При заживлении заметен был прямой переход эпителия кожи в серозу канала.

*И. Цимзес.*

77) *Совместное применение спинномозговой и местной анестезии при брюшных операциях.* Проф. Hortolomei (Zentr. f. Chir., 1930, № 3) произвел в течение 10 лет 5100 спинномозговых анестезий без одного смертного случая, а на 2600 сл. хлороформного наркоза—3 смертных случая. При операциях на желудке и желчном пузыре автор производил пункцию между X и XI грудным позвонком и одновременно впрыскивал 0,5 гр. кофеина. При продолжительных операциях, в случаях прекращения анестезии, автор дополнительно применял в 75 случаях местную анестезию брюшной стенки и splanchnicus анестезию с хорошими результатами.

*И. Цимзес.*

78) *Послеоперационная смертность при базедовом зобе в зависимости от обезбоживания.* H. Raab и M. Naas (Zentr. f. Chir., 1930, № 6), разбирая свои случаи смертей при операциях по поводу базедового зоба, приходят к заключению, что следует избегать общего наркоза. Эфирный наркоз с шиммельбушевской маской опасен. Смешанный наркоз, эфирный с кислородом, почти безопасен. Чем больше поступает кислорода и меньше—эфира, тем безопаснее больному. У здоровых людей общий наркоз ведет к увеличению содержания молочной кислоты в крови, на сгорание которой требуется достаточно кислорода. У базедовых больных наркоз должен быть такой, чтобы возможно больше поступало кислорода, и выдыхаемая углекислота не оставалась в маске. По наблюдениям авторов местная анестезия при базедовых зобах совершенно безопасна.

*И. Цимзес.*

79) *Одномоментная или двухмоментная торакопластика?* K. Andersen (Zentr. f. Chir., 1930, № 9) во избежание большой опасности коллапса при одномоментной операции предлагает удалять все ребра (от XI до I) за исключением VI-го соответствующей стороны. Таким образом не спадается внезапно вся грудная клетка, не теряется равновесие средостения и не переполняется кровеносная система токсинами. После того, как больная оправится от шока первой операции, автор предлагает резецировать шестое ребро; последняя операция проходит очень легко под местной анестезией.

*И. Цимзес.*

80) *Экспериментальные и гистологические исследования относительной остановки кровотечения действием тока высокого напряжения.* Вауер (54 Tag. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 24) находит, что большие и средней величины сосуды не являются объектами электрохирургии.

Применение электрохирургии у человека возможно только на капиллярах и мелких сосудах. На коагулированных сосудах имеется опасность последующего кровотечения.

*И. Цимхес.*

81) *Экспериментальное воспроизведение искусственного сращения плевры.* D e s e l (54 Tag. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 24) на животных обнажал плегга costalis и втирал терпентинное или эвкалиптовое масло. Через 3 недели найдены крепкие сращения между реберной и легочной плеврой, которые ограничивались лишь местом, где соприкасалось масло. Повреждение паренхиматозных органов вследствие утробления масла не отмечалось. Автор полагает, что употребление вышеуказанных масел и у человека вызовет сращение плевры вместо экстраплевральной пломбы Sauerbruch'a.

*И. Цимхес*

82) *Об опасностях пункции мочевого пузыря.* F. D a n n h e i s e r (Zentr. f. Chir. 1930, № 29) приводит 2 случая острой остановки мочеотделения на почве гипертрофии предст. железы, где после пункции в одном случае больной погиб от перитонита, в другом—троакар прошел через брыжейку кишки и последняя срослась с каналом пункции.

*И. Цимхес.*

83) *Об узлах доильщиков.* E. L e h m a n n. (Zentr. f. Chir., 1930, № 25) разбирает заболевание доильщиков и приводит свой случай. Это страдание состоит в том, что на различных участках рук появляются болезненные узловые утолщения у лиц, доящих коров. Некоторые авторы называют это страдание коровьей оспой. Узелки могут долго сохраняться и затем пропадать; после разреза узелок быстро исчезает.

*И. Цимхес.*

84) P B l i m e l. (Zentr. f. Chir., 1930, № 33) описывает случай *острой эмфиземы средостения* у 46-летнего базедовика после операции перевязки шитовидных артерий (1-й момент струмэктомии). Операция происходила под авертин-эфирным наркозом. Автор полагает, что вследствие затрудненного дыхания во время наркоза произошел разрыв легочной ткани.

*И. Цимхес.*

85) *Кровотокающий сосок.* E. O r b a c h (Zentr. f. Chir., 1930, № 33) предлагает различать, кроме кровотокающей грудной железы, кровотечения только из соска. У 16-летней на вид здоровой девушки стали появляться сначала кровавые пятна на белье, а позже и кровотечение из соска. Гистологическое исследование удаленного соска обнаружило картину геморрагически-дифтеритического воспаления на основе маленького кожного нарыва, преобладали дегенеративные изменения, повидимому наступившие вследствие нарушения питания.

*И. Цимхес.*

86) *Внедрение в тонкую кишку оставленного в брюшной полости брюшного компресса.* H. B i e s e n b e r g e r (Zentr. f. Chir., 1930, № 29) приводит случай, оперированный по поводу непроходимости кишек. Четыре месяца тому назад больная оперировалась в другом месте по поводу рyoosalpinx'a. Все время после операции больная чувствовала боли в животе, за последнее время участившиеся и усилившиеся. За последнюю неделю боли приняла схваткообразный и интенсивный характер. За последние два дня, кроме того, прекратилось отхождение стула и газов, и появились тошнота и рвота. При вскрытии брюшной полости обнаружен диффузный серозный перитонит и припаянная к брюшной стенке петля тонкой кишки с прободным отверстием у места спаения. Резецированный отрезок пораженного участка кишки содержал брюшной компресс 50x50 см., повидимому, оставленный в брюшной полости при первой операции.

*И. Цимхес.*

87) *Воздушная эмболия легочной артерии при вскрытии спинно-мозгового канала.* Проф. С. П. Ф е д о р о в и д-р. А. С. В и ш н е в с к и й (Zentr. f. Chir., 1930, № 34) приводят три случая, где при обнажении спинного мозга на уровне II—V грудных позвонков произошла воздушная эмболия легочной артерии. В двух случаях был летальный исход, в третьем, оперированном проф. С. П. Ф е д о р о в ы м—выздоровление. При исследовании аа. пришли к заключению, что на уровне II—V грудных позвонков укорочен и расширен венозный ствол до v. сава, не спадается, и отрицательное давление особенно резко выражено в верхней части v. аzygos. Профилактически авторы рекомендуют осторожно отделять распатором субпериостально вены при рассечении позвонков, производить операцию под местной анестезией, а больным в этот момент рекомендовать задерживать дыхание.

*И. Цимхес.*

88) *Случай трубной формы гермафродитизма.* W a l a w e l s k i (Zentr. f. Chir., 1930, № 28) описывает случай, где во время операции по поводу левой стороны паховой мошоночной грыжи было обнаружено в грыжевом мешке, величину с гусиное яйцо, тело, напоминавшее матку. От основания этого тела с обеих сторон тянулись на 10 смт. стержни (трубы), оканчивавшиеся фимбриоподобными

образованиями. Ниже в брюшной складке находились яички с придатками. В Douglas's'e с обеих сторон обнаружен Plexus rapriniiformis. *И. Цимхес.*

89) *Редкое последствие после подкожного попересечения описывает* F. Schmidt (Zentr. f. Chir., 1930, № 29). 22-летняя 6-ная обратилась по поводу опухоли большого пальца левой ноги, существовавшей у нее годами. Эта опухоль причиняла боли при ходьбе, особенно в обуви. Произведенная операция обнаружила в подкожной ткани, величиною почти с голубиное яйцо, сращенную с окружающими тканями, чернуборого цвета опухоль. Последняя располагалась возле сухожилия hallux'a, но из него не исходила. Опухоль и вена и arcus venosus dorsalis pedis переходили одна в другую, и после перевязки вены опухоль была удалена. Патологоанатомич. и клиническое исследования показали, что опухоль произошла из гематомы после травмы в детстве. *И. Цимхес.*

### в) Ото-рино-ларингология.

90) Forschner (M. med. Woch., 1929, № 48) описывает *контрактуру челюстного сустава, образовавшуюся во время тяжелой формы ангины и присоединившегося перитонзиллярного абсцесса*. Несмотря на то, что все явления основного заболевания прошли и больная чувствовала себя хорошо, контрактура челюстного сустава осталась и не поддавалась никакому обыкновенному лечению. Рот мог раскрываться только на  $\frac{1}{4}$  см. Больная из-за этой контрактуры не могла удовлетворительно питаться. Только через 4 недели автор предпринял эфирный наркоз, во время которого рот был очень легко раскрыт. После наркоза больная свободно раскрывала и закрывала рот. Появившийся через 3 дня рецидив быстро прошел после психо-терапии. Автор считает эту контрактуру истерической. *Б. Голанд.*

91) Kindler (D. med. Woch. 1929, № 18, S. 741) после подробного разбора литературы по вопросу о *хирургическом и консервативном лечении ранней пищеводы* рекомендует следующий метод лечения. После эзофагоскопического удаления инородных тел пищевода автор применял терапевтическое промывание пищевода дезинфицирующей жидкостью (марганцево-кислого калия) для удаления остатков пищи и уменьшения количества микроорганизмов. Для уменьшения опасности получить новую инфекцию посредством пищи автор считает необходимым кормить таких больных экстраэзофагеально посредством питательных клизм, внутривенных впрыскиваний виноградного сахара и др. Для уменьшения чувства жажды рекомендуется чай без сахара. При подозрении воспаления средостения автор рекомендует косое положение по методу v. Hascker'a и Mikulicz'a. *Б. Голанд.*

92) *Случай полного застывания слюны*. Haltrich (M. med. Woch. 1929, № 48) имел возможность наблюдать больную, которая с 42-летнего возраста потеряла возможность выделять слюну. Больная вынуждена была при длительных разговорах и при глотании твердых веществ промочить рот жидкостью. Полное обследование внутренних органов, нервной системы и др. не дали объяснения этому явлению. Автор предполагает, что в данном случае мы имеем дело с дегенеративным процессом в слюнном центре, находящимся в продолговатом мозгу. Вопрос, чем объясняется данный дегенеративный процесс, автор оставляет открытым. *Б. Голанд.*

93) W. Jöel (D. med. Woch. 1929, № 51) на основании многочисленных вскрытий погибших вследствие пиемии после ангины и на основании экспериментальных работ приходит к выводу, что *пиемия после ангины* исходит от тонзилл или окружающих тонзиллы тканей в виде флегмоны и вторично втягивает в процесс соответствующие вены; вторичное образование тромбов с последующей пиемией исходит из перифлебритического процесса. Тромбоз маленьких вен перитонзиллярной ткани, по мнению автора, в противовес Frankel'ю играет очень незначительную роль в пиемиях после ангины. *Б. Голанд.*

94) *Дисфагия*, по мнению Rosenbaum'a (D. med. Woch. 1929, № 5), является хорошим болеутоляющим средством *при заболеваниях глотки и гортани*. Благодаря своему приятному вкусу и полному отсутствию ядовитости является незаменимым болеутоляющим средством. Главные составные части дисфагина суть: Tinctain, Anästhesin aa 0,1, Menthol 0,005. Автор применял дисфагин у людей, трудно поддающихся задней риноскопии и ларингоскопии. Ангины, острые ларингиты скорее проходят при употреблении, кроме обыкновенного лечения, дисфагина. Дисфагин является прекрасным средством при туберкулезе гортани: боли

при глотании быстро проходят. Дисфагия удаляет боли при карциномах языка, миндалин и гортани и также при воспалительных процессах рта. Автор особенно рекомендует употребление дисфагана после тонзиллоэктоми: послеоперационные боли проходят гораздо раньше. Автор также считает, что дисфагия имеет некоторое удовлетворительное действие при заболеваниях носа и придаточных полостей носа. Автор назначал дисфагин больным по  $\frac{1}{2}$ —1 таблетке 3—6 раз в день. Явлений отравления ни разу не замечалось.

В. Голанд.

95) *К вопросу о мукозном отите.* Д-р Vogel (Z. f. Hals-Nasen und Ohrenheilkunde, 1929. В. 22. Н. 4. S. 357) исследовал 288 больных, оперированных в клинике проф. E l k e n'a по поводу острых хронических заболеваний ушей. На основании бактериологического исследования V. выделяет 52 случая (18,2%) *stucosus-otitis*, которые разбирает более подробно и приходит к следующим выводам. Возбудитель мукозного отита-мастоидита, *Streptococcus mucosus*, идентичен с *Pneumococcus III*, почему автор советует назвать возбудителя мукозного отита *Pneumococcus mucosus*. Вирулентность возбудителя мукозного отита очень сильна для мышей, но не находится в зависимости от вирулентности возбудителя в человеческом организме. В большинстве случаев мукозный отит беден субъективными ощущениями и протекает очень медленно, но дает очень сильные разрушения отростка и очень тяжелые осложнения при неперфорированной бар. перепонке. Среди осложнений имеются экстрадуральные перисинуозные и мозжечковые абсцессы, тромбоз синуса и менингиты. Смертность очень высокая, доходящая до 24%. Мукозный отит-мастоидит находится, как видно, вне зависимости от типа отростка и от степени пневматизации отростка, но, вероятно, находится в зависимости от времени года: зимой гораздо больше мукозных отитов, чем в остальные месяцы года. Среди отитов-мастоидитов, вызванных возбудителем *Pneumococcus mucosus*, было несколько случаев и нетипично протекавших; также среди отитов-мастоидитов, вызванных другими возбудителями, были и такие, протекавшие клинически как *stucosus otitis*. Автор считает, что на основании только клинической картины нельзя еще поставить точно диагноз мукозного отита.

В. Голанд.

96) Проф. U f f e n g o d e (D. med. Woch. 1929. № 25.) описывает 2 очень интересных случая из своей практики. 1. Для удаления гороха из ушей у 5-ти летнего ребенка домашний врач применял пинцет. В виду сильного беспокойства ребенка был применен хлор-этиловый наркоз, но удаление инородных тел из ушей не удалось; в глубине правого слухового прохода сильное ранение. Вторичный хлор-этиловый наркоз; из левого уха инородное тело удалено промыванием, из правого уха не удалось. На следующий день специалист ото-рино-ларинголог удаляет инородное тело и из правого уха; установлено ранение барабанной перепонки. Ребенок отпущен домой. В ту же самую ночь рвота, температура высокая. Через 2 дня автор диагностировал *острый лабиринтит и менингит ушного происхождения*. После радикальной операции среднего уха и вскрытия лабиринта ребенок погиб. 2. 57-летняя женщина почувствовала боль в левом ухе. Через 3 дня домашний врач констатирует легкое воспаление левого уха. После исследования б-ная почувствовала легкую тошноту и недомогание. Предложение пациента привлечь врача ото-рино-ларинголога для консультации отклоняется домашним врачом на том основании, что ни припухлости, ни болезненности на соседнем отростке нет. Через два дня рвота, сильные головные боли, успокаивающиеся после холодного чая и таблеток. Через сутки автор констатировал *менингит ушного происхождения*. После радикальной операции среднего уха и вскрытия лабиринта б-ная скончалась. Аутопсия подтвердила диагноз—лептоменингит ушного происхождения.

В. Голанд.

## 2) Офтальмология.

97) F. N a r o g (Archives d'ophtalmologie, 1928) в своей работе по вопросу о *patogenese xerosis essent. et keratomalacia* приводит 7 историй болезни и на основании своих наблюдений и литературных данных приходит к выводу, что этиологическим моментом является авитаминоз. Изучая свои случаи щелевой лампы, автор наблюдал на конъюнктиве и роговице в эпителиальном слое кристаллы холестерина, которые он рассматривает как результат распада клеток и жиров. Под влиянием авитаминоза в конъюнктиве и роговице происходят дегенеративные изменения, секреторные функции эпителия уменьшаются или исчезают, а слезные железы атрофируются.

Г.



98) J. Meyer (Arch. d'ophtalmolog., 1928) описывает *случай атрофии зрительного нерва с экскавацией, но без повышения внутриглазного давления* у старика 60 лет. Автор не считает возможным диагностировать в данном случае глаукому, а полагает, что экскавация соска при нормальном давлении зависит от пониженного давления в артериальных сосудах сетчатки. Г.

99) H. Frenkel (Arch. d'ophtalm., 1928), изучая свои материалы по *односторонней миопии* (596 случаев), приходит к заключению, что она чаще встречается у женщин, чаще на правом глазу. Косоглазие наружное или внутреннее имеет случайное влияние на одностороннюю близорукость и зависит от общих (нервного предрасположения) или местных (амблиопии) причин. Корректировать одностороннюю близорукость нужно не в самом раннем возрасте; при коррекции анизометропии нужно учитывать индивидуальные особенности. Г.

### д) Венерология и дерматология.

100) *Частота находок стрептококков на нормальной коже*. P. Jorda (Arch. f. D. u. S. Bd. 159, H. 1), исследовав 150 человек, нашел на нормальной коже у каждого из них наличие стрептококков. Автор брал чешуйки, соскабливая их с различных участков тела, и производил посевы на жидкие среды. Дмитриев.

101) *Гистологию acne conglobata* описывает Сел и ц к и й (Arch. f. D. u. S. Bd. 158, H. 2) и находит, что в возникновении процесса играет роль конституция, склонность эпителия фолликулов к пролиферации и кератозу; в основе процесса лежит ненормальное образование комедонов, зависящее от патологического изменения секрета сальных желез; в образовании двойных и множественных комедонов предшествовавший гнойный процесс не играет роли. Дмитриев.

102) Löhne и Rosenfeld (Derm. Z. Bd. 57, H. 4, 29 г.), изучая вопрос о *висмутовой пигментации слизистых оболочек* организма при Ви-терапии, описывает два случая Ви-пигментации слизистой мочевого пузыря. Ви-пигментация, по мнению а. а., может существовать при воспаленном состоянии слизистой (цистопаэлиты) и при нормальном; а. а. находили при Ви-пигм. слизистой моч. пуз. бактерий, однако не исключается возможность существования Ви-п. и без них; как дальнейший симптом поражения капилляров при общей Ви-пигментации а. а. находили в осадке из почек гемосидерин. А. Дмитриев.

103) *Гистологические изменения в коже после введения сальварсана*. Ebert (D. Z. Bd. 57, H. 4) вводил внутрикожно и на разрезы на коже растворы сальварсана и затем исследовал гистологически эти участки. Оказалось, что изменения захватывают и эпидермис и собственно кожу; они представляют из себя частично воспалительную, пролиферативную и дегенеративную натуру вплоть до наступления прекаncerозных явлений. А. Дмитриев.

104) Hugo Bauer (D. Z. Bd. 57, H. 4, 29 г.), задавшись целью изучить *выделение myosalvarsan'a*, взял под наблюдение 4-х сифилитиков, леченных инъекциями препарата. Выделение myosalvarsan'a, как и всасывание его, аналогично neo- и sulfoxylsalsvarsan'у. Большая часть введенного в организм arsenobenzol'a выделяется уже через «короткое время» после инъекции; четыре недели спустя после прекращения лечения организм освобождается от максимального количества введенного As. Автор считает, что клинические наблюдения, на основании которых утверждается, что при соблюдении определенных промежутков между курсами не наступает кумулятивного действия As, являются совершенно справедливыми. Автор дает подробную технику определения As в выделениях и снабжает статью наглядными таблицами и кривыми собственных наблюдений. А. Дмитриев.

105) *Psoriasis и эндокринная система*. W. Cuth. (Derm. Ztschr. Bd. 57, H. 5) дает картину зависимость psoriasis'a от желез внутренней секреции; приводятся данные рентгенограмм, полученные при исследовании hypophy's'a, данные, касающиеся лечения чешуйчатого лишая вытяжками из яичников, щитовидной железы, зобной и надпочечников. Автор подверг исследованию 23 больных и нашел, что гипофиз оказался нормальным у 9 лиц, щитов. железа у 3-х, thymus у 19-ти, полов. железы у 14, надпочечники у 17, а в остальном отмечено колебание функций в ту или иную сторону. Отклонения от нормы особенно бросаются в глаза со стороны щитовидной железы и гипофиза. А. Дмитриев.

106) *Скрофулодермозные «мостики» как редкая форма позднего сифилиса*. Schmidt. (Derm. Ztsch. Bd. 57, H. 5) описывает случай клинически схожий со скрофулодермой, где в картине было отмечено наличие типичных «мостиков» — рубцов.



так часто встречающихся при scrophuloderma. Однако исследование этих рубцов путем срезов дало типичную картину для сифилитического процесса. Специфическое лечение данного случая скоро дало блестящий эффект. *Дмитриев.*

107) *Гоноррея, сифилис и малярия.* Rosenberg (Arch f. Schiffs-und Tropenkr. Bd. 33, N. 19). течение ряда лет наблюдал благоприятное действие острой натуральной малярии на течение гонорреи, сифилиса и нейросифилиса. Случай острой гонорреи, не поддававшийся обычным средствам (protargol, urotropin, gonosan), быстро излечивался от присоединения острой малярии. Остановившаяся вкратце на существующих теориях неспецифической терапии (высокая i<sup>u</sup>, активирование протоплазмы и т. д.), автор не отдает предпочтения ни одной и востоятельно рекомендует вниманию врачей (в первую очередь врачей тропиков) тему: „малярия и гоноррея“. *А. Вайнштейн.*

108) Blut. *Опыты с живой гонококковой вакциной (gonovitan) при лечении мужской гонорреи.* (Med. Klin. 1928, II, 1625—1637). Автор сообщает о 20 случаях мужской хронической гонорреи, леченных gonovitan'ом (живая гонококковая вакцина, полученная на среде Levinthal'я и выпущенная в продажу Sächsischen Serumwerk). Лечение состояло в 2—3 инъекциях вакцины с 8—14 днями промежутками. В 16 случаях отмечалось весьма благоприятное действие — особенно при осложненной гоноррее. (Если принять во внимание нижеследующую реферлируемую работу Nagel'я — то благоприятное действие от gonovitan'a нужно, повидимому, объяснить неспецифической терапией). *Реф.* *А. Вайнштейн.*

109) Nagel. *Является ли gonovitan живой гонококковой вакциной?* (Münch. med. Woch. 1928, II, 1961—1962). Уже a priori можно было сомневаться в возможности длительного существования гонококка в вакцине, выпущенной в продажу под именем gonovitan'a. Микроскопическое исследование трех ампул gonovitan'a, произведенное отдельно автором и другими лицами в двух других лабораториях, превзошло всякие ожидания: вместо гонококка обнаружен Micrococcus catarrhalis. Чтобы исключить всякое сомнение автор привил себе в утрету gonovitan с отрицательным результатом. Заключение: gonovitan опасен, т. к. Microc. catarr. может вести к сепсису. *А. Вайнштейн.*

### е) Невропатология п психиатрия.

110) Ewald, G. *Fortschritte und Wandlungen der psychiatrischen Lokalisationslehre.* («Scientia»). 1—II. 1930 г.). Статья Ewald'a, профессора психиатрии при университете Эрланген, об успехах и вариациях учения о локализации в психиатрии распадается на две части: 1) исторический обзор; 2) биопсихологическое строение личности.

В историческом обзоре Ewald различает 2 этапа в развитии учения о локализации в психиатрии: до и после учения об энцефалите. До развития учения об энцефалите локализация психических способностей сводилась к учению об афазии (центр Broca и центр Wernicke) и об апраксии. Правда, были попытки со стороны Reichardt'a (1909 г.), Kleist'a и Breslauera локализовать известные психические функции в определенных отделах мозга. Reichardt рассматривал ствол мозга (Hirnstamm) как „центр“ инстинктов и волевой жизни, Kleist локализовал известные кататонические расстройства, главным образом двигательного характера, в подкорковых ганглиях, а Breslaueг рассматривал ближайшие окрестности III желудочка как центр сна. Однако, эти авторы не могли привести вполне обоснованных доказательств верности даваемой ими локализации, и при том психологизирующем и мистическом направлении, которое в то время господствовало и отчасти и теперь господствует в психиатрии, локализаторские стремления этих авторов расценивались как причудливые выдумки, считающиеся с которыми, конечно, нет смысла. Но вот эпидемический энцефалит, свирепствовавший во время и после мировой войны во всей Европе, с тяжелыми его последствиями произвел те клинические эксперименты, которые должны были подтвердить учение Reichardt'a, Kleist'a и Breslauera, и локализация психических способностей сделала сразу огромный шаг вперед. Оказалось, что если кора головного мозга есть орган высшей психической деятельности, интеллекта, то в основании мозга локализуется жизнь инстинктов, влечений и волевых импульсов, и таким образом прокладывается локализационно путь к биопсихологической структуре человеческой личности. Причем надо себе дело так представить, что в взаимообразной игре и в совместном действии, в интеграции ствола мозга и коры, в преобладании одной или другой из этих двух частей, в лучшем или

худшем слиянии обеих частей, заключается существенная компонента соматической основы характера человека. Грубо схематически можно себе дело представить так: если интеллектуальное руководство коры преобладает над инстинктивными побуждениями ствола мозга, то мы имеем человека, действующего сознательно разумно; если же, наоборот, преобладает роль ствола мозга (инстинктов), то мы имеем человека импульсивного с примитивно эксплозивным характером. Если, наконец, обе компоненты одинаково хорошо развиты, то их совместное действие ведет к развитию рассчетливого, житейски мудрого, но всегда себялюбивого (ichhaft) «экономического» характера.

В дальнейшем а. развивает основную свою эту идею о биопсихологическом строении личности. Людей с преобладанием жизни инстинктов и влечений (Triebmenschen), а также интуитивно действующих людей он обозначает «стволовыми типами» (Hirnstammtypen), людей же, которыми во всех их действиях руководит интеллект «кортексными типами» (Hirnrindemenschen). При этом а. указывает на большую роль при интеграции биопсихологической личности вегетативной и эндокринной системы и всего аппарата жидкости (Flüssigkeitsapparat) тела, равновесие кислотности и щелочности (Säure-Basen-Gleichgewicht) состава крови и т. д.

*Пв. Галант (Москва).*

111) Prof. Kuré и Dr. Okinaka (Токио) *испробовали лечение dystrophiae musculorum progressivae* комбинированными инъекциями адреналина и пилокарпина (Kl. W., 1930, № 25). Вырыскивался адреналин в 0,1% раств. в количестве 0,2—0,3 кб. с., пилокарпин в 1% растворе 0,1—0,2 кб. с.; инъекции производились ежедневно или через день, по крайней мере 50 инъекций без перерыва, в одном случае сделано 120 инъекций. Из 12 леченных больных громадное улучшение наблюдалось в 2-х случаях: 1-ый пациент, который едва мог с костылями пройти 100 метров, после 40 инъекций проходил до 4—5 километров без костылей; вес его поднялся с 44,8 кгр. до 47 кгр.; через 2 месяца после лечения результаты остались стойкими. 2-й пациент, едва могший поднять руки до горизонтального положения, после 50 инъекций мог держать руки вертикально, мускулатура резко увеличилась с 31 ст. до 33,5 см.; после лечения больной мог продолжать свои земляные работы. Через 3 месяца состояние оставалось стойким. У 6 больных наблюдалось, хотя и не такое резкое, но значительное улучшение. Авторы отмечают такого же рода наблюдения проф. Щербака (Врач. дело 1925 и Mitschr f. Ps., 1928, Bd. 70) и других авторов.

*Ю.*

## Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

*Рино-ларинго-отитатрическая секция.*

*Заседание 2/VI 1930 г.*

I. Д-р П. Д. Буев *продемонстрировал* большую с язвенным поражением альвеолярного отростка левой верхней челюсти, отметил интерес случая в отношении дифференциальной диагностики и высказался за вероятность лues'a или cholesteatom'ы Гайморовой пазухи у показанной больной. Проф. Трутнев и д-р Лебедевский присоединились к мнению докладчика.

II. Д-р П. Д. Буев сообщил о случае отравления фосгеном. Остановившись подробно на симптомах отравления, патологической анатомии и гистологических изменениях в легких, зачитал историю болезни и продемонстрировал больного. — По поводу демонстрации задавали вопросы д-ра Брэм, Громов, Вольфон и Лебедевский, обративший внимание на легкость добывания фосгена и, вследствие этого, вероятность широкого применения его в будущие войны, почему призывал врачей к тщательному изучению случая; отметил, что хронические бронхиты и бронхолиты, которыми часто заканчивается воспаление легких после отравления фосгеном, весьма трудно поддаются лечению. Проф. Трутнев сообщил о случае отравления газам, описанном проф. Комендантовым, где прижигание слизистой трахеи растворами азотнокислого серебра дало благоприятный эффект.

III. Д-р П. Д. Бувев. „К гистологическим исследованиям носовой перегородки после подслизистой резекции ее по Killian'у“. Экспериментальное исследование.

Автор провел ряд экспериментальных наблюдений на кроликах и собаках с подслизистой резекцией хряща носа по Killian'у. Давность наблюдений равнялась 1—3—6—9 и 12 месяцам. Ни в одном микроскопическом препарате полной регенерации хряща не наступило, дефект даже и через 1 год заполнялся фиброзной соединительной тканью. Разноречивость взглядов в научной литературе по этому вопросу автор объясняет размерами резецированного хряща, которые будут обратно пропорциональны его регенерирующим свойствам. (Аутореферат).—Прения: д-ра Лебедевский, Чудиносветов, Герасимов и Вольфсон и проф. В. К. Трутнев.

IV. Д-р И. Ф. Герасимов в предемонстрировал больного с саркомой носоглотки, развивавшейся в течение 1½ лет; за последние 3 недели опухоль резко увеличилась и дала метастазы на шею.—Прения: проф. В. К. Трутнев высказался за возможность оперативного лечения у показанного больного.

Административная часть заседания: 1. Организовано местное оргбюро по созыву IV Всесоюзного Съезда Р.-Л-Отитров в г. Ленинграде в составе: председатель проф. Трутнев, члены: д-ра Лебедевский Б. Н., Яхонтов С. П. и Голланд В. С. П. Программными темами Съезда призваны желательными следующие: 1) профессиональные заболевания верхних дыхательных путей, 2) придаточные полости носа. Кроме того, для специалистов г. Казани желательно освещение на Съезде вопросов: а) о лечении хронических гнойных отитов, б) о применении трахеобронхоскопии с лечебной целью при легочных заболеваниях.

Секретарь д-р Касторский.

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

121-е собрание 20 мая 1930 г.

1. Д-р Н. А. Вирячев демонстрировал редкий случай *lues gravis mutilans*.

Больная крестьянка. 30 лет, 5 лет тому назад у нее заболело горло, лечилась полосканием. Через 1½ года на левой голени появился язвенный процесс, постепенно распространившийся на тыльную поверхность голени. При поступлении у больной, помимо глубоких изменений и разрушений со стороны носоглотки, отмечается, что левая голень, начиная со средней трети заканчивается культией с выступающими большой и малой берцовыми костями. На оставшейся части голени над выступающими костями имеется язвенная поверхность; края язвы неправильной формы. R. W. и S. G++++. Под влиянием специфической терапии уже в первые две недели язвенная поверхность зарубцевалась, малая берцовая кость вследствие омертвления вскоре выпала, а через 1½ месяца отделилась на 2/3 и большая берцовая кость. Случай поучителен тем, что диагноз сифилиса не был своевременно распознан, несмотря на то, что больная обращалась за помощью в участковую больницу, где ей не была назначена специфическая терапия, которая могла бы предотвратить больную от инвалидности (потеря части голени). Докладчик на основании этого случая считает: 1) что при всяком язвенном процессе следует, помимо других этиологических моментов, иметь в виду и сифилис, 2) лечение сифилиса на участке должно быть расширено. Прения: приват-доценты И. Н. Русецкий, Р. Я. Гасуль, С. Я. Голосовкер и д-р А. Г. Гринбарг.

2. Д-р В. А. Преображенская. Об истерическом амаврозе.

Сообщено о 6-ти случаях слепоты, наблюдавшихся докладчицей в гор. Курске, причем два самовнушения кратковременной слепоты на один глаз, один иррогенной слепоты у крестьянина, два случая слепоты, связанной с родами. У всех больных излечение наступило на 1—2 день посещения амбулатории по глазным болезням. Шестой случай макро- и микропсии передан на лечение в психо-диспансер. Прения: приват-доценты И. Н. Русецкий, Р. И. Лещинская, проф. В. Е. Адамюк.

3. Приват-доцент О. А. Герман. Бактериологическое исследование крови при *endocarditis lenta* и других септических заболеваниях.

Из 7 больных с полным симптомокомплексом для *end. lenta* приблизительно найдено в крови у одного *streptoc. viridans* и у 2-х других—пневмококки. Из

остальных 26 больных с подозрением на *en. lenta* или другие септические заболевания в крови были найдены у одного негемолитические стрептококки, точно не дифференцированные, и у 2-х—менингококки. Так как между *e. lenta*, *e. gurgensis* и *e. rheum.* нельзя провести точных границ и имеются самые разнообразные комбинации симптомов при затыжных септических заболеваниях, то нет как будто бы основания выделять их в отдельные нозологические единицы. Может быть можно было бы объединить их под одним общим названием хронического эндокардита, а при нахождении в крови возбудителя уточнить диагноз по этиологическому признаку. Прения: Л. И. Виленский. Следует отказаться от названия *en. lenta*, как особой нозологической единицы, а рассматривать его как декомпенсированную форму хронического эндокардита. Предложение приват-доцента Германа объединить эндокардиты под общим названием хронического эндокардита с уточнением диагноза по этиологическому признаку не может быть применено в клинике, т. к. имеется большая группа эндокардитов, при которых не удается установить возбудителя, кроме того при эндокардитах в крови можно найти различных возбудителей, несмотря на одинаковую клиническую картину. Д-р Л. М. Рахлин также отметил вариацию этиологических факторов, играющих роль в развитии эндокардитов.  
Секретарь, д-р Виленский.

### Казанское общество рентгенологов и радиологов.

*Объединенное заседание с Об-вом невропатологов 27/XI 1929 г.*

1. М. Ф. Крейцберг. *Демонстрация больной с повреждением шейного симпатического нерва после френико-экзереза по поводу легочного туберкулеза.* Имелся симптом пареза симпатикуса на оперированной правой стороне, рассматривавшийся докладчиком, как вторичное повреждение при операции на п. rhénicus.

2. Р. Гасуль. *Применение рентгеновых и радиевых лучей в терапии нервных заболеваний.*

Сообщив о первых опытах по вопросу о действии лучей на нервную систему Тарханова (СССР), Rodet и Bertin (Франция), Obersteiner и Demel (Германия), докладчик описал те патологические изменения в центральной нервной системе под влиянием рентгеновых и радиевых лучей, которые лежат в основе современной лучистой терапии в нервной клинике. Особое внимание было обращено докладчиком на задерживающее действие лучей на продукцию спинномозговой жидкости в plexus chorioideus и болеутоляющее действие рентгеновых и радиевых лучей. Последнее было очень рано (1897 г.) эмпирически применено Gochrom и Stehno при лечении невралгии (в особенности при эссенциальной невралгии тройничного нерва), результаты которых были подтверждены первыми радиологами. Упомянув о своем личном опыте, докладчик перешел к лечению опухолей, начало которому было положено Gramagna и Bèclèrom (1909 г.). Сравнительные результаты операции и облучения (Strauss, Paggisius, Bailey и др.) показали преимущество последнего. Важным при этом является понижение давления вследствие задержки продукции liquor'a. Далее докладчик сообщил об облучении синингомиеэлии, производившемся совместно с Нервной клиникой Института для усовершенствования врачей. Были сообщены также результаты лечения и очерчена дальнейшая область применения лучей, включая облучение гипофиза и щитовидной железы при климатических расстройствах и базедовой болезни (Vogak, Wegner и др.). Точное описание техники и методики облучения применяемых в настоящее время немецкой, венской, стокгольмской и парижской школами. Прения: Проф. А. В. Фаворский подчеркнул указанное в докладе значение рентгеновых лучей для лечения синингомиеэлии, невралгии тройничного нерва и мозговых опухолей и предложил продолжать рентгенотерапию направленных из его клиники в рентгенологическое отделение больных. Указанное докладчиком задерживающее действие рентгеновых лучей на продукцию цереброспинальной жидкости является важным фактором при облучении синингомиеэлии. И. И. Русецкий присоединился к мнению А. В. Фаворского.

Кроме того в прениях принимали участие И. Цервшин, проф. Г. А. Блячкин и д-ра Л. Н. Клячкин, А. Г. Гринберг, Ворошилов, Молчанова, Бадюль.

3. А. Сарыгин. *Демонстрация одного сл. Encephalitis letargica с патолого-анатомическими препаратами.*



• *Заседание 26 декабря 1929 г.*

1. М. И. Гольдштейн. Демонстрации: 1) одного случая *дефекта перегородки желудочка, вызванного ранением ножом* с рентгенологической картиной предполагаемого *morbus Roger*, соответствовавшего также и клинической картине. Вскрытие подтвердило эти предположения; 2) одного случая *значительного уменьшения микседематозно расширенного сердца* типа *Zondek'a*, после лечения в течение нескольких недель тиреоидином.—Прения: Домрачев, Мазур, Гасуль.

2. Р. Гасуль. *Демонстрация избирателя полей Holfelder'a, его метода облечения при глубокой рентгенотерапии.*

Докладчик отмечает большое значение этого метода в преподавании рентгенотерапии. Молодой рентгенолог научается точной дозировке и измерению и получает помощью особых шаблонов точное представление о неправильной установке и связанной с последней опасности ожога. В заключение докладчик сообщил о своем личном опыте с измерительным методом *Holfelder'a*, с которым он ознакомился во время посещения возглавляемого *H. Holfelder'ом* рентгенологического института во Франкфурте (в 1927 г.).—Прения: Сегаль, Формозов, Марголис, Гёфен.

3. В. А. Новиков. *О рентгеновских установках в Татарстане (ТССР).*

Подробный доклад о развитии рентгеновских установок в Казани и в кантонах в довоенное время, во время гражданской войны и после Конституции Советской Республики. Кульминационной точки по числу и качеству рентгеновских аппаратов (большой частью германских фабрикатов) Казань достигла только после получения автономии в результате Октябрьской Революции. Старые индукторы медленно вытесняются трансформаторами. вновь оборудованные рентгенологические кабинеты снабжаются инструментарием советской продукции. Однако ощущается еще большой недостаток в квалифицированных рентгенологах, кадры которых в настоящее время постепенно готовятся после организации кафедры медицинской рентгенологии в Казанском госинституте для усовершенствования врачей (1927 г.).—Прения: М. Гольдштейн, Р. Гасуль.

### Отчет Комиссии по изучению рахита при Московском областном об-ве детских врачей.

Комиссия была организована в ноябре 1926 г. Считая необходимым в первую очередь изучение вопроса о распространении и формах проявления рахита у детей в СССР, Комиссия составила проект анкеты для собрания массового однородного материала по всему Союзу. Проект анкеты был составлен в двух формах: одна—подробная для детальных и тщательных исследований и другая—краткая для использования старого, хорошо собранного материала и для менее углубленных исследований. За ноябрь и декабрь 1926 г. было 6 заседаний Комиссии в составе: проф. А. А. Кисель, А. А. Колтыпин, Р. И. Швагер, Н. П. Савватимская, И. Е. Майзель, Н. М. Фришман, В. А. Власов, Ф. О. Маневич и Е. X. Ганюшина. В январе 1927 г. на двух заседаниях расширенной комиссии с представителями от Клиники детских болезней: I М. Г. У.—Д. Д. Лебедева, от Московского научного института охраны материнства и младенчества—Р. О. Лунца, от Мосздравотдела—С. О. Дулицкого были рассмотрены и исправлены обе анкеты и дополнены инструкциями по сборанию материала. Затем обе анкеты были размножены и с объяснительной запиской разосланы для ознакомления и дополнений по всем кафедрам детских болезней, институтам О. М. и Мл., О-вам детских врачей и отдельным педиатрам, работающим над изучением рахита. Из 33-х адресатов были получены ответы от большинства с одобрением анкеты и некоторыми дополнениями.

В апреле 1927 г., на заседании Комиссии были заслушаны замечания и дополнения, полученные в письменных ответах; анкеты были соответственно дополнены. В мае на IV Съезде детских врачей обе анкеты были зачитаны и приняты Съездом. Для широкого ознакомления врачей анкеты были напечатаны в „Журнале по изучению раннего детского возраста“ и в „Казанском медицинском журнале“.

За истекшие три года Комиссии известно о трех работах по рахиту, проводимых по вышеуказанным анкетам: в Омске и Баку материал в процессе накопления, в Москве уже сделана работа проф. Колтыпиным и Калашниковой-Талайко.

В настоящее время Комиссия собирает точные сведения о проводимых в СССР работах по рахиту и проводит при Всесоюзном о-ве детских врачей подготовительную работу к созыву Всесоюзного совещания по организации изучения рахита в СССР, которое намечено на 30/IX—30 г. в Москве, в аудитории Научного института охраны младенчества и материнства.

Председатель Комиссии Профессор А. Кисель.

Секретарь Комиссии Е. Ганюшина.

## Хроника.

153) По постановлению НКЗ при мединститутах в помощь деканатам будет создан орган, который будет изучать в повседневной работе студентов, их академически-общественную ценность, выявляя соответствие их подготовки задачам здравоохранения и пригодность каждого выпускника для выполнения тех или иных задач (пригодность к научной работе, администр., врачебной практике и т. п.).

154) Медицинский факультет г. Вены постановил, чтобы все *приват-доценты*, получившие свое научное звание при этом факультете, представляли *через казюды пять лет доказательств продолжающейся научной работы*. Это постановление вызвано тем, что многие доценты, получив разрешение читать лекции, перестают вести научную работу или же печатают работы, которые по своему достоинству не соответствуют возлагавшимся на них надеждам.

155) Общество германских патологов на своем административном заседании высказало пожелание о том, чтобы *юбилейные сборники издавались не раньше как к 70-летию юбилара* и чтобы в сборниках подобного рода печатались лишь работы учеников юбилара. Редакция Münch. med. Wochenschrift, приветствуя это пожелание, указывает, что осуществление его, быть может, устранил злоупотребление юбилейными сборниками и обусловленную этим перегрузку медицинской литературы (1930 г., № 18).

156) *Появление новой болезни* (крысиной?!). В б. Барабановском округе вспыхнула эпидемия новой болезни, возникающей от укуса насекомого. Характерные признаки болезни: *то*, воспаление желез (паховых или мажарных, в зависимости от места укуса), *lymphadenit'ы*. При этом часто входных ворот не удается обнаружить. При входных воротах — гангренозный струпик. Общий вид больного говорит о какой-то инфекции: бледно желтый цвет лица, лихорадящий взгляд, общая слабость, недомогание, головная боль, потеря аппетита. Ни салцилаты, ни хины *то* не снижает. Болезнь длится 2-3 недели. Бактериологическое исследование содержимого воспаленных желез дало какие-то палочки. Для больных выделено несколько коек в окружающей больнице для клинического изучения болезни. На днях из Омска выезжает отряд для изучения на месте новой болезни. Есть предположение, что не последнюю роль в развитии данной эпидемии играют крысы.

Горамбулаторией зарегистрировано до 87 случаев, наблюдаемые д-ром В. П. Каманиным.

Л. П. Рабин.

157) В летние месяцы в Эльзасе, в Саарской области, в Голландии, в Швеции и южной Финляндии сильно *возросло число заболеваний детским полиомиелитом*.

158) Всероссийский *съезд по физкультуре* будет созван в Москве в октябре-ноябре. Председ. орг. комиссии утверждена М. А. Шустова.

159) В средине октября т. г. будет праздноваться *50-летие* научной и учебной деятельности проф. В. Н. Разумовского.

160) Т. ХLI, кн. 4 журнала «Акушерство и женские болезни» посвящена памяти профессора Д. О. Отта.

161) 23 августа *скончался* один из старейших Московских профессоров, заслуж. деятель науки проф. общей патологии 1 и 2-го МГУ А. Б. Фохт. А. Б. родился в 1848 г. и в 1878 г. уже был профессором Московского университета, впервые начавшим читать в Московском университете курс общей патологии.

162) 5 августа *скончался* проф. патологической анатомии 2-го Ленинградского мединститута Ф. Ф. Сысов.

163) 21 июля *скончался* один из старейших Харьковских профессоров проф. общей патологии А. В. Репрев.

164) 29 марта *скончался* старейший врач г. Новоузенска П. П. Васильев (65 лет). П. П. окончил курс медфака в Казани в 1890 г. и вскоре по окончании поступил врачом Новоузенской больницы, где прослужил больше 35 лет. За бес-

прерывную многополезную работу П. П. Васильеву было предоставлено звание героя труда.

165) *Умерли*: 1) в Женеве известный педиатр Adolphe d'Espine (85 л.), 2) в Париже один из крупнейших кардиологов проф. L. Barge (83 л.), 3) в Фрейбурге известный немецкий офтальмолог Th. Axenfeld (63 л.).

## ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

30) 1. Обязательно ли несение очередного дежурства в акушерстве для старшего ассистента (он же и доцент) кафедры? 2. Входит ли в обязанности ст. ассистента или же передается младшим ассистентам ведение отчетности по лаборатории, клиническ. инвентаря (инструменты и т. д.).

**Ответ:** Распределение указанных обязанностей между ассистентами—дело внутреннего распорядка клиники.

Прив.-доц. П. Маненков.

31) Можно ли допускать детей больных трахомой (всех стадий) в школы, детдома, площадки и т. д. И если нельзя, то что делать с детьми, которые учатся и по несколько лет болеют трахомой.

Подписчик № 2411.

**Ответ:** Источником заражения детей трахомой является главным образом семья, а не школа.

Если при трахоме имеется значительное гнойное отделение, то таких детей, конечно, временно следует изолировать и подвергнуть энергичному лечению до уменьшения такового. В случаях же, когда гнойного отделяемого нет, трахоматозные дети могут посещать школу, находясь под бдительным наблюдением школьного врача, который должен, конечно, провести все необходимые в данном случае санпросветительные и профилактические мероприятия.

Проф. В. Адамюк.

32) Каков наиболее успешный способ лечения сперматоэрии, развившейся на почве половых изливств. Применение perrina, atropin'a, местных холодных ванн, а также массаж prostat'ы—не дали эффекта.

Подп. № 704.

**Ответ:** Хорошие результаты получаются при применении бужировки, инстилляций по Гюйону, прижигания семяного бугорка крепкими растворами ляписа через уретроскоп; рекомендуется также фарадизация промежности.

Прив.-доц. Яснитский.

33) Не будете ли Вы так любезны помочь мне в выборе литературы по вопросам: 1) влияние аборта на роды, 2) патронаж послеабортный, 3) раннее вставание и выписывание из роддома.

Л. Андреев.

**Ответ:** а) Литература по 1-му вопросу—Лапкович. Журн. ак. и женск. бол., 1926 г., кн. 1; Кордобовский П. И. Аборты и рождаемость. Профил. мед. 1928 г., № 5, стр. 43. б) Специальной литературы по 2-му вопросу мне не известно. в) Литература по 3-му вопросу—Строганов. Сборник акушерских задач 1926 г.; Львов, Медицинский вестник, 1880 г.; Кокучкин, Журн. акуш. и женск. бол., 1890 г.; Казанский, Труды 2-го Съезда акуш. и гинекол., 1907 г.; Холодковский, там же; Селицкий, Журн. акуш. и женск. бол., 1916 г.

П. Маненков.

34) Прошу указать литературные пособия, преимущественно на русском языке, по вопросу: одновременная беременность маточная и внематочная.

М. Панченко.

**Ответ:** Русская литература по этому вопросу указана в руководстве проф. В. С. Груздева по акушерству—т. 1, стр. 575, 1922 г. Из работ позднейших укажу: 1) Конухес М. И. Журн. акуш. и женск. бол. 1927 г., кн. 5, 2) Казанский. Тот же журн. 1928 г., кн. 7—8, 3) Дикой. Врач. дело 1929 г., № 2.

П. Маненков.

35) Прошу указать имеющуюся литературу на русском языке по профгигиеническому и профпатологическому обследованию работающих на обувных фабриках, в частности сапожников.

Подписчик д-р Моль.

**Ответ:** Литература по профгигиене кожаного производства вообще и в частности обувного указана в ст. Милославского, Шуллинова и Смирнова, помещенных в „Вопр. психофиз., рефлексол. и гигиены труда“, сб. № 3, 1928, изд. Каз. инст. НОТ. См. также в № 8 „Вестника инст. НОТ“ за 1929 г. ст. Милославского и Плотниковой. О сапожниках кратко у Лемана „Кр. учебн. рабоч. и профес. гигиены“.

Проф. В. Милославской.

## Письма в редакцию.

I.

Уважаемый тов. редактор.

Просим не отказать в любезности поместить в очередном номере Вашего журнала прилагаемое письмо.

Секретарь Центр. Мед. Журнала С. Рафалькес.

**К сведению врачей, библиографов, библиотек, научных работников и медицинских учреждений.**

Начавший выходить в 1928 г. Центральный Медицинский Журнал путем длительной и упорной работы к настоящему времени сумел охватить полностью советскую медицинскую и периодическую печать.

На его страницах находят отображение в виде рефератов все без исключения статьи из медицинских и биологических журналов, сборников, трудов, учебных записок, известий, выходящих на всех языках на территории СССР. Это делает излишней регистрацию „Журнальной летописью Государственной центральной книжной палаты РСФСР“ статей по медицине и биологии.

Исходя из этих соображений, Государственная центральная книжная палата РСФСР и Центральный Медицинский Журнал решили сосредоточить в Центральном Медицинском Журнале библиографирование всех статей, имеющих отношение к медико-биологическим наукам, прекратив их описание в „Журнальные летописи“.

Государственная Центральная книжная палата РСФСР Директор *Н. Яницкий*.

Центральный Медицинский Журнал Отв. Редактор *М. Серейский*.

II.

На состоявшемся летом 1929 г. Международном съезде отоларингологов в г. Копенгагене после обсуждения, в связи с докладами Schmurlo, Беллинова и других, вопроса о все большем распространении после войны 1914-17 годов *склеромы верхних дыхательных путей*, было вынесено постановление о необходимости учреждения «Международного Комитета по изучению риносклеромы». Такой Комитет вначале текущего года уже сформирован, причем в состав его вошли Schmurlo и Zaleski (Польша), Prasek и Serger (Юго-Славия), Lasagna (Италия), Бурак (Минск, Белоруссия), Wiskowski (Чехо-Словакия), Hinsberg (Германия), Hajek (Австрия), Barraud (Швейцария), Пучковский (Киев—Украина), Беллинов (Болгария) и Costinius (Румыния).

Организатором Комитета является проф. Беллинов, а представителями для СССР последним персонально приглашены проф. Бурак (Минск) и проф. Пучковский (Киев).

Международным Комитетом по изучению риносклеромы предложено поручить отдельным членам Комитета разработать ряд вопросов, касающихся данного заболевания, так, напр., проф. Бураку поручено разработать вопрос о «Клинике и терапии риносклеромы», а проф. Пучковскому — «О связи войны и эмиграции с распространением риносклеромы». Все эти монографии будут напечатаны в виде отдельного тома и представлены на рассмотрение будущего II Международного съезда риноларингологов, имеющего состояться в 1932 г. в г. Мадриде (Испания), причем докладчиками на съезде назначены проф. Бурак, Wiskowski, Lasagna, Schmurlo и Serger. Вместе с этим Международный Комитет по изучению риносклеромы рекомендует учреждать в тех местах, где риносклеромы эндемична, и прежде всего в СССР, национальные Комиссии по изучению и борьбе со склеромой.

Так как СССР является в данное время наиболее пораженной страной Европы, то, по мнению Комитета, объединенные усилия ученых СССР наиболее важны и ценны, причем особое внимание необходимо обратить на следующие вопросы: 1) статистику риносклеромы, 2) географию р., 3) эпидемиологию р., 4) профилактические меры, применяемые в СССР или рекомендуемые национальной комиссией и 5) роль войны в распространении риносклеромы.

В связи с этим проф. Пучковский просит товарищей, которым приходится встречать склеромных больных, не отказать в любезности сообщить ему: 1) Не были ли виденные ими больные склеромой мужчины участниками империалистической войны или войны с Польшей, не были ли они в плену и где именно.

2) Не было ли в местах констатирования склеромных больных интернировано военно-пленных воинов Австрии (Чехия, Словакия, Венгрия или Галиции) и Германии (Восточной Пруссии, либо Познани и Силезии).



3) Не было ли в местах констатирования склеромных больных беженцев из бывших Польских, Литовских (Виленской и Ковенской) Украинских (Киевской, Холмской, Волынской, Подольской, Черниговской и Бессарабской) и Белорусских (Минской, Гродненской и Могилевской) губерний.

4) Не было ли в местах констатирования склеромных больных уроженцев местностей, перечисленных в § 3 и не жили ли склеромные больные вместе с ними, либо в тесном с ними контакте.

За присылку таковых сведений (по адресу, Киев, Назаровская 1 кв. 8) буду крайне благодарен.

Проф. А. Пучковский.

### Книги, поступившие в редакцию по 1/VIII 1930 г.

1. Эрнест Венер.—Хирургическое лечение хронических (не специфических) заболеваний суставов. Госмедиздат. 1929 г.
2. Брускин Я. М.—Пиалиты и их лечение. Госмедиздат. 1929 г.
3. М. И. Рубин.—Вопросы оздоровления Туркменистана. Ашхабад. 1929 г.
4. Claes Grill.—Kavernenstudien. Stockholm. 1929 г.
5. Olaf Bang.—Klinische Urobinstudien. Stockholm. 1929 г.
6. М. К. Соколов.—Поселки, быт и заболеваемость переселенцев Омского округа. Новосибирск. 1929 г.
7. Проф. В. В. Милославский и д-р. Л. И. Лось.—Труды экспедиции по изучению эндемического зоба в Марийской области. Изд-ие Маробласполкома. 1929 г.
8. Проф. Шоттмиллер.—Острые воспалительные заболевания суставов, их этиология и лечение. Госмедизд. 1929 г.
9. А. Миртова.—Серные источники и грязи слободы Черемуховой, Чистопольского кантона Т. Р. Казань 1929 г.
10. Р. С. Гершенович.—О деформации затылка у узбекских детей. Ташкент. 1929 г.
11. Л. Куттнер.—Диагностические и терапевтические ошибки при заболеваниях пищеварительных органов и их предупреждение. 1929 г.
12. Проф. Отто Порге с.—Дифференциальная диагностика болезней почек, обмена веществ и эндокринных желез. Госмедиздат. 1929.
13. Богданов.—Кэтгут, его производ и применение. Госмедиздат. 1929 г.
14. С. Д. Балаховский.—Микрохимический анализ крови и его клиническое значение. Госмедиздат. 1930 г.
15. К. Ноорден и А. Шиттенгельм.—Терапия болезней обмена. Госиздат. 1930 г.
16. Т. Д. Эпштейн.—Vademecum врача слушателя Инст. усов. вр. Казань 1929—1930 г.
17. М. Ф. Левин.—Родовспоможение в системе охраны материнства и младенчества. Госмедиздат. 1929 г.
18. П. А. Бархаш.—Общий уход за больными. Москва 1930 г.
19. А. Штрюмпель.—Частная патология и терапия внутренних болезней.
20. Д. И. Розов.—Возможная роль менструального периода в течении беременности
21. Н. И. Ходукун.—Основные проблемы эпидемиологии Kala-Azar в связи с эпизоомиогией собачьего лейшманиоза в средней Азии.
22. В. Т. Толлалаев.—Острый ревматизм. Москва 1930 г.
23. П. Белошапко и прив.-доц. И. Яковлев.—Руководство по оператив. помощи при родах. Госмедизд. 1930 г.
24. Прив.-доц. Р. Гассуль и М. Мастбаум.—Ошибки диагностики легочного туберкулеза. Госмедизд. 1930 г.
25. Редекер и От. Вальтер.—Происхождение и развитие легочной чахотки взрослых. Госмедизд. 1930.
26. Ю. Вусович.—Медико-топографическое описание города Калуги. Калуга 1930 г.
27. А. Б. Френкель.—Холцистогастростомия, как метод хирургического лечения желудочно-дуоденальной язвы.—Ростов н/Д. 1929 г.
28. Д. Лис.—Венерические болезни. Госмедиздат. 1930 г.
29. В. Цвейг.—Болезни кишечника. Госмедизд. 1930 г.
30. Ж. Дарве.—Основы дерматологии. Госмедизд. 1930 г.
31. Проф В. Бирк.—Детские болезни. Госмедиздат. 1930 г.
32. А. Н. Федоровский.—Заболеваемость венерическими болезнями рабочих и крестьян Донецкого бассейна. Харьков. 1930 г.

33. В. Н. Хлебников.—Сводные таблицы состава пищевых веществ. Тифлис. 1929 г.
34. Проф. М. Гурвич и прив.-доц. Н. Озерецкий.—Психомоторика. Москва. 1930 г.
35. Проф. М. С. Пильнов, д-р М. Батунин и Н. Колоколов.—Общественная и личная профилактика венерических болезней. Казань. 1930 г.
36. Г. Вах.—Кварцевая лампа. Госиздат. 1930 г.
37. Anders Kristenson.—Zur Kenntnis der Lokalisieren Thrombenbildung in der vena Iliaca communis sinistra. Uppsala. 1930 г.
38. Johs. Mygge.—Etude sur l'eclosion epidémique de l'influenza. Stockholm. 1930 г.
39. А. И. Дашевский.—Конспект лекции—беседы про очні хвороби та методичні вказівки. Харьков. 1929 г.
40. Н. П. Медведев.—Про найчастіші очні захворювання. Харьков. 1929 г.
41. А. И. Дашевский.—Від чого темніють на очі старі люди. Харьков. 1929 г.
42. Е. Б. Рабкін.—Як радянська влада веде боротьбу з очними хворобами. Харьков. 1929 г.
43. Я. Ю. Кац.—Единый Диспансер. прилож. «Врач. Газеты».
44. М. И. Сергеев.—Применение кататермометра и эффективных температур на ряду с другими определениями к исследованию воздуха школьных помещений. Ростов н/Д. 1929 г.
45. И. Г. Иоффе.—Материалы к познанию фауны эктопаразитов юго-востока СССР. Ростов н/Д. 1929 г.
46. А. А. Кашаева.—Новый вид бактерий паратифозной группы. Ростов н/Д. 1929 г.
47. П. М. Христюк.—Микробиологическое исследование реки Дона. Ростов н/Д. 1929 г.
48. Б. З. Гутников.—Лечение невралгий тройничного нерва впрыскиванием спирта в Гассеров узел. Ростов н/Д. 1927 г.
49. Г. К. Черепашин.—К методике экспериментальных работ на матке. Ростов н/Д. 1930 г.
50. Н. И. Вещезеров.—Материалы к искусственному заражению аporheles малярийными плазмодиями. Ростов н/Д. 1928 г.
51. Ф. И. Ширяев.—К вопросу о количественном содержании ртути в крови и параллельно в моче при смешанном противосифилитическом лечении ртутью и neosalvarsan'ом. Ростов н/Д. 1928 г.
52. Е. Г. Могилевич.—Курортное дело на Западе. Госмедиздат. 1930 г.
53. W. W. Boldyreff.—The Pancreatic Triad. Battle-Creek, Michigan, U. S. A. 1929 г.
54. Туркельтауб.—Лечение сердечного больного на курорте. Госмедиздат. 1930 г.
55. М. Я. Карлин.—Acht Jahre Abortfreiheit in Russland. Ленинград. 1930 г.
56. Dr Theodor Brunner.—Лечение острых хирургических инфекций в повседневной практике. Госмедиздат. 1930 г.
57. Прив.-доц. А. С. Вишневский и д-р Д. Д. Яблоков.—Пневмоперитонеум, как диагностический метод. Томск. 1929 г.
58. Н. А. Гецов.—Пионерский лагерь-санаторий. Томск. 1930 г.
59. М. П. Христюк.—К изучению микрофлоры некоторых водоемов Северо-Кавказского края. Ростов н/Д. 1930 г.
60. И. Л. Векслер.—Труд и здоровье рабочих грязелечебниц на кавказских минеральных водах. Ростов н/Д. 1930 г.
61. В. И. Астрахан.—Материалы к изучению закономерностей в процессе регенераций. Харьков. 1930 г.
62. Проф. С. Мелких и д-р С. Мазель.—Учение о санокризисе и опыт в клинике легочного туберкулеза. Минск. 1930 г.
63. Проф. С. И. Златогоров и д-р А. Е. Бузова.—Корь—эпидемиология, этиология, клиника и профилактика. Госмедиздат. 1930 г.
64. Проф. В. Г. Штефко.—Туберкулез легких и конституция. Госмедиздат. 1930 г.
65. Проф. М. Ф. Руднев.—Корь. Харьков. 1930 г.
66. Проф. Д-р Ганс Олид.—Болезни крови в детском возрасте. Госмедиздат. 1930 г.
67. Исследование по физиологии труда.—Под редакцией проф. Э. М. Кагана. Харьков. 1930 г.
68. И. А. Казанцев.—Оспа и оспопрививание в Казани. Казань 1930 г.