

61/05/

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. Лурия, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плешицер.

1930 г.

(Год издания XXVI)

№ 10

О К Т Я Б Р Ъ.

КАЗАНЬ.



К XIII-й годовщине Октябрьской революции.

Тов. Сталин на XVI Съезде партии дал следующую установку, определяющую состояние нашего хозяйства: „Развитие нашего народного хозяйства идет под знаком индустриализации. Но нам нужна не всякая индустриализация. Нам нужна такая индустриализация, которая обеспечивает растущий перевес социалистических форм промышленности над формами мелко-товарными и тем более капиталистическими. Характерная черта нашей индустриализации состоит в том, что она есть индустриализация социалистическая, индустриализация, обеспечивающая победу общественного сектора промышленности над сектором частно-хозяйственным, над сектором мелко-товарным и капиталистическим“.

Какие имеем достижения в итоге такого развития нашего хозяйства?—Мы можем говорить о победе большевистской пятилетки, о новых успехах партии и рабочего класса в борьбе за высокие темпы и сокращение сроков выполнения пятилетки в четыре года и по целому ряду отраслей промышленности в три и даже в два с половиной года. Несколько цифр подтверждают эти положения. По пятилетке прирост промышленной продукции намечался на 1929—30 года в размере 21,5%. Окончательные итоги работы крупной промышленности за истекший хозяйственный год дал прирост продукции на 24,2%. На протяжении 1929—30 года число лиц наемного труда возросло примерно на 2 миллиона человек, или на 15% против прошлого года; имеем также ликвидацию безработицы в городах СССР. За два года общий рост продукции планируемой промышленности составляет около 52% против 47,5% по пятилетнему плану. За 2 года объем капитальных вложений в промышленность составляет примерно 5 миллиардов рублей против 3.870 мил. руб. по пятилетнему плану. В области сельского хозяйства имеем следующие данные: известно, что по пятилетнему плану лишь в 1932—33 году посевная площадь колхозов и совхозов должна быть в 18,9 мил. га или 13,4% всей посевной площади. Фактически же в истекшем хозяйственном году площадь общественного сектора сельского хозяйства достигает 42 миллионов га, что дает 30 процентов всей площади посева. Вытесняя кулацкое производство, общественный сектор усиливает свои позиции в товарной продукции сельского хозяйства, достигая в товарной продукции зерновых 60%. „И если развитие колхозов и совхозов пойдет усиленным темпом, то нет оснований сомневаться в том, что наша страна через каких-нибудь три года станет одной из самых хлебных стран, если не самой хлебной страной в мире“—тов. Сталин говорит и, продолжая, указывает „что процесс ликвидации кулачества как класса идет у нас вперед на всех парах, что в стране уже произошли такие экономические сдвиги, которые дают полное основание утверждать, что нам удалось повернуть деревню на новый путь, на путь коллективизации, обеспечив тем самым успешное строительство социализма не только в городе, но и в деревне“.

Не меньшие достижения и на культурном фронте. Тов Сталин сообщает: „что процент грамотности по СССР поднят до 62,6% против 33% в довоенное время и главное теперь—перейти на обязательное первоначальное обучение. Я говорю „главное“, так как, такой переход означал бы решающий шаг в деле культурной революции“.

На фоне этих крупных достижений имеются и трудности. „Мы добивались этих достижений в решительной борьбе с трудностями, в серьезной и длительной борьбе за преодоление трудностей... что наши трудности являются не трудностями мелких и случайных „неполадок“, а трудностями классовой борьбы, что за нашими трудностями скрываются наши классовые враги, что трудности эти осложняются отчаянным сопротивлением отживающих классов нашей страны, поддержкой этих классов извне...» (Сталин).

Сорвать наше строительство, усилить наши затруднения, подготовить страну к состоянию тяжелого экономического кризиса к моменту интервенции поставила себе целью кучка вредителей. Продавая себя заграничному капиталу то одной, то другой страны, вредители в пищевой промышленности хотели костлявой рукой голода задушить рабочих. Вместо мяса они заготавливали отбросы, кости, по директивам Рябушинского и других. Доверие, которое им оказывалось, они использовали как предателя; маскируя свое лицо, они оттачивали острей своего меча, чтобы воткнуть в сердце рабочих массе, чтобы ликвидировать Советскую власть, чтобы восстановить капиталистический строй. Им это не удалось. Верный страж революции застал этих вредителей на месте преступления, и пролетарский суд расправился с этой бандой.

Редакция присоединяет свой голос одобрения пролетарскому суду, и считает, что их расстрел является единственной мерой наказания, которой они заслужили. Пощады им не должно быть никакой. Такая же мера наказания должна быть определена в отношении всех вредителей. Их „ученые степени“ не должны остановить пролетарской кары. Группируясь вокруг Кондратьева, Чаянова, Громана и других, они создавали блоки для буржуазной реставрации.

Организационно эта группа ученых контрреволюционеров представляла собой небольшую часть интеллигенции, мечтавшую о возвращении „золотого“ времени господства буржуазии, помещиков и кулаков. „Идеологически они непосредственно отражали классовые интересы остатков буржуазии—в особенности кулачества, этой классовой базы, питающей буржуазно-реставраторскую идеологию в среде определенных реакционных кругов нашей интеллигенции“ (Верменичев). Этот автор приводит следующую выдержку из речи Кондратьева—„Если вы хотите, чтобы был более сильный темп накопления в народном хозяйстве, если вы хотите, чтобы этот более сильный темп вел к более быстрому росту производительных сил в стране, то должна быть эксплуатация более сильными группами в деревне, и этот процесс эксплуатации является экономически положительным...“ Не менее откровенен Чаянов, он пишет: „что целый ряд авторов и общественных деятелей, подходящих к кооперации не столько с точки зрения организации земледелия, сколько с точки зрения осуществления на земле различных социальных идеалов... и считает возможным кооперативное обобществление всего крестьянского хозяйства в целом... Мы не можем стать на эту точку зрения, так как,

по нашему мнению, сила кооперативного семейного производства заключается именно в том, что она значительную часть производства и наилучшие удающиеся в формах производства мелкого оставляет в этих последних". Эта кулацкая идеология авторов подкрепляется их практической деятельностью в контрреволюционных организациях, во вредительских действиях. Они устанавливают связь с зарубежной эмиграцией, распределяют министерские портфели. Вот истинное лицо этих ученых профессоров.

Редакция обращается ко всем врачам, к научным работникам с призывом дать отпор этим буржуазным реставраторам, изолировать их, пресекать их вредительскую деятельность. Эти вредители могли так долго, безнаказанно творить свою гнусную работу потому, что некоторые группы интеллигенции соблюдали нейтральность, старались сохранить свою аполитичность. Редакция считает, что стоять в стороне от грандиозного социалистического переустройства города и деревни в периоды обострения классовой борьбы в стране,—это значит помогать классовому врагу. Врачи и научные работники, которые еще нейтральны, должны теперь же определить, с кем они идут, с рабочим классом или с этими „учеными“ вредителями. Решаются ли они встать на путь социалистической стройки активно или быть пассивными, быть водимыми этими вредителями к буржуазной реставрации капиталистов и помещиков. Редакция призывает всех встать решительно на путь, вводимый коммунистической партией.

Редакция приветствует часовой революции „Красную армию"—этот боевой союз рабочих и крестьян. Современные требования войны выдвигают новые задачи, и характер будущей войны таков, что не только армии, оснащенные невиданно мощной техникой, должны будут с величайшим напряжением всех сил добиваться победы, но и все рычаги государства—транспорт, промышленность, сельское хозяйство—будут втянуты в бойню.

Редакция обращается ко всем своим читателям быть готовыми к обороне Советского Союза от военной опасности и нападений на нас капиталистических стран.

Мирная политика Советского Союза неоднократно доказала свое искреннее желание предотвратить какие бы то ни было кровопролития между народами, сохранить во что бы то ни стало мир, чтобы дать трудящимся массам всех национальностей нашего союза спокойно и уверенно работать, развивать свою экономическую и культурную мощь.

Редакция фиксирует внимание на достижениях Татарии к XIII й годовщине Октябрьской Революции, как на один из примеров, как развиваются в Советском Союзе угнетенные раньше национальности. По путям, по которым идет Татария, идут и другие национальности.

Основной фонд татарской промышленности в 1928 году равнялся 27 мил. рублей, к 1930 году он вырос до 40 миллионов рублей. К концу пятилетки основной фонд татарской промышленности будет равняться 785 мил. руб., а в новое строительство будет вложено 45 мил. рублей. Таковы же темпы роста продукции. Если взять продукцию промышленности Татарстана в 26/27 году—за 100 процентов, то в 27/28 году она будет равняться—115%, в 28/29 году—165%, в 29/30 году—189%.

Вся ценовая промышленность за истекшие два года пятилетки дала

прирост продукции на 66%, достигнув в денежном выражении 175.299 тысяч рублей, из которых на промышленность общесоюзного значения падает 11.783 тысяч рублей. Живыми свидетелями продвижения Татарстана по пути социалистического строительства могут служить: фанерная, меховые, ОМКУЗ, КАЗГРЕС, силикатный, валяльно-обувная фабрика и заводы.

Рост промышленности ведет с собой и рост числа пролетариата: 17,6 тысяч в 28/29 году и 21,2 тысяч на сегодня.

Эти успехи, которые имеем в деле индустриализации Советского Союза, небывалый рост промышленности Татарстана обеспечивают реконструкцию сельского хозяйства на социалистических основах. В течение последнего 29/30 года рост коллективизации крестьянского хозяйства Татарстана дал скачок с 2 процентов до 12—13, имеется расширение посевного клина до 2,776 тысяч га, что на 12,5 процентов превосходит довоенный посев. В истекшем году площадь земельных угодий совхозов возросла на 200%. Количество тракторов только за истекший год увеличилось в два с половиной раза, а в следующем году на полях Татарии будет минимально 2500 тракторов, будут работать 13 машинно-тракторных станций. Удалось добиться уменьшения разрыва между отстающими и ушедшими вперед крестьянскими хозяйствами различных национальностей. Если валовой доход татарского хозяйства в 24 году был меньше русского на 30%, то в 1927 году эта разница выражается—в 18%, в 1929 году—в 12%, а в 1930 году и того меньше.

Наряду с достижениями в развитии промышленности и сельского хозяйства имеются значительные успехи и в деле культурного строительства. Отмечается быстрый рост грамотности. Если в 1920 году процент грамотности по Т. Р. выражался в 26,5, то сейчас она достигла 50,5%, в том числе 46% грамотных татар. Число школ I-й ступени достигло за последний год 2641, в том числе 1355 татарских (до революции всех специально татарских школ было у нас лишь 26). К XIII-й годовщине Октября Татария пришла с реальным разрешением грандиозной культурно-политической задачи—введением всеобщего начального обучения, в связи с чем резко поднялся процент охвата детей школами с 61,5% в прошлом году до 93% в текущем. За последнее время количество татар в ВУЗ-ах быстро растет; так в новом приеме 1930 года студенты-татары уже составляют 28%. В деле коренизации аппарата имеются такие достижения: например, в аппарате Наркомвнудела, начиная с 1928 года процент татар поднялся с 28 до 34, в Наркомздраве с 25 до 40, в Наркомземе с 25 до 32, Наркомюсте с 34 до 40.

Наряду с отмеченными достижениями истекшее время оставило ряд трудностей, борьба с которыми должна быть развернута широко, особенно в условиях ударного квартала. Имеется прорыв по выполнению качественных заданий промышленности, совершенно недостаточная мобилизация внутренних ресурсов хозяйства.

Редакция мобилизует внимание читателей на указанных выше достижениях, чтобы показать всем трудящимся мира, угнетенным национальностям в империалистических странах, в полуколониальных странах и колониях, что только в СССР, единственной стране на всем земном шаре, имеем правильное разрешение национального вопроса. Что только в СССР

даны возможности пышного расцвета национальных культур—интернациональных по содержанию

Редакция приветствует местные партийные и советские организации, которые сумели повести Татарию по социалистическому пути, которые преодолели контрреволюционные организации султангаиевщины, пожелавшие повернуть Татарию вепять по капиталистическому пути,—приветствующей все мероприятия направленные на изжитие остатков великодержавного шовинизма и местного национализма.

Страна находится накануне третьего года пятилетки, работая по плану ударного квартала, который наметил рост промышленной продукции против IV квартала истекшего года на 46% и превышает в два раза средний темп роста промышленной продукции по пятилетнему плану. Осуществляя пятилетку в целом и задания ударного квартала в обстановке нарастающего обострения классовой борьбы, мы имеем большое воодушевление партии и героизм рабочего класса, которые обещают нам победу пятилетки, развернутое социалистическое наступление по всему фронту, ликвидацию кулачества как класса на базе сплошной коллективизации и преодоление неизбежных трудностей реконструктивного периода. Только правые и „левые“ оппортунистические элементы впадают в панику перед трудностями роста, боятся высоких темпов строительства и не верят в силы рабочего класса.

Не безынтересно вспомнить замечательное определение, которое дал В. И. Ленин оппортунизму: „Когда говорится о борьбе с оппортунизмом, не следует никогда забывать характерные черты всего современного оппортунизма во всех и всяческих областях, его неопределенности, расплывчатости, неуловимости. Оппортунист по самой своей природе уклоняется всегда от определенной и бесповоротной постановки вопроса, вьется ужом, отыскивает равнодействующую между исключаящими одна другую точками зрения, стараясь „быть согласным“ и с одной, и с другой, сводя свои разногласия к поправочкам, сомнениям, к благим и невинным пожеланиям и т. п. Что же свойственно оппортунистам наших дней—правым?

В статье Ем. Ярославского мы находим следующее определение—борьба против принятых партией и рабочим классом темпов индустриализации, выступление против коллективизации, против форсированного строительства совхозов, разговорчики о том, что не все ли равно, какой хлеб есть—кулацкий или колхозный, прямая помощь частнику, даже культура этого частника в разного рода заготовительных организациях и в других областях хозяйственной деятельности, искажение линии по налогообложению, по кредитованию, по снабжению машинами, сортовыми семенами и т. п., равнение по „узким“ местам в вопросе о развитии нашей социалистической промышленности, ставка на самотек в вопросах коллективизации, хлебозаготовок и других важнейших мероприятий, желание жить в мире с кулаком, мечты о притуплении классовой борьбы... все эти черты свойственны правым.

Вполне понятно, что эти установки были весьма приемлемы для кондратьевцев и последние всей душой сочувствовали правым в ВКП(б).

Поэтому тов. Сталин на XVI съезде партии указывал, что правый уклон является теперь главной опасностью „потому, что он отражает кулацкую опасность, а кулацкая опасность в данный момент,

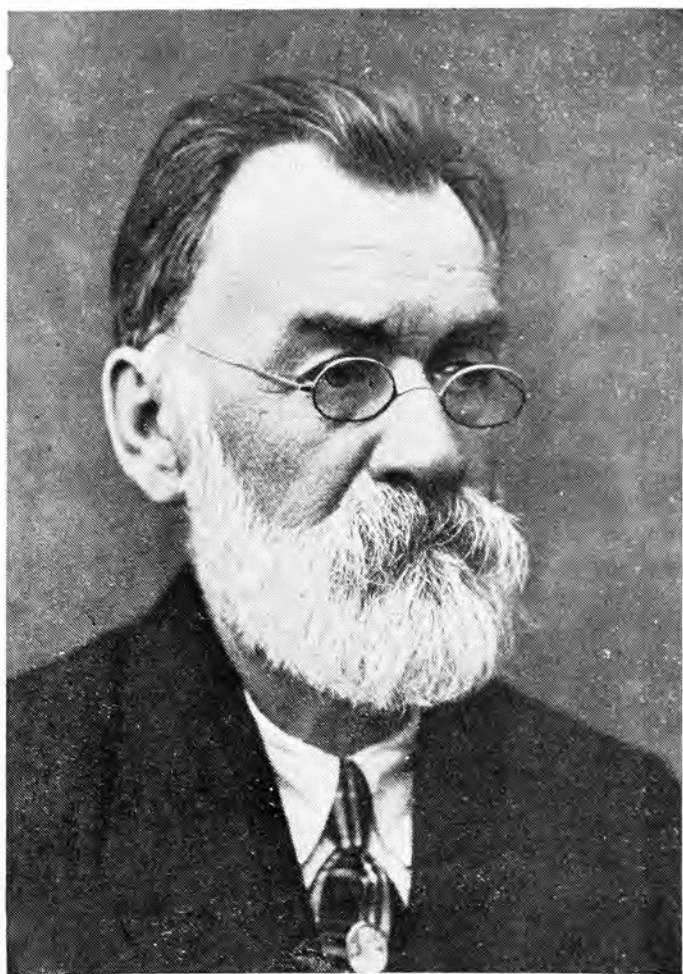
в момент развернутого наступления, выкорчевки корней капитализма является основной опасностью в стране“.

Оставляя позади паникеров, в решительной борьбе на два фронта— и правой опасностью как главной на данном этапе и всяким примиренчеством—партия добьется новых решающих успехов на фронте социалистического строительства.

Редакция обращается ко всем врачам и научным работникам взяться решительно за выполнение заданий ударного квартала, за преодоление трудностей, стать боевой шеренгой по пути генеральной линии партии.

Да здравствует Всесоюзная Коммунистическая Партия Большевиков!

Редакция Казанского медицинского журнала.



ПРОФЕССОР
Василий Иванович
РАЗУМОВСКИЙ

К 50-летию научно-врачебной деятельности проф. В. И. Разумовского.

Проф. В. Л. Боголюбова.

В настоящем году исполнилось 50 лет научно-врачебной и общественной деятельности профессора Василия Ивановича Разумовского, имя которого хорошо известно русским врачам. Полувековая деятельность Василия Ивановича как ученого, хирурга и общественного деятеля создала ему широкую известность как в нашем Союзе, так и за границей.

Большая часть деятельности Василия Ивановича (около 30 лет) протекла в стенах Казанского университета, который он окончил в 1880 г. Заняв кафедру Оперативной хирургии в 1887 г., В. И. вскоре (1891 г.) перешел на Госпитальную хирургическую клинику, а в 1896 г. занял кафедру Факультетской хирургической клиники, в стенах которой особенно широко развилась научно-хирургическая деятельность В. И. Василий Иванович сумел из небольшой клиники глухого провинциального города создать центр научной хирургической мысли, к которому прислушивались не только русские хирурги, но работы из которого ценились и иностранными учеными.

В 1909 г. В. И. перешел в Саратов, приняв предложение быть ректором и строителем Саратовского университета, который и создан в значительной мере благодаря беспримерной энергии и трудам В. И.

Возникшая в 1914 г. империалистическая война призвала В. И. к военноорганизаторской и военно-хирургической деятельности. В течение войны В. И. принимал широкое участие в деле организации помощи раненым и увечным воинам.

После Февральской революции В. И. по выбору нового революционного органа Высшего медицинского кавказского совета был выбран заведующим хирургической частью Кавказского фронта (после недолгого пребывания перед этим, до перемены государственного строя, в должности товарища главноуправляющего здравоохранением). На Кавказе же течение нескольких лет протекает и дальнейшая деятельность В. И.: он организует Травматологический институт в Тифлисе, а по окончании войны является организатором двух университетов: в Тифлисе и Баку.

В 1920 г. В. И. возвратился в Саратов, где продолжает до последнего времени вести преподавательскую работу в качестве профессора хирургии.

Как ученый, В. И. внес много ценного и оригинального в хирургическую науку и во многом содействовал развитию русской хирургии. Из-под пера В. И. и его учеников вышло множество работ, из которых многие нашли заслуженную оценку со стороны русских и иностранных

хирургов и вошли во многие русские и иностранные руководства. В. И. создал многочисленную школу учеников, из которой вышел ряд профессоров, преподавателей и практических хирургов.

Много послужил Василий Иванович также и общественной медицине, принимая участие в самых разнообразных врачебных съездах, будучи председателем многих из них. Громадной общественно-научной заслугой В. И. является организация 3-х университетов в Саратове, Тифлисе и Баку.

В кратких словах невозможно охарактеризовать всю полувековую разностороннюю деятельность В. И.. Говоря словами одного из принесенных ему приветствий, Василий Иванович „как хирург большого опыта дал возможность жить тысячам больных, излеченных его знаниями. Как ученый огромной эрудицией, он создал свою школу—школу Разумовского, которой отведено в истории русской хирургии почетное место. Десятки профессоров, доцентов, сотни практических хирургов, тысячи врачей разных специальностей высоко несут знамя науки и врачебного долга, завещанного им их учителем. Как руководитель многочисленных врачебно-общественных съездов государственного масштаба, В. И. ревностно проводил в жизнь гуманные заветы отца русской хирургии Николая Ивановича Пирогова, оставаясь почетным хранителем оставленного им наследия. Как организатор 3-х университетов, В. И. сделал великое дело для грядущих поколений, и тем навсегда вписал свое имя в анналы истории русской культуры и науки“.

Несмотря на преклонные годы В. И. до сих пор сохранил бодрость тела, ясный и живой ум и беззаветную преданность науке. Пожелаем же дорогому учителю, прошедшему длинный и нелегкий 50-летний путь русского врача и научно-общественного деятеля, сохранить еще на долгое время свои силы на пользу науки и нашего Союза.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Биохимической лаборатории Ленинградского института хирургической
невропатологии (Заведующий д-р Е. О. Манойлов).

К вопросу о химизме реакции д-ра Манойлова.

(Гемоглобин и железо в реакции Манойлова).

Студента Б. Хромова.

I.

Как известно, вопрос о химизме реакции д-ра Манойлова (РМ) или, вернее, вопрос о зависимости ее от различных компонентов крови является еще не решенным. По этому вопросу существует несколько весьма противоречивых взглядов. Так, напр., одни—Галвяло, Владимирова, Виноградов, Оппель-младший¹⁾, Шмидт, Первозовская²⁾, Schratz³⁾, Alsterberg-Häkansson⁴⁾ и др. считают ее почти всецело зависящей от разницы в количестве белков мужской и женской крови. Другие (Соловцова⁵⁾ и др.) полагают, что она зависит, главным образом, от полового гормона, а также и ряда других факторов (ионы К и Са^{5, 6)}, рН крови⁷⁾ и др.). Третьи (Canuto⁸⁾, Margereth⁹⁾, Massagi¹⁰⁾ и др.) ставят ее, более или менее, в зависимость от количества гемоглобина в крови мужчин и женщин. И, наконец, четвертые (Гусев¹¹⁾) предполагают, что РМ зависит также и от состояния атомов железа в крови (закисная или окисная форма) и его количества.

Из вышесказанного совершенно очевидно, что единого взгляда на сущность РМ еще нет и это тем более, что экспериментальных работ, посвященных этому вопросу, очень мало. Таким образом, являлась весьма желательной экспериментальная разработка этого вопроса, что и побудило меня поставить несколько серий опытов с РМ, посвященных выяснению вопроса о влиянии различных компонентов крови на эту реакцию.

Первоначально, конечно, требовалась проверка вышеперечисленных взглядов, поэтому свою работу я и начал именно с этого. Но, к сожалению, по независящим обстоятельствам, пришлось начать проверку с наименее распространенных взглядов на РМ, как на реакцию, зависящую от гемоглобина и железа крови.

II.

Предположение о том, что гемоглобин имеет близкое отношение к РМ и ее исходу, было высказано многими авторами. Еще в одной из своих первых работ д-р Манойлов¹²⁾, останавливаясь на трех возможных факторах, от которых, может быть, зависит исход его реакции, между прочим, указывал и на то, что реакция зависит возможно, от гемоглобина крови мужчин и женщин. Но в своей немецкой статье¹³⁾ (а также и других¹⁴⁾) он определенно заявляет, на основании своих опытов, что как количество эритроцитов, так и %-ное содержание гемогло-

бина в крови не играют особой роли в его реакции *), что поддерживают и др. авторы (Щеглова¹⁵⁾).

Но некоторые авторы (главным образом иностранные^{8, 9, 10)} настаивают на том, что содержание гемоглобина в крови имеет большое значение. Ряд авторов изучали зависимость РМ от гемоглобина не с кровью, а с разведениями чистого гемоглобина. Так, напр., Галвьяло и др.¹⁾ заявляют, что гемоглобин уже в концентрации 0,11—0,22—0,45% дает сильную задержку в обесцвечивании раствора (что близко к „женской реакции Манойлова“—ЖРМ). Опыты же Попова¹⁶⁾ с гемоглобином показали, что задержка в обесцвечивании наступает в концентрации гемоглобина равной 20% (ЖРМ), а с 10%-ным разведением получается полное обесцвечивание (т. е. „мужская реакция Манойлова“—МРМ).

О влиянии гемоглобина на РМ говорят также Чигарин¹⁷⁾ и Гусев¹⁸⁾, причем у последнего ЖРМ получалась с насыщенным (!) раствором гемоглобина, а МРМ с тем же раствором, разведенным в 6 раз. У других же авторов (О. Манойлова¹⁹⁾) результаты опытов с гемоглобином получились недостаточно ясные (хотя те же авторы отрицают влияние количества эритроцитов на исход РМ).

Так как почти все перечисленные опыты носили случайный, а не систематический характер, то строить на них какие-либо выводы не представляется возможным, и это тем более, что результаты этих опытов не вполне совпадают. Таким образом, вопрос о значении гемоглобина в РМ оставался невыясненным. С целью выяснения этого вопроса мною и была поставлена первая серия опытов с РМ.

Как известно, количество гемоглобина в крови колеблется около цифр: 13—15% у мужчин и 12,5—13% у женщин²⁰⁾, и т. к. большинство авторов работало с 3%-ной эмульсией эритроцитов (или с таким же раствором крови), т. е. с таким разведением крови, в котором фактически находилось приблизительно около 0,5% гемоглобина, то для наших целей достаточно было взять разведения гемоглобина большие и меньшие 0,5%. Я пользовался разведениями от 0% до 4% гемоглобина. Для этого брался покупной аморфный гемоглобин и из него приготавлился основной 4%-ный раствор (всегда ex tempore), из которого путем разбавления дистиллированной водой **) (по формуле W. Roloff'a²¹⁾) приготавлились различные разведения гемоглобина, так что получалась шкала разведений гемоглобина от 0% до 4%. С этими разведениями (взятыми в количестве 3 куб. см.) и определялась РМ (методика строго по третьей модификации РМ). Серия опытов с гемоглобином состояла из 10 опытов. Результаты приведены в таблице № 1.

Как видно из этой таблицы изменения в окраске с № 1 по № 24 весьма ничтожны, и лишь в концентрациях больших, чем 1% гемоглобин оказывает некоторое влияние, т. к. окраска становится близкой к ЖРМ. Из этого можно сделать такие выводы:

Во 1-ых, в тех концентрациях (меньших, чем 1%), которые обычно имеют место в тех разведениях крови, которые берутся для РМ (как сказано выше эти разведения бывают по большей части 3% и содержат

*) Т. к. несмотря на то, что в исследуемых пробах крови % гемоглобина колебался от 55% до 92%—ответы получились правильные.

**) Иногда основной раствор и разведения приготавлились на физиологическом растворе.

ТАБЛИЦА № 1.

№№ по порядку.	% гемоглобина.	Результаты.	№№ по порядку.	% гемоглобина.	Результаты.
1	0,00	Начиная с № 1 до № 23 интенсивность окраски постепенно нарастает	17	0,54	от бесцветного (№ 1) до весьма бледно-желтого (№ 23).
2	0,10		18	0,56	
3	0,20		19	0,58	
4	0,26		20	0,60	
5	0,30		21	0,64	
6	0,32		22	0,70	Светло-жел. серый Светл.-фиолет. сер. Светло-вишневый Вишневый, прозрач. Темно-вишн. полупрозрач. Темно-коричневый, почти непрозрач (при разбавлении водой получ. темно-вишневый цвет).
7	0,34		23	0,80	
8	0,36		24	0,90	
9	0,38		25	1,00	
10	0,40		26	1,20	
11	0,42		27	1,50	
12	0,44		28	2,00	
13	0,46		29	2,50	
14	0,48		30	3,00	
15	0,50		31	3,50	
16	0,52		32	4,00	

лишь около 0,5% гемоглобина), гемоглобин не оказывает заметного влияния на исход РМ, т. е. тем самым отрицается его значение как *специфического белка* для РМ;

во 2-ых, если концентрация гемоглобина становится большей, чем 1%, то получается как бы ЖРМ, т. е. даже и в больших концентрациях гемоглобин влияет не как специфический белок (тогда с увеличением концентрации гемоглобина должна была бы получаться МРМ, так как у мужчин гемоглобина больше, чем у женщин), а просто, возможно, как неспецифический белок вообще *).

Что количество гемоглобина не играет роли по РМ видно также из того, что можно делать РМ с такими разведениями крови, что все они будут содержать одинаковое количество гемоглобина (напр. 2—3% по Sahli), как это и делается некоторыми (Манойлов, Вагнер²²), Рейнус и Чалисова²³), т. е. при этом *уравнивается* разница в количестве гемоглобина у различных людей вообще и у разных полов в частности, и тем не менее РМ дает правильные результаты. Кроме того РМ можно делать и с сывороткой (а также с асцитической жидкостью, спинно-мозговой жидкостью и мочей), где, как известно, гемоглобина нет.

Таким образом, становится ясным, что гемоглобин не только не обуславливает собою РМ, но что он не оказывает даже влияния на ис-

*) Влияние неспецифических белков на РМ составит предмет следующей серии наших опытов.

ход РМ (имея в виду вышеуказанные концентрации гемоглобина и физиологические колебания в содержании его у разных людей), и только лишь в тех концентрациях, которые обычно не имеют места в условиях РМ, гемоглобин начинает оказывать влияние на ее исход.

III.

Переходя теперь к вопросу о зависимости РМ от количества и качества атомов железа в крови мужчин и женщин, надо отметить, что автор этого взгляда пр.-доц. Гусев¹¹⁾, проделывая свои опыты *) с закисной (соль Мора) и окисной (железно-аммиачные квасцы) солями железа, получил в результате зависимость РМ от окисной формы железа, причем с увеличением (0,046—0,50%) количества окисной соли железа получается как бы МРМ, что соответствует большему содержанию железа в крови мужчин, а с уменьшением (0,034—0,038%) количества железа получается как бы ЖРМ, приходит к выводу, что „РМ находится в зависимости... и от железа крови, но как будто бы не от количества его, а от состояния“.

В целях выяснения этого вопроса мною и была поставлена вторая серия опытов с РМ. В качестве закисных солей брались: соль Мора **) ($\text{FeSO}_4 \cdot (\text{NH}_4)_2 \text{SO}_4 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$) и сернокислое железо ($\text{FeSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ ***) а в качестве окисных солей: железно-аммиачные квасцы ($\text{NH}_4 \cdot \text{Fe}(\text{SO}_4)_2$ **). 12H₂O) и хлорное железо ($\text{FeCl}_3 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ ***). Их темпоре приготавлился основной раствор, содержащий 0,558% железа, и из него делались разведения (от 0% до 0,558%). Бралось 3 кб. см. каждого разведения и делалась РМ. Результаты приведены в таблице № 2. Надо еще отметить, что в своих опытах с гемоглобином и железом я получал одинаковые результаты, работая с папайотином и без него, что как будто бы согласуется с указаниями некоторых авторов, отрицающих значение этого фермента для РМ^{1, 18, 24, 25, 26)}.

Прежде чем рассматривать результаты опытов с железом, надо отметить следующее. Так как в крови человека находится около 50 млгр. % железа, то в 3-процентном разведении крови (с которым обычно и работает большинство авторов) железо находится лишь около 1,5 млгр. % (0,0015%) и следовательно для нас важны будут результаты РМ с теми разведениями указанных солей, которые содержат приблизительно это количество железа.

Таблица № 2 показывает, что железо в концентрации до 0,15% не оказывает почти никакого влияния на исход РМ (изменение окраски, в сторону большей интенсивности при увеличении концентрации, надо отнести за счет окраски самих разведений до РМ) и лишь в концентрациях больших, чем 0,2% сказывается влияние закисного железа на РМ в виде изменения окраски в зеленый или синий цвет (эти колебания зависят от соляной кислоты).

Таким образом, становится очевидным, что никакой зависимости между РМ и количеством железа нет, так как с увеличением концентрации железа должна была бы получиться МРМ, а на самом деле даже концентрация в 0,15% не сказывается на исходе РМ, а обычно имеют дело

*) К сожалению не указано число опытов.

**) 7 опытов.

***) 3 опыта.

Т А В Л И Ц А № 2.

№ № по порядку	Закисное		Окисное		№ № по порядку	% жезла	Закисное		Окисное	
	Соль Мора	Серно-кислое железо	Жел.-аммон. квасцы	Хлорн. железо			Соль Мора	Серно-кислое железо	Жел.-аммон. квасцы	Хлорн. железо
1	0,000				20	0,072				
2	0,004				21	0,076				
3	0,012				22	0,082				
4	0,020				23	0,090				
5	0,028				24	0,100				
6	0,034				25	0,110				
7	0,038				26	0,120				
8	0,042				27	0,130				
9	0,046				28	0,150				
10	0,048				29	0,170				
11	0,050				30	0,200				
12	0,052				31	0,230				
13	0,054				32	0,260				
14	0,056				33	0,300				
15	0,058				34	0,340				
16	0,060				35	0,380				
17	0,062				36	0,430				
18	0,064				37	0,490				
19	0,068				38	0,558				
		Начиная с № 1 по № 28	Начиная с № 1 по № 38				до бледно-желтого (№ 27)			того (№ 1) до
		(серно-кислое железо)					или № 29			
		или по № 30 (соль Мора)	интенсивность окраски				желт.	желт.	светло-желт.	
		интенсивность окраски	постепенно нарастает от				желтый	серо-желт. свет.-фиолет.		
		постепенно нарастает от					серо-желтый	серо-фиолет.	того (№ 38)	
		бесцветного (№ 1)	бесцвет-				синий	синий		
							или	или		
							или	зеленый		
							зеленый			

с концентрацией железа значительно меньшей, чем эта (около 0,0015%). Одинаковые же результаты, полученные как с закисными (до 0,2%) так и с окисными солями железа, говорят о том, что состояние атома железа не имеет значения для РМ.

IV.

Следовательно наши опыты с гемоглобином и железом позволяют сделать два вывода:

1) РМ не зависит от количества гемоглобина крови, как специфического белка;

2) РМ не зависит от количества и качества атомов железа в крови.

Подчеркиваю, что речь идет лишь о тех концентрациях, с которыми обычно работают, принимая во внимание амплитуду колебаний содержания гемоглобина или железа в крови.

В заключение считаю долгом выразить глубокую благодарность д-ру Е. О. Манойлову за любезное разрешение работать в заведываемой им лаборатории, а также благодарю д-ра А. А. Соловцову и д-ра О. М. Шамарину за ряд ценных указаний.

Уже по окончании работы я ознакомился со статьей Игнатовой-Крайнской²⁸⁾. Опыты ее состоят в следующем: взяв по одному куб. см. физиологического раствора и добавляя к ним различные количества (от 0,4 куб. см. и меньше) мужской или женской крови, она получала в результате все оттенки РМ от типичной ЖРМ до типичной МРМ независимо от пола того человека, у которого была взята кровь. Не вдаваясь в критику как опытов, так и выводов автора, я хочу лишь отметить, что и в ее опытах заметное изменение окраски начиналось в тех растворах, которые содержали больше, чем 1% гемоглобина, так что в этом отношении результаты опытов сходны с нашими, т. е., что гемоглобин начинает влиять на исход РМ лишь в тех концентрациях, которые обычно не имеют места в условиях РМ. Да и сам автор указанных опытов в другой своей работе²⁹⁾ также заявляет, что „процентное содержание гемоглобина в крови по нашим данным на исход реакции не влияет“.

Что небольшие (т. е. в том числе и физиологические) колебания в концентрации раствора крови (гемоглобина) не имеют значения для РМ подтверждают и др. (Малыкин³⁰⁾).

Литература.—1) М. Я. Галвяло, Г. Е. Владимирова, А. П. Виноградов и В. Б. Оппель—Врачебная газета, 1926 г., № 13.—2) А. А. Шмидт и Н. О. Первозовская—там же.—3) E. Schratz. Biologisches Zentralblatt, 1926, Bd. 46, H. 12.—4) G. Alsterberg и A. Näkansson—Biochemische Zeitschr., 1926, Bd. 176.—5) А. С. Соловцова—Реакция Манойлова, ее биологическое значение и перспективы. 1927 г.—6) Она же—Врачебное дело, 1926 г., № 1, 2.—7) Р. И. Лившиц—Журнал для усовершенствования врачей, 1927 г., № 1.—8) G. Canuto—Реферат в Deutsche Zeitschr. f. d. gesamt. gerichtl. Mediz. 1926, Bd. 6, H. 6.—9) G. Margereth—ibid.—10) D. Massagi—ibid., 1925, Bd. 6, H. 4.—11) А. Д. Гусев—Архив криминологии и судебной медицины, 1927 г., т. I, кн. 4.—12) Е. О. Манойлов—Врачебная газета, 1923 г., № 21.—13) Он же—Münchener mediz. Wochenschr., 1924, № 51.—14) Он же—Врачебная газета, 1924 г., № 1.—15) М. А. Щеглова—Там же. 1924 г., № 5.—16) В. И. Попов—Сборник «Успехи биологической химии», 1926 г., № 4.—17) А. П. Чигарин—Казанский медицинский журнал, 1928 г., № 9.—18) А. Д. Гусев—там же, 1927 г., № 5.—19) О. С. Манойлова—

Сборник «Успехи биологической химии», 1926 г., № 4.—20) В. Я. Данилевский—Учебник физиологии человека, 1929 г.—21) «Лабораторная практика», 1925 г., № 6.—22) Цит. по Соловцовоу.—23) А. М. Рейнуси М. А. Чалисова—Вестник рино-ларинго-отитологии. 1927 г., № 5. 24) В. В. Правдич-Неминский—Днепропетровский медицинский журнал, 1928 г., № 1—2.—25) Н. В. Ермаков—Медико-биологический журнал, 1927 г., № 5.—26) В. П. Соловский—Врачебная газета, 1928 г., № 24.—27) В. П. Балаховский—Микрохимический анализ крови и его клиническое значение, 1930 г.—28) V. N. Krainskaja-Ignatowa—Deutsch. Zeitsch. f. d. gesam. gerichtliche Mediz., 1929, Bd. 13, H. 4.—29) Она же—Судебно-медицинская экспертиза, 1928 г., кн. 9.—30) Р. Малыкин—Медицинская мысль, 1925 г., т. III, кн. 2.

Из терапевтической (Заведующий проф. Р. А. Лурья) и физико-терапевтической (Заведующий проф. Г. А. Клячкин) клиник Государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

Влияние диатермии на функциональную деятельность желудка.

Л. Н. Клячкина и Э. Р. Могилевского.

Широкое применение тепла при заболеваниях желудочно-кишечного тракта с хорошими практическими результатами ставит вопрос о механизме действия тепловых процедур, объясняющего улучшение субъективного состояния больных при терапевтических методах, связанных с применением тепла, в частности диатермии.

Уже Leube, предложивший горячие припарки на область желудка, как основной элемент в терапии язвы желудка, пытался связать благоприятное действие тепла с наблюдавшейся им в эксперименте гиперемией слизистой желудка. Еще до него Fleischer в 1882 г. нашел, что после применения тепла переваривание пищи ускоряется. В новейшее время Lüdin, контролируя действие тепла Рентгеном, установил, что диатермия усиливает перистальтику желудка и ускоряет его опорожнение. Кирстнер и Лурье приходят к выводу, что эвакуация желудка под влиянием диатермии усиливается. Steward и Boldyreff в опытах на собаках нашли, что применение диатермии во время периодических сокращений пустого желудка вызывает прекращение или ослабление этих сокращений. Однако, большая часть работ как экспериментальных, так и клинических, посвящены изучению влияния тепла, а затем и диатермии, на *секреторную* деятельность желудка. Результаты, полученные при этом отдельными авторами, очень разноречивы и трудны сравнимы из-за разнообразия применявшейся ими методики исследования.

Так, Fischer на собаках с Павловским желудочком, находил понижение секреции под влиянием диатермии. Kauftheil и Simo, давая больным пробный завтрак во время сеанса диатермии (30 минут) и извлекая содержимое желудка через 15 минут после окончания сеанса, пришли к выводу, что при повышении кислотности (Ulc. duodeni и др. заболеваниях, связанных с повышенной кислотностью) диатермия вызывает явное понижение кислотности, при нормальной кислотности остается без эффекта. Кирстнер и Лурье в опытах на людях находили в большинстве случаев повышение секреции и уменьшение коли-

чества выделившейся HCl после диатермии и, наконец, Müller и Hölscher в только что опубликованной экспериментально-клинической работе отмечают уменьшение количества сока и понижение кислотности после применения тепла.

С другой стороны, большинство работ отмечает несомненное стимулирующее действие тепла и диатермии в частности на секрецию и кислотность желудочного содержимого. Strasser, Sommer и Kisch считают, что „местное применение тепла повышает количество HCl. Тепло, повышающее вообще деятельность желез, возбуждает также железы желудка“. Lüdin из всех тепловых процедур особенно выделяет диатермию и нашел, что при местном применении она повышает как свободную HCl и общую кислотность, так и лябфермент, при чем кислотность повышается параллельно амперажу. Bucky, Büben, Kowarschik, Nagelschmidt рекомендуют диатермию для повышения, как общей, так и свободной HCl, и считают ее особенно показанной при ахилии и hyperaciditas. Шимшелевич в 55-ти случаях с пониженной кислотностью (из них 12 с ахилией) находил после курса лечения диатермией повышение секретций желудка наряду с улучшением субъективных жалоб больных и считает применение диатермии показанной во всех случаях пониженной секреции желудка, включая и ахилии; Stewart и Boldyreff в опытах на собаках с фистулами желудка, пищевода и желудка, с изолированным желудочком по Heidenhain'у и фистулой Thiry-Vella пришли к заключению, что диатермия стимулирует секрецию желез желудка, как при пустом желудке, так и во время его пищеварительной деятельности (в психическую и химическую фазы пищеварения), и вызывает увеличение кислотности и уменьшение пепсина. Brody в опытах над собаками нашел при патологических изменениях слизистой желудка подъем кислотности, особенно быстро после увеличения ампеража. И, наконец, Friedrich, исследуя больных фракционным методом после трехчасового или многодневного повторного применения тепла (в виде термофоров или припарок), не находил существенного влияния на секрецию. К таким же выводам пришел Dreesen после применения диатермии, а Bordier, Sezu, найдя увеличение кислотности при hyperaciditas и уменьшение при hyperaciditas, рекомендуют ее при отклонениях секреции в обоих направлениях.

Наши наблюдения относятся к 42 больным с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, предъявлявшими ряд жалоб со стороны желудка (изжога, тошнота, отрыжка, иногда рвота, боль под ложечкой, давление и тяжесть после еды). Мы поставили себе задачей проследить влияние диатермии на функциональную деятельность желудка, пользуясь при этом разработанным Терапевтической клиникой профессора Р. А. Лурья способом *комбинированного* исследования желудка хромоскопией и фракционным методом. Этот метод, уже проверенный в настоящее время на многих сотнях больных, дает возможность гораздо глубже заглянуть в сущность различных расстройств секреторной работы желудка и позволяет делать диагностические и прогностические заключения даже в тех случаях, где обычные методы исследования желудка дают очень мало.

Техника исследования проводилась нами следующим образом. Больному натошак вводился тонкий зонд и выкачивалось все содержимое

желудка. Части больных тотчас же после этого вводилось внутримышечно 2 куб. см. 1% водного раствора Neutralrot'a и определялось, через сколько минут в желудочном содержимом появились первые следы краски. Через промежутки в 10 мин. еще два раза производилось выкачивание желудка натошак и определялось количество сока, выделившееся натошак в течение 30 мин. Затем через зонд вливался кофейный пробный завтрак Katsch'a и Kalka, и в течение 2—2½ часов через каждые 15 мин. добывались отдельные порции желудочного содержимого, в которых определялась свободная HCl и общая кислотность. Путем прибавления к пробному завтраку фенолфталеина определялась быстрота исчезновения его из желудка. Полученные цифры свободной HCl и общей кислотности заносились на кривую. Подобной же методикой часть больных исследовались и во время сеанса диатермии, причем диатермия в этих случаях проводилась как при пустом желудке, так и в первые 30—60 мин. после дачи пробного завтрака, большая часть 6-ных исследовалась после курса лечения. На живот, в области соответствующей положению желудка (установлено Рентгеном), накладывался электрод в 100—150 кв. см., другой электрод в 150—200 кв. см. на спину, параллельно первому. Оба электрода фиксировались надлежащим образом. Сеанс продолжался 30 мин. Сила тока от 1 до 1,5 ампера, смотря по выносливости.

Из 42 больных повторно удалось исследовать 25 чел., так как остальные, проделав курс лечения диатермией и освободившись от беспокойных их диспептических расстройств, не желали подвергаться повторному исследованию. 25 больных, подвергшихся повторному исследованию, мы по величине кислотности (максимум подъема кривой общей кислотности и свободной HCl в течение 2½ час. исследования) распределяем на следующие четыре группы: с hyperaciditas—6 6-ных, с normaciditas—7 6-ных, с hypaciditas—3 6-ных и achylia—9 6-ных.

Из 6 больных с hyperaciditas мы у 3-х не получили никаких изменений, в одном случае при сохранении того же типа кривой кислотности, одинаковой быстроты выделения Neutralrot'a (6 мин.) и величины максимума кислотности (112/90) мы получили после диатермии уменьшение количества сока, выделившегося натошак (до диатермии 135 куб. см. натошак, после диатермии 95 куб. см.) В двух случаях мы видели уменьшение секреции, причем в одном из них особенно значительно: количество сока натошак с 140 куб. см. упало до 58 куб. см., максимум кислотности с 100/82 до 70/51, тип кривой из „Klettertyp“ превратился в нормальную (см. кривую) и, что мы считаем наиболее существенным и доказательным для понижения секреции, это—замедление в выделении Neutralrot'a (через 9 мин. до диатермии и через 12 мин. после 15 сеансов). Таким образом, из 6 случаев hyperaciditas мы в двух имели несомненное и значительное понижение всех факторов, определяющих усиленную секреторную работу желудка, а в одном—уменьшение количества сока, выделяемого натошак, то есть почти в половине наших случаев с hyperaciditas определенно выявился факт понижения секреторной функции желудка под влиянием диатермии.

В 7-ми случаях с normaciditas мы в 5 не получили заметной разницы ни в типе кривой, ни в величине кислотности, ни в скорости опорожнения желудка. В одном случае при неизменившейся кислотности

мы наблюдали увеличение больше чем вдвое количества сока натошак (51 кб. см. до и 115 после диатермии) и гармонирующее с усилением секреции ускорение выделения Neutralrot'a (18 мин. до и 12 мин. после диатермии). На этом, как и на ряде других примеров, отчетливо видно, что выделение Neutralrot'a является гораздо более тонким показателем интенсивности секреции, чем величина кислотности. В то время как на течении кривой кислотности находят свое суммарное отражение ряд факторов (секреторная и двигательная деятельность желудка, забрасывание дуоденального содержимого, заглатывание слюны), хромоскопия позволяет нам изолированно изучать секреторную работу желудка, вне ее зависимости от двигательной. В одном случае после диатермии (один сеанс) получилось резкое падение кислотности. Кроме исследования после курса лечения мы в двух случаях этой группы производили исследование во время сеанса диатермии через 5 мин. после дачи пробного завтрака, причем оказалось, что в одном случае изменения не было, а в другом был переход от нормальной кислотности к ахилии с одновременным уменьшением количества сока (160 и 125 кб. см.), но это падение кислотности вряд ли можно поставить в прямую связь с влиянием диатермии, так как, во первых, такой эффект получен только после одного сеанса диатермии и совершенно не имеет себе аналогии в других наших случаях, во вторых, судя по результатам дальнейших исследований, мы, повидимому, имели перед собой случай гетерохилии.

В группе с нормальной кислотностью мы, следовательно, во всех случаях не имели существенной разницы в величине кислотности до и после диатермии (хотя в одном из них уменьшилась секреция). При этом надо подчеркнуть, что отсутствие влияния диатермии на секреторную деятельность желудка наблюдалось не только после одного или двух сеансов, но, что гораздо важнее, даже и после курса лечения (12—15 сеансов).

Из трех случаев hyperaciditas мы в двух случаях не имели изменения секреции или кислотности и только в одном случае после курса лечения мы получили увеличение кислотности, усиление секреции (45 до 99 кб. см. после диатермии) и одновременно ускорение выделения Neutralrot'a. Количество случаев данной группы слишком незначительно, чтобы можно было делать какие-нибудь определенные заключения, но следует отметить, что, как и в других группах, больные отмечали несомненное улучшение субъективных ощущений, которое сохраняется в течение длительного времени.

С полным отсутствием свободной соляной кислоты, сильно пониженной секрецией мы имели 9 б-ных. Из них в 5 случаях совершенно отсутствовало выделение Neutralrot'a. Все это были больные, которые уже в течение ряда лет страдали неполадками со стороны желудочно-кишечного тракта, плохо уступавшими диетическому и медикаментозному лечению, и уже а priori трудно было ждать, чтобы в этих случаях с, повидимому, далеко зашедшими изменениями паренхимы желудка можно было получить возобновление выделения свободной соляной кислоты. И действительно, только у двух больных мы видели появление свободной соляной кислоты и усиление секреции, причем это имело место как раз в тех случаях, где выделение Neutralrot'a не угадало, а только было значительно замедлено. Во всех же остальных слу-

чаях ахилии ни до, ни после 15 сеансов диатермии мы не только не наблюдали появления свободной соляной кислоты, но не получили и выделения Neutralrot'a. Это позволило нам причислить данных больных к группе „истинной полной anaciditas“ (K. Faber), имеющей анатомической основой глубокие морфологические изменения паренхимы желудка, неспособной к обратному восстановлению.

Сравнивая наши данные при ахилии с данными других авторов, наблюдавших под влиянием диатермии увеличение секреции и повышение кислотности и потому рекомендовавших ее при лечении subaciditas и achylia (Büben, Busky, Lüdin, Шимшелевич и др.), мы видим значительно меньшее влияние диатермии на кислотность в наших случаях. Это расхождение зависит, по нашему мнению, от подбора наших больных, среди которых преобладали случаи истинной ахилии. Само по себе отсутствие свободной соляной кислоты, являвшееся критерием ахилии у ряда авторов, ничего еще не говорит о форме ахилии, о степени нарушения секреторной деятельности желудка и о способности к обратному восстановлению утраченной или нарушенной функции. Между тем известно наличие целого ряда ахий, весьма различных по степени нарушения функциональной деятельности желудка и по способности реагировать на раздражение и на лечебные мероприятия, в том числе и на диатермию. Нам кажется необходимым учитывать при оценке влияния диатермии на секрецию и кислотность в случаях ахилии не только самый факт отсутствия свободной соляной кислоты, но и ту группу ахилии, с которой мы имеем дело в каждом отдельном случае. Ряд работ Терапевтической клиники Института (Лурия и Миркин, Могилевский, Лурия и Могилевский) показал, что хромоскопия желудка может дать ценные данные для дифференцирования ахий и для прогноза их дальнейшего развития, и это лишнее раз подтвердилось на изучении влияния диатермии, где эффект лечения на выделение свободной соляной кислоты наблюдался именно в случаях ахилии с неугасшей способностью к выделению Neutralrot'a.

Интересно отметить, что не только при hyperaciditas, где мы могли отметить и объективное изменение, но и в случаях ахилии, где после длительного лечения (в одном случае 20 сеансов) не было никакого объективного влияния на секрецию, больные, почти как правило, отмечали хорошее влияние отдельных сеансов на общее самочувствие и значительное ослабление, а в большинстве случаев исчезновение всех субъективных ощущений, не уступавших до этого медикаментозному и диетическому лечению. Из-за недостатка места опускаем изложение особенно ярких в этом отношении историй болезни. Это обстоятельство дает нам право рекомендовать диатермию не только в случаях, где наряду с субъективным улучшением имеется и объективное изменение секреции, но и в тех случаях, где исследование кислотности не обнаруживает никаких изменений.

При исследовании двигательной деятельности желудка, определяемой по скорости исчезновения пробного завтрака из желудка, мы наблюдали случаи ускорения, замедления опорожнения и случаи с неизменявшейся быстротой опорожнений. Изменение скорости опорожнения в одну и другую сторону не обнаруживало какой-нибудь связи с изменением секреторной деятельности. Наряду со случаями, где замедление

опорожнения шло параллельно с понижением секреции и кислотности, наблюдались случаи, где секреция и кислотность повышались, а опорожнение замедлялось и, наконец, случаи, где быстрота опорожнения не изменялась при изменившейся кислотности. Наши данные в этом направлении столь разнообразны, что мы затрудняемся делать определенные выводы в отношении влияния диатермии на двигательную деятельность желудка. Они позволяют нам только указать, что отмечаемые некоторыми авторами (Кирстнер и Мурье, Lüdin и др.) усиление эвакуации под влиянием диатермии не представляет собой постоянного и закономерного явления, так как отклонение его в обратном направлении наблюдается, повидимому, также часто.

На чем основано действие диатермии? Чем вызываются улучшения субъективных ощущений и изменения функциональной деятельности? Большинство авторов приписывают главную роль непосредственному воздействию тепла. Это объяснение находит свое оправдание в том мощном тепловом эффекте, который наблюдается при применении диатермии. Исследование Chelmonsk'ого и Iselin'a на больных с желудочной фистулой, через которую вводился термометр, исследование Eichler'a и Schemel'a, Fürstenberg'a и Schemel'a, применявших для измерения внутрижелудочной температуры Fieberregistrierapparat, и особенно экспериментальные исследования Lüdin'a показали, что под влиянием местных тепловых процедур внутрижелудочная температура повышается, причем если при обычных тепловых агентах (припарки) этот подъем не превышает $0,5-1^{\circ}$, то при применении диатермии (при ампераже в $1,5-2,0\text{A}$, через 70 мин.) температура может подняться на $2,1^{\circ}$. Вполне естественно предположить, что столь значительное повышение температуры желудка не может остаться без влияния как на условиях местной циркуляции крови, так и на функции нервного аппарата, а через них и на функцию желез и мускулатуру желудка. Наблюдавшаяся еще Leube гиперемия слизистой желудка является, повидимому, активной артериальной гиперемией, способствующей улучшению местной циркуляции крови. Опыты Stewart'a и Boldyreff'a наглядно демонстрируют ослабление или прекращение под влиянием диатермии „Hungercontractions“, и эти экспериментальные данные вполне совпадают с клиническим фактом действия тепла как разрешающего спазм фактора. Müller и Hölscher считают, что благодаря „vegetativ bedingte Hemmung“ деятельность больного желудка успокаивается и оберегается от повышенного напряжения, а потому они рассматривают применение тепла, как терапию щажения (Schonungstherapie). Устранение спастических явлений, ослабление секреторной работы и создаваемый этим покой больного органа, повидимому, и вызывают то благотворное действие на субъективные жалобы больных, которое единодушно отмечается всеми авторами.

К чему сводится механизм действия тепла,—к непосредственному ли влиянию тепла на ганглии нервного сплетения желудка („рецепторы тепла“ Lüdin'a) или к косвенному воздействию на желудок путем обратного кожно-висцерального рефлекса, передающего раздражения с соответствующей зоны Head'a на желудок (Füedrich),—это может быть разрешено только экспериментально.

Но влияние диатермии не исчерпывается только ее термическим эффектом. Известную и совершенно еще не изученную роль должно, по-

видимому, играть и действие токов высокой частоты на кожу и желудок, но прямых доказательств этого действия недостаточно, а несколько опытов Кирстнера и Лурье, получивших после токов д'Арсонваля те же результаты, что и при диатермии, не разрешают, а только ставят этот вопрос.

Выводы:

1) Под влиянием диатермии при повышенной кислотности в половине случаев наблюдалось уменьшение секреции, понижение кислотности желудочного содержимого и замедление в выделении Neutralrot'a.

2) При normaciditas заметного влияния на секрецию и кислотность не наблюдается.

3) При оценке влияния диатермии в случаях ахилии, надо учитывать формы ахилии: а) при истинной асидитас способность к выделению соляной кислоты не восстанавливается, б) при ложной ахилии и неугасшей способности к обратному развитию диатермия может служить стимулом к улучшению секреции и к появлению свободной соляной кислоты.

4) В подавляющем большинстве случаев диатермия оказывает хорошее влияние на субъективные жалобы больных, почему ее можно рекомендовать при наличии диспептических явлений вне зависимости от величины кислотности.

5) Хромоскопия в комбинации с фракционным методом исследования желудка дает ценные указания не только для диагноза, но и для оценки результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Nagelschmidt. Diathermie. 1926 г.—2) Bordier. Diathermie et Diathermotherapie. Paris, 1927.—3) Бруштейн и Залькиндсон. Диатермия. 1929 г.—4) Busky. Anleitung zur Diathermiebehandlung. 1917.—5) Büben. Die klinische Anwendung der Diathermie. 1926.—6) Lüdin M. Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 1919, Bd. 8, H. 1—2.—7) L. v. Friedrich. Ztsch. f. d. ges. phys. Therapie. Bd. 28, H. ²/₃, 1924.—8) Kauftheil u. Sito. Zsch. f. d. ges. phys. Ther. Bd. 31, H. 2, 1926.—9) Brody L. Arch. of phys. Ther. Bd. 8, № 3, 1927.—10) Stewart C. et Boldyreff. W. Extrait des Comptes rendues des séances de la soc. de biol. nouv. 1926.—11) Шимшилевич. Вест. совр. мед. 1927 № 21.—12) Лурье Г. С. Врач. дело, № 19, 1928 г.—13) Кирстнер, А. Лурье С. Клинич. мед., т. VII, № 1, 1929 г.—14) Müller E. f. u. Hölscher R. Dtsch. med. Woch. № 24, 1929.—15) Лурья и Миркин. Arch. f. Verd. Bd. 34, H. ⁵/₆.—16) Могилевский. Каз. мед. жур. 1928 г.—17) Luria R. und Mogilewsky, Arch. f. Verd. Bd. XLIV, H. ¹/₂, 1928.

Санаторий „X Октябрь“ Владимирской губстрахкасы.

Пароксизмальная гемоглобинурия.

Д-ра Г. А. Нагибина.

Данная редко встречающаяся клиническая форма заслуживает быть отмеченной не только как казуистический материал, но еще и потому, что больная этой формой была послана тубдиспансером в санаторий как туберкулезная, после 6-месячного ее наблюдения, с диагнозом В-II фибро-продуктивн. Весь материал санатория сейчас разрабатывается с точки зрения правильности отбора больных. Среди клинически непо-

казанных форм для лечения в санатории находится и наша больная с пароксизмальной гемоглобинурией после охлаждения. Повидимому, бледность покровов больной, их желтизна, субфебрильная температура, частые недомогания направили внимание врачей тубдиспансера и контрольной комиссии на возможность у ней легочного туберкулеза.

История болезни № 1566. Больная Анна Е., 39 лет, вдова, замужем была 3 года, беременности не было: последние 9—10 мес. menses нет. Больная работает ткачихой на фабрике „Организованный труд“ уже много лет. Отец умер от рака пищевода, мать от тифа. Братья, сестры—живы, здоровы. Считает себя больной последние 4 года, течение которых неоднократно лежала в фабричной больнице по поводу „малярии“, общей слабости и желтухи. В анамнезе корь, скарлатина, коклюш, слабое общее развитие и изредка появляющиеся боли в области живота. Периодически, после охлаждения, у больной появляется озноб, позыв к мочеиспусканию и течение первого дня темная, кровавая моча; в ближайшие 1—2 дня все проходит.

Больная 146 сант. роста, 54,8 кил. веса, с бледно-желтушной окраской кожи и слизистых, с жалобами на общую слабость, головокружение, звон в ушах, небольшие сердцебиения и камель. Аппетит, стул, сон—удовлетворительны. Железы не прощупываются. Левый зрачок уже правого, реакция на свет вяловата, правый коленный рефлекс менее живой, Ахилловы норма, Ромберг положительный, нестойкий красный деморграфизм; ни перкуторных, ни аускультативных, ни рентгеноскопических со стороны легких изменений не отмечается. Границы, тоны сердца норма,—небольшая возбудимость сердца. Печень плотновата, край тупой, чувствительна к ощупыванию; селезенка плотновата, менее чувствительна. Резкая болезненность при пальпации правой подвздошной области в точке Mc Berney, особенно при одновременном приподнимании вытянутой правой ноги; прощупывается плотноватое образование, напоминающее инфильтрат при аппендиците. Эта болезненность отмечалась при каждом осмотре в одинаковой степени. Температура не выше 37,1—37,2. Первый анализ мочи никаких патологических изменений не обнаружил. Кровь: Hb—48%; эритроциты—3.400.000; лейкоциты—9000. Цв. индекс 0,7. P—6%; S—55%; L—26%; M—5%; E—8%. В мазках крови незначительный пойкилоцитоз. P.O.9—54 в час (Панченко). ВК не обнаружено.

На основании полученных данных осмотра больной, анамнеза и лабораторных исследований был заподозрен хронический пароксизм на почве хронического аппендицита, хотя этому несколько противоречило наличие данных исследования крови (9000 лейкоц. и эозинофилия), но опираться на них нельзя, так как анализ был сделан на 2-й день пароксизма (после охлаждения). Предположение о хроническом пароксизме объяснено: 1) длительность заболевания, 2) этиологию, 3) периодичность болезненного состояния (то работала, то болела), 4) появление кровавой мочи (эмболический гломерулонефрит). Желтуха тоже могла иметь место при хроническом пароксизме. Внимание наше было направлено на ликвидацию болезненного при ощупывании старого источника хронического пароксизма, именно аппендицита, для чего был назначен постельный режим, грелка на живот, легкая диета и бензо-нафтол внутрь. Через 1—1½ недели общее самочувствие выравнивалось, больная окрепла, желтуха почти прошла, боли в животе в своей интенсивности при ощупывании уменьшились, температура всю неделю норма. Разрешено больной гулять на воздухе. После приблизительно часу прогулки (декабрь 1928 г.) и возвращения больной в палату, у ней был озноб (не сильный), а через 1½ часа она помочилась совершенно темной мочей, в которой при центрифугате эритроцитов не обнаружено, но зато найден обильный аморфный осадок с громадным количеством зернистых цилиндров; в моче обнаружена кровь, уробилиноген, белка до 40/100. Окраска мочи к вечеру была светлее, а на следующий день норма. На 3-й день в моче не найдено никаких патологических элементов. Желтушная окраска покровов несколько интенсивнее, печень слегка чувствительна к ощупыванию. При пароксизме температура не выше 37,5°. Больная снова уложена в постель. Через неделю с ней был проделан следующий эксперимент: правая рука до локтя опущена в ведро с холодной водой на 8 минут, после чего появилась ломота в руке, особенно в локтевом суставе, пальцы и кисть данной конечности несколько отекали, в коже области предплечья появились синие разлитые петехии. Область предплечья на ощупь плотновата. Жалобы на ноющие боли в данной руке. Конечность обернута в вату и боли постепенно утихли. Появился вскоре озноб и больная

через $\frac{1}{2}$ часа помочилась (120 кб. с.) темной мочей, как и после прогулки. В моче белка $2\frac{0}{00}$, в осадке эритроцитов нет, очень много зернистых цилиндров. Реакция на кровь положительная, следы уробилина.

Таким образом, опыт с прогулкой и охлаждением конечности, лабораторные данные и остальная клиническая картина прибавили кое-что новое к нашей первоначальной диагностике. Все эти данные дают полное основание диагностировать пароксизмальную гемоглобинурию после охлаждения. Данная клиническая форма характеризуется однообразием и периодичностью появления болезненных симптомов под влиянием внешнего фактора охлаждения тела (конечностей). У больной диагностировали малярию, которой много во Владимирской губ., и тbc., которыми и объясняли ее болезненное состояние. Наш первоначальный диагноз хронического сепсиса не исключается и не противоречит пароксизмальной гемоглобинурии (П. Г.), а объясняет нам этиологию последней. Болезненный „инфильтрат“ в правой подвздошной области, несомненно, говорит за скрытый источник (очаг), который вызвал и поддерживает пароксизмальную гемоглобинурию при наличии, конечно, конституциональной недостаточности вазомоторов и, повидимому, эндокринного аппарата. Понятно, что мы имеем дело с истинной пароксизмальной гемоглобинурией после охлаждения в отличие от маршевой и ложной. При маршевой нет общих явлений (озноб, температура, желтуха крайне редка и т. д.), а охлаждение органов тела не вызывает пароксизма, кроме того при маршевой налицо боли в длинных мышцах и в области почек, иррадиирующие в бедра. Слово „маршевая“ указывает на причинный момент. При ложной гемоглобинурии разрушение эритроцитов и освобождение Hb происходит не в крови, а в моче (стрептококки). Не останавливаясь на патогенезе истинной пароксизмальной гемоглобинурии после охлаждения, укажем, что Erlich'ом было доказано появление в крови охлажденного органа гемолитического вещества, разрушающегося при нагревании до 56° и восстанавливающегося от прибавления свежей нормальной сыворотки (термолабильное тело—комплемент и термостабильное—амбоцептор). Опытами Donat'a и Landschteinera установлено, что в охлаждаемом органе происходит соединение амбоцептора с эритроцитами и комплементом в неохлажденных частях тела. Это доказывается взятием на высоте приступа от гемоглобинурика крови и смешением ее с нормальной сывороткой, что дает также гемолиз. Характерно, что почки уже вторично вовлекаются в процесс путем раздражения канальцев и петель Henle выделяющимся с мочей Hb, в результате чего в моче появляется белок и зернистые цилиндры. Если охлаждение не повторяется, то все патологические элементы из мочи исчезают через 24—48 час. Стойкость почечных изменений зависит от частоты пароксизмов, которых, повидимому, больная инстинктивно избегает путем профилактики охлаждения. Гемолизом и переполнением печени желчными пигментами объясняется наличие желтухи.

На основании вышеизложенного необходимо представить следующую схему происходящих процессов в организме при пароксизмальной гемоглобинурии: появление гемолизина в крови охлажденного органа и связывание его с эритроцитами, растворение последних в неохлажденных частях тела, путем соединения с комплементом, освобождение Hb (гемоглобинемия) и переполнение им крови, проявление озноба, перера-

ботка Hb печенью, костным мозгом, селезенкой и др. органами в желчные пигменты и гемосидерин и, наконец, выделение излишков Hb через почки с мочей. Несомненно, что под влиянием охлаждения вообще и конституциональной слабости вазомоторов в особенности происходит изменение коллоидов крови, а затем уже та последовательность изменений, которая схематически указана выше.

В зависимости от момента исследований крови картина последней бывает различна (лимфоцитоз, лимфопения, эритропения и т. д.). Почти всегда наблюдаются у подобного рода больных симптомы вторичной анемии. Этиология пароксизмальной гемоглобинурии темна, но большинство авторов указывает на следующие инфекции как причину болезни: приобретенный и конгенитальный сифилис, малярия, септические процессы, скарлатина, рожа, тиф, ожоги, переливания крови, отравление ядами и т. д. У нашей больной не исключается септический процесс и нейтролюэ. При пароксизмальной гемоглобинурии реакция Вассермана в 90% положительна, но ввиду происходящих изменений в крови ее значение ограничено, хотя усиленная терапия КJ дает иногда эффект. Как говорит профессор Аринкин, „самой лучшей терапией является профилактика“, о чем знают и сами больные.

Согласно литературным данным собрано всего 207 случаев данной клинической формы; наблюдение профессора Аринкина 208-ое, а наше 209-ое.

Из Инфекционной клиники Казанского гос. университета. (Директор проф. Б. А. Вольтер).

О диагностической ценности кожной реакции при брюшном тифе.

Ординатора В. Н. Шаровской.

Объективные методы диагностики брюшного тифа, которые имеет в своем распоряжении в настоящее время клиника, далеки еще от полного совершенства и даже самые лучшие из них имеют известные дефекты. Так, широко распространенная реакция Widal'a, отличающаяся простотой техники и несложностью средств для проведения ее, получается положительной обычно только с начала второй половины второй недели заболевания. Методика высева возбудителя из крови дает при безукорызированной технике проведения до 90% положительных ответов уже в начале первой недели болезни, однако требует дальнейшей биологической дифференцировки материала на цветных питательных средах или путем агглютинации специфической агглютинирующей сывороткой. Все это возможно, разумеется, лишь при соответствующей обстановке, благодаря чему способ гемокультура не может пока получить особенно широкого распространения в больницы и участковой практике, и не удивительно, что мы имеем целый ряд попыток найти простые биологические методы объективной диагностики брюшного тифа, могущие дать достаточно точные ответы, начиная с первых дней заболевания при максимальной простоте выполнения и минимальной затрате средств. Исходной точкой всех

этих исследований были реакции иммунитета тканей при названном заболевании.

Так, уже в 1907 г. Chantemesse предложил для брюшного тифа свою офтальмореакцию с особо-приготовленным экстрактом из палочек Эберта, а затем Link и Aazer вводили в скарифицированную кожу эмульсию из указанных микробов. Однако ни реакция Chantemesse'a, ни способы Link'a и Aazer'a не нашли распространения, так как получались положительными и у здоровых людей (Розенталь).

В 1923 г. Kendrik получил на большом материале (360 случаев) весьма ободряющие результаты. Он вводил внутрикожно эмульсию убитых палочек брюшного тифа и наблюдал у больных покраснение и инфильтрацию на месте впрыскивания. Этого никогда не отмечалось при других заболеваниях и у здоровых лиц (358 чел.)—реакция всегда была отрицательной. Не менее удачные данные получили Costa, Boyer и Giraud при внутрикожном введении филтраты бульонных культур тифозных палочек, причем результаты были положительными у тифозных и паратифозных больных и у бациллоносителей.

У нас в Союзе в клинический обиход кожная реакция была введена впервые д-ром Глуховым, который независимо от упомянутых выше исследователей применял внутрикожно особо им приготовленный препарат из палочек Эберта, содержащий эндотоксин и остатки микробных тел—*этоксин* по его номенклатуре. Автор получил при этом блестящие результаты. Реакция выпадала положительной уже в первые дни заболевания у тифозных и паратифозных больных, а также у бациллоносителей, но никогда не наблюдалась у здоровых или больных другими инфекционными болезнями. Интенсивность реакции была обратно-пропорциональна тяжести инфекции и таким образом по степени ее можно было судить в известной мере о прогнозе.

Выводы Глухова получили полное подтверждение в наблюдениях Алисова и Морозкина, а также Зеленина, причем первые авторы нашли кожную реакцию не уступающей в чувствительности и точности реакции Widal'a, stem только преимуществом, что она появляется уже в первые дни заболевания.

На XI Съезде бактериологов д-р Глухов совместно с Преображенской, Садовским и Родиным снова подтвердили свои наблюдения, а д-р Гринберг, хотя и полностью примкнул к данным Глухова, однако ограничился более скромным выводом, что кути-реакция может рассматриваться только как подсобный способ к серологическому и бактериологическому методам. Но на этом же Съезде целый ряд оппонентов (проф. Станишевская, Гусельникова, Орлов и Георгиевский) указали, на основании своих наблюдений, на появление реакции и при других заболеваниях, т. е. на ее неспецифичность, а также на невозможность при помощи ее определять бациллоносительство. Наконец, в настоящее время мы имеем работу Лацинника, Резниковой и Куперштейн, пришедших к выводу, что кожная реакция не может ни в коей мере считаться дифференциально-диагностической, т. к. получается положительной в высоком % и при других самых разнообразных инфекциях.

Таким образом, наряду с наблюдениями, полными положительных данных, имеется полное отрицание за кути-реакцией какого-либо клини-

ческого значения. Все это демонстративно свидетельствует, что этот вопрос пока еще находится в стадии накопления фактических данных.

Указанное обстоятельство и побудило нас поделиться результатами наблюдений, правда скромных числом, проведенных в нашей клинике за период второй половины 29 года.

Для кожной реакции мы применяли препарат этоксина, полученный клиникой непосредственно от д-ра Глухова, за что спешим принести ему нашу искреннюю благодарность. Этоксин в количестве 0,1 к. с. вводился внутривенно и такая же доза его, но разрушенного нагреванием после подщелачивания препарата едким натром, вводилась в кожу другой руки в качестве контроля. Препарат для контрольной реакции был получен также непосредственно от д-ра Глухова. Результаты реакции отмечались через 24—48 час. по степени гиперемии и инфильтрата на месте введения, по обычной для кожных реакций схеме Цингера.

Всего нами было обследовано 62 больных. Диагностика их была подтверждена гемокультурой или исследованием испражнений и реакцией Gruber—Widal'я. Касаясь хода кути-реакции необходимо отметить, что она протекала во времени у больных следующим образом.

I неделя	II нед.	III нед.	IV нед.	V нед.	VI—VII нед.
2 случая оба+	85 ⁰ / ₀ +	85 ⁰ / ₀ +	65 ⁰ / ₀ +	50 ⁰ / ₀ +	50 ⁰ / ₀ +

Таким образом мы видим, что, получаясь в большинстве случаев в начале заболевания положительной, реакция имеет в дальнейшие сроки тенденцию к снижению ⁰/₀ положительных ответов.

Что касается интенсивности ее, то сказать что-либо определенное относительно связи между степенью гиперемии и инфильтрата и сроком заболевания нам не представляется возможным. Иной раз первые недели заболевания давали более слабую местную реакцию, чем последние, иной раз результаты были обратными. То же самое можно сказать о связи реакции с тяжестью клинической картины. В 5 случаях, кончившихся exitus'ом, кути-реакция, поставленная за 2—1 день до смерти, в 3-х случаях выпала отрицательной, в 2-х же резко положительной. Наконец, для выяснения специфичности реакции мы поставили ее при тех заболеваниях, которые своей клинической картиной являются сходными с брюшным тифом и заставляют проводить дифференциальную диагностику с этим последним. Отметим, что в 20 случаях сыпного тифа кожная реакция получалась положительной 6 раз, т. е. в 30⁰/₀, равно как и отдельные случаи гриппа, пневмонии и экссудативного плеврита давали иногда положительную реакцию на этоксин. Однако, во всех этих случаях местная реакция кожи была значительно менее выражена, чем при брюшном тифе.

В заключение необходимо отметить, что в 9,3⁰/₀ поставленных реакций мы наблюдали такую же реакцию и с контролем (псевдореакцию).

Касаясь теперь трактования полученных нами результатов, первое, что приходится отметить—это то, что кути-реакция в настоящее время не может считаться строго специфичной. Если взять наши данные, где

в 30% сыпного тифа она получилась положительной, и сопоставить их с указаниями других авторов—Станишевской, Гусельниковой, Георгиевского, Лацинника, Резниковой и Куперштейн относительно других инфекций, то станет вполне понятным, что острогой специфичности ее говорить трудно. В самом деле, у Георгиевского реакция была положительной при дизентерии в 39%, а при скарлатине в острый период даже в 72%.

Учитывая то обстоятельство, что кути реакция получается особенно отчетливо у лиц, так или иначе вошедших в контакт с брюшно-тифозным антигеном, и не получается у совершенно здоровых, повидимому, можно говорить об ее аллергическом характере. На это указывают и наблюдения о переходе ее из отрицательной в положительную после иммунизации как *per os*, так и подкожно (Гринберг), а также сохранения ее и в поздние периоды заболевания (до 50—60%). Нам думается, что между этой реакцией и реакцией на введение внутрикочно скарлатинозных стрептококков (Fankoni, Аристовский и Агафонов) в некотором отношении можно провести известную параллель. Что касается разногласий, полученных отдельными авторами, то нам думается, что здесь очень большое значение имеет тщательная стандартизация препарата, и сбивчивость получаемых данных зависит от разницы в отдельных сериях его. Это отметил и Орлов, который, применяя различные серии этоксина, получал различные результаты у одних и тех же лиц.

Таким образом, то обстоятельство, что в руках одних исследователей реакция была отчетливо специфической, тогда как в других наблюдениях получались совершенно обратные результаты, зависит, по нашему, от разницы в свойствах примененного препарата. И поэтому первое, что необходимо, это провести точную его стандартизацию с широкой массовой проверкой, без чего, конечно, введение его в обиход клиники пока еще преждевременно. Однако, совершенно отметить значение кути-реакции как дифференциально-диагностического метода, как это делают Лацинник, Резникова и Куперштейн, не имеет за собой достаточно веских оснований. Работы Costa, Boyer и Giraud, Kendrick'a, Глухова, Алисова и Морозкина, Зеленна, а также и наши, по своим результатам свидетельствуют, о том, что мысль работает в правильном направлении, и можно полагать, что при установлении соответствующего стандарта препарата мы получим в клинике достаточно хороший и специфичный метод (простой по технике и средствам), дополнительный к серологическому и бактериологическому способам или даже до известной степени заменяющий их там, где применение этих последних почему-либо невозможно.

Из Пропедевтич. хирургич. клиники Сарат. унив. (Директор—проф. В. И. Разумовский).

Рак нижней губы по материалам пропедевтической хирургической клиники Саратовского университета с 1920 по 1926 г. включительно ¹⁾.

Ординатора А. К. Невского.

Пропедевтическая хирургическая клиника Саратовского университета с 1920 по 1926 г. включительно располагает материалом по раку нижней губы в 73 случаях на 274 больных, пораженных раковым новообразованием, что в ‰ отношении будет равно 25‰.

Данные, характеризующие частоту локализации рака на нижней губе сравнительно с верхней губой (на 73 сл. рака н. г. имелось 5 сл. р. в. г.), преобладание раковой опухоли нижней губы у мужчин (90,4‰ мужчин и 9,6‰ женщин), нарастание опасности заболеть раком н. губы в более позднем возрасте и особое предрасположение к раковой опухоли жителей деревни находятся в полном соответствии с установившимся взглядом в науке, основанном на большом опыте отдельных авторов и сборных статистик.

К сожалению, в дальнейшем изложении мы не можем для критического анализа использовать весь наш материал, так как сведения о части наших больных сохранились отрывочные, неподдающиеся суммированию. Только начиная с 1923 года материал может быть представлен более или менее полно в связи с длительными наблюдениями результатов нашего вмешательства. Число таких случаев 37 (муж. 33, женщ. 4).

Время, прошедшее от начала заболевания до поступления в клинику, указывалось больными различно: от 1 ¹/₂ м. до 1 ¹/₂ г.—12 случаев, от 1 ¹/₂ г. до 1 года—7, от 1 до 3 лет—6, от 3 лет и выше—3, не указано—9.

Интересуясь ближайшей причиной возникновения ракового образования на губе, мы путем вопросов получили от некоторых больных указание на травму—в 3-х случаях, на усиленное курение—в 2 случаях. Один больной, по профессии портной, указал на частое ранение губы иглой во время работы. Наконец, один больной отметил, что он много грыз семечек. Само собою разумеется—рак нижней губы имеет тот же патогенез, что и рак других органов и тканей, все же и эти приводящие моменты нам не хотелось бы игнорировать, особенно теперь, когда многочисленные наблюдения подчеркивают нарастающую опасность ракового новообразования, а наши знания о раке и средств борьбы с ним далеко не совершенны.

Из бесед с больными выяснилось, что начальная форма раковой опухоли была в виде трещины (4 сл.), язвочки, покрытой корочкой (8 сл.), узелка (5 сл.), пузырька (2 сл.), бородавки (2 сл.). Не менее разнообразной оказалась клиническая картина и при поступлении больных для операции в клинику: здесь также язвочка (8 сл.), грибовидный вырост (1 сл.), опухоль величиною с вишню (1 сл.), со сливу (1 сл.), занимающая почти всю нижнюю губу (1 сл.), проросшая всю нижнюю челюсть

¹⁾ Доклад заслушан на II Поволжском съезде врачей в г. Саратове.

и так далее. Эта пестрота, обилие разновидностей в клинической форме раковой опухоли нередко приводит к ложному диагнозу; такие язвочки и трещины принимаются за невинные заболевания, лечатся каким-либо прижигающим средством, усиливая и без этого страшный недуг.

В подавляющем большинстве позднее поступление больных для операции в связи, иногда, с каким-либо лечением дома определяло и состояние лимфатических желез: у наших больных в 19 сл. железы были увеличены и плотны, в 11 сл. увеличены.

Наше вмешательство, как правило, выражалось в операции под местной анестезией, и только один раз был дан эфирный наркоз.

Операция состояла не только в удалении опухоли, лимфатических подчелюстных и субментальных желез, но и подчелюстных слюнных желез. Предпосылкою такого метода оперативного вмешательства являлась для нас вероятность находки в толще ткани слюнных желез лимфатических узлов с метастазами раковых клеток (Л. Ю б и м о в).

Если такая возможность выразится в 10 или даже 5% всех случаев, то наше вмешательство имеет свое основание, тем более что удаляя подчелюстные слюнные железы, мы ничем не вредим больному, а от вероятного рецидива болезни в слюнных железах предупреждаем. Правда, из наших больных трое сообщили, что у них „горит во рту“, „сохнет“ особенно „ночью“ и „на морозе“, но было бы ошибочно отнести эти жалобы за счет экстирпации желез. Подобные явления возможны при наличии всех слюнных желез, если субъект вынужден дышать через рот. Наши же больные могли иметь, кроме того, какой-либо дефект в закрытии рта после не вполне искусно сделанной пластики.

Мы в наших случаях стремились произвести операцию одномоментно, тем не менее это не всегда было возможно, особенно, если требовалось пластическое закрытие дефекта после удаления опухоли. Тогда возникал вопрос—что делать в первый момент: удалять железы или опухоль. Так как удаление желез является операцией чистой, где нет непосредственного контакта с инфекцией и где нужно ждать заживления операционной раны в наикратчайший срок, с другой стороны, удаляя лимфатические железы, мы пресекаем пути, хотя бы частично, по которым совершается метастаз, нам казалось целесообразным удалять сначала железы, а затем раковую опухоль.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выразились в нагноении (8 сл.), в образовании гематомы (1 сл.), рождистом воспалении (1 сл.), в эмболии легочной артерии (1 сл.) и неукротимом кровотечении (1 сл.). Последние два случая окончились смертью. Осложнение задерживает производство 2-го момента операции, вынуждая оставлять раковый очаг в организме на более длительный срок. Осложнения в виде нагноения или гематомы обуславливают развитие мощной рубцовой ткани, которая в случае рецидива болезни может поставить хирурга в затруднительное положение, изменяя до неузнаваемости анатомические соотношения данной области. Наконец, такие осложнения, как эмболия легочной артерии и неукротимое кровотечение, ведут почти неизбежно к роковому исходу.

Все это вместе взятое дает нам основание рекомендовать строгое проведение асептики при экстирпации желез, тщательную остановку кровотечения в момент операции, бережное отношение к окружающим тка-

ням и ни в коем случае не выносить производство операции из стационара в амбулаторию.

Отдаленные результаты таковы: неизвестно 9 сл., рецидивов—7 сл., с хорошим исходом—18 сл., прослеженные до 1 года—6 сл., до 2-х лет—3 сл., до 3 лет—6 сл., до 4-х лет—3 сл., 1 сл. без операции.

Остановимся на случаях рецидива. Здесь интересные следующие вопросы: какова была продолжительность времени от начала заболевания до первой операции, как скоро наступил рецидив после первой операции и каковы конечные результаты.

Всего после наших операций мы имеем 5 сл. рецидива, 7 сл. оперировалось по поводу рецидива, из которых 2 снова рецидивировали.

Наши случаи:

№№ по пор.	Давность бол.	Время, протекающее после первой операции	Исход
1	2 $\frac{1}{2}$ м-ца	1 $\frac{1}{2}$ года	Смерть
2	3 года	3 месяца	безнадёжное состояние
3	Не указано	1 год	смерть
4	1 год	несколько м-цев	смерть
5	Не указано	быстро	смерть

Поступили с рецидивом (первая операция произведена в нашей клинике).

1	несколько м-цев	несколько м-цев всего 11 м.	{ через 1 г. хороший
2	Тоже	4 года	{ неизвестно
3	Неизвестно	10 лет	{ через 2 года рецидив
4	8 месяцев	4 м-ца	{ через 4 года хороший
5	Не указано	через 1 г.; 2 г.	{ через 3 года рецидив
6	2 г.	1 г.	{ через 4 года хороший
7	3 м.	3 м.	{ "

Таблица не совсем полно представлена, все же на основании ее можно сказать, что время, протекшее от начала болезни до первой операции, не является решающим моментом в вопросе о рецидиве. Здесь, повидному, большое значение имеет патолого-гистологическая разновидность ракового новообразования, в чем мы опыта неимеем, но что отмечается другими авторами (Тихов). К тому же нужно прибавить, что операция, кажущаяся технически простой, налагает на хирурга большую ответственность за тщательное удаление опухоли и регионарных желез, предупреждающие рецидив. Возврат болезни в подавляющем большинстве наблюдал в течение первого года. Чем быстрее наступает рецидив (чем злокачественнее разновидность рака), тем хуже прогноз.

Случаи с хорошим исходом:

№№ по пор.	Давность болезни	Давность наблюдения
1	3 года	до 1 года
2	4 месяца	"
3	3 месяца	"
4	4 года	"
5	10 лет	"
6	7 месяцев	до 2-х лет
7	3 г.	"
8	2 г. 3 м-ца	"

9	3 м.	до 3-х лет
10	7 месяцев	"
11	1 $\frac{1}{2}$ м.	"
12	Не указано	"
13	"	"
14	"	"
15—18	см. предыд. таблицу	"

Что касается случаев с хорошим исходом, то здесь давность болезни как будто бы не является доминирующим моментом.

Наряду с давностью в 1 $\frac{1}{2}$ —3 месяца мы имеем 3 г. от начала болезни до операции и все же с хорошим исходом течение 2—3 лет наблюдения.

Конечно, наши сроки наблюдения слишком коротки, чтобы быть спокойными за наших больных; очень возможно, что некоторые из наших пациентов явятся к нам с рецидивом, и тогда наша таблица изменится. Считаем нужным напомнить, что Любимов в своей работе „Лимфатические пути нижней губы в связи с распространением и лечением на ней рака“ категорически утверждает невозможность излечения р. н. г. хирургическим путем. Тихов, Tillmans и др. горячо рекомендуют комбинировать хирургическое лечение р. н. г. с лечением лучистой энергией. Наша клиника профилактического облучения не производила и его влияние на прогноз на своем материале отметить не может.

На основании разобранного материала позволим себе сделать следующие выводы:

1. Рак нижней губы нужно отнести к категории тяжелых заболеваний.

2. Единственным широко распространенным и доступным методом лечения р. н. г. в современных условиях нужно считать хирургическое лечение, радикализм коего заключается в удалении не только опухоли и доступных лимфатических желез, но и слюнных подчелюстных желез, где возможны островки лимфатической ткани.

3. Прогностика каждого случая в отдельности определяется, повидному, не столько давностью существования ракового поражения у больного, сколько патолого-гистологической разновидностью новообразования.

Из Хирургического отделения Нижегородской больницы Волжского Водоздрав-отдела (Зав. отдел. д-р П. М. Кирнос).

К практике переливаний крови¹⁾.

Д-ра П. М. Иконникова.

Переливание крови, как лечебный метод, известно с глубокой древности. Заманчивая идея вернуть жизнь и здоровье угасающему организму вливанием в него здоровой крови время от времени побуждала на практике испытать это средство. Эти попытки в большинстве случаев, по понятным для нас причинам, кончались неудачно, и только со времени пер-

¹⁾ Доложено в Научном об-ве врачей при Нижегородском гос. унив. 24-го января 1930 г.

вого десятилетия XX века, когда были открыты законы агглютинативных групп крови, метод стал приобретать значение сильного лечебного средства. С этого времени переливание крови стало почти безопасным и начало распространяться в Западной Европе и Америке с огромной быстротой. Прекрасные результаты, получаемые от переливания крови, сильно расширили первоначальные показания к применению этой операции, что в свою очередь выдвинуло целый ряд вопросов, требовавших научного разрешения. Наши знания в вопросах, связанных с теоретическим обоснованием влияния переливания крови, еще далеко не совершенны и во многом еще ждут своего разрешения. Это несовершенство наших теоретических познаний не уменьшает значения достигнутых практических результатов, а безопасность метода делает вполне допустимым проведение клинического эксперимента. Опыт применения переливания крови при различных заболеваниях представляет не только практический интерес, но и дает материал для последующих лабораторных исследований и в большой мере способствует выяснению неясных вопросов теории. У нас в Союзе переливание крови имеет еще очень слабое распространение и поэтому даже и небольшой опыт того или иного лечебного учреждения представляет известный интерес.

В Хирургическом отделении больницы Волжского Водоздравотдела за последние годы по различным показаниям произведено 34 переливания крови 27 больным. Во всех случаях мы делали переливание цитратным способом при помощи аппарата Боброва, соединенным с аппаратом Потанина. Цитратный метод, по мнению многих заграничных и наших специалистов, по результатам не уступает прямому, но имеет перед ним то преимущество, что практически удобнее и доступнее. Игла вкалывалась обычно прямо через кожу в вену без предварительного разреза. К веносекции прибегали только в случаях, где венозная сеть реципиента была очень плохо выражена. Доворами являлись сотрудники нашей больницы или родственники и знакомые больных. Плата за кровь, в случае платности донора, производилась из расчета 20 коп. за 1 куб. см. крови. Донорам из наших сотрудников был произведен медицинский осмотр и сделана реакция Вассермана. Принадлежность донора и реципиента к одной и той же кровяной группе определялась при помощи стандартных сывороток. Перед переливанием обязательно проводилась физиологическая проба на агглютинацию. Переливали мы при следующих показаниях: острая кровопотеря—2 сл., остановка кровотечения—2, малокровие вторичное—3, малокровие злокачеств.—3, септические процессы—6, злокачественные опухоли—2, в послеоперацион. периоде—4 и самопроизвольная гангрена—5 сл.

Переливание крови по поводу острой кровопотери огромным опытом мировой войны поставлено по праву на место наиболее могущественного средства, при помощи которого можно порой предотвратить печальный исход. Нам представилась возможность испытать это средство в 2-х случаях. Оба случая оставили у нас определенное впечатление, что только переливанием крови удалось спасти жизнь больных. Больные были женщины с лопнувшей трубной беременностью более чем суточной давности.

Первая больная почти без пульса. Операция обнаружила полный живот крови. Место разрыва не кровоточило. После переливания 300 куб. см. крови пульс стал выравниваться—больная стала оживать. Второй случай еще более демонстративен: женщина была без сознания, пульс не прощупывался, кожа бледная, покрыта холодным потом, зрачки расширены. В животе большое количество свернувшейся крови. Вены в виде тонких ниточек. Для переливания пришлось обнажить локтевую вену. Вена совершенно не кровоточила. Перелито было 300 куб. см. крови. Через некоторое время больная ожила. И в том, и другом случае вслед за переливанием крови было сделано влияние физиологического раствора. Послеоперационный период в обоих случаях прошел гладко.

Наши впечатления и оценка тяжести данных случаев основываются исключительно на клинической картине, так как в условиях экстренности оперативного вмешательства мы не имели возможности произвести анализа крови и измерить кровяное давление.

В чем заключается спасительное действие перелитой крови на обезкровленный организм—до сих пор еще не вполне ясно. Многие авторы (Richat, Baylis, Брускин и др.) главное значение приписывают эритроцитам как носителям кислорода. Другие, напр., Россигус и Беленький, в своих опытах наблюдали, что при больших степенях обезкровливания сыворотка крови действует как цельная кровь. С целью остановки кровотечения переливание крови нами было применено 2 раза. В одном было сильное паренхиматозное кровотечение после операции удаления зоба. Было перелито 150 куб. см. Кровотечение остановилось и больше не возобновлялось. В другом—было обильное маточное кровотечение у женщины с пониженной свертываемостью крови. Больная была доведена до степени крайней слабости. Выскабливание и обычные кровоостанавливающие средства не помогали. Переливание крови остановило кровотечение, и больная стала быстро поправляться.

Свертываемость до переливания—начало 4½ м., конец 11½ м.

Картина крови до переливания:

Тромбоз. . . 190.000
Гемог. . . 40%
Эритр. . . 3.620.000
Цв. показ. . 0,56
Лейкоц. . . 13.200

Через 7 дней сверт. начало 1 м., конец 3 м., тромб. 280.000.

Через 3 дня после переливания—начало 2½ м., конец 12 м.

После переливания:

Тромбоз. . . 217.500
Гемог. . . 38%
Эритр. . . 3.740.000
Цв. показ. . 0,5
Лейкоц. . . 7.200

Группа вторичных малокровий, дающая по общему мнению особенно хорошие результаты, в нашем материале представлена тремя случаями. Два благоприятных, один неопределенный. В двух благоприятных случаях дело касалось женщин с тяжелым малокровием после маточных кровотечений. Одна из них вскоре после переливания почувствовала себя очень хорошо и выписалась из больницы по собственному желанию. Дальнейшая судьба ее нам неизвестна. Другая—наша санитарка, которая служит у нас и в настоящее время. Эффект переливания у нее был особенно показателен. Больная была настолько слаба, что с трудом могла вставать с постели. После переливания упорные головные боли и сердцебиение прошли, общая слабость стала значительно меньше. Больная стала быстро поправляться. В настоящее время, спустя 3 года после переливания, чувствует себя хорошо.

Картина крови до переливания:

Гемоглобина . . 18%
Эритроцитов . . 2.800.000
Лейкоцитов . . 7.100

После переливания:

Гемоглобина . . 20%
Эритроцитов . . 3.450.000
Лейкоцитов . . 6.600

Третий случай касался больной с неясной этиологией заболевания. Впоследствии оказалось, что она страдала злокачественным новообразованием селезенки. В этом случае никакого улучшения после переливания крови не наступило.

По поводу злокачественного малокровия, мы имели возможность испытать переливание крови на 3-х больных. В двух случаях тяжелой формы злокачественного малокровия большой давности никакого улуч-

шения не последовало, за исключением кратковременного облегчения субъективных ощущений. На картину крови переливание в смысле улучшения влияния не имело. Одна больная погибла, второй выписался без улучшения по собственному желанию. Третий случай дал прекрасный результат и был в свое время доложен в Научном о-ве врачей при Нижегород. гос. университете д-ром Орнатским.

Больная была очень слабая, кожа бледная, с желтым оттенком. Картина крови: гемоглобина—15%, эритроцитов—600.000, лейкоцитов—2.500. После переливания крови течение полутора месяцев наступило яркое улучшение. Количество гемоглобина дошло до 49%, эритроцитов—3.220.000, лейкоцитов—6.100. Через месяц в виду некоторого ухудшения было сделано 2-е переливание, после которого наступило стойкое улучшение, которое держится вот уже 4 года.

Опыт Московского института по переливанию крови показывает, что переливание крови при злокачественном малокровии является наиболее действительным средством, что вполне согласуется с данными западной литературы. Особенно хорошие результаты отмечаются в случаях начальных форм малокровия. Возможно, что и наши два неудачных случая дали бы другой исход, если бы лечение было применено раньше.

При септических заболеваниях польза от переливания крови не всеми признается. Одни авторы считают, что кровь не иммунизированная очень быстро разрушается в больном организме, не оказывая никакого действия на септический процесс. Другие видели благоприятные результаты. К числу последних принадлежит Богданов, директор Московского института переливания крови. Его опыт подтверждает пользу переливания крови особенно в случаях, когда процесс развивается медленно или когда первичный очаг инфекции уничтожен. Спасокукоцкий в последнем номере журнала „Вестник хирургии и пограничных областей“ отмечает неожиданные для себя хорошие результаты от переливания крови при этой группе заболеваний. Наши наблюдения, состоящие из 6 случаев, оставили у нас впечатление, что метод заслуживает применения, и в некоторых случаях приносит определенную пользу. Мы видели благоприятные результаты в 3-х случаях.

В одном случае была женщина с гнойным параметритом. Через задний свод гнойник был вскрыт и дренирован. Из дренажа все время выделялся густой вонючий гной. Больная сильно температурела, была крайне истощена и анемична. Через 2 месяца ее пребывания в больнице было сделано переливание крови в количестве 150 кб. см. После этого наступил перелом все болезни, и больная стала поправляться. Хорошее впечатление оставил у нас больной с тяжелой пизмией, которому на протяжении 20-ти дней было сделано 7 разрезов гнойников в различных частях тела. В день последнего разреза (двухсторонний паротит), когда больной был в очень тяжелом состоянии, временнои теряя сознание, ему было перелито 200 кб. см. крови. После этого больной стал быстро поправляться и на 14-й день был выписан из больницы в хорошем состоянии. Третий случай относится к женщине, которая была экстренно оперирована по поводу ущемленной грыжи живота. Была резецирована омертвевшая слепая кишка. Развился хронический сепсис. Больная жила 4½ месяца. Было сделано 3 переливания крови. Всякий раз после переливания крови больная некоторое время чувствовала себя значительно лучше: рвота проходила, появлялся аппетит и сон. Затем состояние ее снова ухудшалось и, в конце концов, больная погибла. В этом случае очаг инфекции обнаружен не был. Три остальных случая относились к острому сепсису, где переливание крови результата не дало.

По поводу злокачественных новообразований нами было сделано переливание крови двум больным. Обоим уже в стадии начинающейся

кахексии. В одном случае был рак пищевода, в другом—рак желудка. Нами было отмечено, что больные стали несколько бодрее. Улучшение было кратковременное.

В послеоперационном периоде мы сделали переливание крови 4 раза. В одном—с целью борьбы с послеоперационным шоком больному после резекции желудка по поводу рака. Результат был прекрасный. Сердечная деятельность выравнилась, послеоперационный период протек гладко при сравнительно хорошем самочувствии. В других 3-х случаях дело касалось больных с уже развившимся перитонитом. Переливание крови было применено как последнее средство, показанное к которому служило естественное желание использовать все средства для спасения больных. Это последнее средство не помогло.

Исходя из тех соображений, что при переливании крови мы вводим в организм реципиента не только форменные элементы, но и ряд других важных для жизни организма веществ, в том числе продукты деятельности желез внутренней секреции, мы испытали этот метод при самопроизвольной гангрене, рассматривая это заболевание как результат нарушения корреляции эндокринных желез. Переливание было сделано 5 больным. Двум из них по два раза. Результаты во всех случаях благоприятные, выражавшиеся в том, что боли стихали, имевшиеся язвы проявляли склонность к заживлению. Больные, обычно спавшие с опущенной с кровати ногой, после переливания могли спать, положив ноги на кровать. Благодаря этому средству наши больные выписывались в удовлетворительном состоянии.

Мы далеки от мысли, что нам удалось окончательно излечить наших больных. Нам определенно известно, что в одном случае через 2 месяца наступил полный возврат болезни. И тем не менее метод нужно признать весьма ценным и требующим дальнейшего изучения. Весьма возможно, что путем периодических переливаний крови удалось бы на долгое время остановить развитие этого тяжелого страдания. Интересно отметить следующее наблюдение. В двух случаях переливания почти вся кровь свернулась—перелита была только сыворотка и, однако, результат получился не хуже, чем при переливании цельной крови. Теоретически это понятно, так как целебные свойства перелитой крови при этом заболевании, нужно думать, заключаются не в ее морфологической части, а в тех гормонах, носителем которых является сыворотка.

Во всех случаях кровь для переливания бралась от доноров одной и той же группы. Из осложнений один раз наблюдали одышку и падение сердечной деятельности у больной, страдавшей раком желудка. От применения сердечных состояние больной быстро улучшилось. Примерно в половине случаев мы наблюдали температурную реакцию с ознобом, более или менее сильно выраженную. В некоторых случаях во время переливания или вскоре после него отмечалось крапивное высыпание, которое быстро проходило. Других осложнений мы не наблюдали.

Ограниченность средств, отпускаемых нам на переливание крови, и недостаток доноров сильно ограничивали наши показания к переливанию крови и лишали нас возможности широко пользоваться этим методом. Метод имеет широкие перспективы и должен стать обычным в практике лечебных учреждений. В Западной Европе и Америке, где переливание крови применяется значительно шире, имеются большие практи-

ческие достижения, как на пример можно указать на клинику профессора Grylé, где благодаря переливанию крови в дооперационном периоде больным базедовой болезнью удалось снизить процент смертности с 12,4% (1919 г.) до 1,2% (1923 г.).

Подводя итоги нашему опыту по переливанию крови, мы можем сделать следующие выводы: при острых кровопотерях переливание крови безусловно показано и является наиболее верным средством. Очень хорошие результаты получаются при вторичных малокровиях, где переливание крови быстро восстанавливает здоровье больных. При злокачественном малокровии переливание крови иногда дает хороший результат, когда другие средства остаются бессильными. Переливание крови является хорошим кровоостанавливающим средством. При септических процессах переливание крови приносит пользу при хронических формах и в случаях, когда первичный очаг инфекции был оперирован. В острых случаях возлагать больших надежд на переливание крови преждевременно, и метод нуждается в дальнейшем изучении, может быть, в сторону предварительной иммунизации крови. При самопроизвольной гангрене переливание крови является очень ценным методом, дающим верный, хотя и временный эффект. Нужно думать, что область применения переливания крови чрезвычайно обширна и еще далеко не исчерпана, особенно в области заболевания желез внутренней секреции. Необходимо пропагандировать и популяризировать метод и добиваться выделения на это дело особых сумм со стороны руководящих органов здравоохранения. Своевременно подумать об организации института доноров, так как недостаток доноров является главным тормозом в распространении этого лечебного средства. Для этого вопрос должен быть широко освещен в медицинской и общественной печати. Отсутствие усовершенствованных аппаратов для переливания крови не является препятствием для пользования этим ценным методом.

Из хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей (заведующий—проф. В. Л. Боголюбов).

К оперативному лечению резаных ран глотки и гортани.

И. Л. Цимхеса.

Глубокие раны шеи представляют большой практический интерес в виду связанных с ними ранений важных для жизни органов (глотки, гортани, крупных сосудов). Не останавливаясь на огнестрельных повреждениях шеи, я ограничусь разбором проникающих резаных ран шеи. Резаные раны глотки и гортани наблюдаются большей частью при попытках к самоубийству, реже при убийствах. Отчеты русских хирургических учреждений показывают, что резаные раны шеи встречаются редко и еще реже наблюдаются раны, проникающие в глотку и гортань. В Обуховской больнице (Болярский) за 10 лет (1900—1910 г.) насчитывается 1% повреждений шеи, а на раны глотки и гортани падает лишь 0,1%. В Московской Солдатенковской б-це за 1 г. 11 мес. из 405 травматических повреждений наблюдались две раны гортани и одна

глотки (Померанцев). В Госпитальной хирургической клинике Томского университета (Директор-проф. П. И. Тихов) за 9 лет среди 25000 травм отмечается 6 повреждений гортани (Фирфаров). За 15-ти летнюю деятельность (1910—1925 г.) Госпитальной хирургической клиники I Московского государственного университета (Директор-проф. А. В. Мартынов) отмечается лишь один случай резаной раны горла бритвой. Нижеописываемый нами случай является единственным за семилетнюю деятельность хирургической клиники Казанского Института усов. врачей.

В зависимости от места нанесения удара режущим предметом глубокие проникающие раны шеи располагаются: 1) выше подъязычной кости, 2) между подъязычной костью и щитовидным хрящем (membrana thyrohyoidea), 3) в области гортани (щитовидный хрящ, щитовидно-перстневидная перепонка и перстневидный хрящ) и 4) трахеи. По данным Dugham'a, Гофмана и Фирфарова чаще всего встречаются раны гортани между щитовидным хрящем и подъязычной костью, затем—поражения гортани на месте щитовидного хряща, реже—трахеи и еще реже—выше подъязычной кости.

Повреждения крупных сосудов, даже при обширных ранах шеи, довольно редки. Объясняется это глубоким положением сосудов по сравнению с выступающей гортанью и трахеей, с одной стороны, и инстинктивным защитным движением путем отведения шеи в момент повреждения—с другой. В случаях, которые описаны Еремичем, Дьяконовым и Прянишниковым, раны простирались от одной грудино-ключично-сосцевидной мышцы до другой, но крупные сосуды при этом не были ранены. Из 6 случаев резаных ран гортани, описываемых клиникой проф. Тихова, в 3-х случаях наблюдались повреждения больших сосудов. В случае, опубликованном Померанцевым, была резаная рана, занимавшая $\frac{6}{7}$ окружности шеи 30 см. длиною, и надсеченной оказалась лишь передняя стенка правой яремной вены. В этом случае, после перевязки яремной вены, двукратная попытка зашить гортань не увенчалась успехом и рана гортани зажила *per granulationem* с профилактической трахеотомией. В случаях, сопровождающихся ранением крупных сосудов и вхождением воздуха в яремные вены, или асфиксией от затека крови в дыхательные пути, смерть наступает вскоре после ранения. Может наблюдаться и поздняя смерть—через несколько дней или недель—вследствие внезапного кровотечения из крупных затромбированных сосудов шеи или нарушения целостности стенки сосуда на почве развившегося по соседству с ними нагноения и, наконец, от соскальзывания лигатуры, наложенной на сосуд. Реже причиной поздней смерти является затечный медиастинит, бронхопневмония и др. В тех случаях, где крупные сосуды не повреждены, предсказание *quo ad vitam et valetudinem* пострадавшего благоприятнее.

При обширной проникающей ране шеи больной лишен возможности говорить и принимать пищу через рот, так как она вываливается или выливается через отверстие в глотке. Дыхание затруднено вследствие попадания в дыхательные пути крови или кровоизлияния в рыхлую подслизистую ткань. С подобного рода клинической картиной был доставлен станцией скорой помощи 22 сентября 1929 г. в 9 час. веч. в хирургическую клинику Института для усовершенствования вра-

чей. гр-н С—лин, 38 лет. Больному была нанесена с целью ограбления в 8 час. веч. на окраине города резаная поперечная рана шеи 12 см. длиною.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек бледная. Пульс 72, удовлетворительного наполнения. Больной лежит с откинутой кзади головой и на уровне щитовидно-подъязычного промежутка расположена в поперечном направлении зияющая рана, приблизительно 12 см. в горизонтальном направлении и 7—8 в продольном (см. рис.). Справа рана вплотную подходит к *m. sternocleidomastoideus*'у и лежат обнажен-



ные, но не пораненные *a. carotis communis* и *vena jugularis*, сверху обнажена правая подчелюстная железа. В центральной части раны видна свободно-лежащая гортань. Надгортанник перерезан и отошел кверху вместе с перерезанной *membrana thyreo-hyoidea*, щитоподъязычными связками и мышцами, прикрепляющимися к подъязычной кости (*m. sternohyoidea*, *m. thyroehyoidea*), вследствие чего надгортанник не виден в ране. Левый край раны обнажает гортань и надрезанные поверхностные мышцы. В ране видна полость гортани с голосовыми связками, а в глубине—глотка и переход ее в пищевод. Полость раны почти вся заполнена кровяными сгустками, которые затрудняли дыхание. После очищения раны обнаружена кровоточащая верхняя гортанная артерия справа, которая была лигирована.

Состояние больного было тяжелое. Дыхание затрудненное. Речь отсутствовала, но сознание сохранено. Больному мною была произведена немедленно под местной инфльтрационной анестезией нижняя трахеотомия и оста-

новлено кровотечение. Через рот был введен в пищевод желудочный гуттаперчевый зонд. Зияющая рана была зашита (без анестезии) путем наложения отдельных швов последовательно на подъязычную кость, щитовидный хрящ и мягкие ткани, не захватывая слизистой оболочки. Послойно сшиты перерезанные мышцы, связки и фасции. Кожа зашита отдельными швами, и в правый угол раны введен выпускник.

Вгечение первых пяти дней после операции б-ого кормили жидкой пищей (чай, молоко, бульон) через желудочный зонд. Дыхание через трахеотомическое отверстие свободное. При зажимании трахеотомического отверстия пальцем б-ной в состоянии был говорить, голос был хриплый, слабый. Умеренный кашель. Состояние больного удовлетворительное. На шестой день удален желудочный зонд и больной стал питаться через рот. Вначале больной жаловался на боль при глотании даже мягкой пищи, но затем постепенно перешел к общему столу. При перевязках отошла лигатура в левой части рубца, а на месте введенного тампона поддерживались некоторое время кровянисто-гнойные выделения.

Через 20 дней после операции удалена трахеостомическая трубка, а так как дыхание было совершенно свободное, она больше не вставлялась. Голос больного стал значительно яснее. Общее состояние хорошее. Постепенно *per granulationem* зажил правый край раны и отверстие в трахее. 23/X 1929 г., т. е. через месяц после операции, произведена ларингоскопия и обнаружены: 1) нерезкий инфильтрат в области правого черпаловидного хряща, слизистой, *recessus piriformis* и правой ложной голосовой связки, 2) гранулирующая рана у основания надгортанника справа на гортанной поверхности его. Истинные голосовые связки без видимых изменений. В послеоперационном периоде появлялась у больного желтушная окраска склер и кожи, которая под влиянием диеты и лекарственного воздействия вскоре исчезла. При выписке из клиники (2/XI-29 г.) больной чувствовал себя хорошо, голос значительно яснее. Дыхание свободное. Рана надгортанника почти зажила.

Конечно, хирурги в настоящее время далеки от мысли, что раны дыхательного горла излечиваются „милостью божией“, как это предполагал в XVI столетии Ambroise Paré. Однако, в литературе встречаются сторонники открытого лечения раны гортани (Fischer, König, Hartmann) или только частичного их ушивания (Nélaton, Gosselin). Против закрытого метода лечения ран гортани приводились те соображения, что 1) от кашля или мышечных сокращений при глотании швы прорезываются, 2) если при зашитой ране не вполне остановлено кровотечение, то кровь, не имея выхода наружу, будет поступать в полость гортани и затруднять дыхание, 3) вследствие воспаления может наступить отек голосовых связок и 4) опасность подкожной эмфиземы вследствие недостаточной герметичности воздухоносных путей. Несмотря на вышеуказанные моменты хирургическая мысль всегда стремилась к первичному глухому шву резаных ран глотки и гортани, так как открытое консервативное лечение увеличивает опасность инфекции, затягивает заживление раны и требует кропотливого ухода. Открытый метод лечения может быть испробован при небольших ранах, склонных к самостоятельному закрытию. При больших зияющих ранах глотки и гортани на основании литературных данных (Henry, Morris, Владиславлев, Прянишников, Богораз, Болярский, Цывинский, Левит, Фирфаров, Померанцев, Максимов, Андреевский) и приводимого мною случая лучше всего прибегать к первичному послонному глухому шву. Как при наложении швов, так и в послеоперационном периоде следует наклонять голову вперед и приводить подбородок к рукоятке грудины, чтобы уменьшить опасность расхождения швов. Швы должны соединять послонно фасцию, мышцы и кожу, не захватывая слизистой гортани и надгортанника. Из собранных Фирфаровым в русской литературе 42 случаев проникающих ран шеи первичные швы были наложены у 23 больных, причем ни в одном случае это не послужило поводом к смерти. В 4-х случаях швы разошлись от нагноения.

При глухом первичном шве самочувствие больных быстро улучшается. Больной вскоре после операции может говорить, свободно дышать без мучительного кашля и глотать. Срок восстановления трудоспособности сокращается. Таким образом возражения прежних авторов против первичного глухого шва гортани мало обоснованы: прорезывание первично наложенных швов на гортань почти не отмечается, последующего кровотечения не происходит, кашель с закрытием раны гортани прекращается сам собой, так как воздух и кровь больше не раздражают дыхательные пути. Поэтому первичный шов резаных ран глотки

и гортани, ведущий в короткое время к полному восстановлению функции, является в настоящее время операцией выбора.

Остается спорным, необходима ли профилактическая трахеотомия с наложением швов гортани. Fischer, König, Tillmans, Langenbeck, Platt, Владиславлев, Троянов, Васильев, Болярский, Померанцев, Максимов, Андреевский и др. советуют производить трахеотомию, чтобы предотвратить возможность смерти от задущения. Другие авторы (Н. Morris, Прянишников, Левит-Фирфаров) получили хороший эффект от первичного шва без трахеотомии и советуют производить ее лишь при обширных кровотокающих ранах и в случаях, где больной не находится под постоянным наблюдением врача. В Обуховской больнице из 25 случаев ранения гортани трахеотомия была применена в 23-х. Необходимо отметить, что трахеотомия в таких случаях быстро регулирует дыхание, препятствует затеканию жидкости в дыхательное горло и, что особенно важно, может в случае отека голосовой щели или развития подкожной эмфиземы спасти больного от задущения. Трахеотомия, как операция несложная, легко выполняемая, и после удаления трубки трахеотомическое отверстие быстро заживает. Сравнительная редкость в хирургической практике резаных ран глотки и гортани не позволяет выработать определенного способа действия. Первичный глухой шов без предварительного горлосечения, несомненно, рискован и при обширных, зияющих, кровотокающих ранах гортани профилактическая трахеотомия может спасти положение.

Относительно питания больных в первые дни после глухого закрытия проникающих ран шеи следует отметить, что некоторые хирурги (Цивинский, Андреевский) кормили больных первые 4—6 дней *per rectum*, другие (Болярский, Максимов)—через желудочный зонд или катетер, а часть — с самого начала *per os*. В случае Померанцева была даже произведена временная гастростомия для питания больного. Отсутствие единого взгляда на способ послеоперационного питания больных заставляет индивидуализировать каждый случай. Необходимо только принять во внимание, что при питании *per os* затекание жидкостей в рану и акт глотания могут способствовать расхождению швов. Поэтому при глухом шве больших ран лучше всего производить первые дни питание больных либо через введенный во время операции желудочный зонд или катетер, либо *per rectum* и таким образом создать наилучшие условия для заживления раны.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Тилльманс. Частная хирургия.—2) Андреевский. Врач. газ. № 14, 1923 г.—3) Boljarski. Beitr. z. Chir. Bd. 77, 1912.—4) Левит. Врач. газ. № 8, 1910 г.—5) Максимов. Русск. врач. № 21, 1915 г.—6) Обзоры за 15 лет (1910—1925 г.) Госпитальн. хирург. клиники I Московск. гос. унив. под редакц. проф. А. В. Мартынова, т. I. 1927 г.—7) С. П. Померанцев. Хирургия, Т. XXX. 1914 г.—8) К. И. Цивинский. Хирургия. Т. XXVII. 1910 г.—9) Фирфаров. Сиб. врач. газ. № 48, 1912 г.

Из Ташкентской н. г. хирургической больницы. (Глав. врач—д-р. И. И. Орлов).

К вопросу о резекции *plexus hypogastricus superior*¹⁾.

И. И. Орлова.

За последние годы открывается новая страница в хирургии—хирургия болей.

Целый ряд заболеваний сопровождаются болями, являющимися одним из симптомов общей картины болезни. Однако, говоря о хирургии болей, не эти боли имеют в виду. При этих болях лечение должно быть направлено на основную причину: так, при головных болях от привычных запоров терапия имеет в виду устранить запоры и т. п. В круг же ведения хирургии болей входят такие заболевания, где боль сама по себе является единственным признаком болезни и где мы не находим никаких объективных патолого-анатомических изменений, которыми можно было бы объяснить наличие болей.

Само собой понятно, что эта область хирургии требует к себе самого внимательного отношения, дабы не впасть в ошибку при диагностике и при постановке показаний к операции. Успех операции всецело будет зависеть от серьезного клинического анализа больного. Хирург должен прежде всего мыслить патолого-анатомически, он должен исключить ряд заболеваний, прежде чем прийти к заключению, что у данного больного, при наличии болей, никаких объективных изменений не имеется. Надо помнить, что иногда в таких случаях боли могут быть иррадирующего характера, исходной точкой которых может быть место, значительно удаленное от места болей, напр., невромы, развившиеся в старом рубце, опухоли в начале своего развития и пр. При разрешении вопроса диагностики необходимо консультироваться с представителями различных специальностей.

Нужно различать два рода болей: 1) боли cerebro-спинального происхождения и 2) боли симпатические. Примером первого вида болей может служить невралгия тройничного нерва. Здесь боли характеризуются определенной локализацией согласно распределения ветвей нерва по определенному анатомическому плану. Боли эти не постоянны (они внезапно могут прекратиться до следующего приступа). Лечение этого рода болей давно вошло в хирургию, и нас более интересуют боли симпатические. Симпатические боли более постоянны; топография их менее фиксирована, менее систематизирована. Они могут иррадиировать в новые и новые области. Эти боли могут усиливаться и ослабляться под влиянием всякого рода эмоций, а также атмосферных условий, которых мы не в состоянии определить. Эти боли отражаются на характере больного: из оптимиста больной обращается в пессимиста и т. п.

Надежда на успешность хирургического лечения симпатических болей основана на предположении о наличии в симпатической системе центростремительных чувствительных волокон, что еще недавно подвергалось сомнению, а некоторыми и совершенно отрицалось. Но постепенно накопившиеся факты позволяют нам утверждать существование та-

¹⁾ Доложено в гинек. секции Ср.-Аз. мед. Н. О. 18/XI 1928.

ких волокон. Давно уже были известны боли при повреждении артерий, давно известны боли при натягивании брыжейки кишек и доказаны также иррадирующие в определенном направлении боли при травме симпатических нервных стволов. Корреляция, существующая между одновременной работой вазоконстрикторов в одном месте и вазодилататоров в другом, указывает не только на наличие центростремительных волокон, но и рефлекторных дуг.

Приступая к операциям по поводу болей, надо понять, с какой осторожностью должен подходить хирург к этому отделу хирургии. Само собой, многое здесь еще не ясно. Хирурга всегда могут ждать неудачи и разочарования, к которым нужно быть готовым. Но получаемые при правильной постановке вопроса благоприятные результаты побуждают хирургов к дальнейшим работам в этом направлении. Борьба с болями составляет одно из достижений современной хирургии. Нужно лишь руководствоваться в своей работе правильными указаниями, сделанными Leriche'ем. Первое из этих указаний—это не вредить больному. Другими словами нужно выбирать такой метод оперативного пособия, который был бы наиболее прост и не повлек бы за собой каких-либо осложнений моторного характера и, конечно, не угрожал бы жизни больного. Другое условие, поставленное Leriche'ем при хирургии болей,—это не оперировать в слишком запущенных случаях, ибо тогда психика больных настолько уже изменена, что трудно ожидать благоприятного результата, особенно у больных, находящихся на социальном обеспечении, когда интересы пенсии будут затемнять полученный операционный эффект.

В круг ведения хирургии болей должны быть отнесены также заболевания с наличием неукротимых болей, патологическая причина которых хотя и ясна, но неустраима, напр., при неоперабельных злокачественных опухолях.

На хирургическое лечение болей в области гинекологии, что является предметом данной работы, имеется реальное требование. На первых порах желательно было найти случаи, в которых отчетливо бы выступали боли, как доминирующий признак во всей картине заболевания, т. е. трудно было бы судить о результатах операции на нервах при болях, устраняя одновременно и различные неправильности в половой сфере. Такие случаи мне удалось встретить только в прошлом году, хотя их значительно больше, чем мы себе даже представляем.

Семейная жизнь вообще несет в себе много интимного. Мы знаем много семейных трагедий, но участники их не всегда попадают в сферу врачебного воздействия. Причиной трагедии нередко является известная неудовлетворенность от полового сожителства, в анализ которой мы, врачи, не всегда еще умеем входить. Разве редко нам приходится слышать от женщин об отвращении к половому акту. Особенно часто это бывает у женщин высококультурных и утонченных в умственном отношении. Не встречаемся ли мы здесь с некоторой гиперфункцией симпатической системы? Иногда это отвращение обусловлено болями при половом акте. Женщина не может побороть свои болевые ощущения и обращается к врачу с просьбой удалить ей матку, дабы такой жертвой избавиться от болей и не расстраивать свою семейную жизнь.

Еще в 1898 году Jaboulay высказал гипотезу, что некоторые тазовые невралгии у женщин не зависят от органических расстройств

половых органов, а находятся в связи с функциональными расстройствами симпатической нервной системы. Такие невралгии он предложил лечить путем вызывания паралича сакрального симпатического нерва и сделал первые попытки в этом направлении. Он отслаивал прямую кишку от крестца, разрывая тем самым симпатические ветви, и получал довольно хорошие результаты. Затем он заменил отслойку вдуванием воздуха или вливанием жидкости и тоже получал, хотя и преходящие, но хорошие результаты. Подобные попытки в ту же эпоху предельвал Jonesco, но, как правильно замечают Cotte и Déchaume, час симпатической хирургии в то время еще не пробил, т. к. ни анатомия, ни физиология, ни патология симпатической системы не были еще изучены.

В 1913 году Latarjet и Rochet подошли к решению вопроса с большим уже знанием анатомии. Они наметили себе путь к удалению узла Frankenhäuser'a, речь о котором будет ниже. Эти авторы получили ожидаемый эффект в смысле уничтожения болей, но одновременно получали у больных расстройство функций мочевого пузыря и прямой кишки. Leriche, Hallopeau, Jancu пределали следующий опыт в хирургии тазовых болей, производя периаптериальную симпатектомию а. hypogastricae с удовлетворительным результатом. Cotte и Déchaume, в 1925 году, заменили эту операцию более простой—рассечением пресакрального нерва. В дальнейшем анатомия этого нерва была изучена более подробно Novelacque'ом, указавшим, что пресакральный нерв это plexus hypogastricus superior.

Удовлетворительность результатов операции на симпатической системе в гинекологии доказывается отчасти клиническим материалом, а также путем эксперимента. Клинический случай проф. Даниеля сам по себе является экспериментом. Дело касалось одной больной, страдавшей зудом наружных половых частей. Ей была произведена операция под наркозом, причем сделаны были небольшие наскчки в области вульвы. Однако, лишь только больная пришла в себя после наркоза, как она возобновила прежние жалобы. Ей тут же произвели периаптериальную симпатектомию а. hypogastricae, после чего все болезненные явления исчезли. При подобных операциях на собаках нередко получали анестезию в области вульвы.

В настоящее время анатомия симпатической иннервации женских половых органов довольно хорошо изучена, но все еще не вполне совершенно. Так, до сих пор центры вегетативной системы, в особенности церебральные, являются гипотетическими; центры же—в спинном мозгу локализируют в верхнем грудном и в сакральном отделах спинного мозга. Все остальные элементы вегетативной нервной системы разбиваются на две группы или системы: пара или интрависцеральную и экстрависцеральную.

В противоположность другим органам, примером которых может служить сердце, имеющее автономные узлы, заключенные в самой паренхиме органа, матка в своей перенхиме, повидимому, не имеет автономного центра; он расположен парависцерально. Сюда относится прежде всего plexus Frankenhäuser'a. Plexus (ganglion) Frankenhäuser'a, величиной 3×4 сант., имеет, по Latarjet, косое направление снаружи внутри и расположен ближе к крестцу, чем к симфизу, на наружной стороне ampullae recti, к которой он отдает значительное количество ветвей. Мочеточники пересекают узел в верхней его части. Пе-

редняя часть узла находится в связи с *lig. sacrouterinum*. Диссекция узла чрезвычайно трудна, так как он находится в плотной соединительной ткани. В *plexus Frankenhäuser'a* входят: ветви *plexus hypogastrici* с задней стороны, нежные ветви от симпатических пограничных столбов, ветви сакральных нервов (от 2—4 пары). Из него выходят ветви ректальные, генитовезикальные, вагинovesикальные и начинающиеся с передней стороны узла нервы для матки, подходящие с крестцово-маточными связками к перешейку матки. Правая и левая сторона не анастомозируют между собой. Из вагинovesикальных ветвей отходят к матке вторичные веточки, из которых выделяется один специальный нерв— *n. lateralis uteri*, расположенный позади маточной артерии и ее ветвей.

Экстрависцеральная система состоит из симпатической и парасимпатической системы.

До исследований *Novelacque'a* представление о ходе симпатической системы было более простым. Описание, изложенное *Cotte'ом*, сводится к следующему. В области деления аорты на общие подвздошные артерии симпатическая паравертебральная система отдает часть волокон к *ganglion mesentericus inf.* и к сосуду того же наименования, но большей своей частью идет по средней линии и на уровне 5-го поясничного позвонка образует парасакральный нерв. Последний вскоре делится на две части, направляющиеся в боковые части ректальной области к наружным отрезкам *a. a. hypogastricae* и теряются в *ganglion hypogastricus* (*Ganglion Frankenhäuser'a*). *Plexus Frankenhäuser'a* получает ветви из боковых пограничных симпатических стволов люмбальных и сакральных. Кроме того он получает парасимпатические волокна передних ветвей 2-й и 3-ей сакральных пар. Эти волокна, соединяясь с каждой стороны в особый ствол, обращают *n. erector sacralis*, ведающий функциями мочевого пузыря и прямой кишки. Исследования *Novelacque'a* детализировали строение симпатической системы. *Plexus hypogastricus superior* (пресакральный нерв прежних авторов) образуется из деления *plex. intermesenterici*, расположенного впереди аорты между обеими мезентериальными артериями и получающего ветви из солнечного сплетения и пограничных стволов *n. sympathici*. Ниже *art. mesentericae inf.*, *plexus intermesentericus* делится на *plexus mesentericus inferior*, направляющийся по ходу *art. mesentericae inf.*, и *plexus hypogastricus superior*, расположенный на месте деления аорты. *Plexus hypogastricus superior* представляет собой именно сплетение, а не нерв (обычно состоит из трех—четырёх до восьми ветвей, как я и сам убедился на собственных препаратах). *Plexus hypogastricus superior* получает ветви из нижнего люмбального узла пограничных стволов, проходящие позади *ar. iliacaе. comm.*, и делится на уровне первого сакрального позвонка на *plexus hypogastricus inf. dextrum et sinistrum*, соответствующие *n. n. hypogastrici* прежних авторов.

Парасимпатические ветви проходят, вероятно, через задние рога мозга (2—5 сакр. сегм.), сопровождают нервы конского хвоста, достигают сакрального сплетения, выходят из 4—5 сакральных нервов и направляются к боковым сторонам *recti*, чтобы закончиться в *plexus Frankenhäuser'a*.

По *Novelacque'у* яичники имеют другую иннервацию. Их нервы выходят из *gang. renale* и не анастомозируют с нервами матки. Парасимпатические нервы яичников выходят из солнечного сплетения.

В отношении физиологии нервов много еще имеется спорного, но по современному состоянию наших знаний, можно вывести следующее заключение. *Plexus hypogastricus superior* есть вазоконстриктор и раздражитель, обуславливающий сокращение матки. Парасимпатические же нервы оказывают тормозящее влияние. Антагонизм между ними дает определенный тонус в области гениталий. Та и другая система, несомненно, содержит и центростремительные чувствительные волокна. Вероятнее всего, чувствительные ветви проходят через узлы сплетения и т.г. *symplicantes* в задние корешки спинного мозга.

Для того, чтобы устранить все болезненные ощущения, необходимо произвести перерезку всех чувствительных волокон, но, к сожалению, ход их нам недостаточно известен. Однако, на практике оказывается, что для того, чтобы получить желательный эффект, достаточно удалить только часть их. Прервать чувствительный путь, казалось бы, можно прежде всего, удалив *pl. Frankenhäuser'a*, т. к. в нем концентрируются вообще все пуги. Но удаление его, помимо технических трудностей, встречает и то противопоказание, что в состав его входят, как было уже указано выше, и нервы моторного характера, так что удаление этого узла может повлечь за собою расстройство функций мочевого пузыря и прямой кишки, как это было в случае *Latarjet*. Периаптериальная симпатектомия *a. hypogastricae* прерывает часть чувствительных путей, но технически довольно трудна в силу глубокого топографического положения этой артерии. *Ramisetio*—операция логичная, и она должна иметь свои показания в тех случаях, когда хирургу нет нужды вскрывать брюшную полость, например, в случаях болей при заведомо неоперабельных опухолях (*ramisetio* проводится внебрюшинно). В этих случаях может быть также показана и *chordotomia*—перерезка чувствительных путей в спинном мозгу.

Но идеальной операцией, как по простоте, так и по результатам, является, согласно наших современных знаний, резекция пресакрального нерва (*plex. hypogast. sup.*). Техника этой операции ясна уже из тех анатомических предпосылок, которые приведены мной выше. Кожный разрез лучше делать по средней линии живота. Он начинается выше пупка, огибает его и спускается ниже пупка. Первым опознавательным пунктом является промонторий, вторым—бифуркация аорты. Над последней делается вертикальный разрез заднего листка брюшины длиной 6—8 см. Края разреза захватываются пинцетами Кохера, брюшина осторожно отсепаровывается в стороны. Под самой брюшиной уже могут встретиться ветви *plex. hypogastrici sup.* Следующим опознавательным пунктом является *art. mesenterica inf.*, которую особенно хорошо видно при потягивании брыжейки *flexurae sigmoideae*. Над аортой и над местом ее бифуркации мы встречаем от 2 до 8 нервных ветвей, входящих в состав *plexi hypog. sup.* Эти ветви резецируют на протяжении, по крайней мере, 2 см. После этого обнажают обе подвздошные артерии на небольшом протяжении, проявляя особую осторожность слева, так как здесь под артерией лежит, выдаваясь несколько к средней линии, до чрезвычайности тонкостенная *v. iliaca*.

Кровотечение при операции ничтожно, и операция проводится быстро. Могут быть некоторые технические затруднения из-за низкого стояния брыжейки *fl. sigmoideae* или *duodeni*, но, во всяком случае,

и эти препятствия преодолимы. В дальнейшем—обычный туалет раны. Послеоперационный уход ничем не отличается от обычного ухода после чревосечения. Иногда бывает задержка мочи, но это явление быстро проходит. Обычно после операции быстро наступает менструация, проходящая совершенно безболезненно.

Вопрос о показаниях к операции служил предметом дискуссии в Лиепском хирургич. о-ве в ноябре 1926 г., из которой можно привести некоторые заключения. Показаниями к операции служат:

1) Боли, хотя и связанные с явлениями воспалительного характера (против которых нужна соответствующая, конечно, терапия) в тех случаях, когда они вызваны невритом *plex. hypogast.*, а также явлениями дуоденита.

2) Боли, связанные с невритами в тазу, без видимых патологических изменений, напр., при скрытых формах хронического параметрита, явлениях дисменореи и склерокистозного перерождения яичников.

3) Явления гипер-или гипофункции *plex. hypogastr. sup.* (вагинизм, аменорея).

4) Явления, связанные с трофическими расстройствами (*scroaurosis*, *elephantiasis*, *pruritus vulvae* и т. п.).

Приведу теперь свои наблюдения по этому вопросу. Всего мной произведена операция резекции *plex. hypogastricus superior* десять раз. Привожу краткие истории болезни девяти случаев. В десятом случае операция произведена по поводу болей при неоперабельном раке прямой кишки и особого облегчения болей не дала.

1. Больная А., 27 л., поступила в Ташк. н. г. хир. больницу 16/X 1928 г. с жалобами на боли внизу живота, резко обостряющиеся во время месячных, когда она бывает вынуждена пробыть в постели около 2-х недель. *Coitus* болезнен. Больная была уже оперирована несколько раз по поводу болей: ей произведена аппендектомия, фиксация матки, проделаны все виды электроводолечения. В виду семейного разлада, больная обратилась с просьбой удалить матку. При исследовании со стороны гениталий норма. 20/X операция—резекция *plex. hypogastr. sup.* 23/X жалобы на чувство жжения во влагалище. 26/X *menstrua* без болей. 27/X сняты швы. Больная показала 2/V 1929 г. с заявлением, что боли прошли, что она с каждым месяцем чувствует себя лучше. *Coitus* безболезнен.

2. Больная Г., 28 л., поступила в больницу 15/X 1928 г. *Menstrua* с 15 л. без болей, но не регулярно (иногда через 2 месяца, иногда через 2 недели). Замужем с 17 лет. В анамнезе—три искусственных аборта. Последние четыре года беременности не было. Месячные с сильными болями и скудные (несколько капель крови). *Coitus* безболезнен. Со стороны гениталий норма. 27/X 1928 г. операция по тому же типу. Послеоперационное течение такое же, как и у первой больной. Больная показала через три месяца после операции. Месячные раз прошли нормально, без болей; в данный момент беременна.

3. Больная П., 27 лет, поступила в больницу 9/X 1928 г. *Menstrua* с 14 л., безболезненны. С 21 года—замужество, родила ребенка, затем появились сильные боли во время месячных. *Coitus* болезнен. В Харькове произведена операция *Alexandres—Adams'sa*. Со стороны гениталий норма. 13/X 1928 г. операция. На пятый день после операции появились безболезненные месячные. Вторые месячные через 2 месяца, третьи через 45 дней, затем регулярно каждый месяц. *Coitus* безболезнен.

4. Больная К., 32 лет, поступила в больницу 23/X 1928 г. с жалобами, аналогичными жалобам первой больной. 3/XI операция. Больная показала через 4 месяца, боли исчезли.

5. Больная В. 30 л., в больнице с 5/III 1929 года. *Menstrua* с 15 лет. Замужество с 19 лет. Было четыре беременности, из них три последние закончились искусственными абортами. Пять лет назад месячные стали с болями и с явлениями почти аменореи (3—4 капли). 11/III операция. Месячные прошли без болей. Крови значительно больше.

6. Больная К., 33 л., поступила в больницу 14/III 1929 г. Menses с 15 л., безболезненны. Замужество с 21 года. Беременностей 4, из них двое родов и два (последние) аборта. Последний аборт в 1922 году, с тех пор нет беременности. Последние два года месячные стали болезненны и очень скудны. Со стороны женских органов—разрыв промежности (небольшой), в остальном—норма. У больной явления хрон. аппендицита. 20/III операция. На пятый день после операции обильные и безболезненные месячные. Вторые месячные прошли также нормально.

7. Больная Я., 39 л., поступила в больницу 15/III 1929 г. Menses с 14 л., по 3 дня, правильно. Замужество с 25 л. Беременность—два раза: первый раз роды, второй—искусственный аборт. После аборта месячные по восемь дней, болезненны. Со стороны женских органов можно отметить несколько увеличенный левый придаток, оказавшийся при операции небольшим гидросальпинксом. 27/III 1929 операция резекции plex. hyp. sup. с удалением гидросальпинкса и аппендектомией. У больной месячные прошли правильно и без болей.

8. Больная П., 27 л., поступила в больницу 24/III 1929 г. Menses с 14 л., по 3 дня, через месяц. Замужество с 21 года. Пять родов, шесть искусственных абортов. Пять лет назад месячные изменились—появились задержки по 3—6 месяцев. Три года назад—последние роды, причем беременность наступила без menses (в то время в течение года не было месячных). Последние месячные 29/I 1929 г. Со стороны женских органов—норма, кроме разрыва промежности. Явления хрон. аппендицита. 30/III операция резекции и аппендектомия. 19/IV появились безболезненные, обильные месячные.

9. Больная Б., 31 г., поступила в б-цу 28/XI. Имеет несколько живых детей. Год назад большие кровотечения. Menses болезненны. Со стороны женских органов—норма. Через 5 месяцев после операции чувствует себя хорошо. Месячные безболезненны.

Во всех изложенных случаях имеется одно общее явление—это при нормальном состоянии половых органов наличие болей. Только у одной больной был небольшой гидросальпинкс. У части больных мы видим скудные месячные, у некоторых больных боли во время месячных, у других—и во время coitus'a. Больные прослежены от 1½ месяца до 7 месяцев. Результаты операции оказались удовлетворительными. Конечно, этот срок является недостаточным, чтобы сделать окончательные выводы, но данные Cotte'a, у которого 30 больных прослежены в течение двух лет без рецидива, заставляют хирурга прибегать в подходящих случаях к этому виду операции.

Вопрос о механизме действия резекции симпатических ветвей чрезвычайно труден в своем объяснении. Принимались всевозможные теории для объяснения получаемого эффекта. При перипартеральной симпатектомии, а также, вообще, при перерезке симпатических ветвей всегда наблюдается гиперемия, но наличием этой гиперемии едва ли возможно объяснить все. Скорее всего здесь более сложный процесс. Если гиперемия благоприятно действует на рубцы и на некоторые воспалительные процессы, то как понять исчезновение болей при дисменорее. Проф. Danieloroli говорит, что патологическая картина симпатической системы выявляется совсем не так, как мы хотели бы представить ее себе, исходя из ее анатомического описания, ибо симпатические ветви содержат в себе также и парасимпатические волокна. Те и другие являются между собою антагонистами, почему вполне допустимо благотворное действие перерезки нервных ветвей по различным, казалось бы, и даже совершенно противоположным показаниям.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета.
(Директор проф. В. С. Груздев).

О роли конституции и угла наклона таза в этиологии опущений женских половых органов ¹⁾.

Д-ра В. И. Давыдова.

С 1 черт.

Если все авторы согласны в том, что непосредственной причиной выпадения половых органов у женщины является повышенное внутрибрюшное давление, то относительно анатомических моментов, способствующих возникновению этой аномалии, мнения авторов резко расходятся: одни приписывают здесь важную роль приращенным моментам, каковыми могут быть—*spina bifida lumbo-sacralis*, при которой имеет место паралич иннервирующих тазовое дно крестцовых нервов, затем—врожденная гипоплазия мускулатуры тазового дна, чрезмерная глубина заднего Douglas'ова кармана, наблюдаемая при инфантилизме и сопровождающаяся очень низким положением levator'a ani и пр.; другие главную причину опущения видят в приобретенных расслаблениях и нарушениях целостности мышечно-фасциальной основы тазового дна, особенно levator'a ani и мочеполовой диафрагмы; третьи, рассматривая пролапс, как грыжу, видят главную предрасполагающую причину его развития в чрезмерной ширине hiatus genitalis; четвертые на основании того факта, что выпадения матки, особенно полные, наблюдаются преимущественно у старух, на первом месте среди этиологических моментов, ведущих к пролапсу, ставят климактерические изменения связочного аппарата матки, стенок полового канала и пр.; пятые в качестве важного этиологического момента пролапса выдвигают ретрофлексию матки, шестые—недостаточность параметральной, паравагинальной и особенно паравезикальной ткани, каковая недостаточность иногда бывает результатом плохого питания, тяжелого труда и т. п. моментов, вызывающих исчезновение жировой клетчатки, изменяющих эластичность мышечно-фасциальной перегородки тазового дна и т. д. Выдвигаются и другие моменты для объяснения этиологии пролапса, напр., некоторые авторы приписывают здесь большое значение общей конституции женщины, другие—форме живота, а Böke и Luciani—состоянию вегетативной нервной системы. Наконец, в этиологии пролапса, несомненно, важную роль должны играть и особенности строения костного таза. В этом отношении прежде всего обращает на себя внимание угол наклона последнего; уже теоретически рассуждая, можно ожидать, что при малом угле наклона таза внутрибрюшное давление будет оказывать наибольшее действие на тазовое дно и таким образом благоприятствовать развитию пролапса; при большом угле, наоборот, действие это будет слабее, так как часть давящих сил при этом будет действовать на симфиз и нижнюю часть передней брюшной стенки.

Из всего вышеизложенного видно, что вопрос о значении анатомических моментов в этиологии опущений женских половых органов далек еще от своего окончательного разрешения.

¹⁾ Доложено в акушерско-гинекологической секции Об-ва врачей при Казанском гос. ун-те 15/XI 1929 г.

Подвергать пересмотру все высказанные относительно этиологии проляпса мнения не представляется возможным. Поэтому я и взял на себя труд выяснить на материале амбулатории и стационара Акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева, какую роль в этиологии опущений женских половых органов играют лишь два момента: конституция и угол наклона таза. К этому меня побудило то обстоятельство, что немногочисленные литературные данные, отмечающие связь проляпсов с конституцией и углом наклона таза, отличаются крайней разноречивостью. Так, что касается второго из этих моментов, то различные авторы приходят к различным результатам не только в оценке значения наклона таза в этиологии проляпса, но и в решении вопроса, какой угол наклона таза следует считать для женщины нормальным, какой—увеличенным и какой—уменьшенным.

Если Martin считает за норму наклона таза угол в 44° , то Губарев и Витт определяют этот угол в 60° , а Сердюков даже угол в 40° считает большим. Относительно влияния угла наклона таза на проляпс мы также имеем три совершенно противоположных мнения: в то время, как Антошина утверждает, что угол наклона таза никакого значения в этиологии проляпса не имеет, Сердюков полагает, что здесь важную роль играет большой угол наклона таза, а Stoeckel и многие другие авторы,—что малый.

Что касается значения конституции в этиологии проляпса, то здесь взгляды почти всех авторов сходятся на преобладающем развитии проляпса у женщин инфантильного и астенического типа. Однако и здесь полного единогласия нет. Антошина, например, отмечает, что в ее материале (70 сл.) в 54% проляпс наблюдался у пикничек, тогда как Aschner, Flatau, Jaschke, Sellheim считают, что преобладающим типом женщин, страдающих выпадением половых органов, являются женщины астенического типа.

Для своих исследований я брал лишь женщин чадородного возраста—во избежание ошибок при определении конституции индивида и угла наклона таза ¹⁾. Исследование велось по моей схеме (см. Ж. а. и ж. б. за 1929 г., № 2) как над женщинами, имевшими опущение половых органов, так, для контроля, и над здоровыми. Конституциональные типы определялись на основании соматометрической кривой с учетом описательных данных, а угол наклона таза—по методу проф. Ястребова. Метод этот, как видно из описания автора ²⁾, сводится к следующему: измеряют 1) размер наружной конъюгаты, 2) расстояние от верхнего края симфиза до конца копчика, 3) расстояние от нижнего края симфиза до конца копчика, 4) расстояние между верхними и нижними краями симфиза, 5) расстояние между верхним краем симфиза и горизонтом, 6) расстояние между нижним краем симфиза и горизонтом, 7) расстояние от нижнего края симфиза до мыса, 8) расстояние от конца копчика до горизонта и 9) расстояние от ямки под остистым отростком V поясничного позвонка до горизонта. Получив все эти цифро-

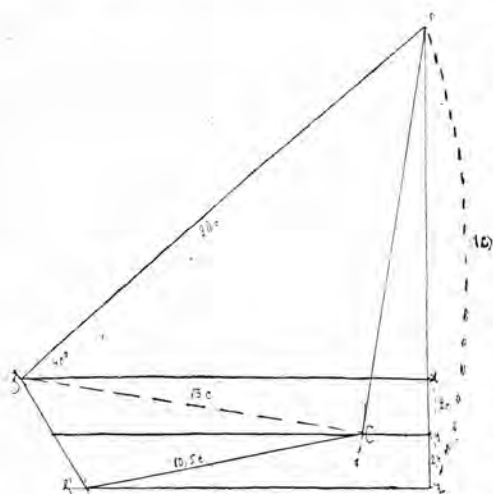
¹⁾ Женщины старческого возраста, беременные с IV м-ца, больные тяжелыми болезнями, с опухолями брюшной полости, туберкулезом позвоночника и т. п. не брались для исследования, ибо указанные страдания могут изменять и конституциональный тип и угол наклона таза.

²⁾ Ястребов. Курс акушерства, вып. 1, Варшава, 1896 г.

вые данные, делают чертеж: проводится вертикальная линия, на которой ставится точка Р, обозначающая ямку под остистым отростком V поясничного позвонка; затем, принимая во внимание разницу между расстоянием этой точки от горизонта и расстояниями от горизонта верхнего края симфиза, конца копчика и нижнего края симфиза, ставят на той же вертикальной линии точки X, Y, Z, указывающие высоту стояния верхнего края симфиза, конца копчика и нижнего края симфиза над горизонтом; из этих трех точек проводят горизонтальные линии, а потом из точки Р радиусом, равным наружной конъюгате, описывают дугу, причем место пересечения ее с первой горизонтальной линией в точке S будет обозначать верхний край симфиза.

Далее, из точки S радиусом, равным расстоянию верхнего края симфиза до конца копчика, описывается дуга, и точка С на второй горизонтали укажет местонахождение конца копчика. Из этой точки описывают дугу радиусом, равным расстоянию от нижнего края симфиза до конца копчика, причем S' на третьей горизонтали укажет местонахождение нижнего края симфиза. Соединив точки Р, S, S' и С, получим фигуру передне-заднего сечения таза, после чего остается транспортиром определить угол наклона.

Ясности ради приведу пример. Пусть у женщины 1) наружная конъюгата будет равна 20 сант., 2) расстояние от конца копчика до верхнего края симфиза—13 сант., 3) расстояние от конца копчика до



нижнего края симфиза—10,5 сант., 4) расстояние от нижнего края симфиза до горизонта—79 сант., 5) расстояние от верхнего края симфиза до горизонта—83 сант., 6) расстояние от конца копчика до горизонта—81 сант. и 7) расстояние от ямки под остистым отростком V поясничного позвонка до горизонта—96 сант. Проведем (см. прилагаемый чертеж) вертикальную линию PZ, длина которой равна разнице между высотой стояния ямки и нижнего края симфиза над горизонтом, т. е. $96 - 79 = 17$ см. Затем на этой же вертикали отложим циркулем разницу между высотой стояния конца копчика и нижнего края симфиза ($81 - 79 = 2$ сант.),

обозначив точку на 2 см. выше Z буквою У. Наконец, на той же вертикали отложим разницу между высотой стояния верхнего края симфиза и концом копчика ($83 - 81 = 2$), причем соответственно получим точку X. Затем через данные точки проведем три горизонтальных линии. Из точки Р радиусом в 20 сантиметров опишем дугу и на месте ее пересечения с первой горизонтальной линией поставим точку S, обозначающую верхний край симфиза. Далее радиусом в 13 сант. опишем дугу и на месте ее

пересечения со второй горизонталью поставим точку С, обозначающую верхушку копчика; из этой точки радиусом в 10,5 сант. опишем дугу и на месте ее пересечения с третьей горизонталью в точке S' получим нижний край симфиза. Соединив точки Р, S, S' и С, получим передне-заднее сечение таза. Измерив затем угол PSX, найдем, что он равен 40°. Угол этот и определяет наклонение таза.

Всего мною исследовано в указанном направлении 100 женщин, из которых у 50 имелось опущение половых органов. По своей конституции эти 50 женщин распределялись следующим образом (см. таблицу № 1):

Таблица № 1.

Конституция	Число случаев	%
Астеничек	15	30%
Средних	25	50%
Пикничек	10	20%

Из этой таблицы явствует, что какого-либо заметного предрасположения к пролапсу у женщин той или иной конституциональной группы нет. Хотя средних у меня было больше, чем остальных, но это, видимо, надо объяснить тем, что средняя группа вообще самая распространенная. То обстоятельство, что в моем материале,—правда, очень незначительном,—получалось преобладание средних среди страдающих пролапсом женщин, у других (Антошина)—пикничек и у третьих (Aschner)—астеничек, лишний раз говорит за то, что пролапс свойствен любой конституциональной группе.

Данные, касающиеся угла наклонения таза, представлены мною в виде двух таблиц—№ 2 и № 3, причем в таблице № 2 приведены данные относительно женщин, имевших опущение половых органов, а в таблице № 3—данные относительно женщин с нормальным положением последних.

Таблица № 2.

Конституция	Угол наклонения таза	Средн.
Астеничек . .	33,5—50	41
Средних . . .	30—48,5	39,2
Пикничек . .	35,5—42	39,6

Таблица № 3.

Конституция	Угол наклонения таза	Средн.
Астеничек . .	35,5—57	43,1
Средних . . .	33,5—48,5	40,2
Пикничек . .	39—49	41,1

Полученные данные представляют некоторый интерес в том отношении, что средние цифры для угла наклонения таза очень близко подходят к средним цифрам, данным антропологом Martin'ом. Кроме того, сравнивая средние цифры женщин, принадлежащих к одним и тем же конституциональным группам, имеющих опущение половых органов и без такового, нельзя не отметить некоторой закономерности в сторону повышения угла наклонения таза у женщин, не страдающих пролапсом. Трудно предположить, чтобы такая закономерность была случайна, тем более

что и цифры колебания у не имеющих проляпса несколько выше, чем у имеющих таковой, и притом опять-таки во всех группах. Для признания угла наклона таза за фактор, способствующий проляпсу или препятствующий его возникновению, нам кажется необходимым иметь налицо, кроме указанной закономерности, еще и ощутительную разницу в величине угла, чего в нашем материале нет. А разница в 1° — 2° едва-ли может изменить статику и механику внутрибрюшного давления. Это обстоятельство, а также и то, что и большой, и малый угол наклона таза встречаются почти одинаково часто как у женщин, имеющих проляпс, так и без такового, позволяют нам думать, что роль этого момента в этиологии проляпса во всяком случае незначительна.

При измерении таза у нормальных женщин и у имеющих опущения половых органов мне удалось обнаружить некоторые характерные особенности в величине расстояния между концом копчика и нижним краем симфиза. Эти особенности настолько характерны, что я считаю нужным привести их в виде таблицы № 4.

Таблица № 4.

Конституция	Женщины с проляпсом	Число случаев	Женщины без проляпса	Число случаев
Астеничек	11,0 сант.	15	9,85 сант.	15
Средних	11,27 сант.	25	10,14 сант.	25
Пикничек	11,5 сант.	10	10,4 сант.	10

Здесь бросается в глаза резкое увеличение расстояния между концом копчика и нижним краем симфиза у женщин, страдающих выпадением матки, притом во всех случаях и во всех конституционных группах.

Кроме того следует отметить некоторую закономерность отношения между конституциональным типом женщины и величиной прямого размера выхода малого таза: наибольший размер выхода таза оказался у пикничек, наименьший—у астеничек, средние занимают в этом отношении промежуточное место.

Полученные данные позволяют объяснить проляпс матки следующим образом. Повидимому, у женщин, страдающих опущением половых органов, имеется увеличение площади тазового дна, а так как мы можем брюшные органы, в силу их удобоподвижности, рассматривать как жидкость, помещенную в замкнутое со всех сторон пространство, то, согласно закона Паскаля, мы будем иметь эффект внутрибрюшного давления тем больший, чем больше площадь дна и высота полости живота. Если в норме матка находит себе опору кроме мягких удерживающих тканей еще и в симфизе, то при увеличении прямого размера она будет соскальзывать с него и, преодолев сопротивление мягких тканей, рано или поздно опустится. По той же причине станет опускаться ретрофлексированная матка, не находя себе поддержки со стороны копчика.

Что касается причины увеличения расстояния между копчиком и симфизом, то она может иметь двоякое происхождение: во-первых, увеличение это может произойти за счет недоразвития копчика, а во-вто-

рых—на почве многих и часто следующих друг за другом родов. Согласно таблице № 4 при суждении о норме прямого размера выхода таза надо всегда иметь в виду и конституцию индивида.

В заключение я позволю себе сделать следующие выводы:

1) Опускание женских половых органов свойственно всем конституциональным группам без заметного предрасположения к пролапсу какой-либо отдельной группы.

2) Угол наклона таза не играет существенной роли в этиологии пролапса.

3) За среднюю цифру угла наклона таза надо считать цифру, данную Martin'ом, т. е. 44°.

4) У женщин всех конституциональных типов при опущении половых органов имеется на лицо увеличение прямого размера выхода таза. Повидимому, это увеличение играет далеко не последнюю роль в этиологии опущения женских половых органов.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Зав. д-р В. А. Хатунцев).

О дифференциальном диагнозе между самопроизвольным и подпольным абортom.

Д-ра М. И. Магид.

Начиная с 90-х годов прошлого столетия, стал обнаруживаться непрерывный рост искусственных абортов, и количество неполных абортов, поступающих в больницы, стало резко увеличиваться.

Неоднократно делались попытки установить, сколько же среди поступающих в больницы неполных абортов есть подпольных, однако, в виду трудности получить соответствующие данные, различные авторы (Benthin, Schäfer, Dubrowitsch, Jaeger, Nürnberger, Peyser, Siegel, Sternberg, Лурье, Мажбиц и др.) пришли к весьма разноречивым данным.

У этих авторов мы находим самые разнообразные цифры, что отчасти зависит и от различия материала. Если прибавить, далее, что женщины нередко скрывают факт аборта, то следует признать, что о частоте подпольного аборта среди общей массы самопроизвольного, мы почти ничего не знаем. Некоторые авторы (Вимм и др.) доходят до того, что они чуть ли не каждый случай поступающего в больницу неполного аборта считают подпольным.

Следует иметь в виду, что разноречие данных указанных авторов зависит также и от различных методов учета подпольного аборта. Учет можно вести двояким путем: 1) опрашивая женщин, сколько у них в анамнезе было спонтанных и подпольных абортов; 2) выясняя, сколько среди женщин, *поступивших с абортom*, есть таких, которые вызвали аборт искусственно. Мы в нашей работе придерживались второго метода.

Вопрос о частоте подпольного аборта на больничном материале нас интересовал с двух точек зрения.

1. С терапевтической, так и с дифференциально-диагностической точки зрения врачу часто крайне важно выяснить, было ли в данном случае вмешательство и какого рода. Без правильного диагноза не может быть рациональной терапии. А между тем, когда больная искажает анамнез умышленно, сообщая ложные данные, то дифференцирование весьма затрудняется и, пока клиническое наблюдение выяснит дело, терапия может запоздать. В качестве иллюстрации приведу пример.

Больная 26-ти лет, замужем 4 года, беременна была два раза, 2 аборта. Доставлена в отделение с явлениями внутреннего кровотечения. По словам больной, последние месячные были полтора месяца тому назад. Сегодня утром внезапно обморок и одновременно небольшое кровотечение из матки.

Внутр. исслед. Матка—как при полуторамесячной беременности, мягковата, болезненна, зев слегка приоткрыт, из него небольшие кровянистые выделения. Левый свод резко болезненный, слегка выпячен. В грудях молоко. Больная отрицает беременность. Пункция заднего свода обнаружила свежую кровь. Ввиду подозрения на внематочную беременность была произведена операция. На операции слева, в области внутреннего зева обнаружено *прободное отверстие* и гематома широкой связки. В брюшной полости много крови из разорванной ветви art. uterinae. Матка ампутирована, в ней обнаружено плодное яйцо. Впоследствии мы узнали, что врач производил выскабливание на дому у больной и при расширении гегааром вызвал прободение, после чего прервал операцию. Больная отрицала вмешательство и беременность, скрывая ее от мужа, который на днях должен был вернуться из командировки. Случай закончился излечением.

При желании количество подобных примеров можно было бы увеличить во много раз. Таким образом, значение признания во вмешательстве для диагностики и терапии преуменьшать не приходится.

2. Вторая цель, которая нами руководила—это было желание узнать, насколько легализация абортс уменьшила удельный вес подпольных абортс по отношению к общему числу неполных абортс, поступающих в больницы. Как известно, мнения авторов в этом отношении резко расходятся и некоторые (Генс и др.) считают, что подпольные абортс составляют 93—95% всех случаев неполного абортс, поступающих в больницу.

Таким образом, перед нами стояла задача, как же отличить самопроизвольный неполный аборт от подпольного? Конечно, наилучшим доказательством является признание самой больной, но как быть в тех случаях, когда она отрицает вмешательство?

Объективные данные далеко не всегда дают определенные указания на этот счет. Несомненным доказательством являются повреждения матки (разрывы шейки, перфорации, гематомы широкой связки) и плода, нахождение в матке, влагалище или брюшной полости инородных предметов, однако, это наблюдается относительно редко. Так, введенные катетеры и наконечники обыкновенно извлекаются бабкой или больной до поступления в больницу. К моменту поступления плод нередко уже отошел. Принятие внутренних средств и применение таких манипуляций, как влагалищное спринцевание обыкновенно ничем установить нельзя. Правда, сепсис и лихорадка чаще встречаются при подпольном абортс, однако, нормальная температура еще никоим образом не говорит против вмешательства, а с другой стороны, повышение температуры может зависеть и от вторичной инфекции при самопроизвольном абортс. Точно также наличие или отсутствие местных воспалительных явлений непатогномично для определенного вида абортс. Nürnbergger считает, что между лихорадящим абортс и подпольным абортс должен существовать параллель.

лизм. Положение несомненно правильно, но оно не дает ответа, был ли в данном случае аборт спонтанный или подпольный. Hirsch рассматривает каждый аборт, где нельзя установить причину его, как подпольный, мнение, с которым мы согласиться не можем. Причины, которые *могут* вызвать аборт столь разнообразны (Nürnbergger в Halban-Seitz 7, I), что при достаточно подробно собранном анамнезе и тщательном исследовании можно почти у всякой женщины, даже у той, что созналась в подпольном аборте, найти данные, которые *могли бы* вызвать спонтанный аборт. С другой стороны, наличие какого-либо интеркуррентного заболевания, *могущего* быть причиной аборта, еще не является доказательством того, что аборт в данном случае самопроизвольный. Так, например, подпольное вмешательство может иметь место у сифилитички, в инкубационном периоде брюшного тифа, у женщины с миомой, ретрофлексией матки и т. д.

I.

Мы для отличия спонтанного аборта от подпольного решили воспользоваться, наряду с тщательным общим исследованием, анамнестическими указаниями. Однако, для учета тех случаев, где женщина умышленно скрывает вмешательство, мы выработали специальную методику.

При этом нами руководило следующее соображение: если больная скрывает вмешательство, то она при распросе врача о предварительном течении заболевания: 1) опасаясь за свою жизнь и здоровье, охотно сообщает те сведения, которые, по ее мнению, помогут врачу оказать ей помощь и 2) не желая признаться во вмешательстве, скрывает или искажает те сведения, которые, по ее мнению, непосредственного отношения к терапии не имеют и которые могли бы раскрыть ее тайну. Однако, при тщательном распросе, благодаря умолчанию об одних фактах (вмешательстве) и приведению других (клиническая картина) получается резкое несоответствие, которое, будучи незаметным для мало интеллигентной женщины, обращает на себя внимание врача, знакомого с клинической картиной подпольного и спонтанного аборта. Чем точнее и полнее собран анамнез и исследована больная, тем, естественно, более многочисленны и резки эти противоречия.

Исходя из этих соображений, мы выработали следующую схему собирания анамнеза. При поступлении больной тщательно собирается общий анамнез, выясняются результаты предыдущих беременностей, считала ли она себя беременной, как протекала настоящая беременность, какие симптомы предшествовали аборту, что, *по мнению больной*, способствовало аборту, когда поднялась у нея температура и был первый озноб, обращалась ли она к врачам, каковы были их назначения и как больная их исполняла? Переходя к вопросу о возможности вмешательства, мы никогда не прибегаем к запугиванию, а, наоборот, стараемся успокоить больную и указываем, что наш распрос преследует лишь одну цель — оказать ей помощь. При этом мы подчеркиваем, что нам важно знать, не *кто* делал аборт, а *как* он был произведен. В результате часто больные признаются уже при поступлении.

Если же больная со сбивчивым анемнэзом отрицает вмешательство, то мы, не высказывая какого-либо недоверия к ее словам, переводим ее в общую палату и назначаем соответствующее лечение. В общих палатах

у нас почти всегда лежит несколько женщин, признавшихся во вмешательстве. Полежав день-другой и убедившись на примере других, что признание ей абсолютно ничем не грозит, больная обыкновенно через пару дней перестает скрывать вмешательство. За это время мы часто успеваем расспросить мужа или родных больной о начале и характере ее заболевания, причем не задаем им вопросов, наводящих на мысль о подпольном аборте, так как опыт учит, что часто больные абортируют по секрету от родных. Таким образом мы проверяем правильность показаний больной. Много помогло нам и то обстоятельство, что к отделению прикреплены в качестве экстернов врачи из нескольких консультаций для беременных, под наблюдением которых многие больные находились до наступления аборта и через которых мы могли узнать, правдивы ли показания больных, в частности хотели ли больные прервать беременность.

Имея в своем распоряжении данные от врачей, лечивших ранее больную, и от родных, мы снова весьма тщательно расспрашиваем больную и нередко получаем признание во вмешательстве. Расспрос ведется либо с глазу на глаз, либо в общей палате, в зависимости от случая. Расспрос, как правило, производится не во время обходов, а в вечерние часы, что придает беседе менее „официальный“ характер. При этом во время расспроса мы никогда ничего не записываем в историю болезни, а соответствующие заметки делаем немедленно после этого. Анамнез мы собирали всегда лично. При вторичном подробном расспросе мы останавливались на всех противоречиях между показаниями больной, ее родных и клинической картиной болезни. В тех случаях, когда признания не поступало, мы на основании всех данных либо считали аборт „предположительно-подпольным“, либо исключали вмешательство.

Исследования мы производили на больных нашего септического отделения, куда поступают лишь лихорадочные случаи (10° от $37,6^{\circ}$ и выше), среди которых а priori можно было ожидать большое количество подпольных абортов. Опросу подвергались все без исключения случаи абортов и послеабортных заболеваний. Одно лишь наличие побочных заболеваний (брюшной тиф, грипп, миома и т. д.) еще не давало оснований считать подобный аборт за спонтанный. Действительно, среди больных с неполным абортом, признавшихся во вмешательстве, было три сл. гриппа, 2 сл. разных воспалительных гинекологических заболеваний. 1 сл. миомы, 2 сл. малярии, 1 сл. туберкулеза легких. 1 сл. брюшного тифа и 7 сл. фиксированной ретрофлексии матки. Следует иметь в виду, что многие лихорадочные заболевания (грипп, ангина и т. д.) могут не только предшествовать, но и впоследствии присоединиться к подпольному аборту. Любопытно отметить, что у трех женщин, поступивших с неполным абортом, но имевших на руках ордер на производство легального аборта, нам все же удалось выяснить, что в ожидании получения ордера они „на всякий случай“ производили над собой различные внутриматочные манипуляции.

Наш опыт учит, что уже по характеру ответов можно в большинстве случаев отличить спонтанный аборт от скрываемого подпольного. Богатый материал в этом отношении нам представили те случаи, где больные, вначале отрицавшие вмешательство, при повторном опросе признавались. Ниже мы приводим типичные ответы при спонтанном и при

скрываемом подпольном аборте. Следует, впрочем, иметь в виду, что особенно существен не столько характер ответа на тот или иной вопрос, сколько наличие, гегр, отсутствие логической связи как между отдельными ответами, так и между анамнезом и объективными данными.

От вмешательства следует отличать случаи, где больная применяет те или иные благоприятствующие аборту мероприятия не умышленно, а по незнанию, например, кладет горячие бутылки на живот при начинающихся схватках, неосторожно спринцует при беременности по поводу белей и т. д. Разумеется, во всех случаях надо выяснять, не приводится ли это объяснение в целях „самоизвинения“.

Самопроизвольный аборт.

Скрываемый подпольный аборт.

I. Как протекал предшествовавший аборту период?

Нередко имеется какое-либо предшествовавшее аборту общее заболевание, иногда отмечает, что чувствовала себя некоторое время нездоровой; часты жалобы на обильные бели, особенно усилившиеся с момента беременности.

До наступления аборта, гегр, причины, вызвавшей аборт („падения“), была вполне здорова.

II. Как начался аборт?

К предшествовавшему заболеванию присоединились схватки или кровотечение, которые постепенно стали усиливаться. Аборт развивается постепенно. Если кровотечение наступило внезапно, то обыкновенно в результате внезапной резкой травмы (см. ниже).

Аборт начался и стал развиваться внезапно и „остро“.

III. Что, по мнению больной, явилось причиной аборта?

Нередко затрудняется ответить, приводит с неуверенностью несколько причин.

Ответ категорический — причиной явилось падение, работа и т. д. Какие-либо другие возможности больная исключает. Травма, как правило, наступает тогда, когда дома никого не было.

IV. Какого рода была травма (инсульт)?

Сильное сотрясение тела, падение на ноги с высоты, падение на сидельные бугры, удар непосредственно в живот, сильное натуживание. На соответствующих местах нередко удаётся обнаружить следы повреждения. Больная отвечает немедленно.

Отвечает медленно, обдумывая ответ. С неуверенностью приводит самые различные места ушиба. Повреждений на этих местах нет.

V. Когда был первый озноб?

Температура была повышена до аборта или аборт протекал несколько дней при нормальной температуре, а затем, обыкновенно уже после внутреннего исследования врача, в момент рождения плода или через один-два дня после этого — стало знобить. Часто озноб бывает через 6—8 дней после начала аборта. Часто отмечает, что озноба не было, а был лишь жар. При внутреннем исследовании зев всегда более или менее раскрыт.

Озноб следует почти непосредственно за абортом, обыкновенно не позднее 1—2 дней (при внутриматочном вмешательстве). Чем раньше озноб, тем более вероятно вмешательство. Лихорадочный аборт с выделением частей разложившегося плодного яйца при почти закрытом при внутреннем исследовании зеве почти всегда является доказательством вмешательства.

VI. *Обращалась ли по поводу аборта к врачу?*

Так как кровотечение является неожиданностью, то обыкновенно обращается к врачу, указывает фамилии врачей, отмечает, что лежала, применяла свечи, опий, сообщает, что нашел врач при внутреннем исследовании.

Так как больная подготовлена к кровотечению, то обыкновенно она ожидает несколько дней, „авось само собой пройдет“ и обращается к врачу лишь при затянувшемся или осложнившимся аборте.

VII. *Были ли в прошлом аборт и какие (спонтанные, подпольные, легальные)?*

VIII. *Применяет ли профилактику беременности?*

IX. *Хочет ли сохранить эту беременность?*

X. *Не вызвала ли этот аборт искусственно?* (Задается последним).

При вопросах 7, 8, 9 важен не столько характер ответа (положительный или отрицательный), сколько *ответная реакция* больной. Женщины с самопроизвольным абортом отвечают на них безразлично, „просто“; больные со скрываемым подпольным абортом отвечают чрезвычайно осторожно, кратко, не вдаваясь в подробности. В ответе сквозит подозрение.

Вопросы мы задаем так, что больная не улавливает, какое значение для нас в общей картине заболевания имеет тот или иной ответ. Разумеется мы даем лишь схему, которая в сущности отличается от обычной схемы собирания анамнеза лишь своей полнотой.

II.

Согласно вышеизложенным принципам мы обработали за время с 1/I 1929 года до 1/I 1930 года весь материал нашего послеродового инфекционного отделения, куда поступают больные с лихорадящим абортом (температура 37,6 и выше) и послеабортные лихорадочные заболевания. При этом оказалось, что часть случаев представляла собою неполные аборт, в некоторых случаях в матке частей плодного яйца уже не было. Нас интересовало, главным образом, насколько можно считать подпольными случаи неполного аборта, т. е., *если женщина обратилась с абортным кровотечением и повышенной температурой, то насколько мы имеем право считать, что в данном случае было вмешательство*. Отбрасывая случаи послеабортных осложнений (где плод уже отошел), мы тем самым искусственно преуменьшали бы как действительное число подпольных абортов, так и смертность от них. Поэтому мы приводим данные по каждой из этих групп. (См. табл.).

Как видно из таблицы, общее количество больных, поступивших с лихорадящим абортом и его последствиями, составляло 578. Из них 36 сл. в результате легального аборта и 186 в результате подпольного. Из последних в 128 сл. больные признались во вмешательстве и в 58 сл. мы это вмешательство считали весьма вероятным. Таким образом можно считать, что на нашем материале в среднем в 6,2% сл. лихорадочному аборту или послеабортному заболеванию предшествует легальное и в 32% сл. нелегальное вмешательство.

Иначе обстоит дело, если взять лишь неполные аборт. Если отбросить легальные аборт (неполные среди них встречаются редко—на нашем материале всего два; кроме того легальные аборт *никогда не скрываются*), то мы получим на 487 неполных абортов 145 подполь-

ных, причем в 90 сл. женщины признались во вмешательстве и в 55 сл. таковое вмешательство было весьма вероятно, т. е. среди неполных абортов—подпольный составляет не более 30%; иными словами *лишь каждый третий случай лихорадочного неполного аборта можно считать подпольным.*

Характер за- левания и срок абор- та		Неполный аборт	Послеабортное осложнение	Аборт и после- аборт, осложнен.	Умерло	Срок беременности—включительно									
						До 2-х мес.	До 3-х мес.	До 4-х мес.	До 5-ти мес.	До 6-ти мес.	До 7-ми мес.	Неизвестен	Беременность отсутствовала	Внеаборная беременность	
Кто вызывал аборт		Легальный	2	34	36	—	21	8	—	—	—	—	7	—	—
		Врачебный (вне больниц)	5	26	31	3	18	7	1	—	—	—	5	—	—
		Акушерка	9	2	11	1	6	2	1	—	1	—	1	—	—
		Бабка и пр. . . .	15	5	20	2	12	6	—	—	—	—	1	1	—
		Сама больная . .	61	5	66	1	32	20	3	1	—	1	2	5	2
		Предположит. под- польные	55	3	58	1	27	24	2	1	—	1	3	—	—
		Всего искусствен., кроме легальных	145	41	186	8	95	59	7	2	1	2	12	6	2
		Самопроизвольных	342	14	356	3	145	65	63	37	29	6	11	—	—
		Сумма	489	89	578	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Интересно выяснить, какой процент скрывааемых подпольных абортов удастся установить с помощью нашего метода. Всего неполных абортов, где *вмешательство отрицалось*, было 397, причем мы исключили вмешательство в 342 сл., т. е. в 86,2% и считали его доказанным в 55 сл.—13,8%. По отношению к общему числу подпольных абортов (145 сл.) эти 55 сл. составляют 38%, т. е. *признание удастся по нашему методу получить не менее, чем в 62% всех случаев.*

Следует иметь в виду, что уже сам по себе тщательный расспрос повышает количество признаний.

Какова же в таком случае частота подпольных вмешательств среди *нелихорадящих абортов*, где а priori можно ожидать еще меньших цифр?

За истекшее время через наше нормальное отделение прошло 1335 неполных абортов, причем призналось во вмешательстве 84 человека, т. е. 6,3%. Поскольку в нормальном отделении такой тщательный опрос не производился, нам трудно указать число предположительно подпольных абортов, но даже если увеличить эту цифру не на одну треть, как мы это установили на лихорадочных абортах, а даже в 2—2½ раза, то и *то среди нелихорадящих абортов число подпольных не превышает 12,5—16%.*

Где же гарантия того, что в случаях, где мы исключаем вмешательство, таковое в действительности не имело места? Не были ли мы, просто говоря, обмануты? Мы полагаем, что нет, и вот почему:

1) Как мы выше указывали, опрос велся весьма тщательно и всякое сомнение или нелогичность толковались *в пользу вмешательства*. Правда, впоследствии нам стало известно об одном случае подпольного аборта, где больной удалось нас обмануть—мы приняли его за спонтанный, однако, с другой стороны, среди 58 сл. предположительно подпольного аборта было несколько случаев, где сбивчивый анамнез был получен просто в силу малой интеллигентности больной; в большинстве это были селянки, которые нередко без всякой задней мысли дают крайне сбивчивые ответы. Поэтому мы вправе считать, что наше число предположительно подпольных абортот не только не меньше, но быть может даже несколько больше, чем в действительности.

2) Интеркуррентным заболеваниям, как уже выше сказано, мы не придаем особенного значения в смысле фактора, *исключающего* вмешательство, однако любопытно отметить, что на 356 спонтанных абортот мы могли отметить 168 раз в качестве возможной причины аборта: травму 89 раз (падение 41 раз, поднятие тяжестей 15 раз, тяжелая физическая работа 23 раза, удар в живот 8 раз, тряская езда 2 раза); общие заболевания 34 раза (грипп 9 раз, пневмония 1 раз, малярия 8 раз, лоэс 2 раза, брюшной тиф 2 раза, активный туберкулез 3 раза, менингит 1 раз, лихорадочные заболевания с неясной картиной 6 раз, острый поливартрит 1 раз, некомпенсированный порок сердца 1 раз); заболевания гевиталий 35 раз (missed abortion 2 раза, хронический периметрит 9 раз, воспаление придатков 7 раз, бартолинит 2 раза, ретрофлексия 7 раз, миома 1 раз, привычный аборт 6 раз, частичная атрезия влагалища 1 раз); заболевания по соседству с гевиталиями 8 раз (острый аппендицит 5, ангиохолит 1, язвенный колит 1, субдиафрагмальный абсцесс 1 раз), кроме того один случай отита и один случай после цистотомии. При этом мы взяли лишь те случаи, где заболевание было резко выражено, а при травмах часто имелись следы повреждения. Мы, впрочем, не утверждаем, что *именно эти моменты* и вызвали спонтанный аборт, так как особенно при травме часто приходится выяснять, что еще до этого шли обильные бели, иногда даже с примесью крови и действие травмы особенно проявляется при наличии тенденции к спонтанному аборту.

3) Очень убедительным является тот факт, что из 11 умерших после аборта, 7 случаев признались во вмешательстве; все они погибли от сепсиса или перитонита. Из остальных 4-х в одном случае был спонтанный аборт при тяжелом туберкулезе гортани (аборт начался в больнице), больная погибла от своего основного заболевания, во втором случае abortus imminens присоединился к тяжелому менингиту, что было подтверждено на секции. Два других случая мы вкратце приводим.

Случай 1. Больная 41 года, 13 родов и два аборта, 1 искусственный, один спонтанный. Последние месячные около трех месяцев тому назад. 29/I якобы после физической работы начался спонтанный аборт, а 30/I отошел плод с оболочками. Четыре дня чувствовала себя здоровой, 4/II вечером появилась внезапно нестерпимая боль и отек в левой стопе, сопровождавшийся потрясающим ознобом. Температура поднялась до 40°. Вмешательство категорически отрицает. 5/II температура 39,8°, пульс 120, за день несколько раз озноб. Левая стопа отечна, цианотична. Посев из крови оказался стерильным. Внутренние органы в норме. Матка, как при 2-х месяцах беременности, зев пропускает палец, своды свободны, следов повреждения нет. 6/II состояние резко ухудшилось, пульс прощупывается с трудом на art. radialis—150. Температура 39,3°. Левая нога за сутки отекала на два

пальца выше колена, посинела, покрыта пузырями, слегка болезненна. Бедро и паховые сгибы неболезненны. Кровь стерильна, в мазке из пузыря на коже голени — стрептококки. Больной предложена ампутация ноги, от которой она отказалась. В течение дня отек ноги почти на глазах поднимался выше и к вечеру достиг пахового сгиба. 7/II в 1 ч. 30 м. ночи внезапная смерть, предположительно от эмболии.

Судебно-медицинское вскрытие: левая нога и нижняя часть живота очень отечны. Левый желудочек пустой, в предсердии немного свертков крови, в правом желудочке пенистая кровь, клапаны норма, сосуды сердца проходимы. Селезенка $4,5 \times 9,5 \times 2$ сантиметра, капсула ее напряжена, ткань селезенки грязноватого цвета, разрыхлена. Большие легочные сосуды проходимы. Матка $12,5 \times 8,5 \times 4$ см., в полости ее грязно-черный детрит. В теле небольшие остатки плаценты, сильно разложившиеся. Брюшинный покров матки блестит, влажале без особенностей. В обоих трубах гной. В правом яичнике желтое тело. Vena и art. femoralis проходимы, в них густая темная кровь без сгустков. В vena и art. poplitea, vena iliaca и выше точно также жидкая кровь. Таким образом нигде следов тромбоза обнаружить не удалось и причина гангрены ноги осталась невыясненной. Кровь, взятая из сердца трупа на аэробную и анаэробную среду, оказалась стерильной. Кровь, взятая из бедренной вены, дала рост бактерий, но как потом выяснилось, речь шла о случайном загрязнении.

Предположительно был поставлен диагноз «сепсис, повидимому, в связи с выкидышем». Родные сомневались в возможности подпольного аборта. Судебное следствие точно также ничего установить не могло.

Случай гангрены конечностей на почве сепсиса хотя и описаны, однако любопытно, что в нашем случае кровь все время была стерильна, и тромба в сосудах мы не обнаружили. Если даже данный случай считать результатом подпольного аборта, то все же следует такое молниеносное течение (смерть через 48 часов после первых симптомов заболевания) считать чем-то исключительным.

Осторожности ради мы занесли этот случай в графу лиц, скрывающих аборт.

Случай 2. Больная 19 лет, замужем два года. Одна беременность закончилась родами один год тому назад. Последние месячные 6 месяцев тому назад. Три дня т. н., стирая белье, простудилась, после чего поднялась температура и начались схватки. Вмешательство отрицает, указывая, что при желании могла без труда сделать аборт и раньше, имея малолетнего ребенка. В отделении у больной родился шестимесячный плод. На плоде, после и гениталиях следов вмешательства нет. Выписалась через два дня домой при еще повышенной температуре под расписку в связи с болезнью ребенка. Через четыре дня снова доставлена к нам с явлениями пневмонии и септико-пиемии. Погибла на 6-ой день. Диагноз при вскрытии: септико-пиемия, исходящая из гениталий.

Муж покойной отрицал вмешательство — оба они хотели иметь второго ребенка и никаких контрацептивов не применяли. Мы выяснили, что действительно больная являлась в консультацию при 2-месячной беременности, посещала консультацию аккуратно и желания прервать беременность ни разу не высказывала. Мы склонны считать данный случай аборта спонтанным. Быть может, exitus'у благоприятствовали большой срок аборта и преждевременная выписка из больницы.

4) Наконец, весьма типично то, что если судить по признавшимся больным, то подпольное вмешательство чаще всего производится, как и легальный аборт, до 3-х месяцев.

Соотношение между абортом до и выше 3-х месяцев составляет:

Вид аборта	До 3-х мес.	Выше 3-х мес.	Отношение	
Легальный	29 сл.	—	—	—
Подпольный	103 сл.	8 сл.	12,9:1	(1)
Предполож. подпольный . .	51 сл.	4 сл.	12,8:1	(2)
Спонтанный	210 сл.	135 сл.	1,6:1	(3)

Таким образом, соотношение между случаями беременности различных сроков на безусловно-подпольном и предположительно-подпольном материале почти тождественно (12,9 и 12,8) и резко отличается от соотношения—в случаях выделяемых нами в рубрику спонтанных аборт (1,6). Если бы среди предположительно-подпольных были бы спонтанные, либо наоборот среди наших спонтанных много подпольных, то либо соотношение 2 приближалось бы к соотношению 3, либо соотношение 3 к соотношению 1. Поскольку этого не наблюдается, мы имеем право утверждать, что возможность обмана со стороны больных исключена.

Остается лишь объяснить причину повышения температуры у наших спонтанных аборт; последняя, как правило, исчезала после выскабливания и очевидно зависела от инфекции плодного яйца. Каким образом попала в полость матки инфекция? Наши наблюдения учат, что она чаще всего попадает туда двумя путями:

1) При долго длящемся спонтанном аборте и задержке кусков яйца, как правило, мы наблюдаем вторичную инфекцию со стороны влагалища. При этом может пройти довольно много дней, иногда даже до 10—12, в дальнейшем же неизбежно плодное яйцо инфицируется. Нередко в таких случаях температура повышается в момент изгнания яйца, resp. сейчас же после абразии, чтобы затем пасть до нормы.

2) Второй весьма частый источник инфекции, это внутреннее исследование. Мы, к сожалению, в истории болезни далеко не всегда отмечали внутреннее исследование, произведенное врачами вне больницы, и поэтому мы не можем привести точных цифровых данных, однако, когда мы в дальнейшем обратили на это внимание, то выяснилось, что за редким исключением почти все абортирующие подвергаются предварительно (чаще всего в поликлиниках) внутреннему исследованию (разумеется выяснилось, что имело место именно внутреннее исследование, а не вмешательство). Инфицирующая роль внутреннего исследования при родах достаточно известна, чтобы на ней останавливаться; однако как-то забывается, что при начинающемся аборте мы имеем принципиально аналогичную картину.

При неполном нелихорадящем аборте, при слегка приоткрытом зеве исследующий палец, как правило, попадает в канал шейки, а нередко и в полость матки; при амбулаторной работе говорить о действительно строжайшей асептике, конечно, не приходится; кроме того в канал шейки втираются бактерии из влагалища и налицо неизбежная инфекция полости матки. Правда, она не столь опасна, как при родах, но причиной потрясающих ознобов она является весьма часто. Эти две причины могут без натяжки объяснить подавляющее количество повышений температуры при спонтанных абортах.

Выявление тех случаев, где аборт был произведен подпольно, а равным образом и выяснение характера вмешательства играет большую роль в терапевтическом отношении. Мы вообще придерживаемся активного метода и не выскабливаем лишь при резких перитонеальных явлениях и в безнадежных случаях. При спонтанном аборте мы выскабливаем всегда немедленно. Старые воспалительные изменения не являются противопоказанием. При подпольных абортах с явлениями раздражения брюшины или острого процесса в придатках мы придерживаемся выжидательной терапии и действуем активно лишь в случаях угрожающего

жизни кровотечения. При этом мы стараемся делать выскабливание *in situ* по возможности меньше низводя матку. Особенно осторожны мы при лихорадящих абортах с внутриматочным вмешательством в тех случаях, когда канал шейки еще закрыт, так как по нашим наблюдениям в таких случаях форсированное расширение шейки, вероятно, благодаря многочисленным мелким разрывам часто является толчком к общему сепсису. В таких случаях мы по возможности выжидаем раскрытия шейки под влиянием хинина и проч. При какой температуре скоблить—при нормальной или при повышенной—этому мы особого значения не придаем. Общая терапия представляется обычной—колларгол, риванол, большие количества алкоголя и т. д. При несомненно и предположительно подпольных абортах мы к энергичной общей терапии приступаем немедленно и в этом отношении наш метод дифференциации подпольного аборта от спонтанного вполне себя оправдывает, так как при этом главная масса внимания уделяется наиболее опасным—подпольным абортам. Кроме того, мы подпольные аборт задерживаем на более продолжительное время в отделении, так как они особенно склонны к появлению различных осложнений, которые часто обнаруживаются не только в ближайшие, но и в последующие дни (на 5—6 день и позднее).

Как мы видим, эта система дала свои результаты, и смертность от подпольного лихорадочного аборта составила 8:186, т. е. 4,3%—цифра весьма благоприятная, если учесть, что мы имели дело в большинстве случаев с исключительно тяжело инфицированным материалом.

На основании наших наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1) Взгляд, согласно которому все или большинство неполных абортов обязаны своим происхождением подпольному вмешательству—должен у нас, в условиях легализации, быть отброшен. На нашем материале процент больных со вмешательством составлял среди лихорадящих неполных абортов до 30%, среди нелихорадящих, вероятно, не превышал 12—16%.

2) Систематический опрос больной, ее родных наряду с данными объективного исследования, как правило, дают возможность выяснить факты вмешательства. Мы получили признание во вмешательстве не менее, чем в 62% сл. всех вмешательств.

3) Подпольный аборт, как и легальный, чаще всего производится в течение первых трех месяцев беременности.

4) Тщательное выяснение числа случаев с несомненно подпольным абортом даст возможность выяснить, насколько в настоящий момент аборт извлечен из подполья.

5) Дифференциация между подпольным и спонтанным абортом имеет не только теоретическое, но и практически-терапевтическое значение.

6) Своевременной терапией нам удалось понизить смертность от подпольного лихорадочного аборта (включая и послеабортные заболевания) до 4,3%.

7) За редкими исключениями большинство случаев смерти от сепсиса при неполном аборте следует отнести за счет имевшего место подпольного вмешательства.

8) Наиболее частой причиной повышения температуры при спонтанном аборте является вторичная инфекция яйца. Весьма часто плодное яйцо инфицируется врачом при амбулаторном исследовании.

Литература. 1) Benthin. D. m. W., 1916, Nr. 18, S. 539. — 2) Бубличенко. Сб. посв. Окинчицу, стр. 183. — 3) Bumm. Z. Geburtsh. 79 (1916), S. 343. — 4) Венцовский. Гинек., 1930, № 1, стр. 95. — 5) Генс. Проблема аборта в СССР. М., 1929. — 6) Dubrowitsch. Zbl. Gynäk. 1923, Nr. 33, S. 1327. — 7) Hirsch. Zbl. Gynäk. 1918, Nr. 3 — 8) Jaeger. Zbl. Gynäk. 1924, Nr. 10, S. 576. — 9) Леви. Тр. VII Съезда акуш. Л., 1927, стр. 596. — 10) Лурье. Сб. посв. Окинчицу, стр. 505. — 11) Магид. Гинек., 1930, № 1. 12) Мажиц. Лнгр. м. ж., 1928, № 4, стр. 32. — 13) Мгалобели. Mschr. Geburtsh. 80 (1928), S. 265. — 14) Nürnberger. Mschr. Geburtsh. 45 (1917), S. 23. — 15) Nürnberger. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 34, S. 833. 16) Nürnberger. Halban-Seitz, 7, 1. — 17) Перетц. Урал. м. об., 3 (1924), № 4—5, стр. 67. — 18) Панченко. Mschr. Geburtsh. 83 (1929), 410. — 19) Подзоров. Сб. Казан. и-та усов. вр. 1 (1929), стр. 222. — 20) Поляк. Белоруск. м. мысль, 1 (1924), № 1, стр. 104. — 21) Смирнов. Омск. м. ж., 1926, № 6, стр. 28. — 22) Siegel. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 11, S. 257. — 23) Sternberg D. m. W. 1926, Nr. 37, S. 1548. — 24) Цейтлин. Плодоизгнание при внематочной беременности.

Из клиники детских болезней 2 МГУ и 1-ой Московской детской туберкулезной больницы.

К вопросу о классификации так. наз. пурпуры у детей.

Проф. А. А. Киселя.

Есть болезни, которые как бы сопровождают педиатра в течение всей его деятельности, то потому что дети постоянно гибнут от них (туберкулезный менингит), или у них совершенно случайно наступает очень опасное для жизни состояние (инородные тела дыхательных путей), или, наконец, у них совершенно неожиданно развиваются болезни, природа которых неизвестна, как напр., так называемый кровоточивый диатез, болезнь Гочкина, злокачественная анемия и пр.

С кровоточивостью я начал встречаться с первого года своей медицинской деятельности, когда я поступил экстерном в Клинику детских болезней Военно-медицинской академии. Проф. Н. И. Быстров придерживался в то время взглядов преимущественно Венской педиатрической школы, которая в то время имела таких видных представителей, как Wiederhofer, Monti, Steiner. Вопрос о пурпуре у детей в то время только еще начал разрабатываться, и в то время он представлялся как бы довольно ясным. Под кровоточивым диатезом понимали все виды заболеваний, когда у детей ясно проявляется склонность к кровоизлияниям в кожу, слизистые оболочки или во внутренние органы. Сюда входили все виды пурпуры, гемофилия, цынга и болезнь Барлова (Baglow). Потом все более и более выяснялось, что гемофилия, цынга и болезнь Барлова должны быть выделены, как самостоятельные формы. Что касается пурпуры, то ее предлагали делить на следующие формы: а) простая пурпура (purpura simplex), б) геморрагическая пурпура или пятнистая Верльгофа болезнь (morbus maculosus Werlhofii) и, наконец, в) ревматическая пурпура (purpura rheumatica Schönleinii). Это деление, повидимому, всех удовлетворяло и было очень распространено,

правда, главным образом, среди немецких педиатров. Интересно то, что ревматическая пурпура резко отличалась по своим клиническим особенностям, но это впечатление очень долгого времени не вызывало почти никаких сомнений. Указывалось только, что клиническая картина ревматической пурпуры очень изменчива. По отношению к двум остальным членам этой группы, т. е. простой и геморрагической пурпуре, повидимому, установилось единообразие в том отношении, что это две формы одного и того же страдания. Между тем следует помнить, что клинические наблюдения постоянно и настойчиво наводят на мысль, что существует только одна форма пурпуры, именно геморрагическая пурпура (болезнь Верльгофа). Каждый случай убеждает в справедливости этой мысли. Как правило, кровоизлияния в начале появляются на коже, но уже очень скоро (особенно при самом внимательном осмотре) мы находим кровоизлияния и на слизистой рта, часто в виде одного-двух очень маленьких кровоизлияний. В других случаях поражения кожи и слизистых являются одновременно. Могу прибавить еще, что я некогда не видел ни одного случая простой пурпуры, хотя на этот вопрос обращал особенное внимание. Я видел несколько десятков подходящих случаев, но все они оказались случаями геморрагической пурпуры, т. е. во всех случаях простой пурпуры я находил кровоизлияния и на слизистых оболочках.

Поэтому я давно уже пришел к определенному выводу, именно, что *простая и геморрагическая пурпура представляют без сомнения одно и то же страдание* и мне прежде казалось, что для упрощения классификации лучше всего три формы пурпуры обозначать одним названием „пурпура“. Литературно я не выступал по этому поводу, имел в виду, что в 1912 году д-р А. С. Артамонов подробно разработал мой материал по бывшей Ольгинской детской больнице, но в печатных отчетах бывш. Детской Ольгинской больницы (Москва 1887—1912 г., т. т. I—XXVI) я постоянно проводил мысль, что между простой и геморрагической пурпурой нет никакой разницы. Кроме того, тот же взгляд я постоянно проводил на лекциях. И, действительно, в той и другой ярко выражен симптом ограниченных небольших кровоизлияний синеватого или фиолетового цвета. Но под простой пурпурой следовало бы понимать только те случаи кровотоочивого заболевания, которые обнаруживаются исключительно кровоизлияниями без других кожных поражений, напр., в виде пятен, папул, поражений крапивницы, различных зудящих сыпей и т. п. В противоположность всему этому при простой пурпуре с самого начала наблюдаются только кровяные пятна в собственном смысле слова.

Мне кажется, что в этом вопросе существует большая путаница из-за того, что употребляемая терминология далека от совершенства. Ее необходимо всеми силами упростить. Прежде всего следует оставить название „Верльгофова болезнь“, но ему следует придать очень ограниченное и вполне определенное значение. *К болезни Верльгофа следует причислить только те случаи, которые сопровождаются лишь пятнами в различных местах кожи и слизистых оболочек, синяками, кровотечениями из носа, кишек и проч., но не бывает других поражений кожи.* Вот за подобными случаями и следует оставить название Верльгофовой болезни. Что касается простой пурпуры, то эту клиническую форму следует ограничить только теми случаями, которые проявляются только одними кровоизлияниями. Я видел много подобного рода

случаев, когда болезнь выражалась только одними кровоизлияниями в кожу (так казалось мне вначале). Очень важно то, что нет никакой разницы между ними и случаями геморрагической пурпуры. Поэтому мне кажется более удобным соединить две эти формы в одну под названием Верльгофовой болезни. Наконец, от названия простая пурпура лучше всего, мне кажется, совершенно отказаться, так как оно не вносит ничего полезного в классификацию кровоточивых заболеваний, а скорее запутывает ее.

Течение Верльгофовой болезни совершенно напоминает то, которое дал ей сам Верльгоф. Он наблюдал кожные кровоизлияния внезапно и без причины развившиеся у крепко сложенной девушки и одновременно кровотечения из носа и рта. Быстро развився упадок сил, но через день кровотечение прекратилось, и пятна на коже постепенно начали бледнеть. Через неделю больная совсем оправилась. И теперь эта болезнь протекает с точно такими же явлениями, но, например, у детей гораздо чаще приходится встречать очень легкие случаи с небольшими кровотечениями из слизистых и без появления упадка сил. Вот для примера случай, наблюдавшийся мною в бывш. Ольгинской детской больнице в 1924 г. как очень типичный для Верльгофовой болезни.

Сир-и, Коля, 9 лет, поступил в больницу 13/XII по поводу кровоизлияний в кожу и кровотечений из слизистых. По словам матери мальчик родился здоровым, доношенным, кормился грудью матери 1 год 2 месяца, первый зуб прорезался в 8 месяцев. Ходить начал в 11½ месяцев. В возрасте 2-х лет болел золотухой, в 6 лет перенес корь. Часто бывали бронхиты. В общем развивался сравнительно хорошо. Мать 32-х лет, считает себя здоровой, родила 4-х детей, из которых 2 умерли (8 месяцев воспалением мозговых оболочек и 2-х лет от осложненной кори), еще 1 ребенок, здоров. Ее отец умер 54-х лет от паралича, ее мать умерла 56 лет, долго кашляла. Ее брат умер 26-ти лет от туберкулеза легких и сестра умерла в возрасте 22-х лет от каких-то припадков.

Настоящее заболевание началось так: около 6/XII к вечеру появилась сыпь, днем она исчезла. Так было 2 дня и затем появилось сильное кровотечение из десен, которое держалось 2 дня. На другой день после кровотечения из десен появились по всему телу резко ограниченные темно-красные пятна, величиною от булавочной головки и немного больше. При осмотре ребенка найдено следующее: кожа и видимые слизистые оболочки окрашены нормально. Подкожный жирный слой развит сравнительно хорошо. По всему телу имеются подкожные резко ограниченные фиолетово-красные, величиною от малой до крупной горошины кровоизлияния и много разлитых синяков. Шейные железы по 3—4 средние горошины с каждой стороны. Правая подчелюстная в средний боб, левая в голубиное яйцо. Подмышечные и паховые железы по 5—7 мелких и крупных горошин. Все железы плотные, мало упруги, продолговаты, некоторые слегка плоски. В легких укорочение перкуторного звука слева спереди над и под ключицей и сзади над лопаткой. При выслушивании изменений нет. Границы сердца без изменений, тоны чисты. Печень выходит ниже реберного края на 1½ см., селезенка не прощупывается. Десны кровоточат, не разрыхлены. В больнице мальчик все время давал небольшие повышения температуры, иногда до 37,3—37,5. Реакция Пирке на чистый туберкулин до 7 см. Просвечивание лучами Рентгена дало увеличение и уплотнение желез корня легких и небольшой, величиной с горошину, обызвестленный фокус в нижней части правого легочного поля. Исследование крови: Нв. 80%, красных кровяных шариков 4.727.000, лейкоцитов 28080. Лейкоцитарная формула: нейтр. 64%, лейкоц. 23%, моноц. 7%, переход. 4%, возин. 2%. В слизи из зева палочек туберкулеза не оказалось. В испражнениях ничего патологического. Моча светлая, желтого цвета, прозрачная, уд. вес 1010, крови нет, в осадке ничего патологического.

В больнице мальчик чувствовал себя здоровым, не было никаких жалоб, кровотечений не наблюдалось, синяки на месте бывших кровоизлияний довольно

быстро уменьшались. Получилось впечатление, что болезнь приходит к своему естественному концу и потому больной был отпущен домой.

Считать ли тромбопению постоянным спутником Верльгофовой болезни? Ответить на этот вопрос довольно трудно и потому, мне кажется, что лучше всего не руководствоваться этим признаком, пока не будет выяснено, в каких именно случаях количество тромбоцитов резко падает. Во всяком случае следует отметить, что резкое падение числа тромбоцитов во многих случаях Верльгофовой болезни заслуживает самого полного внимания и подробного изучения.

Наряду с упомянутыми выше кровоточивыми болезнями следует упомянуть еще целый ряд болезней другого характера, которые иногда могут сопровождаться кровоизлияниями и кровотечениями. Между ними прежде всего заслуживают внимания всякого рода эритемы, при которых также могут иметь место кровоизлияния и кровотечения. В настоящее время нередко не проводят резкой границы между пурпурой и эритемой. А между тем в этом отношении необходимо столкнуться, потому что иначе нельзя избежать очень большой путаницы. Понятно, что здесь будет очень много условного, но в этом ничего нет необычного, это повторяется постоянно.

К кровоточивым болезням следует отнести все те страдания, при которых кровоизлияния и кровотечения играют главную роль, при которых в большинстве случаев нет почти никаких других изменений кроме кровоизлияний и кровотечений. В эту группу следует, повидимому, отнести простую и геморрагическую пурпуру (Верльгофова болезнь). Выше я уже говорил, что эти две формы так сходны по симптомам, что отделить их одну от другой нет никакой возможности. Совершенно неприемлемо называть простой пурпурой ревматическую пурпуру или тем более инфекционную эритему с склонностью к кровоизлияниям или кровотечениям. Дело в том, что эритема протекает совершенно иначе, при ней на первом плане различные другие сыпи, иногда очень обильно выраженные, причем склонность к кровоизлияниям часто совершенно отсутствует и в этом отношении нет никакой разницы между инфекционной эритемой и всеми другими инфекционными болезнями, при которых тоже могут развиваться кровоизлияния на высоте болезни. Тем не менее эти болезни никто не называет пурпурой, а прибавляет только название „геморрагический“, как, например, геморрагическая оспа, скарлатина, сыпной тиф и проч. Поэтому правильнее всего отказаться от названия пурпура по отношению к эритемам. Ведь при последних центр тяжести лежит не в кровоизлияниях, а в разлитых воспалительных поражениях кожи, очень различного характера, причем тотчас бросается в глаза очень резкая разница: при пурпуре мы находим на коже только однотипные изменения в виде кровоизлияний, тогда как для эритемы именно характерны различные поражения кожи: пятна, папулы, пузыри, отечность, инфильтраты. Затем эритемы часто протекают очень бурно, с очень высокой температурой, с тяжелым состоянием, частой рвотой, с возвратами, поражениями внутренних органов. Мне неоднократно приходилось встречать очень тяжелые случаи этого страдания. Вот один из последних случаев самостоятельной экссудативной эритемы, который я привожу в очень сокращенном виде.

Бе-ва Тая, 7 лет, поступила в клинику детских болезней 2 МГУ 8-го февраля 1929 г. в тяжелом состоянии по поводу приступов сильной боли в животе и

гровавой рвоты. Ребенок родился доношенным, здоровым, кормился грудью матери 1 год, ходит с 10-ти месяцев, говорит с 1-го года. Зубы прорезались на 6-м, 7-м месяце. Все время росла совершенно здоровым ребенком, перенесла только корь в 6 лет и коклюш. Мать 30 лет, в общем здорова, но последние 2 года чувствует недомогание, очень нервна, бледна. Ее родители живы (55 и 70 лет), здоровы. У ее матери из 7-ми детей 3 умерли от неизвестной причины. Отец девочки 31 года, бледен, жалоб нет. Его родители (68 и 57 лет) живы, здоровы. Из 10 их детей только 2 умерли в детстве, остальные живы, в возрасте от 17 до 45 лет, здоровы.

Постоящее заболевание началось так: 21/I с. г. у девочки совершенно неожиданно появились на тыльной поверхности рук и ног совершенно симметрично красные пятна и папулы, вскоре замечена была отечность в окружности лучезапястных и голено-стопных суставов. Жара в это время не замечали. Через три дня состояние ребенка очень резко изменилось к худшему: появились приступы очень сильных болей живота, временами повторная рвота с кровью и кровянистые испражнения. Вскоре после этого появилась отечность кожи и подкожной клетчатки лица, в области обоих голено-стопных суставов и правого лучезапястного сустава. Отечность постоянно менялась в силе, причем иногда в течение нескольких часов почти совершенно исчезала. Сыпь на коже тоже постоянно менялась, причем нередко появлялись мелкие петехии. По временам резко запылавали глаза. Особенно бросалось в глаза быстрое нарастание отеков. Температура все время держалась около 37,5—37,3, редко повышалась до 37,7—38,0. Пульс обыкновенно 100—115, шумов в сердце не было, но тоны были глухие. Тромбоцитов 600.000. Время истечения крови 1,5 минуты. Время свертывания крови: начало 1½ минуты, конец 4 минуты. Симптом Румбеля отрицательный. С 18/II отмечено небольшое увеличение печени и селезенки. Селезенка прощупывалась на 1½ стм. ниже реберного края.

19/II в левом легком тупость в подмышечной области и под левой лопаткой. Пробный прокол дал серозную прозрачную жидкость с незначительным содержанием белка без форменных элементов. Моча красноватого цвета, резко мутна, обильный осадок, в осадке 20—30 красных кровяных шариков в поле зрения. Немного гиалиновых цилиндров, единичные клетки почечного эпителия. С 25/II в правом легком, в подмышечной области и под лопаткой укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания. Нижний край печени прощупывается на 4 стм. В клинике девочка оставалась до 30/III. В этот день она заболела скарлатиной и переведена в скарлатинное клиническое отделение. Лечение проводилось выжидательное и симптоматическое. Назначена легкая диета, мясо резко ограничено, соль давалась в очень ограниченном количестве. Один раз в неделю теплая ванна. Тяжелое состояние девочки не уменьшалось. Вспышки болезни следовали одна за другой, как бы от какой то внутренней причины. Облегчить очень тяжелого состояния больной ничем не удавалось. В скарлатинном отделении клиника девочки лежала до июля, причем вся картина болезни оставалась без перемен.

Остается теперь ответить, с каким страданием мы имели дело? Эту болезнь обыкновенно называют брюшной пурпурой (*purpura abdominalis*). Название это предложено потому, что болезнь эта сопровождается кровоизлияниями в кожу, кровянистой рвотой и такими же испражнениями. Однако клиника во многих случаях ясно указывает, что при этой болезни склонность к кровотечениям далеко не играет главной роли, а тем более не может характеризовать это страдание. Как типично болезнь протекала в нашем случае: среди полного здоровья у девочки на предплечьях и голенях появились симметрично-красные пятна, общее недомогание, боли в суставах, и только через три дня появились острые боли в животе, кровянистая рвота и такой же понос. При первом осмотре среди различной сыпи на конечностях можно было заметить немного геморрагической сыпи синеватого цвета, но резко очерченных фиолетовых или резко красных пятен все время не было. В испражнениях и рвотных массах крови отделялось немного, но девочка жестоко страдала от очень сильных болей живота, кричала от боли, лежала скорчившись с глубоко втянутым животом, стонала, редко успокаивалась. Сыпь постоянно менялась в форме,

величине и характере. Несколько раз появлялась сыпь преимущественно в виде папул на половых органах. Неожиданно развивались в различных местах кожи и подкожной клетчатки отеки и разлитые инфильтраты, но кровоизлияния совершенно не соответствовали по объему и распространению этому очень бурному процессу. Получалось ясное впечатление, что это не длительное расстройство сосудов кожи и слизистых оболочек, но кровотечения происходят от временных расстройств этих органов и во всяком случае совершенно не напоминают тех кровотечений, которые бывают при гемофилии, Верльгофовой болезни и цинге. Следует строго помнить, что классификация этих болезней представляет очень большие затруднения и пока она может строиться только на клинических особенностях. Как ярко в приведенном случае отразилось поражение кожи и слизистых воспалительного характера? Пятна при ней эритематозные, уртикарные, папулезные, которые только частью приобретают характер кровоизлияний, но главное то, что здесь кровоточивости никакой нет. Это те геморрагические явления, которые наблюдаются при многих инфекционных заболеваниях. Совершенно верно, что ближе всего это страдание приближается к экссудативным эритемам, которых, правда, так много, что разобраться среди них в настоящее время нет никакой возможности, однако все же можно попытаться и теперь разделить эти страдания на две большие группы, одну с преобладанием геморрагических явлений и другую, в которой весь процесс характеризуется различными проявлениями экссудативного процесса. Понятно, что во многих случаях провести эту границу будет очень трудно, но, ведь, другого выхода сейчас не имеется. В этом отношении работы Франка представляют очень большой интерес. Можно сказать, что он первый очень настойчиво проводил ту мысль, что геморрагиям совершенно ошибочно придавали до сих пор особо большое значение. Они не заслуживают этого. Для меня совершенно ясно, что в этом вопросе очень пугает слово „пурпура“. Может, лучше совсем от него отказаться и простую пурпуру вместе с геморрагической отнести к болезни Верльгофа, а брюшную и ревматическую пурпуру отнести к экссудативным эритемам, а что касается так называемой молниеносной пурпуры, то пока ее поставить отдельно, потому что она еще очень мало изучалась. Очень заманчива мысль отнести Верльгофову болезнь к тромбозам, но вопрос этот далеко недостаточно еще разработан. Но во всяком случае нельзя не упомянуть, что здесь много очень интереснейших фактов, напр., хотя бы тот (отмеченный уже неоднократно), что кровяные пластинки после удаления селезенки очень быстро нарастают и даже могут временно превышать норму.

Из только что приведенного описания видно, что болезнь у детей протекала очень бурно, в общем мало напоминала то течение болезни, которое свойственно кровоточивой болезни; на первый план выступали не кровоподтеки, не пятна, а другие поражения кожи и даже характерных кровоизлияний в кожу, которые постоянно наблюдаются при кровоточивой болезни, в этом случае не было. В общем можно сказать, что эти самостоятельные инфекционные эритемы скорее напоминают какое-то септическое заболевание с разнообразными осложнениями.

Мне кажется, что недочетом существующих классификаций является то, что они ставят себе исключительно трудные задачи, стараясь охватить одновременно очень много форм болезней очевидно различного про-

исхождения. Конечно, очень заманчиво раскрыть патогенез болезни, тем более узнать этиологию страдания, но дело в том, что в настоящее время для этого нет достаточных данных, и потому, мне кажется, что в настоящее время выгоднее сделать только первые шаги для выработки классификации и теперь пока наметить две группы болезней: группу геморрагических заболеваний и группу самостоятельных эритем, частью с кровоизлияниями и кровотечениями. Эта задача может показаться очень узкой, но, мне кажется, что в настоящее время другого выхода из создавшегося положения нет. Классификаций предложено очень много, все они мало удовлетворяют, они делаются более и более сложными, а между тем вопрос мало проясняется. Ясно, что попытка должна быть сделана другая. Следует упростить это дело и сделать попытку разбить эти заболевания на две главные группы на основании одной только клиники. Не следует забывать, что вся вообще классификация болезней построена на основании одних только клинических признаков. Работы Frank'a и в особенности его большой труд в обширном руководстве Schittenhelm'a „Болезни крови и кроветворных органов“ представляют исключительную ценность. Однако вряд ли возможно согласиться с его предложением совершенно объединить такие формы, как простая пурпура, ревматическая пурпура, пурпура брюшная и пурпура молниеносная. Прежде всего это относится к простой пурпуре, место которой далеко не выяснено. Я выше приводил основания, почему простую пурпуру следует слить с геморрагической пурпурой, т. е. с Верльгофовой болезнью. Это было бы гораздо проще еще и потому, что уже давно установилось мнение, что простая пурпура относится к кровоточивым болезням. Действительно, клиника в этом отношении дает совершенно определенный и ясный ответ. В легких случаях кровоточивой болезни других поражений кожи мы не находим, если же болезнь выражена папулезной и другой сыпью одновременно с кровоизлияниями, то ясно, что это уже не кровоточивая болезнь, а совершенно другое страдание, *протекающее в клиническом отношении совершенно отлично*. Но, с другой стороны, совершенно прав Frank, когда он говорит, что при целом ряде заболеваний, обозначаемых в настоящее время пурпура, кровоизлияния являются вторичным симптомом, а первично развивается простая эритема, которая потом может принимать геморрагический характер. При чем же название пурпура (т. е. кожные кровоизлияния), если болезнь выражается эритематозными, уртикарными, папулезными высыпаниями, иногда зудящей сыпью, которая потом может пропитываться кровью. Не ясно ли, что название „пурпура“ для подобных страданий совершенно не подходит, оно, напротив, вносит очень большую путаницу. Надо очень твердо разграничить с одной стороны страдания с кровоизлияниями на первом плане, а с другой стороны с экссудативно-воспалительными явлениями. Как велика разница между теми и другими? При эритемах очень пестрая картина изменений. Такого же взгляда держатся и другие авторы, например Dobelin, Glanzmann и др. Понятно, что имеется очень много переходных форм, представляющих очень большие затруднения при распознавании, но прежде всего нужно общее соглашение относительно основ классификации, необходимо установить, что классификация будет клиническая, т. е. на основании особенностей течения болезней.

Моей главной целью является обратить внимание на то обстоятельство, что классификация так называемых геморрагических заболеваний зашла в какой-то тупик и чем дальше, все становится более и более запутанной. Но иначе и быть не может. Для классификации нужен хорошо разработанный материал, а по отношению к геморрагическим заболеваниям, надо правду сказать, этого далеко не имеется. К сожалению, вообще очень мало накоплено казуистического материала. Стоит только познакомиться с очень сложными предложенными классификациями (Mogawitz'a, Curschmann'a, Pfaundler'a, von Sett'a, Glanzmann'a и др.), чтобы сказать, что вопрос этот так усложнился, что надо его пересмотреть целиком. Необходимо начать это дело как бы сначала. Детский врач в этом отношении находится в особо счастливом положении потому, что он чаще встречается с этим заболеванием, но в особенности имеет значение то, что детский врач чаще встречает совершенно чистые формы этого страдания. Если я решаюсь высказать свое мнение по этому вопросу, то только потому, что постоянно бросалось мне в глаза то обстоятельство, что Верльгофова болезнь (я прибавлю: вместе с простой пурпурой) представляет такие яркие особенности, что ее никак нельзя смешивать с различными страданиями, которые только сопровождаются явлениями кровоизлияния и то далеко не в той типичной форме, как это бывает при настоящей Верльгофовой болезни. Я решительно присоединяюсь к основной мысли Frank'a, она совершенно верна: необходимо отделить болезнь Верльгофа от экссудативных эритем. Однако, я менее всего согласен следовать за ним, когда он присоединяет сюда и септический эндокардит (endocarditis lenta), болезнь, имеющую совершенно другой клинический облик.

Выводы: 1. Название „пурпура“ следует оставить только за кроветочивой (Верльгофовой) болезнью во всех ее формах.

2. Простую пурпуру лучше всего соединить в одну форму, в одну клиническую картину с Верльгофовой болезнью.

3. Верльгофова болезнь, как правило, выражается только кровоизлияниями и пятнами на коже и протекает очень типично.

4. Инфекционная эритема обнимает очень много разнообразных заболеваний, из которых выше имелись в виду только экссудативные, папулезные самостоятельные формы, протекающие часто с геморрагическими явлениями.

5. Получается впечатление, что оба эти заболевания совершенно различной природы, различного происхождения.

6. Следующим шагом будет дальнейшее изучение отдельно каждой из этих двух групп.

7. Вопрос о тромбозии при Верльгофовой болезни должен быть поставлен в первую очередь.

Конституция и психотерапия.

Д-ра Г. Б. Геренштейна. (Ленинград).

Область изучения неврозов и психоневрозов весьма сложна и многогранна. Оперировать над человеческим мозгом, не вскрывая черепной крышки больного—весьма трудная и ответственнойшая задача. Шаг за шагом мы завоевываем себе с большим трудом и постепенно путь к познанию одной из самых сложных медицинских загадок—сущности того сдвига, который имеет место в психических дебрях невротика. Но тем не менее не так уже редко нам удается этот сдвиг обнаружить и повернуть психический рычаг в желательном для нас направлении, тем самым возвращая невротика ту полноценность, без которой он перестает быть равноправным членом человеческого коллектива.

Обладая в этом отношении могучим орудием—психотерапией, в настоящее время находящей себе крепкий фундамент в школах Freud'a, Kretschmer'a, Dubois, Павлова, Бехтерева, Ухтомского и друг., мы тем не менее не можем утверждать, что психотерапия отличается достаточной полнотой и является какой-либо единообразной научной системой или прочно-выработанной и общепринятой методологией научного познания. Отдавая себе отчет в теоретической сущности применяемого того или иного лечебного метода, психотерапевт тем не менее не свободен от эмпиризма и, стоя безусловно на научной базе, вынужден все же признать, что в том или ином случае наступление или ненаступление лечебного эффекта является для него непонятым. *Coeteris paribus* один и тот же лечебный прием оказывается действительным в одном случае и приводит к обратному результату—в другом.

Причины, обуславливающие подобное явление могут быть двоякого рода, как двоякого рода могут быть и этиогенные факторы невроза. Экзогенные моменты, играющие главную роль в этиологии невроза, представляют собой весьма сложные социальные комплексы, по содержанию своему совершенно различные у различных индивидуумов. Один и тот же, казалось бы, житейский конфликт, стимулирующий происхождение и развитие невротического симптома, совершенно различно преломляется в психике пролетария или буржуа, цивилизованного или малокультурного человека. Но и эндогенные факторы, как напр., менопауза, совершенно различно могут влиять на весь жизненный тонус их носителя, в данном случае женщины различной хотя бы конституции.

Как правило, психотерапия строит свое здание главным образом на анализе и устранении факторов преимущественно экзогенного характера. Для психотерапевта окружающая среда, социальные условия, внешние раздражители, житейские невзгоды—это все. В гораздо меньшей степени психотерапевт озабочен оценкой состояния соматической сферы, вследствие чего нередко такие конфузы, когда табетические, скажем, кризы подвергаются лечению психоанализом, а паркинсонизм—внушением. Со всем небольшим внимание уделяется конституции б-ного, в то время как этот многообъемлющий фактор играет столь важную роль во всей невро-психической жизни больного.

Вместе с тем, те учения, на которых основывается психотерапия, не только не игнорируют конституции, а чрезвычайно внимательно к ней

относятся. Так, напр., Freud, строя свою школу на проблеме сексуальности, прямо указывает на необходимость считаться с устанавливаемой им даже особым видом „сексуальной“ конституции, включаемой им в известную его схему причины невроза.

„Причина невроза“ = предрасположению благодаря фиксации либидо + Случайные переживания (травма)

сексуальная конституция
(доисторическое переживание)

инфантильное
переживание“

(Freud¹⁾)

О том, что Kretschmer создал целую школу, если так можно выразиться, конституциологии — известно каждому. В неменьшей мере Павлов уделяет важную роль конституциональным особенностям животного, объясняя конституцией различное воздействие на различных животных одного и того же внешнего раздражителя. Поскольку психотерапия представляет собой в конечном итоге воздействие на психику человека целого комплекса внешних раздражителей, ясно, что не безразлично, на какую конституцию будет падать тот или иной психотерапевтический прием, если под конституцией разумеется „присущее индивидууму состояние, унаследованное или приобретенное, поддающееся морфологическому или функциональному анализу, возникающее, как из проявления отдельных функций, так из суммы телесных и душевных особенностей; состояние, определяющее тип деятельности и развития организма; состояние, которое характеризует индивидуума в смысле требований, которые к нему можно предъявлять в отношении его сопротивляемости, способности к возрождению и жизнеспособности“ (Kraus²).

Современное состояние учения о конституции не дает нам возможности выделить какие-либо определенные типы конституции, которые отличались бы только им свойственными психическими и соматическими особенностями. Да вряд ли когда-либо разрешение этой проблемы удастся в полной мере, ибо филогенез изменяется через онтогенез, а последний в свою очередь зависит от постоянно меняющихся и бесконечно переплетающихся между собой биосоциальных факторов. Поэтому учение о конституции для психотерапевта играет лишь относительную роль, но эту роль он должен ей все же предоставить, ибо конституциональным типам свойственны определенные общие формы психических проявлений, и, учитывая эту общую закономерность, психотерапевт облегчает себе подчас разрешение практической врачебной задачи.

Патология поведения, характеризующая невротика, с которой приходится главным образом иметь дело психотерапевту, зависит не только, повторяем, от факторов экзогенных. „Не реакция составляет“, говорит В. А. Вагнер, „основное свойство живого вещества, а раздражимость, которая, как момент сенсорный, характеризует реакцию, как момент моторный“³). Раздражимость же нервной системы зависит, как мы

¹) S. Freud. Лекции по введению в психоанализ. Т. II.

²) Цит. по Т. И. Юдину. Психопатические конституции. 1926.

³) В. А. Вагнер. Возникновение и развитие психических способностей.

знаем, от факторов эндогенных и в частности от гормональной деятельности, подчас определяющей развитие той или иной конституциональной организации, с одной стороны, с другой — определяющей и характер психической деятельности. „В нервно-психической работе принимают участие три главных компонента центральной нервной системы: периферический сенсорный, центральный — воспринимающий и моторный, а также сложные системы их соединений; но определяют характер их работы также и особенности вегетативной и эндокринной системы, моменты питания, обмена веществ, биохимические моменты, моменты кровообращения и вся вообще соматическая структура организма“ (Т. И. Юдин)¹⁾. „Мы знаем, „говорит Kretschmer²⁾“, весьма тяжелые нарушения психической сферы, вызываемые изменениями в эндокринных железах, более тяжелые при нарушениях в щитовидной железе и надпочечниках, менее тяжелые при нарушении деятельности зачатковых желез и гипофиза... Увеличенная секреция щитовидной железы при Базедовой болезни производит одну из классических форм психической гипергормии (чрезмерно сильные и ускоренные реакции, психомоторные гиперкинезы), сенсорную сверхчувствительность, раздражимость, гиперкинезы. В патологии зачатковой железы известна более легкая, но непреодолимая слабость побуждения, индолентность настоящих евнухов и ранних кастратов“. Но и в норме, как мы знаем, преалирующая деятельность одной железы над деятельностью других в той или иной мере отражается на психике индивидуума, как мы это, напр., наблюдаем при менопаузе, или в периоде полового созревания, когда аффективная, или вернее эмоциональная, сфера характеризуется рядом этому периоду свойственных черт. К тому же, поскольку с конституцией биологически связано то, что мы по Kretschmer³⁾у называем темпераментом, понимая под этим словом общую характерную для личности в целом аффективную установку (психический темп, проявляющийся в чувственном и интеллектуальном отношениях), ясно, что психотерапевту, так часто встречающемуся с этой „аффективной установкой“, игнорировать конституцию не приходится. Не следует лишь при этом заходить так далеко, как это делает, напр., Белов⁴⁾, полагая, что „поведение людей и животных в одной трети зависит от воспитания рефлексов, а две трети от врожденности и эргогенеза“, но известную дань „врожденности и эргогенезу“ мы отдать обязаны.

Эта дань будет выражаться в том, что в области психотерапии и ее главных методических направлений: суггестивного, психоаналитического и т. н. „рационального“ (убеждение по Dubois) мы при подходе к больному будем иметь в виду не только внешние этиогенные факторы, но и конституциональные, ибо один и тот же, скажем, гипноз совершенно различно будет приемлем для лиц различной конституции.

Мы, следовательно, подходим к вопросу о значении конституциональной индивидуальной психологии в психотерапии и в этом отношении мы намерены двигаться по пути, указываемому нам тем же Kretschmer⁵⁾ом.

Kretschmer исходит из двух видных групп конституциональных психозов: маниакально-депрессивного и шизофрении⁴⁾. Первый является,

¹⁾ Т. И. Юдин. Психопатические конституции, стр. 14.

²⁾ Э. Кречмер. Медицинская психология. 1927.

³⁾ Н. А. Белов. Личность и внешность. «Начатки знаний». Петроград.

⁴⁾ Э. Кречмер. Медицинская психология.

по его мнению, болезненным представителем большого нормально-психологического круга темпераментов циклотимических, второй—болезненным представителем второго круга темпераментов шизотимных. Пограничные же психопатические состояния между больным и здоровым он обозначает, как „циклоидные“ и „шизоидные“. Поскольку клинически установлено, что циркулярные психозы наиболее часто встречаются у пикников, а психозы шизофренической группы у астеников и атлетиков, Kretschmer делает совершенно обоснованный вывод, что пикнику свойствен преимущественно циклотимический темперамент, а астеннику—шизотимический, понимая под темпераментом „общую аффективную установку, характерную для личности в целом“.

Чем же характеризуются психические особенности хотя бы этих двух конституциональных типов: пикнического и астенического? Если нам удастся установить в этом отношении какую-нибудь общую закономерность, мы сумеем продвинуться в своих рассуждениях дальше с целью наметить, какой, напр., путь психотерапии, гипноз ли, психоанализ или лечение убеждением может при прочих равных обстоятельствах быть показан при том или ином упомянутом нами типе конституции.

Прежде всего Kretschmer различает психический темп и психический ритм. Под психическим темпом автор разумеет степень быстроты психических процессов, как „понимание“, „интрапсихическая“ обработка и психомоторные проявления. Под ритмом следует понимать равномерность или неравномерность в следовании одних психических актов за другими. У циклотимика-пикника общий психический темп колеблется между быстротой и медленностью. В следовании же одних психических процессов над другими наблюдается большая или меньшая равномерность. У шизотимика-астеника наблюдается очень мало характерного в смысле общего психического темпа; зато в смысле ритма-равномерности в динамике психических процессов—у него наблюдается своего рода аритмия. Шизотимик может „надолго застрять на одном каком-нибудь психическом процессе, страстно и надолго впасть в аффективно-окрашенное представление, оставаясь равнодушным к бесчисленному количеству других раздражений“. С другой стороны, шизотимику свойственно несоответствие между способностью к восприятию и реагированию: получается „застой, скопление аффектов“, причем и само течение аффектов избирает сложные, неожиданные, обходные пути. Это создает сильное усложнение психического ритма, который у них перестает поддаваться учету... Они долгое время упорствуют на чем-либо. Внезапно отступают, резко реагируют, а затем опять надолго кажутся индолентными. Таким образом психический темп шизотимика колеблется между тягучестью и порывистостью“. У циклотимика (и, след., пикника) психический темп и настроение совпадают. Внешние реактивные проявления соответствуют его внутренним переживаниям в данный момент. У шизотимика (астеника) внешние формы поведения большей частью не совпадают с его внутренними переживаниями. Эти особенности, свойственные циклотимику и шизотимику, определяют часто и общую установку личности на среду. В то время как циклотимик отличается по преимуществу общительностью, сердечным открытым отношением к окружающему с тенденцией взять все возможное от настоящего момента, являя собой тип деятельного практика, чувственного искателя наслаждений, реалиста, шизотимик, на-

оборот, скрытен, склонен к уходу в себя, к самоудовлетворенности, к исканию каких-то особых идеалов, оставаясь недовольным всем окружающим и часто самим собой. В науке и искусстве, как указывает Kretschmer, циклотимик (пикник) и шизотимик (астеник) проявляют себя также различно: первый дает тип наглядно описывающего и нацуживающего эмпирика в науке, художника-реалиста в искусстве, второй (шизотимикастеник)—схоластика, философа, метафизика, художника стиля и формы, идиллиста.

Уже этих черт, характеризующих циклотимика и шизотимика, достаточно, чтобы, обратившись к области психоневрозов и психотерапии, видеть, что соответствующие им конституции, пикническая и астеническая, требуют к себе *coeteris paribus* различного психотерапевтического подхода.

Клинические наблюдения показывают, что сама структура невроза, хотя бы той же повседневно встречающейся неврастении, ее развитие, течение и содержание часто весьма различны у пикника и астеника¹⁾. Пикник-неврастеник и астеник-неврастеник совершенно различно проявляют себя хотя бы в отношении субъективной оценки своего состояния. Пикник-неврастеник гораздо чаще обращает внимание врача на этиологические факторы *экзогенного* порядка. При этом он учитывает всегда факты реальные, конкретные, как, напр., условия личной жизни, служебные и профессиональные. Пикник не склонен глубоко вдаваться в анализ окружающей действительности, он ее воспринимает так, как она есть, и лишь подчеркивает ее неприемлемость для него в данный момент. Если бы мне удалось переменить место службы (или квартиру и т. п.), я б вероятно выздоровел в один момент",—скажет неврастеник-пикник. Астеник же склонен к более глубокому анализу окружающей действительности и оценку последней начинает чуть ли не с Адама. Он не намерен удовлетвориться „одной переменной места или характера работы“. Этого для него недостаточно. Он недоволен всем окружающим, которое, по его мнению, подлежит глубокому коренному изменению, а какому именно „он сам не знает“. Пикник-неврастеник не склонен сваливать всю вину своего заболевания только лишь на внешнюю среду. Он часто признает, что и он сам не мало способствовал возникновению у себя невроза—нарушения контакта с внешней средой. Астеник же, склонный к уходу в себя, к самоудовлетворенности, к фантастике, астеник, всей своей конституцией часто обязанный возникновению у него невроза, вместе с тем не мирится с наступившими хотя бы временными изменениями в окружающей действительности. Если пикник-неврастеник спешит к врачу и совершенно искренне стремится избавиться поскорее от своего неврастенического симптомокомплекса, то астеник способен надолго застрять на своем „психоконflikте“, сознательно или бессознательно избегая восстановления контакта с внешней средой. Стабильность симптома характерна для астеника, заболевающего неврастением, и он остается надолго фиксированным на испытываемых им психических и соматических

¹⁾ Само собой разумеется, что тот или иной тип конституции сам по себе определяет часто характер развивающегося невроза и сам по себе говорит о той или иной форме невропатии. Но этот вопрос не входит в задачи статьи и под неврастением мы здесь разумеем благоприобретенный, вызванный экзогенными факторами неврастенический симптомокомплекс.

особенностях. Пикник, наоборот, дает большое непостоянство в отношении стойкости симптома и для него характерна более частая смена настроения и большая полиморфность симптомов. Поведение в смысле внешних его проявлений у пикника и астеника при заболевании неврастений опять таки различны. Астеник в силу свойственного ему несоответствия между его психическими переживаниями и внешними проявлениями этих переживаний—дает такое же несоответствие и при заболевании неврастений, когда он и здесь проявляет свою сдержанность, „корректность“ и „аристократичность“, служащую часто большим препятствием в деле изучения и познания его личности, подчас чрезвычайно скрытной и недоступной. Пикник же и при заболевании неврастений остается общительным и откровенным с врачом, доверяет ему все свои тайны, отличающиеся большею частью реальностью, осязательностью, конкретностью.

Психастенические наклонения при неврастении чаще встречаются у астеника, чем у пикника, и содержанием своим они гораздо сложнее у первого нежели у второго. Навязчивость или фобия, безразлично, представляет ли она собой символическое изживание „ущемленного аффекта“ в прошлом или она обусловлена какими-либо моментами актуально поддерживающими психастенический симптом в настоящем—у астеника конструируется гораздо сложнее, захватывает в свою психофизиологическую дугу гораздо большее количество компонентов, нежели у пикника. Можно было бы сказать, что у пикника навязчивость или фобия имеет обычно свое обоснование в настоящем больного, обусловлена теми или иными факторами, обнаруживаемыми в текущей жизни больного, его семейном, служебном быту и не требуют для своей расшифровки от врача глубоких психологических знаний. Это большей частью какой-нибудь страх перед арестом или „чисткой“ по службе или партии или не совсем необоснованная навязчивая мысль о неверности жены и т. п. У астеника психастенический симптом представляется гораздо сложнее и загадочнее. Это весьма часто продукт неразряженных душевных переживаний в прошлом; симптом при этом окутан тайной, подчас мистикой и содержит в себе сложный психологический шифр, разгадать который удастся только после многих месяцев упорного психотерапевтического труда. Это—либо боязнь жить в комнате, где имеется только одна дверь, или страх при виде венецианского окна, либо необходимость стукнуться головой трижды об стол прежде, чем сесть обедать, или ничем необоснованная, казалось бы, сифилофобия.

Если теперь обратиться к психотерапии и подумать о выборе метода лечения для таких двух конституционально различных невропатов, то мы увидим, что не все методы могут быть а priori показаны в том или другом случае. Возьмем для примера способ лечения убеждением по Dubois, и мы увидим, что он может быть гораздо чаще показан при лечении пикника и в меньшей степени астеника. Пикник в силу свойственной ему в большей мере общительности, откровенности, большей равномерности в психическом ритме, т. е. большей равномерности в следовании одних психических процессов за другими, при лечении его убеждением весьма быстро схватывает разъяснения врача и, как реалист и практик, проникается действительно легко убеждением в несостоятельности своего симптома и целесообразности применяемого к нему метода

лечения. Он легко пополняет свой интеллект новыми медицинскими представлениями, помогающими ему разобраться в одержимых им невротных особенностях. То, — что Strümpell называет „нарушением в идейной жизни“, приводящим к неврастени, это „неправильное мышление“ по Dubois, легко сравнительно выравнивается у пикника-неврастеника в силу свойственных ему и приведенных выше циклотимических особенностей. Астеник же для лечения его убеждением менее приемлем, чем пикник. Подчас романтик и идеалист, видящий вокруг себя нередко одно лишь „несовершенство бытия“, скрытный и порой деспотичный, склонный к уходу в себя и вместе с тем не легко выставляющий свое ущемленное „я“ врачу напоказ, астеник в силу свойственных ему шизотимических особенностей требует к себе при прочих равных условиях применения другого метода психотерапии. „Тягучесть, а порой порывистость психического темпа“, неравномерность психического ритма сводит к нулю значение влияния на него метода лечения убеждением, метода общепризнанного и несомненно ценного, но в конечном итоге сводящегося к оценке и устранению лишь поверхностных, легко поддающихся контролю сознания мотивов, лежащих в этиологии невроза. Малообщительный и замкнутый в себе астеник требует применения к нему такого метода, сущность которого более гармонизировала бы со всей его шизотимической личностью. Суггестивная психотерапия в виде хотя бы того же гипноза или какого-нибудь физиотерапевтического воздействия с суггестивной целью (искры д'Арсонваля или Франклина), отличаясь некоторой необычностью и загадочностью, больше по душе астенику, нежели путь „рациональной“ психотерапии, хотя он, как шизотимик со свойственной ему подозрительностью и необщительностью, на первых порах и тут будет противодействовать лечению. Но тем не менее эти приемы для него более приемлемы, поскольку они позволяют ему оставаться пассивным в процессе лечения и мало задевают доминирующие черты его личности. Он будет на первых порах даже проницательно относиться к применяемому к нему суггестивному приему, но последний никогда не вызовет с его стороны той агрессивной реакции, которую способна вызвать в нем т. н. рациональная психотерапия, обращающаяся к его интеллекту с целью доказать больному, насколько его симптомы зависят от его „неправильного мышления“.

Как это не покажется на первый взгляд странным, но психоанализ, как лечебный метод, больше приемлем у астеника-шизотимика, нежели у пикника-циклотимика, разумеется при прочих равных условиях. Замкнутость и скрытность астеника мешают весьма на первых порах психоанализа, но в дальнейшем астеник сдается, и, правда, робко, застенчиво и не без подозрения раскрывает перед врачом ворота своих душевных тайников. Психоанализ, подчеркивающий с первых же слов больному, что последний не представляет собой неразрешимой для врача загадки, что врач обладает методом, делающим доступным для наблюдения внутренний мир человека, нередко в течение первых же встреч с астеником-шизотимиком производит на него впечатление и заставляет его хоть и насторожиться, но отнестись к лечению с должным уважением, вниманием, а, главное, доверием. Под влиянием приводимого врачом по аналогии какого-нибудь случая из своей практики, где имело место аналогичное заболевание, под впечатлением излагаемого психоаналитиком

механизма образования и исчезновения симптома у „некоего“ больного и наш астеник начинает проникаться доверием и интуитивно чувствовать, что и он способен избавиться от симптома путем такого „оригинального“ способа лечения. Психопатизм как-то импонирует такому больному и, может быть, потому, что он по методике своей близок по душе психопатизму, и без того склонному к уходу в себя и к самоанализу.

Пикник же не способен большей частью на кропотливую психоаналитическую обработку. Он не любитель надолго останавливаться на каком-нибудь психическом процессе и нетерпеливо „ассоциирует“ по предложению психоаналитика. По его мнению „все ясно“ и не к чему искать символику симптома. Он требует от врача решительных и скорых мероприятий и его устраивает больше осязаемый им вкус брома, нежели сложное толкование его сновидений. Психоаналитическую ретроспекцию он называет „ни к чему ненужными праздными мечтаниями о прошлом“, и поскольку он не мечтатель—подобная методика его не устраивает, и он требует „чего-то конкретного“. А это „конкретное“ он понимает в виде упомянутого выше изменения внешних условий его существования, а на худой конец, если это невозможно сделать, то объяснения, в чем заключается сущность его страдания (resp., метода Dubois) и как от него избавиться „путем водолечения“.

Таковы наши в общих и кратких штрихах клинические наблюдения, лишние раз подтверждающие концепции учения Kretschmer'a и других авторов, придающих большое значение конституции и ее определяющему влиянию на психические отправления человека.

Н. А. Белов¹⁾ в своих работах в достаточной мере оттеняет зависимость психических особенностей от конституции. В зависимости от доминирования в эндокринной системе той или иной железы или, наоборот, в зависимости от ее недостаточной деятельности—создается определенный конституциональный тип с особенностями, характеризующими не только его внешность, но и личность в целом. Персистенция, напр., эпифиза, как указывает Белов и как всем известно, приводит к усилению роста, ускоряет процессы соматического и нервно-психического развития при торможении полового. Создающийся таким образом „гиперпинеальный“ тип характеризуется ослаблением в половом развитии и половой деятельности наряду с усилением интеллектуальной. По мнению Белова, этот тип при определенном инфантилизме в деле полового развития и при соответствующих внешних условиях наиболее склонен к гомосексуализму, подпадая наиболее часто под влияние развращающей соответствующей среды. Белов выделяет группу кретиноидных типов, появляющихся в результате незначительной степени гипотиреозидизма. Это люди с средним ростом, не страдающие в виду компенсаторной деятельности гипофиза и отличающиеся круглоголовостью, курносостью, низкой переносицей, сухостью кожи, плотным на ощупь ожирением—со стороны соматической, а со стороны психической—раздражительностью, злобностью и жестокостью, упрямством, ленью, нелюбовью к труду, достаточной степенью порочности. Поскольку, как указывает сам автор, а это находит себе подтверждение и клинически, эти типы не поддаются убеждению—ясно, что убеждение, как психотерапевтический метод

¹⁾ Н. А. Белов. Личность и внешность. Он же. Физиология типов.

для них также неприемлем. Обладая к тому же и особой волевой установкой—по терминологии Kretschmer'a „гипобулической“—этот кретиноидный тип требует применения к нему раздражающих психотерапевтических методов, хотя бы в виде того же фарадического сильного тока или высокого давления душа Charcot, которые он ощущал бы не своим упорствующим в определенной идее интеллектом, а филогенетически более старыми механизмами.

Постоянная гиперфункция гормонов половой железы, а тем более раннее созревание, тормозит рост бедренных костей самцов, задерживает рост мозгового придатка. Выявляющийся конституциональный „гипергенитальный“ тип отличается, по Белову, следующими особенностями. Внешность: черты лица мелки, надбровные дуги и челюсти развиты слабо, нос, губы, веки более или менее тонки. Относительно длинное туловище и короткие ноги. Вторичные половые признаки развиты сильно: усы, борода, волосатость у мужчин, грудные железы, жировая клетчатка у женщин. Рост малый или ниже-средний. Поведение: кокетливость у женщин, волокитство у мужчин. Гипергенитальный тип отличается большими способностями, часто талантом, склонностью к музыке, пению. Это, как указывает автор, тип низкорослого мужчины-волокиты, „мышинного жеребчика“, ухаживающего за высокими женщинами или тип похотливой и кокетливой толстушки. Вся их поступочная сторона, по автору, преломляется „сквозь призму половых импульсов и даже в выборе профессии они от влияния своей гипергенитальной конституции не свободны. „Если это врач—то это обязательно гинеколог или уролог, если это певец—его репертуар—арии и романсы“ (Белов). Как ни покажется такое утверждение на первый взгляд проблематичным, но на практике мы часто убеждаемся в справедливости этих слов. Такая неотъемлемая сторона личности, как профессия человека, для психотерапевта играет колоссальную роль, а выбор профессии, как мы знаем, не является в эволюции личности чем-то случайным. Несколько ярких примеров подобной детерминизации выбора профессии от „сексуальной конституции“ человека дает Fritz Geise в своей работе „Психоанализ и психотехника“¹⁾. Но приведенная характеристика гипергенитального типа для нас интересна и в другом отношении. Всякому психотерапевту известно, как часто невротик скрывает от врача истинные мотивы, особенно сексуально окрашенные, лежащие в основе невроза, причем скрывает это он не только бессознательно, но весьма часто совершенно преднамеренно. Психотерапевт же, имея в виду конституциональные особенности невротика и помня, что особенности поведения невротика, гегр. его невротический симптом, детерминируются не только факторами экзогенного характера, но особенностями эндогенными, а priori облегчает себе путь к разгадке сущности страдания и, следовательно, к назначению правильной терапии.

И не только терапии. От терапевта требуется прежде всего умение дифференцировать психоневроз от страдания, обусловленного соматической сферой, и было бы, разумеется, большой ошибкой, если бы мы тот же гомосексуализм, напр. ²⁾, рассматривали бы только как психоневроз и не

¹⁾ Fritz Geise. Психоанализ и психотехника. 1926.

²⁾ См. Г. Б. Геренштейн. Гомосексуализм, как психоневроз, в свете учения о доминанте. «Каз. мед. ж.» 1929. № 7—8.

допускали бы мысли о том, что он, быть может, в отдельном случае обусловлен соответствующей конституциональной организацией.

Нам крайне не хотелось бы, чтобы все сказанное произвело такое впечатление, что одного взгляда на конституцию человека достаточно для того, чтобы а priori предрешить выбор психотерапевтического метода. Это было бы недопустимой ошибкой, точно так же как ошибкой было бы думать, что шизотимические особенности свойственны только астенику и никогда не наблюдаются у пикника и поэтому для последнего психоанализ не показан или наоборот. Или что можно так уже резко разграничить пикническую конституцию от астенической. Точно также, как в другом месте¹⁾ мы считали возможным напомнить практическому врачу о необходимости наряду с соматической сферой предать оценке и сферу психическую—мы в этой статье имеем в виду напомнить психотерапевту об обратном. Только лишь в таком случае, „при взгляде на личность в целом“ (Dubois), при учете особенностей соматики больного, и в частности его конституции, пусть уже не в таком широком смысле слова, как ее понимает Kraus, а в узком-общепринятом, психотерапевт в значительной мере облегчит себе задачу по водворению невротика в жизнь. Вместе с тем он поспособствует в деле изучения затронутого нами вопроса о выборе метода психотерапии в зависимости от конституции, вопроса сложного и вместе с тем весьма важного, отдельные и к тому же бледные наметки которого мы позволили себе здесь привести.

¹⁾ Г. Б. Геренштейн. Субъективная психотерапия, как диагностически-вспомогательное мероприятие. «Кл. ж. Саратов. унив.». 1929. № 4.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Положение вопроса об этиологии трахомы в последнее время¹⁾.

Проф. В. Е. Адамюка.

За последние годы в области разработки вопроса об этиологии трахомы мы пережили новые надежды и новые разочарования. Несмотря на все усилия исследователей, вопрос этот вообще движется весьма медленно. Он представляет, видимо, труднейшую задачу; возможно, что безрезультатность в бактериологических поисках до последнего времени заключалась в том, что для обнаружения микробов трахомы требуются какие-нибудь совершенно иные методы исследования, чем те, которыми мы пользуемся обычно.

Было предположение, что микроб трахомы находится за пределами имеющих в нашем распоряжении увеличений микроскопов. Играло роль, несомненно, и то, что трахома, в конце концов, все же нерезко отмежевывается от группы заболеваний, сопровождающихся появлением фолликулов на соединительной оболочке век и то, что конъюнктивальный мешок служит рассадником для массы различных микроорганизмов, и до сих пор еще недостаточно и не всесторонне изученных.

Все это вело уже неоднократно исследователей к ошибочным открытиям, когда микробы, совершенно не имеющие никакого отношения к трахоме и находившиеся случайно в конъюнктивальном мешке, как стафилококк, ксеротическая палочка, пал. инфлюэнцы, бас. Koch-Week'a и др., принимались за возбудителей трахомы.

Я не буду подробно останавливаться на этих находках, имеющих теперь лишь исторический интерес в процессе развития в учении о трахоме. В течение многих лет сосредоточивали на себе внимание офтальмологов открытия в 1907 г. Prowazek'ом и Halberstedt'ом и независимо от них Greff'ом и его сотрудниками особые включения в эпителиальных клетках конъюнктивы трахоматозных больных. Включения эти представлялись образованиями, сидящими в виде шапочки, на ядре, внутри эпителиальной клетки, и при специальной окраске по Giemsa резко выделялись своим синим или синева-фиолетовым цветом рядом с красным ядром клетки среди бледно-голубой протоплазмы ее. Ряду исследователей уже удалось уловить некоторые детали строения этих включений. Стали уже считать мельчайшие зернышки (элементарные тельца), из которых состоит взрослое тельце включения, за носителей трахоматозного вируса. Однако специфичность этих находок пошатнулась, после того как оказалось, что включения эти встречаются и при различных других страданиях конъюнктивы, особенно при блеппорее новорожденных негонококкового происхождения, при т. н. банном, купальном, а теперь оказывается и других конъюнктивитах, и даже в эпителиальных клетках слизистой оболочки половых органов человека при гоноррее без наличия гонококков.

Это последнее обстоятельство допускает строить некоторые предположения о первоисточнике заражения трахомой (генитальная теория). Однако такой знаток трахомы, как Ch. Nickol, открыто заявляет, что карьеру трахоматозных включений можно считать законченной. Иные, впрочем, еще сохраняют за ними некоторое косвенное значение при диагностике трахомы.

Таким образом, мы вновь вернулись к первоначальному положению, т. е. нам оставалось только известным, что в трахоматозных тканях имеется какой-то возбудитель трахомы, который может быть перенесен на глаза здоровых и на определенный вид животных. Правда, к этому времени накопились уже некоторые понятия о свойствах трахоматозного вируса, который оказывается относится

¹⁾ Доклад, в несколько сокращенном виде, сделанный на Обл. Съезде врачей в г. Казани 17/1—30 г.

и фильтрующимся вирусам, разрушается при нагревании до 50°, обладает большой нестойкостью к глицерину и т. д. Но этих сведений, конечно, недостаточно, чтобы понять всю сущность трахомы.

Так стоял вопрос до 1926 года, когда офтальмологический мир был вновь взволнован сначала еще неясными слухами об открытии японцем Noguchi микроба трахомы, а в 1928 году появилось в качестве приложения к американскому журналу „Экспериментальной медицины“ монография его „Этиология трахомы“ в 4 частях с 31 табл. рисунков.

Дело началось с того, что несколько лет тому назад Американская медицинская ассоциация основала комитет для борьбы с трахомой у индейцев, среди которых последние сильно развита. Для бактериологических работ был приглашен Noguchi, работавший в Рокфеллеровском институте. Трахоматозный процесс Noguchi стал изучать на учениках индейской школы в Albuquerque. Диагноз трахомы ставился американскими врачами. Выбрано было сначала 11 случаев, из которых, в конце концов, было использовано пять. Пользуясь особыми питательными средами, Noguchi выделил из конъюнктивы трахоматозных школьников индейцев особого микроба, прививки которого на конъюнктиву обезьян дали, по заключению Noguchi и его сотрудников, картину болезни подобную трахоме. Удавался и перенос заразы от глаза к глазу, наблюдалась аутоинфекция незараженного глаза обезьян от другого, где была экспериментально вызвана трахома.

Собственно Noguchi выделил две Gram-отрицательных палочки, одну, растущую исключительно на дифференцированных средах и вызывающую у обезьян зернистый конъюнктивит, процесс, по заключению Noguchi и его сотрудников, соответствующий клинически и патолого-анатомически трахоме человека. Ее то Noguchi и назвал *Vac. granulosus*. Другая палочка росла хорошо на обычных средах, но с характерным образованием слизи и пигмента; эта последняя вызывала у обезьян слизисто-гнойный конъюнктивит без образования фолликул. Ее Noguchi назвал хромогенной палочкой.

Для посевов применялись следующие среды: во первых, чашечки с кровяным агаром (причем брался Нормон-агар Hanto'a и дефибринированная кровь лошади или кролика в количестве 20%). К этому агару прибавлялось по 1% каждого из следующих углеводов: декстрозы, мальтозы, сахарозы, галактозы, инсулина и декстрина. Эта смесь сахаров фильтровалась через свечу Berkefeld'a N. Второй средой являлась *Semisolid Leptospira medium*, состоящая из 8-ми частей 0,9% солевого раствора, одной части свежей кроличьей сыворотки, 1 части 2% агара и около 0,1% лаковой крови кролика.

На первой среде, непосредственно по ее поверхности, размазывался материал, выдавленный из трех фолликулов. Для посева на *Semisolid Leptospira medium* (вторая среда) приготавливалась взвесь из частичек удаленных трахоматозных тканей, растертых в ступке с солевым раствором. Взвесь засевалась в прогрессирующих разведениях в 6-ти пробирках большого формата (разведения от 1:10 до 1:100000 первоначальной взвеси).

Я упускаю, конечно, детали техники приготовления сред, производства посевов и изолирования культур. Но для характеристики микробов Noguchi следует добавить, что хромогенная палочка, растущая хорошо на обычном агаре, образуя светло-лимонный и желтоватый пигмент и, продуцируя в изобилии слизь, (палочка размером 0,23—3,4 на 0,8—1,4) Gram-негативна, активно подвижна и сохраняла свою подвижность в течение нескольких недель. В бульоне растет диффузно, через несколько дней образовывала легкий пигмент и большое количество слизи. Не спорогенна, лишена капсулы. *Vac. granulosus* (вторая палочка) тоже Gram-отрицательна, сходна с ксеротической, но меньше ее. В более старых культурах дает инволюционные формы: булавовидные, полигональные, изогнутые, короткие, даже двойные. Вначале Noguchi и рассматривал ее, как разновидность ксеротической палочки, но прививка чистой культуры ее обезьянам дала именно зернистый конъюнктивит, сходный с человеческой трахомой.

Колонии на кровяном агаре при 30°C, каковая ^{то} является лучшей для их роста, через 48 час. имеют вид маленьких, блестящих, слегка, приподнятых, почти прозрачных сероватых точек, увеличивающихся затем размеров. На 2-й среде *V. granulosus* растет в виде диффузной, сероватобелой, нежной зоны, глубиной в 1 см., от которой иногда идет вниз колонка. На этой среде *V. granulosus* как при 30°, так и при 37°—оказалась неподвижной. Впоследствии, впрочем, Noguchi наблюдал подвижные формы при 15°C, точно так же, как и в конденсационной жидкости из пробирок с кровяным агаром (кровь лошади) при 30°. Эта палочка

снабжена жгутиком, расположенным на одном из полюсов. (В молодых культурах размер ее 0,25—0,3 μ на 0,8—1,2 μ).

Палочка не спорогенная; для кроликов, морских свинок и мышей не патогенная, ею одной из всех изолированных им микробов удалось вызвать у обезьян зернистый конъюнктивит. Поэтому Noguchi и назвал ее *Vac. granulosis*.

Еще следует упомянуть о методе экспериментального вызывания зернистого конъюнктивита у обезьян: веко выворачивалось и около 0,2 взвеси вспрыскивалось шприцом в субконъюнктивальную ткань ближе к верхнему краю хряща. Культура бралась 2—7-дневная.

После заражения двух макак в июне—первое подозрительное явление трахомы появилось в июле. В сентябре же обнаружено было уже несколько зерен на краю хряща и верхней переходной складки и несколько фолликулов на конъюнктиве нижнего века. До прививки конъюнктивы были совершенно гладки. Для опытов были использованы 13 макак-резус, 3 шимпанзе, один японский макак. Во всех случаях *Vac. granulosis* дала зернистое поражение конъюнктивы; получалась аутоинфекция другого, незараженного, глаза. Гистологические изменения при экспериментальной трахоме соответствовали человеческой трахоме.

Переносы экспериментального зернистого конъюнктивита с животного на животное дали, как сказано, положительные результаты. *Vac. granulosis* была выделена и от экспериментальных случаев. Палочки, изолированные от этих экспериментальных случаев у обезьян, обладали теми же патогенными свойствами, что и первоначальная культура, полученная от человека. Клинические и гистологические особенности во всех пассажах были одинаковы. Никакой другой микроб, выделенный от трахоматозных больных, как отмечает Noguchi, не вызывал у обезьян того, что было получено с *V. granulosis*. Поэтому Noguchi считал, что *V. granulosis* есть возбудитель трахомы у человека и ее эквивалента—зернистого конъюнктивита—у обезьян.

На заражение обезьян другими микробами, обитателями конъюнктивального мешка (было сделано 43 опыта)—конъюнктивита обезьян не реагировала образованием фолликулов.

После преждевременной смерти Noguchi от тропической лихорадки во время новой его экспедиции в Африку, Американская ассоциация пригласила венского профессора Lindner'a проверить результаты исследований первого. Прибыв в Albuquerque и осмотрев больных, от которых Noguchi выкультировал своего микроба, и обезьян с экспериментальной трахомой, Lindner, к великому смущению, нашел у этих последних не трахому, а фолликулез. Среди же больных, бывших в распоряжении Noguchi, наряду с действительно трахоматозными были и случаи фолликулеза и смешанные формы. Одним словом, Lindner отвергает этиологическое значение микроба Noguchi для трахомы. Для него не составляет, как говорит он, никакого сомнения, что полученная Noguchi картина болезни у обезьян не имела ничего общего с трахомой, а была фолликулезом. Повидимому, Noguchi выкультировал своего микроба частью из чистого фолликулеза, а частью из случаев трахомы, осложненной фолликулезом.

Такое недоразумение Lindner объясняет тем, что Noguchi был паразитолог и в отношении поражения глаз как у больных, так и у экспериментальных обезьян должен был полагаться на врачей-сотрудников американских окулистов, а эти последние, может быть, вследствие редкости трахомы в Америке, могли быть недостаточно опыты в диагностике ее, а кроме того, могли и вообще с точки зрения унитаристов считать фолликулез за трахому. Lindner не умаляет значения открытия Noguchi и считает, что последний действительно открыл нового микроба, именно возбудителя или одного из возбудителей фолликулеза, но все же не трахомы.

Это открытие Noguchi имеет свое значение и серьезное значение в деле решения спора между унитаристами и дуалистами, отмежевывая фолликулез от трахомы и подтверждая правильность взгляда дуалистов. Однако же приходится признать, что микроб трахомы ускользнул от исследователей и на этот раз.

Открытие Noguchi дало толчек ряду проверочных работ в этом направлении и у нас: в Казанском трахоматозном институте ведется теперь работа как по изучению самого микроба Noguchi, так и экспериментальной трахомы у обезьян, которых, хотя в небольшом количестве, имеет Трахоматозный институт.

В Харьковском Санит. б-кт. институте подобная работа дала уже положительные результаты (Степанова и Азарова). Удалось от случаев нелеченной

трахомы выделить в чистой культуре палочки, идентичные с *Vac. granulosis Noguchi* (8 штаммов). При прививках смесью этих штаммов 6-ти макакам-ребус-у 5-ти обезьян получилось образование фолликулов после инкубационного периода в 8—19 дней. Вырезанные кусочки пораженной конъюнктивы от 2-х из этих инфицированных трахомой обезьян дали положительный результат при прививке новых 2-х здоровых ребус-ов. Подобно *Noguchi*, в 2-х случаях при заражении одного глаза авторы получили аутоинфекцию другого незараженного глаза.

Таким образом, патогенность этого микроба для конъюнктивы как бы подтверждается: эта последняя реагирует образованием фолликулов. Но действительно ли идентичен этот процесс у обезьян с трахомой человека—не вполне ясно. Как отмечают и сами авторы—малое количество опытов не дает возможности сделать окончательные выводы. Дальнейшие исследования продолжаются, и результаты их будут особо интересны, т. к. авторы получили оригинальную культуру *Vac. granulosis Noguchi* из Рокфеллеровского института.

В руках некоторых других исследователей бактериологическое изучение русской трахомы на средах, которыми пользовался *Noguchi*, не обнаружило описанных палочек. Возникает сомнение и в том, действительно ли *Vac. Noguchi Gram*-отрицательна? Тот же *Ch. Nickol* получил по основному методу *Gram*'а и положительную их окраску.

Еще одной из позднейших работ по вопросу о бактериологии конъюнктивального мешка при трахоме является сообщение проф. Орлова о применении для этой цели сред *Noguchi*. И тут брались случаи нелеченной трахомы, понятно главным образом I степени, т. к. редко теперь можно встретить нелеченные случаи II стадии. В качестве материала для посевов, по примеру *Noguchi*, он брал содержимое от выдавленных фолликулов или экцидированные кусочки трахоматозной конъюнктивы, растертой в агаровой ступке. Результатом посевов получались чрезвычайно смешанные колонии. Работа, повидимому, не закончена, т. к. автор не входит в подробности изложения полученных результатов в отношении *Vac. granulosis Noguchi*, но описывает попутно найденный им в 2-х случаях трахомы один микроорганизм грибковой природы, представлявший, при слабом увеличении микроскопа, в виде плотного войлока, отдельные частички которого окрашивались по *Gram*'у и представлялись то короткими, то длинными палочками, часто слегка изогнутыми, б. ч. ветвящимися.

Повторные посевы и изучение свойств найденного грибка заставляют отнести его к группе *Corynebacterium*, а вследствие склонности ветвиться—ему дается и название *ramificans*.

Следует отметить эту находку, хотя, конечно, пока нельзя говорить о к. н. прямой связи этого грибка с трахомой, т. к. предположения о грибковой природе инфекционного начала трахомы высказывались и ранее. Напр., Нойшерский, Else, Трапезничева, как известно, находили при трахоме грибковых микроорганизмов, но это были единичные наблюдения, и биологические свойства этих грибов оставались неустановленными.

Вообще окончательное решение вопроса как о микробе *Noguchi*, так и о грибковой природе трахоматозного возбудителя—дело будущего. Нужно отметить, что до сих пор все же исследования в отношении возбудителя трахомы велись в недостаточном широком масштабе. Необходимы более широкие, массовые исследования. Правда, вследствие сложности их,—они не могут быть проведены очень быстро. Исследования эти требуют и значительных средств. Например, Казанский трахоматозный институт еще совершенно недостаточно оборудован для этого. Во всяком случае необходимо, чтобы лабораториям, занимающимся этим вопросом, были предоставлены все возможности и облегчен процесс получения всего для этого необходимого.

Нельзя, говоря об этиологии трахомы, пройти мимо попыток связать ее с общим состоянием организма,—с конституцией. В отношении этого пока высказываются диаметрально противоположные взгляды. В то время как одни исследователи, особенно итальянской школы, находят, что трахомой поражаются, главным образом, лица с врожденным конституциональным лимфатизмом, дегенеративными признаками, отводят известную роль железистому туберкулезу, предполагающему к трахоме,—другие совершенно не подтверждают какую-либо роль конституции при трахоме. В частности серия обследований, произведенная сотрудниками Казанского трахоматозного института (Круглов, Микаэли, Тарнопольский), не подтверждает связи трахомы с конституцией. И действительно, мы то

и дело встречаем в наших лабораториях здоровых, крепких индивидуумов, пораженных, однако, тяжелой формой трахомы.

Результаты исследования крови у трахоматозных больных (наблюдаемый будто бы у них лимфоцитоз, эозинофилия), еще недостаточны, чтобы дать к. н. обоснованные выводы. Также обстоит дело в отношении исследования щелочности слез. Серологические реакции, применявшиеся у трахоматозных больных, дают не менее разноречивые данные. Разработка всех этих вопросов продолжается, и мы, по видимому, еще далеки от их окончательного разрешения.

До последнего времени еще остаются невыясненными и некоторые другие недоуменные вопросы.

Чем объясняется невосприимчивость некоторых субъектов к трахоме? При поголовных осмотрах встречаются случаи, когда среди семьи, все члены которой поражены трахомой, один из членов ее является совершенно здоровым в этом отношении. Загадочен встречающийся и местный иммунитет к этой болезни. Чем, напр., объясняются случаи односторонней трахомы, оставляющей, несмотря на близкое соседство, здоровым другой глаз человека, подчас незнающего о заразной болезни одного своего глаза и не принимающего никаких мер для предупреждения заноса ее в другой?

Я упоминаю обо всем этом, чтобы показать, как много еще надо сделать для всестороннего освещения вопроса об этиологии и патогенезе трахомы.

Общественное питание, как проблема социально-гигиеническая и культурная.

Д-ра А. Я. Плещицера.

Задачи общественного питания наиболее четко выражены в статье в газ. «Правда» от 16-го марта 1930 года, в которой говорится, что: «проблема рациональной постановки и широкого развертывания общественного питания является органической частью борьбы за профинплан, за повышение производительности труда, за повышение реальной зарплаты, за социализм. Правильная организация общественного питания является одной из важнейших предпосылок успешного выполнения и перевыполнения наших производственных программ.—С другой стороны, задачи социалистического переустройства быта, раскрепощения и привлечения к производительному труду и общественной жизни миллионов трудящихся женщин на фоне тех гигантских шагов, которые делает на пути к социализму наше хозяйство, стали задачами сегодняшнего дня, и разрешение их в значительной степени упирается в вопросы общественного питания, и, наконец, с точки зрения сегодняшнего дня, при наличии ограниченных ресурсов некоторых продуктов питания, нужно во имя экономии, во имя рационального использования тех ресурсов, которые мы имеем, объявить решительную борьбу хищническому расточительству этих ресурсов, которое происходит в миллионах индивидуальных кухонь».

Такая же установка дана Арт. Халатовым в его докладе. В одном из тезисов он приводит данные проф. Струмилина, что при сокращении питания на 25%, производительность труда уменьшается на 70%, и дальше он выдвигает положение, что рабочие столовые на предприятиях нужно рассматривать как производственный цех. В другом тезисе, говоря об экономии, которая может быть получена при общественном питании, он приводит следующие цифры: семья из 4-х человек затрачивает только на приготовление обеда—0,55 часа, а одиночки—1,26 часа, в то время когда в механизированном предприятии общественного питания эта затрата составляет примерно 0,04 часа. В настоящее время приготовление пищи только по одному городскому сектору производится в 5—6 миллион. хозяйств, с ежедневной затратой на это свыше 30 мил. рабочих часов, и общие затраты на питание для лицевого труда только по городскому населению составляют около 3,5 миллиарда в год.

Н. А. Семашко указывает, что наука обязана помочь поставить дело общественного питания так, как нужно. Наука уже обладает для этого достаточно мощным арсеналом знаний. Наука должна еще глубже заняться изучением этого

вопроса, — она обязана всеми силами помочь выполнению задачи удешевления общественного питания, только обобществление питания даст возможность поставить все проблемы рационализации питания, так как в общественное питание можно внести элементы плановости, научной обоснованности, — общественные столовые должны быть не только рационально организованы вообще, но и дифференцированы по научным показателям.

Проф. Певзнер также подчеркивает, что в наш реконструктивный период — период ломки старого быта и создания нового — вся проблема питания населения должна разрешаться с точки зрения обобществления всего питания. Если последнее организуется в социалистическом государстве при участии общественности, при участии самих трудящихся масс, то оно не может ограничиваться только удовлетворением желания получить ту или иную пищу и дать насыщение, оно должно дать пищу каждому соответственно потребностям его организма, другими словами, оно должно дать каждому определенный пищевой рацион. Подвоз точно определенного количества пищи — не больше и не меньше — необходим, во-первых, с точки зрения экономики государства и, во-вторых, с физиологической точки зрения. Величайшая проблема экономики, также и с точки зрения оформления масс, сводится к выработке норм питания для определенных групп населения по профессиям, условиям труда и быта, полу и возрасту. Нужно теперь считать окончательно установленным, что нерациональное питание не только мешает полному развитию всех функциональных способностей организма (ведет к падению работоспособности и к ослаблению сопротивляемости организма), но является причиной многих заболеваний, — в этом последнем случае рациональное питание является лечебным питанием.

«Характер питания подрастающего поколения определяет собою темп социалистического переустройства СССР и продуктивность труда в нем» говорит Политов. Этот же автор обращает внимание органов здравоохранения и ставит перед ними задачи максимального внимания к вопросам регулирования питания с точки зрения физиологических норм, режима питания, обеспечения пищи витаминами, солевого баланса и пр. Рост активного запроса на удовлетворение этой потребности происходит и в городе, и на селе с чрезвычайной быстротой, которая угрожает превратить объективные их возможности рационального удовлетворения этой потребности. Социально-гигиеническое значение этого движения заключается в том, что уровень здоровья населения находится в прямой зависимости от состава, качества и характера питания, а с другой стороны предупреждение ряда заболеваний зависит от питания. Сюда еще можно добавить слова (Reich) Рейха о том, что продолжительность жизни есть мерило для оценки питания населения, а на основании питания населения можно с уверенностью делать заключения о продолжительности жизни.

Фишер (Fischer A.) отводит условиям питания решающее влияние на санитарное состояние населения, они влияют не только на числа заболеваемости и смертности населения, но и на трудоспособность и производительность народа, на рост и судьбу его детей, на наслаждение жизнью и социальный образ мыслей. В этой выдержке автора для нас непонятно, какое социальное гигиеническое значение он придает влиянию питания на наслаждение жизнью и социальный образ мыслей. Из-за солидной научной эрудиции автора выглянул незаметно значительный филистер... Он же определяет следующий общий вопрос, которым занимается социальная гигиена в области питания: «наносит ли вред населению и отдельным его слоям существующие недостатки питания, происходящие от экономических и прочих культурных факторов», и дальше, в главе — влияние культуры на народное питание, Фишер пишет, что многие важные вопросы питания в настоящее время не могут быть решены окончательно. Но приходится сознаться, что печальные переживания во время войны восполнили некоторые пробелы в наших знаниях, и что с социально-гигиенической точки зрения, в интересах народного здоровья, не подлежит никакому сомнению, что необходимо избегать войны, тем не менее, можно сколько угодно увлекаться мечтами о мире, но в ближайшем будущем нельзя избежать войны. Каждый социально-гигиенист, который не прячет голову под крыло, как страус, должен уяснить себе это положение и особенно в связи с народным питанием. Этот почтенный автор дальше не договаривает. Но очевидно, что он вполне готов выбросить лозунг «готовься к войне — запасай консервы», но филистерская стыдливость социально-гигиениста не позволила ему этого сделать.

Приведенные выдержки достаточно ярко и отчетливо определяют ту грань, что разделяет наших социально-гигиенистов от социально-гигиенистов Запада в вопросах народного питания.

Те задачи, которые ставит перед собой общественное питание в нашем союзе социалистических республик, требуют активного привлечения к этому делу органов здравоохранения в части санитарно-гигиенической, детского питания, диетпитания и питания в лечучреждениях. Постановление коллегии РКИ РСФСР от 14/УШ 29 г. «О результатах обследования общественного питания» предлагает НКЗдравам союзных республик: указать местным органам саннадзора на обязательность установления твердого плана текущих обследований санитарного состояния столовых и т. п. с точным указанием тех улучшений в санитарном их состоянии, которые намечает провести саннадзор и указать местным органам саннадзора на необходимость усиления и углубления контроля за питательной ценностью отпускаемого в столовых и т. п. питания, в частности принять меры к увеличению числа анализов проб пищи; предложить паевому т-ву «Нарпит» по согласованию с Наркомздравом организовать при фабриках-кухнях и крупных механизированных столовых санитарно-гигиенические лаборатории и пригласить для руководства делом рационализации питания специальных врачей-диететиков, также проработать вопрос об организации санитарно-гигиенических лабораторий и о приглашении врачей-диететиков для групп средних и мелких предприятий.

Предложить Наркомздавам союзных республик совместно с Нарпитом разработать систему питания для разнородных групп больных, разработать систему нормального и рационального питания детей в детучреждениях, совместно с Наркомпросами выработать план перехода на обязательное предоставление в школах бесплатных горячих завтраков.

Нарпиту совместно с Наркомздравом и Центросоюзом выработать план усиленного развертывания пунктов диетического питания, проработать вопрос о системе питания и нормах раскладок в диетстоловых.

Участие органов здравоохранения в вопросах рационализации и научной реорганизации питания широких народных масс является наиболее ответственной задачей и требует максимального внимания со стороны всей массы врачей: необходимо коренным образом изменить как объем, так и методику работы в деле народного питания, здравоохранение должно взять на себя руководящую роль в реорганизации всего этого дела—так определяет задачи органов здравоохранения Наркомздрав Украины тов. Канторович¹⁾.

Правильное решение всей этой проблемы невозможно без опоры на научно-исследовательский базис. Проф. Мольков полагает, что две точки зрения—хозяйственно-потребительская и здравоохраненческая (понимаемая в самом широком значении этого слова)—должны систематически слиться в отыскании путей и способов такого удовлетворения потребностей трудовых масс в области питания, которые при максимальной бережливости, вызываемой современной фазой нашего хозяйственного строительства, давали бы и максимальный эффект как энергетический, так и оздоровительный, т. е. обеспечивающий правильное накопление жизненных сил трудового населения страны. Создание центрального мощного Института питания в ведении Наркомздрава, но при активнейшем участии и содействии Нарпита, как нельзя более отвечало бы этой назревшей и осознанной потребности страны²⁾. Наркомздрав должен стать ведущей силой этого дела, как потому, что его интересы более универсальны и разносторонни, охватывают всю систему народного питания, а не одного только общественного питания, которым ведает Нарпит, так и потому, что в его распоряжении уже имеется широкий научно-исследовательский базис в лице Институты, ведущих соответствующие работы.

Н. А. Семашко, ставя вопрос, на какие основные моменты должна ответить научная мысль в области питания, отвечает: «она прежде всего должна стремиться к расширению запаса питательных веществ, должна обогатить население продуктами питания, вторая группа вопросов—это наиболее рациональное использование имеющихся пищевых ресурсов и третья группа вопросов—это рациональное питание для отдельных групп населения и для отдельных профессий».

¹⁾ См. ст. Гордина «Врачебное дело» 1930 г. № 12—13.

²⁾ Это уже выполнено, см. хронику в этом же № «К. м. ж.»

По мнению Гордина в деле изучения вопросов питания стоят следующие задачи: первоочередной—является разрешение научного вопроса о ценности белка и о максимальной замене животных белков растительными,—организация рационального питания в социалистическом секторе села, организация рационального питания на заводе, в цехе, в частности в периоды ночных работ, вопроса наилучшего приготовления пищи, улучшения ее вкусовой ценности и правильного консервирования продуктов. Особенно им подчеркивается работа по более совершенному строительству общественных столовых фабрик-кухонь, так как она связан тесно с жизнью нового социалистического города и села, и от нее зависит весь уклад новой жизни и нового быта.

В какой мере органы здравоохранения разрешают эти вопросы и как они справляются с задачами, стоящими перед ними? Большинство авторов отвечают, что органы здравоохранения не справились с этой задачей. П. Б. Гордин указывает, что в области питания мы застыли на старых методах надзора за состоянием пищевых продуктов, и за этим делом, надо откровенно признаться, прозевали все вопросы, связанные с реконструкцией быта и плановой оздоровительной работой. Мы не заметили, что вопросы питания из небольшой проблемы санитарного порядка выросли в мощную социально-гигиеническую и социально-бытовую проблему, не укладывающуюся в узкие рамки санитарно-пищевого надзора.

То же подтверждает Политов, говоря, что кадры здравоохранения к началу 1929 года не были готовы к тому, чтобы, выйдя из положения органов «надзора» и случайных консультантов, перейти на плановую оздоровительную работу. Убедительным доказательством этому служит то обстоятельство, что около трети всех жалоб на недостатки общественного питания были сосредоточены на анти-санитарном состоянии его. Бархан подчеркивает, что неблагополучно обстоит дело с диетпитанием, что местные органы здравоохранения мало проявляют интереса к этому вопросу, что весьма неблагополучно с детским питанием. Охват школьников горячими завтраками недостаточен, общественные столовые снабжают школы неудовлетворительным питанием. Еще хуже обстоит дело с питанием детей вне школы, детских столовых почти совершенно нет.

Не менее сложные и ответственные задачи стоят перед нашими кооперативными организациями и всей советской общественностью в деле организации общественного питания. VII Всесоюзный съезд профсоюза Нарпита в марте 1927 года по докладу «Нарпита» и Церабсекции принял следующие основные решения: добиваться включения предприятий общественного питания в планы промышленного и поселкового строительства, ассигнования на строительство предприятий общественного питания, привлечения к вопросам общественного питания широкой советской общественности и т. д. Постановление Совета народных комиссаров РСФСР от 1/VII 28 года признает, что дело общественного питания является одной из важнейших задач советского строительства, так как оно способствует раскрепощению рабочих от домашней кухни, является проводником нового быта, дает экономию, увеличивает производительность труда.

Профсоюз Нарпит и в дальнейшем уделяет много внимания этой проблеме на своих Пленумах и съездах, заслушивал доклады о развертывании дела общественного питания и обсуждении вопросов пятилетнего плана. Обширную программу намечает этот союз в деле общественного питания на Пленуме Центрального Комитета этого союза в феврале 1930 года. В этой программе даются следующие установки: считаясь с общими темпами развития народного хозяйства, коренной ломкой—ломкой быта трудящихся в связи с переходом промышленных предприятий на непрерывку и коллективизации сельского хозяйства, что влечет за собой усиление роли общественного питания в общем снабжении, Пленум находит необходимым пересмотреть намеченные планы развития общественного питания в сторону их значительного усиления, большего соответствия общественного питания запросам рабочих масс, увеличения пропускной способности, приспособления ассортимента продукции к нуждам низкооплачиваемой группы рабочих и значительного улучшения ее качества.

По сельскому сектору—Пленум указывает, что наряду с целым рядом вопросов культурно-бытового порядка, вопрос о переходе на общественное питание, организация общественной кухни—является одним из важнейших и серьезных вопросов, принимающих значение большой политической проблемы—общественное питание в деревне должно дать крестьянам наглядное доказательство улучшения их быта с переходом в коллектив и должно явиться наилучшим агитатором за дальнейшее вовлечение крестьянства в колхозное движение.

Вполне правильно пишет тов. Гольцман, что проводящийся «Правдой» всесоюзный смотр общественного питания имеет громадное значение для улучшения и перестройки быта трудящихся. Впервые к вопросам общественного питания привлекается внимание широчайших масс населения, и самое дело общественного питания ставится под контроль миллионов. Правильная постановка общественного питания является самым первым и самым важным шагом на пути перестройки быта трудящихся на социалистических началах, что оно является решающим звеном бытовой революции, оно является серьезным шагом на пути к культуре, что борьба за питательный обед, за чистую и светлую столовую — неотъемлемая часть борьбы за улучшение положения рабочего класса.

В течение двух месяцев Советская печать, как центральная, так и местная, организовывали смотр общественного питания. Профсоюзные и другие советские организации организовывали бригады, которые обследовали постановку этого дела и принимали соответствующие решения. Смотри показал, что в ряде городов качество продукции неудовлетворительное. Калорийность обедов даже в некоторых рабочих столовых Москвы низка¹⁾ и нередко достигает 450 калорий, вместо положенных 800—850 калорий, многие столовые найдены в антисанитарном состоянии, столовые перегружены. О плохом качестве обедов сообщается из Баку, — количество калорий уменьшилось за счет жировых веществ. В котлеты идет 75% хлеба, столовые в антисанитарном состоянии. О качестве обедов и говорить не приходится, — пишут из Днепропетровска²⁾. Обеды за 25 копеек имеют всего 399 калорий, обеды же за 60 копеек имеют 1895 калорий. Дешевые, но непитательные 25-копеечные обеды составляют 70 процентов продуктов.

Брюлов сообщает, что в Ленинграде крайне слабый охват населения города общественным питанием. Только 11,8% трудящихся пользуются общественными столовыми, только 15% рабочих имеют возможность получать горячую пищу в обеденный перерыв; там насчитывается 162 столовых и 417 буфетов.

В Баку охвачено общественным питанием 3,5% населения.

Из Самары сообщает Маршак, что смотр установил низкое качество обедов в столовых как во вкусовом отношении, так и в смысле калорийности, имеется колебание калорийности обеда от 1165 до 533, имея в среднем около 775 калор. (без хлеба), тогда как согласно положению, выработанного на Совещании при орготделе — обед в столовой Ц. Р. К. должен иметь не меньше 1200 калорий (без хлеба).

Не имея возможности подробнее остановиться на результатах смотра по отдельным центрам, мы позволим себе остановиться только на некоторых выводах в предложениях, принятых Центральной смотровой комиссией гор. Казани 2/VI—30 года и утвержденных Президиумом Татпрофсовета 8 августа с/г.

Основными недостатками общественного питания в Казани являются: отставание роста общественного питания от растущего на него спроса со стороны рабочего потребителя, почти полное отсутствие охвата общественным питанием семейных рабочих из-за высоких цен, почти полное отсутствие обслуживания потребителя суточным питанием, рабочих ночных смен, неудовлетворительное качество обедов, а за последние месяцы даже снижение калорийности пищи, непригодность большинства помещений для столовых, их антисанитария, наряду со значительной перегрузкой.

Основной задачей, вытекающей из итогов проведенного смотра, являются: закрепление проявленной общественностью активности в период смотра, закрепление его итогов, практическое повседневное устранение вскрытых недостатков, всемерное развитие и улучшение общественного питания.

На основе материалов смотра необходимо отметить нижеследующие практические мероприятия:

В кратчайший срок должен быть поставлен и разрешен в соответствующих организациях вопрос об организации в ТР в системе Наркомторга филиала „Всенарпита“, задачей коего должно явиться планирование, регулирование и контроль над общественным питанием в ТР как городского, так и сельского сектора.

Необходимо немедленно заняться разработкой единого плана развития общественного питания в ТР, включая и с/сектор, на основе плановых наметок отдельных организаций.

¹⁾ „Правда“ 10 апреля.

²⁾ См. „Правду“ от 20 мая.

Необходимо принять решительные меры к форсированию постройки в Казани фабрики-кухни, с расчетом окончить строительство в 1931—32 г.

Должны быть приняты меры к решительному увеличению мощности существующей сети общественного питания.

Это должно пройти по следующим линиям:

а) дооборудование кухни, для увеличения их технической пропускной способности,

б) более решительного проведения замены ручных процессов труда механическими,

в) использование наличного механического оборудования для изготовления и обработки полуфабрикатов и для пр. столовых,

г) укрепление и приспособление части сезонных столовых на зиму.

Одновременно должны быть приняты меры к всемерному развитию самостоятельных столовых при жактах, рабочих поселках.

Учитывая, что организация таких столовых отдельными коллективами не встречала до сих пор практической поддержки как со стороны НКТорга, так и кооперации—поставить перед последними вопрос об оказании отдельным коллективам, в первую очередь—рабочим, всемерной поддержки в деле организации самостоятельных столовых, обеспечением отпуска необходимых продуктов, а со стороны кооперации, кроме того, и повседневной организационной помощи.

Отмечая, что до сих пор планы промышленного строительства абсолютно не уделяли места своевременной организации пунктов общ. питания, отдельные мероприятия хозяйственных органов проходили без малейшей увязки с органами общественного питания, что приводило к крупным дефектам в строительстве (Кожзавод № 1), необходимо, чтобы в дальнейшем стройконтроль не пропускал утверждения планов крупного промышленного и жилищного строительства, не предусматривающих организации пунктов общ. питания, и чтобы постройка этих пунктов проходила при полной увязке с органами общественного питания.

Отмечая, что больших достижений в части улучшения качества пищи во время смотра не имеется, считать, что на эту сторону должно быть обращено основное внимание органов общественного питания. Должна быть объявлена решительная борьба небрежной обработке продуктов, с увеличением ответственности за выпуск продукции.

Кроме того, должен быть положен конец систематически повторяющимся фактам снабжения столовых недоброкачественным сырьем, фактам, говорящим о наличии злоупотреблений сырье-снабжающих организаций. Эти факты требуют:

а) усиления заготовителями сан-надзора, а также и контроля Татнаркомторга и б) внимания к вопросам качества заготовительного и поставляемого сырья-продуктов со стороны рабочих коллективов заготовительно-снабжающих организаций.

В частности, со стороны Татнаркомторга должны быть приняты меры к соответствующему оборудованию мест хранения продуктов в столовых, состояние

которых не везде удовлетворительно, а также усилить ответственность за их хранение.

К вопросу изучения путей улучшения качества пищи должны быть привлечены имеющиеся научные силы.

В частности, серьезная задача в этом отношении выпадает на Институт Соц. Гиг. Татнаркомздрава, который должен свои лабораторные изыскания тесно увязать с практической работой общественного питания.

В ближайшее время должна быть практически осуществлена организация в Казани Научно-пищевого совета для теоретической и практической проработки вопросов рационального питания.

В области детского питания должны быть приняты меры к укреплению и увеличению охвата горячими завтраками школьников и питанием др. дет. учреждений.

Констатировать, что после Конференции по итогам смотра детпитания перелома в части устранения выявленных недостатков еще нет. Поэтому, подтверждая еще раз выводы и предложения по детпитанию, необходимо принятие решительных мер к их выполнению.

Категорически предложить КЦРК принять меры к организационному руководству этим делом.

Не позднее 1-го сентября должен быть разработан план детпитания в школах и детучреждениях на 1930—31 год.

Необходимо принять меры к широкой систематической пропаганде идей рационального питания.

Со стороны Всенарпята и Центросоюза должно быть обращено внимание на издание популярной литературы по общественному питанию.

Перед Татиздатом поставить вопрос о переводе имеющейся литературы на татарский язык.

Редакция „Правды“ в передовой от 16 мая с. г., подводя предварительные итоги проведенного смотра во всесоюзном масштабе, констатирует, что в результате смотра мы имеем определенный перелом отношения многих наших организаций и учреждений к вопросам общественного питания. В процессе смотра поставлены основные проблемы развития общественного питания. Сюда, прежде всего, относится пятилетний план. Непосредственно с этими вопросами связаны вопросы строительства и оборудования предприятий. Одним из „узких“ мест общественного питания являются кадры. С окончанием общественного смотра не заканчивается, а продолжается борьба за развертывание и улучшение общественного питания, как органическая часть борьбы за выполнение промфинплана, за развертывание и укрепление колхозного строительства, за повышение реального уровня зарплат, за социалистическое переустройство быта. Решительно борясь как против тех, кто, равняясь на „узкие“ места, считает борьбу за общественное питание несвоевременной, так и против тех, кто хочет разрешить эту проблему „в два счета“, привлекая к активной работе по руководству и контролю над общественным питанием широчайшие массы рабочих и трудящихся и в первую голову работниц и жен рабочих, беспощадно выметая оппортунистов и бюрократов—партия добьется решающих успехов и на этом участке строительства.

Особого внимания заслуживают ряд мероприятий, выдвинутых общественным смотром на местах. Московская Областная Комиссия отмечает шефство над столовыми отдельных цехов предприятий и шефство союза Медсантруд над низовыми звеньями общественного питания. Редакция „Правды“ считает предложение проф. Певзнера о том, чтобы сделать одну фабрику-кухню и одну общественную столовую образцовой, чрезвычайно интересным и заслуживающим большого внимания.

Всесоюзный смотр общественного питания выдвинул в качестве одного из острейших вопросов о формах массового контроля. Столовые комиссии плохо работали и эта форма контроля почти не использована—необходимо, чтобы столовая комиссия построила свою работу таким образом, чтобы глубоко и детально контролировать весь ход производства пищи в столовых, должны быть четко сформулированы права и обязанности столовых Комиссий. Для больших механических столовых и фабрик-кухонь нужны иные формы контроля и предлагается создание комиссий содействия.

Медицинская печать не может пройти мимо и мы должны остановиться подробнее на судебном процессе, имевшем место в Казани 22—23 сентября по поводу заболеваний 72 рабочих, получивших обед 19 августа в столовой Казанского Ц. Р. К. № 2. Суд нашел установленным следующее: 19 августа 1930 года среди рабочих целого ряда государственных предприятий г. Казани, обедавших в этот день в столовой Казанского Ц. Р. К. № 2, находящейся в Заречье (Слобода), стали наблюдаться заболевания, выражавшиеся в общей слабости, рвоте и поносе. Всего зарегистрировано 72 случая такого рода заболеваний. При доставлении рабочих и работниц во 2-ую Советскую больницу Татнаркомздрава было установлено, что причиной заболевания является отравление недоброкачественной пищей. При обследовании взятых из столовой № 2 вареного мяса—солонины и бульона, подававшихся в этот день на обед, и сырого мяса, из которого варился суп, произведенной Институтом социальной гигиены Татнаркомздрава и Судебно-медицинской лабораторией Казанского государственного ун-та, установлено, что вареное мясо обнаруживает при температуре 30—40° гнилостный запах и положительную реакцию на аммиак, что бульон—суп перловый—обнаруживает резкое присутствие аммиачных солей, что сырое мясо обнаруживает большую степень разложения, химическую резкую реакцию на сероводород и аммиак, что каких-либо примесей ядовитых веществ в исследованных пищевых продуктах не имеется, но они находятся в состоянии гнилостного разложения и, несомненно, заключают в себе ядовитые продукты гниения (птомаины), вызывающие отравления.

По этому делу привлечены были к судебной ответственности ряд лиц, в том числе и санитарный пищевой врач.

Данными следствия и суда установлено, что заведующий столовой, открыв столовую 11 августа после капитального ремонта, не произвел осмотра ее с санитарным надзором, что получил мяса 10 бочек—количество далеко превышающее потребность ближайших дней, что при столовой не было приспособленного помещения для продолжительного хранения солонины и такая мяк хранилась и вымачивалась в помещении погреба на поверхности земли, под железной крышей, при температуре, доходившей в эти дни до 50°, что он не следил за процессом приготовления пищи, допустив опускание мяса в котел для варки ночью, каковая производилась ночным сторожем, человеком, не имевшим достаточных познаний в области приготовления пищи.

Санитарнопищевой врач этого района осматривал столовую 17-го августа впервые после ее открытия и, обнаружив мочившуюся в бочках солонину, не осмотрел такую же достаточно тщательным образом. Не было уделено врачом достаточного внимания хранению мяса в большом количестве в помещении под железной крышей без льда, при температуре до 50°, и не сделано было по этому вопросу никаких указаний, что он, как врач по пищевому надзору, не уделял должного внимания самому процессу приготовления пищи, за чем он, как врач, должен был иметь наблюдение.

Кроме этих лиц привлечены к судебной ответственности заведующий кухней и его помощник, заведующий мясной базой К. П. Р. К., ответственный исполнитель по распределению мяса и рыбы КЦРК, ответственный исполнитель по снабжению Казанской конторы Союзмаса, управляющий конторой и его заместитель. В отношении последних двух лиц суд вынес постановление о дополнительном расследовании в виду того, что пом-управляющий конторой Миклуха-Маклая, являющийся потомственным дворянином, упорно отказывается сообщить что-либо достоверное о его периоде жизни в 1917—20 годах, и что должна быть подвергнута тщательному исследованию деятельность Миклухи-Маклая и тех чуждых лиц, с темным прошлым, которым они покровительствовали... и в связи с открытым О. Г. П. У. контр-революционным вредительским заговором в центральных заготовительных органах и, в частности в правлении Союзмаса.

В отношении остальных лиц суд вынес постановления о заключении под стражу на разные сроки от одного до 2-х лет.

Отводя в этой небольшой статье так много места этому вопросу, рассчитываем на проявление внимания широких врачебных масс к этому вопросу еще и потому, что санитарный пищевой врач ни на суде, ни во время следствия не признает себя виновным. В настоящее время дело отослано в апелляционном порядке в Верховный Суд Р. С. Ф. С. Р.

Ряд вопросов возникает в связи с этим процессом. Можно ли стать на такую точку зрения, что во всем этом деле имеем случайность, от которой мы не гарантированы и в будущем. Данные, обнаруженные следствием и судом, показывают, что если мясо не будет храниться в надлежащем порядке, что если мясо будут складывать в котлы для варки пищи неопытные люди и накануне ночью, и что если врачом не дается точных указаний порядка хранения и не проверяется хранение, то ясно, что подобные явления могут иметь повторение, и что в данном процессе не случайно произошло заболевание, а оно явилось следствием вполне законным, вытекающим из постановки дела в этой столовой.

Мог ли пищевой врач, осмотрев мясо 17 августа и находя его годным, предвидеть, что оно к 19-му августа, ко времени закладки, будет испорченным и негодным для варки пищи, и позволяет ли наружный осмотр больших количеств мяса предусмотреть недоброкачество отдельных кусков, особенно соленого мяса? Размеры статьи не позволяют остановиться на всех этих вопросах. Они, может быть, заслуживают особого внимания с точки зрения самозащиты, но не в этих вопросах суть дела. Органы здравоохранения и их исполнители на местах должны нести судебную ответственность за нарушения в области пищевого надзора и санитарно-гигиенического состояния кухонь и столовых. Иначе, какая у нас гарантия, что эта „законная“ случайность не повторится и не приведет к более тяжелым последствиям? Пока понес наказание только пищевой врач,—остальное руководство здравоохранения в Т. Р. ограничилось только заслушиванием серьезных упреков со стороны обвинения во время судебного процесса. Один пищевой сан-врач в городе Казани был долгий ряд лет,—и ко времени процесса появился еще один пищевой санврач. Правильно ли построена санорганизация в гор. Казани, уделялось ли достаточно внимания пищевому санитарному делу общественного питания в Татаркомздраве? Мы должны ответить не аб-

страктно, а на основании этого процесса, что не уделялось должного внимания. Нет штатов и все разводили руками. И это не оправдание—ведь находят и штатные и сверхштатные единицы для амбулаторной помощи, могли найти и сверхштатные единицы для организации правильного санитарного надзора. После этого процесса учредили 5 должностей санитарных врачей. Этот процесс имеет еще свое значение в том смысле, что благодаря неаккуратному исполнению своих обязанностей со стороны привлеченных лиц нанесен удар делу общественного питания.

Этот процесс должен быть хорошим уроком для органов здравоохранения, и из него следует сделать выводы о необходимости самого серьезного внимания со стороны органов здравоохранения делу общественного питания. Врачи, которым приходится по роду службы следить за питанием рабочих и служащих, должны проявлять большую решительность, когда они заподозревают недоброкачественность продуктов, и не впадать в панику перед тем, что придется забраковать большое количество. Заболевание 72-х рабочих после одного обеда тоже большое количество и тягчайшее преступление.

Прежде чем перейти к наметкам пятилетнего плана по общественному питанию, остановимся вкратце на некоторых вопросах потребления продовольственных продуктов. С. Гессен указывает, что, начиная с 1922 года, питание рабочих стало быстро улучшаться и началось постепенное улучшение качества состояния питания рабочих, и приводит следующие данные. Изменения на протяжении 1923—27 года выразились в следующем. Хлебных продуктов в 1923 году в среднем на одну душу в месяц потреблялось 18,000 грамм,—в 1927 году—16600 грамм; картофеля в 1923 году—15630 гр.,—в 1927 г. 9390 гр.,—масла растительного—в 1923 году—490 гр., в 1927 г.—520 гр., масла сливочного и топленого в 1923 году—80 гр., в 1927 году—230 гр., молока—в 1923 г.—350 гр., в 1927 г.—4230 гр., яиц—50—200; сахару в 1923 г.—350 гр., в 1927 г.—1180 гр. Из этих данных мы видим, что более ценные и питательные продукты постепенно вытесняют менее ценные продукты.

В 1928—29 г. быстрый подъем питания рабочих приостановился, а по некоторым продуктам произошло даже понижение душевых норм потребления (главным образом по хлебу, мясу и яйцам). С. Гессен дальше подчеркивает, что если, наконец, сопоставить нынешнее потребление рабочими продовольственных продуктов с данными за 1928—29 г., то выясняется, что рабочие наших крупных промышленных центров обеспечиваются не хуже, чем в прошлом году. Так, например, по мясу предполагаемая в 1929—30 г. душевая норма составляет: по Москве 33 кгр., вместо 32,1 кгр. в 1928—29 г.; по Иваново-Вознесенску 27, 5 кгр., вместо 24, 2 кгр., по Нижнему—27, 9 кгр., вместо 29, 4 кгр., по коровьему маслу Москва—5,4 кгр., вместо 3, 95 кгр.; Ленинград—5,3 вместо 3, 5 кгр. Урал—2, 6 вместо 2,1 кгр.; Донбасс—1, 95 вместо 1, 6 кгр.

В отношении питания сельского населения имеются также значительное улучшение и изменения. По данным обследования Ц. С. У. потребление сельским населением продовольственных продуктов в 1923—1927 г.г. претерпело следующие изменения: в среднем на душу приходилось в день: муки в 1923 г.—608 грамм, в 1927 г.—582,0 гр., картофеля в 1923 г.—524 гр., в 1927 г.—416 гр., мяса и сала в 1923 г.—39,3 гр., в 1927 г.—99,4 гр., молока в 1923 г.—139,8 гр., в 1927 г.—207 гр., масла коровьего 3, 3—4,5 гр., масла растительного 11,5—12,3 гр., сахара и сладостей 3,7—15,2 гр.

Сопоставляя эти данные с данными потребления сельского населения в довоенные годы, получается повышение по мясу, молочным продуктам и яйцам в $1\frac{1}{2}$ раза, по овощам и фруктам—в $1\frac{1}{2}$ раза, по сахару увеличение еще больше (Гессен).

О качественном улучшении питания рабочих говорят данные, приводимые Дейчманом о проценте калорий животного происхождения в питании рабочих. В 1924 году процент калорий животного происхождения составлял в питании рабочего—12; в 1925 году—13; в 1926 г.—14, в 1927 г.—15 и в 1928 г.—16. Этот же автор определяет среднее душевое потребление отдельных продуктов в конце пятилетия в 1932—33 году. Учитывая сдвиги в зарплате и исходя из необходимых физиологических норм в отношении калорийности, витаминности, белков и жиров и правильного соотношения их животного и растительного происхождения, учитывая также возможности нашей страны в производстве определенных продуктов питания—он устанавливает вероятный спрос в следующих цифрах по 1-му варианту душевых норм потребления в 1932—33 г. в килограммах в год: муки ржаной

34,09, муки пшеничной—130,62; крупы разной и бобовых—13,75; картофеля—81,33; овощей и корней—42,32; ягод и фруктов—28,2; масла растительного—3,26; сахара и сладостей—22,17; мяса и мясных продуктов—67,9; рыбы—11,1; молочных продуктов в переводе на молоко—240,45; в том числе молока—104,8, в том числе масла коров.—5,12; яиц—7,58.

Н. Филиппова приводит следующую таблицу химического состава питания в среднем на взрослого едока в сутки в рабочей семье.

В ноябре 1927 года белков 118 граммов, из них растительного происхождения 76 гр.; животного—42 гр.

В ноябре 1928 года белков 117 граммов, из них растительного происхождения 73 гр., животного происхождения—44 гр.

Жиров в ноябре 1927 года—65 гр., из них растительного происхождения—27 гр., животного происхождения—38 гр.

В ноябре 1928 года жиров—61 грамм, из них растительного происхождения—22 гр., животного происхождения—39 гр.

Углеводов в ноябре 1927 года—631 грамм, в ноябре 1928 года—608 грамм.

Среднее число калорий в ноябре 1927 года 3676, в ноябре 1928 года 3548.

Число калорий растительного происхождения падает на 4,9%; а число калорий животного происхождения, наоборот, возрастает на 4,6%.

Э. Бархан приводит следующую таблицу, отображающую динамику изменения химического состава питания городского и сельского населения с 1927—28 г. по 1932—33 год, сообщенную на 2-м совещании институтов и лабораторий, работающих в области питания 2/II 1930 г.

В сутки на душу	Население	1927/28 г.		1932/33 г.			
		Всего в сут- ки на душу в граммах	Животн. про- исх. в %	I вариант		II вариант	
				Всего в сут- ки на душу в граммах	Животн. происх. в %	Всего в сут- ки на душу в граммах	Животн. происх. в %
Белки . . .	Городское	83,2	39,2	93,4	47,5	95,8	49,5
	Сельское	86,7	28,1	91,1	35,2	94,2	35,3
Жиры . . .	Городское	43,3	65,0	55,6	73,2	58,9	75,0
	Сельское	50,6	67,8	58,7	80,6	59,3	80,6
Углеводы	Городское	443,3	2,4	449,4	3,1	453,3	3,6
	Сельское	477,4	3,1	491,5	4,0	505,2	3,8
Калории . .	Городское	2552	16,7	2735	22,2	2789	23,5
	Сельское	2776	17,9	2938	22,2	2979	22,2

Из года в год растет и валовая продукция сельского хозяйства. По контрольным цифрам Госплана на 1929—30 год имеем валовую продукцию зерновых в 1925 г.—746,7 м. центнеров; в 1926 г.—735,8 м. ц.; в 1929 г.—762,5 м. цент.; в 1930 г.—889,0 м. ц. Мяса в 1925 г.—34,2 м. тонн., в 1927 г. 41,2 м. т., в 1929 г.—39,7 м. т. Молока в 1925 г.—283 м. т., в 1927 г.—323,3 м. т., в 1929 г.—337,2 м. т. Валовая продукция всего сельского хозяйства по довоенным ценам в миллиардах рублей выразилась в 1913 г.—10,2; в 1929 году—11,5; в 1930 году—13,1.

Вполне понятно, что эти краткие данные не могут исчерпать всей проблемы производства и потребления пищевых продуктов. Проблема сельского хозяйства было уделено очень много внимания на XVI Съезде партии и Съезд партии предложил коренным образом пересмотреть пятилетний план сельского хозяйства, наряду с другими вопросами ставит проблему поднятия животноводства и разрешение мясного вопроса, что главная наша машина по производству мяса это свиньи и второй фабрикой, главным образом, фабрикой молока, является корова.

Из данных отчета на Съезде профсоюза Нарпит в марте 1929 года видно, что впервые план общественного питания был составлен на пятилетку 1927—1932 года, стоимость нового строительства по первоначальному проекту выразилась

в 32 миллиона рублей. План общественного питания на 1928—33 год предусматривал увеличение пропускной способности предприятий общественного питания за счет строительства 86 производственных единиц на 800,500 обедов. Финансовый план был составлен на 89 миллионов рублей. Окончательный пятилетний план развития общественного питания был составлен в 1929 году на общую сумму в 156 миллионов рублей и предусматривает увеличение пропускной способности всей сети на 1,150 тысяч обедов. Приrost обедов за пятилетку должен был вырасти по РСФСР на 29%, УССР на 27% и БССР на 45%.

Данные, опубликованные в «Правде» от 17 мая, уже значительно опередили пятилетний план, указанный выше. Тов. Гольдман в своем докладе на последнем заседании Союзного Совнаркома приводил следующие данные. На 1 октября 1927 года по всему СССР насчитывалось 700 предприятий общественного питания, отпускавших ежедневно 550 тысяч обедов; на 1 октября 1928 года число предприятий увеличивается до 1000, а число отпускаемых обедов до 750 тысяч, на 1 октября 1929 года число обедов доходит до миллиона, а в настоящее время все столовые отпускают 2 миллиона обедов. На 1 октября 1929 года в Сов. Союзе работало 10 фабрик-кухонь, сейчас приступлено к постройке еще 20 фабрик-кухонь. В 1927—28 году в предприятия общественного питания было вложено 10,3 миллиона рублей, в 1928—29 году вложения увеличились до 22 мил. рублей, и в текущем году будет израсходовано до 76 мил. рублей. Разработанный Нарпитом план развития этой отрасли народного хозяйства предусматривает охват в 1932—33 году 75% рабочих, 50% членов их семей и 35 процентов служащих. Вместо 2-х миллионов обедов в день, которые отпускаются сейчас, в последний год пятилетки будет отпускается 14—15 миллионов обедов.

Во всей широте встает проблема кадров работников общественного питания. Ушеренко пишет: «сейчас уже совершенно не шуточно звучит заявление о том: что инженера, врача гораздо легче найти на рынке труда, чем квалифицированного повара. Во всем СССР мы имеем только 6000 поваров».

Гинцберг определяет потребность в кадрах по общественному питанию в новых 114,000 человек. Из них рабочих высшей квалификации—4000 человек, рабочих средней квалификации 27,400 человек и рабочих подручных—5400 человек, для обслуживания машин и установок—7000 человек, административно-руководящих кадров—7550 чел., инженеров-технологов—880 чел., химиков-пищевиков—880 человек; диететиков-гигиенистов (врачей и сестер)—700 человек, экономистов—650 человек и старших бухгалтеров—650 человек, среднего технического персонала 10100 человек.

Союзный Совнарком обязал Госплан Союза пересмотреть пятилетний план развития общественного питания в сторону его значительного расширения, в новой пятилетке должно быть обязательно предусмотрено снижение цен и улучшение качества обедов. Развитие общественного питания в ближайшее время должно происходить в городах и фабрично-заводских поселках.

На вопросе пятилетнего плана развития общественного питания остановился подробно и IV Пленум Центрального Комитета профессионального союза рабочих народного питания в августе 1930 г. В принятой резолюции указывается:

С представленным Всенарпитом пятилетним планом развития общественного питания, предусматривающим возможность охвата всей системой общественного питания по городскому сектору к концу пятилетки 75—80% рабочих и 50% членов их семей и общим выпуском продукции к концу пятилетки в 50 миллионов горячих блюд, кроме буфетной продукции, — как соответствующим общим темпам развития народного хозяйства и отражающим решения XVI Съезда ВКП(б), согласиться, считая, однако, необходимым дополнительную, с целью уточнения, проверку охвата промышленных рабочих, сельхозрабочих, рабочих на лесозаготовках и др. групп сезонных работ. Предложить в пятилетнем плане дать отражение существующего охвата общественным питанием отдельных групп населения и, в отдельности, общественного сектора сельского хозяйства, а также группы служащих.

Общую сумму вложений на осуществление пятилетки общественного питания, намеченную Всенарпитом в размере до 1.500.000.000 р. (один миллиард пятисот миллионов рублей), а также и распределения вложений по следующим источникам: кооперация 500 мил. руб., промышл. и транспорт 510 мил. р., госбюджет 100 мил. руб., чекомбанк 80 мил. руб., местный бюджет 100 мил. руб., средства населения 60 мил. руб., средства жилищного строительства 150 мил. руб. принять к сведению, как ориентировочные. Предложить Нарпиту согласовать план финансирования и сумм по отдельным источникам со всеми заинтересованными органами.

Признать правильным взятую Всенарпком установку на увеличение потребления овощных, бобовых, рыбных продуктов и фруктов в системе общественного питания.

Предложить Нарпиту, на основе намеченного темпа строительства предприятий, дополнительно и в срочном порядке проработать:

- а) вопросы качества продукции;
- б) нормы потребления отдельных профгрупп и характер питания по отдельным районам и по отдельным характерным производствам.

Считая совершенно ненормальным существующую перегрузку предприятий общественного питания, доходившую в отдельных случаях до 400 - 500%, и признавая, что одним из основных моментов, обуславливающих антисанитарное состояние предприятий общественного питания, недоброкачественность продукции, плохое обслуживание потребителей и наличие громадных очередей в столовых, является перегрузка предприятий, Пленум находит необходимым предусмотреть в пятилетке ряд четких мероприятий по разгрузке существующей сети и улучшению обслуживания потребителей путем расширения сети раздаточных пунктов.

Считаю целесообразным осветить в этой статье, как обстоит дело с перспективами общественного питания в Казани. Татпрофсовет на своем заседании от 7 октября с. г., заслушав доклад КЦРК о пятилетнем плане общественного питания, констатирует, что пятилетний план составлен неудовлетворительно как в смысле отражения общих задач, так и в смысле экономического обоснования расчетов. План составлен с ориентировкой охватить к концу пятилетки 35% всего населения Казани без выявления социального состава населения, рост населения в 1930-35 году определен произвольно, продажная цена обедов и других видов питания не указана, не указана потребность предприятий общественного питания в продуктах (сырье) и т. д. Татпрофсовет дает следующие указания Казанскому ЦРК — построить пятилетний план, подведя под него сырьевую базу, с таким расчетом, чтобы в последний год пятилетки общественным питанием было охвачено: промышленных и транспортных рабочих не менее 75%, и членов их семей — 50%; строителей и учащихся в ВУЗ-ах и техникумах — 100%; служащих и их семей — 50%; прочих групп населения (пенсионеров, инвалидов) — 25%. Установить размер прибыли, не превышающей 0,5% к обороту; отпускную стоимость блюд строить с таким расчетом, чтобы они в основании не превышали стоимости питания, приготавливаемого дома. Включить в план обслуживания обедами и завтраками рабочих, занятых на предприятиях с кругло-суточным производством, в течение всех трех смен и т. п.

Особого внимания заслуживает вопрос или ряд вопросов, затронутых Гребенщикова по поводу организации общественного питания в промышленных центрах. Он считает нецелесообразным сосредоточение в одном помещении столь разнообразных моментов как хранение пищевых продуктов, обработка сырья до степеней пищевого полуфабриката, обработка полуфабриката в горячую пищу и продажа этой пищи для потребления на месте и мыслит организацию общественного питания в промышленных центрах в виде следующей схемы: 1) на окраине, непосредственно у железнодорожных путей, располагается 2—3 завода по переработке животного и растительного сырья на полуфабрикат и 2) вся толща города пронизывается густой сетью небольших столовых, работающих исключительно на полуфабрикат и по системе общественного стола — столовые отпускают не только обеды, но и завтраки, ужины и т. п. и служат вместе с тем местом культурного отдыха. Подводя итоги, он дальше пишет, что он прекрасно сознает, что его схема построения идет в разрез с общепринятым мнением о возможности разрешить вопрос о рациональном питании населения путем организации мощных фабрикухонь.

Нам кажется, что принципиальных расхождений не имеется в предложениях Гребенщикова, и весь вопрос в рентабельности.

Необходимо поддержать предложение этого же автора и ряда других, что в противовес тракторной системе должна быть выдвинута другая система «табльдотная» (общий стол), при которой в предприятия на данный день готовится лишь один обед (из 2-х, 3-х или более блюд), причем посетителю не предоставляется права выбора.

Заканчивая эту статью, мы сознаем, что не все вопросы этой большой комплексной проблемы нами охвачены, быть может, и правы будут те, которые поставят нам вопрос, почему нами не заостроены вопросы организации лечебного питания, диетического питания и детского питания. Но размеры одной статьи не

позволили бы этого сделать, весьма желательны отдельные статьи по этим вопросам. Мы можем рассматривать нашу статью только как попытку привлечь внимание врачей к этой большой проблеме.

Литература. Бархан. На фронте здравоохранения 1930 г. № 9, «Гигиена и Эпидемиология» 1930 г. № 2.—2) Брюлов. Общественное питание 1930 г. № 11.—3) Гессен. Производство и потребление пищевых продуктов. Госиздат, 1930 г.—4) Гицберг. Общественное питание. 1930 г. № 11.—5) Гордин. Врачебное дело 1930 г. № 12—13.—6) Гребенников. Врачебная газета 1930 г. № 1.—7) Дейчман. Революция и Культура. 1930 г. № 13—14. 8) Маршак. Здравоохранение Средне-волжского края. № 11—12. 9) Проф. Певзнер. На фронте здравоохранения 1930 г. № 11—12.—10) Политов. На фронте здравоохранения 1930 г. №№ 4, 7, 8.—11) Семашко. Общественное питание. 1930 г. № 6.—12) Филипова. Статистическое обозрение Ц. С. У. 1929 г. № 12.—13) Фишер. Основы социальной гигиены. Госмедиздат 1929 г.—14) Арт. Халатов. Инструктивный доклад.

III-й Поволжский съезд врачей.

Д-ра Б. С. Голанд.

III-й Поволжский научный съезд врачей, собравшийся в г. Астрахани 21—26-го июня 1930 года, резко отличался от предшествующих двух съездов Поволжья. III-й Поволжский съезд собрался в период окончательной ломки всего старого, в период социалистической реконструкции деревни, осуществления пятилетки, съезд показал, что и врачи, как и весь пролетариат, в большинстве своем готовы активно участвовать в социалистическом строительстве под руководством партии и советской власти.

Съезд был открыт 21-го июня в 6 час. вечера проф. Черняком в здании летнего театра им. Карла Маркса. Под гром аплодисментов всего зала был избран председателем съезда старый участковый врач К. В. Волков. Этим съезд дал понять, что он отказался от традиции выбирать председателем съезда непременно кого-нибудь из профессуры, а поставил во главе съезда представителя того фронта, который в данном отрезке революции считается одним из важных—фронта сельской медицины. В Президиум съезда было избрано 65 человек. В почетный Президиум избраны Политбюро ЦК ВКП(б), т. т. Орджоникидзе, Бубнов и Владимирский. После послышки приветственных телеграмм ЦК партии, тов. Сталину, XVI-му парт. съезду и рабочим Краснознаменного тракторостроя были заслушаны приветствия партийных, советских, профессиональных организаций.

Совершенно новым на научном съезде врачей вообще и на Поволжском научном съезде врачей в частности звучали простые искренние приветствия рабочих от фабрик и заводов гор. Астрахани. Дружные аплодисменты всего зала, переходящие в овацию, встречали и провожали приветствовавших съезд рабочих. В простых, но искренних словах рабочие просили делегатов съезда больше останавливаться на выработке мер профилактического характера. Для того, чтобы осуществить великий план социалистического строительства, для того, чтобы поднять индустриализацию страны и успешно провести коллективизацию сельского хозяйства, нужна железная воля всего пролетариата, напряжение всех сил страны и огромные средства. Для этого нужно и крепкое здоровье, способное устоять перед многими трудностями, способное стойко побеждать эти трудности. Рабочие высказывают уверенность, что советские врачи в своих неустанных заботах о здоровье рабочих и крестьян обеспечат успешный ход социалистического строительства. И тов. Заплавная кончает свое приветствие следующими словами: «Мы очень ценим ваш труд. Мы верим, что вы искренне хотите обеспечить наши усилия, направленные на социалистическое строительство».

От имени Президиума съезда отвечает делегат съезда тов. Зибенгар: «Я счастлив, что мне приходится отвечать на приветствие рабочих. Каждый из них рассказывал о своем заводе, о своем труде, о том, какую роль он играет в грандиознейшем социалистическом строительстве. Должны мы рассказать о том, как мы, врачи, понимаем свою роль в советской стране. Нас несколько групп. Одна

группа — это передовые врачи, это те, кто уже сейчас в партии. Другая — это врачи, которые крепко, которые бесповоротно поверили в социалистическое строительство. Эта группа — завтрашние коммунисты. Остается еще значительная масса врачей, которые окончательно не «определились». Есть среди нас группа вечных скептиков — и наконец, есть (хочется думать, самая незначительная доля процента) — вредителей. Происходит расслоение врачей на группы. И от вас, товарищи рабочие, зависит ускорение этого процесса расслоения. Надо сказать прямо, как крестьянина не убедишь в выгодах колхоза до тех пор, пока он сам не увидит успехов колхозного строительства, так и многих врачей не заставишь без неопровержимых доказательств поверить в социалистическое строительство. Делайте, товарищи рабочие, больше того, что вы делаете. Вы убеждаете своим героизмом в правоте того величайшего дела, которым руководит в советской стране коммунистическая партия. Героизм не чужд и нам. Мы имеем все основания доверять социалистической стройке и коммунистической партии, которая ею руководит. Мы будем помогать рабочему классу строить социализм. Врачи сделали уже многое. Они способны проводить ночи без сна на своем посту. Но если все врачи обретут твердую веру в социалистическое строительство — это самопожертвование будет еще плодотворнее. Мы любовно будем охранять здоровье тех, кто нам дорог. И мы будем еще больше заботиться тогда о развитии, не только «легкой», но и «тяжелой» индустрии — советской медицины — то есть о развитии профилактики». Весь съезд своими бурными аплодисментами выразил полное согласие с тов. Зибенгаром.

В конце торжественного заседания проф. Мировторцев зачитывает постановление съезда, принимающееся громкими и непрекращающимися аплодисментами: «Съезд с радостью отмечает ту братскую поддержку, которую он встречает со стороны рабочих. Мы чувствуем, что собрались в чрезвычайно ответственный момент и заверяем, что отдадим все достижения научной мысли и все свои силы социалистическому строительству».

22-го июня утром I-е пленарное заседание съезда. Уже зарегистрировано свыше 150 делегатов. Представлены на съезде: Москва, Ленинград, Харьков, Одесса, Пермь, Саратов, Самара, Казань, Камышин, Сталинград, Гурьев, Нижний Новгород и друг. Из гор. Астрахани 250 делегатов, из Астраханского округа 150 чел.

На утреннем заседании съезд заслушал доклады доктора Н. Д. Нюрин «О новых формах и методах работы в области здравоохранения», профессора Броннера — О реорганизации высшего медицинского образования, и профессора Дауге: «Роль стоматологии в системе единого диспансера».

Исходя из декабрьского постановления ЦК ВКП(б), что медицинское обслуживание трудящихся резко отстает от темпов социалистического строительства, тов. Нюрин считает, что в отставании виновата не только недостаточная финансовая база, тов. Нюрин считает, что органы здравоохранения не перешли пока еще на боевые темпы, не сумели мобилизовать внутренние ресурсы и — главное — не сумели мобилизовать массы. Сейчас, по мнению тов. Нюрин, наступает уже перелом. Из кабинетов медицинские работники идут в массы. Блестяще оправдал себя опыт бригадных вылазок врачей в сельские районы. Эти вылазки кроме того, что принесли громадную пользу колхозникам, установили теснейшую связь между врачами и колхозной деревней. Завоевывают себе прочное место среди врачей и методы социалистического соревнования. Правда, во многих случаях это соревнование сводится к казенным декларациям или же замыкается в узком кругу лечебных учреждений, но, во всяком случае, социалистическое соревнование внесло во врачебную массу заметное оживление и нанесло удар по обывательской косности отдельных групп врачей.

Для того, чтобы поднять работу здравоохранения на должную высоту, тов. Нюрин предлагает усилить социалистическое соревнование. Последнее должно охватить всю массу советских врачей. Должны соревноваться не только коллективы родственных лечучреждений между собою, но в социалистическое соревнование должны вступить коллективы медицинских работников с коллективами рабочих, обслуживаемых медицинской помощью. Врачи должны принять самые энергичные меры для проникновения санитарного просвещения в гущу населения, т. е. врачи должны стать подлинными командирами санитарного похода.

Ликвидировать частную практику среди врачей, по мнению тов. Нюрин, можно только путем улучшения материального благосостояния врачей.

Съезд с большим вниманием заслушал доклад проф. Броннера о реорганизации высшего медобразования. Проф. Броннер указывает на то, что таким

количеством врачей, которое имеется в настоящее время в СССР, нельзя полностью обслужить трудящихся. Будущее пятилетие потребует 60,000 врачей. При тех возможностях, какими мы теперь располагаем, можно выпустить за пять лет в пять раз меньше, т. е. только 12,000 врачей. Это выдвинуло во всей своей широте две жгучих проблемы: создание новой учебной сети и увеличение норм приема (два приема в году, двухсменная работа и т. п.). В ближайшем будущем в СССР будут открыты шесть новых медицинских ВУЗ'ов. Но этого недостаточно. Острая нужда в кадрах выдвинула и вопрос о сокращении сроков обучения. Было множество всяческих вариантов, развернувшись по этому поводу ожесточенные споры, но, в конце концов, Совнарком РСФСР вынес следующее решение: в медицинских ВУЗ-ах устанавливается четырехгодичный срок обучения. После этого срока обучения выпускник проходит годичный стаж и лишь тогда только получает диплом на звание врача. Но проф. Броннер считает, что вынесенное постановление Совнаркомом о сокращении сроков обучения получит окончательное разрешение на предстоящем Всесоюзном совещании по унификации медицинского образования. Проф. Броннер заканчивает свой доклад следующим образом:

«На нас лежит задача позаботиться о том, чтобы дать студентам — будущим врачам — прочную теоретическую базу и клиническую подготовку. Мы обязаны также выпускать из ВУЗ-ов врача, хорошо вооруженного методом диалектического материализма. Безусловно на этом пути перед нами большие трудности. При огромной тяге рабочей молодежи в индустриально-технические ВУЗ-ы, а батрацко-бедняцкой и середняцкой молодежи в ВУЗ-ы сельскохозяйственные, при чрезвычайно низкой к тому же стипендии на медицинских факультетах, — трудно обеспечить в медресах надежающую социальную прослойку: но эти трудности преодолеть мы надеемся их преодолеть при активной поддержке всей советской общественности и врачебной массы».

По этим двум докладам (докт. Нюрин и проф. Броннер) съезд решил прения не открывать (резюмируя по докладу т. Нюрин см. стр.).

Проф. Дауге в своем докладе: «Роль стоматологии в едином диспансере» развивает мысль, что ни в одной отрасли медицины так не видна эффективность профилактики, как в стоматологии. Проф. Дауге считает, что для того, чтобы в настоящее время провести полностью санацию полости рта и зубов всех слоев населения необходимо 236,000 зубных врачей, в то время, чтобы провести полностью санацию полости рта и зубов у детей до 14-летнего возраста необходимо только иметь 3000 зубных врачей.

Проф. Дауге считает, что санация полости рта и зубов в детском возрасте совершенно исключает болезни зубов у взрослых. Настоящая зубная профилактика, по докладу проф. Дауге, начинается во внутриутробной жизни, почему необходимо принять меры к санации полости рта и зубов у беременных, вести культурное просвещение по этому вопросу с родителями и воспитателями и друг.

К сожалению, по этому очень важному вопросу прения были перенесены в одонтологическую секцию, и много делегатов других специальностей, интересующихся этой проблемой, не могли участвовать в прениях. При организации съездов необходимо принять меры, чтобы по докладам, прочитанным на пленарных заседаниях, и прения велись на этих же заседаниях.

II.

Вечернее заседание Пленума было заполнено докладами о диалектическом материализме и значении его для медицины. Проф. Черняк (Астрахань) сделал доклад на тему: «Диалектический материализм и медицина». Докладчик начал с того, какое место занимает этот вопрос у врачей. К диалектическому материализму существует такое же отношение, какое существовало некогда к... закону божьему. Рассуждают так: изучать и сдавать диалектический материализм надо, но никакого практического значения эта теория затем иметь не будет. Это, по мнению проф. Черняка, грубейшая ошибка. Диалектический материализм, созданный Марксом, Энгельсом и Лениным, призван не только объяснить мир, но и изменять мир. С самого начала возникновения этой теории она получила сугубое практическое применение в общественной жизни. Этого не было сделано до последнего времени в отношении естествознания, т. к. внимание марксистов-диалектиков было отвлечено на первоочередные задачи социального порядка.

И в медицине, как и во всякой другой науке, диалектический материализм имеет, несомненно, крупнейшее практическое значение. Не учитывая соотношения классов, не учитывая классовую борьбу, социальных сдвигов, — можно ли поставить

медицину на службу здравоохранению? Конечно, нет. Многие ученые приходят к неправильным выводам в спорах о лечебной и профилактической медицине, например, о том, что профилактическая медицина, в конце концов, исключит лечебную и т. п. Эти неправильные выводы, по докладу проф. Черныка, порождаются тем, что исследователи, не владея методом диалектического материализма, не умеют вскрыть и разрешить в высшем единстве присущие каждому процессу противоречия.

Диалектический материализм является научным методом, позволяющим делать совершенно точные и правильные выводы. Вольно или невольно многие исследователи применяют метод диалектического материализма, но когда эти исследователи пытаются теоретически обобщить свой опыт, не принимая метода диалектического материализма, происходят неизбежные ошибки.

По мнению проф. Черныка, пред всей врачебной массой стоит задача ознакомления с диалектическим материализмом, как с могущественным средством к познанию, к вскрытию новых законов природы, к победе над ней и к неуклонному движению вперед.

Проф. Чернык, заканчивая свой доклад, говорит: «коммунистическая партия тем и сильна, что владеет методом диалектического материализма. Этот метод был приложен с первых дней революции к нашей великой стройке и это он — могучий метод диалектического материализма — обеспечил те вполне естественные и вместе с тем исключительные и невиданные большевистские темпы, свидетелями которых мы являемся. Та же задача стоит перед медициной, и только при условии ее разрешения медицина сможет не отставать в своем развитии от строительства социализма в нашей стране».

Докт. Волков в своем докладе — «Почему мы не приемлем диалектики» — развил мысль, что эпоха диктатуры пролетариата оказалась самой благоприятной для развития философской науки. «На штыках красноармейцев в октябре 1917 года ворвалась в жизнь философия — и с тех пор она получила все возможности для неуклонного развития» — как образно выражается тов. Волков. Почему мы не приемлем диалектики? Потому, что мы только приступаем к ее изучению — отвечает тов. Волков. Но диалектика должна стать орудием умственного производства, «о которое мы намозолили бы мозги так же, как мозолит о свое орудие производства руку — рабочий».

Затем были прочитаны доклады д-ра Лапидуса «О значении диалектики для изучения конституции в патологии» и докт. Моргенштерна, доказавшего преимущество диалектического течения в проблемах стоматологии.

В прениях ораторы только подтвердили необходимость изучения диалектического материализма вообще и применения метода диалектики в медицине. Диссонансом звучало лишь выступление проф. А. А. Киселя, который в полупутиевой форме указывал на отсутствие хороших руководителей по диалектическому материализму и на трудность поэтому его изучения. Однако он получил должный отпор и достаточный ответ со стороны д-ра Нюркина и проф. Дауге (резолución съезда по докладам о диалект. материализме см. «К. м. ж.» 1930, № 8. Хроника п. 141).

III.

23-го июня утром началась работа во всех секциях. Вечером 23-го июня состоялось 4-е Пленарное заседание, на котором были заслушаны исключительно научно-общественные доклады, представлявшие более широкий интерес для врачебной массы. За недостатком места ограничусь лишь простым перечислением этих докладов. Пр.-доцент Березов — «К вопросу о проблеме рака», проф. Сердюков — «Значение консультации для беременных в деле родовспоможения», докт. Максимович — «Трахма в Нижнем Поволжье», проф. П. Н. Николаев — «Проблема ревматизма» (содокладчик проф. Телятников) и доц. Ланидус — «Травматизм сельскохозяйственного машинизированного труда».

На этом же заседании съезд заслушал приветствие делегации Ленинградских ударников, прибывших в г. Астрахань. От имени делегации выступили тов. Данилов — рабочий Ленинградского завода им. Калинина, т. Червяков — рабочий завода им. Марти и д-р Гефтер — Института им. Герцена (от имени ударников-врачей г. Ленинграда). Они заявили: «Мы чрезвычайно ценим Ваш труд. Мы обращаемся к вам с призывом: научите нас работать и отдыхать так, чтобы мы, не ослабляя темпов ударничества, сохранили бы и укрепляли свои силы». В ответ на приветствия ударников съезд объявил себя ударным по проведению уборочной кампании.

Два последних пленарных заседания, 25—26 июня, были посвящены разработке резолюций съезда, докладу мандатной комиссии и рассуждению о месте 4-го Поволжского научного съезда врачей. С большим энтузиазмом подавляющим большинством съезда было постановлено организовать следующий съезд в 1932-ом году в гор. Сталинграде, т. е. в одном из социалистических городов, строящихся вокруг Сталинграда.

3-й Поволжский научный съезд врачей своим постановлением, что 4-й Поволжский научный съезд врачей будет в одном из *социалистических городов*, строящихся вокруг Сталинграда, взял на себя обязательство, что следующий съезд должен быть не только научным, но и социалистическим съездом.

И это обязательство должно быть выполнено!

Резолюция съезда по докладу д-ра Н. Д. Нюрина «О новых формах и методах работы в области здравоохранения».

Заслушав доклад доктора Н. Д. Нюрин *«О новых формах и методах работы в области здравоохранения»*, 3-й Поволжский съезд врачей присоединяется к основным выводам докладчика и, в частности, отмечает нижеследующее:

1. Ускорение темпов медико-санитарного строительства, расширение охвата и улучшение качества медицинского обслуживания рабочих и крестьян является важнейшей предпосылкой для снижения прогулов по временной нетрудоспособности и для нормального воспроизводства рабочей силы—для повышения производительности труда и, стало быть, для успешного выполнения промфинпланов промышленности и социалистического сектора сельского хозяйства.

2. Старые формы и методы работы обусловили ведомственную замкнутость органов здравоохранения и отрыв массы медицинских работников от широкой пролетарской общественности, что неизбежно приводило к недооценке нужд здравоохранения местными организациями и к крайне слабому использованию самодеятельности трудящихся в деле оздоровления их труда и быта.

3. Наметившийся перелом в системе руководства органов здравоохранения (в частности, массовое формирование бригад из медработников научно-исследовательских институтов и специализированных лечебно-профилактических учреждений для контроля, инструктажа и непосредственной помощи периферии), заметное оживление коллективной самодеятельности медработников на основе развертывания социалистического соревнования, ударничества и использования методов культурного (участие в «дошкольном походе», «санпоход») — все эти начинания дали положительные результаты в деле упрочения связи между отдельными звеньями здравоохранения, изживания врачебных предрассудков и традиций земского либерализма («аполитичность» врачебной профессии, «врачебная этика», «врачебная тайна» и т. п.), мобилизации внутренних резервов, привлечения добавочных средств хозорганов, кооперативных и общественных организаций, а также вовлечения масс в борьбу с антисанитарией, с производственными вредностями, за оздоровление и социалистическую реконструкцию быта, за подъем санитарной культуры.

4. Первая фаза перехода к новым формам и методам работы в области здравоохранения, наряду с многочисленными примерами исключительного подъема творческой инициативы медицинских специалистов, выявляет отдельные попытки дискредитировать начавшееся движение за социалистическую реконструкцию здравоохранения, наличие неизжитых настроений упадочничества и капитуляции перед объективными трудностями; вместе с тем имели место административные перегибы, «перескакивание» через последовательные этапы строительства социалистического здравоохранения (попытки «ликвидации» частной практики в порядке приказа, отказы в медицинской помощи неколхозникам в порядке «проведения классовой линии» и т. п.).

5. Целиком присоединяясь к директивам декабрьского постановления ЦК ВКП(б) и решения VII-го всероссийского съезда здраводелов, 3-й Поволжский врачебный съезд призывает всех советских врачей к решительному отпору реакционным и классово-враждебным элементам, к дружному использованию методов общественной критики и самокритики в борьбе против скептицизма, против правых шатаний и левых загибов, за преодоление огромных трудностей социалистической реконструкции здравоохранения.

Библиография и рецензии.

М. С. Туркельтауб. *Лечение сербечного больного на курорте*. Госиздат 1930, цена 15 коп.

Небольшая брошюрка Туркельтауба существенно пополняет тот пробел в популярной литературе, который постоянно ощущался практическими курортными работниками.

Обычно приезжающие курортники слишком переоценивают те возможности, которые предоставляет им курортное лечение, и часто ожидают полного исцеления своих недугов на курорте. При этом сами же постоянно нарушают самые основные правила, соблюдение которых необходимо для получения благотворного результата. Так, например, не редкость, когда больные тотчас же после Нарзанной ванны идут в утомительную прогулку в горы, спешат на концерт в курзал или играют в спортивные игры, а потом удивляются отсутствию благотворных результатов от лечения.

Кратко, очень толково и понятным языком брошюра сообщает читателю, кто может лечиться на курорте и кому курорт может принести лишь вред, какие результаты можно ожидать от пребывания на курорте и что нужно знать и выполнять курортнику для того, чтобы получить наилучшие результаты от лечения.

Брошюра заслуживает самого широкого распространения среди трудящихся, пользующихся курортным лечением.

Проф. Вольтер.

K. Elze. *Vergleichende funktionelle Pathologie*. Verlag. Dr. Madäus & Co. Radebeul-Dresden. 1930. Preis gel. RM. 15.

В то время как в сравнительной патологии анатомическая сторона вопроса хорошо разработана, функциональная часть остается непочатым краем... Исходя из философского положения, что материя, время и пространство представляют собой реальность, а именно реальности с метафизическим характером действительности, которые могут формироваться субъективно силой наших представлений, Эльзе приходит к тому заключению, что все функции имеют трехмерensionальный характер соответственно этим трем основным категориям. Анализ функций должен производиться в трех различных направлениях. В высшей степени интересно следить, как автор ведет доказательство того, что трехмерensionальным характеру функций соответствует анатомическая структура центральной нервной системы и различные вещества отдельных ее частей и отделов, что следует из различного на них действия известных токсинов. Особенно поразительным результатом исследования автора являются гомологии функций органов с функциональным механизмом нашего разума. Трудная проблема отношений между функцией и формой подвергается новому, практически важному методологическому рассмотрению, которое распространяется не только на временное, квантитативное и динамическое равновесие функций организма, но, главным образом, на его расстройство. Так как понятия форма и функция являются двумя важными полюсами всякого философского и естественно-научного исследования, то книга Эльза неминуемо будет пользоваться большим вниманием исследователей самых различных дисциплин знания. Книга снабжена весьма удачными цветовыми иллюстрациями, увеличивающими значительно ее ценность.

Ив. Галант (Москва).

Beiträge zum Sexualproblem, herausgeg. von d-r. Felix A. Theilhaber. Asy-Uerlag. Berlin. Preis RM. 0,40—0,60.

Вышли в свет выпуски 15, 16, 17, 18, издаваемой Тейльхабером серии очерков к сексуальной проблеме: 15. Galant. Sittlichkeit in Russland der Zaren. 16. Jacoby. Handschrift und Sexualität. 17. Theilhaber. Blutwunder und Liebeswahn. 18. Peters. Mätressen an Fürstenhöfen.

Эти выпуски, как и предыдущие (см. «Казанский мед. ж.» 1928), представляют каждый по своему известный интерес, поскольку они дают описание сексуальной жизни определенного класса в известную эпоху. (15, 18), или же анализируют известные явления, определяя их отношение к проблеме сексуальности, вернее открывая в них элементы сексуальности (16, 17). Издание брошюр хорошее (оригинально разрисованные обложки), цена вполне доступная.

Ив. Галант (Москва).

Prof. C. Ewald. *Die Behandlung der Verrenkungen*. Стр. 38. Wien-Berlin, J. Springer, 1928. Ц. М. 1. 50.

В кратком введении указана общая хирургия травматических вывихов, а затем описаны вывихи в отдельных суставах и их лечение. Текст иллюстрируется 16 схематическими рисунками. М. Б.

Prof. C. Ewald. *Die Behandlung der Knochenbrüche mit einfachen Mitteln*. Стр. 98, рис. 38. Wien-Berlin, J. Springer, 1928. Ц. М. 2. 80.

Цель этого краткого учебника, снабженного 38 рисунками, указать наиболее простые способы лечения костных переломов, доступные практическому врачу при наличии самых простых средств. Поэтому указываются только испытанные способы, и совершенно не приводится литература. М. Б.

Gabsschuss. *Die Wechseljahre*. 2-е исправленное и дополненное издание. Стр. 76. München, O. Gmelin, 1929. Ц. М. 2. 80.

Обстоятельно изложена картина климактерия со всеми его соматическими и психическими расстройствами. Главное преимущество брошюры заключается в увлекательном и ясном изложении. Большое внимание обращено на меры предупреждения и также на общедоступные физиотерапевтические мероприятия, а именно: пользование светом, воздухом, водой, обтираниями, обертываниями, ваннами, душами и т. д. Все описано чрезвычайно ясно и просто, так что книга может быть дана без опасения и в руки больной. М. Б.

Рефераты.

а) Общая патология и терапия.

112) *Газовая эмфизема мочевого пузыря* по Schneider'y (Zbl. f. allg. Path., Bd. 48, № 8, 1930) сопровождается образованием мелких или более крупных пузырьков с газом в стенке мочевого пузыря. В описанных случаях страдание было вызвано чаще всего проникновением в стенку пузыря *Bact. coli*. Для этого необходимым условием является первичное повреждение слизистой мочевого пузыря, реже отмечено проникновение возбудителя через кровь. Повреждения слизистой пузыря чаще всего способствуют местные или общие расстройства кровообращения. До сих пор случаи газовой эмфиземы наблюдались лишь у женщин. Микроскопически характерным является наличие воспалительной реакции, во многих случаях с образованием вокруг пузырьков гигантских клеток. При диагностике не смешивать с кистовидным циститом (*c. cystica*), при котором воспалительные явления и гигантские клетки отсутствуют. Н. Вилегзинский.

113) *О противопоказаниях к применению digitalis'a*. D. Scherf (Die ärztliche Praxis № 1—1930) считает необоснованным опасаться digitalis'a при сопутствующей иногда сердечной слабости брадикардии, так как дигиталис способствует удлинению диастолы, лучшему наполнению желудочков, усилению их сокращений и увеличению минутного объема, а след. и улучшению кровообращения. При нарушениях проводимости также не следует всегда бояться применения digitalis'a, так как практика показала, что наступающий от digitalis'a полный сердечный блок иногда улучшает состояние больного. Высокое кровяное давление не является абсолютным противопоказанием для применения digitalis-терапии, так как по неизвестным нам причинам от digitalis'a кровяное давление часто снижается. При опасности эмболии не следует давать больших доз digitalis'a и не следует вводить внутривенно строфантин, но дигитализировать таких больных мелкими дозами бывает даже необходимо из-за слабости сердечной деятельности. Несмотря на существующее со времени Corrigan'a и до сих пор мнение о том, что тахикардия при недостаточности аортальных клапанов является благоприятным явлением. — часто достигаются хорошие результаты при этом заболевании от дачи digitalis'a, замедляющего сердечную деятельность (курсив мой). При гипертиреозах тахикардия, хотя и не реагирует на дигиталис, но последний благотворно отражается на работе сердца. Главными противопоказаниями к прерыванию digitalis-терапии являются вроты, экстрасистолы (бигеминия) и нарушения проводимости, если они наступили от digitalis'a. С. М. Райский.

б) Хирургия.

76) *Значение choledochoduodenostomy для лечения желчно-каменной болезни.* Н. Finsterer (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) применил choledochoduodenostomy в 41 случае с 2 смертями. Автор анастомозировал супрадуоденальную часть холедохуса с подвижной частью duodenum. Показателями для такого вмешательства служат многочисленные камни в холедохусе, опасность оставления камней, холангит, сильно расширенные холедохус и желчный проток при стенозе papillae или хронический панкреатит. Первые 24—48 часов после операции следует больных держать с приподнятым тазом и согнутой грудью, чтобы не разойтись швам и не вылиться желчи в брюшную полость. Восходящей инфекции желчных путей автор не наблюдал, равно как и последующего сужения анастомоза.

И. Цимхес.

114) *О результатах хирургического лечения желчно-каменной болезни.* Georg Lutzow (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) разбирает 180 оперированных случаев, операцией выбора служила холецистэктомия. Холецистэктомия применялась у особенно слабых больных и при трудных анатомических отношениях. На 180 операций 7 (3,9%) смертей. Среди 115 неосложненных холецистэктомий наблюдалась одна смерть, а на 32 осложненные—4. В трех случаях причиной смерти был перитонит, в 2-х сердечная и печеночная дегенерация, в 1 случае—холемическое кровотечение и в 1—бронхопневмония. Ни в одном случае брюшная полость наглухо не зашивалась, а вводился на 6—8 дней дренаж из папиросной бумаги. Только 10% больных после простых и осложненных операций имели жалобы, подобные желчнокаменной болезни. Повторная операция обнаруживала сращения, по отделению коих больные поправлялись.

И. Цимхес.

115) *1000 случаев удаления прямой кишки сагральным способом.* F. Mandl (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) приводит смертность при вышеуказанной операции равной 11,6% за счет, главным образом, раневой инфекции, перитонита. Для уменьшения смертности автор предлагает производить предварительную колостомию и дезинфекцию кишки. Нередко развивается флегмона на почве гангрены кишки, инфекция брюшной полости вследствие расхождения швов Douglas'a, 15% смертельных случаев относится к осложнениям со стороны сердца и легких. Отдаленные результаты, свыше 5 лет, почти на 700 сагральных операций дали 30% смертности. Видную роль в этиологии рака прямой кишки играют полипы. Для задержки кала автор рекомендует способ Hochenegg'a.

И. Цимхес.

116) *Рентгеновское исследование артерий иодистым натрием.* M. Charbonnel и L. Massé (Bordeaux) (Реф. Zntb. f. Chir. 1930, № 25, S. 1581) инъецировали в артерии конечностей 25% раствор иодистого натра. При гангренах авторы видели заполняемость сосудов, и на месте прекращения питания производилась с успехом ампутация. Подистый натр не повреждает артерий, инъекция сравнительно безболезненна и не ведет к распространению гангрены.

И. Цимхес.

117) *Значение дуоденального зонда в лечении послеоперационной острой непроходимости желудка после гастрозентеростомии.* Max Einhorn (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) в одном случае после наложенной задней гастрозентеростомии на почве сужения привратника наблюдал через 10 дней острую непроходимость желудка. Введенный дуоденальный зонд опорожнил сначала желудок, а затем под контролем рентгеновских лучей оказался в jejunum и некоторое время больной через этот зонд питался.

И. Цимхес.

118) *Химические изменения крови при непроходимости кишек.* R. Brandberg (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) экспериментально на кроликах в 36 случаях непроходимости кишек у людей исследовал остаточный азот и хлор в крови. При высокорасположенном обтурационном ileus'e происходит быстрая потеря минеральных солей и жидкостей. При непроходимости слепой кишки не заметно изменения химизма крови и большой потери минеральных солей и жидкостей, а некротические участки на colon и перитонит. В 3-х случаях непроходимости желудка и дуоденума на 3—4 день болезни было заметно ясное увеличение остаточного азота и уменьшение хлора. При непроходимости в нижней части тонких кишек и ущемленных грыжах, содержащих петли тонких кишек, наблюдалось, как правило, повышение остаточного азота. Непроходимость толстых кишек не

показывала изменений химической стороны крови. Вышеуказанные реакции химизма крови при ileus'e не имеют диагностического значения, но в послеоперационном периоде желудочно-кишечной непроходимости могут указывать на характер течения болезни. Изучение химизма крови при ileus'e подводит прочное основание к применению впрыскиваний солевых растворов при лечении непроходимости.

И. Цимхес.

119) *О кардиоспазме.* W. Rieder (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) производил у собак перерезку всех волокон vagus'a, идущих к card'i и прекардиальной части. Он получал типичную картину кардиоспазма. Спустя 2 месяца расстройство от опорожнения пропадало, так как ганглии нижней части пищевода трубки автономно функционировали. На основании экспериментального наблюдения и в одном случае на больном с кардиоспазмом, после перерезки волокон vagus'a, автор предлагает воздерживаться от этого метода операции.

И. Цимхес.

120) *Об экспериментальных гастритах.* Kaufmann (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) на собаках путем облучения горным солнцем или образования стерильного абсцесса терпентином или папайотином получал в желудке различные формы гастритов. Автор пришел к заключению, что собственные продукты распада клеток в состоянии вызвать гастрит.

И. Цимхес.

121) *О вставании после операций.* K. Mermingas (Zentrbl. f. Chir., 1930, № 39), оперируя преимущественно под местной анестезией с наименьшей травматизацией тканей, добился того, что после некоторых операций больные тотчас после операций уходят с операционного стола на ногах. К таким операциям относятся: радикальное грыжесечение, аппендэктомия, гидроцеле, варикоцеле, геморрой, камнесечение, иногда гастроэнтеростомия. Преимущества послеоперационного вставания больных автор видит в том, что 1) больные быстро привыкают свободно двигаться в постели и 2) это мероприятие оказывает большое моральное впечатление на больного и окружающих.

И. Цимхес.

122) *Об односторонней свободной торакотомии.* T. Oh sawa (Zentrbl. f. Chir., 1930, № 40) описывает способ профессора R. Torikata одностороннего вскрытия грудной клетки без применения аппаратов повышенного давления. После резекции VII и VIII или VIII и IX ребер у реберного угла вскрывается плевральная полость в VII или VIII межреберья. Легкое спадается и в случае необходимости отводится в сторону. N. phrenicus близ диафрагмы пересекается. Парализованный купол диафрагмы оттесняется в брюшную полость, когда операция производится на пищеводе. Создается просторное операционное поле, и с успехом автором производилась резекция пищевода, присоединялось иногда сюда трансдиафрагмальное чревосечение или ventro-argo-diaphragm. laparotomia. Таким путем оперировано 33 случая без одного смертельного исхода.

И. Цимхес.

123) *О хирургическом лечении сингормизии.* V. Schmie den (Zentrbl. f. Chir., 1929, № 34) описывает один случай оперативного лечения сингормизии по способу Pouisser'a. Последний рекомендует вскрывать асимметрически расположенный кистовидный очаг.

И. Цимхес.

124) *Опорожнение желудка системой сифона для лечения послеоперационного илеуса.* C. E. Janske (Zentrbl. f. Chir., 1930, № 32) приводит опыт клиники Карри'са в применении постоянного продолжительного сифона для опорожнения желудка при лечении послеоперационной непроходимости кишек. Через нос вводится зонд в желудок и держится там не больше 12—24 час., чтобы не вызвать пролежней в пищеводе и желудке. Больные вначале беспокойны, но вскоре привыкают к введенному зонду или же впрыскивается 1 к. с. морфия. Снаружи зонд соединяется с системой сифона (ирригатор). Благодаря наличию зонда в желудке больной может пить, что хочет и сколько хочет, кроме молока, которое может закрыть просвет зонда. Автор видит в этом средстве борьбы с послеоперационным параличом кишек большие преимущества перед наложением кишечного или желудочного свища и в заключение приводит свои 5 случаев успешного лечения.

И. Цимхес.

125) *О хроническом туберкулезном периплеврите.* F. Kraus (Zentrbl. f. Chir., 1930, № 22) описывает случай хронического туберкулезного периплеврита с правосторонним продуктивным легочным туберкулезом. Под периплевритом подразумевается острый и хронический воспалительные и нагноительные процессы между fascia endothoracica и pleura parietalis.

И. Цимхес.

126) К технике *Jejunostomiae*. Winkelbauer (Zentralbl. f. Chir. 1929 № 34) предлагает при производстве *jejunostomiae* применять метод, аналогичный гастростомии или способу Coffey для пересадки мочеточников в толстую кишку. Проводится 5 см. разрез через серозу и мышечную ткань петли кишки без вскрытия *mucosae*. В дистальном углу раны тупо разделяются мышцы, и вскрывается слизистая. Катетер вводится в это отверстие и располагается между мышцами. Рана поверх расположенного катетра зашивается односторонними узловатыми швами наглухо. Кишка фиксируется с катетром к брюшной стенке места разреза или в стороне через специальное вскрытие брюшной полости. П. Цимхес.

в) Ларингология.

127) К вопросу о профессиональных заболеваниях голоса (фонастения). Проф. Sokolowsky (Deutsche med. Woch., 1929, № 14, S. 576) останавливается на функциональных заболеваниях голоса у певцов, преподавателей, священников и вообще лиц, связанных по своей профессии с частыми разговорами.

Автор под функциональными заболеваниями голоса (фонастенией) понимает такое заболевание голоса, где мы не в состоянии при данной существующей методике исследования голоса, обнаружить анатомических изменений или какие-нибудь патологические субстраты. При фонастении выступают вперед субъективные симптомы. Мы можем обнаружить чувство давления, жжения, царапанье, чувство сухости, необходимость частого откашливания и даже сильные острые боли в горле. Следующим симптомом является легкая утомляемость голосового аппарата. Последнее мало-по-малу усиливается. В большинстве случаев больные указывают на какую-нибудь причину: простуда, катарр горла или психическая травма, вследствие чего, будто бы, появилось данное заболевание, но при собирании подробного анамнеза почти всегда устанавливается, что данное заболевание существует давно, еще до указанной больными причины. При объективном исследовании обыкновенно не удается обнаружить резких изменений в гортани. Парез *m. interni* или *m. transversus*, разница в положении истинных голосовых связок (одна связка выше другой), перекрещивание черпаловидных хрящей часто сопровождают фонастению. Отечность и утолщение голосовых связок, отечность слизистой задней стенки гортани, покрытой слизью, красноту слизистой гортани автор считает у фонастиков вторичными явлениями. У фонастиков, которым приходится много говорить, голос является выше, громче и жестче, чем у обыкновенных людей, а у певцов тоны музыкальные часто неправильные, сопровождающиеся посторонними шумами и др.

Этиологически автор считает, что причиной фонастении является злоупотребление голосом как в количественном (слишком много времени петь или говорить) отношении, так и в качественном. Неправильное преподавание может вести к фонастении.

Что касается терапии, автор считает, что прежде всего должны быть удалены крупные ненормальности в носу и носоглотке, как резкое искривление перегородки, большие гипертрофированные раковины, большие аденоиды и др. Покой необходим только вначале для исчезновения вышеуказанных вторичных явлений, как краснота голосовых связок и др. После приходится лечить упражнениями; покой автор считает даже вредным. Правильная постановка голоса — лучшее терапевтическое средство для фонастеника. Фарадический ток, вибрационный массаж приносит часто хорошие результаты. Автор обращает внимание на вред, который приносит голосу частое откашливание, он считает необходимым даже заставить его фонастенику. Помимо вышеуказанных мероприятий автор считает необходимым предпринять меры общего характера, как воздержание от курения и алкоголя, рано ложиться спать, хороший, чистый воздух, диета, борьба с запорами, лечение анемии и наблюдение за душевным покоем. В. Голанд.

128) К вопросу о *миндаликовом сенесе*. Проф. Uffenorde (Deutsche med. Woch., 1929, № 19, S. 775) приводит 4 случая сенеса после воспалительных процессов в глотке. 1-й случай. У 18-летней девушки, давно страдавшей часто повторяющимися тонзиллитами, через 2 дня после нового обострения, образовалась припухлость на левой стороне шеи, с затрудненной подвижностью нижней челюсти, ознобами и высокой температурой. При объективном исследовании обнаружено утолщение левой тонзиллы без налетов (перитонзиллярная область без изменений), припухлость и покраснение левой стороны надгортанника, левой черпало-надгортанной складки и слизистой оболочки, покрывающей левый черпал.

Левый sinus piriformis сглажен. Снаружи на шее слева прощупываются твердые, увеличенные, болезненные железы на углу нижней челюсти и по ходу сосудов вниз. Флюктуация не обнаружена. Во время операции (тонзиллоэктомиа слева и разрез всех мягких тканей, втянутых в данный процесс) был найден по линии инфильтрации и припухлости тканей абсцесс, соответствующий нагноившейся железе, в соседстве сосудистого влагалища. На 16-й день после операции больная выписана здоровой.

2-й случай. 67-летняя женщина через 4 дня после перенесенной ангины заболела вновь с резкими головными болями, рвотой и ознобами. Позади правого уха припухлость, спускающаяся книзу по ходу v. jugularis в течение нескольких дней. Через три недели автор при операции находит большой абсцесс, находящийся между art. carotis comm. sin., ven. subclavia sin. и arteriae anonyma et subclavia dex. Сосудистое влагалище припухшее и покрасневшее, стенки сосудов не изменены. После тонзиллоэктомии справа, вскрытия имеющегося небольшого абсцесса в перитонзиллярной ткани и опорожнения вышеуказанного большого абсцесса больная начала быстро поправляться и через три недели была отпущена домой.

3-й случай. У 14-летней девочки после тонзиллоэктомии и аденотомии развивалась пиэмия с высокой температурой и болями в затылке. При объективном исследовании обнаружена припухлость и выпячивание задней стенки глотки. После вскрытия ретрофарингеального абсцесса и опорожнения его больная быстро поправляется.

4-й случай. 34-летний мужчина заболел ангиной. После 2 дней припухлость левой щеки, левой стороны шеи, затрудненное дыхание, высокая температура. Вскрытие и опорожнение перитонзиллярного и ретрофарингеального абсцессов излечение не привнесло. Ввиду затяжности процесса была предпринята большая операция на шее, несмотря на отсутствие тромбоза v. jugularis int. была перевязана. Exitus. Вскрытие показало, что гнойный процесс распространился далеко вглубь, но вскрытие сосудов v. jug. sin., v. comm. и v. thyreoid. sup. показало, что эти сосуды свободны от тромбов.

На основании этих 4-х случаев автор приходит к выводу, что во всех случаях ангины с воспалительными процессами в перитонзиллярной ткани или в тканях на шее больные должны быть немедленно помещены в специальное лечебное заведение. В виду того, что почти во всех случаях миנדаликового сепсиса имеются изменения крови, автор горячо рекомендует во всех случаях ангины обратить внимание на состав крови, особенно автор считает, что цитологическое исследование крови имеет решающее значение для диагностики и для дальнейшей терапии. На основании этих и других многочисленных случаев автор считает бесполезным и даже вредным при миנדаликовом сепсисе перевязку сосудов, но считает весьма необходимым широкое вскрытие флегмон и абсцессов и дренажирование их.

В. Голанд.

г) Невропатология и психиатрия.

129) Prof. N. Rojas из Буэнос-Айреса рекомендует *выпрыскивание адреналина при отнятии от морфия* (L'encephale 1930, № 4). А. различает два периода при отнятии морфия: период интоксикации и период нового приспособления. Особенно опасен 2-й период—явления абстиненции носят ваготонический характер (слезы, пот, понос и др.). Адреналин, вызывая раздражение sympathicus'a, восстанавливает равновесие. На ваготоников адреналин оказывает особенно хорошее действие. Адреналин выпрыскивается после принятия последней дозы морфия (Rojas проводит отнятие морфия не сразу, а по быстрому способу) в размере $1\frac{1}{2}$ mg., эта доза повторяется еще раз в тот же день и на следующий. Ю.

130) Д-р M. Sokel описывает (D. m. W. 1930, № 42) *новый способ лечения морфинизма*. При внезапном отнятии морфия для избежания явлений морфинной абстиненции а. в первые 6—8 дней вводил большое количество инсулина (до 80 единиц инсулина «Leo» в 24 часа) без виногр. сахара. Количество инсулина зависело от тяжести явлений абстиненции. Всего лечено 15 больных. Ни разу никакие соматические явления абстиненции не появлялись, точно также и психические явления резко уменьшались. Уже на 7 день начинается прибавка веса. Среди больных автора находились самые тяжелые морфинисты. Ю.

131) Уже около года Jong и Baruk ведут исследование действия бульбокапнина (алкалоид *coryalis sacae*) на двигательную систему.

Их исследованиями выяснилось, что у кошек при средних дозах бульбокапнина получают каталептические явления. В настоящее время (Niederl. Tijdschr. Geneesk. 1929, 1) Jong, Bourguignon и Baruk считают возможным идентифицировать симптомы, полученные от бульбокапнина, с кататонией Kahlbaum'a и говорят уже не о бульбокапнин-каталепсии, а бульбокапнин-кататонии. Большими дозами бульбокапнина вызывается кататония и у людей. В настоящее время Jong отрицает экстрапиримидный генез страдания; он считает его следствием диффузного отравления большого мозга, считая, что моторные явления здесь кортикального происхождения. Докладывая свои опыты в парижском Société de neurologie (7/IX—29 г. Presse medicale, № 96). Jong и Baruk сообщили, что, испытывая бульбокапнин на различных животных, они убедились, что у животных обладающих нео-паллием (млекопитающие) ср. дозы бульбокапнина вызывают каталепсию, негативизм, гиперкинезы (импульсивность, стереотипия) и органо-вегетативные симптомы, а у животных, лишенных нео-паллия (рыбы, рептилии), бульбокапнин не вызывает ни каталепсии, ни негативизма; сильные дозы вызывают эпилепсию, малые—сон. Отсюда вывод авторов, что кататония—органическое заболевание, вызываемое церебральной интоксикацией. Однако Divygu считает (J. de Neurol. 29 p. 215), что бульбокапнин при надлежащей дозе вызывает каталепсию и у рептилий, но он отрицает какие бы то ни было нарушения в напряжении мускулатуры и считает бульбокапнин только наркотическим средством. 10.

Заседания медицинских обществ.

Казанское общество рентгенологов и радиологов.

Объединенное заседание с научным собранием врачей Госинститута для усовершенствования врачей им. Ленина в Казани 21 января 1930 г.

1) Гасуль Р. Значение рентгенологической методики исследования для диагностики заболеваний мочевого аппарата. Докладчик дал вступление к исследованиям, произведенным в возглавляемом им рентгенологическом отделении следующие за ним докладчиком помощью уретропизеллографии и другими ассистентами (Ротштейн, Хаскина, Гольдштейн Д. Е. и Лейбов С. В.) помощью уретро- и гистеросальпингографии (см. протокол заседания от 16 июня 1930 г.). Только рентгенологическое исследование дало возможность изучить на живом здоровом и больном человеке морфологию и функцию мочевого аппарата. Оба метода, как положительный (помощью жидкостей), так и отрицательный (помощью воздуха),—дают равноценные диагностические результаты, оказывающие незаменимые услуги, особенно хирургии, в деле обнаружения аномалии, уродств, вариаций и патологических изменений.

2) Ратнер Ю. А. К диагностике заболеваний почек помощью рентгенологического исследования лоханок и мочеточников (специально пизелло-уретрографии). На основании многочисленных оперативных-проверенных хирургических случаев заболеваний почек, препровождаемых в рентгенологическое отделение из Хирургической клиники, докладчик описывает некоторые подробные истории болезни, где рентгенологическое исследование на трохоскопе дало возможность определить ряд аномалий формы и положения почек и лоханки (подковообразная почка, двойная лоханка, птоз и дистопия), а также ряд гидронефрозов, уретероцеле, перитуретритов, туберкулеза почек и один случай кистозной почки. В качестве контрастного средства применялся 25% NaBr. Изложение показаний и противопоказаний. Демонстрация пизеллограмм.—Прения: Брускин Я. М., Боголюбов В. Л., Гасуль Р., Огнев, Лурья Р.

Объединенное заседание с Физиотерапевтической секцией о-ва невропатологов и психиатров 14 апреля 1930 г.

1) Коленько А. Б. Лечение трахомы посредством ионтофореза. Описание случаев трахомы в различных стадиях, леченных помощью ионтофореза. По словам докладчика, результаты были ободряющие. Прения: Клячкин Г., Адамюк В., Гасуль Р., Клячкин Л.

2) Гольдштейн М. П. и Неврожкин П. П. *О фиброзном и деформирующем остите*. Доклад будет напечатан в «Казанском медицинском журнале». — Прения: Г. Гринбарг, Р. Гасуль и Г. Клячкин.

Заседание 31 мая 1930 г.

1) Гольдштейн М. П. *Демонстрация 4-х случаев с плевральными обизвестлениями, возникшими после плеврита и давними повод к диагностическим ошибкам*. Обизвестленная зона во всех случаях представляла овальную и лентовидную форму большой интенсивности. В одном случае, в виду впадой грудной клетки и абсолютного притупления, а также плохо распознанного другим рентгенологом рентгеновского снимка, предположена опухоль.

2) Гольдштейн Д. Е. *Демонстрация 2 случаев с так наз. абсцессами Brodie, обнаруженными и установленными как таковые лишь рентгенологически*. В одном случае этот остеомиелитический очаг имел округло-овальную форму и со склерозированной капсулой находился на дистальном конце tibiae; в другом случае абсцесс был на дистальном конце ulnae. В обоих случаях наблюдались описанные другими авторами клинические явления (тупая боль при давлении и др.). Случаи подтверждены операцией (в одном случае проф. А. В. Вишневым, в другом — прив. доц. Гусыниным В. А.), при которой была обнаружена пиогенная мембрана с периферическим обизвестлением вокруг полости. Бактериологическое исследование без особых данных. Выскабливание и шов — с удовлетворительным результатом. Указание на редкость подобных, остающихся большей частью необнаруженными остеомиелитических очагов. Рентгеновские снимки до и после операции. — Прения: А. Гринбарг указывает на необходимость во всех случаях неясной боли при давлении в предилекционных местах скелета делать снимки. Гефен, Хаскина, Гасуль Р. сообщил, что абсцессы Brodie не представляют новой формы заболевания; дело идет об изолированных, без секвестрами протекающих остеомиелитических очагах округлой формы со склерозированной капсулой. Многие рентгенологи, несомненно, наблюдали эти полости, не связывая их, однако, с именем жившего в 70-х годах прошлого столетия хирурга Brodie, давшего точное описание этих полостей.

3) Яльцев П. Д. *Демонстрация миелограммы одного случая с туберкулезным спондилитом*.

Дело шло о молодой женщине, направленной в виду подозрения на спинномозговую опухоль с давлением в области нижнего шейного позвонка и соответствующими неврологическими симптомами для миелографии в рентгенологическое отделение Госинститута для усовершенствования врачей. На снимке, однако, обнаружено было ясное разрушение и частичное сращение двух позвонков (с VI-VII с) с тенью натеchnика в виде закругленного треугольника с основанием, обращенным вверх. Как раз в этом месте при окципитальной пункции иодии также остановился в виде висцезной капли. Таким образом имелось сдавление спинного мозга, вызванное туберкулезным спондилитом. Контрольные снимки перед миелографией настоятельно необходимы.

4) А. Г. Гринбарг и П. П. Неворожкин. *Некоторые аномалии в люмбосакральной части позвоночника в связи с ischias'om*.

На основании свыше 1000 случаев ischias'a, из которых свыше 200 было исследовано рентгенографически, докладчики изучили связь известных вариаций и аномалий в люмбосакральной части позвоночника, каковы сакрализация, люмбализация, а также spina bifida, с различными неврологическими страданиями в поясничной области, особенно с заболеваниями п. ischiad. Наблюдались случаи, в которых имелась одна из названных аномалий без заболевания седалищного нерва и обратно. Докладчики приходят к заключению, что сакрализацию и другие аномалии нельзя, как правило, считать причиной ischias'a, за исключением некоторых случаев, где эта связь может быть точно установлена, как это было показано докладчиками на нескольких примерах. — Прения: Хаскина, Чуловичков, Гефен, Гольдштейн Д. и Гасуль Р.

5) Е. Г. Гефен. *Об идиопатическом расширении пищевода*. 2 случая идиопатического расширения пищевода с кардиоспазмом у взрослых, из которых один докладчиком, по аналогии с Hirschsprung'ом, трактуется как врожденный megaesophagus. Изучение существующих взглядов на патогенез и механизм возникновения кажущегося простым, а в действительности сложного заболевания пищевода.

Прения: Гасуль Р. Необходимо знать, что врожденное расширение пищевода такое же редкое явление, как и Hirschsprung; кардиоспазм при этом играет большую роль в механизме возникновения, но не исключительно им обуславливается или вызывается столь часто не распознаваемое страдание.

Хроника.

166) 29 сентября состоялось торжественное заседание Совета Казанского клинического института по усов. врачей им. Ленина по поводу 10-летия *Института*. Одновременно Институт *прошелся* со своим бессменным в течение 10 лет директором проф. Р. А. Лурья, который назначен директором вновь открывающегося Института по подготовке врачебных кадров в Москве и профессором 1 МГУ.

167) Для всесторонней и планомерной разработки научных и научно-практических вопросов общественного питания, в целях охраны труда и здоровья трудящихся, при Наркомздраве организован *Государственный Научно-Исследовательский Институт Питания Наркомздрава, Всенарпита и Центросоюза* на базе существующих научных институтов и лабораторий НКЗ, занимающихся в том или ином разрезе вопросами питания и диететики. Задачей нового института является изучение вопросов общественного питания во всей их широте на основе научно-исследовательской работы и клинических опытов. В организации Института питания принимает участие и Мосздравотдел в лице своих научных институтов. Директором института назначен проф. Б. И. Збарский, заместителем его д-р Б. В. Виленкин.

Для привлечения к вопросам питания широкой рабочей общественности, научных учреждений и заинтересованных хозяйственных организаций организуется совет института, состоящий из представителей ряда организаций, фабрик и заводов. Председателем Совета является Народный Комиссар Здравоохранения, его заместителями — председатель Правления Всенарпита и проф. М. Н. Шатерников. Основной своей задачей новый Институт должен поставить задачу привлечения к своей работе широчайшей рабочей общественности, ибо только при помощи творческой инициативы масс новая организация будет в состоянии выполнять ту огромную задачу, которую она берет на себя.

168) 10-го октября с/г., в заседании Гос. Контр. Комиссии по испытанию сальварсанов препаратов рассматривался вопрос о сроках применения *новосальварсана*. Госуд. Контр. Комиссия постановила, что с 1-го октября 1930 г. допускается применение серий новосальварсана выпуска давностью не более полугода лет, считая со дня утверждения годности серий в Гос. Контр. Комиссии. Постановлено предложить Госмедторгпрому приступить к учету имеющихся в обращении серий, выпусков до марта 1929 года, и установить порядок их изъятия и замены. Указанная работа должна быть выполнена Госмедторгпромом в течение трех месяцев, после чего Гос. Контр. Комиссия не будет проводить повторного биологического испытания вышеуказанных серий. Госуд. Контр. Комиссия просит за всеми справками по указанному постановлению обращаться по адресу: Москва, Б. Грузинская ул., д. № 10.

169) Коллегия НКЗ РСФСР и Президиум ВСФК СССР постановили созвать в конце 1930 года в Москве *Всесоюзный съезд врачей по физкультуре*. Организация съезда поручена Наркомздраву РСФСР, которым создан Оргкомитет с участием ВСФК и НКЗ Союзных республик. Председателем Оргкомитета утвержден чл. Коллегии НКЗ т. Коган, секретарем — врач специалист НКЗ — т. Иваловский. Намечена следующая повестка дня: 1. Доклад НКЗ РСФСР — состояние и перспективы работы органов здравоохранения по физкультуре. 2. Доклад ВСФК СССР. 3. О формах и методах государственного контроля над фк в новых условиях работы. 4. Сводклады Украины, Белоруссии, Закавказья (по всем докладам). *Организационная секция*. 5. О подготовке кадров врачей и медработников по фк. 6. Врачебный контроль над фк детей и подростков. 7. Работа врачей в области Туризма. *Научно-методическая секция*. 8. Физкультура как социально-эвгенический фактор. 9. Физкультура как фактор повышения производительности труда и борьбы с профвредностями. 10. Унификация методов оценки физического развития и состояния здоровья физкультурников. 11. О показаниях и противопоказаниях к физкультуре.

170) На недавно закончившийся *I международный Конгресс по психогигиене* в Вашингтоне был командирован директор И-та невропсихиатрической профилактики Л. М. Розенштейн. Конгресс явился первой международной встречей врачей-психиатров, психологов, педологов и других лиц, работающих в различных отраслях психической гигиены. На съезде приняло участие свыше 5000 членов, представителей 53 стран. Наш представитель выступал на Конгрессе на специальном заседании съезда, посвященном смотру психогигиены во всем мире. После этого заседания, на котором выступали представители целого ряда стран и на котором многими делегатами был проявлен огромный интерес к нашей информации, Президиум постановил созвать специальное заседание, посвященное психогигиене в СССР. На этом заседании было заслушано два доклада—т. Розенштейна—по линии здравоохранения и А. В. Залкинда—по линии просвещения. После докладов были многочисленные вопросы и ответы. Все заседание передавалось по радио.

171) *Интернациональную гигиеническую выставку* в Дрездене решено открыть также и в 1931 г.—с 15 мая по 30 сентября.

172) *III Интернациональный конгресс рентгенологов* состоится в Париже в июле 1931 г. под председательством Е. Curie. Секции: рентгенодиагностики, рентгено- и кюри-терапии, радиобиологии, радиофизики, естественного и искусственного светолечения, медиц. электрологии. Секретариат: Rue de la Boétie, Paris, VIII.

173) В августе 1931 г. в Женеве состоится *Интернациональный конгресс по профессиональным болезням и промышленным вредностям*.

174) *Движение населения* в больших городах Германии во втором квартале 1930 г. по сравнению с соответствующим кварталом 1929 г. было следующее:

Рождаемость на 1000 жителей в 1930 г.	—17,6;	в 1929—	17,9
Смертность « « « « «	—11,6	« « «	12,4
Детская смертность « « « « «	—8,5	« « «	9,3
Браки « « « « «	—12,2	« « «	10,1.

175) Польский государственный институт гигиены опубликовал следующие данные о смертности в больших городах Польши за 1929 г. (на 1000 жит.): Варшава—18,1; Лодзь—24,6; Познань—16,7; Львов 20,5; Вильно—10,5; Сосновцы—23,4; Кельцы—27,3; Петроков—29,4; Томашов—35; Влоцлавск—36.

176) Испанское общество гигиены изучало *греб.* причиняемый женской модой: так называемой *постоянной завязкой волос* и выдергиванием бровей. Первое давало в некоторых случаях довольно выраженные сосудистые мозговые явления (в результате длительного прохождения электрического тока), второе—различные кожные заболевания.

177) 25/VII—30 г. Семья глазных врачей потеряла одного из видных своих работников—профессора Томского университета С. В. Лобанова (сапсег неоперируемый). Получив блестящую подготовку в клинике Военно-Медицинской академии у проф. Белляринова, пользуясь 2-х годичной научной заграничной командировкой, С. В. Лобанов в 1905 г. был избран на кафедру офтальмологии с клинкой в Томский университет. С той поры и до самых последних дней своей жизни он, занимая кафедру, являлся руководителем по оказанию глазной помощи населению Сибири. Долгое время возглавляемая им Томская глазная клиника была единственной на всю Сибирь. В эту клинику больные тяготели со всех концов Сибири. Лишь только с открытием университетов в Омске и Иркутске часть особо нуждавшихся больных принималась клиниками указанных университетов. В бытность свою профессором Томского университета С. В. Лобанов проявил себя как блестящий лектор. Лекции С. В. Лобанов всегда читал замечательно просто, образно, живо и ясно.

178) *Умерли:* 1) Манчестерский профессор Charles P. White, известный своими исследованиями рака (63-х лет); 2) известный французский невропатолог, ученик Р. Marie—André Leri (55 л.); 3) чешский проф. Владислав Ружичка, основатель евгенического движения в Чехо-Словакии; 4) выдающийся провинциальный французский хирург Yves-Henri Delagenière; не обладая ученым титулом, он был членом франц. мед. Академии и нередко председательствовал на конгрессах французских хирургов; 5) в Безансоне франц. радиолог Caillods в результате профессионального радиодерматита и двух последовательных ампутаций на этой почве.

Письма в редакцию.

I.

Уважаемый редактор.

Прошу не отказать поместить в ближайшем номере Вашего журнала следующее:

В целях учета рационализаторской работы, а также взаимного обмена опытом, Объединенная опытная станция НКЗ и Леноблздравотдела обращается ко всем лечучреждениям, где производится рационализаторская работа, а также ко всем товарищам, работающим по рационализации в лечебных учреждениях, с просьбой сообщить о себе следующие сведения: 1) Наименование учреждения. 2) Адрес. 3) Какая ведется работа по рационализации в учреждении. 4) Кто ведет работу (рационализаторская ячейка, эконо-комиссия и администрация больницы). 5) Какие проделаны работы по рационализации. 6) Какова эффективность проделанной работы (указать по важнейшим мероприятиям). Помимо указанных сведений, просьба прислать материалы, характеризующие проведенную работу, (отчеты, новые формы, документацию, графики, фотографии и проч.). Все материалы направлять по адресу: Ленинград, Объединенная опытная станция НКЗ и Леноблздравотдела по рационализации медико-санитарного дела. Ул. Пролеткульта 1.

II.

Глубокоуважаемый тов. редактор.

Прошу поместить в одном из ближайших номеров журнала приложенное при сем сообщение об открытии в гор. Харькове Украинского Государственного Института теоретической и практической офтальмологии.

С приветом директор Ин-та *Рабкин*.

Постановлением Коллегии Н. К. З. УССР Глазная больница им. проф. Гиршмана реорганизована с 1-го сентября с. г. в Украинский Государственный Институт теоретической и практической офтальмологии.

При Институте начинают функционировать следующие отделы:

I. Экспериментально-исследовательский с физиологической лабораторией, стационаром и виварием.

II. Лечебно-клинический отдел с соответствующими вспомогательными учреждениями.

III. Лабораторно-исследовательский отдел с бактериологическим, патолого-анатомическим, гистологическим, биохимическим отделениями, а также с отделением клинических исследований.

IV. Отдел социальной патологии и профилактики с отделениями: исследовательским, статистическим и подотделами профессиональной патологии и санитарного просвещения. При отделе функционирует также офтальмо-диспансер и санитарно-гигиеническая консультация.

V. Редакционно-издательский отдел. В задачу отдела входит издание трудов института, учебных пособий по офтальмологии, переводной литературы, популярной санитарно-просветительной литературы, издание массовой газеты „За здоровый глаз“, а также участие в издании Украинского офтальмологического журнала.

VI. Отдел кадров—ведает работой по подготовке научных и практических работников, усовершенствованием в области офтальмологии (аспиранты, интерны, врачи для усовершенствования; экстерны, глазные сестры и т. д.).

При Институте функционирует рентген-кабинет, протезная лаборатория, научная библиотека и музей. Намечена организация лаборатории очковой оптики и лаборатория наглядных пособий. При институте будет функционировать глазное отделение секции социальной гигиены института педагогики.

Дирекция института.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

36) Прошу сообщить, какая имеется литература (русская, украинская и немецкая) о влиянии лучей Röntgen'a на бактерии. *Подп. № 2970.*

Ответ. Исчерпывающую литературу (русская, к сожалению, очень скудна) можно найти у:

1. Rieder. Münch. med. Woch. 1898 № 4 и 1902 № 10.
2. Wettier I. Handbuch der Röntgentherapie Bd. I. Seite 463. Verlag Nemnich 1922. München.
3. Ипатов К. Рентгенотерапия. В «Руководстве по физич. мет. лечения» стр. 269. Проф. С. Бруштейна. Госиздат. 1929 г.
4. Немецков М. Рентгенология. Стр. 300.
5. Гасуль Р. Я. Биологич. действие рентг. и рад. лучей на бактерии. В «Handbuch der gesamten Tuberkulose-therapie» Seite 133. Изд. Urban & Schwarzenberg. 1923 г.
6. Он же. Лечение радием. В «Основах терапии» Бруштейна—Плетнева. Госиздат 1927.
7. Wettier и соавторы. Internationale Radiotherapie. Bd. I, II и III (1928 г.) Verlag Wittich, Darmstadt.
- В последнем издании мною реферировалась русская и украинская литература по затронутому вопросу за 1926, 1927 и 1928 гг.
8. Zentralblatt. f. d. ges. Radiologie 1925—1930 гг. Изд. Springer, Berlin.
Р. Я. Гасуль.

37) Не откажите в любезности сообщить перечень русской литературы по вопросу лечения климактерических кровотечений аутогемотерапией.

Подписчик № 1195.

Ответ. Специальных работ по этому вопросу в русской литературе мне не встречалось, попутно же он затрагивается в статьях: 1) Казанский. Несколько наблюд. над примен. аутогемотерапии в акуш. и гинек. Каз. мед. ж. 1928 г. № 6 и 2) Либинзон. К вопросу об аутогемотерапии при ациклических маточных кровотеч. Гинек. и Акуш. 1930 г., № 4—5.

38) Каков состав Преглевского раствора (Pregl'sche Lösung) и область его применения?

Поп. № 536.

Ответ. «Подистый раствор Прегля (Jodsolutio Pregl, Jodlösung nach Pregl) готовится по способу, сохраняющемуся тайне изобретателем, и будто бы состоит из 0,035—0,04 свободного йода и подистого, подноватого и подноватистого натрия. Применяется при септических процессах для впрыскиваний в брюшную полость, для промывания мочевого пузыря, при лечении ран».

Ответ заимствован из статьи проф. В. Николаева. (Большая мед. Энциклопедия т. 11).

39) Прошу указать наилучший способ ухода за пуповиной новорожденного и при каком способе она отпадает скорее и пупочная ранка заживает совершенно?

Врач М. Шведова.

Ответ. См. Каз. мед. журн. 1930 г., № 7, стр. 764: ответ на вопрос 27-ой.
П. Маненков.

40) Какой % повышений t^0 в послеродовом периоде можно считать допустимым в род. отделении при современной постановке?

Врач М. Шведова.

Ответ. Точно указать неизбежный % лихорадочных повышений t^0 в послеродовом периоде не представляется возможным, хотя бы уже по одному тому, что до сих пор не установлено—какое повышение t^0 считать лихорадочным. Процент послеродовых лихорадочных заболеваний, согласно иностранным и русским статистическим данным, колеблется от несколько % до нескольких десятков %. Средний же % их равняется по Sigwart'y 10—12%, по Строганову—10—20%.

П. Маненков.

41) Прошу сообщить, что разумеется под рефлексом Marinesco и хоботковым? Когда они встречаются и где о них можно прочесть? Как объяснить отсутствие брюшных рефлексов при синингомиелии?

Д-р Иванов.

Ответ. 1) Рефлекс Marinesco, Hirschberg и Rose описан в 1903 г. (Revue Neurologique). Состоит в приведении и внутренней ротации стопы, наступающих при проведении иглой по внутр. краю стопы. Этот рефлекс считают характерным для поражений пирамидного пути в пределах внутр. капсулы (P. Marie

и Meige, Rev. Neurol. 1916). В моих работах имеются указания об этом рефлекс: К характеристике рефлекса Бабинского (Казан. мед. жур., 1925, № 4) и Le syndrome pyramidal (Acta Medica Scandinavica, 73, 1930).

2) Ротовый рефлекс Toulouse и Vulpas (Soc. de biologie, 1903) состоит в перкуссии верхней губы по средней линии и происходящем при этом быстром сокращении m. orbicularis oris, закрывающем рот и проецирующим вперед губы. Рефлекс—нормальный для младенца. В патологии наблюдается при псевдо-бульбарном параличе (Cassiaroti, 1915).

3) Отсутствие брюшных рефлексов при сирингомиелии объясняется теми патолого-анатомическими и физиологическими изменениями, которые наступают в спинном мозгу и боковых его столбах (деструктивные изменения, компрессионные и нарушения кровоснабжения) и нарушают проводимость пирамидного пучка.

П. Русецкий.

СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ ТРУДА.

Сведения о вакантных врачебных местах в Тамбовском округе.

№. № по пор.	Наименование вакантных должностей	Место работы	Оклад	Дополнит. сведения об условиях работы	Требуется стаж
	<i>По г. Тамбову</i>				
1	Врач по костному туберкулезу	Тубдиспанс.	130 р.	Подъемн. 130 р.	—
	Зав. Психоневрологич. диспансером		175 р.	„ 175 р.	—
	<i>Тамбовско-пригородный район</i>				
1	Зав. Бел.-Двойневским медучастком (амб.) . .	с. Бел.-Двойня	125 р.	Подъемн. 125 р.	—
	<i>Покровско-Марфинский район</i>				
1	Райсанврач	с. П.-Марфино	130 р.	Подъемн. в разм. месячн. оклада, квартира натурой или 10% квартирных	—
2	Зав. Найденовск. медучастком (амб.) . . .	с. Найденовк.	125 р.		—
3	Зав. Новосельцевским медучастком (амб.) . .	с. Новосельцево	125 р.	„	—
4	Зубной врач	с. П.-Марфино	86 р.	„	—
	<i>Бондарский район</i>				
1	Зубврач	с. Бондари	86 р.	„	—
	<i>Уваровский район</i>				
1	Зав. Монс. - Алабух. уч. (амбулатория)	с. М.-Алабухи.	125 р.	„	—
	<i>Ракшинский район</i>				
1	Зав. Александровским медучастком (амб.) . .	с. Александр.	125 р.	„	—
2	Зубной врач	с. Ракша	86 р.	„	—

3	Консультация	„	116 р.	„	—
	<i>Рассказовский район</i>				
1	Врач по физкультуре	г. Рассказово	116 р.	Подъемн. в раз- мере мес. окл.	—
	<i>Моршанский район</i>				
1	Врач-лаборант . . .	г. Моршанск (амб.)	116 р.	Подъемн. 116 р.	3 г.
2	Врач по физкультуре	г. Моршанск	120 р.	„ 120 р.	—
3	Суд.-мед. эксперт	г. Моршанск			
3	3 участка	и 6 районов	131 р.	„ 131 р.	Жел. стаж
4	Два зубврача при Цент. амбулатории	г. Моршанск	86 р.	„ 86 р.	—
	<i>Алгасовский район</i>				
1	Второй врач терапевт. Алгасовской б-цы . . .	с. Алгасово	116 р.	„ 116 р.	—
2	Зубной врач	с. Алгасово	86 р.	„ 86 р.	—
	<i>Пичаевский район</i>				
1	Райсанврач	с. Пичаево	130 р.	Подъемн. в раз- мере мес. окл. кварт. натур. или 10 ⁰ / ₀ окл.	—
2	Зав. Гагаринской б-цей на 10 коек	с. Гагарино	125 р.	„	—
3	Зубной врач	с. Пичаево	86 р.	„	—
	<i>Пересылкинский район</i>				
1	Второй врач Гаврилов- ской б-цы на 35 коек .	с. Гавриловка	116 р.	„	—
	<i>Ржаксинский район</i>				
1	Второй врач Камен- ской участковой б-цы .	с. Каменка	116 р.	Подъемн. в раз- мере мес. окл. кварт. нат. или 10 ⁰ / ₀ окл. кварт.	—
	<i>Кирсановский район</i>				
1	Врач-рентгенолог при Кирсановской амбула- тории	г. Кирсанов	170 р.	Подъемн. мес. окл.	—
2	Завед. венотрядом . .	Передв. по району	116 р.	Подъемн. в раз- мере мес. окл. кварт. натур. или 10 ⁰ / ₀ окл. кварт.	—
	<i>Пижавинский район</i>				
1	Зав. Курдюковским медучастк. (амб.) . . .	с. Курдюки	125 р.	Подъемн. 125 р.	—
2	Зубной врач	с. Пижавино	86 р.	Подъемн. в раз- мере мес. окл. кварт. натур. или 10 ⁰ / ₀ окл. кварт.	—
	<i>Соседский район</i>				
1	Зубной врач	с. Соседка	86 р.	Подъемн. 86 р. и 10 ⁰ / ₀ кварт.	—

Заявления о назначении на вакантные должности необходимо направлять в Окргдравотдел (г. Тамбов, Дворец труда, комн. 19) с приложением краткого жизнеописания.