



## ОТ РЕДАКЦИИ.

В короткие сроки рабочий класс нашей страны, под руководством коммунистической партии во главе с тов. Сталиным, героически решает великие задачи социалистического строительства. На путях к бесклассовому обществу, миллионы рабочих и колхозников построили промышленные гиганты, коренным образом переделали всю экономику, весь уклад и быт отсталого крестьянства. Вместо жалких единоличных хозяйств с сохой времен Рюрика—выросли мощные колхозы и совхозы, технически оснащенные всеми видами современных сельскохозяйственных машин. С электрической лампочкой, с трактором, с новыми формами коллективного труда пришла в деревню великая жажда знания. Миллионы рук тянутся к журналу, газете, книге, и в сельской школе молодое поколение Октября изучает ленинизм и сосредоточенно размышляет над биномом Ньютона.

Вместе с новой, советской культурой, неизмеримо выросли требования к чистой—гигиенической жизни. Задачи здравоохранения в этом движении поистине грандиозны и роль врача в бурном творческом потоке заново строящейся жизни чрезвычайно велика.

Советский врач не только лечит, не только предупреждает болезни, но и активно помогает строить новый социалистический быт. Врач и учитель являются в деревне форпостами советской культуры.

Казанский медицинский журнал, рассчитанный на врача периферии, сумеет отразить на своих страницах жизнь страны только при условии, если масса, коллектив читателей в своих письмах, в своих статьях покажут успехи здравоохранения на местах, если врачи познакомят со своими достижениями, методами работы, рационализаторскими мероприятиями в области организации дела здравоохранения на селе.

Необходимо развернуть в этом отношении обмен опытом на страницах нашего журнала. С этой целью мы расширяем I отдел журнала—отдел социалистического здравоохранения, включая сюда и большее количество статей по профпатологии и профгигиене, чем было раньше. Мы включаем также в этот отдел вопросы психогигиены и рационализации умственного

труда. Едва ли следует доказывать нашим читателям значение работ по этим, незатронутым нашими медицинскими журналами, вопросам.

В отделе „Клиническая и теоретическая медицина“ редакция увеличивает количество работ по теоретической медицине и предполагает посвятить 1 или 2 книжки журнала проблеме туберкулеза или ревматизма, осветив эти темы во всей их социально-клинической значимости.

В связи с ростом рентгеновской сети, мы вводим „страничку рентгенолога“, где нами будут помещаться обзоры, оригинальные статьи и рефераты из области данной дисциплины.

Придавая большое значение отделу—„из практики“, редакция надеется на дальнейшее участие в этом отделе своих читателей, особенно участковых врачей.

Мы продолжаем издание статей из поликлинической практики, рассчитывая в этом году привлечь клиницистов разных специальностей.

Новые, свежие задачи стоят перед нашим журналом.

Мы уверены, что широкий круг наших читателей поможет нам на деле расширить рамки журнала и повысить качество литературного материала в соответствии с требованиями наших дней.

---

# Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

---

## Клинико-профессиологическая характеристика, как метод синхронного изучения профессии и профессионала <sup>1)</sup>).

Д. В. Рабинович (Москва).

Проблема, изучаемая клинико-профессиологической характеристикой, это—*проблема работоспособности*, ее колебание, ее тип и характер в данной профессиональной работе. Как все другие виды „характеристик“, объектами которых являются работа и работающий (профклинические характеристики, санитарно-клинические, психо-санитарные), клинико-профессиологическая характеристика имеет своей конечной целью подведение научной базы под вопросы оздоровления и организации труда (повышение работоспособности работающего, гигиеническая рационализация производства, поднятие производительности труда).

Первой и главнейшей особенностью клинико-профессиологической характеристики является синхронное (одновременное) изучение *профессии и профессионала*.

Исходной методологической предпосылкой является здесь диалектическое понимание связи между работой и работающим, как двумя взаимно воздействующими друг на друга комплексными „рядами“, из которых каждый полнее раскрывает свое „содержание“ через изучение „содержания“ другого.

Так, изучить „лицо“ профессии (разложить ее на основные действующие профессиональные факторы, расположить эти факторы в ранговом порядке по их „удельному весу“ для работы и работающего) возможно только через раскрытие „лица“ профессионала, тех отпечатков, которые профессия на нем оставляет, тех форм, в которых профессиональные воздействия преломляются на данном обследуемом.

Разрешение вопроса правильного профотбора, рациональной профконсультации, которые преследует в первую очередь изучение „профессионального комплекса“, т. е. профессиографирование, предполагает прежде всего знание „обычной профессиональной установки“ работающих (в данной профессии), наиболее распространенных рабочих приемов (их типа, темпов, ритмов). Но все эти приемы не статичны, не вечны, они изменчивы, проходят целую гамму варьирующих и компенсирующих друг друга форм, в зависимости от состояния работоспособности работающего.

Только глубокое изучение самого работающего, динамики его трудовых реакций, может дать путеводную нить для правильного заключения по профотбору и профконсультации.

<sup>1)</sup> Печатается в дискуссионном порядке. *Ред.*

И обратно: изучить клиническое „лицо“ профессионала, динамику его работоспособности возможно только через углубленное изучение „лица“ профессии, через изучение не только „анатомии“, но и „гистологии“ трудового процесса, через раскрытие содержания производственных показателей (количество и качество работы), как показателей работоспособности.

Дело в том, что трудовой процесс является наиболее естественной (и следовательно наиболее идеальной) „функциональной пробой“ для всех психо-физических качеств и сил, принимающих участие в данной работе.

И только глубокое знание основных трудовых факторов, влияющих (и влиявших) на работоспособность в данной конкретной производственной обстановке, только знание тех функциональных нагрузок, под которыми находится на своей работе профессионал,—только такое знание раскрывает перед врачом интимные механизмы заболевания, степень сопротивления организма, степень устойчивости профессионала.

Формулируя все сказанное, мы определили бы клинико-профессиологическую характеристику,—как метод, дающий „проекцию“ профессии (профессиональных факторов) на профессионале, и обратно, „проекцию работоспособности профессионала на исполняемой им работе (производственных показателях)“.

Таким образом, диалектическое понимание устанавливающихся между работающим и его работой связей приводит нас к построению единой схемы обследования профессии и профессионала, приводит к изжитию того дуализма (клинника и психотехника), который фактически еще имеет место при изучении проблемы работоспособности в настоящее время.

Его место должен занимать целостный, мы бы сказали, монистический метод исследования на основе клинико-профессиологической характеристики работающего и влияющих на него трудовых факторов.

Если целеустановка клинико-профессиологической характеристики, после всего сказанного нами, совершенно ясна, то нам предстоит еще ответить на самый важный и актуальный вопрос о материале клинико-профессиологической характеристики: откуда он черпается, как собирается. Где гарантия того, что собранный материал действительно даст ответы на поставленную задачу—дать одновременно характеристику работы и работающего.

Основным материалом для клинико-профессиологической характеристики являются „трудовые высказывания“ профессионала, собираемые по методу клинической беседы. Какова же ценность этого материала и метода собирания его?

Так же, как мы это сделали выше, мы и по отношению к способу собирания нашего материала укажем те основные методические принципы, из которых мы исходили.

Ценность „высказываний“ профессионала основывается по нашему мнению на следующем:

1) из накопления у каждого профессионала за время (годы и десятки лет) его трудовой жизни большого „трудового опыта“, хранящегося в бесчисленном количестве своеобразных, связанных с его трудовым поведением переживаний.

Это—опыт, оставленный каждой следовавшей друг за другом профессией. Это—опыт периода первоначального накопления профессиональных

навыков (трудный период ученичества с его характерной „патологией периода привыкания“) и опыт периода самостоятельной работы. Наконец,— опыт, отражающий влияние на работоспособность профессионала различных возрастных периодов:

а) юношеского периода, окрашенного „исканиями“ (отсюда часто профессиональная неустойчивость), богатого чертами профессиональной гибкости, профессиональной пластичности, сравнительно мало осложненного бытовыми влияниями;

б) средневозрастного периода с его уже выкристаллизовавшимся типом трудовых реакций, богатого трудовыми потенциями и энергетическими ресурсами, когда, с другой стороны, быт сильнейшим образом вливается в труд, накладывая нередко свой отпечаток на всю профессиональную направленность индивидуума, на все его трудовые стимуляции,

в) и, наконец,—периода более поздних возрастов с повышенной квалификацией, с пониженным физиологическим сопротивлением, богатого опытом „компенсаторных профессиональных приспособлений“.

Все эти виды и типы „опыта“ профессионала еще преломляются и через „клиническую“ призму, если речь идет о лицах с ограниченной работоспособностью („туберкулез“ дает один тип работоспособности, „порок сердца“ дает другой тип работоспособности и „язва желудка“—третий).

2) Этот опыт профессионала, отражающий его победы и поражения на фронте своей работы, его конфликты с работой и удачные способы их преодоления в одних случаях, вынужденные отступления в других случаях и компенсаторные перекрытия в третьих, является в высокой степени ценным и скрывает в себе богатейшие рационализаторские потенции („незаметную“ рационализаторскую практику каждого профессионала).

3) Однако, весь этот охарактеризованный нами опыт, со всеми перенесенными и пережитыми профессионалом реакциями на трудовые факторы, могущими дать богатейший материал для характеристики работы и работающего, окажется совершенно для нас недоступным и не сможет быть нами использован до тех пор, пока сам работающий нам его не выявит. А выявить он может его только в своих „высказываниях“.

Получить, однако, эти „высказывания“ от профессионала не легко. Этот опыт в большей своей части сделался достоянием „бессознательного“. И это не только потому, что, наслаиваясь за долгие годы друг на друга, трудовые переживания оказались забытыми. Они не только „забыты“, но и „вытеснены“. Подвергались „вытеснению“ как раз те моменты „профессионального пути“ работающего, которые обнаруживают „узкие места“ в „трудовой личности“ обследуемого, дефекты в организации производительных сил личности, являющиеся источником неоднократных „конфликтов с работой, конфликтов на работе“. Именно, до этих „конфликтов“ с работой не легко дотрагиваются, они нарочно „забываются“, образуя своего рода „ущемленные комплексы“, требующие специального метода для своего „вскрытия“.

А вскрытие их имеет особенное значение как для учета узких мест в трудовых установках работающего, так и для характеристики профессии, тех барьеров, которые она ставит профессионалу на пути овладения работой.

4) *Клиническая беседа* и является методом мобилизации, оживления следов, вскрытия забытых трудовых переживаний, приводя обследуемого к глубокому самораскрытию, передаче в своих высказываниях всей суммы пережитого ими трудового опыта.

Итак, мы раскрыли во всех перечисленных пунктах удельный вес высказываний профессионала, их значимость для выявления работоспособности работающего и характеристики особенностей его работы. Однако, степень эффективности клинической беседы, глубина и широта раскрываемого обследуемым трудового опыта зависит от умения исследователя эту клиническую беседу вести. Последняя требует определенной методики. Исследователь руководит беседой, ведя ее по заранее составленной схеме, руководит незаметно для обследуемого. Для последнего она должна казаться свободной беседой, в которой задаваемые исследователем вопросы естественно вытекают из хода самой беседы.

Главнейшим стимулом к разворачиванию „высказываний“ является отношение к ним исследователя. Это отношение должно быть насыщено *вниманием*, интересом к высказываниям сидящего перед ним обследуемого. Каково бы ни было содержание этих высказываний, исследователь (врач) отнюдь не выступает в роли следователя или судьи, наоборот, от него все время исходит теплота, сочувствие. В процессе беседы обследуемый получает ряд ободряющих, стимулирующих его „высказывания“, реплик („Вы прекрасно рассказываете“). И над всем этим, повторяем, должен стоять, *должен чувствоваться* острый, неослабный, даже все нарастающий интерес к личности обследуемого, приводимым им фактам, высказываемым оценкам различных трудовых моментов, доставляя этим обследуемому большое внутреннее удовлетворение, сознание „значимости“ пройденного им профессионального пути, ценности опыта (а, значит, ценности и его личности), приводя этими настроениями обследуемого в состояние особого подъема. С этим самочувствием, с чувством освобождения, отреагирования „загнанных эмоций“ обследуемый оставляет клиническую беседу и исследователя.

Прежде чем приступить к изложению схемы „*клинической беседы*“, плана и построения клинко-профессиологической характеристики, необходимо заметить, что мы вовсе не думаем заменить, „высказываниями“ обследуемого (даже научно-профильрованными) все, так называемые, объективные методы исследования *профессии и профессионала*. Например, ознакомление с реакциями обследуемого на световой фактор (оценкой самим работающим степени влияния этого момента на эффективность его работы и утомляемость) нисколько, конечно, не делает излишним объективное исследование освещенности рабочего места, измерения люксажа. Мы вставляем поэтому в соответствующие графы клинко-профессиологической характеристики после „высказывания“ обследуемого соответствующие объективные показатели.

Сопоставление обоих „рядов“ (объективных и субъективных показателей) дает нам возможность сделать важное заключение, с одной стороны, — о форме преломления у данного обследуемого всего комплекса профессиональных факторов и, с другой стороны, — о степени отклонения реакции на профессию у нашего обследуемого от среднего группового профессионального профиля, коллектива в целом.

В сущности говоря, каждый рабочий переживает работу по своему; можно сказать, у каждого профессионала составляется на работу *своя профессиограмма*, отражающая те требования, которые предъявляет профессия именно к нему. И это объясняется не только существующими между различными индивидуумами в пределах одной и той же профессиональной группы различиями (разные конституции, различные трудовые и профессиональный стаж), но одновременно и изменчивость самих трудовых факторов у различных рабочих мест в пределах одной и той же профессии, в пределах одного и того же рабочего помещения<sup>1)</sup>.

И разумеется, что окончательный объективный профиль данной профессии и клинический профиль данной профессиональной группы можно составить только на основании монографического изучения отдельных индивидуальных клинико-профессиологических характеристик.

Переходим к изложению архитектоники клинико-профессиологической характеристики,—того плана, по которому врач ведет клиническую беседу<sup>2)</sup>.

Раскрытие трудовых установок личности обследуемого начинается с *характеристики профмаршрута*.

Под *профмаршрутом* мы понимаем профессиональный путь, проделанный обследуемым:

*Характеристика профессионального маршрута.*

Схема № 1.

Возраст	Предшествующие		Мотивы к перемене профессии и места работы	Перенесенные заболевания и профмаршр.	Быт и проф. маршр.	Оценка маршрута + 0
	Занятия	Места работы				

Коэффициент профессиональной устойчивости оседлости

Общее резюме.                      Общая оценка профмаршрута . . . . .

Как видно из представленной схемы, характеристика профмаршрута основывается: 1) на учете связи профмаршрута с определенным возрастным периодом (*возрастные даты*); 2) на учете всех смен профессий и мест работы, которые имели место за время трудовой жизни профессионала (*предшествующие занятия и места работы*), 3) на учете виутренней механики профмаршрута, тех мотивов, которые руководили обследуемым при перемене профессии и места работы (*мотивы перемене*).

1) См. ст. „Индивидуальная характеристика рабочего места, как метод клинического изучения профпатологии“, Д. В. Рабинович. Журн. „Гигиена труда“, 1928 г. № 3.

2) Мы опускаем первую общую часть клинико-проф.-характеристик, заключающ. в себе общ. стат. сведения (фамилия, пол).

ны профессии и места работы); 4) на учете связи между профмаршрутом и „рядом“ клиническим (*перенесенные заболевания и профмаршрут*); 5) на учете связи профмаршрута с бытом, влияния последнего на „*профессиональную устойчивость*“ и „*профессиональную оседлость*“ обследуемого<sup>1)</sup>. И, наконец, 6) идет оценка этапа пройденного обследуемым профессионального пути—оценка с точки зрения как материального благополучия профессионала, так и роста его личности... (*оценка профмаршрута*): + 0—<sup>2)</sup>.

Содержание, которое мы вкладываем в профмаршрут,—большое и сложное. Мы придаем ему значение развернутой биографии, заостренной на вопросах трудовых установок, трудовых переключений личности, заостренной на оценке кривой пройденного обследуемым трудового пути, подъема и падений на этом пути, как характерных показателей состояния работоспособности обследуемого.

В целом ряде случаев кривая профмаршрута сигнализирует о начавшемся процессе инвалидизации работающего, падении его работоспособности гораздо раньше, чем эта инвалидизация прощупывается клиницистом. Такой сигнализацией может явиться прежде всего изменение обычных для данного индивидуума профессиональной устойчивости и профессиональной оседлости—изменение их в ту и в другую сторону: то мы замечаем учащение характерных для данного профессионала колебаний его профмаршрутной кривой, частоты профмаршрута (смена профессий и мест работы начинает исчисляться неделями); то начавшийся процесс инвалидизации может, как раз наоборот, характеризоваться заметным оседанием профессионала.

В первом случае падение работоспособности привело к стихийному выталкиванию работающего со стороны профессии (требованиям которой он уже не удовлетворяет) и к усиленным поискам облегченных участков работы со стороны профессионала.

Во втором ряде случаев, характеризующихся как будто усилением профессиональной устойчивости и профессиональной оседлости, таковые могут иметь своим источником развивающиеся на почве осознанной профессионалом инвалидизации 1) недоверие к своим силам (начинает считать себя малоценным работником), 2) „целиние“ за работу из-за боязни рискнуть переменой места или работы, 3) резкое снижение ранее предъявлявшихся к профессии и к месту работы требований, 4) заметное угасание прежней активности, инициативности и, наоборот, усиление пассивности и равнодушия к ранее волновавшим на работе вопросам.

Отсюда видно, что простой статистический учет длительности пребывания на одной работе или на одном месте работы, без оценки и углубленного анализа реакции обследуемого, его трудового поведения, может вести к совершенно ошибочным выводам.

<sup>1)</sup> Под „профессиональной устойчивостью“ мы понимаем устойчивость связи с определенной профессией, а под „профессиональной оседлостью“, термине, впервые нами вводимом, мы имеем в виду устойчивость пребывания на данном месте работы.

<sup>2)</sup> + обозначение прогресс, профессионала на его профессиональном пути,  
— отступление, поражение

0 — отсутствие заметных колебаний в ту или другую сторону.

Правильной оценке профмаршрута способствует материал, собранный по основным графам профмаршрутной схемы.

Графа третья: „Мотивы к перемене профессии или места работы“.

Раскрыть мотивы перемен и колебаний профмаршрута—значит понять профессиональные интересы, профессиональную направленность работающего, уловить доминирующие трудовые стимуляции, учесть степень его профессиональной приспособляемости,—а все вместе взятое дает ключ к правильной профконсультации обследуемого.

Графа четвертая профмаршрута: „Перенесенные заболевания и профмаршрут“. Она имеет двойное значение: она должна учесть прямое и косвенное влияние перенесенных заболеваний на профмаршрут и обратно—удельный вес данного этапа профмаршрута в колебании работоспособности и происхождении инвалидизации работающего (патогенетическое и динамогенное действие профессии).

Графа пятая: „Быт и профмаршрут“. Материал по этой графе учитывается лишь в той степени, в какой он оказал прямое или косвенное влияние на профмаршрут.

Графа шестая: „Оценка профмаршрута“. В основе данной графы лежит наше представление  $+ O -$  (рабочая гипотеза) о профмаршруте, как о некоей кривой, имеющей свою восходящую часть, плато и нисходящую часть. Первая соответствует положительному периоду профмаршрута, когда профессионал *совершает марш победителя*, взбираясь все выше по профессиональной лестнице: растет его личность, растут профессиональный кругозор, профессиональный опыт и материальные показатели.

Наиболее типичный пример—подручный слесаря в паровозном депо, следующий этап—слесарь паровозного депо, следующий этап—помощник машиниста, дальнейшие этапы—машинист товарного поезда, машинист пассажирского поезда, начальник тяги.

Вторая часть (плато) соответствует стационарному положению профессионала, положению некоего равновесия, периоду приложения и использования накопленного профессионального опыта.

Наконец, нисходящая часть кривой соответствует периоду вынужденного „отступления“, когда, вследствие падения работоспособности, профессионал круто или постепенно начинает спускаться вниз, *совершает марш побежденного*.

Разумеется, что нарисованная здесь схема кривой профмаршрута есть только схема. В жизни фактически кривая профмаршрута может иметь и несколько вершин, и несколько падений. Важно выявить общую тенденцию, динамику движения профмаршрута обследуемого и правильно оценить *данный этап* профмаршрута, какой точки ординаты он соответствует.

Самая оценка производится простыми показателями—*плюс, минус, ноль*. Врач-обследователь как бы прикидывает, взвешивает все то положительное и отрицательное, что принес обследуемому данный этап его профессионального пути и дает результирующую оценку. Само собой разумеется, что при оценке пройденного профессионалом этапа исследователь интересуется и субъективной оценкой самого обследуемого: как последний сам расценивает данный участок своего профмаршрута.

В результате правильно собранного материала по характеристике профмаршрута должен быть получен ответ на следующие вопросы, характеризующие трудовую личность обследуемого:

- 1) Какова профессиональная направленность обследуемого, его профессиональные интересы;
- 2) какова его профессиональная устойчивость;
- 3) какова профессиональная оседлость;
- 4) существует ли связь между инвалидизацией работающего (если таковая имеется) и профмаршрутом;
- 5) какова динамика профмаршрута в целом, на каком месте профмаршрутной кривой застает работающего обследование.

*Весь материал по характеристике профмаршрута в целом должен играть роль одного из важнейших профконсультационных документов.*

Следующая часть клинико-профессиологической характеристики составляет раздел „В“—*характеристика реакции обследуемого на основные трудовые факторы.*

Если первая часть клинико-профессиологической характеристики предоставляет собою главным образом ценность с точки зрения профконсультации, характеризуя трудовую личность работающего, то настоящий раздел дает богатейший материал для характеристики работы, той профессии, в которой обследуемый в настоящий момент работает.

Основные трудовые факторы, в отношении которых мы доискиваемся „реакций“ обследуемого, суть: *„обстановка работы, режим труда, организация труда, наконец, рабочее место и характер трудового процесса“.*

Не имея возможности, по условиям размера статьи, останавливаться подробно на особенностях заполнения каждой из этих граф, укажем лишь наиболее важные установки, которые нужны здесь обследователю для собирания материала.

Обследователь все время как бы примеряет данный трудовой фактор, различные его стороны к обследуемому, добываясь ясного „отчета“, как обследуемый этот фактор „принимает“, т. е. как он его переносит, как оценивает с точки зрения эффективности своей работы, на каких сторонах данного трудового фактора обследуемый спотыкается, вступая с ними в конфликт, и как, каким образом он эти профессиональные барьеры берет, обходит или компенсирует.

Имея эти установки, обследователь ставит себе при собирании материала три задачи: во-первых, получить гарантии того, что все высказывания обследуемого о своей профессии в целом и каждом трудовом факторе в отдельности действительно отражают его профессиональный опыт, действительно являются раскрытием его трудовых переживаний; во-вторых, превратить все высказывания обследуемого в ударный инструмент производственной и гигиенической рационализации работы, наиболее приглянутой, наиболее приспособленной к потребностям работающего, к типу и форме его работоспособности. Третья задача—обеспечить сохранность „высказываний“ профессионала во всей их полноте, сохранность не только содержащихся в них мыслей, но и характер трудовых эмоций, не ясно осознанных даже самим работающим оценок отдельных сторон трудового фактора, внутренних усилий маневрировать своими трудовыми потенциями.

Первая задача достигается следующим. Все вопросы схемы, на которые обследуемый дает ответы, снабжены примечанием в скобках— „контрольные показатели“. Необходимо, чтобы обследователь умело, настойчиво добивался от обследуемого конкретных фактов, случаев из практики его работы, иллюстрирующих его слова, подтверждающих его субъективную оценку.

Вторая задача разрешается специальным пунктом, заканчивающим обычно схему по каждому трудовому фактору— „раппредложения“ (обследуемого). Здесь нужно иметь в виду не только выкристаллизовавшиеся рационализаторские предложения, но и отдельные замечания, намеки, из которых могут быть сделаны рационализаторские выводы. Клиническая беседа превращается здесь в своеобразную производственную конференцию, где активированная обследователем мысль профессионала работает иногда особенно четко, особенно эффективно.

Наконец, третья задача—сохранить всю психологическую насыщенность высказывания—достигается только одним: возможно более точной передачей самой вербальной стороны высказывания, своеобразия стилистической и грамматической форм речи профессионала. Именно эта внешняя форма высказываний, при определенном психологическом анализе сказанной фразы, дает иногда наиболее ценные „искательские“ результаты, вскрывая глубинные, не осознанные самим профессионалом трудовые реакции.

Пример: уборщица вагонов, описывая свою работу, дает следующую характерную форму высказываний: „перво-на-перво *пыль делаем*, потом лавочки замываем потом пол моем“... То, что уборщица момент очистки вагона от пыли выразила словами *пыль делаем*—очень важно, так как указывает ясно, как сама уборщица воспринимает и реагирует на эту операцию: она чувствует только, что в этот момент *пыль делается* (профессионально-вредный момент), и именно на него она и реагирует. Точно также ее выражение *лавочки замываем, пол моем* указывает ясно удельный вес этих операций, отношений к ним самой работницы: пол—является гораздо более ответственной операцией (*моем*), чем „лавочки“ (*замываем*).

Разумеется, что идеальной формой записи высказываний была бы стенографическая запись. К сожалению, стенографирование в большинстве случаев—недоступная роскошь (если только сам обследователь случайно не владеет умением стенографировать); кроме того, приглашение стенографистки имеет свое неудобство, вызывая необходимость присутствия третьего человека. Обследователь поэтому должен стараться о дословной передаче только таких мест в речи обследуемого, которые именно, благодаря своей форме (стилю), являются особенно многозначительными, многообещающими. Сюда относятся все картинные символические *поговорочные* формы высказываний обследуемого. Это выражение мыслей в поговорочной форме, ритмически построенной фразе указывает на большой выкристаллизовавшийся в ней коллективный опыт, превращая высказанную мысль из индивидуального высказывания в общепризнанное правило, *закон*.

Пример: рабочий-слесарь на вопрос, как он успевает в работе, несмотря на падение работоспособности, дал ответ— „*Сил нет, инструмент помогает*“ (чаще точит инструмент, лучше за ним наблюдает). Несомненно, что сама форма речи здесь уже свидетельствует о значимости выраженной здесь мысли, являющейся действительно формулировкой одного из важнейших законов профессиональных компенсаторных приспособлений (см ниже).

Таковы те общие замечания, которые приходится делать по отношению к способу собирания материалов по всему этому огромному разделу.

Следующий раздел „Г“—клинико-профессиологической характеристики—всцело посвящен выяснению *динамики работоспособности работающего, клиника утомления и компенсаторным профессиональным приспособлениям*. Если первый раздел „клинико-профессиологической характеристики“ дал нам тип трудовой личности обследуемого его трудовых установок, а второй раздел—развернутую характеристику профессии, тех требований, которые она предъявляет обследуемому, то настоящий третий раздел показывает, как данный профессиональный тип справляется с данной работой.

Колебание почасовой производительности, колебание производительности труда после выходного дня,—вот первый „ряд“ производственных показателей—количество и качество работ, дающий нам материал для суждения о динамике работоспособности работающего.

Второй „ряд“ показателей дает глава „Клиника утомления“. Здесь особенно важно уловить симптомы местного утомления отдельных рабочих органов и признаки общего утомления, характеризующегося явлениями со стороны психики и вегетативной системы. Материал по клинике утомления (так же, как и по производственным показателям) собирается в динамическом разрезе.

Отдельно нужно остановиться, ввиду его исключительного значения, на главе „Компенсаторные профессиональные приспособления“. Что мы понимаем под компенсаторными профессиональными приспособлениями? Работоспособность на той или иной работе не является просто следствием наличия или отсутствия достаточного запаса сил у работающего, а в значительной степени, как известно, определяется приспособляемостью работающего к работе, умением маневрировать трудовыми факторами, влияющими на его работоспособность. Изменение обычных форм использования находящихся в руках работающего материалов, инструментов, небольшое изменение рабочей позы, рабочего приема и проч.,—все это может изменить форму организации производительных сил личности и существенно повлиять на трудовые ресурсы работающего, расширяя пределы его работоспособности. Из различных видов профессиональных приспособлений выделяются по своему значению *компенсаторные профессиональные приспособления*.

Самое замечательное здесь заключается в том, что компенсаторные профессиональные приспособления появляются там и тогда, когда начинаются явления *профессиональной декомпенсации*, т. е. когда работающий начинает хронически не справляться с работой. Тогда усиливается „режим экономии“ (по отношению к трате сил во время работы), и весь опыт профессионала мобилизуется вокруг одной задачи—помочь, облегчить работу, перевалить часть усилий на новые „рабочие аппараты“ и функции (психики), не включавшиеся раньше в работу, по-новому организовать профессиональную среду.

По эффективности этих компенсаторных профессиональных приспособлений их нужно разделить на 2 категории: истинное компенсаторное профессиональное приспособление и ложное профессиональное приспособление

1-й пример—истинного профессионального приспособления. Письмоносец носил всегда свою сумку перекинутой через плечо, наискось. Такой прием считается рациональным с точки зрения правил ношения грузов. У письмоносца обнаруживается туберкулез. Одним из первых компенсаторных приспособлений самого письмоносца была перемена положения сумки. Ремень давил на грудную клетку, вызывал одыш-

ку, письмоносец переложил сумку на правое плечо. Хотя с точки зрения правил ношения груза он употреблял неправильный прием, но для туберкулезного больного это было компенсаторное профессиональное приспособление.

2-й пример—ложного компенсаторного профессионального приспособления. Булочник-тестомес, чувствуя падение работоспособности, стал при замеске чаще мочить руки в воде, чтобы сделать тесто более рыхлым. В результате портил тесто.

3-й пример—„ложного компенсаторного профессионального приспособления“. Шофер грузового автомобиля перенес ревматическое заболевание рук, после чего он с трудом заводил машину. Чтобы избежать завода машины, он на стоянках не выключал мотора.

Что касается отдельных форм компенсаторных приспособлений, то они, при всем их разнообразии у разных профессионалов, могут быть и от того момента, который приходится компенсировать. В нашей схеме мы указываем 4 основных момента, требующих от работающего мобилизации компенсаторных механизмов. Это—падение производительности труда в связи 1) с клиническими симптомами (характером инвалидности, 2) с личным фактором (профессиональной непригодностью), 3) с производственными неполадками и 4) с особенностями—трудностями трудового процесса.

Что касается самих компенсаторных приспособлений, то они у нас сведены к пяти типам: 1) *изменение рабочей позы*, 2) *рационализация рабочего места*, 3) *изменение рабочих приемов*, 4) *изменение режима труда*, 5) *введение положительных эмоциональных воздействий*.

Наиболее распространенным типом компенсаторных приспособлений является изменение обычного режима работы. Он практикуется при падении работоспособности, отражающейся, главным образом, *на скорости работы*. Стремление не отставать (особенно при коллективной работе) заставляет менять обычный режим работы, сокращать и ликвидировать привычные паузы (например для курения), приходиться несколько раньше на работу, задерживаться на 2—3 минуты после звонка и т. п. Работающий ликвидирует свое утомление, уменьшив темпы работы за счет увеличения времени работы. Это—компенсаторный прием для лиц более поздних возрастов (возрастная амортизация), отличающихся значительной общей выносливостью, но уже не способных к скоростным установкам.

Вторым, также распространенным компенсаторным типом является изменение рабочих приемов: одним из его вариантов является уменьшение активного силового напряжения рабочего органа (руки) за счет лучшего ухода за инструментом (чаще точит),—вариант, приведенный нами раньше в форме одного из правил компенсаторных профессиональных приспособлений (*„сил нет, инструмент помогает“*).

Компенсаторные профессиональные приспособления должны привлечь к себе пристальное внимание исследователя, особенно у лиц инвалидизированных, с ограниченной работоспособностью. Компенсаторные приспособления, с одной стороны, указывают „узкие места“ в производительных силах инвалида (туберкулезного, сердечного, ревматика—у каждого из этих форм инвалидности есть свои „узкие места“); с другой стороны, учет компенсаторной направленности работающего открывает широкую дорогу для плановой гигиенической рационализации в цехе, раскрывает формы специфических профессиональных приспособлений, необходимых для лиц с определенными формами инвалидности, и создает ценный материал для *теории* компенсаторных профессиональных приспособлений.

Из Института по изучению профессиональных болезней им. О б у х а (директор Г. Д. А р н а у т о в). Секция машиностроения (завед. Л. К. Х о ц я н о в),

## Опыт внедрения физической культуры в трудовой процесс слесарей-лекальщиков на 1-м гос. шарикоподшипниковом заводе.

А. А. Аркадьевский и Р. Л. Меркина.

В задачу настоящей работы входило экспериментальное обоснование методики ф.-к. мероприятий в трудовом процессе слесарей-лекальщиков отдела калибров инструментального цеха. С этой целью была выделена группа рабочих в составе 80 чел.

### Краткие профессиографические данные и санитарно-гигиенические условия труда.

Выделенная группа слесарей-лекальщиков занималась изготовлением различных шаблонов. Трудовой процесс рабочих состоит из ряда операций, основными и наиболее ответственными из которых являются ручная шлифовка (доводка) шаблонов на шлифовальных камнях, определение точности работы измерительными приспособлениями и световым контролем, распиловка, а также другие более мелкие операции, связанные преимущественно с насыпкой наждака на шлифовальный камень и с периодической протиркой этого камня. Названные операции в работе лекальщиков являются постоянными. Кроме того, этим операциям сопутствует ряд непостоянных трудовых моментов вспомогательного значения. Сюда относятся: подготовка и уборка инструмента, подготовка контрольных приспособлений, служебные уходы и разговоры, протирка шаблонов и светового стекла и т. п.

Работа лекальщиков очень кропотливая, точная до микронов, требующая длительной тренировки навыков.

„Мы ловим микроны“—говорят рабочие. Осторожная доводка шаблонов часто прерывается световым контролем точности работы на свет окна или на матовое стекло, освещенное снизу электрической лампой. Отсюда можно представить, какие большие требования предъявляет эта работа к зрительному аппарату лекальщиков, какое напряженное внимание диктуется им точностью работы.

Рабочее положение тела—преимущественно сидячее, с значительным наклоном туловища вперед, особенно во время контроля точности на искусственный свет матового стекла. Из других положений надо отметить согнутое под прямым углом положение ног. Оба положения вызывают застой крови в тазу и нижних конечностях и утомление мышц спины, а первое из них к тому же затрудняет дыхание. Такая поза вызывает у некоторых рабочих боль в поясничной области—вследствие большого статического напряжения соответствующих мышц и способствует искривлению позвоночника.

В отношении санитарных условий труда надо сказать, что они являлись в общем удовлетворительными и что противопоказаний с этой стороны к занятию физической культурой непосредственно у рабочего места не было.

### Методика физкультурных мероприятий.

Ф.-к. мероприятия проводились в форме физкультурной паузы. В основу построения комплексов физупражнений были положены приведенные выше данные рабочего положения тела лекальщиков и явления, вызываемые им в организме,—в основном почти полная неподвижность рабочих в течение дня и незначительная, в конечном итоге, физическая нагрузка. В связи с этим, физкультпауза была насыщена физупражнениями, преимущественно активного характера, и главными задачами ее применения являлись: повышение общего психофизического тонуса рабочих, укрепление мышечной системы в целом и преимущественно мышц плечевого пояса, разгибателей спины и мышц брюшного пресса, увеличение подвижности сочленений и содействие в совершенствовании общей координации движений, предупреждение искривлений позвоночника, борьба с застойными явлениями кровообращения в брюшной полости и ногах, активизирование и регулирование дыхания, содействие воспитанию большей организованности и дисциплинированности рабочих и большей готовности к предстоящей работе. При построении комплексов была принята и выдерживалась нисходящая кривая нагрузки: после максимального подъема в начале занятий шло понижение с тем, чтобы занимающиеся приступали к работе в вполне спокойном состоянии. Комплексы время от времени сменялись, освежались, одни упражнения заменялись другими: вносилось некоторое разнообразие, чтобы не создавать большой монотонности и скучного однообразия в занятиях.

Ниже приводится типовая схема урока и типовой комплекс физупражнений.

#### Типовая схема урока <sup>1)</sup>.

1. Потягивание—упражн. для верхних конечностей и плечевого пояса, направленные к оживлению кровообращения в данной области, а также к укреплению мышц, преимущественно сближающих лопатки к средней линии позвоночника, разгибателей предплечья и кисти и разгибателей спины, к увеличению подвижности позвоночника и предупреждению сутуловатости.

2. Ходьба, бег, подскоки, прыжки и другие аналогичные по характеру воздействия упражнения, направленные к повышению общего обмена веществ.

3—4. Упражнения преимущественно для туловища, для укрепления мышц туловища, оживления кровообращения и увеличения подвижности в позвоночнике и тазобедренных суставах.

5. Упражнения для нижних конечностей (укрепляющие, на расслабление и растяжение).

6. Повторные для плечевого пояса и верхних конечностей (на расслабление и гибкость).

Оформление урока производится сообразно изложенным выше принципам. Общее количество упражнений 6—7. Упражнения обычно идут в порядке, указанном в схеме, но заранее разработанным на десятидневки комплексам. Изменения в порядке следования упражнений вполне возможны (напр., упражд. для туловища будут не рядом), но с тем, чтобы сохранить характер психофизической нагрузки и обеспечить целостность всего комплекса и необходимый общий эффект.

<sup>1)</sup> По материалам инструктора-методиста по ф.-к. Б. Чеснокова и инструктора по ф.-к. П. Дормидонтова.

## Типовой комплекс физупражнений <sup>1)</sup>

- 1 упражн. Исходн. полож.—Стойка, руки вниз.  
Движен. Поднимание рук через стороны вверх, с одновременным выпрямлением позвоночника в верхне-грудной части. Вдох. Вернуться в исходное положение. Выдох. 4—5 раз.
- 2 упражн. Исходн. положен. Стойка, руки на пояс.  
Движен. Шаг на месте, постепенно ускоряя. До 15 сек.
- 3 упражн. Исходн. положен. Ноги врозь, руки вниз.  
Движен. Прогиб туловища в грудн. части, руки в стороны. Вдох. Глубокое сгибание вперед, спина круглая, руки к носкам. Выдох 4—5 раз.
4. Упражн. Исходн. положен. Ноги врозь, руки на пояс. Полупреклон.  
Движен. Глубокий вздох с выпрямлением. Выдох—исходн. положение. 4—5 раз.
- 5 упражн. Исходн. положен. Стойка, руки на пояс.  
Движен. Попеременное сгибание ног в бедре и колене, с подниманием колен. 5—6 раз.
- 5 упражн. Исходн. положен. Стойка.  
Движен. Поднимание рук вверх с потряхиванием кистей. Расслабленные падают вниз.

Физкультпауза проводилась через 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа от начала работы. Это оправдывалось тем, что, как показали многочисленные наблюдения, обыкновенно к 3-му часу кривая работы достигает высшей точки стояния, а затем она начинает постепенно падать в последующее время. Следовательно, введение паузы за некоторое время до начала снижения кривой работы могло способствовать предупреждению этого снижения. Длительность физкультпаузы составляла 7 мин. (за счет рабоч. времени), из которых физупражнения занимали 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мин., остальные 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мин. уходили на расстановку рабочих по местам и на объяснение упражнений.

### Методика контрольного учета.

1. Анализ производительности и брака у 50 слесарей-лекальщиков на сдельной оплате, по данным Планово экономического отдела цеха. Для этой цели были разработаны данные о производительности за 3 мес. и о браке за 2 мес. до введения физкультуры в трудовой процесс и за 2 мес. после физупражнений.
2. Фотохронометраж рабочего дня. Эти наблюдения проводились над группой рабочих в числе 10 чел. по два дня над каждым, сначала до физупражнений, затем через 6 нед. после того, как рабочие приступили к упражнениям.
3. Наблюдения за состоянием внимания и моторики у 10 лекальщиков методом психотехники (тест Пьеррона - Рюзера и субституции). По этим двум пунктам данные были получены также сначала до физупражнений, а затем через 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. упражнений.
4. Определение жизненной емкости легких и экскурсии грудной клетки.
5. Выявление (по вопроснику) отношения рабочих к физической культуре в трудовом процессе после 6-тинедельного промежутка времени физупражнений.

Контрольный учет по всем разделам проводился над одними и теми же лицами

### Производительность труда и брак.

В результате учета производительности труда, как это видно из ниже-следующей таблицы:

Таблица № 1.

Производительность	
До физупражнений	В период физупражнений
В среднем по группе	
За 3 мес. (XI, XII 32 г., I. 33 г.) 116,7 <sup>9</sup> / <sub>0</sub>	За 2 мес. (II, III 33 г.) 120,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

<sup>1)</sup> По материалам инструктора-методиста по ф.-к. Б. Чеснокова и инструктора по ф.-к. П. Дормидонтова.

было получено в период физупражнений увеличение выработки в среднем по группе на 3,7%. Следовательно, несмотря на то, что физупражнения проводились за счет рабочего времени, производительность рабочих, занимающихся производственной физкультурой, не только не изменилась, а наоборот—значительно выросла абсолютно. Брак до введения физпауз составлял 0,29%, а в физкультурном периоде — 0,42%. Но показателям брака здесь не приходится придавать какое-либо значение, поскольку этот последний у слесарей-лекальщиков—десятые доли процента.

**Сдвиги в фотографии рабочего дня у слесарей-лекальщиков под влиянием физической культуры.**

Таблица № 2.

Номенклатура	До введения физупражнений	В период физупражнений
Основная работа . . . . .	45,8%	49,23%
Вспомогат. работа . . . . .	30,4%	26,93%
Всего по работе . . . . .	76,2%	76,16%
Отдых . . . . .	23,8%	22,56%
Физкультпауза . . . . .	—	1,28%
Всего по неработе . . . . .	23,8%	23,84%

Из фотографии рабочего дня слесарей-лекальщиков видно, что время, потраченное в физкультурный период на основную полезную работу, оказывается на 3,43% больше, чем в период до введения физкультуры. Увеличение производительного времени идет, как видно из той же таблицы, за счет сокращения времени на вспомогательную работу.

Отдых под влиянием ф.-к. сокращается на 1,24%, но это время уделяется рабочим на физупражнения, что в конечном счете выравнивает расход времени на неработу в обоих случаях.

Уменьшение простоя, а он у лекальщиков является зависящим от самих рабочих, особенно заметно сказывается в последующий за физкультурой час работы. Так, если во второй, предфизкультурный час личный отдых рабочего составлял до введения ф.-к. 16,53% и в тот же час в период физупражнений 16,1%, то в последующий—4-й час работы—в первом случае отдых увеличился на 12,18%, а во втором случае—только на 1,7%. Следовательно фотография рабочего дня показывает, что физкультпауза, как форма ф.-к. мероприятий, введенная в трудовой процесс лекальщиков за счет рабочего времени, ни в какой мере не увеличивает собою простоя рабочих, а, наоборот, помогает организовать неорганизованный отдых, насытить его определенным содержанием, что ф.-к. способствует лучшей организации, лучшему использованию рабочего времени, большей организованности и дисциплинированности рабочего поведения.

**Результаты психотехнического исследования утомления.**

Психотехнические наблюдения проводились над группой рабочих в возрасте от 19 до 25 лет, с общеобразовательной подготовкой в объеме 3—7 групп шк. II ступени, давших приблизительно одинаковые показатели во время первого психотехнического обследования. По производствен-

ной квалификации опытные лица относились к 5—7 разряду. Испытания проводились тестами субституции и Пьеррона-Рузера два раза в день—в начале и в конце работы второй половины рабочего дня в течение трех пятидневок до введения физупражнений и в течение двух пятидневок в период физупражнений. Показателем утомления по первому тесту служит уменьшение количества правильно написанных букв; по второму тесту—увеличение времени, затраченного на его выполнение. Так как оба теста в начале испытаний отразили упражняемость, то, для большей надежности результатов, были использованы материалы последних пятидневок, когда упражняемость, достигнув определенной высоты, не могла покрыть собой явления утомления.

Ниже приводятся данные разработки психотехнического материала.

### Тест субституции.

Таблица № 3.

Время испытания	До физупражнения				В период физупражн.			
	N	м.	б.	раз-ница	N	м.	б.	раз-ница
До работы . . . . .	42	103,98	16,58	—	30	103,53	10,55	—
После работы . . . . .	42	88,62	14,32	15,36	30	93,7	10,8	6,83

### Тест Пьеррона-Рузера.

До работы . . . . .	42	79,78	11,05	—	30	80,7	15,38	—
После работы . . . . .	42	99,55	17,57	19,77	30	85,27	14,9	4,57

Из таблицы видно, что разница в выполнении теста субституции, до введения ф.-к. мероприятий, составляет после работы 15,36 против 6,83 с введением этих мероприятий, а по тесту Пьеррона-Рузера соответственно 19,77—4,57. Оба теста, отражая утомление в обоих случаях, показывают, что оно в период физупражнений заметно снижается. Полученные данные подтверждают опыт нашего ин-та на з-дах № 67 и „Кр. Богатырь“, где введение физкультурных мероприятий в трудовые процессы, также как и в данном случае, заметно снизило утомляемость подопытных рабочих.

Таблица № 4.

### Жизненная емкость легких и экскурсия грудной клетки.

Жизненная емкость легких		Экскурсия грудной клетки			
До физупражнений	В период физупраж.	До физупражнений		В период физупражнений	
		Вдох	Выдох	Вдох	Выдох
3954	4029	91	85	91,5	85

Жизненная емкость легких, в связи с физупражнениями, увеличилась в среднем на 75 куб. с., а экскурсия грудной клетки—на 0,5 см. В этом сказывается положительная роль физупражнений, рассчитанных на активирование дыхания.

Значительный интерес представляют анкетные высказывания самих рабочих, участников физкультуры. В анкету были включены следующие вопросы:

Таблица № 5,

В о п р о с ы	О т в е т ы	Число случ.
1. Отношение к физ. культуре в трудовом процессе.	Положительное . . . . .	27
	Безразличное . . . . .	1
	Отрицательное . . . . .	4
2. Влияние физическ. культуры на самочувствие.	Положительное . . . . .	24
	Без перемен . . . . .	5
	Отрицательное . . . . .	3
3. Как физическая культура отражается на производительности и браке.	Положительно . . . . .	23
	Без перемен . . . . .	4
	Отрицательное . . . . .	5
4. Степень тяжести физупражнений.	Легкие . . . . .	18
	Средние . . . . .	12
	Трудные . . . . .	2
5. Намерен ли в дальнейшем заниматься производственной физкультурой.	Да . . . . .	31
	Нет . . . . .	1
6. Занимается ли в ф.-к. секциях.	Да . . . . .	2
	Нет . . . . .	30
7. Сдал ли нормы на значек Г.Т.О.	Полностью . . . . .	5
	Частично . . . . .	10
	Не сдал . . . . .	17

Анкетированием было охвачено 32 чел., что составляет около 50% занимавшихся физической культурой. Но так как анкетирование производилось без выбора рабочих, то полученные данные могут считаться показательными для всей группы.

Надо сказать, что весьма характерной особенностью анкетных данных является в подавляющем большинстве положительный характер ответов почти на каждый из поставленных вопросов. Это обстоятельство тем более интересно потому, что в начале занятий физупражнениями со стороны большинства рабочих было проявлено безразличное, а иногда прямо отрицательное отношение к производственной физкультуре. Только этим можно объяснить слабую посещаемость (10—12%) занятий в начале работы, несмотря на большую разъяснительную кампанию, проведенную среди группы. Вследствие этого работа по физкультуре, начатая в конце декабря, могла развернуться лишь в феврале, когда посещаемость занятий возросла до 90—95%. Знакомство с анкетным материалом позволяет судить о повороте лекальщиков в сторону физкультуры. Так, на вопрос об отношении к ф. к. в трудовом процессе, 27 чел. дали поло-

жительный ответ, 24 чел. отметили благоприятное влияние ф. к. на самочувствие: „повышается настроение, чувствую себя бодрее“.

Положительное влияние ф. к. на трудовую деятельность (ускорение темпа работы, ловкость движений), сказалось у 23 чел. Физупражнения, по степени тяжести выполнения, 18 чел. относят к легким, 12 к средним и лишь 2 чел. считают их трудными. На вопрос, —намерен ли в дальнейшем заниматься производственной физкультурой, 31 чел. ответили „да“. Физкультурой вне производства занимаются только 2 чел., хотя около половины опрошенных сдают нормы на значек „Г.Т.О.“.

Итак, в результате применения физкультурных мероприятий в трудовом процессе слесарей-лекальщиков, мы получили:

1. Увеличение производительности труда в среднем на 3,7%.
2. Рост организованности и дисциплинированности рабочего поведения (увеличение времени на основную работу на 43%, сокращение личного простоя рабочих на 1,24% в среднем за рабочий день и на 10,48% в последующий за физкультурой час работы).
3. Значительное снижение утомления в период физупражнений.
4. Рост спирометрического показателя в среднем на 75 куб. и увеличение экскурсии грудной клетки на 0,5 см.
5. Улучшение самочувствия рабочих, их положительное отношение к введенным ф.-к. мероприятиям и готовность в дальнейшем заниматься производственной физкультурой.

Все это позволяет сделать вывод о необходимости закрепления предложенных нами ф.-к. мероприятий в трудовом процессе слесарей-лекальщиков и распространения этих мероприятий на других рабочих инструментального цеха.

---

Из Клинического сектора Ленинградского института по изучению профессиональных заболеваний. Директор доц. И. Г. Липкович. Зав. Сектором проф. Н. А. Вигдорчик.

## Существует ли привыкание к свинцу?

Л. Н. Грацианская.

Вопрос о возможности привыкания к свинцу почти совершенно не разработан в литературе, как русской, так и иностранной.

Определенные указания по этому вопросу мы нашли только в экспериментальных работах С. V. Weller'a. Этот автор вызывал у морских свинок свинцовую энцефалопатию, давая им ежедневно большие дозы свинца; при этом оказалось, что свинки, которые переживали первые припадки, впоследствии, при повторном введении даже значительно больших доз, уже не давали картины энцефалопатии. Автор объясняет это привыканием к свинцу со стороны нервной системы, —привыканием, впрочем, только местным, т. к. другие симптомы отравления (потеря веса, кахексия, слабость), у подопытных свинок не исчезали.

Что касается вопроса о привыкании к свинцу рабочим в производственной обстановке, —вопроса, который, конечно, работами Weller'a отнюдь не разрешается, то на этот счет мы находим в литературе только несколько необоснованных утверждений или даже только предположений. Legge и Gvady, правда, прямо говорят в своей известной работе о развитии терпимости к свинцу под влиянием повторного воздействия минимальных доз его в производственной обстановке.

новке. Но дело идет здесь о субъектах, дающих в первое время работы только симптомы „отложения свинца“ (Bleiaufnahme), а не отравления свинцом (Bleivergiftung), т. е. о случаях, где никоим образом нельзя говорить о выраженной чувствительности к свинцу, а, стало быть, нельзя говорить с уверенностью и о привыкании при исчезновении этих симптомов. Те же авторы, а также Teleky, считают, что наличие постепенного привыкания к свинцу подтверждается статистическими данными, по которым большинство случаев острых и подострых свинцовых отравлений падает на первые годы работы со свинцом. Но этот факт, как нам кажется, может в значительной степени (если не полностью) объясняться влиянием искусственного и естественного отбора, т. е. уходом лиц, чувствительных к свинцу, из свинцовых профессий, а также может быть, отчасти, большей опытностью и осторожностью в обращении со свинцом стажированных рабочих, особенно перенесших отравление.

Н. А. Вигдорчик считает привыкание к свинцу явлением мало вероятным и, во всяком случае, редким и склонен объяснять случаи кажущегося привыкания переходом свинцового отравления из формы с резкими проявлениями (колики, параличи) в форму с медленным хроническим течением (склероз). Что касается последнего предположения, то следует заметить, что случаи такого „перехода“, если они существуют, можно рассматривать как местное привыкание, т. е. привыкание к свинцу со стороны системы, дававшей острые симптомы; такое привыкание отнюдь не исключает сохранения общей чувствительности организма к яду, которая и может выражаться, между прочим, в поражении сосудов.

Наконец, Schmidt в одной из своих работ мимоходом упоминает о том, что, по его мнению, вопрос о привыкании к свинцу решается для рабочего в первое критическое время работы с ним: „что известное привыкание наступает, на этот счет не существует различных мнений“—пишет он, но дальше эту мысль не развивает и не подкрепляет никакими фактами.

Этим исчерпывается все, найденное нами в литературе по разбираемому вопросу. Между тем совершенно очевидно, что этот вопрос имеет не только теоретический интерес. Будучи разрешен в положительном смысле, он мог бы приобрести и большое практическое значение, дав новые установки для профессионального отбора, тем более у нас, в Советском союзе, где для развития последнего имеются особенно благоприятные условия. Этим оправдывается и наша попытка выяснить вопрос о привыкании к свинцу на большом материале, прошедшем через стационар Ленингр. института по изуч. професс. заболеваний.

Прежде чем подойти к изложению проделанной нами работы, следует выяснить, что мы понимаем под привыканием к яду. Определение этого понятия, очевидно, следует искать в руководствах по токсикологии. Таким определением может, напр., служить следующая формулировка, даваемая Штаркенштейном в его известном сочинении по токсикологии: „Привыкание к определенному яду выражается в том, что, при частом повторении определенных доз соответствующего вещества, появляется постепенно увеличивающаяся нечувствительность по отношению к известному яду“.

Применяя это определение к отравлениям профессионального характера, мы бы сказали, что доказательным случаем привыкания к производственному яду нужно считать такой, когда человек, вначале проявлявший чувствительность к производственному яду (в нашем случае—к свинцу), постепенно перестает на него реагировать, или же начинает реагировать значительно слабее. Но, очевидно, далеко не всякое исчезновение явлений отравления может быть отнесено за счет понижения чувствительности организма к яду. Для того, чтобы быть уверенным в том, что перед нами—явление биологического привыкания к яду, необходимо наличие целого ряда условий.

Условия эти следующие;

1. *Достоверность диагноза.* Прежде, чем говорить об исчезновении отравления свинцом, надо быть уверенным в том, что перед нами действительно свинцовое отравление, т. е. необходима достаточная выраженность симптомов, исключая возможность ошибочного диагноза.

2. *Неизменность характера работы и производственной обстановки.* Это условие не менее обязательно, чем первое, т. к. простейшей причиной, наиболее часто вызывающей затихание свинцового отравления, является именно изменение характера или обстановки работы. Самая постановка вопроса о наличии или отсутствии привыкания обязательно предполагает соблюдение этого условия.

3. *Длительность наблюдения,* дающая уверенность в том, что наступившее затихание свинцовых явлений есть стойкое привыкание, а не временная ремиссия в течении отравления. Это условие особенно важно в нашем случае потому, что наблюдения над течением свинцового отравления и практика профотбора показывает, что *быстрого* привыкания к свинцу во всяком случае не существует.

4. *Общий характер привыкания.* Ослабление чувствительности к свинцу должно иметь место во *всем* организме, а не в одной какой-нибудь системе органов (как в опытах W e l l e r'a с морскими свинками), и на месте затихших явлений отравления не должны возникать другие, хотя бы и менее резкие (переход свинцового отравления из острой формы в хроническую, о котором говорит Н. А. Вигдорчик).

Случаи последнего рода можно рассматривать как местное, системное привыкание к свинцу, при котором весь организм в целом не теряет своей чувствительности к яду; они не подходят под понятие истинного биологического привыкания, которое одно только нас интересует в настоящей работе и поэтому, несмотря на интерес, который они представляют для изучения патогенеза свинцового отравления, мы ими подробно заниматься не будем. С точки зрения профотбора, общее привыкание также представляет значительно больший интерес, чем местное, которое, большей частью, является переходом отравления из одной формы в другую.

5. *Отсутствие резкого изменения в поведении рабочего* (в смысле повышения осторожности в обращении со свинцом) *и отсутствие значительного улучшения бытовых условий,* которое могло бы объяснить затихание свинцовых явлений. Эти 2 социальных момента, рассуждая теоретически, должны иметь значительное влияние на течение свинцового отравления; однако мы убедились, что на практике учесть это влияние чрезвычайно трудно, т. к., при собирании анамнеза, на эти вопросы не обращается должного внимания, и даже сами рабочие обычно не могут ответить на них удовлетворительно.

Теперь, выяснив, что мы понимаем под истинным привыканием и как отделить его от затихания свинцового отравления, вызванного другими причинами, мы можем перейти к изложению проделанной нами работы.

Вопрос о привыкании к производственному яду очевидно не может быть разрешен экспериментальным методом: во 1-ых, потому, что результаты, полученные на животных в обстановке опыта, лишь с большими оговорками могут быть переносимы на людей в производственной обстановке; во 2-х, потому, что свинцовое отравление носит хронический характер,

который почти невозможно воспроизвести в эксперименте. Метод статистический, вернее — клинко-статистический, на первый взгляд, казался нам вполне подходящим для нашей цели и к нему мы и обратились.

В нашем распоряжении было около 300 санит. карт больных, лежавших в стационаре Л.И.П.З с диагнозом свинцового отравления. Из этого материала нам пришлось исключить прежде всего все случаи, однократно обследованные, как неудовлетворяющие требованию длительности наблюдения. Затем, отпали почти все случаи свинцового отравления III степени (по классификации нашего Института), т. е. дающие стойкую утрату трудоспособности, т. к. в огромном большинстве случаев здесь дело идет о склеротических явлениях, не поддающихся обратному развитию. В результате у нас осталось 48 случаев свинцового отравления I-ой степ. (без утраты трудоспособности) и 60 случаев II-ой степени (временная утрата трудоспособности), обследованных повторно на протяжении нескольких лет. Однако, при дальнейшем изучении материала, оказалось, что случаи свинц. отравления I степ. для разрешения вопроса о привыкании к свинцу не пригодны, по причине недостаточной выраженности свинцовых явлений. Действительно, когда мы отбросили всех, перешедших на менее вредные или совсем не связанные с воздействием свинца работы, у нас осталось только 24 случая. Из них в 8 случаях мы не имели улучшения, или даже имели ухудшение. В 5 случаях, наряду с диагнозом свинцового отравления, имелся диагноз какого-либо желудочно-кишечного заболевания (напр. язва желудка или колит). Эти побочные заболевания, которые не имели бы большого значения в ярко-выраженных случаях свинцового отравления, здесь, в случаях отравления I степ., совершенно затемняли и путали картину. Далее, отпали случаи, обследованные только 2 раза, именно по следующим соображениям: известно, что свинцовое отравление в своем течении дает ремиссии; колеблющийся, ремиттирующий его характер был хорошо виден и на наших, многократно обследованных случаях, и очевидно, что в случаях свинц. отравления слабо-выраженных, наблюдая при 2-ом обследовании улучшение состояния, мы ничего не могли сказать о стойкости этого улучшения.

В результате этого отбора у нас осталось всего 6 случаев, стало-быть о статистической разработке здесь не могло быть и речи, но даже и для индивидуального анализа эти случаи были не пригодны, т. к. свинцовые явления в них были слишком слабо выражены.

Убедившись в том, что легкие случаи отравления не пригодны для нашей цели, хотя а priori в них скорее, чем в тяжелых, можно было бы ожидать наступления привыкания, мы перенесли центр нашего внимания на случаи ярко-выраженного отравления (II степени).

У нас имелось 60 случаев отравления II степени, повторно обследованных. Судьба этих больных, поскольку она не выяснилась из непосредственного разбора их „дел“, устанавливалась путем обследования на дому или на производстве. В результате этих обследований оказалось, что огромное большинство не удерживается на свинцовой работе и, если не уходит на безвредные работы, то по меньшей мере переходит на менее вредные.

Из упомянутых 60 человек остались на прежней работе до настоящего времени только трое. Этот факт, свидетельствующий о развитии и активности нашего профотбора, является очевидным препятствием не только

для изучения вопроса о привыкании, но и для самого развития этого привыкания. Тем не менее, это есть, конечно, положительное явление, ибо, как мы говорили выше, быстрого привыкания к свинцу, повидимому, не существует, и, очевидно, рациональнее удалить человека со свинцовой работы, быстро возвратив ему здоровье и трудоспособность, чем ожидать в течение ряда лет, рискуя сделать его инвалидом, не разовьется ли у него привыкание.

Как бы то ни было, очевидно, что при таком положении вещей подойти к разрешению нашего вопроса статистически было невозможно. Перед нами оставался только один путь—анализ отдельных, клинически изученных случаев.

Вступая на этот путь, напомним еще раз, что для подобного анализа годятся только такие случаи, где затихание свинцовых явлений произошло без уменьшения вредности работы, или, по крайней мере, прежде этого уменьшения.

Таких случаев мы имели 7 (среди отравленных II степ.). Из них один случай отпал потому, что затихание вначале резко-выраженных явлений отравления очевидным образом зависело от резкого изменения бытовых условий и поведения самой отравленной.

Это—случай женщины—эмальера, работавшей в течение ряда лет у себя на дому, без нормированного рабочего дня и перенесшей через год после начала работы (в январе 1926 г.) тяжелый приступ свинцовых колик. При обследовании в И-те было констатировано свинцовое отравление II степени. Через 2 года (в 1928 г.), несмотря на продолжение той-же работы, явлений отравления при повторном обследовании найдено не было, исчезли и почти все субъективные жалобы. Оказалось, что в 1927 году больная переехала в другую квартиру, получила отдельную комнату для работы и, кроме того, сама стала значительно осторожнее в обращении со свинцом, в частности перестала облизывать языком свой рабочий инструмент. Очевидно, что для объяснения выздоровления здесь не приходится прибегать к привыканию.

Следует отметить, что это единственный случай, где нам удалось с очевидностью выявить влияние социальных причин и то, повидимому, только потому, что бытовые условия здесь являлись одновременно и условиями работы.

Затем мы имели 1 случай, где можно было говорить только о местном привыкании.

Намазчик свинцовых пластин и литейщик свинца, 51 года, в течение 10 лет работал в этих 2 профессиях одновременно, с небольшими колебаниями вредности работы. В 1927 г. у него было констатировано свинцовое отравление II степ. (колики, начальный множественный периневрит, умеренная анемия). Затем он обследовался повторно в 1930, 1932 и 1933 гг. и при этом было констатировано довольно быстрое исчезновение желудочно-кишечных явлений (1930) и более медленное—периневрита (1933 г.). Напротив, явления анемии нарастали (Hb упал с 62 до 55), равно как значительно возросла и общая изношенность, не соответствующая возрасту. В 1933 г. обследуемый получил III группу профессиональной инвалидности.

Итак, в этом случае мы имеем привыкание к свинцу со стороны желудочно-кишечного тракта и периферической нервной системы, при сохранении общей чувствительности организма к яду, выражающейся в нарастании анемии и общей изношенности.

Среди нашего материала имелся только один случай, который мог считаться убедительным в смысле существования истинного привыкания к свинцу.

### Приводим этот случай:

Иван. А., 34-х лет, работал краскотером (на свинцовых красках) с 1923 г. За первые 3 года своей работы со свинцом он перенес 6 тяжелых приступов колик. В 1926 г., при обследовании в Институте (через несколько месяцев после последнего приступа), было констатировано свинц. отравление II степ., причем, кроме желудочно-кишечных явлений, отмечался еще периневрит и довольно значительные изменения со стороны крови (Hb.—65%, 13.000 пункт. эритроц.). Он оставался на прежней работе до 1930 г., когда перешел на другой завод, на такую же работу, но с несколько меньшим количеством свинцовых красок. Последний выраженный приступ колик был у обследуемого в 1928 г., т. е. еще за два года до перехода на другой завод. При обследовании в Институте в IX—1931 г. явных признаков свинцового отравления найдено не было (обследуемый охарактеризован как „подозрительный“), жалобы—на головные боли и боли в ногах. Обследуемый оставался приблизительно в том же состоянии (м. б. немного лучше) до III. 1933 г., когда он вынужден был перейти на другую, не свинцовую работу по причинам, не имеющим отношения к его здоровью. При дополнительном обследовании в Институте (через 2 месяца после ухода со свинцовой работы) никаких признаков воздействия свинца на организм не обнаружено.

Итак, здесь мы видим, как вначале очень резкие явления свинцовой интоксикации стихают еще за 2 года до перехода на несколько менее вредную работу, и затем совершенно сходят на нет. Наши данные не дают нам оснований приписать этот факт каким-либо побочным причинам. Поэтому, чтобы его объяснить, нам приходится предположить здесь наличие привыкания, понижения чувствительности организма к свинцу. Это привыкание является общим, т. к. из 3-х систем органов, пораженных вначале (пищеварительной, кровеносной и периферической нервной), ни одна не сохранила своей прежней чувствительности и данные последнего обследования не дают также никаких указаний на поражение сосудистой системы, которое могло бы развиться позднее („переход в хроническую форму“).

Остальные 5 случаев являются более или менее сомнительными.

В одном случае мы имеем рабочего 51 года, который, поступив 5 лет тому назад (в 1928 г.) на аккумуляторный завод, сразу попал на очень вредную работу (очистка пластин) и получил свинцовое отравление II степени—колики, значительная анемия. После обследования в Ин-те (через год после начала работы) он на некоторое время перешел на работу упаковщика (почти совершенно безвредную), а затем—сливального комплектов (умеренная свинцовая вредность), на которой и находится до настоящего времени. При повторном обследовании в Институте в феврале 1931 г., т. е. примерно через 1½ г. после ухода с очистки свинц. пластин, констатировано отравление I степ. (не резкие и редкие боли в животе и запоры и умеренная анемия—Hb 61%). В настоящее же время (1933) объективных признаков свинцового отравления не имеется, жалобы остались только на некоторую общую слабость.

В данном случае мы имеем несомненное затихание свинцовых явлений, но трудно судить, зависит ли оно от постепенного привыкания к свинцу, или же от происшедшего резкого снижения вредности работы.

Остальные 4 случая мы приводить не будем. Сомнительность одного из них обусловлена неуверенностью в диагнозе (свинцовая энцефалопатия), двух других—в неточных и неясных данных анамнеза в отношении неизменности условий работы.

Резюмируя нашу работу, мы приходим к следующим выводам:

1. Вопрос о привыкании к свинцу не может быть решен статистическим путем, даже при наличии большого материала, ввиду массового пе-

перехода отравленных на не свинцовые работы или на работы с малым количеством свинца.

2. Этот вопрос может быть решен лишь путем анализа отдельных случаев, а именно таких, где имеется затихание свинцовых явлений при наличии неизменных условий работы.

3. Такое затихание иногда может объясняться не биологическим привыканием к свинцу, а изменением поведения рабочего или же улучшением его бытовых условий. Выявить влияние этих двух причин удается все же редко.

4. Кажущееся затихание свинцовых явлений может, при ближайшем рассмотрении, оказаться изменением формы отравления, в основе которого лежит местное привыкание к свинцу, при сохранении общей чувствительности к нему организма.

5. Лишь в тех случаях, где мы имеем исчезновение симптомов отравления со стороны всех пораженных вначале систем органов, без возникновения новых, при наличии неизменности условий работы, и где мы не можем приписать это затихание социальным причинам—лишь в этих случаях мы можем более или менее уверенно говорить о наличии истинного, т. е. биологического привыкания к свинцу.

6. Наши данные позволяют думать, что такое привыкание действительно возможно, но что оно, во 1-ых, встречается редко, во 2-х—развивается медленно и, в 3-х, при современной постановке профотбора, не имеет времени проявить себя достаточно отчетливо. Таким образом, можно сказать, что биологическое привыкание к свинцу, являющееся по существу своему средством самозащиты организма, при современных условиях потеряло свое значение, т. к. социальная защита, в форме профотбора, дает более быстрый и более верный эффект.

---

## О преподавании хирургии командированным врачам

(по данным Казанского института для усовершенствования врачей).

Проф. В. Л. Богелюбов.

Вопрос о планомерном усовершенствовании врачей в общегосударственном масштабе возник только со времени Октябрьской революции и перехода дела здравоохранения в руки государства. Октябрьская революция, принеся с собой систему государственного здравоохранения, поставила острый и совершенно реальный вопрос о создании врачебных кадров для выполнения задач советского здравоохранения. Таким образом, в нашем Союзе подготовка врачебных кадров вообще и усовершенствование врачей в частности находятся в непосредственной зависимости от задач советского здравоохранения, неразрывно связанных в свою очередь с осуществлением тех или других общегосударственных задач в определенный отрезок времени. С прогрессивным развитием государственной жизни нашей страны и сменой исторических этапов на пути ее развития естествен-

ным образом изменялись задачи государства, а вместе с тем и установки советского здравоохранения в деле подготовки врачебных кадров. Соответственно этому и усовершенствование врачей, как одна из проблем подготовки врачебных кадров, претерпело за истекший период времени ряд изменений, отражая те этапы, по которым происходило развитие здравоохранения в нашей стране.

Вполне понятно, что правильная конструкция всякого преподавания должна исходить прежде всего из профиля того специалиста, которого преподавание готовит. По отношению к усовершенствованию врачей этот профиль—профиль врача, подготавливаемого системой усовершенствования, менялся, согласно различным этапам развития здравоохранения и различным установкам его в те или другие отрезки времени, соответственно чему менялись как общие установки преподавания командированным врачам, так и установки преподавания по отдельным дисциплинам, входящим в систему усовершенствования врачей, в том числе и по хирургии. В зависимости от этого, в преподавании хирургии командированным врачам можно различать *несколько периодов*.

Преподавание хирургии в первый период (1922—1929 гг.) исходило из первоначальных установок советского здравоохранения на *участкового врача-универсалиста*. Согласно этим установкам, в основу подготовки командированных врачей был положен принцип поднятия общей квалификации врачебной массы, главный контингент которой составляли участковые врачи, причем наиболее целесообразным явилось рекомендовать курсантам цикловую систему, куда входили три цикла—терапевтический, глазной и хирургический, включающий клиники хирургическую, ортопедическую, акушерско-гинекологическую, ото-рино-ларингологическую и кафедру оперативной хирургии с топографической анатомией. Таким образом, профиль подготавливаемого по хирургии командированного врача на данном этапе носил *профиль участкового хирурга-универсалиста*, ориентированного не только в своей основной специальности—хирургии, но и в пограничных хирургических областях (напр. гинекология, отитрия). Отсюда, основной задачей преподавания хирургии в указанный первый период являлась подготовка „широкого хирурга“, имеющего не только общехирургическую подготовку, но могущего, в случае надобности,—в условиях участковой работы, оказать необходимую помощь в случаях, относящихся к смежным хирургическим специальностям.

Соответственно указанной задаче—подготовки участкового хирурга-универсалиста—были построены планы преподавания и программы, характерными чертами которых были следующие:

1. В основу плана было положено прохождение комплекса хирургических дисциплин, а не только одной хирургии в отдельности.

2. Преподавание по основной кафедре хирургического цикла—хирургической клинике имело концентрированный характер, без дифференциации предмета и без подразделения его на вспомогательные, специальные курсы, что получило свое осуществление уже в позднейшее время.

3. Планы преподавания по хирургии в частности и по всему комплексу хирургических дисциплин цикла были рассчитаны на участкового врача со средней подготовкой.

4. План носил преимущественно практический характер, направленный на удовлетворение запросов участкового врача и преследовал основные

практические установки, необходимые врачу в его участковой деятельности.

5. В основу подготовки врачей был положен принцип практицизма преподавания, с его постоянным углублением и расширением, проведением индивидуализации преподавания и активных методов—с допущением врачей к самостоятельным врачебным манипуляциям вплоть до производства операций.

Таким образом, первый указанный период преподавания хирургии командированным врачам можно назвать „*периодом подготовки хирурга-универсалиста*“. Как показал опыт, подобная система усовершенствования врачей на данном этапе развития советского здравоохранения дала плодотворные результаты. Но и в настоящее время, когда существуют новые установки в деле подготовки командированных врачей—установки на „специалиста“, нельзя не признать до известной степени целесообразность указанной выше системы усовершенствования,—пока в системе здравоохранения, особенно в национальных республиках и областях, еще сохранились элементы прежней участковой сети, при недостаточном еще и сейчас количестве специалистов.

Согласно новым задачам, вставшим перед советским здравоохранением с начала реконструктивного периода, дело подготовки командированных врачей вступило во вторую фазу своего развития—фазу перестройки системы усовершенствования врачей *по принципу специализации*. Индустриализация страны и коллективизация сельского хозяйства, задачи культурной революции, укрепление обороноспособности СССР и выполнение пятилетки в четыре года предъявили к советскому здравоохранению совершенно новые требования. Новые темпы социалистического строительства промышленности и обобществления сельского хозяйства создали необходимость в скорейшем обеспечении промышленных центров и центров сплошной коллективизации специальной врачебной помощью. Прежняя установка советского здравоохранения на врача-универсалиста сменилась на данном этапе требованием подготовки *врача-специалиста*.

Соответственно этим новым задачам, должно было перестроиться и преподавание хирургии, имея в виду на данном отрезке времени подготовку уже не хирургов-универсалистов, а квалифицированных специалистов-хирургов, преимущественно районного масштаба.

Согласно этому, учебный план по хирургии был перестроен таким образом, что в основу его была положена одна ведущая специальность—хирургия, вместо прежнего комплекса хирургических дисциплин. Вместе с тем, основной курс хирургической клиники дифференцировался, выделив ряд вспомогательных, специальных курсов: неотложная и военно-полевая хирургия, хирургическая урология, переливание крови, экспериментальная хирургия, хирургическая эндокринология, курсы по методам анестезии, послеоперационному уходу за больными и проч. Руководящим же звеном, обобщающим весь этот дифференцированный материал отдельных курсов, являлся основной курс хирургии, ведущийся профессором,—в виде лекций, обходов, семинариев и т. д.

Таким образом, план преподавания по хирургии, в связи с новыми задачами советского здравоохранения в реконструктивный период и установками на подготовку врача-специалиста, был углублен и расширен как в теоретической, так и практической его части, были введены рас-

ширенные семинарии и практические занятия, более углубленное знакомство со специальными методами исследования и проч.

В связи с задачами укрепления обороноспособности страны, в преподавании хирургии командированным врачам за последние годы усилены элементы хирургической подготовки врачей, являющиеся наиболее актуальными в разрезе обороны страны.

Останавливаясь на планах и программах по хирургии для командированных врачей, следует отметить, что в основу построения планов преподавания вообще, в том числе и по хирургии, с первых лет существования Казанск. института для усовершенств. врачей и до последнего времени, были положены два главных принципа: 1) планы преподавания должны быть увязаны с основными задачами советского здравоохранения на данный отрезок времени; 2) планы преподавания должны отражать в то же время индивидуальные особенности и запросы командированных врачей. Для достижения последней задачи необходим был длительный и постоянный контакт преподавательского состава с врачами-курсантами, что и получило свое осуществление в методических кафедральных комиссиях, функционирующих за все время существования Института, где, при широком активном участии не только преподавательского состава кафедр, но и самих командированных врачей, обсуждаются планы и методика преподавания. Этим же путем — путем методических совещаний, а также путем периодических совещаний преподавателей и общим руководством учебной части Ин-та обеспечиваются построение и увязка планов между хирургическими дисциплинами и устранение параллелизма в программах.

Что касается программ по хирургии, то содержание их приближено к конкретным требованиям социалистического здравоохранения. В них отнечены: 1) взгляд на болезнь, как на явление социально-биологическое, и значение социально-этиологических факторов в происхождении хирургических заболеваний, 2) освещены профилактические задачи врача в деле борьбы с хирургическими болезнями; 3) отнечены вопросы утраты трудоспособности; 4) получили отражение вопросы обороны страны и т. д.

В основу организации учета преподавания по хирургии положена общая директива Ин-та, данная кафедрам, в связи с постановлением ЦИК СССР от 19/IX 1932 г. о качестве подготовки кадров и ответственности профессорско-преподавательского состава за постановку преподавания, и сводящаяся в общем к следующему: 1) подразделение курсантов при практических занятиях на небольшие группы; 2) предварительное ознакомление преподавателя с уровнем подготовки каждого слушателя; 3) индивидуальная проработка материала каждым курсантом под контролем преподавателя; 4) выполнение командированным врачом определенного конкретного задания по каждому курсу; 5) регистрация преподавателями посещаемости и активности курсанта; 6) характеристика профессора о каждом враче по окончании занятий.

Метод преподавания хирургии командир. врачам: комбинированный, лекционно-практический, с преимущественным преобладанием практических занятий. Темы лекционного материала определяются программами того или другого из ведущих курсов, представляя изложение наиболее важных проблем в области означенных специальных курсов или нося иногда характер вводных лекций к циклу последующих затем практических занятий. По желанию слушателей иногда читаются лекции, кроме

программных тем, и по другим вопросам современной хирургии, интересующим курсантов.

Основная же методика преподавания хирургии ком. вр. заключается в широком проведении практических занятий—семинарского типа, обходах и проч., особенно же в виде активных методов преподавания—в форме самостоятельной работы врача у постели больного (курирование, перевязки, ассистенция при операциях, самостоятельное оперирование и т. д.).

Весьма целесообразной системой преподавания, во многом содействующей удовлетворению разнородной по стажу и подготовке аудитории врачей, является *индивидуализация преподавания*—групповая и персональная, давшая особенно плодотворные результаты при преподавании хирургии.

Система индивидуализации сводится к тому, что врачи распределяются на группы по степени их подготовки в данной специальности (хирургии), причем здесь можно наметить три категории: 1) начинающие; 2) со средним уровнем подготовки и небольшим практическим опытом, преимущественно в области малой хирургии; 3) более или менее опытные специалисты. В зависимости от указанных градаций и производится установка преподавания с курсантами, главным образом в области практических занятий по хирургии. Врачи группируются по этим признакам и практические занятия ведутся в соответствии с возможностями усовершенствования каждой из этих групп. Такой системой достигается дифференцировка учебного материала, более рациональное использование его и более продуктивная работа самих врачей. Вся задача состоит в том, чтобы не происходило смешения групп и чтобы врачи не мешали друг другу. Это возможно лишь в случае строгого соблюдения установленного учебного режима для каждой группы. Ознакомление со степенью подготовки врачей и подразделение на группы, к которым они должны быть отнесены, производится в начале семестра.

Система индивидуализации (в данном случае персональная) имеет также большое значение для оценки и подготовки командированных врачей при допущении их к той или другой группе практических работ, особенно к ассистенции и самостоятельному производству операций. Подобное допущение командированных врачей к самостоятельному производству операций (под руководством профессора или опытных ассистентов) является весьма желательным и полезным для некоторых групп товарищей (начинающих), служа толчком для развития их оперативной деятельности в дальнейшем, как это и показал нам уже продолжительный опыт, имеющийся у нас в данном направлении. Так, многие врачи, ранее не оперировавшие, после пребывания их в Институте и самостоятельного производства нескольких операций, по приезде на места развивали с течением времени широкую хирургическую деятельность.

Из других методов, имеющих актуальное значение в преподавании хирургии командированным врачам, следует отметить *курирование и клинические конференции*.

Выше мы уже упоминали о том важном педагогическом значении в подготовке хирурга, которое имеют ассистенция и самостоятельное производство операций. И следует сказать, как показывает это наш опыт, что эти моменты в хирургической подготовке врачей являются наиболее привлекательными для курсантов и весьма охотно выполняются ими. Но

было бы излишне распространяться здесь на тему о том, что операция в образовании хирурга представляет далеко еще не все и что не менее важными для него являются всестороннее изучение больного до операции, распознавание, показания к операции, предооперационная подготовка больных и ведение послеоперационного периода, что нередко представляется более важным, чем производство самой операции. Планомерное усвоение всех этих моментов в сложном деле подготовки врача-хирурга наиболее полно получает свое осуществление в *методе рационально поставленного курирования больных*, который не может быть заменен никаким другим методом и, как элемент, совершенно необходимый в хирургической подготовке врача, должен занять место *обязательного метода* в общей системе подготовки врача-хирурга, что в настоящее время и проводится в Казан. институте для усоверш. врачей.

Помимо своей педагогической ценности, метод курирования, с представлением истории болезни и разбором ее по окончании курирования, представляет в то же время весьма целесообразный метод учета успеваемости курсантов.

Практическое осуществление метода курирования встречает некоторые затруднения в недостатке времени для проведения его у курсантов, что иногда и является мотивом для возражений против этого метода. Однако, при той системе подготовки врачей-хирургов, которая проводится в Казанск. инстит. для усоверш. врачей (подразделение курсантов на группы по принципу индивидуализации и поочередное прикрепление групп на определенный промежуток времени к одной из хирургических клиник), проведение курирования среди командированных врачей, как показывает опыт нашей клиники, представляется вполне возможным. Курирование больных осуществляется следующим образом: 1) ведущими элементами курирования являются ассистентские консультации (консультационные часы—2 раза в шестидневку), во время которых ассистентами, совместно с курсантами, производится разбор больных, даются руководящие указания относительно курирования того или другого больного, указываются литературные источники и т. д.; 2) собственно курирование больных производится курсантами без отрыва от занятий (и без отведения для этого специальных часов)—во время ежедневного посещения курсантами клиники, к которой они прикреплены на определенный промежуток времени (в перерывах между другими занятиями, ведущимися в клинике); 3) по окончании курирования курсант должен представить историю болезни с заключительным разбором курируемого случая (иногда с демонстрацией его на клинической конференции).

Говоря о методах преподавания хирургии командированным врачам, мы не можем не остановиться на значении *клинических конференций* в общей системе подготовки врачей-хирургов (как и курсантов других специальностей).

В клинических конференциях, ведущихся под руководством профессора, принимают участие врачи-курсанты и преподавательский состав клиники. Предметом конференций являются: 1) доклады старших преподавателей клиники, имеющие характер кратких обзоров на темы, не включенные в программы читаемых курсов, 2) краткие доклады и демонстрации, которые делаются старшими и младшими сотрудниками клиники

и командированными врачами, с последующим обменом мнений (прениями) по поводу сделанных сообщений. Как показал опыт нашей клиники, где подобные конференции ведутся в течение ряда лет, они вносят значительное оживление в работу курсантов и занимают важное место в системе преподавания, активизируя самостоятельность командированных врачей, расширяя их научный и практический кругозор в области хирургии и являясь ценным дополнением к ведущимся курсам. В виду этого, мы считаем, что клинические конференции с участием курсантов ни в коем случае не должны носить элементы случайности и оторванности от общей системы преподавания, но они должны рассматриваться как *весьма ценный метод преподавания*, который должен быть в *обязательном порядке* включен в систему преподавания командированным врачам, как это и делается Казанским институтом для усовершенствования врачей, где для клинических конференций отведены отдельные часы в расписании занятий командированных врачей по хирургии<sup>1)</sup>.

Заканчивая настоящий краткий очерк, следует сказать, что, как бы ни были хороши планы, программы и методы преподавания, успех преподавания не может обуславливаться только точным, „формальным“ выполнением тех или других разделов, входящих в „официальные“ рамки преподавания. Педагогическое дело есть живое дело, педагогический процесс есть процесс динамический и не может быть ограничен только мертвыми рамками планов и программ. Дело преподавателя,—его опыта, знаний и умения,—максимально и целесообразно использовать в динамическом развитии педагогического процесса все возможности для достижения наибольшей успешности преподавания. Относительно короткий срок пребывания курсантов в Институте и концентрированность, в зависимости от этого, преподавания, наряду с большим количеством командированных врачей, требуют от преподавательского состава и курсантов исключительной целеустремленности, энергии и настойчивости для достижения успешности преподавания. Основным же моментом, способствующим этому, является применение *социалистических методов труда, особенно в виде соцсоревнования между преподавателями и слушателями*, которые, как показал опыт нашей клиники, оправдали себя полностью—как *ценный метод*, ведущий к повышению успеваемости командированных врачей, повысив ответственность преподавателей и слушателей как в отношении качества учебных занятий, так и в отношении поднятия трудовой дисциплины и строгого учета времени, отведенного для занятий.

---

<sup>1)</sup> Опыт систематического проведения подобных же клинических конференций со студентами V курса в заведомой мной госпитальной хирургической клинике Казанск. мединститута, где подобные конференции, под моим председательством, ведутся также в течение уже нескольких лет, убедил меня в полной целесообразности и ценности их для студентов—как метода преподавания, в значительной степени дополняющего систему преподавания студентам хирургии.

### Клиническая эффективность диетпитания <sup>1)</sup>.

И. И. Берлин (Москва).

Для обследования были взяты диетстоловые на 3-де „Борец“—среднем по мощности типе заводов и на „Электрокомбинате“—заводе-гиганте. Вся исследовательская работа проводилась в „полевых условиях“ на производстве, чаще в столовой, иногда в цеху. По столовой „Борец“ исследован весь состав б-ных, пользовавшихся диетпитанием—74 чел. По Электрозаводу—62 чел.

Большинство больных начали диетпитание в период обследования. Небольшая же часть была обследована до начала нашей работы. Для анализа состояния здоровья их были использованы первичные наблюдения врачей диетстоловых—квалифицированных специалистов. Лабораторному исследованию подвергались желудочный сок, испражнения, редко кровь, в соответствующих случаях моча.

В процессе наблюдения были широко и повторно проведены все дополнительные клинические, рентгенологические и лабораторные исследования. Для записей наблюдений была выработана анкета, заключающая в основном вопросы, принятые схемой Института питания в Москве. К ним присоединены были вопросы, характеризующие соц.-быт. условия и профессиональный профиль б-го. Клинич. исследования охватывали не только изучение состояния больных органов, но производилось всестороннее исследование организма. Повторные исследования проводились один раз в месяц.

Производственный состав б-ных распределялся след. образом. Производственных рабочих—90, вспомогат. рабочих—20, ИТР—10, служ.—16. Всего рабочих—81%, из них производственных рабочих—66%. Женщины составляли 21%. Изучение состава б-ых по цехам и детальным профессиям, с целью установления связи условий труда с заболеваниями, опущено в виду малочисленности наблюдений и разнообразия представленных в наблюдениях цехов и профессий. Для выполнения подобной задачи надлежит накапливать материал годами, в порядке текущей работы или путем объединения опыта ряда столовых.

Преобладающую группу в нашем материале составляли рабочие с трудовым стажем свыше 10 лет (рабоч. 71,4%, служ. 51,0%). Число рабочих с трудовым стажем с начала реконструктивного периода, т. е. до 5 лет, составляло 28,6% и старых кадров—47,4%. Это значит, что половина состава рабочих из всех б-ых имела за собою годы старого производства с капиталистическими методами и условиями работы, что не могло не отразиться на состоянии организма и не могло не повлиять на тяжесть заболевания, ресестиве, восстановление работоспособности.

<sup>1)</sup> Данная работа проведена по заданию стат. секции Научного совета Цустраха в 1933 г. Основной задачей этого исследования являлось изучение клинической и производственной эффективности диетпитания и прежде всего выработки методики подобного изучения, учитывая своеобразие условий исследовательской работы на заводах. Эта работа проведена бригадой по линии изучения состава диетрационов (Модель), исследования производственной (П. А. Кувшинников) и клинической эффективности (И. И. Берлин).

Иначе обстоит дело с распределением б-ных по детальным профессиям. Со стажем до 5 лет приходилось 62,5% (реконструктив. период). Вот почему мы отказались и от искания закономерностей в отношении влияния детальной профессии на заболевания, их возникновения и определения частоты в связи с продолжительностью работы и воздействием условий труда. Очевидно, что исследователям проблемы питания на производстве следует обратить внимание и на это обстоятельство.

Преобладающие формы заболеваний составляли среди изучаемой группы б-ых желудочные—100 чел., кишечные—23 ч., заболевания почек—6 ч., болезни обмена веществ—2 ч., анемия—1 ч. Разработка 200 историй б-ни, закончивших диетлечение в столовой электростанции, показало нам, что это соответствует обычному распределению заболеваний, отбираемых на питание в заводские столовые.

Существенно отметить, что из 136 обследованных б-ых 41,9% оказались без сопутствующих заболеваний. Больше половины случаев с сопутствующими заболеваниями имели ряд страданий, осложнявших течение основного заболевания. Из них отметим 18 случ. заболевания серд.-сосуд. системы, 9 случ. тбк легких, 26 сл. функционального поражения нервной системы, 6 сл. резко выраженной анемии. Группа функционального расстройства нервной системы интересна с той точки зрения, что здесь вполне естественно связать общий симптомокомплекс с желудочно-кишечными явлениями. Вполне обоснованным является, напр., при картине конституционального невроза, предположение о функциональной зависимости жел.-киш. изменений от общего вегетативного тонуса. Правильнее было бы сказать, что часть указанных заболеваний есть проявление общего невроза. Отсюда ясны мероприятия комбинированного характера, которые могут вести к максимальной эффективности питания. Из 26 сл.—9 вегетативного невроза падают на кислый катарр желудка, 7—субацидный, 4—ахилия и 6—заболевание кишок.

Состав б-ых по формам заболеваний характеризуется таблицей № 1 (см. ниже).

В возрастном отношении из 100 сл. желудочных страданий 67% падает на возраст 20—39 лет, из них половина форм кислого катарра и столько же суб-и анацидных форм. В возрасте 40 л. и выше большинство составляют ахилики и субацидные катарры. До 20 л. всего 10 сл.—кислые и субацидные катарры распределяются пополам. В кишечной группе большинство—15 (из 23-х) падает на возраст от 20 до 39 л., в том числе 5 сл. язвы 12-перстной кишки и 4 сл. хронич. аппендицита.

Изучение профгрупп позволило отметить преобладание в нашем материале язвенных форм среди производственных рабочих. Насколько закономерно это явление и какова здесь зависимость—трудно установить на сравнительно небольшом материале.

Продолжительность питания обследованной группы б-ых такова: желудоч. болезни до 3-х м-цев 24%, от 3 до 4 мес.—34%, от 5 до 6 мес.—27%, свыше 6 м.—15%. Кишечные б-ые до 3 м.—30%, остальные от 3 до 4 м. Язвенные б-ые—от 3 до 5 м., прочие заболевания свыше 3 м.

Таков, в кратких чертах, социальный, возрастно-половой и клинический состав б-ых. Для оценки эффективности питания важна также оценка материала с точки зрения продолжительности заболевания и характера его возникновения.

Из 136 сл. только 23 б-ых могли отметить острый характер начала заболевания. Остальные 83% указывают, что болезнь протекала исподволь, временами обостряясь. От 1 до 5 л. оказались 47,3%, свыше 5 л.—34,3%. Следовательно, давность заболевания значительна и б-ые являются хрониками, но легко поддающимися воздействию. До питания часть б-ых обращалась за лечеб. помощью, результаты которого мы учли при анализе: 14% подвергалось лечению в санаториях и б-цах, 19% посещало и раньше диетстоловые по 2—3 м-ца. Но подавляющее большинство—67%—либо не лечилось совсем, либо пользовалось медикаментозным лечением. Питание на дому из этой группы проводило лишь 4 чел. Очень ин-

тересно отметить последующее влияние этого лечения на б-ых. Из 15 сл. ухудшений—1 подвергался раньше стац. лечению, 6—повторному диетпитанию. Из 17 сл. без перемен—4 лечилось стационарно, 2 в санаториях, 5—повторное диетпитание, 1—диетпитание на дому. Только 8 из всех 32 сл. не проводили диетрежима на дому.

Чтобы не перегружать статью, мы опускаем анализ конституциональных типов обследованных б-ых и выяснение картины заболеваний в связи с конституцией. Исследование показало, что непосредственного значения эти моменты в отношении эффективности диетпитания не имели.

Переходя к оценке эффективности диетпитания, отметим, что особенное внимание было уделено уточнению группировки результатов диетпитания. Под *значит. улучшением* мы понимали стойкое улучшение как субъективных, так и объективных признаков. Критерием служила нормализация функций, подтвержденная, кроме клинич. осмотра, анализами. Улучшение характеризовалось исчезновением к моменту последнего исследования токсического симптомокомплекса при лабильности объективных клинич. данных (незначит. изменения кислотности, мочи и пр. в сторону нормы).

Суммарная оценка результатов показывает значит. улучшение 24<sup>0</sup>%, улучш.—59<sup>0</sup>%, без перемен—12,5<sup>0</sup>%, худш.—11<sup>0</sup>%.

Таблица № 1.

Формы заболеваний	Значит. улучш.	Улучшение	Без перемен	Ухудшение	Всего
Кислый катарр . . . . .	7	29	4	6	46
Субацидн. катарр . . . . .	6	10	1	3	20
Нормацидн. катарр . . . . .	2	1	—	—	3
Ахилия . . . . .	3	17	4	4	28
Язва желудка . . . . .	—	2	—	—	2
Язва двенадцатипер. . . . .	3	3	3	—	9
Хронич. колит . . . . .	—	4	2	1	7
Хронич. аппенд. . . . .	4	2	—	—	6
Послеопер. спайки . . . . .	1	—	—	1	2
Атония кишек . . . . .	1	—	—	—	1
Пиллит . . . . .	1	—	—	—	1
Хронич. нефрит . . . . .	4	—	—	—	4
Пионефроз . . . . .	—	—	1	—	1
Холецистит . . . . .	—	1	—	—	1
Хрон. гепатит . . . . .	—	—	2	—	2
Подагра . . . . .	—	1	—	—	1
Ожирение . . . . .	—	1	—	—	1
Истощение . . . . .	1	—	—	—	1
	33	71	17	15	136

Мы видим, что в группе ахилий имеется наименьший процент значит. улучшений (10<sup>0</sup>%), в группе субацидных наибольший (30<sup>0</sup>%). Даже язвен. поражения 12-перстной кишки дают значит. улучшение. Эти результаты тем более показательны, что, как выше было отмечено, подавляющее б-во б-ых были длительно болевшие. Но мы считаем недостаточным установление терапевтич. эффекта в общей оценке. Необходимо ее конкретизировать путем изучения влияния диетпитания на отдельные элементы симптомокомплекса, характеризующие динамику изменений.

Нами выделяются три группы симптомов, характеризующих степень заболевания и влияния на понижение трудоспособности. Эта группировка условна, но такая условность не отражается на возможности подробного учета эффективности с методич. точки зрения. Важно комплексировать отдельные признаки и найти метод для обобщения ряда явлений, характерных для тех или иных групп и сделать более правильные выводы. Мы объединяем бесчисленное множество симптомов в 3 комплекса.

**А. Интоксикация**—при полном выраженном синдроме—голов. боли, головокружение, плохой сон, аппетит и плохое самочувствие. **Б. Гастрический симптомокомплекс**—при выраженных явлениях—боли, изжога, отрыжка, рвота или тошнота, тяжесть под ложечкой. **В. Кишечный синдром**—боли, неправильный стул (запоры или поносы, или то и другое) и метеоризм.

При желудоч. и кишеч. страданиях обычно имеются симптомы со стороны всего пищеварит. тракта различной интенсивности либо с преобладанием, либо с выпадением тех или иных явлений. Поэтому нами выделяется 2-я группа заболеваний с частично выраженным синдромом. Наконец, 3-я группа представляет такие формы заболеваний, где тот или иной комплекс отсутствует. В результате такой группировки мы составили след. таблицу:

*Интоксикация.*

Таблица № 2.

При поступлении	В конце обследования			Всего
	Полно выраж.	Частично выражен.	Отсут- ствует	
1. Полн. выражен. . . . .	5	7	12	24
2. Частично выражен. . . . .	—	50	51	101
3. Отсутств. . . . .	—	—	11	11
	5	57	74	136

*Гастрический комплекс.*

Таблица № 3.

1. Полный выражен. . . . .	14	14	10	38
2. Частично выражен. . . . .	1	48	38	87
3. Отсутствует . . . . .	—	—	11	11
	15	62	59	136

*Кишечный симптомокомплекс.*

Таблица № 4.

1. Полно выраженный . . . . .	5	8	10	23
2. Частично выражен. . . . .	1	36	39	76
3. Отсутствует . . . . .	—	—	37	37
	6	44	86	136

Мы отмечаем резкое улучшение общего состояния—полное исчезновение комплекса интоксикации в 50% и частичное—в 29%. Аналогичные результаты получаются в отношении сопутствующих и основных кишеч. симптомов. Из 99 случаев в 49 отмечается исчезновение патологич. синдрома. Из 23 сл. полного выраженного комплекса—совершенное исчез-

новение симптомов в 43%. Это показывает, что все сопутствующ. кишеч. явления, так же как и общетоксич. проявления сравнительно легко поддаются ликвидации при улучшении основного страдания.

Сложнее обстоит дело с гастрическим синдромом. Здесь удалось устранить диетпитанием желудоч. изменения лишь в 38%. Явление это вполне закономерное. При хронич. страдании изжога, отрыжка, рвота и пр. не могут пройти бесследно в короткий срок. Они могут тянуться годами, Кислотность желудоч. сока, уменьшаясь в своей интенсивности, будет связана с изменениями секреторного аппарата. В наших случаях, как правило, уменьшается интенсивность боли, исчезает рвота, очень часто остается изжога или отрыжка.

В группе желуд.-кишеч. больных мы отмечаем благоприятное влияние на функц. деятельность секреторного аппарата: при повышенной кислотности желудочная секреция становится нормальной в 25%; при пониженной кислотности в 35%; при анацидных формах в 10%.

Динамика изменений гемоглобина и веса, не характеризуюя прямого эффекта в отношении пораженных органов, является показателем улучшения общего состояния б-ых. Увеличение Hb имело место в 65,9%, уменьшение в 15,9%. Повышение Hb отмечено до 15% у 51% б-ых, а у остальных до 10%. Эти результаты могут считаться значительными, учитывая, что рабочие получали лишь двукратное диетпитание и работали на производстве непрерывно. Большая калорийность, питательность, лучшая всасываемость диетстола резко сказались и на росте весовых показателей. Из 136 б-ых — 73 прибыли в весе и лишь 28 убыли. Остальные без перемен. Прибавка в весе до 6 до 8 кгр.—2 сл., от 4 до 5 кгр.—4 сл., от 2 до 3 кгр.—17 сл., остальные до 2 кгр.—50 сл. Убыль в весе до 1 кгр.—в 18 случ., свыше 1 кгр.—в 10 случ.

Мы имели группу б-ых, находившихся в домах отдыха, в нервном санатории, которые прибыли с понизившимся весом (обильное питание, не соответствовавшее функц. способности пищеварит. аппарата). Эти б-ые при диетпитании давали значит. прибавку в весе. Сохранение веса при напряженной работе является прямым следствием правильного питания и рацион. режима.

Но прибыль, как и убыль в весе не всегда совпадают с объективными результатами диетпитания, что в каждом случае можно было объяснить рядом причин соц.-быт. порядка, произв. нагрузки и пр.

Детальный анализ влияния диетпитания на функц. деятельность секреторного аппарата, на общее состояние организма подтверждает знач. эффективность диетпитания в условиях производства. Демонстративными в этом смысле являются субъективные ощущения б-ых, которые представляют в больш. случ. правильный критерий состояния их, отражая нервно-психич. реакцию на те или иные изменения в организме. Отчасти ими характеризуется и работоспособность б-ых. Приводим типичные примеры:

1. Субацидитас. Столовая очень помогла. Раньше „ужасные боли“. В 1930, 31 г.—6—7 раз в году бюллетени по 1½ м-ца и больше. В мае 1932 г. 20 дн., в июне 4 дня. Все по желуд. заболеванию. Со дня поступления в диетстоловую в течение 6 м-цев не было бюллетеней.

2. Атрофический гастрит. Объективно без перемен. Самочувствие прекрасное.

3. Кислый катарр. Прекрасное действие, исчезли боли, отрыжка, нет изжоги, лучше работоспособность, раньше ложился на станок от боли.

4. Ахилия. 1½ м-ца не работал из-за желудка. Переменил работу на м-ц, был сторожем. Считал, что „загибнет“. Теперь за 3 м-ца окреп настолько, что перешел на работу грузчиком.

5. Кислый катарр. Конституциональный невроз. Отмечает благотворное влияние. В прошлом году не мог работать, слег, лежал в санатории. Диетпитание „определенно поддерживает“. Имеет больше нагрузки и переносит лучше.

6. Язва 12-персти. кишки. Резкое улучшение до отпуска. Вследствие нарушения диеты во время отпуска—ухудшение. Теперь исчезновение болей, отрыжки, икоты, рвоты. „Только сосет“.

7. Ахилия. Хронич. колит. „Чуть не помер до столовой“. Теперь боли исчезли. Чувствует себя бодрее.

8. Язва желудка. „До столовой валялся на мосту от изжога“, „без диетпитания пропал бы давно. Сделал перерыв с неделю, появилась рвота, боли. 2 дня лежал в постели. Питание в диетстоловой дает возможность работать и существовать“.

Из 136 б-ых—110 отмечают благотворное влияние на самочувствие. Основная субъективная реакция относится к уменьшению болей, изжоги, отрыжки, рвоты и улучшению самочувствия, а также и повышению работоспособности.

Возникает законный вопрос—как сказывается влияние продолжительности диетпитания на эффективность. По нашему материалу наибольший максимум улучшений падает на группу б-ых, находившихся в диетстоловой свыше 3 мес. Но даже и в группе с более кратким сроком пребывания имеется значит. клинич. эффект до 71%. Из группы, питавшихся от 3—6 мес.—81% улучшений, в том числе стойких улучшений 31%. Анализ продолжительности диетпитания по отдельным формам заболеваний убеждает в том, что даже группа трудно поддающихся процессов может дать существенный клинич. и производ. эффект при условии длительного диетрежима. Здесь лишь отметим, что большинство язвенных поражений дают стойкий клинич. эффект в сроки в 3—6 мес.; ахилики дают нестойкие результаты за срок от 3—6 мес.

При сравнительной оценке результатов диетпитания в обследованных столовых мы видим существенную разницу:

	„Борец“	Электро- завод
Значит. улучшение . . . . .	38%	8%
Улучшение . . . . .	44%	63%
Без перемен . . . . .	16%	8%
Ухудшение . . . . .	2,6%	21%

Это колоссальное расхождение в основных группах значит. улучш. и ухудшения послужило предметом детального изучения, которое показало; 1) ни по формам, ни по характеру заболевания не отмечается преобладания более тяжелых форм на электрозаводе. В возрастном отношении среди б-ых столовой „Борец“ имеется значит. больший % молодежи, но и это обстоятельство, если учесть удельный вес данной группы б-ых среди всех наших б-ых и значительное преобладание в той же столовой возраста свыше 40 л., можно прийти к заключению, что возраст не мог оказать влияния на суммарные результаты диетпитания в столовой электрозавода. Мы должны неизбежно искать причин недостаточности эффективности диетпитания в других факторах. Таким основным могучим терапевтич. фактором должен быть качественно высокий, достаточный калоражу, с правильным применением пищевых наборов диетстол. Л. М. Моделем было установлено неблагоприятное положение с постановкой

диетпитания в столовой электрозавода с точки зрения подбора пищевого рациона и колебания калоража в течение некоторого периода времени. В составе продуктов появился маргарин, уменьшилась порция бел. хлеба, пища стала однообразна. Вторая причина—перерывы в диетпитании по различ. мотивам на более или менее длительный срок и переход на общий стол, сводящий на-нет все достигнутые результаты. Третья причина—нарушение диеты в выходные дни. Небольшое число б-ых пользуются правом и используют это право питания на ф-ке-кухне электрозавода. Соблюдение диеты на дому не всегда проводится в силу соц. быт. условий. Последние две причины, влияющие на ухудшение результатов диетпитания в одинаковой степени относятся и к з-ду „Борец“. Особенно резко сказалось нерациональное диетпитание на группу с рецидивными и тяжелыми формами, давших, при прочих неблагоприятных условиях, ухудшение. Но это сказалось и на количестве стойких улучшений, составляющих единицы.

Переходим к анализу *групп с ухудшением*. Помимо указанных общих причин, существует ряд причин индивидуального порядка, которые лучше всего иллюстрируются примерами.

Сл. 1. Х-в. Обжигальщик в чугун. цеху АТЭ электрозав, 37 л. Спайки кишок после операции по поводу заворота кишок и аппендицита в 1930 г. 2 года диетпитания с перерывом. Диеты дома в выход. дни и вечерами не соблюдает. Давно кандидат в стационар, пока не удалось поместить.

Сл. 2. Д-на. Цокаловщица. Лампов. з-д, 31 г. Кислый катарр. Гипертиреоз. Перерыв 1 м-ц в диетпитании. Резкое усиление болей. Направлена в стационар. В цеху с высокой тем-рой плохо переносила работу.

Сл. 3. П-а. Запайщица лампов. з-да, 24 л. Ахилия. Болея 18 лет. Обострение хронич. воспаления матки и воспаление мочев. пузыря—в связи с этим ухудшение общего состояния.

Сл. 4. Л-н. Сверловщик трансфор. з-да, 32 л. Болен 3 года. Анацидитас. Ахилия. Вначале улучшение. После появления маргарина в столовой появление резких болей.

Сл. 5. Б-ва. Уборщица АТЭ электрозавода, 22 л. Кислый катарр. Болея 9 лет. Перерыв в питании 1 мес. вызвал ухудшение. Диеты в выход. дни и вечерами не соблюдает.

Сл. 6. Д-ва. Уборщица послед. 2 мес. в АТЭ эз., раньше ткачиха, 58 лет. Анацидный катарр. Выраженный артериосклероз. Миокардит в 1926 г. Язва желудка и 12-перст. кишки. По состоянию здоровья переменяла профессию. Направлена в б-цу. Необратимый процесс. Раньше неоднократно диетпитание.

Сл. 7. Л. Слесарь сборного цеха. Прожектор. з-да, 38 л. Раньше 21 г. шахтер. Субацидный катарр. Повтор. диетпитание. В недавнем прошлом погатор. Послед. мес. ухудшение. Диету не соблюдает (дома ест ржаной хлеб и пр.).

Сл. 8. М. Слесарь ремонт. цеха „Борец“, 37 л., хронич. колит. Подозрение на язву. Повторное диетпитание без результатов. Выход. дни питался в общей столовой. Как правило—после этого поносы. Пьет водку.

Эти случаи отражают весь комплекс причин, отягчающих течение заболевания и сводящих на нет положит. сторону диетпитания в столовых.

В группе, где не отмечены никакие перемены в состоянии здоровья б-ых, нарушают диету в домаш. условиях вечерами и в выход. дни 9 чел., в том числе 1 имел перерыв в диетпитании до 1½ мес. Соблюдают диету в выход. дни и вечерами 9 чел., из них перерыв в диетпитании от 1—3 мес.—у 2 чел. и перенесли грипп с осложнениями 2 чел.

Приведем неск. примеров группы без перемен.

1. И. Зав. бюро рационал., 32 л. Ахилия, атрофич-гастрит. Болен 7 лет (в 1925 г. аппендектомия). Погатор.

2. С. Плотник упаковоч. цеха „Борец“. 52 л. Ахилия. Эмфизема, миокардиопатия. 1931 г. диетпитание 2 мес. 1932 г. 1½ мес. санаторий Перловка, без улучшения.

3. Р., слесарь штамповщик цеха АТЭ, 19 л. Язва 12-перстн. кишки. Болен 3 года. Диетпитание в течение 1 года в другой столовой. Здесь 10 мес. Лежал в б-це в теч. м-ца. Боли периодически затихают. В выход. дни питается дома—боли обостряются настолько, что теряет работоспособность.

4. Ф., модельный токарь, 42 л. Модельщик 30 лет. Болен 18 лет. Хронич. гепатит, потатор. Обострение после очередной выпивки. Постоянно нарушает диету.

5. К. Инженер трансформ. з-да, 28 л. Кислый катарр. Пребывание в доме отдыха не дало поправки. Питание в столовой не регулярно. В выход. дни диету не соблюдает.

С несомненной очевидностью вытекает из приведенного материала роль соц.-быт. факторов в снижении эффективности диетпитания, значение интеркуррентных заболеваний, алкоголизма и, наконец, трудно поддающиеся воздействию органич. процессы с длительностью, измеряемой десятками лет. Но и для этих форм диетстоловая имеет колоссальное значение, поддерживая общее состояние и давая возможность работать.

В группе б-ых, давших улучшение, имеются также б-ые, нарушавшие диету в выход. дни. Но надо все же отметить, что нарушение диеты ряда б-ых носит спорадический характер и они различно реагируют на всякие погрешности в диетпитании.

Здесь лишь отметим, что из 104 чел. группы улучшений—34 нарушает диету в выход. дни и по вечерам, причем постоянные нарушения имелись у 26 чел. Отмечая такое положение вещей, приходится удивляться что погрешности в диете, допускаемые больными, не отразились более резко на результатах диетпитания в столовых. Это лишь подтверждает предположение, что эффективность диетпитания была бы значительно выше и результаты более стойкими при правильном и полном проведении режима диетпитания, т. е. группа со значит. улучшением могла бы вырасти за счет других групп при этом условии.

Для характеристики терапевт. эффекта диетпитания мы приводим ряд типовых примеров из различных групп заболеваний.

№ 1. Б-ной Г., 39 лет. Мастер механич. цеха „Борец“, 25 лет производ. стаж. Язва 12-перст. кишки. Болен 9 лет. В 1931 г. 2½ м-ца в б-це. В дальнейшем с перерывами в диетстоловых. 1932 г. с мая в диетстоловой „Борец“. При поступлении резкие схваткообразные боли, отрыжка, изжога, рвота с кровью. Стул с клизмой. Рентген—симптом ниши. ОК 100. Своб. НС1 83. В декабре ОК—78/62—7, редко ноющие боли. Исчезновение рвоты, изжоги, отрыжки, запоры без перемен. Дома диету соблюдает. Рентген—бульбус 12-перстной доформирован, болезненность. Это улучшение является значительным. На месте язвы образовался рубец.

№ 2. Б-ой М., 31 г. Плотник экспедиции з-да „Борец“. Болен 6 лет. Язва 12-перстной и перидуоденит, 1930 г. 1½ мес. диетпитание. 1932 г. в марте в б-це. 28/V поступил в столовую „Борца“. Отрыжка, изжога, рвота. Резкие боли в подлож. области. Запоры. Желудоч. сок при поступлении 92/72. 12/X 70/56,9. 16/X. 58/49—9. Гемоглобин при поступлении—62%. 15/XI—74%. Рентген при поступлении—бульбус—болезненность, симптом ниши. В декабре—бульбус безболезнен, ниши не видно. Исчезновение болей и гастрических явлений. Стул N. Б-ной аккуратно посещает столовую, соблюдает диету. Перестал пить.

Эти случаи показывают, как длительное диетпитание при правильном режиме дома приводит к значительному эффекту.

№ 3. У-ва, 17 лет. Слесарь механич. цеха. Больна 12 лет. Д-З-кислый катарр, Тбк лимфаденит. Порок сердца. Диетстоловая с 14/IX. Резко выраженный гастрич. симптомокомплекс. Запоры по несколько дней. Желудоч. сок 6/X—68/46—9. 18/II—46/20—16. Нб—54%, вырос до 72%. Вес—+2 клг. Чувствует себя выздоровевшей.

№ 4. К. ФЗУ. 17 лет. Болен 6 мес. Кислый катарр. Аналогичная картина. Желуд. сок 17/X—78/52. 15/I—44/30—10. За время диетпитания + 4 кг. Исчезновение всех жалоб.

Приведенные примеры демонстрируют обратимые процессы в молодом возрасте, подчеркивающие рентабельность диетпитания. В противоположность этим больным приведем два случая с более глубокими органич. поражениями.

№ 5. М-в. Слесарь механич. цеха, контролер, 40 лет. Производ. стаж 26 л. Ахилия. Резко выраженный токсический синдром. Слюнотечение, отрыжка, метеоризм, периодич. боли по ходу толстых кишек. Запоры. Жел. сок 10/0, св. 5. Болен 13 лет. Эссенцики 1923 год. Институт 1927 г. Диетпитание по 2 мес. 3 раза. С конца мая 1932 г. диетстоловая „Борец“. Прекрасное самочувствие, очень доволен столовой. Рвота исчезла, болей нет. Желуд. сок—12/0—6.

№ 6. Б-ш. Грузчик, 49 л. Трудстаж 34 г. Д-з: Ахилия. Болен 10 лет. Выражен. токсич. синдром. Боли тупые, поносы в течение 3 х недель до 20 раз за день. С авг. диетстоловая. Желуд. сок 6/0—3. По 29/XII великодушное состояние. Стул норма. Болей нет, метеоризм. исчез. Гастрич. явлений нет. Желуд. сок 4/0—2. Гемоглобин с 56% повысился до 72%. Вес + 1 кг. В течение августа переведен по болезни на работу сторожем. Сейчас вернулся на прежнюю работу. Полная работоспособность. „Дома себя бережет в питании“.

Как видно из этих примеров, даже в этих случаях, где рассчитывать на *restitutio ad integrum* невозможно, получается при длительном рациональном диетпитании значительный клинический эффект.

Из большой группы субацидных гастритов демонстрируем два случая.

№ 7. С-в. Пожарник, 22 лет. Д-з: субацидный катарр. Болен 2 г. Алкоголизм „редко, но много“. Очень плохое общее состояние. Изжога, рвоты. Схваткообразные боли в подлож. области. Поносы 3—4 раза в день. Метеоризм. В 1930 и 31 г. 6—7 раз в году бюллетени по 1½ мес. и больше. В мае 32 г. 20 дней. В июне 4 дня. Поступил 10 июня 1932 г. Желуд. сок 11/6—28/8 св. 9. 12/XI—58/44 св. 8. Гемогл. с 67% вырос до 76%. Вес + 2 кг. Не пьет 5 м-цев. Самочувствие очень хорошее. Стул норм. Боли очень редко тупые.

№ 8. Б-н. Черноработчий механич. цеха, 33 л. Трудстаж 18 л. Д-з: субацидный гастрит. Хронич. бронхит. Болен 2 года. Нигде не лечился. Диетпитание первый раз. Умеренно выраженный гастрич. синдром, но боли интенсивные в подлож. области. Самочувствие плохое. Поступил 7/IX. Желуд. сок 32/12 св. 10. 13/XII—значит. улучшение общего состояния. Желуд. сок 60/42 св. 11. Боли исчезли с октября. Прочие гастрич. явления тоже не наблюдаются.

На приведенных примерах подчеркнем два момента: поразительная быстрота наступления клинич. эффекта через 3 недели; в ряде случаев улучшение общего состояния отмечается уже в первые две недели. У б-го Силаева несомненно важно отметить прекращение употребления алкоголя. В сочетании с диетпитанием это привело к стойкому улучшению.

Наконец приведем типичные случаи благотворного влияния диетпитания на заболевание почек.

№ 9. Сык-н. Электро-монтер, слесарь, 32 л. Д-з: гломеруло-нефрит. Миокардиопатия. Болен с мая 1932 г. В б-це двукратно 2 мес. и 1 мес., выписан 27/VIII. Поступил 3/IX в диетстоловую „Борец“. Отеков, нет. Плохое самочувствие, боли в пояснице. Анализ мочи 28/VIII уд. вес 1021, белок 0,09%, эритроц. 5—6 в поле зрения. Гиал. цил. единич. в препарате. 9/IX уд. вес—1010. Белок 0,069%. Эритроц. 2—3 в поле зрения. Гиал. цил. до 3-х в препарате. Начал ходить и работать, 11/X—белок 0,129%. Лейкоциты 50—60 в поле зрения. Эритроциты 5—6 в поле зрения. Гиал. цилиндры 8—10 в поле зрения. Зернистые цил. единич. в препарате. 23/X—белок 0,129%. Лейкоциты 2—3 в поле зр. Эритроц. 20—25 выщелоч. в препарате. Гиал. и зерн. единич. в препарате. Много ходит, много работает. В ноябре ангина. 27/XI белок 0,18%. Эритроц. 15—18 в поле зрения. Гиал. цил. 6—8 в поле зр. Зернист. единич. в препарате. В дальнейшем исследовании мочи показывают исчезновение формен. элементов и уменьшение белка. 20 января моча нормальна.

№ 10. Д-а, 24 лет. Раздатчица механич. цеха. Д-з: Пиэлит. Больна с мая 1932 г. Поступила в июле в столовую. Анализ мочи 19/VII. Лейкоциты—усеяны все поля зрения. Значит. скопление эритроцитов. Белок—следы. 5/XI моча норм. Все время работала.

Из приведенных случаев можно сделать определенный вывод о роли диетпитания при почечных страданиях. Этот эффект мы отмечаем и в двух остальных почечных случаях.

Таким образом, многочисленные примеры, приведенные нами, указывают экономическую целесообразность диетпитания, его клиническую и производственную эффективность. Не приходится сомневаться, что и в группах б-ых, где мы не констатируем клинич. эффекта, многие б-ные сохраняют свои силы на определенном уровне, не давая ухудшений и продолжая работу.

Производственная эффективность диетпитания разработана д-ром Е. А. Кузшиинниковым. Данные с необычайной яркостью демонстрируют полное соответствие клин. результатов с влиянием диетпитания на повышение выработки б-ых.

*Выводы.* Данное исследование подтверждает с несомненностью значительную эффективность диетпитания на производстве.

1. Отмечается в группе ахилий наименьший эффект, в группе субатрофических форм—наибольший. Влияние диетпитания тем более показательно, что оно касается длительно болеющих.

2. Особенно ярко обнаруживается клинич. эффект при анализе: а) влияния на изменение функциональной деятельности секрет. аппарата, в частности при желуд.-киш. забол.—на динамике кислотности;

б) при изучении комплексным методом;

в) субъективная оценка б-ых характеризует громадное влияние диетпитания на состояние и работоспособность б-ых.

3. Отсутствие клинич. эффекта и ухудшение нужно повидимому искать:

а) в причинах соц.-бытов. порядка: нарушение диеты в домашних условиях, алкоголизм,

б) в недостаточности срока диетпитания,

в) в неправильном подборе б-ых.

4. Сравнительная оценка диетпитания в столовых показывает значит. разницу, зависящую от не рациональной постановки диетпитания в одной из обследованных столовых, что особенно резко сказалось на группе с рецидивными и тяжелыми формами, давшими, при прочих неблагоприятных условиях, ухудшение.

5. Изучение состава б-ых по формам заболеваний показывает преобладание жел.-кишеч. заболеваний. Настоятельно необходимо расширение показаний по диетпитанию за счет острых желуд.-киш. форм, реконвалесценто, истощенных и закрытых форм тбк, независимо от бактериальных, требующих некоторых особых организационных мероприятий в отношении изоляции от общего питания.

6. С точки зрения социальной значимости целесообразно введение обслуживания диетпитанием беременных. Показанными к диетпитанию являются комбиниров. формы заболеваний жел.-киш. тракта и серд.-сосуд. системы или легких.

7. Хронич. формы жел.-киш. заболеваний дают более стойкое клинич. улучшение в больш. случаев в сроки от 3 до 6 мес. Непосредств. эффект отмечается довольно скоро и измеряется неделями.

8. Наряду с индивидуализацией подхода, с учетом достигнутых результатов, необходимо учитывать формы и характер заболевания, его течение в производств. условиях (горячий цех, газы и пр. условия труда). При язвенных поражениях кишок и желудка срок должен быть удлинен до 4—6 мес.

С точки зрения сохранения достигнутого эффекта желательно продление диетпитания, особенно при отсутствии благоприятных соц.- быт. условий.

Опасение, что, с экономич. точки зрения, расширение сроков диетпитания не рентабельно—является не обоснованным, потому что группа, требующая удлинения сроков, не велика. Большинство будет довольствоваться сроком в 3—4 месяца.

*Организационные выводы.* 1. Для проведения исследования эффективности диетпитания необходимо комплексировать клиническую эффективность с производственной. Для этого необходимо проводить отбор таких контингентов б-ых, которые доступны для соответствующих исследований:

1) *по линии производственной:*

а) желательно производить отбор таких производств. объектов, где наиболее мощно представлены группы рабочих, работающих на индивидуальной сдельщине,

б) отбираются б-ые с учетом предыдущих производственных отношений (неизменность дет. профессий в течение определенного срока);

2) *по линии изучения клинич. эффективности:*

а) при отборе групп заболеваний надлежит обратить главное внимание на социально значимые группы заболеваний,

б) должен быть обеспечен минимум клинических данных при поступлении на диетпитание и в процессе диетпитания,

в) исследованию подвергаются б-ые, не нарушающие диету в выходные и вечерами в домаш. условиях, либо б-ые, поставленные на период обследования в условия правильного диетрежима.

3) Применяемая методика исследований даст возможность изучения клинич. эффективности в „полевых“ амбулаторных условиях. Срок наблюдения не должен быть ниже 3-х мес. Для правильного учета результатов целесообразнее поставить исследование на группах вновь поступающих б-ых, проводя наблюдение для некоторых форм заболеваний на более длительные сроки.

---

Из II терапевтической клиники Ленингр. гос. инст. для усовершенствования врачей (директор проф. Я. А. Ловцкий)

## К вопросу о патогенезе и классификации гипотоний.

Ассистент Л. В. Исаева

Вопрос о гипотонии, заинтересовавший научную мысль еще в начале девятисотых годов, отдельные этапы развития которого связаны с именами Mareg, Potain, Vaquez, Sergent, Bernard, Ferranini, Gallavardin и др., лишь в 1929 году на 20-ом съезде в Montpellier получает всестороннее освещение и предлагается таким образом на обсуждение широких врачебных масс. Однако, последнее слово далеко не сказано, а работы только что минувшего терапевтического съезда в Киеве, к сожалению, ничего существенного не дали в этом отношении. Поэтому дальнейшее углубление и выяснение вопроса о гипотонии несомненно необходимо.

Что лежит в основе гипотонических состояний? Под понятием гипотонии, по современным воззрениям, подразумевается общая конституционально-эндокринно-нервная установка всего организма, с вялостью жизненных функций, мышечная дистония, общая адинамия, общее понижение тонуса, а не только артериальная гипотония, которая является лишь отдельным, правда существенным, симптомом в общем синдроме этих состояний, и, как конкретная, измеримая и сравнимая величина, служит может быть единственным объективным и верным их признаком.

Конституциональный фактор в патогенезе гипотоний получает особое значение. Гипоплазия всей сердечно-сосудистой системы, малое сердце, узкая аорта, так часто встречающиеся у гипотоника, определяют весь его морфологический status, этот же последний тесно связан с функцией органов и определенной биохимической установкой организма.

Эндокринная и нервная системы, оказывающие такое значительное влияние на поддержание общего тонуса и в частности артериального, играют также существенную роль в патогенезе этих состояний. Понижение общего тонуса, общая адинамия, вялость жизненных функций с одной стороны (Mareg, Pal, Ferranini, Gallavardin), гипoadреналинемия, гипогликемия, гипохолестеринемия с другой (Camille, Lian, André Blondel) и гипокальцемия (Guionne)— вот что лежит в основе гипотонии.

Но, если морфологический status организма, функциональная способность его органов и систем органов, а также биохимическая установка организма представляют одно неразрывное целое, тем не менее преобладание того или иного фактора в картине гипотоний позволяет рассматривать клинически различные формы их.

До последнего времени, авторы, занимавшиеся изучением гипотонических состояний, ограничивались большей частью лишь перечислением отдельных, клинически возможных форм гипотоний, не стараясь их систематизировать. Так, проф. Giraud изучал гипотонию при различных хронических заболеваниях (малокровии, хронических поражениях печени и почек, хронических интоксикациях и нарушениях обмена веществ, при хронических

заболеваниях эндокринной и нервной систем. Paul Seret—при заболеваниях печени, Jacquero d—при tbc, Фальберг—при раке и пр., и пр.

Одна из первых попыток систематизировать различные формы гипотоний принадлежит Dum a s (см. его статью „Les hipotensions aigués et subaigués), но предложенная им классификация, на мой взгляд, страдает недостатком обоснования и отсюда схематичностью.

Так как в основе гипотоний, как указано было выше, лежит конституционально - нервно - эндокринная установка организма, я, соглашаясь с Dum a s в том, что гипотонии следует разделить на 2 большие группы—первичные и вторичные, считала бы более целесообразным в противовес ему, к первичным гипотониям отнести те из них, в основе которых можно именно найти конституционально-эндокринно-нервную основу; те же гипотонии, которые вызваны механическим препятствием, включенным на пути кровяного русла, как некоторые пороки клапанов, вторичная слабость центрального или периферического сердца—отнести к вторичным гипотониям и к этой же группе причислить гипотонии токсико-инфекционного происхождения, как моменты, вторично влияющие на артериальный тонус. Тогда эта классификация, убедительная по своей простоте, может быть представлена в следующем виде.

## I. Первичные гипотонии.

1. Конституциональные или так называемые эссенциальные гипотонии (общая гипастения, гипоплазия сердечно-сосудистой системы—„капельное“, „малое“ сердце, узкая аорта).

2. Собственно эндокринные гипотонии (недостаточность функции щитовидной железы, паращитовидных желез, надпочечников, Thymus persistens, Status thymico—lymphaticus).

Сюда же может быть следует отнести и гипотонии панкреатогенного происхождения.

3. Гипотонии неврогенного происхождения:

А. Гипотонии на почве нарушения функции или поражения центров, регулирующих сосудистый и общий тонус организма.

В. Гипотонии при некоторых формах психических заболеваний, некоторых формах депрессивных состояний.

С. Гипотонии, в основе которых лежит общее переутомление организма и главным образом нервной системы<sup>1)</sup>.

## II. Вторичные гипотонии.

1. Гипотонии на почве заболеваний центрального сердца.

А. Гипотонии на почве клапанных поражений сердца (stenosis ostii venosi sinistri, stenosis v. aortae).

В. Гипотонии на почве поражения сердечной мышцы—при миокардитах, миастении, миодегенерации.

<sup>1)</sup> Гипотонии, указанные под буквой „С“, могут однако быть отнесены и к вторичным гипотониям, если они представляют собой переходящее состояние.

2. Гипотонии на почве недостаточности периферического сердца: а) сосудистые гипотонии в собственном смысле, систолические и диастолические; б) гипотонии на почве артерио-венозных аневризм.

3. Гипотонии токсико-инфекционного характера.

А. Аллергические состояния, состояния шока.

В. Гипотонии на почве интоксикации ядами:

а) эндогенными (некоторые заболевания печени, холемия, желтуха; некоторые болезни крови, болезни обмена веществ, как например *diabète maigre*; хронические заболевания, идущие с резким истощением организм и пр.)

в) экзогенными (некоторыми химическими веществами, лекарственными веществами, кишечные интоксикации, некоторые авитаминозы, например, пеллагра.).

С. Инфекционные гипотонии:

б) хронические инфекции: *tbc*.

в) острые инфекции: *typhus abdominalis*, *typhus exanthematicus*, *cholera*, *pneumonia* и др.

---

## Некоторые особенности эпидемиологии и клиники туляремии.

И. Ф. Березин (г. Курган, Урал. обл.).

Судя по доступной нам русской литературе, туляремия в пределах Советского союза встречается сравнительно редко, мало описана, а потому и мало известна широкой врачебной массе. В большинстве же русских работ описания клинического характера приведены, главным образом, бактериологами и участниками особых отрядов или комиссий, выделенных лечебными организациями для обследования этого чумоподобного заболевания. Видимо этим можно объяснить пестроту в описании клинической картины при суммировании этих работ и отсутствие твердо установленной и строго патогмоничной для этого заболевания полной картины болезни. Наблюдая туляремию в течение трех лет среди рабочих консервников Курганского завода, мы имели возможность проследить наиболее полно все разнообразие клинических форм этого заболевания и отметить особенности в эпидемиологии и клинике, до сих пор не освещенные в литературе этого вопроса. В основу данной работы положен наш материал 1932 года и конца 1931 г.

Первое, на что мы желаем обратить внимание, главным образом, бактериологов и эпидемиологов, это — встреченные нами некоторые особенности эпидемиологического порядка. Вопрос эпидемиологии при туляремии — вопрос еще окончательно не решенный. Мы знаем, что заболевание обуславливается передачей вируса от грызунов к человеку, причем эта передача совершается разнообразно, в зависимости от местных условий и вида грызуна — носителя инфекции. Большинство русских работ говорят о заражении при снятии шкурки водяной крысы, зараженной туля-

ремией. Некоторые русские авторы (Кричевский, Березин) связывают этот вопрос с обработкой мяса кроликов и зайцев.

Мы уже имели возможность в одной из своих работ отметить факт большой стойкости вируса туляремии по отношению к холоду и замораживанию. В 1931 году заячьи тушки пробыли очень долгое время на морозе при  $t^{\circ}$ , доходившей до  $30^{\circ}$ , и не потеряли своей вирулентности. В этой же работе мы указываем и на другой, не менее интересный, и, думаем, пока неизвестный факт, требующий внимательного и осторожного подхода к консервированию зайцев на заводах. Мы говорим о принятом консервировании их солью в бочках. В 1931 году зайцы, консервированные таким образом и направленные в столовые гор. Кургана, дали заражение туляремией работников кухни одной из столовых при обработке посоленного заячьего мяса. В 1932 году мы встретились с этим фактом вновь, получив неожиданно для нас больных из второй столовой закрытого типа, обслуживающей один из механических заводов города. Как и в первой столовой, здесь заболели работники кухни. Регистрация второго очага среди столовых города определенно указывает на полную несостоятельность заводской засолки заячьих тушек. Возникают два вопроса: 1) или эта засолка произведена не полноценно, или консервирование поваренной солью не ослабляет вируса туляремии. Первое едва ли возможно, на второе необходимо обратить серьезнейшее внимание в целях возможной профилактики.

Переходим к описанию случаев:

*Случай 1.* К. П.—мальчик 13 лет. Поступил в хирург. отд. Курганской гор. больницы 8/IV 31 г., жалуясь на общую слабость, головные боли и боли в левом плече. Больной—воспитанник детдома, с детства живет в Кургане; работает в столовой Рабкоопа помощником повара. Заболел внезапно 27/III, почувствовав сильный озноб, сменившийся жаром, сильные головные боли. Пришлось лечь в постель, где провел три дня; затем самочувствие улучшилось. В день заболевания заметил болезненную, величиною с орех опухоль в левой подмышечной впадине. Опухоль постепенно увеличивалась. До настоящего времени чувствует себя больным и на работу не выходит. Работа его на кухне заключалась в обрезывании мяса с костей и разрубке крупных кусков мяса. Перед заболеванием пришлось разрубать заячьи тушки, доставленные в столовую в бочках и в засоленном виде. Порезав на пальцах не отмечает. Status praesens: среднего роста, правильного телосложения, питание понижено; кожа и слизистые бледноваты; легкие—норма. При нормальных границах сердца выслушиваются глухие тоны и небольшой шумок на верхушке. При обследовании лимфатической системы находим: слева в подмышечной впадине прощупывается плотная, болезненная опухоль величиною с куриное яйцо, неподвижная, но не спаянная с прилежащими тканями. Поднять левую руку вверх не может. Селезенка прощупывается, безболезненна. Температура при поступлении  $38,2^{\circ}$ . 10/IV—жалуется на увеличивающиеся боли в опухоли. 14/IV—под влиянием влажного тепла боли значительно меньше, через два дня выписан на амбулаторное лечение с значительным улучшением и уменьшением лимфатической железы до величины грецкого ореха. Температура во время пребывания в больнице упала до нормы на третий день. На восьмой день кратковременное поднятие ее до  $38^{\circ}$  без субъективных расстройств (истор. бол. № 26.). Случай обследован серологически, ясно выраженная реакция агглютинации (д-ром Несторовым).

При установке диагноза мы, еще до агглютинации, должны были прийти к заключению, что все вышеизложенное является чрезвычайно характерным для чумоподобного заболевания, наблюдаемого нами на консервном заводе около месяца тому назад у лиц, имевших соприкосновение с заячьими тушками. Общность эпидемиологических факторов и тож-

дественная клиническая картина дали нам возможность установить туляремию или, как мы ее тогда называли, —инфекционный лимфаденит по типу *pestis ambulans*.

Из особенностей случая мы должны отметить литическое падение  $t^0$  только на 14 день от начала заболевания вместо обычного на 4—5 день. Случай мы характеризуем как чисто glandулярный.

*Случай 2.* М. М., женщина, 19 лет, явилась в хирургическое отделение 4/1-32 г. на осмотр с жалобой на боли в правой руке. Рука заболела 26/XII сразу же после работы на кухне столовой Турбинного завода, связанной с разрубкой зайчих тушек, присланных в столовую в бочках и консервированных солью. На кухне работает 4 мес. посудницей и кухонным рабочим. Заболела внезапно, почувствовала сильную головную боль и жар, сменившийся ознобом. Одновременно в правой подмышечной впадине заметила опухоль величиною с горошину. Лихорадочное тяжелое состояние длилось неделю, после чего почувствовала себя лучше, но опухоль немного увеличилась и появилось затруднение при движении рукой. Status praesens: Среднего роста, скелет развит правильно; питание хорошее. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы нет. Справа в подмышечной впадине имеется плотная мало-болезненная опухоль величиной с куриное яйцо и расположенная по краю большого грудного мускула. По передней поверхности ее опухоль спаяна с прилежащими тканями. Непроизвольного напряжения сухожилий не отмечено. Движение руки в плечевом суставе затруднено. В дальнейшем постепенное нарастание улучшения от применения уротропина и согревающих полуспиртовых компрессов (применение сухого тепла ухудшает процесс). Лечилась амбулаторно более месяца. Выписана на работу, по настоянию больной, с имевшейся опухолью в подмышечной впадине.

*Случай 3.* К. В., женщина, 38 лет; явилась в хирургическое отделение 4/1 32 г. на осмотр с жалобой на общую слабость и наличие опухолей в подмышечной впадине и в области локтевого сустава. Работает кухонным рабочим в столовой Турбинного завода около семи месяцев. В декабре 1931 г. в столовую поступала зайчатина. Приходилось разрубать зайчи тушки для изготовления обедов. Зайцы получены в засоленном виде в бочках. Видимых больных зайцев с наличием гнойников не было. Заболела внезапно 22/XII. Был жар, кашель. Лечилась от гриппа. Несколько дней спустя после заболевания заметила под мышкой опухоль; одновременно — опухоль на этой же руке в области локтевого сустава. Через неделю жар исчез. Осталась общая слабость и невозможность поднять руку вверх. Status praesens. Среднего роста, питание понижено. Нервная система — норма. Глуховатые тоны сердца. В легких рассеянные сухие и влажные хрипы, главным образом в верхних долях легких. Справа в подмышечной впадине прощупывается плотная мало болезненная лимфатическая железа, величиною с грецкий орех, покрытая нормальной кожей. Движение руки в плече с этой стороны ограничено. Над локтевым суставом с медиальной стороны локтя имеется плотная болезненная опухоль, величиною с куриное яйцо. Опухоль спаяна с кожей. 6/1 — опухоль над локтевым суставом значительно больше, имеется наклонность к нагноению. 12/1. Железа размягчилась, болезненна, флюктуирует. Incisio. Получен густой сливообразный гной. При посеве гноя стерильно на косой агар получен рост (при низких температурах) какого-то палочковидного, подвижного, грамотрицательного бацилла, на некоторых препаратах напоминающего *bac. pestis*. Есть основание думать, что микроб принадлежит к сапрофитам, но он удивительно часто сопровождается гнойными туляремии. Роста других микробов не получено.

В наших вышеприведенных случаях я счел себя вправе прийти к заключению, что перед нами действительно была туляремия. На это указывали эпидемиологические особенности случаев, характерная картина чумоподобного заболевания и, что самое главное, — одновременное и одинаковое заболевание у нескольких лиц, работающих на кухне столовой. Заболело немного, 6 человек, но если принять во внимание, что штат кухни не превышает 8 человек, то эта небольшая цифра очень демонстративна.

Оба случая протекали по типу железистому, причем во втором случае наличие катарральных явлений в легких затемнило картину для лечаше-

го врача, направив его на путь диагноза гриппа. Следует отметить, что в литературе имеются указания на легочную форму (Вольферц) „протекающую по типу альвеолярного бронхита“. Замеченные расстройства органов дыхания у нашей больной, таким образом, нисколько не исключают поставленный диагноз.

В последнем случае больная только спустя несколько дней после заболевания заметила увеличенные железы. Это еще не говорит за то, что их не было в первые дни. Иногда в первый момент мало болезненная железа не фиксирует на себе внимание больного. Например: больной Л. П. Мазуровского и А. К. Новицкого (случ. 2) только на третий день с момента заболевания „заметил болезненную опухоль подчелюстных желез и левой подмышечной“. На этом мы позволим себе закончить изложение эпидемиологической особенности туляремии и перейти к изложению особенностей клинического течения болезни.

В начале настоящей статьи мы указывали на крайнее разнообразие симптомов заболевания. Что дает это разнообразие — пока еще не установлено. За последнее время в русской литературе приводится не мало случаев туляремии, причем, почти как правило, туляремия в отдельных местностях сразу же принимает один определенный тип течения с небольшими отклонениями в сторону поражения отдельных органов и у отдельных лиц. Так, например, Мазуровский и Новицкий, наблюдая туляремию в Илекском районе Оренбургской губ., описывают тип ульцерогляндулярный, как доминирующий; Зархи, обследуя материал Обдорского района, говорит о форме железисто-тифозной и железисто-глазной; Хатеневр. описывая очаг Елатомского района Рязанского округа, разделяет клиническую картину на три типа: лихорадочно-железистый (47,5%), лихорадочный (45,5%) и железистый (7%); Рабин указывает на бубонную форму туляремии и, наконец, наш материал 1930 и 1931 года позволяет указать на наличие новых типов заболевания: железисто-геморрагического и железисто-суставного. Выпешка эпидемии 1932 года не изменила этих форм у нас. Таким образом, выделяя рельефно наиболее выраженный какой-нибудь один признак, мы должны различать следующие типы: железистый, септический, железисто-язвенный, железисто-глазной, язвенный, железисто-геморрагический и железисто-суставной. Если пристально взглянуть в эту приведенную нами схему, то становится ясным, что туляремия, протекая по типу общего заболевания (септицемия), поражает целый ряд органов человеческого организма, не исключая и органов чувств. До сих пор еще не было определенных указаний на поражение рото-носовой полости и нервной системы. Правда, отдельные описания русских авторов (Голов, Князевский, Бердников, Березин) устанавливают в отдельных случаях почти непрерывную цепь поражений. У Князевского были ангины; в трех случаях Голова, Князевского и Бердникова вначале болезни наблюдалось носовое кровотечение; у двух больных мы наблюдали одновременно поражение глотки и гортани в виде ангины и большого количества беловатых пятен на слизистой щек, губ, десен, на ложных голосовых связках и на надгортаннике. Одна больная дала нам одновременное и необычное поражение уха, которое мы можем поставить в связь с туляремией, причем, подчеркиваю, последнее предположение является только гипотезой, навеянной этим случаем. Остается в стороне как будто только пораже-

ние нервной системы. Просматривая доступную нам литературу, мы указаний на заболевание ее не видели. Обследование новой группы больных в 1932 году указало нам, что тщательное изучение заболевания может открыть то, что иногда просматривается в общей куче симптомов, затемненное превалирующими и рельефно выступающими особенностями. Не скроем, что ясные указания на поражение нервной системы мы получили случайно. В конце 1933 года к нам обратилась больная, заболевшая туляремией и еще до сих пор не освободившаяся от болезни, несмотря на самое энергичное лечение в течение года. Ввиду интереса случая позволяем себе привести историю болезни более полно.

*Случай 4.* С. П., женщина, 48 лет. Обратилась 30/XII-32 г. с жалобой на непрекращающиеся боли в руках, которые она ставит в связь с опухолями, расположенными слева в подмышечной впадине и на шее. Весною 31 года, работая в порционном цехе консервного завода, заболела туляремией. После непродолжительного лихорадочного состояния остались боли в конечностях и не исчезающие опухоли лимфатических желез. С момента заболевания не работает. Экспертной комиссией по заболеванию переведена в инвалиды III группы. Больная указывает на сильно беспокоящее ее обстоятельство: за последнее время, кроме ноющих болей, „*стягивает руки*“ — сухожилия мышц напрягаются, как пружины. Разогнуть руку до прямой линии не может. Кроме болей в подмышечной впадине, испытывает боли в коленных суставах. Поднять руки вверх не может. Лечилась амбулаторно втираниями в опухоль. Status praesens: среднего роста, хорошего питания, скелет развит правильно. Тоны сердца глухие, границы нормальны. Слева в подмышечной впадине ощущается плотная болезненная опухоль, не спаянная с кожей и подлежащими тканями, величиною с грецкий орех. Слева же на шее над ключицей имеется вторая опухоль такого же характера, как и первая, но более меньших размеров. Вытянутые вперед руки полностью не разгибаются в локтевых суставах. Хорошо виден и ощущается несколько сокращенный, в виде мышечного вала, m. biceps, причем сухожилие двуглавой мышцы (идущее для прикрепления к tuberositas radii) напряженно и ощущается в виде плотного шнура. Движение руки вверх резко ограничено.

Наблюдая больных раньше, мы очень часто слышали жалобы на кратковременное судорожное сведение и чувство стягивания конечностей. Указанная больная обрисовала нам этот симптом чрезвычайно рельефно. Заинтересовавшись этим, мы, при обследовании новой группы больных, обратили внимание особенно на наличие этого симптома. Оказалось, что у них этот симптом наблюдается, но не в одинаковой степени: у одних — более, у других — менее. Для иллюстрации этого, мы позволим себе привести несколько историй болезни.

*Случай 5.* В. И., женщина, 18 лет. Явилась на прием 5/I-32 г. с жалобой на боли в руках и наличие опухоли в подмышечной впадине справа. Работает в порционном цехе консервного завода. Заболела 1/I 32 г. после работы с зайцами, почувствовав озноб, сменявшийся жаром, сильные головные боли, шумы в ушах, общую слабость. С сегодняшнего дня чувствует себя лучше. Status praesens: со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Справа в подмышечной впадине имеются плотные, малобользные железы различной величины. Движения руки в плече ограничено. Ясно выраженный красный дермографизм, мышечный валик, коленные рефлексы повышены. Сухожилия бицепсов напряжены. Раздражение мышц током небольшой величины (1—1½ амп.) вызывает энергичное сокращение.

*Случай 6.* Ю. Д., мужчина, 24 лет. Явился на прием 4/I-32 г. с жалобой на общую слабость, отсутствие аппетита, жар и опухоль в подмышечной впадине справа. Рабочий порционного цеха консервного завода. Заболел внезапно 30/XII после работы с зайцами. В момент заболевания: озноб, жар, „*колотье по всему телу*“. Одновременно заметил какие-то шипки под мышкой. Опухоль слабо болезненна. До настоящего дня лежал в постели. Status praesens: среднего роста, скелет развит правильно, питание удовлетворительно. Со стороны внутренних органов отклонений от норм нет. Справа в подмышечной впадине имеются плотные, болезненные, величиною от горошины до грецкого ореха железы, не спаянные с кожей и окружающими тканями. Справа же над локтевым суставом и более к медиальной

стороне сустава имеется опухоль величиною с вишню. Резкий дермографизм и мышечный валик. Сухожилие бицепса резко напряжено. Мышцы энергично сокращаются в ответ на раздражение током малой величины ( $1\frac{1}{2}$ —2 амп.). 13/1 состояние резко ухудшилось. Вместе с небольшим недомоганием появилась новая опухоль над локтевым суставом справа и несколько ниже первой.

Мы не приводим истории болезни полностью, фиксируя внимание только на симптомах заболевания (каждый больной провел длительный период выздоровления) и, главным образом, на необъяснимом с первого момента напряжении мышечных сухожилий двуглавой мышцы и повышенной электровозбудимости у этих больных. Чем же можно объяснить в наших случаях это своеобразное длительное сокращение мышцы, напоминающее тетанию? Заметим, что как раз при последнем заболевании мы имеем повышение как механической, так и электрической возбудимости мышц и нервных стволов (Опель). Это заключение видного исследователя по этому вопросу крайне интересно и заставляет нас внимательнее подойти к анализу частичных явлений тетании у наших больных. Мы знаем, что тетания обыкновенно проявляется в форме преимущественно двигательного невроза, наиболее важный симптом которого составляет приступ симметрических, двусторонних тетанических судорог, без расстройства сознания, сопровождающихся болями и парестезиями и продолжающихся очень короткое время: то несколько часов, а в редких случаях даже несколько дней. Судороги поражают главным образом верхние конечности и притом мышцы, иннервируемые локтевым нервом (Меринг). Это длительное судорожное сведение мышц, зарегистрированное у нас, указывает на чрезмерную возбудимость нервной системы. Объяснить все это наличием тетании, как отдельного заболевания, мы не можем, так как тщательно обследуя больных с этой точки зрения, мы симптомов чистой тетании у них не нашли. Оставалось приписать это длительное судорожное сведение мышц действию той болезни, которая в данный момент зарегистрирована у больного.

В связи с нашим заявлением заслуживает внимания указание некоторых авторов на возможность возникновения так называемой идиопатической профессиональной тетании, встречающейся в известное время года и в определенных городах (Вена) между сапожниками и портными. Некоторые эпидемиологические особенности в этих случаях дают право предполагать эндемически-эпидемический характер ее вследствие какой-то инфекции (v. Franke-Hochwart), тем более что тетанию наблюдали также и при некоторых инфекционных заболеваниях: инфлюэнца, скарлатина, брюшной тиф.

Кроме двигательной сферы в некоторых случаях мы имеем видимо поражение и других отделов нервной системы. Наличие парестезий у отдельных больных, частая сыпь на конечностях больного по типу крапивницы указывают и на некоторые трофические расстройства.

На основании этих рассуждений я считаю себя вправе прийти к заключению, что перед нами было воздействие яда туляремии на двигательные нервно-мышечные аппараты скелетных мышц, приведшее их в состояние резкой возбудимости. Наличие вариаций этого симптома от еле заметных форм к резко выраженным напряжениям сухожилий мы объясняем неодинаковой степенью поражения нервной системы. В случае нервом больная, предприняв длительное амбулаторное лечение втираниями,

занимаясь массажем пораженной туляремией железы, вызывала частые обострения процесса и, возможно, обильное „наводнение“ организма инфекцией, также чутко воспринимаемой нервной тканью как и остальными органами. Таким образом, этим своеобразным поражением нервной ткани мы обязаны появлению у больных того чувства „сведения конечностей“ в крупных суставах, на которые многие из них указывали. Нужно думать, что только благодаря этому, мы имели и те длительные контрактуры мышц, которые так рельефно выступали на материале прошлого года.

Следующее, на что мы желали бы обратить внимание при туляремии— это особенность в поражении глаз. Судя по доступной нам литературе конъюнктивиты при туляремии встречаются не так то уж редко. Довольно большое количество их было на материале Зархи. О случаях конъюнктивита говорит и Мазуровский. Наконец, что особенно важно, появление папул или конъюнктивита является одним из необходимых условий для постановки диагноза туляремии в схеме Francis'a. На своем материале мы имеем несколько случаев поражения глаз, но во многом отличное от того описания конъюнктивитов, которое мы встречали в доступной нам литературе. Должны вперед обусловить, что инфекция туляремии, с нашей точки зрения, вызывает заболевания глаз, как оптического прибора в целом, не ограничиваясь поражением конъюнктивы. Какие патологические расстройства вызывает эта инфекция среди элементов глазного яблока мы точно указать не можем, не считая себя достаточно компетентными по этому вопросу. Это—дело будущих исследователей специалистов, пока еще мало знакомых с этим заболеванием. Но, что действие яда туляремии имеется—это доказывают нам определенные ощущения больных, говорящие не об одном поражении конъюнктивы, но, вероятно, глазного нерва и прозрачных сред глаза. Во всяком случае упорные и неоднократные жалобы больных на то, что после заболевания туляремией они видят „как бы в тумане“, что все предметы окрашены в желтоватый цвет, не являются следствием только имеющегося у них конъюнктивита, тем более, что роговая оболочка глаза при осмотре никаких видимых отклонений от нормы не давала. Мазуровский в своем сообщении („Заболевания грызунов, передающиеся человеку“) описывает свой случай конъюнктивита (случ. 4) таким образом: „в первый же день заболевания появился гнойный конъюнктивит. При осмотре,—левый глаз закрыт, верхнее и нижнее веко резко припухли, интенсивно красные. Из конъюнктив. мешка выделяется обильный гной. Конъюнктивы глазного яблока резко гиперемированы, светобоязнь. Нарушение целостности конъюнктивы нет“. Ничего похожего на это описание мы у своих больных не видели. То, что описывает Мазуровский, напоминает острый банальный конъюнктивит экзогенного происхождения. В наших случаях мы имели иную картину поражения конъюнктивы, которую мы для данного заболевания считаем строго патогномичной. Обычно заболевание глаз не начинается в первый день болезни. В наших случаях оно отмечено спустя около 2 недель от момента заболевания и только в одном случае мы видели резкий конъюнктивит спустя 8 мес. после начала болезни. Общая жалоба больных на „покалывание“, а иногда и боли в глазных яблоках, слезотечение, слабость зрения, мелькание точек в глазах. Обычно мы находим местное поражение конъюнктивы, явно не соответствующее

тяжелым субъективным ощущениям. Мы не видели гнойных поражений глаза, сопровождающихся отечностью век. Конъюнктивы век слабо гиперемированы. Наибольшие изменения находились на конъюнктиве самого глазного яблока. Как правило, роговая оболочка в процесс не вовлекалась, только внимательный осмотр определял небольшой беловатый круг на месте перехода роговицы в склеру. На конъюнктиве самого глазного яблока мы имели хорошо заметную развитую сеть тонких сосудов, идущих в виде полосы от угла глаза к роговой оболочке. Эта инъекция сосудов в определенном месте создавала впечатление не широких розовых полос, пересекающих глаз от одного угла глазной щели к другому. Субъективные расстройства проходили через некоторое время, обычно без местного лечения, но сосудистая сеточка на склерах оставалась надолго. Только спустя несколько недель исчезала и она. Отмечаем интересный факт. В одном случае, при резко выраженном конъюнктивите у явившейся для осмотра больной, было одновременное поражение глаз у родившегося недавно ребенка. В момент заболевания туляремией она имела беременность около 6—7 мес.

Чтобы не загромождать статьи, мы приводим полностью историю болезни только одной больной, тем более что она, кроме поражения глаз, дала нам еще некоторые особенности клинической картины туляремии.

*Случай 7.* П. Павла, 24 л., работница порционного цеха консервного завода (соляница) поступила в хирургическое отд. 22/III-32 г. (истор. бол. № 105—214) с жалобой на сильные боли в ногах, сопровождающиеся чувством „стягивания“. Выпрямить ногу полностью не может. Одновременно с болями в ногах заметила наличие каких-то болезненных плотных опухолей величиною от чечевицы до вишни. Опухоли были настолько болезненны, что пять дней больная не могла ходить. Ноги заболели 10 дней тому назад. До этого лечилась в хирург. отд. от туляремии. Некоторое время после выписки она чувствовала себя сравнительно хорошо, испытывая небольшое покалывание в глазных яблоках. Затем боли в глазах усилились, появилось небольшое слезотечение, веки покраснели. Жалуются на мелькание в глазах точек. К вечеру болезненность глаз усиливается, появляется ощущение „как бы насыпанного в глаза песку“; видит предметы в тумане. Через несколько дней, вместе с усилением болезненности в железах, появилась крупно-пятнистая, болезненная сыпь на лице и конечностях. При осмотре глаз в это время обнаружено, что конъюнктива век особых отклонений от нормы не представляет. По краю радужной оболочки имеется ясно выраженное беловатое кольцо. В обе стороны от роговицы к углам глаза тянутся розовые полоски с резко отграниченными краями. На розовом фоне этих полос четко выступают извитые, мелкие сосуды. Постепенно боли и краснота глаз исчезла. На склерах до сих пор заметны извитые коричневого цвета сосуды. Сыпь на теле типа крапивницы. Сыпь расположена главным образом на лице и кистях рук. Через неделю сыпь исчезла, оставив после себя пигментацию. Почти тотчас же вслед за исчезновением сыпи—боли в первично пораженных железах и ногах. В это время подвергалась рентгеновскому исследованию, причем оказалось, что предполагаемых периазитов у больной нет. На следующий же день после исследования рентгеновскими лучами резкое улучшение. Железы в подкрыльцовой впадине и в области локтевого сустава уменьшились, менее болезненны. Утихли боли в ногах, опухоли на них заметно уменьшились.

*Status praesens:* со стороны внутренних органов отклонений нет. Справа в подкрыльцовой впадине и над локтевым суставом—слабо болезненные, мало подвижные, плотные опухоли, величиною с куриное яйцо и грецкий орех. На склерах следы бывшего специфического конъюнктивита. Ноги согнуты под тупым углом, сухожилия сгибателей напряжены (контрактура!) Разогнуть ногу полностью в колене не может. На обеих ногах по линии большеберцовых костей, но несколько в стороне от них, имеются несколько болезненных, без резких границ, опухолей величиною от вишни до волошского ореха. При более внимательном осмотре видны слабо намечающиеся, лимфатические воспаленные сосуды в виде красноватых по-

дос, расположенных с медиальной стороны голени. 30/III больная выписалась с значительным улучшением после согревающих компрессов на опухоли ног и вливаний в вену 20% уротропина. Жалоб нет. Контрактура исчезла.

Интерес случая заключается в поражении глаз и нижних конечностей.

Фиксируя наше внимание на первом случае, мы видим, что у нас имеется значительная разница в течении конъюнктивита от наблюдений других авторов. Мы не наблюдали совершенно картины гнойного воспаления конъюнктивального мешка. Возникает вопрос—где же истина?! Мы думаем, что картина поражения глаз у нас действительно патогномична заболеванию. В этом убеждает нас следующее. То, что мы видели у больных являлось несомненно конъюнктивитом эндогенного характера. На этом мы можем смело настаивать, ибо поражение глаз у наших больных было в момент их последующего амбулаторного лечения, без работы на производстве. Следовательно попадание инфекционного начала извне уже быть не могло. Наше утверждение не противоречит литературным данным, так как мы знаем эндогенные конъюнктивиты при циркуляции в крови микробов или их токсинов: например, конъюнктивиты при общих инфекциях, как корь, скарлатина и т. д. Одним из основных симптомов такого конъюнктивита является гиперемия конъюнктивы в области глазного яблока, что характерно в особенности для острых конъюнктивитов инфекционного происхождения. Нередко в этих случаях гиперемия сопровождается здесь кровоизлияниями или точечными, или более распространенными. То, что описываем мы, как раз, является типичным для инфекционного конъюнктивита с наличием распространенных кровоизлияний, что едва ли имеет место при банальном экзогенном конъюнктивите. Мы думаем, что то, что описывает Мазуровский,—не специфический конъюнктивит в зависимости от туляремии. Ощущение инородного тела за веками, резь, колотье в глазах могли при достаточно активном участии самого больного, в попытках ликвидации неприятных ощущений, вызвать чисто гнойный конъюнктивит экзогенного происхождения. Двух больных с наиболее яркой картиной конъюнктивита мы демонстрировали специалистам-глазникам (П. Успенскому и Лукшину), подтвердивших наличие специфического конъюнктивита, ничего общего не имеющего с простым обычным конъюнктивитом.

Наконец,—последнее, на что мы хотим обратить внимание, это особенность в поражении лимфатической сети вдали от входных ворот инфекции и не в первый момент заболевания.

Если внимательно присмотреться к клинике болезни, то становится очевидным, что туляремия представляет из себя заболевание, протекающее по типу общей септицемии, имеющее склонность к хроническому затяжному течению и избирательно, более других органов и тканей, поражающее лимфатические железы. То, что мы видели на нижних конечностях в прежнее время, давало впечатление мелких опухолей в толще кожи с наличием ограниченных периоститов. Исследование рентгеном показало, что поражения костей не имелось. Явления же не резко выраженного лимфангоита дают право трактовать эти опухоли как увеличенные лимфатические узлы. На нижних конечностях, кроме паховых желез, мы имеем крупный коллектор лимфоидной ткани (*lymphoglandul. popliteae superficiales*), расположенный в подколенной впадине. Лимфатические сосуды голени прерываются 1—3 мелкими железами, из которых чаще

встречаются железы, заложенные в верхней трети голени. При обследовании больных туляремией, жалующихся на боли и опухоли ног, мы почти всегда имели именно эти железы в стадии острого их воспаления.

Сам по себе этот мелкий факт заболевания с нашей точки зрения имеет чрезвычайно существенное значение. Он лишний раз показывает, что в данном случае мы имеем заболевание не „местного значения“; что заболевание, протекая по типу септицемии, довольно продолжительно и в некоторых случаях принимает хроническое затяжное течение и, что первично воспаленная железа, „первичный бубон“ в подмышечной впадине—лишь первый этап внедрившейся инфекции. Это поражение лимфатического аппарата в последующий период болезни дает ясное указание на то, что мы были не далеки от истины, когда в одной из своих работ по туляремии предлагали считать воспаление лимфатических желез, в момент вспышки общих симптомов как гематогенную форму лимфаденита с заносом инфекции через кровь.

Прошло 20 лет, как Фрэнсис в С.А.С.Ш. впервые описал эпизоотию туляремии среди грызунов. В 1929 году первый случай этого заболевания в Норвегии описан д-ром Тиотта, а затем ретроспективно и другие случаи, относящиеся к 1926—28 году. Нечто подобное мы имеем и в нашем Советском союзе, где туляремия описана раньше Норвегии (Суворовым, Вольферц и Воронковой в 1926 г.). Ретроспективно, по описанию Дербёка, установлена вспышка туляремии в дельте Волги в 1877 году. Мы будем не далеки от истины, сказав, что в большинстве случаев „легко протекавшей амбулаторной формы бубонной чумы“ (установленной только клинически), мы имели в прошлом туляремию.

Источником заражения у нас до сих пор считалась водяная крыса. Заяц, как носитель инфекции, был не известен, хотя в Норвегии он был источником заражения охотников.

В настоящий момент, при наличии широко развитого кролиководства, изучение туляремии у нас приобретает особенное значение: в сферу заражения туляремией вовлекаются не только охотники, но и рабочие консервных заводов. Наличие вспышек туляремии на консервных заводах мы всецело относим за счет малого знакомства с этим заболеванием врачей и рабочих. При нестойкости вируса туляремии к высоким  $t^{\circ}$ , видимо виновниками этих вспышек нужно считать следующие обстоятельства:

1. Несовершенство или неисправность механизмов и агрегатов.
2. Недостаточность бактериоскопического контроля и неправильный ход процесса выделки заячьих консервов на заводе.
3. Неправильная организация трудового процесса: необученность отдельных групп рабочих; неиспользование правил технической безопасности и санитарно-гигиенического минимума.

Эти три группы и имели место на Курганском консервном заводе.

На основании всего изложенного мы позволим себе высказать следующие соображения.

1. Консервированные солью заячьи тушки могут быть источником заболевания туляремией.
2. Необходим тщательный контроль над посолкой заячьего материала и изучение влияния поваренной соли на вирус туляремии.

3. Туляремия, протекая по типу септицемии, поражает ряд органов и систем, не исключая органов чувств и нервной системы.

4. Поражение нервной системы проявляется судорожным напряжением сухожилья сгибателя предплечья и ограничением движений в плечевом суставе, в зависимости от своеобразной контрактуры мышц плеча.

5. На поражение нервной системы при туляремии указывает повышение электровозбудимости мышц.

6. Симптомами трофических расстройств являются: частые парестезии и периодически появляющаяся сыпь типа крапивницы.

7. Туляремия поражает глаз в целом, не ограничиваясь поражением конъюнктивы.

8. Имеющийся при туляремии конъюнктивит строго специфичен, не похож на септический и является эндогенным.

9. Последующее воспаление лимфатических желез, идущее по типу „железистого туберкулеза“, указывает на гематогенную форму лимфаденитов.

---

Из Смоленского государственного бактериологического ин-та.  
(Директор института проф. М. П. Изаболинский).

## К этиологии гриппа.

### Сообщение II<sup>1</sup>

М. П. Изаболинский, В. А. Юденич. и Е. Л. Батенков.

Вопрос об этиологии гриппа не может считаться окончательно разрешенным, несмотря на целый ряд работ в этом направлении. Роль палочки Pfeiffer'a, которую большинство исследователей склонны были считать единственным возбудителем гриппа, в настоящее время очень горячо отвергается на основании целого ряда исследований в различных странах и в разгар эпидемии. С другой стороны, аргументы, выдвинутые в защиту роли других возбудителей при гриппе, не являются достаточно убедительными. Вполне естественно, что мысль целого ряда исследователей направлена была в сторону фильтрующегося вируса. Однако и в этом направлении накопившийся до сих пор материал не дает нам пока никаких оснований к тому, чтобы признать какой-либо фильтрующийся микроб в качестве возбудителя гриппа. Все эти обстоятельства дали возможность Sahli говорить о поливалентности гриппозной инфекции. Еще в 1925 г., во время большой вспышки эпидемии гриппа, нами из 40 типично-протекавших случаев гриппа в 25 выделена была чистая культура диплострептококка при посеве слизи зева и носоглотки на различных средах и в особенности на кровяной среде Lewinthal'я. Этот диплострептококк в большинстве случаев проявлял гемолитические свойства, агглютинировался сывороткой иммунизированного кролика и экспериментально в некоторых случаях вызывал у кроликов явления хронической интоксикации.

<sup>1</sup>) I сообщение — см. „Гигиена и Эпидемиология“, 1926 г.

В виду того, что изучаемый нами в то время материал происходил главным образом от амбулаторных больных, мы решили дальнейшие свои наблюдения провести на больных стационара, а также на лицах, заболевших гриппом в самой больнице. Нас интересовал, с одной стороны, вопрос о контагиозности гриппа, что легко было изучить, имея под наблюдением палатных больных, а с другой стороны мы задались целью продолжить изучение микрофлоры гриппа.

Для изучения микрофлоры мы брали стерильным ватным тампоном слизь из носоглотки больного и производили посевы на среду Левенталя и Мартеновский бульон с кровью.

Микрофлора получилась в общем довольно разнообразная (стафилококк белый и золотистый, катарральный микрококк, пневмококк, грам положительные и отрицательные палочки, слизиобразователи типа Фридендера), но в большинстве случаев мы находили диплострептококк, состоящий из слегка вытянутых парных кокков. Этот диплострептококк красится по Граму положительно, растет на Мартеновском бульоне с сахаром. На среде Левенталя диплострептококки растут в виде мелких росовидных колоний.

При микроскопическом исследовании колонии имеют зернистое строение. Диплострептококк, выделенный в чистой культуре с чашки Петри, требует частых пересевов через 1—2 дня на бульоне, т. к. в противном случае он быстро погибает. Выделенные нами штаммы диплострептококка в количестве 18 испытывались на среде Гисса по отношению к различного рода углеводам и к манниту. Оказалось, что все они разлагали, с образованием кислоты, лактозу, галактозу, мальтозу, сахарозу и глюкозу; маннит же оставался не тронутым. Что касается отношения их к крови, то из 18 штаммов только 5 оказались гемолитическими. Еще в 1925—26 гг., во время гриппозной эпидемии, нам удалось выделить в большинстве обследованных нами тогда случаев такой же диплострептококк, обладавший в некоторых случаях тоже гемолитическими свойствами по отношению к кровяным средам. Диплострептококк, полученный нами в настоящее время, по своим морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам совершенно тождествен с диплострептококком, о котором мы сообщали в 1926 г., но разница заключается в том, что выделенный в настоящее время диплострептококк значительно реже выявляет гемолитические свойства; кроме того, при внутривенном введении, для кроликов оказался не патогенным. Не удалось также вызвать заражения кроликов и через нос, даже после предварительного введения различных раздражителей. Это обстоятельство наводит на мысль, что диплострептококк, под влиянием различных обстоятельств, может менять свою вирулентность. Если обратиться к клинике обследованных нами случаев, то они должны быть отнесены к легким по своему течению, в то время как наши исследования в 1925—26 г. произведены были в период характерной и довольно жестокой эпидемии гриппа. Мы склонны думать, что диплострептококк, повидимому, вне эпидемий теряет свою вирулентность и изменяет свои биологические свойства, представляя собой одну из разновидностей истинного гриппозного стрептококка.

Что касается роли диплострептококка при гриппе, то, помимо постоянного присутствия его в зеве гриппозных больных, интересно отметить путь переноса этого диплострептококка от больных здоровым. Несколько

случаев, прослеженных нами в стационаре, проливают свет на связь дипло-стрептококка, с гриппом, имевшим место в больнице.

Больной К. поступил в отделение 16/XII с температурой 37,2, с ясными явлениями гриппа: насморк, ангина, герпес. В легком обнаружен пневмонический фокус. 16/XII взят мазок из зева. В посеве на среде Левенталя и Мартеновском бульоне с сахаром обнаружен диплострептококк. 17/XII температура 40,4. В посеве опять тот же диплострептококк, с 18/XII температура стала падать, 20/XII температура 37,0, в посеве диплострептококк, 22/XII температура N. Рядом с больным К. лежал больной П. по поводу язвы желудка. Койки одна от другой расположены были на расстоянии метра. 17/XII у больного П. был произведен посев слизи на среде Левенталя и Мартеновский бульон. Диплострептококк обнаружен не был. 18/XII у П. повысилась температура, появились ясные признаки гриппа. Температура держалась не высокая—37,5°, явлений в легких не отмечено. Больной скоро оправился, 20/XII в посеве отделяемого зева обнаружен диплострептококк. Нужно думать, что больной П. заразился от больного К., который поступил в больницу с ясными признаками гриппа.

Интересно отметить, что повидимому грипп может передаваться в начале—1—2 день заболевания; так, больной К. 20/XII, т. е. на 4-й день заболевания был переведен в другую палату и его сосед не заболевает. Второй случай: больной Л. на 4-й день болезни не заражает своего соседа по койке. Наоборот, от больной П., заболевшей легкой формой гриппа, на другой день заражается П., у которой грипп протекает более тяжело, чем у первой. В обоих случаях найдены диплострептококки.

На основании вышесказанного мы можем сделать следующие выводы:

1) Среди довольно разнообразной микрофлоры гриппозных больных неизменно и постоянно встречается диплострептококк.

2) Диплострептококк этот имеет свои определенные морфологические и биологические свойства.

3) Вирулентность этого диплострептококка различна в различные периоды гриппозных заболеваний (от сильно вирулентного не только для человека, но и для животных, до слабого вирулентного, совершенно не действующего на организм животного).

4) Роль этого диплострептококка в этиологии гриппа может быть установлена и путем клинических наблюдений в стационарах больниц.

5) Несомненно, что этот диплострептококк играет если не исключительную, то весьма важную роль в этиологии гриппа, а потому заслуживает дальнейшего изучения.

6) В дальнейшем предоставляется весьма важным выяснить роль дипло-стрептококка в специфической профилактике и терапии гриппа, для чего необходима совместная работа клинициста и бактериолога.

---

Из детской санатории „Пионер“ в Евпатории (Консультант  
проф. П. С. Медовиков. Главврач А. М. Михалкин)

## О соотношении вегетативной настроенности, эозинофилии и глистных инвазий в детском возрасте.

Д-р П. С. Модератов и д-р М. В. Кухаренко.

Вопросу о глистозности в детском возрасте за последние годы в педиатрической литературе уделяется значительное внимание. Ряд авторов приводит по различным местностям СССР те или иные цифры обнаруженных глистных инвазий, и надо сказать, что эти цифры внушительны—от 70 до 100%. Такая частота нахождения глистозности дает право сказать, без боязни особенного преувеличения, что почти все детское население заражено глистами. Профилактические мероприятия, проводимые у нас в этом отношении, несомненно, правильны и ценны. Возникает только вопрос, на основании каких данных можно ставить диагноз наличия глистов у того или иного ребенка. Ведь для эффекта профилактики и получения результатов лечения необходимо знать, с каким видом глистов мы имеем дело в каждом данном случае. Конечно, в тех случаях, когда врачу приносят или точно описывают вышедшего глиста, или дают результат лабораторного исследования с положительным результатом, постановка диагноза не составляет трудностей. Бывает хуже в тех случаях, когда ни того, ни другого из указанных моментов нет. Нередко, как известно, тогда дают глистозное на авось и, надо сказать, не всегда безрезультатно (в смысле отхождения глистов). Однако, при отсутствии этих данных, там, где имеется возможность исследовать кровь на эозинофилию, считающуюся одним из ценных признаков глистозности, используют широко и эту возможность. Но тот, кто сравнивал эти результаты с результатами исследования кала, должен сказать, что эти результаты идут далеко не всегда параллельно. Правда, они часто совпадают, но нередко наблюдаются и расхождения, ставящие врача в некоторое затруднение. Эозинофилия по данным лаборатории, повторно проверенным, имеется, повторные же копрологические исследования дают отрицательный результат. Несмотря ни на что, во многих случаях дается то или иное глистозное и результата не получается. Невольно тогда встает вопрос, что для данного случая эозинофилия не доказательна. Других заболеваний, которыми бы можно было объяснить ее наличие, у ребенка не имеется. А таких случаев в практике каждого врача, несомненно, найдется достаточное количество. Можно, кроме того, отметить и другое положение, когда назначение глистогонных, при несомненном наличии глистов, не снижает процентного содержания эозинофилии в крови и не улучшает общего состояния ребенка, хотя глисты и отогнаны. И, наконец, безусловно каждому педиатру хорошо известны случаи несомненного глистозности без эозинофилии. Примером могут служить хотя бы случаи Брюннинга, Ланганса и Бишофа, наблюдавших тяжелые аскаридозные интоксикации без повышенной эозинофилии (3%), а также указания Каменецкого и Хоруженко (Лаб. пр., 29 г., № 7) о повышении эозинофилии в 9

случаях из 10, при отсутствии глистов. Д-р Кедров повышенную эозинофилию, равно как и реакцию Ефимова, считает не специфическими и нередко отсутствующими при наличии глистов. О непостоянной эозинофилии при глистных инвазиях говорят Плотников и Зерчанинов, обследовавшие 245 детей в возрасте от 6 до 12 лет.

Можно было бы привести еще целый ряд работ, указывающих на неполноценность этого признака для диагноза глистоносительства, но уже и приведенного достаточно, чтобы можно было поставить вопрос о диагностической ценности эозинофилии при глистоношении и поискать объяснений всем этим фактам.

Приводимое д-ром Конюс мнение Шиллинга о пороге раздражения для появления эозинофилии не объясняет тех случаев, когда при большой эозинофилии наблюдается малое отхождение глистов с одной стороны и продолжающееся держаться высоким процентное соотношение эозинофилов в дальнейшем после изгнания, при отрицательных повторных копрологических наблюдениях с другой. Невозможность учета средних цифр выделяемого токсина в каждом данном случае и неизвестность относительно количества глистов заставляют искать причинную зависимость для таких случаев в чем то другом. Если обратиться к учению об аномалиях конституции, то здесь мы столкнемся с указанием на существование так называемого экссудативного диатеза, характеризующегося повышенным содержанием эозинофилов в крови, получившим даже, в силу этого, и свое название экссудативно-эозинофильного диагноза. Как известно, проявления этого диатеза широко распространены и поэтому ничего не будет удивительного в том, что, при отсутствии глистов, мы у большей группы детей найдем повышенное содержание эозинофилов в крови. С другой стороны, известно также, что для ваготропной настроенности характерна повышенная эозинофилия. Поэтому, наличие повышенной эозинофилии вполне возможно и без глистоносительства.

Для проверки этих наблюдений нами было взято 114 детей школьного возраста. При тщательном повторном исследовании глистоношение обнаружено только в 28 случаях или в 25 %. Такой малый процент мы не считаем истинным показателем глистоносительства и объясняем тем, что дети, перед поступлением в санаторий, подвергались дегельминтизации.

Среди этих 114 чел. детей, при исследовании крови, мы получили только в 29 случаях нормальное содержание эозинофилов, что составляет 25%. В 85 случаях процентное содержание эозинофилов было значительно выше, доходя в одном случае до 12%, а в другом до 17%; чаще однако наблюдалась эозинофилия в 9—10%. Из 28 случаев глистоношения только 18 детей нам дали повышенную эозинофилию.

Таким образом, в наших случаях имеется ряд детей с повышенной эозинофилией, которую наличием глистов объяснить нельзя. Пробные назначения глистогонных в отдельных случаях эффекта не дали. Здесь можно было бы говорить о появлении так наз. вторичной эозинофилии, которая, по Егорову, появляется от пребывания детей в Евпатории, будучи связана с вегетативной перестройкой в парасимпатикотропном направлении. Но этот момент исключается потому, что исследование производилось у детей непосредственно после их приезда, когда влияние евпаторийских факторов не могло еще сказаться. Кроме того, мы пользовались данными исследования кала и крови, привозимыми детьми с мест,

где моменты расхождения между наличием глистов и повышенной эозинофилией также имели место. Получив эти расхождения, мы обратились к исследованию вегетативных рефлексов, для чего воспользовались обычно применяемыми в нашей клинике наблюдениями за дермографизмом, симптомом Aschner'a и пробой Dresel'я. Эти исследования дали нам следующие результаты: из 86 детей с повышенной эозинофилией, но без положительных копрологических данных, ваготропную настроенность нам удалось отметить в 54 случаях или 63%, нормотропную, но с тенденцией к ваготропности, в 27 случаях или в 31% и в 5 случаях была найдена симпатикотропная настроенность. Надо отметить, что случаи нормотропной настроенности не могут быть отнесены нами к числу чистых нормотропных, так как у этих детей мы получали некоторые, не резко выраженные симптомы ваготонии (розовый, но не совсем стойкий дермографизм, не резкие изменения с. Aschner'a и Dresel'я).

Таким образом, если взять группу детей, давших нам повышенную эозинофилию при отрицательных копрологических данных, за 100%, то вегетативная настроенность их суммарно будет определяться в 94%, как ваготропная или вернее с тенденцией к ваготропности и только в 5% мы получили указания на симпатикотропные данные.

Проследив в дальнейшем за изменением вегетативных рефлексов и процентным содержанием эозинофилов после дачи глистогонных и, отметив положительные результаты в смысле изгнания глистов, мы не получили резкого снижения эозинофилии в одних случаях и никакого снижения в других. Надо оговориться, что эти наблюдения касались детей с глистными инвазиями, но не с проявлениями глистной болезни. Возможно, что в случаях этой последней эозинофилия и является более ценным и стойким признаком, чем это удалось нам наблюдать в наших случаях.

Таким образом, подводя итоги нашим наблюдениям, можно отметить, что мысль проф. П. С. Медовикова, что не глистоношение характеризуется эозинофилией, а определенная—парасимпатикотропная настроенность дает ее — на нашем материале подтверждается. Эозинофилия при глистносительстве—факт, повидимому, часто встречающийся, но не самодовлеющий в этом вопросе, являясь зависящим от других, вышеуказанных причин.

---

Н. В. краевой венинститут (Саратов). Клинико-лабораторный отдел.  
Руководитель проф. П. С. Григорьев

## К вопросу о лечении постгонорройных катарров и неггонорройных уретритов хинином.

Б. П. Кочетов.

Постгонорройные уретриты, по мнению Ж а н е, могут появиться тотчас же вслед за прекращением лечения, в течение следующего за излечением месяца, а иногда и гораздо позже, спустя несколько месяцев, после излечения гонорреи. Появляются они в виде совершенно прозрачного слизистого отделяемого, иногда серозно-гнояного, тождественного с гонорройным.

Зедгинидзе, относительно патогенеза постгонорройных уретритов на основании литературных данных, приходит к следующему выводу: исходным пунктом появления лейкоцитов в выделениях могут явиться обильно развитые к этому времени в слизистой оболочке капилляры (Lahnsteim, Finger), стенки которых, под влиянием различных внешних причин (раздражение мочево́й кислотой, мочевиной), а может быть и чисто индивидуальных (конституциональных) особенностей, становятся легко проходимыми для лейкоцитов и экссудата.

Однако, повидимому, большое значение для увеличения числа лейкоцитов в выделениях может иметь гиперплазия заложенных в самой слизистой уретры лимфатических узелков и солитарных фолликулов, на наличие которых указывают Кульчицкий, Sternberg.

Эти образования, несомненно, могут реагировать как на длительное воспаление в уретральной стенке, так и на лечение раздражающими веществами, избыточным образованием белых кровяных телец. Местное образование лейкоцитов приходится тем более считать вероятным, что у больных общих лейкоцитоз крови (при исследовании в различных стадиях постгонорройного уретрита) отклонение от нормы не обнаруживал. Таковы литературные данные о хроническом катарре слизистой оболочки уретры и об источниках образования гнойной капли с большим количеством лейкоцитов. Капля эта может держаться очень долго, упорно не поддаваясь самому разнообразному лечению. Поэтому Хольцов рекомендует в таких случаях удовлетворяться установлением отсутствия гонококков и внушить больному мысль, что незначительные выделения из уретры и небольшое количество нитей и лейкоцитов в моче абсолютно безвредны. Но убедить можно не всякого и такие больные без конца переходят от одного врача к другому, обвиняя их в неумении лечить или же в недостаточной внимательности.

Познакомившись с работой Зедгинидзе (Врачебная газета, № 21, за 1929 г.) о лечении постгонорройных уретритов хинином, мы решили проверить на нашем материале его выводы.

Наши наблюдения были проведены на 48 больных: 23 с постгонорройным катарром, 15 с негонорройным уретритом и 10 с острой гонорреей. Из 23 больных, страдавших хроническим постгонорройным катарром, длительность заболевания была: до 6 мес.—у 1 чел., до 1 года—у 6 чел., до 2-х лет—у 6 чел., до 3-х лет—у 3-х чел., до 4-х лет—у 3 чел., до 5 лет—у 1 ч., до 7 лет—у 2 ч. и до 13 лет—у 1 чел.

До начала лечения хинином делали до 8—10 бактериоскопических исследований до провокации и после провокации (пивом, Arg. nitr. и т. д.). При микроскопическом исследовании у большинства больных оказалось 40—60 лейкоц. в п.зр. микроскопа; а при бактериологическом исследовании определены: стафилококк в 2-х случаях, стрептококк в 1-м случае; стафилококк и дифтерийная палочка в 9 сл.; стрептококк и дифтерийная палочка в 7 случаях и в 7-х случаях стрептококк, стафилококк и дифтерийная палочка.

Гонококки во всех случаях отсутствовали.

Методика лечения довольно проста. Вначале мы строго придерживались методики Зедгинидзе, т. е. утром делали инстилляцию хинином от 1%, постепенно повышая концентрацию до 6%, а вечером промывание по Жане, начиная с 1—1000,0 и доходя до 1—200,0. От этого метода мы вскоре отказались из-за дороговизны хинина и перешли к следующему методу: делали только одни инстилляции хинином по вечерам, причем % раствора мы повышали не через 2 дня, как у Зедгинидзе, а через каждые 4 дня и весь курс лечения у нас продолжался таким образом 24 дня, причем раствор хинина доводился до 6%-ной концентрации. Первые 2 раза больной задерживал раствор в канале на 2 минуты, последующие — на 5—6 минут. Количество раствора сначала мы брали 3,0—6,0, а затем 10,0. Раствор

хинина приготавливался не ex tempore—как это рекомендует Зедгинидзе заранее—на подобие раствора ляписа. Chinin. bimuriat. прекрасно растворяется в теплой дистиллированной воде и потом уже не выпадает, так что нет никакой нужды готовить его ex tempore. Нужно отметить, что в большинстве случаев хинин переносится большими прекрасно, никаких жжений или болей нет. Но некоторые больные все таки отмечают небольшое жжение в канале после инстилляций 5—6% растворами.

В результате из 23, леченных таким способом больных с постгонорройным уретритом: в 17 случаях было получено стойкое выздоровление без рецидива, в 4-х случаях было улучшение, но не стойкое, через 2—3 мес. появился рецидив; пришлось применять после курса хинина обычные методы лечения (выжигание лакунитов, смазыван. и т. д.) и в 2-х случаях положительных результатов не было. Нужно отметить, что, после применения 3—4 инстилляций хинина, мы почти у всех больных замечали улучшение. Выделения прекращались, моча становилась совершенно прозрачной (без крошек и нитей) и у 17 больных такая клиническая картина оставалась за весь период наблюдения, но у 4-х больных был рецидив. Для иллюстрации приводим выдержки из некоторых историй болезни:

№ 1 Больной, врач З.—30 лет, нервный, телосложения правильного. Перенес гоноррею в 1924 году. Лечился аккуратно в течение 6 месяцев. Был отпущен, как закончивший лечение. Но вскоре появилась слизисто-гнойная капля. Обращался за помощью ко многим врачам специалистам г. Саратова. Получал лечение, как хронический гонорроик.

Лечился периодически около 5 лет, улучшения не было—капля держалась. В августе 1930 г. был направлен к нам на лечение хинином. Делаем целый ряд бактериологических и бактериоскопических исследований—гонококков не находим. Эндоскопия: задняя часть уретры нормальна; в передней—слизистая слегка гиперемирована, отечна; воспаленных желез не найдено. Приступаем к лечению хинином после 3—4 инстилляций—выделения прекращаются и вновь не появляются. Контроль в течение 1½ года.

№ 2. Больной 397/а, 35 лет, рабочий, здоровый, крепкий мужчина. Заболел гонорреей в 1917 году. До 1930 г. несколько раз был рецидив. Лечился у многих специалистов; от лечения наступало улучшение, но не надолго; обычно через несколько месяцев появлялась гнойная капля. Так продолжалось до января 1930 г., когда он обратился к нам с теми же жалобами. Делаем ряд исследований—гонококков не находим. Эндоскопия: задняя часть уретры нормальна; в pars pend. твердый инфилтрат, 3 лакунита выделяют мутноватую жидкость. Приступаем к лечению хинином—улучшение, но через 2—3 месяца рецидив (сделали 3 курса прижиганий) в отделяемом снова 40—60 лейкоцитов. Повторная эндоскопия. Находим лакуниты, выделяющие мутноватую жидкость, выжигаем их гальванокаутером—стойкое улучшение. Контроль 2 года.

№ 3. Больной 323/д, 39 лет, служащий, худой, нервный, истощенный. Гоноррея—в 1926 г.. Лечился аккуратно. В 1928 г. после выписки появились выделения. Обратился в диспансер. Гонококков в отделяемом уретры не нашли. Был поставлен диагноз хронической гонорреи и стали лечить как хронического гонорроика. Выделения пропадали, но, по окончании лечения, вновь появлялись. Обратился к нам 7/VIII 30 г. Эндоскопия: слизистая местами имеет прослойки рубцовой соединительной ткани, воспалительных желез не находим. Приступаем к лечению хинином—улучшения нет. Капля держится. При задней эндоскопии: бугорок сильно кровоточит, гиперемирован, увеличен в своем размере; основание бугорка тоже разрыхлено и кровоточит. 5 раз смазываем бугорок и основание бугорка 10% раствором ляписа—все приходит к норме. Выделения прекращаются. Контроль 1½ года.

Негонорройных уретритов у нас под наблюдением было 15 случаев. Брали исключительно больных, у которых в анамнезе отсутствовала гоноррея. У всех больных, по отношению к которым у нас возникла мысль о возможности существования негонорройного уретрита, мы прежде всего

прибегали к бактериологическому и бактериоскопическому исследованию. Из методов провокации мы чаще всего применяем пиво и инстилляцию  $\frac{1}{2}$ —1% раствора азотно-кислого серебра. Каждому больному были сделаны 7—8 бактериоскопических исследований, 1—2, а у некоторых и 3, бактериологических исследования, эндоскопия и только после этого мы ставили диагноз негонорройного уретрита и приступали к лечению хинином.

Техника лечения та же, что и при постгонорройных уретритах. Из 15-ти больных—в 12 случаях было стойкое выздоровление и в 3-х случаях лечение хинином не дало положительных результатов.

Приводим следующие истории болезни: № 1—599/с. Больной явился в диспансер 16/VII-30 г. с жалобой на незначительное слизисто-гнойное отделяемое из уретры, появившееся на 6-й день post coitum со знакомой женщиной. Раньше гонорреей не болел. Делаем ряд бактериологических и бактериоскопических исследований—гонококков не находим. Ставим диагноз негонорр. ур. Приступаем к лечению хинином—резкое и стойкое улучшение. Контроль 1 $\frac{1}{2}$  года.

№ 2.—1004/б. Явился 4/XII-29 г. с жалобой на незначительное выделение из канала. Ставим диагноз негонорр. ур. Приступаем к лечению по Ж а н е—Arg. nitr.—улучшения нет. В феврале 1930 г. переходим на хинин—улучшение, но через месяц—рецидив. Делаем эндоскопию: задняя уретра нормальна, в pars pend.—2 лакунита. 4 раза смазываем их через эндоскоп крепким раствором ляписа—резкое улучшение, выделения прекратились. Контроль 1 $\frac{1}{2}$  года.

С острой гонорреей у нас было 10 человек. 4 больных лечились хинином без предварительного промывания по Ж а н е—у всех положительного результата не получилось. У 6-ти больных с острой гонорреей мы предварительно сделали от 6 до 20 промываний по Ж а н е, а потом уже переходили на хинин. Результаты следующие: у 4-х больных стойкое улучшение, у 2-х больных тоже улучшение, но не стойкое, через несколько дней был рецидив. Приводим следующую историю болезни № 2124/к. Больной рабочий, 44 лет. 29/VII-30 г. поступил к нам с диагнозом острой гонорреи. 30/VIII приступаем к лечению по Ж а н е. Промывания получают до 13/IX-30 г. К 13/IX остаются незначительные выделения. Моча—1 прозр. слизист.—гн. нити, II—прозр., без крошек. Делаем исследование: ни в отделяемом уретры, ни в моче—гонококков не находим. Приступаем к лечению хинином—стойкое улучшение. Выделения прекращаются, моча чистая, без крошек и нитей. Контроль 1 $\frac{1}{2}$  года.

Каково же действие хинина при постгонорройных катаррах? Хинин, по К р а в к о в у, является протоплазматическим ядом, так как уже в растворе хинина 1—20,000 быстро прекращается амебозное движение лейкоцитов, прекращается их выходение через капилляры в окружающую ткань и тем ограничивается образование гноя (К р а в к о в).

### Выводы:

1) Приступать к лечению хинином при постгонорройных катаррах, основываясь только на отсутствии гонококков в отделяемом уретры и в моче—как это делал З е д г и н и д з е—нельзя; прежде чем приступать к лечению хинином, больной должен быть подвержен тщательному исследованию. Необходимо сделать десятки микроскопических исследований и эндоскопию всей уретры, тщательное исследование придаточных органов—простаты, семенных пузырьков и т. д. и, если мы находим, что задняя уретра нормальна, нет поражения куперовых желез, желез Литтре, лакун Моргана, нет парауретральных ходов простаты и семенные пузырьки нормальны, а выделения все же держатся, тут хинин является прекрасным средством.

II) В случаях негонорройного уретрита, где нет поражения желез слизистой уретры, а имеется обыкновенная, свойственная негонорройным

уретритам эндоскопическая картина, т. е. гиперемия и особая отечность лизистой—там хинин является незаменимым средством.

III) При поражении желез при постгонорройных уретритах или негонор.уретр.—хинин дает лишь временный эффект.

IV) Надо всегда помнить о постгонорройных уретритах, которые, по мнению Ж.ане, Крепса, Циллера и по нашему личному опыту, бывают часто после перенесенной гонорреи; в случае неправильного диагноза и неправильного лечения—процесс может затянуться до бесконечности, что и было с нашим больным (№ 1—врач).

На лечение гонорреи надо смотреть как на хирургическую операцию и к уретрику надо подходить как к хирургическому больному: стараться не внести в уретру какую-либо постороннюю инфекцию, от которой чаще всего и зависят постгонорройные уретриты.

## Осадочная реакция Meinicke при сифилисе.

Д-р А. О. Фельдштейн (Одесса).

В настоящее время, учитывая сложность иммуно-биологических свойств люэтических сывороток, при постановке серологического диагноза сифилиса придают большое значение коллоидным физико-химическим реакциям. Таких предложено уже довольно много и некоторые из них считаются очень ценными.

Мы имели возможность проверить на материале в 163 исслед. модификацию Meinicke—осадочную реакцию просветления.

Принцип этой реакции заключается в том, что липоидно-коллоидные экстракты, при строго определенной концентрации соды и соли, не дают флоккуляции в соединении с сывороточными глобулинами от здоровых людей (не больных люэсом). Под влиянием же сифилитических-патологических изменений, происходящих в глобулинах, такое равновесие нарушается: происходит постепенное образование на дне пробирки осадка—в результате жидкость просветляется.

Антиген, которым мы пользовались (из Одесского сан. бакт. ин-та), представлял собою спиртовую вытяжку из обработанных эфиром бычьих сердец, содержащую холестерин и толубальзам.

До реакции готовился из основного выдержанного 10% хлористого натра—3,5% его раствор, содержащий кристаллическую соду в дозе 0,2%, устанавливаемой путем титрования с антигеном.

В дальнейшем, техника реакции заключалась в следующем: в ряд пробирок одинакового диаметра помещались нативная сыворотка по 0,2 к. с. (для каждой сыворотки бралась одна пробирка). Затем, антиген для Meinicke и 10-кратное по отношению к нему количество уже готового раствора соли с водой—прогревались отдельно в двух пробирках при 50° в течение 10 минут; быстро смешивались два раза и после двух-трех минут дозревания смесь прибавлялась без взбалтывания в пробирки с сывороткой по 0,5 к. с. После встряхивания штативы оставались при 20° на ночь и утром отмечался окончательный результат реакции. Наступившие изменения—то или иное прояснение жидкости, образование осадка отличалось стойкостью и сохранялось на долго.

Пробирки с сывороткой от здоровых людей оставались мутными, молочного цвета

Наш материал изучался параллельно с реакцией Вассермана. Оказалось, что при отрицательной реакции Meinicke, Вассермановская реакция давала, как правило, ясный гемолиз (93 наблюдения). Несовместившие, в известной мере, наблюдалось в реакциях с некоторыми детскими

сыворотками (5 раз), которые с антигеном Meinicke были негативны; RW же с ними давала слабую задержку, что встречается, однако, в этом возрасте довольно часто у совершенно здоровых детей.

24 Вассермановские реакции были нами отмечены как слабо положительные (один и два плюса); в отношении этих сывороток р. Meinicke давала только частичное просветление, хорошо заметное при сравнении со смежными позитивными и негативными пробирками; по количеству же выпавшего осадка можно было с достоверностью судить об интенсивности прошедшей реакции.

Группа сывороток (15), положительных по Вассерману, оказалась также демонстративно позитивной и по Meinicke. Здесь следует подчеркнуть то, что прояснение жидкости нередко наблюдалось уже спустя 3—4 часа. Некоторые сыворотки из этой группы, содержавшие примесь крови и хилуса, в виду неясности просветления, давали повод к неправильному чтению реакции; но о результате нужно было судить, главным образом, по количеству выпавшего на дне пробирки белого осадка.

Интересные данные получились с исследованием сыворотки у лиц (31 чел.), долго болевших и болеющих разными формами малярии. RW у них сплошь и рядом давала задержку гемолиза на один и два плюса, несмотря на самое энергичное противосифилитическое лечение. У этих субъектов р. Meinicke оказалась чрезмерно чувствительной, давая подчас слишком сильное просветление жидкости. Как известно, коллоидные свойства сывороток маляриков претерпевают часто изменения не специфического характера, а это обстоятельство в р. Meinicke выявлялось почему-то особенно резко.

*Выводы.* Осадочная реакция просветления Meinicke технически проста, читается легко (легче р. Кано). Она дает вполне надежные результаты, что подтверждается при сравнительной проверке ее с RW.

Практически, в условиях периферии эта модификация является хорошим, удобным вспомогательным методом, дополняющим и подкрепляющим данные RW.

Антиген и вытитрованный раствор соли с содою можно выписывать из центральных институтов, что еще более упрощает постановку этой реакции.

В некоторых случаях отмечается чрезмерная чувствительность р. М., например, при малярии. Это обстоятельство, повидимому, не случайное, находит себе объяснение; во всяком случае, этот недостаток ничуть не превышает процент неспецифичности, который наблюдается при других осадочных реакциях.

Необходимо в малярийных местностях при серодиагнозе сифилиса производить дополнительно исследования крови в отношении малярии.

Оценка промежуточных результатов при р. М. не так субъективна, как при других осадочных реакциях; зона между нормальной и люэтической сывороткой в р. М. также отличается большей точностью и устойчивостью.

---

Из Клиники пато-физиологии Всесоюзного ин-та экспериментальной медицины  
(зав. проф. А. В. Вишневский).

## Некоторые итоги лечения хронических язв конечностей новокаиновым блоком нервов.

Прив.-доц. Г. М. Новиков.

(Предварительное сообщение).

Под названием невротрофических язв почти до самого последнего времени подразумевали лишь язвы, образующиеся в результате ранения того или иного нервного ствола. В настоящее время сюда причисляют травматические язвы, варикозные язвы, язвы при болезни Рено, язвы при спонтанной гангрене, послетифозные язвы и прочие дистрофические процессы на конечностях, входящие в так называемую группу язв неизвестного происхождения. Совершенно не затрагивая здесь вопроса о патогенезе этих язв, мы ставим перед собой задачу подведения некоторых итогов лечения их новокаиновым блоком по Вишневскому<sup>1)</sup>.

Кому из врачей не знакомы эти больные, порой десятки месяцев и даже лет путешествующие из одной поликлиники в другую, теряющие громадное количество дней нетрудоспособности и которые, внешне оставаясь здоровыми, являются в сущности говоря настоящими инвалидами. С этой точки зрения выбор наиболее рационального метода лечения приобретает огромное значение. А кто из специалистов не занимается лечением этих больных? Лечат их и терапевты, и невропатологи, и дерматологи и, наконец, лечат их хирурги. Последние разработали громадное количество операций для борьбы с этим, казалось бы невинным на первый взгляд, заболеванием. Перечень имеющихся в арсенале хирургов оперативных вмешательств к настоящему времени заканчивается тяжелой по своей травматичности операцией эпинефрактомии по Оппелю, которую последний предложил для лечения спонтанной гангрены.

Думается, что в данном случае „цель далеко не оправдывает средства“, ибо процент выздоровлений даже и после этих героических вмешательств остается очень низким, да и тот в громадном большинстве случаев омрачается рецидивами.

Предложенный А. В. Вишневским метод лечения хронических не заживающих язв конечностей новокаиновым блоком мы начали применять с 1931 года. За это время через стационар и амбулаторию нашей клиники прошли 61 человек больных с разнообразными язвами конечностей и, в подавляющем большинстве случаев, на этой серии больных мы получили вполне удовлетворительные результаты. К сожалению, срок наблюдения не достаточно велик для того, чтобы делать отсюда смелые выводы и предложения. Наибольший срок наблюдения, как это видно из прилагаемой таблицы № 1, составляет у нас 2 года и 1 месяц.

<sup>1)</sup> А. В. Вишневский. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Татиздат. Казань. 1933 г.

Таблица № 1.

Сроки наблюдения	Число больных
От 1 до 6 месяцев . . . . .	13 чел.
„ 7 до 12 „ . . . . .	7 „
„ 1 до 1½ года . . . . .	13 „
„ 1½ до 2 л. . . . .	16 „
Свыше 2-х лет . . . . .	2 „
Нет сведений . . . . .	10 „

Почти все больные стали вполне работоспособными и, как правило, выполняют обычную для них работу. Легкие боли и отек ног после продолжительной ходьбы отмечают некоторые больные с варикозным расширением вен нижних конечностей, что, по понятным соображениям, все же не может умалять значения новокаинового блока.

Мужчан в нашем материале—30 чел., женщин—31 чел. Разбивка по возрасту дана в таблице № 2, из которой видно, что наибольшее число больных падает на возраст от 20 до 40 лет,

Таблица № 2.  
Число случ.

Возраст больных	Число случ.
От 15 до 20 лет . . . . .	4
„ 21 до 30 „ . . . . .	14
„ 31 до 40 „ . . . . .	19
„ 41 до 50 „ . . . . .	15
Свыше 51 года . . . . .	10

В качестве этиологического момента в развитии язв у наших больных были отмечены:

1. Варикозное расширение вен . . . . . в 17 сл.
2. Ожог . . . . . „ 4 „
3. Обморожение . . . . . „ 2 „
4. Травма . . . . . „ 14 „
5. Флегмона . . . . . „ 10 „
6. Ампутация конечности по поводу травматич. повреждения . . . . . 5 „
7. Потертость ног . . . . . „ 2 „
8. Повреждения нервов . . . . . „ 4 „
9. Неизвестная причина . . . . . „ 3 „

Больные свыше 50 лет почти все страдали язвами конечностей на почве варикозного расширения вен нижних конечностей, тогда как в более молодом возрасте встречалась много травматических язв и язв, развившихся после воспалительных процессов (флегмоны).

По характеру патолого-анатомической картины это были язвы, в общих чертах мало отличающиеся друг от друга. Подрытые или пологие, омозоленные, неровные края с цианотичной окраской кожи по окружности, вялые, безжизненные, бледные или наоборот синюшные грануляции; сухое, сравнительно чистое или наоборот покрытое серовато-грязным налетом дно; никакого отделяемого в некоторых случаях не было, тогда как в других случаях оно было обильно, разъедало окружающую здоровую кожу и издавало зловонный запах. Очень часто больная конечность на большем или меньшем участке отечна, мацерирована или наоборот атрофична и суха. Со стороны субъективной сферы нередко отмечались быстрая утомляемость, ноющие или жгучие боли, невозможность пользоваться обыкновенной кожаной обувью и проч.

Обычно по характеру язвы можно было определить и приблизительную давность процесса. Эта последняя в наших случаях широко варьировала, начиная с  $2\frac{1}{2}$  мес. до 12—15 лет.

Больные, до поступления под наше наблюдение, лечились у разных специалистов—одни аккуратно и систематически, другие—как они выражаются— „испробовавши все“, махнули рукой и до некоторой степени уже свыклись с своим положением. Больных последней категории, впрочем, значительное меньшинство.

Локализация язв самая разнообразная и отметить здесь какую-либо закономерность трудно, если не считать варикозные язвы, которые по преимуществу занимали наружную или внутреннюю поверхность нижних отделов голени. Что касается распределения по областям, то подавляющее большинство язв падает на нижние конечности.

В практическом применении новокаиновый блок мы принципиально производим в местах наибольшего скопления нервов и их ганглий, в зависимости от чего и различаем: а) циркулярный блок конечности, б) блок поясничной области и в) шейный ваго-симпатический блок.

Коротко опишем технику:

1. *Циркулярный блок.* Циркулярно, на расстоянии 3—4 сан. друг от друга, делаются 2-граммовым шприцем кожные желваки. Из этих желваков большим шприцем сначала производят циркулярную инфильтрацию подкожной клетчатки. Затем делается подопоневротическая инъекция раствора, в течение которой игла временами доводится до кости.

2. *Блок поясничной области.* Больной укладывается на бок в положении для почечной операции (обязательно валик). В углу между 12-м ребром и длинными мышцами спины (*m. sacrospinalis*) делается кожный желвак 2-грамм. шприцем. Затем сквозь полученный желвак вглубь продвигается длинная игла (10—12 сан.), насаженная на большой шприц (10—20 гр.). Направление иглы строго перпендикулярно к поверхности кожи. Продвижению иглы предпосылается непрерывная инъекция раствора. Пройдя сквозь слой мускулатуры и задний листок почечной фасции (*fasc. retrorenal.*) конец иглы попадает в межфасциальное пространство. Этот момент определяется прекращением мышечного сопротивления концу иглы (игла „проваливается“ в пустоту).

В технике инъекции это сказывается тем, что раствор новокаина идет легко, без напряжения.

3. *Шейный ваго-симпатический блок.* Больной укладывается на спине с сильно повернутой в противоположную от оператора сторону головой. Под шею подкладывается маленький валик. Находящаяся на стороне оператора рука больного оттягивается книзу, благодаря чему соответствующее плечо опускается. Указательный палец левой руки ставится у заднего края *m. sterno-cleido-mastoid.* выше места перекреста последней наружной яремной веной. Производя сильное давление указательным пальцем в этом месте, стараемся тем самым сместить внутри органы шеи. Игла вкалывается у верхушки пальца и проводится вглубину по направлению кверху и кнутри, все время ориентируясь на переднюю поверхность позвоночника. Введение раствора делается малыми порциями (2—3 к. с.) из большого 10 гр. шприца. Последний во время инъекции неоднократно снимается с иглы с целью контролирования правильности техники (кровь!).

Для инъекций в самом начале работы мы пользовались  $\frac{1}{4}\%$  раствором новокаина на Рингеровской жидкости, в последнее же время применяем наш обычный обезболивающий раствор ( $\frac{1}{8}\%$  новокаин + 1 : 5000 перкаин в равных пропорциях). Доза при циркулярном блоке 150—200 к. с., при поясничном 100—150 к. с., при шейном ваго-симпатическом блоке 30—40 к. с.

Чаще всего мы применяли первые две из описанных схем и только в последнее время проводим серию больных с шейным блоком (см. табл. № 3).

Характер блока	Число больных	Таблица № 3.
Циркулярный блок . . . . .	36	чел.
Блок поясничный обл. . . . .	7	„
Шейный ваго-симпатический блок . . . . .	6	„
Чередование циркулярного блока с поясничным.	12	„

Послеоперационное лечение (если вообще новокаиновый блок можно назвать операцией) у всех наших больных протекало без всяких осложнений. Редко некоторые из больных жаловались в течение первых суток на боли в местах уколов. Двое жаловались на задержку мочеиспускания после поясничного блока; через 12 часов эти явления в обоих случаях исчезли. Субъективные ощущения разные больные описывают по разному. Одни заявляют, что через сравнительно короткий срок после блока они чувствуют какое-то „торканье“ в области язвы, другие квалифицируют это как прохождение электрического тока по телу, третьи отмечают чувство теплоты и жара в больной конечности. Боли, как правило, исчезают в тот же день. У некоторых больных к вечеру наблюдалось повышение температуры (до 38°, 39°), которая в последующие дни никогда уже не выходила за пределы нормы.

Течение самого местного процесса резко меняется уже в первые сутки. Из всех наших больных только один не дал никакой реакции в первые дни после блока (в дальнейшем язва у него все таки зажила). Первое, что бросается в глаза, это обострение процесса: до того вялая, безжизненная язва вдруг принимает характер почти свежей раны, начинается обильное выделение секрета, серо-грязный налет быстро смывается, грануляции становятся живыми и розовыми, отечность магически исчезает. В последующие дни язва начинает эпителизоваться с периферии, грануляции выполняют язву, затем покрываются корочкой и процесс заживает. Но не всегда бывает так. В некоторых случаях обострившийся было после первого блока процесс постепенно снова принимает вялое, хроническое течение, и заживление язвы приостанавливается. В таких случаях мы применяли повторный блок, который вновь вел к обострению процесса. Наряду с больными, язвы которых заживали после однократного блока, в нашем материале есть и такие, которым блок пришлось повторить от 2 до 5 раз. Наблюдая одного из больных этой последней группы, мы заметили характерную особенность. Б-ой Булатенко (№ 47 с язвой трехлетней давности упорно не поддавался лечению даже после 4-кратного блока. Язва стала даже увеличиваться в размерах. Потеряв всякую надежду на заживление, мы решили произвести ему пересадку по Тиршу. И что же?—Язва быстро зажила после еще одного блока, хотя надо сказать, что ни один кусочек пересаженного эпидермиса не прижился. Повторивши такой эксперимент у другого подобного же больного, мы снова получили хороший эффект, хотя и здесь эпидермис не прижился. Необходимо отметить, что—как это было в обоих указанных случаях—особенно упорно не поддаются лечению те из язв, которые развились после флегмон, нарывов, осложнившихся нагноением травматических повреждений и проч.

Как часто нужно делать блок и чем руководствоваться при его повторении?—На основании своих наблюдений мы можем сказать, что определяющим дальнейший ход заживления является первый блок. Если

обострившийся процесс не проявляет тенденции к задержке заживления (свежие грануляции, нормальная эпителизация по краям и пр.), то язва обычно заживает на сроках в 12—25 дней без всякого повторного блока. Следовательно, он здесь и не нужен. Если же язва снова приняла торпидное течение, то блок необходимо повторить, однако не раньше, чем через 15—20 дней после первого.

Количество дней пребывания больного на койке колебалось от 7 до 45 дней. Хотя такой срок заживления на койке и очень велик для подобного рода больных, все же мы думаем, что „игра стоит свеч“ даже и в этих случаях, ибо это касается лиц, которые были не работоспособны 3—5 и больше лет. Огромное же большинство больных находилось на стационарном лечении от 7 до 30 дней. В целях эксперимента одиннадцать больных мы лечили новокаиновым блоком амбулаторно—без отрыва от производства. Полученные нами при этом результаты дают возможность рекомендовать его для более смелого и широкого применения, особенно при наличии дефицита стационарных коек.

По конечным результатам всех больных мы разбиваем на три категории:

Полное выздоровление . . . . .	58 чел., что составляет 95%
Улучшение . . . . .	2 „
Без изменений . . . . .	1 „

Последний случай относится к работнице с обширной язвой шестимесячной давности на ампутационной культe правой голени. Несмотря на неоднократный блок новокаином, язва не проявляла никакой тенденции к заживлению, что вынудило нас, правда по настойчивой просьбе больной, произвести реампутацию (по Гритти).

У четверых больных мы имели рецидивы на разных сроках после выписки их из клиники: через 1 г. 3 м., 1 год 5 мес. и 1 мес. Таким образом на этой серии больных результаты лечения новокаиновым блоком значительно лучше тех, которые обычно получаются при оперативном вмешательстве.

*Выводы.* 1. Наибольшее количество страдающих хроническими язвами конечностей больных падает на самый продуктивный возраст от 20 до 49 лет.

2. Выбор наиболее безопасного и эффективного способа лечения этих больных является задачей огромной практической важности, так как снимает с государственного бюджета социального страхования довольно значительную сумму средств.

3. Применение оперативного метода лечения язв не достигает цели как по своим непосредственным результатам, так и по тому, что в случаях рецидивов предложить больному повторную операцию бывает не только невозможно, но часто и абсурдно, ибо, как бы эти операции и ни казались консервативными, на самом деле они далеко не являются таковыми.

4. Самым целесообразным методом лечения нужно считать лечение новокаиновым блоком, так как он действительно является консервативным, в 95% всех случаев ведет к полному выздоровлению, при необходимости может быть произведен повторно и, наконец, он не требует обязательной госпитализации больного.

Из хирургического отделения райбольницы гор. Елабуги  
(Зав. стд. В. М. Осиповский).

## Влияние новокаинового блока нервной системы на течение костно-суставного туберкулеза.

В. М. Осиповский

Клиника проф. А. В. Вишневецкого с 1931 года широко практикует особую форму новокаинового блока нервной системы в качестве метода воздействия на трофические расстройства тканей.

Благоприятные отзывы от применения способа А. В. Вишневецкого при трофических язвах мы уже имеем и в литературе. Так, в клинике проф. В. С. Левита проводились такого рода наблюдения, давшие хорошие результаты.

Рупасов с успехом применял новокаин-рингеровский блок для лечения чешуйчатого лишая.

Проф. А. В. Вишневецкий предложил мне провести наблюдения над влиянием новокаинового блока нервной системы на течение костно-суставного туберкулеза.

При выполнении этой работы, я пользовался следующей методикой: больной укладывается на операционный стол, поле готовится спиртом и йодом. Обыкновенным десятиграммовым шприцем производю инъекции (1/4 % раствора новокаина в рингеровской жидкости) выше пораженных очагов циркулярно, последовательно туго инфильтрируя кожу и подкожную клетчатку—*поверхностный блок*. Если к этому присоединялись еще инъекции под апоневроз и глубже—*глубокий блок*. В иных случаях я ограничивался тугой инфильтрацией в окружности пораженных очагов.

Пользуясь вышеуказанной методикой, я провел наблюдения над 21 случаем костно-суставного туберкулеза и 2 случаями кожного туберкулеза.

Материал распределяется следующим образом:

### I. *Закрытый суставной туберкулез*— 3 случая.

1. Кузнецова Елизавета, 21, удмуртка,—туберкулез левого коленного сустава. Болея 6 лет. Левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в суставе затруднительны и очень болезненны. Больная ходит с трудом.

30.IV.33 г. произведен круговой глубокий новокаин-рингеровский блок (350,0). Через три дня, имевшиеся в суставе боли стихли, б-ная дает исследовать сустав. Температура нормальна. Последующие дни изменений не дали, температура оставалась нормальной, очаговых обострений не наблюдалось. Б-ная находилась под наблюдением в течение трех месяцев, сустав без особых изменений, боли возвратились. Измерение объема сустава изменений не дало.

О б-ной имею сведения недавние (через 5 мес.), состояние без изменений.

2. Хабибуллин Нурла, 11 лет, татарин,—туберкулез левого коленного сустава. Болен 3 года, колено согнуто, движения в суставе незначительны. Объем сустава увеличен. Жалуется на сильные боли.

30/V.33 г. Круговой глубокий Н-Р. Блок 250,0, в нижней трети бедра. Боли стихли на следующий же день. Б-ной находился под наблюдением два месяца. Изменений никаких не наступало. Температура все время была нормальна, очаговых обострений не отмечалось.

3. Тихонов Сергей, 12 л, русский,—туберкулез левого коленного сустава. Болен 6 лет. Колено согнуто, объем сустава увеличен, при обследовании очень болезненный. Движения незначительны.

13/VI. Поверхностный круговой Н. Р. блок 200,0 в нижней трети бедра.

В течение двух месяцев изменений не отмечается.

Во всех трех случаях боли, доселе беспокоившие больных, после нов.-ринг. блока пропадали, как правило, по крайней мере на месяц, после чего вновь появлялись.

Для учета изменений, наступающих в суставе под влиянием Н. Р. блока, — измерение объема сустава в наших случаях никаких данных не дало.

## II. Открытый суставной туберкулез—3 случая.

1. Муллахметов Нурмухамет, 9 л. татарин, — туберкулез левого коленного сустава. Болен 5 лет. На боковой поверхности левого коленного сустава имеется свищ величиной с пятикопеечную монету, отделяет жидкий гнойный секрет.

Колено согнуто, движения в суставе незначительны и чрезвычайно болезненны. 13/V-33 г. Круговой поверхностный Н. Р. блок 210,0 в нижней трети бедра.

Первые два дня из свища усиленно отделялся жидкий гной, который к седьмому дню пошел на убыль и прекратился, свищ покрылся корочкой. Температура нормальна. Через 15 дней свищ вновь начал отделять гной и открылся. Б-ной находился под наблюдением в течение двух месяцев. Объективно изменений в суставе не отмечается. В настоящее время свищ отделяет незначительное количество секрета.

2. Штенников Петр, 18 л., русск., — туберкулез сустава большого пальца левой руки. Болен 2 года.

30/IV. Н. Р. блок (120,0) вокруг пораженного сустава и свища. Свищ закрылся на пятый день и в течение семи дней был покрыт корочкой и гноя не отделял, после чего вновь открылся и стал обильно отделять гнойный секрет. В течение 1½ месяца — состояние без изменений. Вторично произведен Н. Р. блок 120,0. Б-ной находится под наблюдением пять месяцев: свищ сустава не закрылся.

3. Кузнецова Клавдия, 9 лет., русск., — туберкулез левого голеностопного сустава. Больна 6 лет., стопа и сустав резко деформированы, на наружной поверхности стопы имеется 2 свища, отделяющие обильно гной.

21/V-33 г. Глубокий круговой Н. Р. блок в нижней трети голени (180,0)

Из свищей в течение пяти дней очень сильно выделялся гной. К десятому дню свищ загранулировал и отделяемое стало незначительным. Температура нормальна.

В течение двух месяцев и в настоящее время (через четыре месяца) из свища продолжает выделяться гной.

## III. Костный туберкулез—15 случаев.

1. Городскова Александра, 18 л., удмуртка, — туберкулез пяточной кости левой стопы. Больна 11 лет. Жалуеться на сильные боли в ноге при хождении. На наружной стороне левой пяточной кости имеется рубец после произведенной секвестротомии. На месте рубца имеется свищ, который отделяет жидкий желтоватый гнойный секрет.

20.IV.33 г. Круговой поверхностный Н. Р. блок (150,0) на нижней трети голени.

В первые два дня свищ начал обильно отделять жидкий секрет. Сухая повязка. Боли в ноге пропали. Свищ начал гранулировать. Температура нормальна.

1.V.33 г. Свищ покрылся корочкой и закрылся. Болей нет. Больная ходит свободно.

В продолжение одного месяца больная находилась под наблюдением и была выписана с просьбой вернуться, если свищ откроется.

6.VII.33 г. Б-ная явилась с просьбой повторить блок, т. к. свищ начал упорно в течение последних десяти дней отделять гной.

Произведен вторично Н. Р. блок глубокий в нижней трети голени (216,0).

Свищ закрылся на третий день и в течение двух недель, до момента выписки, б-ной, не открывался. В настоящее время имею сведения, что свищ иногда выделяет жидкий секрет, после длительной ходьбы.

2. Бурдина Фекла, 27 л., русск., — туберкулез предплюсневых костей правой стопы.

Больна 2 года, на тыльной и боковой поверхности правой стопы имеются два свища, отделяющие гнойный секрет. Стопа несколько деформирована, больная испытывает боль и затруднение при ходьбе.

31/V-33 г. Глубокий Н. Р. блок (250,0) в нижней трети голени,

Свищи закрылись на пятый день и покрылись корочками. Температура нормальна. В течение трех месяцев б-ная находилась под наблюдением. Свищи закрылись. Болей нет. Недавно (через пять месяцев) я видел б-ную. Свищи отделяют незначительное количество секрета, после долгой ходьбы и работы стоя. Б-ная носит сухую повязку.

3. Ч и б ы н е в а Елизавета, 9 л., русск.,—туберкулез левой бедренной кости. Больна 6 лет. На передней поверхности левого бедра расположены два свища величиной с 3-копеечную монету, выделяют жидкое желтоватое гноевидное отделяемое.

5/V-33 г. Глубокий Н. Р. блок (180,0) в верхней трети бедра, одновременно блок в окружности свищей.

6.V-33 г. Температура нормальна. Из свищей усилилось отделяемое. Боли пропали.

Через пять дней свищи загранулировались и покрылись корочками. Б-ная свободно и безболезненно ходит.

В течение месяца б-ная находилась под наблюдением, свищи покрыты корочками, отделяемого нет.

4. К у з н е ц о в а Клавдия, 9 л., русская,—туберкулез левой бедренной кости. Больна 4 года. На боковой поверхности в средней трети бедра имеется свищ величиной с 3-копеечную монету, выделяет жидкий гной.

21-V-33 г. поверхностный Н. Р. блок (150,0) в верхней трети бедра.

Свищ закрылся на седьмой день. Через три недели свищ вновь открылся.

**Вторично глубокий блок (200,0).**

В течение трех месяцев свищ был закрытым. Б-ную видел недавно (через 4½ месяца), свищ окончательно не закрылся, иногда из него выделяется незначительное количество жидкого секрета.

У этой же больной на правом бедре имелся туберкулезный абсцесс. Произведен в окружности абсцесса глубокий блок (300,0)—*абсцесс через 10 дней совершенно рассосался и запустел.*

Сейчас на месте абсцесса твердый безболезненный инфильтрат.

5. Ч и б ы ш е в а Елена, 10 л., русская,—туберкулез правой большеберцовой кости. Больна 4 года. На передней поверхности большеберцовой кости в нижней ее трети располагается свищ величиной с 5-копеечную монету и отделяет обильный гноевидный секрет.

10/V-33 г. Глубокий Н. Р. блок (200,0) в верхней трети голени. Одновременно блок в окружности свища.

Свищ в первые три дня усиленно отделял гной. Температура нормальна. Ежедневно сухие повязки. Через пять дней отделяемое пошло на убыль и свищ начал гранулировать. В течение месяца свищ оставался закрытым, после чего вновь начал отделять незначительное количество жидкого секрета.

Через три месяца состояние такое же.

6. Ш т е н н и к о в Петр, 18 л., русск.,—туберкулез левой скуловой кости. Болен 2 года.

В области левой скуловой кости имеется свищ величиной с 3-копеечную монету, отделяет гноевидный секрет.

5/V-33 г. Произведен в окружности свища Н. Р. блок (100,0). На второй неделе свищ заметно стал очищаться и гранулировать. Свищ закрылся после повторного блока (120,0) и в течение месяца не открывался. Б-ной находится до настоящего времени под наблюдением, свищ открылся и отделяет незначительное количество жидкого секрета.

7. Он же—туберкулез костей правой стопы. На передней и боковых поверхностях расположена масса свищей разнообразной величины. Все они выделяют обильное количество гноя. Стопа резко деформирована, болезненна. Б-ной ходит на костылях и на ногу не вступает.

5/VI-33 г. Глубокий Н. Р. блок в нижней трети голени (300,0). В первые дни после блока свищи усиленно отделяли гной. Сухие повязки. Температура нормальна. Боли пропали. В последующие дни в течение месяца свищи стали отделять меньшее количество гноя и начали гранулировать, но все же не закрылись.

5/VII-33 г. Вторично глубокий блок (250,0). Б-ной находится до настоящего времени под наблюдением. Свищи отделяют гной. Болей нет. Больной имеет возможность приступить на больную ногу.

8. Он же—туберкулез костей правой кисти. На тыльной поверхности кисти правой руки имеется три свища, выделяют гной, болезненны.

13/VI-33 г. Н. Р. блок в окружности свищей (80,0). Через две недели свищи начали гранулировать. Незначительное отделяемое продолжается в течение полутора месяцев. Вторично блок. Свищи закрылись. В продолжение трех месяцев и в настоящее время свищи закрыты корочками и отделяемого нет.

9. М а т в е е в Петр, 24 л., русск., туберкулез правой бедренной кости.

Болен 2 года. С обеих сторон бедра, в нижней трети ее имеются два свища, которые отделяют гной.

1. VII-33 г. Глубокий Н. Р. блок, круговой в середине бедра (250,0).

Свищи закрылись. Б-ной явился вторично. 19/IX. Свищи покрыты корочками, но после усиленной ходьбы отделяется жидкий незначительный секрет.

Произведен Н. Р. блок в окружности свищей (120,0). Через пять дней свищи вновь закрылись.

10. М а к с ю т и н Афанасий—23 л., русск., туберкулез костей левой кисти.

Болен 1½ года. На тыльной поверхности левой кисти имеется свищ, отделяющий гной.

6/VII-33 г. Н. Р. блок вокруг свища (80,0).

19/IX. Свищ покрыт корочкой. Очень редко, после усиленной работы рукой, выделяет незначительный жидкий желтоватый секрет.

11. З а м я т и н а Анна, 14 л.,—туберкулез костей левой стопы.

Болея 8 лет. На тыльной поверхности стопы расположен свищ, отделяющий гной.

20/VII. Глубокий Н. Р. блок (200,0) в нижней трети голени.

19/IX Свищ загранулировал, но все время отделяет немного жидкого секрета.

12. Г р а ч е в Григорий, 23 л. Туберкулез плечевой кости.

Болен 2 года. На наружной поверхности плечевой кости расположен большой свищ, отделяющий гной.

9/VII. Н. Р. блок в окружности свища (150,0). В течение месяца свищ отделял обильно гной—произведена секвестротомия, свищ закрылся.

13. Б е л я е в Александр, 8 л.—туберкулез левой больше берцовой кости.

Болен 2 месяца. На ходу левой большеберцовой кости имеется масса свищей. Произведен круговой поверхностный Н. Р. блок в нижней трети бедра (150,0), свищи все время выделяют обильно гнойный секрет.

14. А н и к и н Николай, 43 лет—туберкулез левой бедренной кости.

С 1918 года имеется на наружной боковой поверхности свищ, которой все время выделяет жидкий секрет. Произведено вокруг свища Н. Р. блок (120,0). Свищ в первые три дня усиленно отделял желтоватый жидкий секрет. К концу второй недели свищ загранулировал и закрылся. В течение трех недель свищ находится в закрытом состоянии.

15. Г р и ш и н Александр, 18 л., туберкулез правого бедра. Болен три года. Свищ расположен на внутренней стороне бедра, в нижней трети ее и отделяет гнойный секрет.

Н. Р. блок вокруг свища (120,0)

Через пять дней свищ загранулировал и отделяемого не стало. В течение двух недель свищ был закрытым.

#### IV. Кожный туберкулез—2 случая.

1. Ш т е н н и к о в Петр, 18 л.—туберкулез кожи левого предплечья.

2. VI. Н. Р. блок вокруг туберкулемы (50,0).

В течение трех дней все язвочки, мокнувшие и отделявшие секрет,—подсохли и покрылись корочками. Корочки вскоре отпали и на месте туберкулемы остался нежный рубчик.

2. О н же—туберкулез кожи правого предплечья. 2. VI. Н. Р. блок вокруг туберкулемы 50,0.

Язвочки через 5 дней подсохли и отпали. Случай прослежены в течение четырех месяцев и находятся без рецидивов.

Таким образом в 5 случ. был применен поверхностный (кожа+подкожная клетчатка) блок, в 12 случ. глубокий (кожа+подкожная клетчатка+апоневроз и глубже) блок, в 14 случаях Н. Р. блок вокруг пораженных очагов (из них в 3 случаях последний комбинировался с глубоким или поверхностным блоком).

Один раз Н. Р. блок был применен в 15 случаях и дважды в 7 случаях.

Длительность наших наблюдений: от двух недель до 5 месяцев. Количество новокаин-рингеровского раствора колеблется от 50,0 до 350,0. Во всех случаях от употребления Н. Р. блока я никаких осложнений не наблюдал.

Температура больных всегда оставалась нормальной, что свидетельствует о том, что общей реакцией Н. Р. блок не сопровождается.

Местные очаговые реакции в закрытых суставных процессах не отмечались. Открытые суставные и костные процессы реагировали на Н. Р. блок усилением отделяемого из свищей в первые 3—5—7 дней, после чего рост грануляций и выполнение свищей шло параллельно убыли отделяемого секрета.

Анализируя результаты наших наблюдений, я позволю себе сделать следующие выводы:

I. Н. Р. блок на закрытые суставные туберкулезные процессы в наших случаях в целом заметного влияния не оказал.

II. В открытых (свищевых) суставных процессах под влиянием Н. Р. блока наступают следующие изменения:

В первые 3—5—7 дней наблюдается усиленное отделение гнойного секрета, к концу 7—8 дня свищи выполняются грануляциями и закрываются.

В дальнейшем через 15—30 дней свищи вновь начинают отделять жидкий желтоватый секрет и открываются.

III. Костные туберкулезные процессы под действием поверхностного Н. Р. блока в первые 3—5 дней отделяют из свищей большое количество гнойной жидкости, которая к 9—10 дню идет на убыль, свищи гранулируют и закрываются на непродолжительное время (до 3 недель).

Глубокий блок дает лучшие результаты: свищи закрываются на более длительные промежутки времени (до 3 месяцев), хотя и в этих случаях они временами выделяют жидкий *желтоватый секрет*.

IV. Эффективно действует Н. Р. блок, произведенный в окружности очагов кожного туберкулеза. В наших случаях на пятый день язвочки покрылись корочками, подсохли и опали, на местах прежних туберкулем остались нежные рубцы.

Настоящее сообщение предварительное, дальнейшие наблюдения продолжаются.

---

## Лечение женских болезней на курорте „Алма-Арасан“ в Казакстане.

Д-р А. Я. Дегтяр.

Курорт „Алма-Арасан“ расположен в 25 километрах от г. Алма-Ата в т. наз. Большом проходном ущельи Заалайского Алагау. Здесь вытекают из скал теплые ключи с температурой воды  $+31,6^{\circ}$  Ц. Вода во всех ключах более или менее однородна и издает слабый запах сероводорода, содержащегося в ней в виде гидросернистого иона, т. е. в так называемом связанном состоянии (6,5 м. на 1 литр). Радиоактивность воды составляет 1,9 единиц по Махе. По своему составу ключи эти являются серно-глауберово-щелочными термами со значительным содержанием кремневой кислоты.

Не касаясь всех бальнеологических и климатических лечебных свойств курорта, описанных проф. А. И. Картамышевым и А. П. Степановой, мы остановимся здесь на тех результатах, которые были получены при лечении на курорте женщин с заболеваниями полового аппарата.

За время функционирования курорта—3 летних месяца 1931 года и 4 месяца 1932 года—прошло 95 женщин с различными хроническими воспалительными процессами половых органов: воспаление придатков матки, метриты, эндометриты, эндоцервициты, параметриты. Процессы тянулись обычно в продолжение нескольких лет.

Больным этим, кроме серных ванн, даваемых ежедневно, с перерывом на третий или четвертый день в количестве 18—22 ванн за месяц пребывания на курорте, назначались раз в день спринцевания влагалища серной водой, подогретой до  $+40^{\circ}$  Ц. Кроме этого, им вставлялись во влагалище тампоны, смоченные серной водой. Больные обычно получали 15—25 спринцеваний в течение их пребывания на курорте. У 71,9% этих больных отмечалось к концу лечения уменьшение болей внизу живота и спине, уменьшение, а иногда, и прекращение белей. Изменялось к лучшему и общее самочувствие. Объективно констатировалось при исследованиях рассасывание инфильтрата и ослабление болей при пальпации.

У 28,4% больных установить улучшение процесса во время пребывания на курорте не удалось. К сожалению, на просьбы сообщить нам о дальнейшем состоянии своего здоровья, больные ничего не писали.

Необходимо отметить, что при лечении болезней женской половой сферы серными водами мы наблюдали у большинства больных в течение первого времени лечения явления обострения, которые сменялись в дальнейшем улучшением. Возможно, что из числа 28,4% больных, выписавшихся из курорта без улучшений, у некоторых облегчение наступило после приезда домой.

У 48 больных мы производили исследование секрета из влагалища и шейки матки до лечения, во время и после лечения. Всего было сделано нами 233 исследования. Степень чистоты секрета мы обозначали по Хёрлину (Heurlin).

Уменьшение загрязнения секрета мы наблюдали после окончания лечения у 12-ти больных, усиление—у 11-ти и без особых перемен—у 25-ти.

больных. Изменения эти в сторону уменьшения или усиления загрязнения колебались в больших пределах, достигая иногда крайних степеней.

Наступавшее под влиянием лечения серными водами усиление или уменьшение загрязнения секрета половых органов не всегда совпадало с таковым изменением клинических и субъективных явлений у больных,

Делая выводы, мы можем констатировать:

1) Из 95 женщин, больных хроническим воспалением половых органов, после месячного лечения на курорте у 71,6% уже при отъезде с курорта было отмечено уменьшение болей и улучшение клинической картины их заболевания.

2) Изменения клинической картины и субъективных ощущений совпадали с бактериоскопическим изменением секрета влагалища и шейки матки приблизительно в половине случаев.

3) Курорт „Алма-Арасан“ является показанным для лечения хронических процессов женской половой сферы.

---

Из Биохимической лаборатории Казанского медицин. ин-та.

## О содержании иода в струмозных опухолях яичников.

Доц. **З. Блюмштейн** (Казань).

Струмозные опухоли яичника, несмотря на свою редкость (в мировой литературе описано всего около 70 случаев), привлекают к себе внимание исследователя в попытках выяснить гистогенез ткани. Вполне естественно, что наличие новообразованной ткани, гистологически сходной с тканью щитовидной железы, вызывает необходимость производить химическое исследование этой ткани с целью обнаружения в ней иода.

Некоторые исследователи, как *Erwin Bauer*, только в присутствии последнего соглашались считать такую опухоль струмозной, случай же, где *Bauer* не обнаружил иода, он поэтому прямо относит к псевдомуцинозным кистам (*Zeit. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie*, Bd. LXXV, 1914, S. 617).

Здесь надо отметить, что крайне трудно уверенно говорить об отсутствии иода в его случае. Определение последнего производилось им по методу *Raburdin'a* (*Liebig's Annal. d. Chemie*, 76, стр. 375, 1850 г.), в видоизменении *Baumann'a* (*Z. f. physiol. Chemie*, Bd. 21. 1895/96 г. Bd. 22).

Метод этот состоит в общих чертах в сплавлении железы с едкой щелочью и селитрой, последующем растворении сплава в воде, насыщении азотной кислотой, выделении иода сернистой кислотой и осаждении его в виде иодистого серебра ( $AgJ$ ), которое соответствующим образом обрабатывается и *взвешивается*. В другой своей модификации *Baumann* почти повторяет этот метод, только выделившийся иод не осаждается, а извлекается *10 кб. с.* хлороформа и затем колориметрируется.

В обоих методах количество определяемого иода должно быть весьма велико; так, *Baumann* получал в своих исследованиях 0,017 gr.  $AgJ$ ,

а колориметрия при 10 кб. с. хлороформа удается лишь при содержании иода не меньше 0,2 миллигр.

Е. Вауер в своей работе нигде не отмечает—была ли сожжена сразу вся железа или только часть ее, определялся ли иод колориметрированием или взвешиванием, была ли попытка в первом случае уменьшить количество хлороформа или нет и т. д.; поэтому, мне кажется, совершенно нельзя согласиться с его выводом об отсутствии иода в случае его опухоли, ибо указанная методика, правильная для больших количеств иода, совершенно *не пригодна* при определении малых количеств его, особенно в виде  $\text{AgJ}$ , и источник ошибок таится в самой методике, о чем я в свое время указывал в печати (*Chemiker Zeitung*, № 44, 1928 г.) по поводу предложения *Drauwe* определять иод в водах выделением его в виде  $\text{AgJ}$ .

Из доступной мне литературы видно, что иод до сих пор был обнаружен только в двух случаях струмозных опухолей яичников, а именно *Neu* обнаружил 0,000020 гр. иода в 1,0 гр. консервированной опухоли (*Monatssch. f. Geburtsh. und Gynäkol.*, Bd. XXXIV, 1911 г., стр. 251) и *R. Meyer*, извлекавший из 16,215 гр. золы опухоли 0.000225 г. иода (по *E. Bauer*'у и *Halban-Seitz*'у, *Handb. d. Biol. u. Pathol. d. Weibes*, V. Band, 1921 г. 2 Teil, S. 862). Вполне понятно, что большинство прежних исследователей иода не только не обнаруживало, но и не делало попыток к его обнаружению до установления *Vaumann*'ом (1895/96 г.) наличия иода в щитовидной железе. Неудачи их в дальнейшем легко объясняются применявшейся методикой, слишком грубой для тех минимальных количеств иода, кои должны быть определены. Лишь методика чрезвычайной чувствительности, предложенная в 1923 г. *Th. v. Fellenberg*'ом (*B. Z.* Bd. 139), дала возможность проводить широкие исследования, пользуясь малым количеством испытуемых веществ, и здесь мы имеем целый ряд новых исследований, несомненно указывающих на роль иода в биологических процессах. Литература по этому вопросу слишком обширна, на ней я останавлиюсь в другом месте, здесь отмечу лишь чрезвычайно интересные исследования *Mauger*'а, *Ducque* и *Pallasoff*'а (*Münch. med. Woch.*, № 7, 1927) по обнаружению иода в органах взрослых женщин и новорожденных. Оказалось, что яичник первых в среднем содержит иода в 13 раз больше, чем в мышце сердца, печени, селезенке (на 100 гр. св. железы 741γ при крайних колебаниях от 172γ до 2509γ, у новорожденных в яичниках—в 6—10 раз больше, чем в этих же органах (138γ на 100,0 гр. свеж. железы при колебаниях от 84,2γ до 222,0γ), при чем в щитовидной же железе последних содержание иода равно 250,0γ в среднем при крайних колебаниях от 37γ до 1400γ (также на 100,0 гр. свежей железы).

Приблизительно те же значения иода обнаружил *Varell* в яичниках свиней (648γ на 100,0 гр. свеж. железы) и коров (609γ). Лишь *Neu* и *Wolf* обнаружили 0,640 миллиграмм иода на 1,0 (!) гр. св. жел., но *Mauger* вполне правильно считает это ошибкой сообщения, говоря, что здесь надо считать 0,64 млгр. на 100,0 гр. жел., а не на 1,0 гр. и тогда будет хорошее согласование с вышеприведенными.

Итак, по этим исследованиям яичники по содержанию иода становятся на первое место после щитовидной железы, а в отдельных случаях у новорожденных в яичниках иода даже больше, чем в последней.

Это, конечно, не случайные находки, и участие яичников в иодном обмене, несомненно, весьма значительно.

Отсюда попытка определения иода в опухолях, связанных с яичником, может рассматриваться не только как подтверждение идентичности, напр., новообразованной струмозной ткани с тканью *gl. thyreoideae*, но, мне кажется, и как фактор, указывающий на роль опухоли в иодном обмене.

Произведенные мной исследования на содержание иода в 2-х струмозных опухолях определенно указывают на этот факт.

В моем распоряжении были 2 яичниковых опухоли, оперированные в Акушерско-гинекологической клинике проф. В. С. Груздева<sup>1)</sup> и описанные д-ром С. Н. Зильберт (Каз. мед. журн., № 1, 1929 г.).

Первая опухоль (6-ая 27 л.) исходила от правого яичника, свободно сидела на ножке, не имела спаек с окружающими органами, асцита не было. Сама опухоль, величиной с головку новорожденного ребенка, состоит из двух долей. 1-я доля, меньшая на разрезе, сказывается состоящей из 2-х частей: одна часть содержит в себе „небольшую полость с паренхиматозным бугорком, выполненным салыным содержимым и волосами (препарат для иссл. иода—№ 1), другая же представляет собой тонкостенную кисту с гладкой, желтоватого цвета внутренней поверхностью. Перегородка между этими двумя полостями утолщена и пронизана на большом протяжении рядом тесно расположенных, различной величины мелких кист, наполненных коллоидоподобным содержимым“ (взят для исследования на иод препарат № 2). Вторая доля, большая, отделена перехватом от предыдущей, вследствие чего вся опухоль напоминает песочные часы, имеет гладкую, бледного цвета поверхность. На разрезе эта доля опухоли представляет не ясно выраженную структуру переплетающихся волокон, пронизана точечными кровоизлияниями и макроскопически производит впечатление фибромы (взят для исследования препарат № 3). Эту опухоль, на основании микроскопического исследования, д-р Зильберт считает фибромой яичника одновременно с типичным дермоидом, содержащим в главной своей массе ткань щитовидной железы (преп. № 2).

Другая опухоль (6-ная 43 лет) представляла собой „кистовидное образование шаровидной формы величиной с арбуз, с бугристо-плотным утолщением на прилежащем к ножке полюсе (опухоль исходила также из правого яичника). На разрезе опухоль оказалась однокамерной тонкостенной кистой с выполненной серозной жидкостью полостью с гладкой внутренней поверхностью“ (взят препарат стенки кисты № 4). В центре бугристо-плотного утолщения заложен солидный участок желтовато-белого цвета, состоящий из мелко ячеистой ткани, микроскопическое исследование которой обнаруживает различной величины полости то с содержимым, то без такового (взят препарат № 6). Вокруг этого участка „разбросан ряд различной величины, от горошины до сливы (2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. в диаметре), кистовидных полостей, выполненных желтоватого и красноватобурого цвета с студенистым веществом, на уплотненном препарате, легко выпадающим из полости“ (студенистое вещество, коллоид, препарат № 5).

<sup>1)</sup> Пользуюсь случаем выразить здесь глубокоуважаемому Викторину Сергеевичу Груздеву большую благодарность за предоставление препаратов.

В этой опухоли при микроскопическом исследовании д-ром Зильберт была обнаружена и костная ткань, почему он характеризует ее как тератому с преимущественным односторонним разрастанием ткани щитовидной железы.

Вес взятых препаратов приведен ниже в таблице, методика же обработки производилась в общем по Fellenberg'y и Pacher'y (Bioch. Ztschr., Bd. 188, S. 339, 1927) с некоторым видоизменением в процессе окончательного сжигания препарата.

Кратко остановлюсь на методике работы: взвешенный препарат железы (опухоль) помещается в Эрленмейерову колбу и на каждый грамм прибавляется (приблиз. 1 кб. с. 70% раствора KOH, (кроме пробы № 3, где затрачено на 1,57 гр.— 10 кб. с. щелочи), осторожно нагревается до появления обильной пены, затем охлаждается и на половину его объема прибавляется 95% алкоголь и снова нагревается с обратным холодильником до (полного) растворения и по охлаждении переносится в мерную колбу, доводя водой до 50,0 кб. с. Обычно после нагревания препарат хорошо растворялся, но при охлаждении, а иногда при продолжающемся нагревании, выпадало небольшое количество мелкого хлопчатого осадка, не растворившегося в воде при переносе в колбу. Для дальнейшего анализа эти растворы встряхивались и брались по 5,0—10,0 кб. с. этого раствора (обычно не меньше 2-х паралл. проб), что составляло от 0,2 до 0,7 грм. вещества и что превышает рекомендуемую F. и P. цифру в 0,1 гр., но они имели дело со щитовидными железами, т. е. с безусловно большими количествами иода.

Раствор помещался в фарфоровую чашку, с добавленным всегда одинакового количества насыщенного раствора  $K_2CO_3$  (2,0 кб. с., приготовленного по Fellenberg'y, высушивается на водяной бане, чашка очень осторожно прокаливается до появления значительного количества угля и затем охлаждается; содержимое чашки смачивается несколькими каплями воды и экстрагируется спиртом. Экстракт переносится в платиновую чашку, разбавляется равным количеством воды, прибавляется капля фенол-фталеина (экстракт должен быть щелочным) и выпаривается на водяной бане.

Одновременно к остатку в фарфоровой чашке прибавляется немного воды  $NaNO_3$ , снова выпаривается и при *слабом* осторожном прокаливании уголь сгорает, после чего вновь экстрагируется спиртом+вода и переводится к первому остатку в платиновую чашку. Я убедился, что лучше всего не доводить прокаливания сразу до конца, а чередовать с экстрагированием спиртом+вода и таким образом извлечение иода производить в 3—4 приема.

Все, соединенные в платиновой чашке, экстракты выпариваются, высушиваются и очень осторожно прокаливаются до исчезновения розовой окраски от фенол-фталеина. Обычно осадок становится совершенно белым. Прибавляют к нему спирта (95°—96°), растирая осадок в чашке агатовым пестиком, при чем осадок принимает консистенцию густой мази. Извлечение производится 4—5 раз и спирт сливается в другую платиновую чашечку уже малого размера (диаметр 3—4 сант.), добавляется такой же объем воды, выпаривается, высушивается, прокаливается 1—2—3 минуты, охлаждается и осадок, обычно еле заметный, растворяется и переносится в пробирку для колориметрирования, в которой раствор иодида разлагается смесью азотисто-кислого калия и серной кислоты. Пробирка многократно встряхивается, при чем выделяющийся иод поглощается прибавленным предварительно хлороформом, окрашивая его в розовато-фиолетовый цвет, слабо центрифугируется на ручн. центрифуге и сравнивается в идентичных условиях со стандартным раствором КЛ. Хлороформа обычно я употреблял 0,02—0,03 кб. с. Пробирки для колориметрирования все строго прокалиброваны ртутью. Реактивы приготовлены по Fellenberg'y и выверены на отсутствие иода.

Результаты исследований сведены в таблицу: (см. 82 стр.).

Сравнивая данные таблицы с вышеприведенными данными (Maiger'a и др.) о содержании иода в яичниках, видим, что опухоли содержат иод приблизительно в количествах того же порядка, что и яичники.

Обращает на себя внимание и факт неравномерного его распределения: в 1-й опухоли наибольшее содержание иода падает на фиброматозную

ТАБЛИЦА

№ препарата	Краткое описание	Цвет растворенного препарата	Вес взятого для раствор. препарата	Определено $I_2$ на 1,0 гр. препарата	
<i>Опухоль № 1.</i>					
1	Дермоидная часть опухоли с волосами, салыным содержимым и т. д.	Бледный, с желтоватым оттенком.	3,20 гр.	9,42 $\gamma$	$\gamma$ (микрограмм) = $= \frac{1}{1.000.000}$ гр. = $= 0,000001$ гр.
2	Перегородка между полостями опухоли, пронизанная мелкими кисточками, наполненными коллоидным содержимым.	То же, с оттенком несколько более интенсивным.	2,05 гр.	5,93 $\gamma$	
3	Фиброматозная часть опухоли.	То же, что и № 1.	1,57 гр.	30,8 $\gamma$	
<i>Опухоль № 2.</i>					
4	Стенка кисты.	Почти бесцветный с очень слабым желтоватым оттенком.	1,25 гр.	14,5 $\gamma$	
5	Студенистое вещество (коллоид).	Ярко-желтый со слабым зеленоватым оттенком.	3,2 гр.	10,4 $\gamma$	
6	Ткань утолщения, мелко-ячеистая, частью с наполненными полостями.	Слабо желтая окраска, но более интенсивная чем в №№ 1 - 4.	3,5 гр.	7,3 $\gamma$	

ткань, а наименьшее в препарате с коллоидным содержимым (№ 2). Во второй опухоли та же картина: в коллоидном веществе (пр. № 5) меньше, чем в ткани стенки кисты (№ 4) и еще меньше оказалось иода в препарате № 6, также богатом коллоидным содержимым.

С точки зрения предыдущих исследователей (E. Bauer, R. Meyer, Neu) нахождение иода в струмозных опухолях яичника является безусловным подтверждением наличия в них ткани щитовидной железы, конечно, при условии идентичности гистологической картины.

Я позволю себе обратить внимание на тот факт, что имеющиеся всего два случая нахождения иода в таких опухолях (R. Meyer, Neu) относятся к определению его в цельной опухоли, при чем Neu, как выше указано, обнаружил 20,0  $\gamma$  на 1,0 гр., а R. Meyer дает результат лишь на золу, полученную при сжигании опухоли. Цифра Neu того же порядка, что и цифры Mauger'a для содержания иода в яичниках. В моих исследованиях, произведенных впервые с различными частями опухоли, получились те же результаты.

Эти цифры много ниже содержания иода в щитовидной железе, где последний может находиться в количестве 300—400  $\gamma$  (в среднем) на 1 гр. свежей железы.

Конечно, имеющихся исследований (1—Neu и 2—мой) еще недостаточно, чтобы сделать окончательные выводы, однако, я считаю себя вправе на их основании сделать предположение, что едва ли ткань щитовидной железы в струмозной опухоли—истинная, со всеми присущими ей признаками функционирования, несмотря на сходную морфологическую картину. На эту мысль наводит и факт малого содержания иода и факт преваляирования его в частях опухоли, морфологически *несходных* с тканью *gl. thyreoideae*. Но эти же моменты указывают, что опухоли могут играть в генезе иода ту же роль, что и яичники. И не прав ли E. Bauer, правда по высказанным им другим соображениям, называя свою опухоль не струмой, а псевдомуцинозной кистой?

Позволю себе кратко резюмировать вышесказанное: 1) применение чувствительной методики по обнаружению иода Th. v. Fellenberg'a позволяет оперировать с малым количеством вещества, 2) исследованные яичниковые опухоли по богатству содержания иода приблизительно одинаковы с таковыми яичников, но много ниже содержания иода в щитовидной железе, и, наконец, 3) исследование различных частей опухоли, морфологически не одинаковых, показало неодинаковое содержание в них иода.

## О подходе к лечению гортанного туберкулеза.

Д-р И. М. Гершкович (Ялта).

В настоящее время считается общепризнанным единство всех тбк поражений организма, причем местные проявления являются следствием общего туберкулезного заболевания. Из всех тбк поражений организма наиболее тесная связь существует между гортанным и легочным заболеванием. Эта связь настолько в настоящее время считается твердо установленной, что целый ряд авторов (Блох, Виншток и др.) доказывают, что определенные формы тбк гортани возникают только при определенных формах тбк легких и что ларингоскопическая картина является зеркальным отображением легочного процесса. Для точного представления о легочно-гортанном тбк (Л-Г) и для назначения радикального лечения необходимо из всего лабиринта разнообразия Л-Г тбк выбрать такие условные формы его, которые включали бы в себя качественную и генетическую характеристику процесса с оценкой иммуно-биологической сопротивляемости организма. На основании большого опыта, горловое отделение Ялтинского тубинститута (ныне Климатологического ин-та) считает необходимым различать следующие две ярко очерченные по своему клиническому проявлению группы: первая группа—гематогенно-диссеминированного Г-Л тбк и вторая—третично-хронически протекающего Л-Г тбк, с сопровождающим его контактным спутогенным гортанным процессом (до 80% бациллярных больных). Вторая группа, помимо консервативного лечения легочного тбк, в немалом %, особенно в ранних и односторонних слу-

чаях, становится достоянием целого ряда хирургических вмешательств (френикоэкзерез, пнеймоторакс, пломбировка, торакопластика). Все эти моменты, улучшающие общее состояние, улучшают и местные осложнения (гортань). На долю спуточного возникновения тбк гортани, по разным авторам, имеется различный % заболеваний от 70 до 90%. (Томсон, Блох и др.). Гематогенно-диссеминированный Л-Г тбк встречается от 10 до 20% (Сафранек), по материалам нашего отделения их количество доходит до 40% (Биншток).

В клиническом синдроме миллиарного гематогенно-диссеминированного Л-Г тбк мы различаем (Биншток) следующие формы: 1) острые, 2) подострые, 3) длительные, хронические, этапно-развивающиеся с более или менее бурными экзакербациями, 4) стационарные, 5) abortивно-латентные. Клинически эти формы подтверждаются, одновременно с легочным поражением, локализацией процесса в гортани, в почках, в плевре, в брюшине и отсутствием, в большинстве случаев, в начале заболевания ВК в мокроте. В легких—отсутствие или чрезвычайная скудность клинических данных. В этих случаях заболевание гортани квалифицируется как первичное заболевание и только хороший рентгено снимок открывает характерную рентгенологическую картину для гематогенно-диссеминированного Л Г тбк—симметричное в виде песчинок поражение легочных полей. В гортани преимущественно поражаются места, имеющие хорошую кровеносную сеть, т. е. ложные связки, надгортанник, черпал. хрящи. Чаще всего заболевание в гортани проявляется в виде ограниченных опухолей, причем в большинстве случаев они располагаются также симметрично, как и в легких. Вторая группа, так называемая третичная фтиза, также имеет свои подразделения, которые в основном сводятся к следующему: 1) далеко зашедшие, декомпенсированные, необратимые процессы, 2) хронические этапно-развивающиеся и 3) стационарно затихающие процессы. В гортани характерных изменений нет, могут быть самые разнообразные проявления в различных фазах развития (инфильтрат, язва и т. д.). Чаще всего процесс начинается с голосового кольца, с дальнейшим переходом, по контакту, на соседние части слизистой гортани. Наслоение гематогенной диссеминации при третичной фтизе не дает ничего характерного, но ухудшает прогноз как легочного, так и гортанного процесса. Естественно, что только одной качественной диагностикой Л-Г тбк мы не можем обойтись при решении вопроса о выборе метода лечения гортани. Необходимо дать оценку био-патологии всего процесса в организме, с учетом сопротивляемости организма, т. е. индивидуализации каждого случая в отдельности. Как правило, местное лечение тбк фокуса в гортани начинается тогда, когда применены, при наличии показаний, колапсотерапия или хирургическое лечение основного, т. е. легочного процесса. При противопоказанности легких к хирургическому лечению или при стационарности гортанных изменений после активной легочной терапии наступает момент для местного активного лечения гортани (консервативное лечение можно применять всегда). При разборе указанных двух форм Л-Г тбк—острые и подострые формы гематогенно-диссеминированного тбк и декомпенсированные процессы третичной фтизы являются выражением полного срыва иммунитета. Местное и общее лечение здесь является бесполезным. Эти формы являются противопоказанными и для санаторно-курортного лечения. Наиболее показанными для лечения считаются хронические этапно-развивающиеся формы легочно-гортанного тбк.

Особенно они показаны для климатического лечения, когда организм нуждается в щажении; при наступлении стабилизации процесса возможен переход к обще-раздражающему лечению и к местному лечению гортани. Для уточнения показаний применения активного лечения гортани нас интересуют те же данные анализов, которые имеют значение при решении вопроса об активной легочной терапии. Под активным лечением гортани мы понимаем в первую очередь гальвано-каустику (Г-К). Вопросы Г-К гортани изучены полностью, вплоть до различных технических тонкостей применения ее (см. работы Блоха, Кувичинского, Гершковича, Бинштока, Гондельмана, Бонгарда, Мерьемсона и т. д.). Нас наиболее интересует влияние Г-К на весь организм. Естественным следствием такого изучения являются следующие практические вопросы: 1) при каком иммуно-биологическом статусе возможна Г-К? 2) сроки между сеансами Г-К, 3) что является критерием для решения целесообразности назначения активного лечения в данный момент (особенно повторной Г-К). Эти данные мы находим в работах Гершковича, Бинштока, Бонгарда. Изучая изменения красной и белой крови, авторы приходят к такому заключению, что на Г-К нельзя смотреть как на исключительно местное прижигание патологического фокуса. Г-К вносит в организм большую пертурбацию, которая, в первую очередь, может выразиться общей реакцией организма (повышение температуры, разбитость и т. д.) с последующим обострением легочного тбк. Г-К вызывает явления, свойственные туберкулинизации организма. Поэтому действие Г-К тождественно с ауто-туберкулинизацией организма, но с неподдающемуся контролю и учету количества введенного в организм туберкулина. Ярче всего действие Г-К учитывается состоянием белой крови. РОЭ и красная кровь не дают указаний на действие Г-К, они констатируют лишь отягчение тбк организма добавочным фокусом и имеют общее прогностическое значение. Особенно вырастает значение серийных гемограмм в периоде прогрессирования тубпроцесса, без явных признаков клинической активности. Оценка белой крови помогает точно определить эффективность любого метода лечения выраженного Л-Г тбк. В результате усиления интенсивности специфического воспаления очага поражения и интоксикации всего организма под влиянием Г-К падает % лимфоцитов, повышается число нейтрофилов, особенно молодых палочкоядерных форм. Такое состояние заставляет нас воздержаться от повторной Г-К впредь до возвращения их к исходному уровню, а если таковое не наступает или продолжает прогрессировать, следует вовсе отказаться от эндо-ларингеальных вмешательств. Обычно, наиболее положительные результаты лечения идут параллельно с улучшением качественного состава крови. Из других данных, указывающих на влияние Г-К, следует указать на появление белка и положительной урочромогенной реакции в моче. Все это действует аналогично не специфической протеинотерапии. Эти изменения не стойки и не имеют определенной закономерности в появлении после вмешательства в любом органе тбк больного. Техника Г-К в настоящее время всем известна. Необходимо отметить, по данным большого материала, что гораздо выгоднее делать более энергичное вмешательство, т. е. прижигать глубже—белым огнем, стремясь в один сеанс прижечь максимальную часть пораженного участка. От такого метода в первую очередь уменьшается местная реакция, столь нежелательная в процессе лечения гортани. Правда, большая местная

реакция, при отсутствии общей, не всегда является неблагоприятным признаком в смысле результатов лечения, но все же усиление реактивного воспаления может способствовать переходу процесса из т. наз. внутреннего в наружный, что в прогностическом отношении не безразлично. Мы всегда стремимся удержать процесс во внутреннем, так называемом головном кольце, при переходе же на наружное кольцо появляется дисфагия и распространение процесса по лимфатическим путям идет вверх и вниз, что означает переход процесса в необратимую фазу. Кюретаж меньше отражается на общем состоянии, но все вышеозначенное в равной степени относится и к нему. Консервативное лечение с одной стороны стремится внести легкое местное раздражение (вливание, смазывание, ингаляции и т. д.) и щажение гортани вплоть до полного покоя, т. е. соблюдения абсолютного молчания. В последнее время в литературе начал пересматриваться вопрос о целесообразности лечения тбк гортани молчанием (Зимин, Распопов). Мы склонны думать, что в этот вопрос необходимо внести ясность и не назначать огульно всем тбк больным молчание, учитывая психику больного, не могущего отказаться от разговора, как способ общения с окружающими. По поводу прений по докладу д-ра Распопова, Московское о-во ларингологов вынесло следующую справедливую резолюцию: 1) Абсолютное молчание следует рекомендовать при тбк внутренних отделов гортани, в особенности при остром характере течения его. 2) В тех случаях тбк гортани, где проведение абсолютного молчания вызывает вредные для общего состояния больного угнетения психики, можно допускать тихий, крайне ограниченный разговор. 3) При выборе между шепотной речью и тихой разговорной, следует отдать предпочтение последней, как менее раздражающей гортань. Преимущество радикального лечения тбк гортани в тех случаях, где имеется абсолютные показания, можно доказать на сравнительном материале с консервативным лечением и на сравнении течения легочного и гортанного тбк при том и другом способе лечения. Цифры эти указывают, что, помимо параллелизма гортанного и легочного тбк, при обоих способах лечения—активное лечение гортани вызывает лучшие результаты, гораздо скорее во времени и сопровождается более стойкими изменениями в гортани, в сравнении с легочным процессом. Гортань, в смысле результатов лечения, как бы „забегает“ вперед легких, т. е. в тех случаях, где мы имеем легочный статус без перемен, в гортани следует отметить улучшение; в тех же случаях, где в легких улучшение, в гортани чаще наступает значительное улучшение и реже излечение; наконец, в тех случаях, где в легких, в результате лечения, наступает клиническое улучшение, в гортани наступает резкое клиническое улучшение (на границе излечения) и полное клиническое излечение. Все это в большей мере наступает при активной гортанной терапии. Таким образом, выгодность активного лечения гортани очевидна и эффект местного лечения гортани при параллельном улучшении в легких всегда благоприятен.

Из других методов лечения наиболее дорогим и, к сожалению, малоизученным является климатическое курортное лечение. Вопросы эффективности, показания и противопоказания для лечения Л-Г тбк явились темой особых докладов на Всероссийском совещании по климатотерапии тбк (Ялта) и настоящее сообщение является частью наших прений по этим докладом. Эти вопросы найдут освещение в прессе. Нам хотелось бы здесь отметить один очень важный вопрос климатолечения—это вопрос

о сроках пребывания и лечения больных в так называемую „рассрочку“, т. е. дробление сроков лечения по несколько месяцев в различные сезоны года. Для этого мы разобрали материал Военного санатория РККА с резким клиническим улучшением и излечением, в зависимости от количества раз, проведенных в санатории, сроков лечения и групп больных. Оказалось, что в громадном большинстве излечение наступает во время первого пребывания на курорте, при повторном пребывании больные подвергаются исключительно наблюдению и консервативному лечению. Следовательно, излечение они получают во время первого пребывания в большинстве случаев тогда, когда срок их пребывания в среднем равнялся 6—7 месяцам непрерывного пребывания на курорте. Излеченных в группе больных, которые прибывали в течение нескольких сезонов, мы не отмечаем, а самые лучшие результаты лечения в „рассрочку“ оставались в фазе резкого клинического улучшения или просто улучшения.

#### *Выводы:*

1) Для назначения рационального лечения тбк гортани необходимо учитывать качественную диагностику легочного и гортанного тбк и их генетическую связь и общую сопротивляемость организма.

2) Навлучшим показателем эффективности лечения и указателем сроков между отдельными вмешательствами являются серийные гемограммы.

3) Активное лечение гортани в случаях строго-показанных дает наилучший эффект.

4) Сроки курортного лечения Г-Л тбк больных должны быть максимальными и непрерывными.

---

### **Наблюдения над бескровным лечением передних стафилом глаза по Kouanagi.**

**В. Д. Мицкевич (Н.-Сибирск) и Л. Д. Мицкевич (Каргат, Зап. Сибкрай)**

Передние стафиломы глазного яблока, представляя собой заключительный аккорд тяжелых поражений роговицы и прилежащих к ней частей склеры, встречаются в повседневной практике врача-офтальмолога довольно часто. Не останавливаясь на перечислении и разборе многочисленных способов хирургического лечения стафилом глаза, мы должны все же отметить, что все они, несмотря на серьезность и сложность вмешательства, не дают практически удовлетворительных результатов. Громадный рубец на месте бывшей роговицы сморщившегося глаза с отдельными темными точками после дополнительно произведенной татуировки— вот обычные результаты наших „удачных“ оперативных вмешательств, заставляющие многих из нас чаще предлагать больным энуклеацию, экзентерацию с последующим ношением протеза, что может быть не всегда желательно в условиях тяжелой физической работы. К тому же все эти вмешательства в детском возрасте требуют наркоза.

В связи с этим, очень заманчивым показался нам метод бескровного лечения передних стафилом глаза, предложенный японским окулистом

проф. Коуанаги<sup>1)</sup> в 1923 г. и заключающийся в инъекции в стекловидное тело концентрированных растворов NaCl (10%), после чего, вследствие дегенеративных изменений в сосудистой оболочке и сетчатке и соединительнотканного перерождения стекловидного тела, наступали значительное понижение тензии, утолщение стафиломы, сморщивание глаза, — а в результате возможность ношения протеза. Техника этого метода по Коуанаги проста: 5.0 Рекордовским шприцем с довольно толстой иглой, после местной анестезии, производится прокол склеры возможно дальше от limbus'a (1—1,5 сант.), отсасывается от 0,5 до 3,0 куб. сант. стекловидного тела, обычно уже разжиженного, и сейчас же, не вынимая иглы, вводится такое же количество или немного меньше 10% NaCl. Ограничиваться однократными инъекциями приходится редко, их обычно повторяют 2—4 и более раз, пока не наступит стойкая гипотония глаза. Коуанаги не получал каких-либо неприятных осложнений даже при 7—10 инъекциях.

Указанный способ лечения подкупает своей простотой и возможностью проводить его амбулаторно. Л. К. Соловьев на страницах Р. Офт. Ж. в 1927 г. делится своими наблюдениями над бескровным лечением передних стафилом глаза и приходит к выводу „что этот новый метод лечения должен будет занять довольно видное место в нашем терапевтическом арсенале, особенно он применим у детей, а также и у взрослых, боящихся ножа“.

Несмотря на это, нами больше в русской офтальмологической печати не удалось встретить работ о применении метода Коуанаги, кроме сообщения Быкова в Ташкентском офт. об-ве—„Операция Кунт'а при стафиломах роговицы“ от 23/V 1926 г., в котором он упоминает о применении им бескровного лечения стафилом (2 случ.), не давшего ему положительных результатов,—сморщивания глаз не наступило, один раз после инъекции NaCl наблюдался коллапс. Проф. А. Н. Мурзин также не получил удовлетворительных результатов.<sup>2)</sup>

В связи с этим, мы решили поделиться нашими немногочисленными наблюдениями тем более, что в ряде случаев нам пришлось испытать неприятные осложнения, в некоторой степени дискредитирующие этот метод. В общей сложности нами в различных лечебных учреждениях проведено 20 случаев лечения по Коуанаги. В части из них сделано только по 1—2 инъекции, в большинстве же—от 3 до 5 (всего около 55), отсасывалось стекловидного тела от 1 до 3 куб. сант., причем результаты получались лучше, когда удалялось и замещалось NaCl возможно большее количество последнего. Техника обычная, при производстве отсасываний имелись в виду отдельные соображения Zur Nedden'a, особенно в отношении стерильности их (протираание места укола тампоном, смочен. в Sol. hydr. cyanati, сдвигание конъюнктивы так, чтобы после удаления иглы она прикрыла место укола склеры, и пр.). Теперь приведем несколько кратких историй болезней случаев, леченных по методу Коуанаги.

<sup>1)</sup> Коуанаги. Klinische Monatsbl. f. Augenh. Eine neue staphylombehandlung durch die intravitreale Injektion einer konzentrischen Kochsalzlösung. В. XX 23.

<sup>2)</sup> С. Быков. Операция Кунт'а при стафиломе роговицы. Отчет Ташкент. Офт. об-ва. РОЖ.1927 г., том VI, № 11, стр. 1198.

Случ. I (В. М.). Девочка 13 лет, дочь служащего. Leucoma corneae totale. Роговица веками не закрывается, лейкома васкуляризована, глаз спокоен, не болит, конъюнктива без резких изменений; пальпаторно повышения тензии не обнаружено.

В виду отказа от операции начато лечение отсасыванием стекловидного тела с замещением его Sol. NaCl 10%. I инъекция—без результата, II—через 5 дней, взято 1,0 разжиженного стекловид. тела и введено такое же количество NaCl 10%, после чего сразу же начались сильные боли. Согревающ. компресс, Mopoculus, на дом—Pugamidon. На другой день—боли idem, глаз раздражен, и'ецир., небольшой хемоз, через несколько дней боли прошли, глаз успокоился. Б-ная помещена в глаз. отд. Добыто 1,5 к. с. красноватой жидкости (благодаря примеси крови). Стекловид. тело разжижено, отмечались боли, но на этот раз быстро прекратившиеся, уплотнения эктазии не наступило, пальпаторно—несомненное увеличение тензии. Б-ная уехала и исчезла из-под наблюдения.

Случ. II (Л. М.). Больная—крестьянка 18 л. Громадная стафилома роговицы и прилегающих участков склеры лев. глаза, не закрываемая веками, болей нет, постоянные обострения катарральных явлений со стороны конъюнктивы. В виду отказа б-ой от предложенной энуклеации проводилось лечение по Koyanagi.

Добыто 2,0 сант.<sup>3</sup> и введено такое же количество NaCl. Очень сильные боли, через несколько минут громадное кровоизлияние под конъюнктиву и ретробульбарно—резкий экзофтальм. Покой, холод, морфий, в дальнейшем согревающие компрессы. К концу месяца—кровоизлияние рассосалось, стафилома резко уменьшилась, глаз мягкий, закрывается веками. 2 ая инъекция—небольшие боли.

Через 1/2 года, по просьбе больной, т. к. глаз все же производил впечатление несколько увеличенного в размерах, произведена 3-я инъекция, болей не было. Через несколько (7—8) месяцев я случайно видел больную: глаз несколько меньше здорового, мягкий, не беспокоит, довольна результатом.

Случ. III (В. М.) Б-ная—крестьянка 53 л. Staphyloma corn. totale o. d. Tr. II oc. utr. Сделано 3 отсасывания, после 2-го наблюдались сильные боли, повидимому, в связи с тем, что введено NaCl немного больше, чем добыто стекловидного тела. Стафилома резко уменьшилась, глаз мягкий. По просьбе больной, произведена татуировка, результат—плохой, тушь почти не удержалась, технически операция трудна из-за значительного понижения тензии. Через год б-ая показала. Стафилома несколько увеличилась, но не в такой мере, как это было до лечения. Сделано еще 2 отсасывания по 1,0 стек. т., после предварительной татуировки,—относительно хороший конечный результат.

Случ. IV (В. М.) аналогичен случ. I. Мальчик, крестьянин. Staphyl. corn. totale o. s. Отмечены сильные боли после 3-й инъекции, когда было введено NaCl 10% немного больше, чем взято стеклов. тела. Под влиянием лечения боли прошли, но стафилома почти не уменьшилась.

Случ. V (Л. М.) Больная—кр-ка 20 лет. Большая стафилома прав. глаза после бывшей в детстве ослы. Произведено 3 отсасывания, боли почти отсутствовали. К концу месяца стафилома почти исчезла. Т. к. это б-ую результат все же косметически не удовлетворял, то было произведено прикрытие роговицы отсепарованной конъюнктивой с последующим (по заживлении) инъецированием под конъюнктиву раствора кит. туши, которая, хотя и распределалась и не совсем правильно, но все же дала известный положительный результат; через год видел б-ую: глаз меньше здорового, мягкий, черного цвета.

На основании своих наблюдений мы можем подвести следующие итоги:

- 1) Способ технически прост, может применяться амбулаторно, приемлем для врача-не специалиста в условиях участковой работы.
- 2) Эффект наблюдается, приблизительно, в 50% всех случаев.
- 3) Часто сопровождается сильными болями, особенно тогда, когда количество NaCl 10% вводилось больше, чем отсасывалось стеклов. т.
- 4) Непосредственный результат может со временем уменьшиться и наоборот.

### Из поликлинической практики\*).

М. Мастбаум (Казань)

Б-ой Н-вой—19 лет. Приезжая. Она явилась на терапевтический прием с письмом от ларинголога (проф. В. К. Трутнев):

„Нет ли у больной Н-вой изменений со стороны легких...“ Дело в следующем— вот уже 3 месяца как у нее наблюдается охриплость голоса. Других жалоб у нее нет, правда, иногда по вечерам болит голова, но это с ней случалось и раньше, до потери голоса. Хриплый голос ее очень беспокоит. Н-ва боится туберкулеза гортани. Она слыхала „что туберкулез иногда начинается с горла, а это ведь очень опасно.“ Крепкая, упитанная, с хорошим цветом лица, Н-ва производит впечатление здорового человека.

Тщательное исследование легких и сердца не обнаружило никаких изменений. При пальпации полости живота определяется увеличенная печень, несколько болезненная. Селезенка не прощупывается.

Дополнительные расспросы выяснили, что малярией она никогда не болела, но вот головные боли, она уже об этом говорила, у нее действительно бывают. Увеличение печени заставляло все же более подробно выяснить вопрос о малярии. Несколько дополнительных справок в этом направлении показали, что у б-ой имеется чуть намеченный синдром, который мы очень часто встречаем при скрытой малярии. По ночам у нее бывают поты, ее познабливает, почти всегда причисывание пальцами по утрам сопровождается болезненностью: „болят корни волос“. Словом, серия мельчайших симптомов хронической малярийной интоксикации. Надо дополнить это предположение исследованием крови: нет ли изменений со стороны лейкоцитарной формулы, характерных для малярии, надо посмотреть и методом „толстая капля“. На другой день мы получили из лаборатории положительный ответ— в капле найдены плазмодии малярии (*mal. tertiana*). Мы далеко ушли в своих исследованиях от основной жалобы больной—хриплый голос, но мы возвращаемся к этому симптому с определенными положительными данными. Надо замкнуть цепь и убедиться в том, что этот симптом находится в какой-то связи с малярией.

Охриплость голоса... В данном случае едва ли можно говорить об органической причине. По заявлению ларинголога видимых, органических изменений со стороны горла нет. В таком случае надо искать функциональных причин. Если отбросить поражения п. ресургенс вследствие заболевания средостения, медиастинальные железы, спайки плевры, аневризмы,—у нашей больной нет никаких оснований предполагать такого рода заболевание, остается допустить токсические причины нарушения п. ресургенс. При гриппе, дифтерии, тифе, сифилисе наблюдали и описывали нарушения голоса, иногда как ранний симптом.

Нет ли связи и у нашей больной между потерей голоса и малярией?

В данном случае малярия протекала скрытно, давала чуть намеченные симптомы, но у б-ой мы нашли увеличенную печень, малярийный синдром и плазмодии в крови.

Только терапия могла решить правильность нашего предположения. После 3-х инъекций хинина у Н-вой исчезла охриплость голоса. Таким образом, цепь доказательств была замкнута и связь симптома с малярией доказана.

\*). Продолжение—см. К. М. Ж., № 4, 1933.

## Случай ожирения с преждевременным развитием вторичных половых признаков.

**Б. Д. Добрухов** (Ялта, горбольница).

Девочка, Д. К., 11 л. 2 м., татарка, учащаяся, уроженка Ялты поступила под наше наблюдение в январе 1931 г. Отцу—32 г., матери—27 л. Мать отмечает у себя раннее половое развитие. Менструации у матери с 12 лет. Мать вышла замуж на 15 г. жизни, трижды рожала. Наша больная—старшая. Два последних ребенка здоровы. Мать склонна к полноте. У родителей, а равно и других родных по восходящим и боковым линиям, ничего патологического не отмечается. Сифилис отрицается.

*Анамнез жизни больной.* Ходить стала ок. 1 года, говорить с 1½ лет. Живет в удовлетворительных условиях. Учится хорошо. Из болезней отмечает паротит на 6 г. жизни (в 1925 г.), корь и ветряную оспу на 7 г. Несколько раз болела ангиной. На 9 г. жизни перенесла скарлатину.

*Настоящее заболевание* родные связывают со скарлатиной. Болезнь протекала легко. После скарлатины стала полнеть. Затем вскоре появились волосы на лобке и под мышками, а также усики на лице и не длинная, но сплошная волосятость на спине. Тут же развились грудные железы и наружные половые органы. Приблизительно через полгода после скарлатины был достигнут максимум, после чего болезнь сделалась стационарной.

*Субъективное состояние* нормально.

### Объективные данные.

*Антропометрия.* Рост стоя—127 см., сидя—70 см. Длина туловища без длины головы—49,5 см. Длина руки—50 см., ноги—57 см. Окружность груди: вдох—86 см., выдох—79,5 см. Окружность талии—77 см. Ширина плеч—31 см., ширина таза—27 см.; вес тела—45 кило. Ширина головы—8 см., продольный размер головы—11,2 см., окружность головы—54,3 см., высота лица—17,4 см. Динамометрия: справа—18, слева—15.

Возьмем шесть измерений и сравним их со средними цифрами для 11-летних девочек (цифры взяты у Р. Мартина; к сожалению, мы не располагаем антропометрическими данными для крымских детей татар).

	Наша больная	Средние цифры для девочек 11 лет
Вес . . . . .	45 кгр.	28 к.
Рост . . . . .	127 см.	133—134 см.
Окружность груди . . . . .	84 см.	63 см.
Ширина плеч . . . . .	31 см.	29 см.
Ширина таза . . . . .	27 см.	24—25 см.
Окружность головы . . . . .	54,3 см.	46—48 см.

Рост у нашей больной несколько ниже среднего (1 сигма). Вес чрезвычайно избыточный (+4,5 сигмы). Грудная клетка необычайно большой окружности (+6,5 сигм) как, с одной стороны, вследствие увеличения истинных размеров груди, так, с другой стороны, вследствие отложения жира. Длина конечностей, в общем, в допустимых границах, а также ширина таза. Голова и по окружности и по объему (см. фотографич. снимок) велика, массивна.

Не придавая большого значения различным индексам, вычислим все же для нашего случая индекс Пинье. У нас индекс Пинье равен минус два (-2). Чтобы судить, насколько эта цифра уклоняется от нормы, приведем значение индекса Пинье для девочек 11 лет (цифры взяты из работы С. Е. Балабана „Нормы физического развития по индексу Пинье“ в сборнике „Проблемы возрастной педологии“, Москва, 1930).

Телосложение	оч. плохое	— индекс	. . . . .	51 и выше.
"	плохое	"	. . . . .	47—51
"	ниже среднего	"	. . . . .	43—46
"	среднее	"	. . . . .	39—43
"	выше среднего	"	. . . . .	34—39
"	крепкое	"	. . . . .	29—34
"	аномальное	"	. . . . .	29 и ниже.

А у нас индекс Пинье = — 2!

Перейдем к антропоскопии. Кожа уруга, смугла, лицо постоянно ярко красного цвета. Уши мясисты, зубы и ногти нормальны. Волосы на голове жестковаты, густы, черны, средней или несколько ниже среднего для девочки длины. Жироотложение весьма обильное в области живота, груди и отчасти спины. На ягодицах, ногах и руках отложение жира слабое. Мускулатура средняя. Костяк массивный. Строение таза и бедер приближается к мужскому. Рентгенограммы черепа и конечностей показывают несколько избыточное отложение извести. Эпифизы еще свободны. Турецкое седло нормально (рентгенолог В. П. Антон ов). Грудная клетка цилиндрическая. Форма спины волнистая с нормально выраженными кривизнами. Живот выдающийся. Вторичные половые признаки резко выражены. Грудные железы развиты, околососковая зона интенсивно пигментирована, соски втянуты. Волосы на лобке—по женскому типу и вполне соответствуют состоянию взрослой женщины, то же—под мышками. Большие срамные губы вполне развиты, соответствуют вполне губам взрослой женщины. Малые губы и клитор гипертрофированы. Девственная плева интактна, аннулярной формы. При исследовании через задний проход обнаружена крайне малая, rudimentарная матка. Яичники прощупать невозможно. Менструации отсутствуют. При гинекологическом исследовании через 14½ месяцев было найдено то же. Кроме волос под мышками и на лобке—усики, борода в виде пушка, темный пушок на лбу, спине. Голос у большой низкий, грубоватый, мужской.

Общая морфологическая характеристика—брахиморфный тип.

Внутренние органы: сердце увеличено; левая граница—за левой сосковой линией на ½ см., правая—за правым краем грудины на 1 см. (то же рентгеноскопически). Тоны сердца чисты. Легкие нормальны. Нижний край печени выступает на ½ см. из под реберной дуги.

Органы чувств в порядке, в том числе и зрение, а также глазное дно.

*Лабораторные исследования.* Моча—нормальна. Кровь: эритроцитов 5.000.000. Лейкоцитов—7.100. Гемоглобина—85%. Лейкоцитарная формула: базофилов—0, эозинофилов—0, нейтрофилов палочкоядерных—62/3%, сегментирбванных—551/3%, лимфоцитов—251/3%, моноцитов 122/3%. NaR отрицательна.

Исследование обмена веществ, по техническим условиям, не произведено.

Вегетативная нервная система. Пульс в лежачем положении больной—68. Дыхание—20. Температура—37° (в 12 ч. дня). Давление крови по Рива-Роччи—93 — 100

50 — 50 . Глазо-сердечный рефлекс = — 8. Р. Чермака = — 4. Р. с солнечного сплетения = — 4. Р. Геринга = — 8. Ортостатич. ускорение ничтожно (4), клино-статическое замедление так же мало. Дермографизм нормален, в частности, „белой линии“. Сержана нет.

Инъекция адреналина подкожно (1 к. см. раствора 1%/00) дала не резко выраженную извращенную кривую (по Дрезелю) с ничтожным повышением давления крови вначале на 10 см. и с понижением на 14 см. на 15-й минуте. Пульс почти не менялся (кривая опущена). Субъективная реакция на адреналин отсутствовала. Через два дня после адреналина была произведена проба с подкожным введением пилокарпина (1 к. см. раствора 1%). За первые полчаса выделилось 7,5 к. см.

слюны, за вторые—4,5 к. см. Давление крови —  $\frac{98}{40}$ . Пульс несколько ускорен.

Потливость ничтожная и только на лице появилась поздно (на 20-й минуте). На 25-й минуте было ощущение тепла в спине. На 38-й минуте потливость и жар исчезли. Атропин (через несколько дней) при подкожной инъекции 1 к. см. раствора дал также ничтожную реакцию. Пульс до опыта—68. На 30-й минуте—100.

Давление крови без изменения во все время опыта ( $\frac{98}{40} - \frac{100}{40}$ ). Сухость во рту появилась поздно, держалась недолго, была ничтожной.

Исследование психики. Больная общительна, спокойна, добродушна, несколько медлительна. Работоспособна вполне. Умна. Страдает из-за физического недостатка. Сексуально себя не проявляет. Педологическое исследование по тестам Бине-Сокколова дало одаренность выше средней; IQ = 120.

Итак, мы имеем при несколько малом росте преждевременное развитие вторичных половых признаков с гипоплазией матки и, очевидно, яичников, гипертрихоз, некоторые черты вирилизма (форма таза, бедер, низкий голос, усики, борода), тучность туловища и, наконец, несколько более высокое развитие.

По нашему мнению, ни гипофиз, ни эпифиз не повинны. Нет ни общих, ни очаговых, ни местных явлений внутричерепного поражения, да и синдромы совершенно иные. При болезни Фрелиха, по Цондеку, „особенное значение имеет недостаточное развитие железистой паренхимы груди“, затем — скудость или отсутствие волос на лобке, под мышками. Расстройство эпифиза, по ряду авторов, дают аномалии полового развития и обмена веществ. Впрочем, вопрос об инкреторной роли шишковидной железы подвергается сомнению (Ноггах, Bailey, Roussy, Samus — цит. по Бабицкому „Злокач. опухоли“). Как бы ни относиться к гормональной теории эпифиза, надо отметить, что т. наз. пинеальные аномалии наблюдаются только у мальчиков. От первого описания (1896) до 1927 г. известно 14 случаев, проверенных на аутопсии (цит. по Бабицкому). Все они касались мальчиков от 3—12 лет и заключались в преждевременном половом развитии параллельно с увеличением роста (pubertas praecox, macrogenitosomia praecox по Pellizzi), а также порой и жировых дистрофиях (пинеальное ожирение по Марбургу).

Тиреогенное ожирение сопровождалось бы скудостью волос и отсутствием развития вторичных половых признаков. Первичное поражение половых желез (яичников) в случае гиперфункции дало бы менструации, увеличенную матку, не дало бы ожирения, а гипофункция не дала бы пышного развития вторичных половых признаков.

Мы склонны связывать наш случай с надпочечниками, именно — с гиперфункцией коркового слоя. Опель („Эндокринолог. хир. наблюдения“, 1926) сообщает о девочке шести лет, преждевременно созревшей. На лобке, под мышками у нее имелась растительность взрослой женщины. Тело, особ. спина, было покрыто волосами. Девочка очень упитана и выше паспортного роста. Были менструации. В животе была опухоль, исходящая из правого яичника, величиной с детскую голловку. Микроскопически ткань опухоли была определена, как схожая с клетками коркового вещества надпочечника. Клетки переполнены липоидами. Дело шло о гипернефроиде. По мнению Опеля, гиперфункционирующая гетеротопически развившаяся интерренальная ткань вызвала явления преждевременной зрелости. Отличие семиологическое от нашего случая заключается в наличии в случае Опеля менструаций и высокого роста.

Интерренальные тельца имеются, помимо коркового слоя надпочечника, еще свободно лежащими вдоль аорты. Их довольно много. Возможно, что некоторые из них участвуют в происхождении нашего синдрома, а, м. б., поражена кора надпочечника.

В нашем случае мы склонны предполагать поражение интерренальной системы в смысле гиперфункции с вторичным вовлечением других желез (яичников?). Болезнь возникла после скарлатины. Возможно, что эта инфекция сыграла свою роль в возникновении болезни. Столь богатый липоидами орган, как надпочечники, легко мог вступить в соединение с токсинами и дать аденоматозное разрастание коры.

Из клинических деталей нашего случая представляет интерес увеличение сердца (вагусное сердце). Можно отметить также невозбудимость вегетативной нервной системы при различных пробах (к сожалению, не проделана проба Даниэлополу). Мы характеризуем случай как вегетативную гипоамфотонию.

Из Нервной клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Заведующий—проф. И. И. Русецкий).

## Случай *Pseudoileus*а на почве отравления рыбным ядом.

Ассистент П. А. Бадюл.

Отравления отдельных лиц рыбным ядом встречаются в клинической практике не часто. При явлениях выпадения, гл. обр. со стороны нервной системы, могут встретиться диагностические затруднения, особенно в тех случаях, где признаки отравления представляют иногда внешнюю картину, сходную с картиной других заболеваний. Наблюдаемый нами случай является в этом отношении особенно показательным.

Больной Н., 45 лет. Из инфекционных заболеваний перенес в детстве корь в 1918 г. возвратный тиф. Венерические болезни отрицает. В 1921 году окружающие заметили у б-ного расширение зрачка на левом глазу. В 1923 г. в течение недели было кратковременное двоение в глазах, рвота и головокружение. В 1926 г., на почве тромбоза мозговых сосудов, перенес левосторонний паралич, который выравнился в течение 3-х месяцев.

Начало настоящего заболевания относится к 10-11-му июня 1933 г. Б-ой съел купленную на базаре селедку, которая была не свежей. Прочие члены семьи ее не ели. 12/VI в 6 часов утра появилось головокружение и кратковременное потемнение в глазах; казалось, что вся комната кружится. Чувствовал, „что в горле что-то лежит“, тошнило, вызвал пальцем рвоту. До 11 часов пролежал в постели, а затем пошел на работу в мастерскую. Здесь он не различал лиц у заказчиков. Б-ному в этот момент говорили, что у него „странные глаза“. Отправился в поликлинику; шел как пьяный, в поликлинике пытался прочесть расписание приема врачей и ничего не мог разобрать, ноги подкашивались, с трудом добрался до дому. С женой не мог говорить из-за сухости во рту и горле, два раза вырвало. При лежании было легче, при попытках подняться наступали головокружение и тошнота. Ночью спал хорошо. Мочиспускания и стула не было. 13/VI утром с трудом говорил. Поднялся с кровати и впал в обморочное состояние, продолжавшееся несколько минут. Второй обморок был днем, тоже продолжительностью в 2—3 минуты. Наблюдалась резкая одышка. В этот же день в карете скорой помощи б-ной был доставлен в терапевтическую клинику ГИДУВ'а. Здесь у него наступило третье, наиболее продолжительное обморочное состояние. Мочиспускания и стула в этот день не было. 14/VI, при консультации б-ного, нами было обнаружено: остаточные явления левостороннего гемипареза, резкое расширение обоих зрачков с явлениями рефлекторной неподвижности и парезом аккомодации, сильная сухость слизистых оболочек и кожных покровов, затруднение глотания и речи, небольшая ригидность затылочных мышц, выраженный симптом Кернига с обеих сторон, задержка мочи и кала, резко вздутый и увеличенный живот. Рефлексы вегетативной нервной системы: с. А. Schner'а—отриц., эпигастрический рефлекс отриц., остальные рефлексы в пределах нормы. Температура нормальная, пульс 84 в 1'. Больной жаловался на сильную слабость, головокружение и сухость во рту.

Заключение: явления ботулизма на почве отравления рыбным ядом. 14/VI в первый раз произведена катетеризация; в последующие дни моча выпускалась ежедневно, один раз вечером. Стул отсутствовал; ставили водяные и масляные клизмы, но безрезультатно. 15/VI симптомы те же. Общее состояние ухудшилось. 16/VI—инъекция пилокарпина (0,005) дала значительное улучшение. Появилось слюнотечение, б-ной стал лучше глотать, после клизмы был небольшой стул, живот несколько опал. Заметно поднялось общее состояние, но затем скоро вернулось прежнее состояние. 17/VI. В виду тяжелого состояния был приглашен хирург, который предположил *ileus*. Основанием для этого были повторные рвоты в анамнезе, увеличение объема живота с явлениями метеоризма, отсутствие стула в последние 5 дней, неотхождение газов, безрезультатность ряда

клизм, общая слабость и тяжелое состояние больного. С предположительным диагнозом—паралитический ileus—больной был направлен в хирургическую клинику. 18/VI—состояние очень тяжелое. Больной был подготовлен для операции, но не типическое проявление ileus'a заставило хирургов выжидать. В прямую кишку была введена резиновая трубка. Вскоре из трубки стали выделяться газы, масло и в незначительном количестве кал. В 11 часов ночи операция была окончательно отложена. 19/VI—некоторое улучшение; наблюдалось непроизвольное мочеиспускание. В этот же день был после клизмы мало обильный стул. 20/VI—из хирургической клиники б-ой снова перевезен в терапевтическую клинику Ин-та, а 23/VI—в нервную клинику Ин-та ГИДУВ'а. 21/VI—самостоятельное мочеиспускание небольшими порциями. 23/VI—самостоятельно встает с постели и мочится. Прием легких слабительных вызывает стул. 25/VI—сильная слабость, все время лежит, сонливое состояние. По-прежнему сухость слизистых оболочек и кожи. 27/VI—появилась небольшая потливость головы (с момента заболевания потоотделение не наблюдалось), правый зрачок теперь значительно уже левого и хорошо реагирует на свет (слева расширение зрачка и отсутствие зрачковых реакций наблюдается с 1921 г.). Ригидность затылочных мышц отсутствует, слабый Керниг. Самостоятельное мочеиспускание и стул. 29/VI—общее состояние хорошее, потливость головы усилилась, имеется небольшое отделение слюны. 1/VII—головокружение слабое и реже, легче стало глотать, слизистые оболочки хорошо увлажнены, 3/VII—может читать, сонливость прошла, чувствует себя бодрым и здоровым. 5/VII—по своему желанию выписался из клиники.

Симптоматология приведенного наблюдения довольно типична для отравления токсинами bacillus botulinus. Аналогичный случай electiveного поражения нервной системы в форме diplegia facialis peripherica после отравления рыбным ядом наблюдался в нервной клинике ГИДУВ'а в 1930 г. (Каз. мед. журн., 1932 г., № 2—3 Ассист. Чураев). Тонкое избирательное поражение парасимпатического отдела вегетативной нервной системы может быть объяснено лишь с точки зрения интоксикации, но не остроого воспалительного или сосудистого процесса. Резкое расширение обоих зрачков с полной рефлекторной неподвижностью, парез accommodation указывают на поражение мезенцефалического отдела вегет. нервн. системы. Затруднение глотания и речи, сухость слизистых оболочек и кожных покровов, паретическое состояние кишечника с задержкой стула и метеоризмом, отрицательные сердечно-сосудистые рефлексы говорят за явления выпадения со стороны бульбарного отдела в. н. с. Паретическое состояние m. detrusor urinae указывает на участие сакрального отдела в. н. с. Выраженный с. Кернига и незначительная ригидность затылочных мышц при нормальной температуре, пульсе, отсутствии головных болей вполне укладываются в картину менингизма, как реактивного явления при интоксикации. Характерно и наиболее тяжелое состояние б-ного на 5—6 день интоксикации. Анамнестические сведения и течение болезни подтверждают и уточняют характер отравления.

Остаточные явления левостороннего гемипареза на почве тромбоза мозговых сосудов в возрасте 38 лет, резкая анизокория с отсутствием зрачковых реакций слева с 1921 г., неурядки со стороны глазодвигательных нервов в 1923 г. скорее всего нужно отнести за счет бывшего специфического поражения нервной системы.

Из Желудочно-кишечного отделения пролетарской больницы в Ростове н/Д.  
(зав. Л. М. Лихт).

## О сифилисе пищевода.

Л. М. Лихт

Еще старыми авторами описаны случаи непроходимости пищевода, благополучно-излечившиеся под влиянием специфической терапии. Достоверные, однако, сведения сообщены впервые Вестом и Вирховым. Несколько возросло описание случаев люэса пищевода в связи с широким применением аутопсий. В значительной мере стал способствовать правильному разрешению этого вопроса и метод эзофагоскопии. Тем не менее и аутопсия, и эзофагоскопия убедили нас в том, что люэс пищевода является весьма редким заболеванием. Так, например, Luisez на 3.000 собственных эзофагоскопий констатировал всего лишь 2 несомненных случая люэса пищевода. Это обстоятельство дает право сделать вывод, что по ходу пищеварительной трубки пищевод является наименее уязвимым местом.

В этой краткой статье я хотел бы поделиться описанием случая люэса пищевода, но, прежде чем перейти к изложению его, следует, хотя бы бегло, остановиться на классификации, предлагаемой Шлезингером. Люэс поражает пищевод обычно в поздней своей стадии. Это поражение может сказаться в виде гуммно-язвенного процесса; далее, мы наблюдаем случаи с преобладанием рубцовых структур; наконец, описаны формы, для которых характерным является образование фистулезных ходов с другими органами. Эти три типа, переплетаясь между собою, образуют новые, комбинированные формы эзофаголюэса. Далее надо отметить, что каждая из вышеизложенных форм не является вполне изолированной, а представляет подчас переход одной формы в другую. Так, рубцово-стенозирующая форма является исходом гуммно-язвенного процесса, а фистулезная также является одним из редких проявлений того же гуммно-язвенного поражения, которое, таким образом, является исходной формой эзофаголюэса. Приведенная классификация по Шлезингеру несколько искусственна, однако, на практике вполне приемлема, т. к. выпукло обозначает те или другие характерные черты, свойственные люэтическому поражению пищевода в данный момент.

Гуммно-язвенный процесс может локализоваться как в верхнем отделе пищевода, так и внизу, близ кардии. Это поражение носит или чисто местный характер, ограничиваясь, обычно, только стенкой пищевода; или же пищевод вторично вовлекается в процесс, первично расположенный в одном из близ лежащих органов. Часто поражение, расположенное в нижнем отделе пищевода, захватывает и кардиальную часть, сопровождаясь, таким образом, целым рядом также и желудочных жалоб. Подобного рода случаи описаны Вирховым и Вестом. Гуммно-язвенный процесс при своем рубцевании дает следующую форму, характеризующуюся стенозическими явлениями. Эта рубцовая форма может быть, пожалуй, названа по терминологии Лурья металлюэтической формой эзофаголюэса. Наконец, к третьей форме относятся такие случаи, где трахея, например, и пищевод сообщаются между собой фистулезным ходом, при чем поводом к образованию этого хода служит проникающая гуммозная язва с той или другой стороны. Характерным для этой формы является кашель, появляющийся во время питья или еды, причем часть проглоченного выделяется кашлевыми толчками. Подобного рода случаи нам однажды пришлось наблюдать в амбулаторной практике. К сожалению дальнейшая судьба этого больного нами не прослежена.

Клиника сифилиса пищевода с кардинальным своим симптомом — дисфагией, не является характерной ни для одной из вышеизложенных форм. При дифференциальном диагнозе приходится учитывать результат серологической реакции, указания на перенесенный люэс, возраст больного и другие проявления висцерального сифилиса. Следует обязательно прибегнуть к рентгеноскопическому исследованию, которое дает иногда возможность дифференцировать картину эзофагоспазма от анатомических изменений стенки пищевода. Особенно ценным является эзофагоскопический метод обследования, дающий возможность непосредственно глазом осмотреть место препятствия и порой добыть материал для гистологического исследования. Что касается диагностической ценности метода *ex juvantibus*, то он

также не является вполне надежным: стойкие рубцовые изменения не реагируют на специфическую терапию. Продолжительный срок болезни, исчисляемый подчас годами, также способствует правильным диагностическим выводам. Какексии не следует придавать решающее значение, так как и при люэсе пищевода, из-за затрудненного глотания, может резко понизиться вес больного. У молодых пациентов не следует слишком спешить с диагнозом эзофагоспазма, так как нам сейчас достоверно известно, что длительный спазм пищевода может быть обусловлен анатомическим субстратом в окружности пищевода. В подобном рода случаях особенно желательным является курс пробной специфической терапии, который может в некоторых случаях предупредить развитие стойкой рубцовой ткани (Шлезингер).

Из наших двух случаев сифилиса пищевода особенно ценным является первый, прослеженный нами уже в течение нескольких лет; к описанию его мы перейдем.

Больной Г., 55 лет, мастер обувной фабрики, поступил с жалобами на задержку твердой пищи в области нижней трети пищевода; жидкая же пища, особенно принятая в большом количестве сразу, проходит свободно. В течение дня, независимо от приема пищи и без видимой на то причины, неожиданно появляются сжимающие боли под ложечкой, продолжительностью, примерно, до 2—3 минут. За последние полтора месяца несколько похудел, хотя аппетит полностью сохранен: „жена даже обижается на мой аппетит“. Больным себя считает около 12 лет. По поводу данного заболевания неоднократно лечился в разных городах Союза. В 1925 году при исследовании желудочного сока обнаружено было: общая кислотность 92, свободная солевая кислота 64, связанная 23; в дальнейшем общая кислотность снизилась и не подымалась уже выше 30. В 1926 году больной впервые был подвергнут в г. Москве рентгеноскопии пищевода. Исследование обнаружило: сужение пищевода близ кардии постоянного характера; очертания суженного участка представляются неровными. Густая висмутовая каша медленно проходит суженное место пищевода, некоторое время задерживаясь в вышележащем расширенном участке его. Рентгенологический диагноз: сужение пищевода органического характера, повидимому, на почве рака. Аорта удлинена, дуга ее выдается в левую сторону; пульсация аорты усилена. Наибольший поперечник сосудистого пупка  $7\frac{1}{2}$  см. Произведенная реакция Вассермана дала тогда отрицательный ответ. Систематические приемы иода в течение двух-трех недель всегда значительно облегчали прохождение пищи; наступавшие, однако, обычно явления иодизма заставляли каждый раз прекращать лечение. Из 12 беременностей у жены четыре закончились абортom, одна — мертворожденным, семеро детей умерло в раннем детстве. Больной в годы молодости умеренно злоупотреблял алкоголем, венерические болезни отрицает. Ожогов пищевода не было. Данные объективного исследования: наружные покровы слегка бледны, питание понижено, вес больного 52 кило, лимфатический аппарат — норма, легкие — норма, тоны сердца слегка глухи. При пальпации живота небольшое мышечное напряжение и болезненность в эпигастриальной области. Исследование желудочного сока: химификация комкообразная, общ. кисл.—37, своб. HCl—20, связ. HCl—15, слизь в небольшом количестве. Общ. исслед. крови: гемогл.—71%, эритроц.—4.020.000, лейкоц.—6.900, соотно. между ними 1:582, цвет. показ.—0,9; лейкоц. ф-ла по Шиллингу: эоз.—0, пал.—14,5, сегмен.—34, 5, лимф.—39, мон.—12. Реакц. Вассермана — положительная. Рентгеноскопия желудка; контрастная масса, проходя по пищеводу, образует слепок, резко суживающийся на уровне 6—7 см. над куполом диафрагмы и ниже, и узкой ровной струей проходит в желудок. Над местом сужения пищевод расширен воронкообразно, а сверху диффузно. Контрастная масса проходит толчками, благодаря усиленной перистальтике пищевода. Желудок гипотоничен. Положение, форма, подвижность — норма. Широкая зона гиперсекреции. Перистальтика глубокая, начинается у самого свода по большой кривизне. Опорожнение — норма. Через шесть часов в желудке контрастной массы нет“ (С. Гурвич). При консультации с невропатологом у б-ного диагностирован *tabes dorsalis*.

Анамнез, полученные объективные данные, положительная реакция Вассермана, поражение аорты, наличие *tabes'a* и давность процесса давали полную возможность исключить злокачественное новообразование в пищеводе и диагностировать специфическое поражение его нижнего отдела. Однако, мы заранее не ожидали большого успеха от ангилюэтического лечения, так как длительность процесса заставляла ожидать уже развития рубцовой ткани.

Дальнейшее течение подтвердило наше предположение: наряду с увеличением веса больного на 5 кгр., улучшением картины красной крови, слабо-положительной

реакции Вассермана и исчезновением сжимающих болей под ложечкой, — наряду со всем этим прохождение твердой пищи по пищеводу улучшилось лишь слегка; зато жидкая п. стала проходить совершенно свободно. Уже четыре года больной находится под нашим наблюдением; он продолжает нести ответственную работу мастера на обувной фабрике. Чувствует себя вполне хорошо. Трудоспособность его сохранена полностью. Повторная рентгеноскопия сердца и пищевода от 15/X 33 г. дала следующие результаты: рентгеноскопия сердца: размеры сердца в пределах нормы, тень аорты широка, дуга ее резко выступает влево от тени позвоночника; диффузное аневризматическое расширение восходящей аорты. Пищевод: бариевая каша, наполняя пищевод, переходит в желудок по тонкому каналу; в кардиальной части пищевод воронкообразно суживается; здесь контуры его гладкие. Наблюдается перистальтика пищевода в остальной, несколько расширенной его части (Трапезонцев).

В проблеме висцерального сифилиса, наряду с такими крупными вопросами, как сифилис аорты, сердца, печени и т. д., люэс пищевода занимает второстепенное место; однако, полнота и цельность картины требует освещения и этого вопроса, несмотря на всю его редкость; это тем более важно, что не всегда нам бывает ясна этиология эзофагоспазмов в молодом возрасте: люэс может и здесь играть не последнюю роль.

Из Акушерско-гинекологического отделения Чебоксарской советской больницы ЧАССР.

## К казуистике фибромиом матки.

Д-р Н. Е. Евдокимов.

Из практики мы знаем, что фибромиомы в матке развиваются преимущественно у женщин в полном расцвете их половой способности и что они возникают обычно у женщин или совершенно не рожавших, или мало рожавших. Кроме того, нам известно, что рост фибромиомы, за исключением случаев перерождения, прекращается с наступлением климактерического периода и что до наступления половой зрелости развития фибромиомы совершенно не наблюдается. Поэтому предполагаемая связь между развитием фибромиомы матки и деятельностью яичника вполне естественна и реальна, на что впервые указал А. Хегар в 1887 году.

В настоящее время, в генезе фибромиомы доминирующая роль приписывается гиперемии тех или других органов женской половой сферы, в частности активности гиперемии, зависящей от повышения внутренней секреции яичников, дисфункция которых, как утверждает Р. Шредер, служит причиной нарушения кровообращения в малом тазу и в органах в нем заключающихся.

И действительно, исследования новейших авторов показывают, что у женщин с фибромиомами матки продукция лютеиновой ткани в яичниках, в элементах которой современная наука видит главных носителей внутрисекреторной функции, является значительно повышенной. Зейтс даже говорит о существовании особого „*myoöthormone*“ в яичнике.

Кроме того, как отметил Ф. Катц, когда фибромиома развивается в цветущем возрасте женщины, наблюдалось у нее и раннее наступление половой зрелости. С другой стороны, наблюдения показывают, что у женщин, имеющих фибромиому, наступление климактерического периода, как правило, затягивается. Приписывать большое значение внутрисекреторному влиянию фиброзной ткани на деятельность яичника, конечно, здесь нет достаточного основания (Ашнер). К тому же еще исследованиями целого ряда авторов установлено, что при фибромиомах матки мелкокистозное перерождение и другие дегенеративные изменения яичников представляют собой явление частое и постоянное, а Lahn указывает еще на часто встречающиеся в яичнике содрога fibrosa, которые, по его мнению, образуются путем атрезии фолликулов. В результате своих исследований Lahn приходит к выводу, что в яичнике при фибромиоме происходит значительное по числу развитие фолликулов, без образования, однако, в конечном итоге желтого тела и развития т. наз.

интерстициальной железы. Означенные *corpora fibrosa* Lahn'ом рассматриваются как пластический центр, могущий оказывать влияние на рост и развитие фибромиом матки, но этот вопрос следует считать еще не вполне разрешенным.

Так или иначе, зависимость, существующая между развитием фибромиом матки, ее ростом и деятельностью яичника (его дисфункцией или гиперфункцией)—факт в настоящее время установленный и доказанный, и прекращение роста фибромиомы в климактерическом периоде поэтому мы должны рассматривать как результат угасания овариальной функции.

При наличии же в климактерическом периоде инкреторной гиперемии органов малого таза с присутствием созревшего фолликула и желтого тела в яичнике, рост фибромиом матки—возможность вполне реальная. В литературе мы находим единичные случаи оживления функции яичника далеко за климакс. Так, Бентин описывает случай, когда женщина 62 лет, после 7 лет менопаузы, имела некоторое время 2-х дневные кровотечения через 4 недели. В случае Больда женщина 45 лет, после трех лет явлений выпадения, один год менструировала,—затем менструация прекратилась; выскабливанием была обнаружена плевроцентричная ткань. Леви описывает женщину 78 лет, 14 раз рожавшую, климакс 15 лет; после этого она менструировала 3 года по 6 дней через 4 недели. Он же приводит случай родов живым ребенком женщиной 61 года после 12 лет менопаузы. Случай зачатия в климаксе описаны еще Майером, Кригером и Пүшем. Аналогичный случай имею и я, к описанию которого и перейду.

21/XI 1932 года в гинекологическое отделение Чебоксарской сов. больницы поступила 6-ная Н-ва в возрасте 62-х лет (история болезни № 1274) с жалобой на увеличение живота.

*Анамнез.* Больная до замужества жила в деревне и занималась крестьянством. Первые крови пришли на 18-м году, установились сразу, приходили через 4 недели и шли по 5—6 дней, при чем более не было. Замуж вышла на 22 году, беременной не была не разу. В первый год после выхода замуж однажды была задержка менструации на три недели, после чего в течение шести недель шли крови. По поводу этого кровотечения больная к врачам не обращалась. До 1920 года крови приходили нормально, а в 1920 году, как говорит она, стали путаться: временами усиливаясь, иногда затихая, крови шли в течение почти целого года, по поводу чего она обратилась в местную больницу, где ей предложили операцию, от чего она отказалась; с 1921 года по настоящее время у большой кровей совсем нет. 20 лет тому назад больная впервые заметила внизу живота опухоль, которая постепенно увеличивалась. В 1920 году эта опухоль находилась ниже пупка и не беспокоила больную, а в последние годы она стала расти быстрее, в связи с чем увеличивается одышка, тяжесть в животе и сильно беспокоят частые позывы к мочеиспусканию и запоры. Кроме того, больная жалуется на отсутствие аппетита.

*Объективные данные.* Больная среднего роста, довольно истощенная, по конституции напоминает астенический тип. В брюшной полости определяется довольно подвижная опухоль, туго эластической консистенции, при лежачем положении верхним полюсом доходящая до грудины. При бимануальном исследовании ни матка, ни придатки ее изолированно не пальпируются, шейка смягчена, своды влагалища заняты нижним сегментом опухоли. В полость матки зонд не проходит. Исследование крови. Нб—60%; Е—3260000; Л—7,200, RS—2 часа 10 мин.

На основании анамнеза и объективных данных описываемая опухоль мною диагностирована как фибромиома матки и больной предложена операция, на что она дала полное свое согласие.

23/XI—операция. Разрез брюшной стенки под местной инфильтрационной анестезией новокаином по белой линии живота от лобка и выше пупка. По вскрытии брюшной полости органы малого таза анестезированы по способу покойного проф. А. И. Тимофеева. В брюшной полости обнаружена опухоль, представляющая собой сильно увеличенную матку; последняя экстирпирована. Анестезия была полная, брюшная полость зашита наглухо.

Послеоперационный период гладкий, на 2-й день б-ной разрешено садиться, с 3-го дня ходить, на 8-й день сняты швы, *prima intentio*.

*Описание препарата.*—Опухоль представляет собой сильно увеличенную матку, плотная и весит 7200 гр. После разреза полости матки обнаружен громадный фиброматозный узел на толстой ножке, исходящий из задней стенки нижнего сегмента матки. Гистологически данный узел имеет типичную картину фибромиомы

без малейших признаков перерождения. Стенка матки утончена. Гистологич. исследований: эндометрий—кистозная гиперемия, строение желез—середины менструального интервала, железы выстланы цилиндрическим эпителием. Придатки макроскопически заметных отклонений от нормы не представляют; в одном из них найдено довольно свежее желтое тело и оба яичника имеют одинаковую гистологическую картину—сосуды hilus'a с явлениями пери—мезо—и эндоартериита, местами до полной облитерации просвета, с явлениями гиалинеза (желтое тело), большое количество фолликулов, начиная от примордиальных до различной величины созревающих с яйцевыми клетками.

Таким образом, нахождение желтого тела и гистологическая картина яичников в нашем случае говорят о продолжающейся инкреторной деятельности последних, чем и следует объяснить рост фибромиомы матки в климактерическом периоде.

---

### Обмен энергии в мышце и нерве.

*Миотермические и нервотермические опыты.*

Проф. А. В. Гилл.

(Речь на открытии XIV Международного физиологического конгресса в Риме в 1932 г.)

Только раз в своей жизни физиолог может надеяться быть удостоенным чести приглашения произнести научную речь перед всеми его коллегами, собравшимися в одном месте. Сегодня это является моим счастьем. Я глубоко благодарен проф. Боттацци и итальянскому комитету за честь и за этот случай. Не будь этого, мое выступление перед вами само по себе должно было бы вызвать во мне скорее стыд, чем гордость. Мне особенно повезло с тех пор, как Вейцсеккер прибыл в Кембридж в 1914 г. и в продолжении моего длительного общения с Гартри и Мейергофом, в сотрудничестве с которыми я работал. Наши проблемы еще не разрешены, хотя некоторые вещи стали яснее, чем они были до этого; и такой успех, которого мы достигли, обусловлен, главным образом, их усилиями, их советом или тем стимулом, который давало их присутствие. Когда вы просите меня рассказать о моей работе, то этим самым разрешаете мне говорить и об их работе.

Это любопытный обычай этих конгрессов,—приглашать одного из его членов прочесть научную лекцию при церемониале открытия конгресса.

Есть много оснований для созыва таких конгрессов, как этот. Мы приходим сюда возобновить старую дружбу—потолковать в кулуарах, когда мы должны были бы слушать доклады, где-либо в другом месте; мы приходим установить новые дружественные отношения, которые станут старыми довольно скоро и будут нам на будущих конгрессах еще большим извинением за наше пребывание в кулуарах; мы приходим сюда пожаловаться вместе на невыносимое бремя, которым литература ложится на наши библиотеки и на нас самих, будучи совершенно уверены в том, что через двадцать лет, если не будет сделано что-либо решительное, это бремя будет во много раз хуже; мы приходим сюда увидеть и приветствовать Павлова и других знаменитых людей; мы приходим сюда решить, где должен состояться следующий конгресс; мы приходим сюда сделать доклады или произвести демонстрации, может быть даже только послушать доклады и посмотреть демонстрации.

Я упомянул о невыносимом бремени литературы. Я являюсь одним из редакторов журнала—неблагодарная, а для себя, по меньшей мере, бесполезная задача. Я знаю, насколько трудно и неприятно бывает отказать в опубликовании. Иногда, однако, это должно быть сделано—или наука погибнет под своим собственным бременем. Дни оказываются уже слишком короткими, чтобы прочитать все то, что появляется в печати, как бы он ни был прилежен читатель; а финансовое напряжение становится так велико, что даже королевское общество в Лондоне теперь не получает ряд важных периодических изданий.

Веда закладывается в том, что наука и печатание стали коммерческим делом; практика рекламы вкралась сюда: профессиональный успех зависит, как я сказал в Бостоне три года тому назад, от количества килограммов опубликованных работ. Применяются различные средства для этой цели:

1. Одно и то же исследование описывается, обычно, в слегка измененной форме, в различных журналах.

2. Статья разбивается на несколько отдельных частей: п-статей является лучшей рекламой, чем одна, хотя общее сообщение выразило бы то же самое.

3. Имена авторов располагаются в самом разнообразном порядке, к великому смущению сводок и каталогов; если было г авторов, то статья должна быть указана г раз, чтобы дать возможность имени каждого из авторов стоять первым.

4. Статьи пишутся излишне длинными, с излишним умножением данных в таблицах и фигурах; исторические ссылки, многие из которых никогда не проверялись, даются ad nauseam, сообщаются страницы, а иногда листы необработанных результатов там, где было бы достаточно среднего и стандартного отклонения.

5. Личная враждебность и жалобы выносятся на общественный суд, что придает научной дискуссии интерес и достоинство собачьей грызни.

Однако, авторы не являются единственными грешниками: редакторы и издатели, за некоторыми почтенными исключениями, заслуживают порицания. Главное условие надлежащего контроля заключается в том, чтобы научные журналы принадлежали научным обществам, а не коммерческим фирмам, так что никто бы не был заинтересован печатать так много. Второе условие—чтобы редакторы крепко поддерживались обществами, для которых они работают.

Я думаю, поэтому, что этот конгресс поступил бы благоразумно, назначив международный комитет, чтобы обсудить способы публикации и каталогизации физиологических и биохимических работ. Наряду с научными дискуссиями и установлением и возобновлением персональных дружественных связей, это является чрезвычайно важным путем, который может содействовать успеху нашей науки.

Однако, не только в наших журналах, но и на наших собраниях, не только в написанных, но и в сказанных словах многие из нас упускают свои возможности. Способ, каким надо делать сообщение перед научным собранием, очень мало кто знает. Очень часто доска или ряд диапозитивов наполняются неперевааренными данными, предмет излагается в таких деталях и со все возрастающей скоростью до тех пор, пока не раздастся звонок председателя. Не может быть никакого извинения за рассказывание занятым людям в течение 15 минут того, что они могли бы прекрасно прочитать в 5 минут.

Преимущество сказанного слова перед написанным заключается в том, что подчеркиванием важных идей и трудностей, оттеняя драматический элемент в открытии, можно придать приятный гурманский привкус научной дискуссии. Наши коллеги оказывают нам большую честь, приходя посидеть за нашим столом—постараемся же обеспечить, чтобы, по крайней мере, те кушанья, которые мы им предлагаем, не были бы холодными.

Обдумывание содержания этого доклада—„Миотермические и нервотермические опыты“—привело меня к этим идеям. Как скучно он мог бы, и он может еще быть сделан.

Я был приведен к этому предмету, Ланглею, который по счастливому случаю увидел и купил термогальванометр Бликса на одном из прежних конгрессов. Он написал мне в 1909 г., побуждая меня исследовать миотермическим методом с бликсовским инструментом эффективность мышцы, работающей с кислородом и без него. Как он сказал: „Флетчер и Гопкинс произвели значительное количество работы, тесно связанной с этим, так что вы имели бы лиц, заинтересованных в этом предмете, с которыми вы могли бы обсуждать его“. Я обсуждал его—они были очень терпеливы—в течение 23 лет! он прибавил: „Раз начавши, здесь—окажется масса дальнейших опытов, которые надо будет сделать“. Они еще не закончены и не похоже на то, чтобы быть законченными. Это замечательно, что Ланглей, личные интересы которого лежали так далеко от этого предмета, дал такой мудрый совет.

Предложение Ланглея, поэтому (и, конечно, исследования Флетчера и Гопкинса предшествовали ему) было главной причиной того, что затем последовало. Мотивом большей части работы, сделанной с 1910 г. относительно обмена энергии в мышце, как мною, так и другими, было стремление понять процесс восстановления. Действительно, если мой друг А. Д. Ратчи прав, все химические изменения, которые мы знаем в мышце и нерве, являются стадиями восстановления. В 1926 г., как следствие опыта с мышцей, стало возможным также измерить теплопродукцию нерва. Здесь также процесс восстановления оказался обладающим некоторыми неожиданными характерными чертами; как и в мышце, этот процесс восстановления был главным предметом исследования.

Техника таких опытов была не легкой и многие приложили свою руку к ее развитию. Бликсовский аппарат был слишком ограничен в своих пределах и были необходимы новые методы. Я никогда не забуду любезности Карла Бюркера и Пашена, которые помогли мне в Тюбингене в 1911 г. Вейцеккер, Гартри, Жерар, Бозлер и в особенности Даувнинг сделали важные вклады. Измерение мышечной теплоты теперь является совершенно простым делом.

и, по справедливости, „шуточной пробой“, если вы имеете аппаратуру. Измерение же нервной теплоты, однако, является еще трудным делом.

Потребная чувствительность была значительно увеличена. В одиночном мышечном сокращении легко отсчитать повышение температуры на  $0,003^{\circ}\text{C}$ . до одной части на 1000. У нервов  $1^{\circ}\text{C}$  отсчитывается, в соответствии с потребностями опыта, отклонением от 300 метров до 3 километр. протяжением. Для мышц в сущности не требуется большой чувствительности; поскольку, однако, скорость и чувствительность изменяются в обратном друг к другу отношении, то усовершенствование может быть направлено в сторону увеличения скорости инструмента: скорость теплоты во время и после одиночного сокращения могут теперь быть прослежены с большой, если не вполне еще достаточной точностью.

Для нерва, с другой стороны, имеется малый запас чувствительности. Начальная теплота в отдельном изолированном импульсе  $20^{\circ}\text{C}$  оказывается около  $7 \cdot 10^{-8}$  калорий на грамм. Это является только  $1/40000$  частью начальной теплоты в одиночном мышечном сокращении. При минимальном раздражении в течение 1 секунды, при котором только и могут быть сделаны хорошие нейротермические записи, начальная теплота составляет только  $7 \cdot 10^{-6}$  калорий на грамм, около  $1/4000$  части таковой в мышечном сокращении такой же продолжительности. Для должного анализа этой теплоты необходима быстрая запись: мы должны поэтому примириться между чувствительностью и скоростью.

Применяемые методы являются, конечно, электрическими и тот, в котором применяется термопиль, оказывается единственно практичным. Требуется чувствительный гальванометр и в этих опытах был достигнут предел полезной чувствительности гальванометра. Даже в опытах Гартри на мышце случайные колебания его гальванометра, обусловленные молекулярными причинами—их можно назвать брауновскими движениями, являются едва ли меньше, чем 0,1 мм.,—точность, с которой он измеряет свои записи. В опытах на нерве записывающая система может путем усиления быть сделана настолько чувствительной, что молекулярные пертурбации вызывают на записях среднее отклонение порядка 1 мм.: эти записи можно читать с точностью до 0,1 мм., так что дополнительная чувствительность оказывается бесполезной. Гальванометры в такой же мере явно ограничены средней энергией молекулы, как микроскопы—длиной волны света. Средняя энергия, конечно, может быть уменьшена охлаждением: однако, бесполезно охлаждать лишь одну часть этой цепи, а всю охладить невозможно, т. к. здесь имеется нерв на термонале. Физики часто опрашивали, почему не поместить вашу цепь в жидкий водород. Ответ заключается в том, что под горой аппаратуры лежит где-либо далеко запрятанный живой нерв. В этом разница между физикой и физиологией.

Эти брауновские движения не препятствуют серьезно. В действительности даже удобно знать, что в одном направлении, по крайней мере, дальнейшее движение вперед невозможно. Другие нарушения оказываются хуже: при раздражении 200 мгр. нерва с максимальной частотой, общая „начальная“ энергия за 4 дня была бы меньше, чем теплота, полученная от конденсации 1 мгр. паров воды. Если бы воздух в термопильной камере был сжат адиабатически на одну часть из 1.000.000, то вызванное этим изменение температуры могло бы сместить пучок света с камеры. Однако, опытность накапливается и мы научаемся, как избежать этих затруднений. Нейротермические записи теперь являются настолько же хорошими, как миотермические были 12 лет тому назад.

Сравнение термических и химических методов оказывается поучительным. При одиночном сокращении мышцы в 100 мм. повышение температуры на  $0,003^{\circ}\text{C}$ . связано с продукцией  $1/1000$  мг. молочной кислоты. Изменение температуры может быть отсчитано до 1 части из 1000 и выявлено по отношению ко времени: это же химическое изменение вовсе не может быть обнаружено. В процессе восстановления, который следует за этим, освобождается, примерно, такое же количество тепла; можно проследить ход его во времени; он протекает в 2 фазы, одна требует кислорода, а другая нет. Поглощаемый кислород составляет, примерно, 0,1 куб. мм., который вообще трудно измерить, а ввиду диффузии, невозможно правильно измерить его во времени. Даже при 1 секундном тетанусе, где количества бывают в 10 раз большие, химические изменения бывают слишком малы для точного определения; должны быть даны более длительные раздражения, или больше их. Теплота, однако, может быть измерена с одиночной термопарой.

В течение нескольких последних лет сравнение термических изменений с химическими оказалось очень плодотворным. Начальная теплота, задержанная, анаэроб

ная теплота, теплота восстановления—все были связаны в химическую картину. Кажется, что энергия начального процесса, который протекает во время сокращения и расслабления, снабжается распадом креатино-фосфорной кислоты (хотя возможно, согласно Ратчи, что действительный начальный процесс является скорее физической природы и что распад фосфо-креатина является первой фазой в восстановлении, при помощи которой быстро восстанавливается способность к дальнейшему ответу); что задержанная анаэробная теплота является выражением некоторого процесса, длящегося полминуты, или около этого, при котором фосфо-креатин восстанавливается (эндотермическая реакция) за счет энергии, освобождаемой образованием молочной кислоты; что при восстановлении происходит окисление, а освобождающаяся энергия, которая частью истрачивается, как теплота, частью используется, чтобы произвести удаление молочной кислоты и того, что остается от креатина и фосфора. В нормальной деятельности все три процесса следуют быстро друг за другом. В последних анализах Гартри этой теплоты, теперь, когда интерпретация стала яснее, можно видеть эти хорошо известные изменения, которые в последнее время причинили так много забот и вызвали споры, изменения, продолжающиеся в одиночном сокращении.

Одним из руководящих лучей в моей прежней миотермической работе была статья Отто Франка в *Ergebnisse* за 1904 г. Эта статья о предмете, над которым, я уверен, Франк никогда не работал, оказалась замечательную услугу науке. В течение многих лет я твердо помнил то предупреждение, которое он сделал, именно, что *negative Wärme—schwankungen*, которые от времени до времени появлялись в литературе, обязаны ошибке, разнице температур в мышце или аппарате. Неоднократно Гартри и я прослеживали такие отрицательные колебания, когда они встречались, вплоть до технических недочетов; действительно мы имели поговорку: „тот, кто верит в отрицательную теплоту, плохо кончит“. Теперь этот плохой конец пришел: мы были принуждены допустить небольшое количество отрицательной тепло-продукции, длящейся в течение 30 сек. или около этого, после сокращения в азоте при 0°C. При более высоких температурах она, видимо, закачивается очень скоро, чтобы ее можно было обнаружить, или же она маскируется другими эффектами. Ее величина мала—только 5%, или около этого, начальной теплоты—и требует величайшей заботы при измерении. Она интересна потому, что она протекает преимущественно во время ранних стадий известной эндотермической реакции—восстановления фосфогена. Отрицательная теплота этой реакции обычно маскируется довольно значительной положительной теплотой образования молочной кислоты, которая ее сопровождает. В отрицательной теплоте Гартри, однако, мы видим фазу или случай, в котором эндотермический процесс опережает экзотермический.

Нет термодинамического основания, почему этого не могло бы быть. Если положительная свободная энергия образования молочной кислоты больше, чем отрицательная свободная энергия ресинтеза фосфогена, то первая может в принципе управлять последней, даже если общая энергия сочтанной реакции была бы отрицательной. Интересно, однако, найти такое явление, действительно протекающее. Я надеюсь, в конце концов, что это не предвещает ничего худого для того, кто верит в него: мы предпочитали не верить! Во всяком случае это заставляет более настоятельно производить тщательное измерение сводных энергий тех реакций, которые, как нам известно, там протекают.

В последнее время обнаружен другой замечательный феномен. Давно было известно, что механические условия мышцы имеют значительное влияние на энергию, которую она освобождает при сокращении. Длина или начальное напряжение влияют на теплоту в изометрическом одиночном сокращении: работа, величина сокращения и момент освобождения мышцы влияют на теплоту, когда мышце позволяют укорачиваться. Эти эффекты не так уже малы: они являются главными факторами, требующими объяснения, когда предлагается теория мышечной деятельности. В последнее время Фенг установил другой любопытный факт: изолированная покоящаяся мышца или, по крайней мере, некоторые покоящиеся мышцы ведут себя подобным образом. Обмен веществ при покое увеличивается, иногда значительно увеличивается при нагрузке или растяжении. Это увеличение продолжается до тех пор, пока продолжается нагрузка. Легко придумать объяснение этому, но трудно поверить которому либо из них.

Люди начинают думать о молекулярной структуре живых тканей: анализ при помощи х-лучей начинает применяться и находит правильные кристаллические формы. Давно было очевидно, например, в их двойной рефракции и в изменении их „вязкости“, что в мышцах также существует такая молекулярная организация. Ф о н - М у р а л т у в последнее время удалось сфотографировать изменения двойного преломления во время мышечного сокращения: его фигуры, обнаруживающие характерные изменения во время сокращения и расслабления, удивительно сходны с анализами Г а р т р и начальной теплоты. Ф е н г, кроме того, нашел поразительную разницу между живыми и мертвыми мышцами в отношении их термоэластических свойств. В то время, как живая мышца (или не возбудимая мышца прежде, чем наступило помутнение) имеет отрицательный коэффициент термического расширения, как это В ё л и ш нашел прямыми методами, мертвая имеет обычный положительный коэффициент. Повидимому изменилась молекулярная организация. Эти исследования правильно организованной структуры в мышце еще новы, но новые инструменты и методы являются полезными и мы можем глядеть в будущее с надеждой на их дальнейшее развитие.

В течение последних лет появились очень интересные пререкания в Journal of Physiology между Р э ш т а н о м и Л а п и к о м относительно значения времени в электрическом раздражении. Все жизненные функции, однако, представлены на своеобразной шкале времени и разницы шкал времени так велики, что трудно найти какое-либо физическое объяснение тому, что их определяет. Теплопродукция нерва, например, во время длительного раздражения является функцией частоты возбуждения: при разной температуре эта функция различна, но с изменением шкалы времени она становится той же самой. Теплопродукция мышцы при тетанусе изменяется характерным образом с продолжительностью раздражения: при другой температуре это отношение является другим, но изменит шкалу времени и оно становится тем же самым. Изменение температуры просто удлиняет шкалу времени. В различных мышцах или различных нервах появляются различные свойства: но согласуйте шкалу времени для каждого из них и многие из их свойств становятся поразительно сходными. Не только для одного возбуждения, но и для многих других функций существует „хроноаксия“, „шкала времени“.

В общей физиологии в этом отношении имеется проблема, проблема колоссального интереса, которой уделялось мало внимания, за исключением простого случая электрического раздражения. „Шкала времени“ ткани не может зависеть от видимой структуры. Нет гистологической разницы между мышечными волокнами летней и зимней черепахи, малая разница между мышцей крыла мухи и артериусом жабы: их же шкалы времени, однако, совершенно разные. Это может зависеть от различий молекулярных структур или молекулярной организации—мы обращаемся к физической и органической химии за указанием относительно их природы.

Прогресс в науке идет скачками. В мышечной физиологии мы имели в последнее время такой скачек: мы должны теперь укрепить новое положение; как сказал Л а н г л е й—имеется масса новых опытов, которые надо сделать. Этот прогресс, неожиданно приостановившийся в последние два года, обязан многолетней спокойной работе многих лиц в отношении, в частности, термических и химических изменений. Я сомневаюсь, чтобы следующий большой шаг был бы сделан на этом пути. Он, повидимому, будет сделан в области молекулярной структуры, в изучении кристаллических, оптических или других физических свойств и их изменений во время деятельности, в исследовании самого сократительного процесса.

Позвольте обратиться теперь к нерву, где не так много известно, потому что те количества, которые здесь имеют место, слишком малы. В нерве, как и в мышце, происходит процесс восстановления; у обоих возможно устойчивое состояние деятельности, во время которого происходит процесс восстановления с расщеплением. Нерв при 20°C, раздражаемый 100 раз в секунду, обнаруживает возрастающую скорость теплопродукции: примерно, через 45 мин. она достигает постоянного уровня, приблизительно в 2 раза большего, чем при покое. Во время этого устойчивого состояния может быть сделан очень интересный опыт, вроде следующего.

Приложим на 10 сек. отрицательное раздражение простым приемом прекращения действующего раздражения на этот период и зарегистрируем термический эффект. Происходит отрицательная теплопродукция, которая (за исключением ее знака) является приблизительно такой же, как и положительный эффект от применения обычного 10 сек. раздражения к предварительно покоящемуся нерву. Эта запись может быть проанализирована обычным способом:

мы находим отрицательную начальную теплоту, за которой следует отрицательная теплота восстановления, в других отношениях обычного типа.

Это только пример общего феномена. До известной границы частоты раздражения нерв не обнаруживает утомления: он достигает устойчивого состояния, при котором восстановление уравнивает разряд. Если частота изменяется, то медленно достигается новый уровень. Если во времени устойчивого состояния частота увеличивается лишь на несколько секунд, то появляется положительный ответ, подобно тому, что и на обычное раздражение покоящегося нерва; если частота сходным образом уменьшается, выступает отрицательный ответ. Покоящийся нерв является лишь частным случаем: общий случай—это нерв с данной частотой раздражения. Увеличение частоты дает положительный ответ; понижение частоты—отрицательный.

Я не предьявляю никаких особенных претензий по поводу этого феномена: нужно хорошенько помнить, что нервные волокна и, повидимому, другие нервные аппараты могут достигать устойчивого состояния деятельности в широких пределах частоты и что в организме изменения частоты являются более общим явлением, чем раздражение совершенно покоящихся органов. Поведение нервного аппарата зависит от этой способности к постепенному переходу; а устойчивое состояние определяется балансом между расщеплением и восстановлением.

Нерв хорошо защищен против недостатка кислорода. Если мышца раздражается в отсутствие кислорода, то не происходит никакого процесса восстановления; накопится молочная кислота, быстро наступает утомление. В нерве же процесс восстановления продолжается, повидимому, неизменным, при полном отсутствии молекулярного кислорода. Поскольку его ответ уменьшается (а он, наконец, совершенно исчезает при недостатке кислорода), постольку теплота восстановления пропорционально уменьшается, но ее характер остается прежним. Кажется, что нерв содержит некоторый потенциальный запас кислорода, может быть, некоторый водородный акцептор, как гарант против асфиксии. При 0°С., после 15 часов кислородного голодания, нерв лягушки может дать половину его нормального ответа на раздражение и не обнаруживает никакого изменения в отношении между начальной теплотой и теплотой восстановления. Здесь мы имеем явление, которое биохимики, интересующиеся окислением, могут исследовать; без их помощи это остается тайной.

Существует курьезная разница между мышцей и нервом в отношении действия кислорода на возбудимость. Нерв без кислорода при 20° теряет свою возбудимость через 2 часа. Мышца же может оставаться в рингеровском растворе без кислорода целый день и еще хорошо отвечать на раздражение. В нерве как только запас кислорода (каков бы он ни был) истощается, возбудимость исчезает. В мышце анаэробный механизм образования молочной кислоты, который может в течение долгого времени служить источником энергии для сокращения, если только молочная кислота будет удаляться, может также, повидимому, использоваться для поддержания нормального состояния возбудимости.

Экономия мякотного нерва замечательна. Максимальная деятельность лишь удваивает его метаболизм, и, исключая очень высокие частоты, может продолжаться бесконечно. Одиночный изолированный импульс при 20°С дает начальное повышение температуры на  $7.10^{-8}$  С, а при 0° С довольно странным образом в три—четыре раза больше, повидимому, благодаря его большей продолжительности в каждой точке. При очень частом раздражении при высокой температуре начальная теплота на отдельный импульс может уменьшаться до  $10^{-8}$  кал. на грамм. Выражая теплоту в эргах вместо калорий, начальная теплота отдельного эффективного импульса может колебаться от 0,5 до 10 эргов на грамм. Если мы будем рассматривать, что реакции, продуцирующие теплоту, протекают на поверхности волокон, и примем некоторую вероятную величину для их размера, то теплота на кв. сант. поверхности волокна оказывается от  $5 \times 10^{-3}$  до  $2,5 \times 10^{-3}$  эрга на кв. сант. Чрезвычайно малую величину этого количества можно представить себе на основании того, что она является от 1/4000 до 1/80000 поверхностной энергии на границе между водой и оливковым маслом.

Что является источником начальной теплоты в нерве? Ее количество так мало, что химические методы в настоящее время не могут дать никакого ответа на этот вопрос, но она подчинена некоторым правильным закономерностям. Не может ли он быть электрическим? Это курьезно, что начальная теплота оказывается как раз величиной такого именно порядка, чтобы ее объяснить следующим образом...

Представьте конденсатор с цилиндрическим слоем диэлектрика в несколько молекул толщины, лежащий на поверхности волокон, заряженный до потенциала тока покоя нерва. Это может быть случайным, и, повидимому, является случайным, но энергия, освобождаемая таким разрядом такого конденсатора, почти равна начальной теплоте. Нет данных за или против какого либо другого объяснения и будет интересным исследовать эту электрическую возможность дальше. Эта идея о нервном импульсе, как распространяющемся разряде электрического конденсатора, очень похожа на теорию об его природе, которая витает в головах многих людей.

Что же тогда сказать о теплоте восстановления? Имеются ясные данные, что она протекает в две фазы—одна быстро падающая и заканчивающаяся в несколько секунд, другая—продолжающаяся (при 20° С.) до получаса или более. В нерве имеется креатинино-фосфорная кислота и может быть образована молочная кислота; однако, имеется очень мало прямых данных, что каждая из них участвует или не участвует в механизме передачи импульса, хотя Фенг нашел, что нервы, обработанные иодо-уксусной солью, перестают работать раньше, чем нормальные, но их деятельность продолжается дольше, если им дан лактат, который они, повидимому, способны окислять. Химики должны острее отточить свои инструменты, прежде чем они смогут решить те проблемы, которые выдвигает нерв. Также не ясно, что за процесс представляет собой восстановление. В мышце удаляется молочная кислота, восстанавливается фосфаген. В нерве лягушки восстановительная теплота оказывается в 10—20 раз больше начальной, а в нерве краба она оказывается в 50 или более раз больше начальной. Повидимому, это связано с чем-то важным, но с чем? Единственный ключ к этому, который мы имеем, дан работой Фурузава и Левина. Нерв краба при раздражении обнаруживает уменьшенный ток покоя, который восстанавливается, когда нерв оставляется в кислороде. Ток покоя, таким образом, возрастает во время процесса восстановления.

В настоящее время трудно представить, чтобы в такой системе, как живая ткань, разные потенциалы могли бы обуславливаться непосредственно какой-либо другой причиной, кроме как разницей ионных концентраций. Более того, недавно Кауэн нашел, что, когда нерв краба утомляется в морской воде, калий исчезает. Представляется весьма вероятным, что фаза медленного восстановления в нерве связана с восстановлением разниц ионных концентраций, которыми поддерживаются разницы электрических потенциалов. Теплота восстановления является побочной теплотой тех недостаточно нам известных секреторных процессов, которые передвигают назад на их места те ионы, которые удалились во время деятельности, ионы, диффузия которых вызвала те электрические токи, которые мы наблюдаем.

Но довольно о деталях. Позвольте, однако, мне, прежде чем я кончу, поставить и попытаться ответить на общий вопрос: почему мы затрачиваем так много времени и энергии на изучение этих элементарных процессов в мышце и нерве? История химии и физики является подходящим для этого ответа. Почему затратили так много времени на изучение проведения электричества через газы? Никто не мог бы предсказать, что это приведет к открытию х-лучей и усилительным лампам с одной стороны, к большей части современной теоретической физики—с другой. Разве не смеялся английский Карл II над философами королевского общества, которые тратили свое время на взвешивание воздуха? Почему позже затрачивалось так много энергии на небольшие отклонения от идеальных газов? Никто не мог бы предвидеть, что путем этого будет возможно достигнуть низких температур. Почему беспокоились по поводу тех не гладких отношений, которые были найдены относительно пропорций соединяющихся элементов. Потому что эти отношения привели бы к молекулярным и атомным теориям, а также почти ко всему тому, что мы знаем относительно природы вещей—но кто мог бы предсказать? Большая часть великих достижений вышла из изучения неожиданных, часто количественных закономерностей, которые встречаются в нашей работе, закономерностей, которые бы являлись совершенно невероятными до тех пор, пока они не получат некоторой общей причины.

Так же дело обстоит с мышцей и нервом. Мы еще не имеем стройной теории их механизма. Однако, здесь имеются закономерности той же самой совершенно невероятной разнородности. Факты, на которые я кратко ссылался,—молекулярная организация, химические и тепловые изменения, шкала времени, восстановление от деятельности, отношение теплоты к механическим условиям, электрические свойства—они не являются совершенно распыленными явлениями. Правда, они

еще не связаны вместе однородной теорией, но они указывают также, как периодическая таблица элементов, что за ними скрывается некоторый основной порядок. Эти явления оказываются более разнообразными, предметы исследования более изменчивыми, чем таковые — физики и требуются большое экспериментальное искусство. Может быть понадобится много времени прежде, чем достигнем цели. Однако, мы можем с уверенностью ожидать окончательного успеха.

Перевел проф. Д. Воронцов.

## Рецензии.

1) *Психофизиологический эксперимент в клинике нервных и душевных болезней*. Сборник работ сектора патологической психо-неврологии под редакцией проф. В. Н. Мясищев а. 127 стр. Ленинград. Издание института мозга. 1933, цена 4 р. 50 коп.

Сборник профессора В. Н. Мясищев а представляет огромный интерес, как выдержанный в духе марксистской психоневрологии, богатый по своему содержанию и во всех отношениях оригинальный труд. Я говорю об *одном* труде, хотя в сборнике много работ, ибо не трудно убедиться, что в многообразии работ отражается единая сила вооруженного марксистским методом ума.

О задачах психофизиологического эксперимента в клинике нервных и душевных болезней говорит проф. Мясищев. Он предостерегает от „методического фетишизма“, от превращения эксперимента в самоцель. Эксперимент есть лишь средство для достижения цели, а целью экспериментатора должно быть разрешение особыми приемами того, что клиническим путем разрешить не удастся. Эксперимент должен быть приемом экспериментальной диагностики, он должен быть средством углубленного изучения болезненного состояния, а также выяснения причин и происхождения его, он должен служить средством доказательного учета динамики заболевания, в частности учета результатов терапевтического вмешательства. Экспериментатор должен выйти из роли тех философов, про которых Маркс говорил, что они так или иначе истолковывают мир вместо того, чтобы переделывать его. Дело экспериментатора не только изучать личность, но и способствовать ее переделке.

Каковы же особенности марксистки обставленного эксперимента? — Он близок к жизни, обслуживает ее задачи; он оплодотворяет нашу практику. Он решает поставленные вопросы ни в статическом и атомистическом плане, а формирует диалектику исследовательского процесса на основе связи с диалектикой жизни. Он ставит и разрешает не только вопросы количества („экспериментальная бухгалтерия“, как удачно выражается Мясищев, о немарксистской экспериментатике), но связывает количественные показатели с соответствующими им качествами, ставит и решает вопросы скачкообразного перехода и, специально в психоневрологии, психофизиологическую проблему, соотношения социального и физиологического, функций, отношений и содержаний, общих проблем нервно-психической диагностики и механизмов нервно-психической деятельности.

Работы сборника служат прекрасной иллюстрацией того, чего можно достигнуть при помощи марксистски обставленного эксперимента. Всего работ в сборнике, не считая методологической работы Мясищев а, основных положения которой мы, насколько это возможно в кратком реферате, привели выше, шесть: 1) Экспериментальный анализ расстройств слуха при различных заболеваниях нервной системы (А. Г. Панов); 2) О роли подкорковых узлов в нервнопсихической деятельности человека (В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева); 3) К вопросу об экспериментальном исследовании внушаемости у здоровых и невротиков (Я. Л. Шрайбер и Е. К. Яковлева); 4) Экспериментальные данные к вопросу о механизме и патогенезе obsessions (Р. И. Меерович и В. Н. Мясищев); 5) К вопросу о сосредоточении при неврозах (А. Г. Панов); 6) Данные экспериментального исследования шизофрении в связи с особенностями клинической картины (Р. И. Меерович).

Все работы представляют огромный интерес и имеют большую научную ценность. Все они заслуживают того, чтобы каждый психоневролог, психиатр, невропатолог изучал их в подлиннике и применял их выводы на практике.

Ив. Габлант (Ленинград).

2) Бугайский Я. П. *Коллективно-трудовой метод лечения нервно-психических больных*. Госмедиздат. Москва, 1932 г. Цена 2 руб.

Книга Бугайского представляет первый опыт советского психиатра дать систему трудотерапии нервнопсихических б-ых, исходя из положений марксизма-ленинизма и используя в б-це методы коммунистического воспитания и социалистические формы труда. Несмотря на то, что это первый опыт, он очень хорошо удался, и книга Бугайского служит лучшим доказательством того, что советская психиатрия способна на самостоятельное творчество, ведущее к реконструкции психиатрического дела в СССР и к созданию новой марксистски обоснованной психиатрии.

Первые две главы книги Бугайского — критического порядка. А. дает критику идеалистических течений западной психиатрии и делает критический обзор современных направлений активной трудовой терапии. Третья глава, озаглавленная: — „коллективно-трудовой метод лечения — психотерапия, поставленная на службу пролетариату“ есть изложение системы трудотерапии автора. В сущности дело сводится к тому, чтобы благодаря труду, насыщенному классовым содержанием, и при помощи политико-и культурно-воспитательной работы создать из б-ых социально целеустремленный коллектив, действующий на каждого члена этого коллектива таким образом, что он, по окончании лечения, делается опять активным участником социалистического строительства. В четвертой главе: „Содержание психотерапии в реконструктивный период, ее пути и средства“ а. указывает на то, что старые виды психотерапии, как гипноз, психоанализ и т. п., у нас отмирают и сфера их применения с каждым годом становится у нас все уже и уже. А. отрицает, что главное в психотерапии это — непосредственное воздействие психики врача на психику б-го. Сила психотерапевтического воздействия вообще и ее лечебный успех определяются тем, насколько полно психика психотерапевта умеет отразить и выразить решающие мотивы окружающей жизни, и насколько полно личность б-го через психотерапевтическое воздействие воспринимает окружающую среду. Потому что лечить психотерапией значит лечить жизнь, конечно тем, что составляет ее основу, главные, решающие ее, пружины и мотивы.

Всякая психотерапия в конечном счете является выражением определенных классовых отношений, и стихийно или планомерно она направлена на те именно стимулы личности, которые порождены ее классовым бытием. Конкретную форму воздействия на классовое самосознание психотерапия получает исключительно у нас в СССР и в этом надо видеть ее большую потенциальную силу.

Книга содержит еще приложение, в котором даются: 1) методические указания по лечению психических больных трудом в первые дни пребывания в б-це и 2) приложение о педагоге в психиатрической б-це.

Появление в свет книги Бугайского надо приветствовать как весьма радостное событие в советской психиатрии, ибо она свидетельствует о большой творческой силе советской психиатрии. Каждый советский психиатр должен знать книгу Бугайского, и не только должен знать, но и должен уметь претворять ее содержание в жизнь.

*Ив. Галакти (Ленинград).*

## Рефераты.

### а) Внутренние болезни и туберкулез.

*Фильтрующиеся элементы туберкулезного вируса.* Reunes (Pr. Med. 1933, № 51), на основании своих работ, заключает, что фильтрующиеся элементы туберкулезного вируса не могут быть рассматриваемы как простая стадия развития бацилл Коха (БК). Фильтрующиеся элементы являются особым видом бацилл, дающей начало новым разновидностям туберкулезного яда, разновидностям, часто очень отличным от основного вида.

*Н. Крамов.*

*Туберкулезные бациллы в крови трупов.* Saenz et Gostie (Pr. Med. 1933, № 59), пользуясь обычными методами посева туберкулезных палочек (БК), обнаружили таковых в сгустках крови, взятых из сердец субъектов, погибших от различных форм туберкулеза. Вопреки мнению Левенштейна, гемоглобин крови не оказывал задерживающего влияния на развитие БК, т. к. в черно-крас-

ных частях сгустков, богатых красными кровяными тельцами, всегда обнаруживалось большее количество колоний ВК, чем в белых частях сгустков, богатых лейкоцитами. Это указывает также и на тот факт, что ВК не исключительно находятся в лейкоцитах.

*Н. Крамов.*

*Смертельное кровотечение при бронхоэктазах.* H a n n s et R. S a e r g e z (Pr. Med. 1933, № 71) приводят следующую историю болезни:

Субъект 50 лет в продолжение нескольких лет имел большое количество мокроты; поступил в госпиталь в связи с обильным кровохарканьем. Бациллы Коха в мокроте не обнаружены, никаких ясных явлений при аускультации легких, пальцы не булавовидны. Рентген позволил диагностировать расширение бронхов в правом нижнем легочном поле. После периода улучшения новое кровотечение, от которого больной скончался. Аутопсия подтвердила диагноз очаговых бронхоэктазов в правом легком.

*Н. Крамов.*

*Лечение нефритов (экспериментальных).* (Pr. Medic. 1933, 61.) Binet и Marek вводили азотнокислые соли урана под кожу кроликов и вызывали острую интоксикацию (альбинурию, глюкозурию, анурию и смерть). Объясняя эту интоксикацию азотемией и падением щелочного резерва, а.а., с целью лечения, вводили части кроликов ежедневно 40,0 физиологич. раствора под кожу, части кроликов— 40,0 раствора соды (10,7%) также ежедневно под кожу.

В то время, как все контрольные кролики погибли и из 12 кроликов, леченных физиологическим раствором, умерло 11.—щелочные инъекции спасли 9 кроликов из 12. А.а. в этих данных видят подтверждение взгляда Weil'a, Guillaumin'a, предлагавших бороться с ацидозом при нефропатиях введением в организм двууглекислой соды.

*Н. Крамов.*

### *b) Невропатология и психиатрия.*

Velikovsky, Immanuel (Eine Arbeitstheorie zum Verständniss der Melancholie und ihrer Behandlung. W. M. W., № 21, 1933) предлагает лечить меланхолию искусственно вызываемой слезоточивостью. Меланхолики не плачут, слезы и другого рода выделения у них задерживаются и вызывают самоотравление организма. По мнению R. Dubois слезы в таких случаях являются причиной аутоинтоксикации. Предполагаемый токсин он называет *лаккрималином*. Если слезы не выделяются наружу, то этот предполагаемый токсин остается в организме. Поэтому надо вызвать искусственно слезоточивость!

На основании этих теоретических соображений, автор приступает к ряду соответствующих экспериментов и к лечению меланхолии слезоточивостью. О результатах лечения он обещает сообщить.

*Ив. Галант (Ленинград).*

Feer (Schweiz. Med. Wochenschrift. № 6, 1933) рекомендует *при ночном недержании мочи у детей применени фарадизации мочевого пузыря* вплоть до причинения боли, причем такого рода болезненная фарадизация служит исключительно для укрепления мочевого пузыря. Длительные результаты были достигнуты еще воспитанием пузыря Thuge Brandt'овской гимнастикой. Ребенок лежит на спине с притянутыми ногами и крепко прижимает друг к другу колени, которые разводятся врачом или ухаживающим за больным персоналом. При другом упражнении, ребенка ставят с перекрещенными ногами к столу и заставляют его контрагировать со всей силой мышцы таза, а вместе с тем и сфинктеры пузыря и толстой кишки. Эти упражнения медленно продельваются ребенком каждый вечер до 20 раз.

*Ив. Галант.*

Adler A. (Der Aufbau der Neurose. Internat. Zeitschrift Individualpsychol. 10. 1932), известный основоположник индивидуальной психологии, в данной работе лишний раз старается представить свое учение о неврозах в наиболее выгодном свете. Психологическим направлениям, производящим психическое развитие от наследственности и влияний среды, и которые он обозначает как „инвентарную психологию“ („Besitzpsychologie“), он противопоставляет индивидуальную психологию, как „психологию пользования“ („Gebrauchpsychologie“). Дело не в том, что человек с собой приносит на свет, что он имеет, а как он пользуется тем, что у него есть. Творческая сила ребенка, в той специальной форме, в которой она выявляется при преодолении трудностей, является индивидуалью самой значительной двигающей силой его душевной жизни. Из недостаточности органа, распушенности, безнадзорности вырастает невроз, при решении задачи, которая

требует от решающего больше социального чувства (Semeinschaftsgefühl), чем он им в самом деле владеет. То, что для больного кажется чрезвычайно трудным, удается выяснить вчувствованием в „мнение“ больного. Автор различает четыре типа движения (динамики) невротики: дистанцию (Distanz), неуверенное отношение (Zögernde Attitude), избегание проблемы (Ausbiegung vor dem Problem) и, наконец, ограниченная напористость (verminderte Aufmarschbreite). Подробности особенно заинтересованные читатели найдут как в реферируемой, так и в многих других работах автора.

*Ив. Галамт* (Ленинград).

*Благоприятствует ли появлению neuro-lues'a лечение арсенобензолом?*  
(Regin, Leru, Pr. Med. 1933, 13).

А.а. изучили 500 случаев neuro-lues'a в дерматологической клинике Мэйо.

Из них 361 (72%) никогда не лечились до прихода в клинику; 65 (13%) имели только лечение ртутью и иодом; 59—(12%)—лечение ртутью и недостаточное лечение мышьяком. 15 случаев только (3%) получили лечение арсенобензоловыми препаратами; т. о. в 85% всех случаев арсенобензол не применялся.

Среди различных форм neuro-lues'a на 1-м месте tabes, далее dementia paralytica, lues cerebro-spinalis и т. д.

Tabes наблюдался у 45% всех ничем не лечившихся больных, в 57% лечившихся иодом и ртутью, в 32% тех больных, где ртутно-мышьяковое лечение было недостаточно и в 13% больных, лечившихся арсенобензолом.

Тяжелые нервные явления наблюдались у больных, не леченных или недостаточно леченных арсенобензолом.

Лечение арсенобензолом не благоприятствует появлению нервных явлений.

*Н. Крамов.*

### с) Хирургия.

*Антисептическое действие хлорированных растворов соляной кислоты.* Д-р Карл Шауфлер из клиники проф. Краузе—Саратов (Zentralbl. f. Chir. 1933 г., № 42) испытал антисептическое действие растворов соляной кислоты с бертолетовой солью (10.0 ас. hydrochlor. pur. и 10.0 KClO<sub>3</sub> pro analys. на 1000.0 воды) и считает это средство наиболее простым, дешевым, не токсичным, которое в состоянии заменить многие антисептические жидкости и растворы. *И. Цимхес.*

*Погружной кожный шов.* Prof. Haberland (Zentrbl. f. Chir., 1933., № 42) предлагает накладывать подкожный погружной шов путем проведения иглы с ниткой с узлом на конце от одного края раны и последующего непрерывного шва через corium и подкожную клетчатку без выкалывания наружу. Конец нитки затагивается узлом на зажиме. *И. Цимхес.*

*Хирургические заболевания желудка совместно с lig. teres hepatis.* Д-г Матюас (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 42) приводит два случая участия lig. teres hepatis в страданиях желудка: в одном случае наблюдалось сращение препилорической части желудка с lig. teres hepatis без язвы в желудке, в другом—сращение коллезной препилорической раковоперерожденной язвы с lig. teres hepatis. Специальных симптомов для заболевания lig. teres hepatis не известно и автор, на основании своих случаев, подмечает лишь облегчение болей при положении больного на левом боку. *И. Цимхес.*

*О местной анестезии под давлением.* Прив.-доц. Felix Mandl (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 43) предлагает для сокращения времени производства местной анестезии и упрощения техники ее употреблять сконструированный им аппарат. В этом аппарате анестезирующая жидкость находится в градуированном до 500 смм стеклянном пузыре с плотной металлической крышкой. В крышке имеется двойник для соединения при помощи резиновых трубок с одной стороны с Ричардсоновским баллоном, а с другой—с иглой. При помощи баллона нагнетается воздух в стеклянный пузырь, наполненный анестезирующим раствором и последний вводится, по мере надобности, под давлением, в различные участки тканей человеческого организма. *И. Цимхес.*

*Об успешности резекций при язве желудка.* D-r Feridum Schewko t (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 43) описывает результаты 94 резекций по поводу язвы желудка, произведенных в течение 2 $\frac{1}{2}$  лет (1929, 1930 и 1931 г.) в городской больнице г. Смирны (Турция). На 94 случая — мужчин было 64 и женщин 30, в возрасте от 15 до (8 лет. Расположение язв — в 22 случ. — малая кривизна, 77 — привратник и 4 — *ulcus periticum jejuni*. Из четырех установленных случ. *ulcus periticum* в 3 сл. она была у 6-ых после гастроэнтеростомии и у четвертого после резекции  $\frac{3}{4}$  желудка. Из 94 случаев была произведена резекция в 33 случаях —  $\frac{2}{3}$ , в 42 сл. —  $\frac{3}{4}$ , в 14 случ. —  $\frac{4}{5}$  желудка и в 6 случ. субтотальная резекция. Все операции резекции желудка производились под местной анестезией (спланхникusanестезия по Braun'у). В двух случаях наблюдалось послеоперационное осложнение в легких — послеоперационная пневмония. В течение первых 24—48 часов после операции наблюдались иногда рвота. Благодаря принятым мерам до операции, осложнениям со стороны сердца почти не наблюдались. В 4-х случаях на 94 резекции был смертельный исход: в двух случаях после пневмонии, а в двух остальных вследствие недостаточности швов на доуденальной культе. Случай язв желудка сопровождался часто спайками с соседними органами. В некоторых случаях приходилось прибегать к частичной резекции *pancreas*, в других — находили обширные спайки с желчным пузырем, печенью и flexura. Во всех случаях резекция желудка производилась по способу Hofmeister-Finstereger.

И. Цимхес.

*Для уменьшения последующих кровотечений после операций на желудке* проф. Haberer (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 43) предлагает, до вскрытия просвета желудка, производить обкалывание субмукозных сосудов. Сосуды хорошо возможно обнаружить после перерезки серозомускулярного слоя желудка.

И. Цимхес.

*Значение серодиагностических и биологических реакций для распознавания эхинококка.* Sp. Lashpiris (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 237), наблюдая свыше 100 случ. эхинококка, обнаружил, что наличие эозинофилии в крови не может служить диагностическим признаком без наличия других реакций. Реакция отклонения комплемента менее ценна, чем интракутанная. Обычная доза при кожной реакции — 0,3 см гитатидной жидкости, профильтрованной. Наиболее надежной считается жидкость, взятая из эхинококкового пузыря у человека. Различается ранняя и поздняя реакция. Ранняя положительная реакция появляется через 10—15 мин. после инъекции, поздняя положительная реакция начинается спустя 6—8 часов после инъекции. Характерно появление красного инфильтрата кожи. Кожную реакцию следует считать специфической для эхинококка, но не абсолютно.

И. Цимхес.

*Замечания о 8000 проделанных спинномозговых анестезиях.* T. Gruesco и A. Dragos (Lyon Chir., 1933 г., № 48) проделали за 25 лет 8000 спинномозговых анестезий. В 4500 случ. применялся *stovain*, в 3300 случ. новокаин, в 200 случ. тутокаин. После инъекций 6-ых следует класть с холодным компрессом на голову. Ненаступление анестезии следует объяснять дефектами в технике производства анестезии. Тошнота наступала в 10% случ., рвота — 5%. После анестезий головные боли наблюдались в 8% случаях и держались 2—3 дня. Лучшим средством против головных болей автор считает предложение Legish'e'a — внутривенные инъекции дистиллированной воды. В 3—4% случ. наблюдались расстройства сфинктера мочевого пузыря.

И. Цимхес.

*Импregnация кетгута солями меди.* Gräfin von Linden (Bruns Beitr. 1932. Bd. 155) проводил под кожу животных нити кетгута, импрегированного солями меди, с живыми патогенными бактериями. Дезинфицирующее действие импregnации меди столь велико, что опытные животные с „медным“ кетгутом не заболели, тогда как контрольные заболели или даже погибли. Автор считает возможным импрегированный солями меди кетгут рекомендовать для швов.

И. Цимхес.

*Дальнейшие наблюдения над обескровливанием, вызванном супраренином по Borchers.* Oskar Orth (Zentralbl. f. Chir., 1933., № 41), с целью временного обескровливания операционного поля, производил, по предложению Borchers'a, инъекции 400,0—500,0 физиолог. раствора поваренной соли + 30 + 40 капель супраренина. Автор на своем материале убедился, что операции проходят бескровно и значительно быстрее и не видал ни разу ни местных, ни общих осложнений.

И. Цимхес.

*Успехи оперативного лечения илеуса.* Doz. D-r I. Philipowicz (Zentralbl. f. Chir., 1933, г. № 39) разбирает 14-летний материал оперативного лечения непроходимости кишек. На 119 операций по поводу острой непроходимости автор имел смертность 27,7%. За последние же 5 лет на 45 случаев—лишь 15,5% смертности. Успехи в оперативном лечении илеуса автор видит в более раннем оперировании, спинномозговой анестезии и применении гипертонических растворов поваренной соли.

*И. Димассе.*

#### *д) Ушные, носовые и горловые болезни.*

*О путях распространения инфекции при стрых воспалениях придаточных пазух носа, полости среднего уха и сосцевидного отростка.* Д-р V. Voorthuizen (Acta Oto-Laryngologica. Vol. XVIII, Fasc. 1—2, 1932 г. Stockholm) делает обзор имеющейся литературы и считает, что господствовавшая до сих пор теория о воздушных путях инфекции—является недоказанной и терпит сильные возражения со стороны клиники. Только исключительные случаи очень большой разницы в давлении воздушной струи в эпифаринксе и придаточных полостях допускают занесение инфекции этим путем. Автор также подвергает сомнению учение Ostmann'a о том, что большее или меньшее удлинение Евстахиевой трубы (у детей), а также патологические растяжения отверстий труб могут обусловить вдувание инфекции в среднее ухо. Совершенно неприемлемы положения Siebenmann'a, Nagk'a, Fraepkel'я о самостоятельном возникновении воспаления полостей, независимо от воспалительных процессов в полостях носа и носоглотки. Наиболее вероятными, по мнению автора, причинами возникновения воспалений среднего уха и придаточных пазух служат метастазы по кровеносной и лимфатической системе с одной стороны и передача инфекции по слизистой per continuitatem, с другой стороны. Указанными положениями можно объяснить напр. 1) переход инфекции из носоглотки в клетки сосцевидного отростка, минуя среднее ухо (мастоидит без среднего отита) и 2) туберкулезное поражение среднего уха через кровеносную и лимфатическую системы.

*Б. Соколов.*

*Легочные осложнения в связи с тонзиллэктомией.* Д-р Gerlings (Acta Oto-laryngologica. Vol. XVIII, Fasc. 1—2, 1932 г. Stockholm) указывает, что послеоперационные пневмонии после произведенных тонзиллэктомий, встречаются гораздо чаще, чем это принято думать, т. к.: 1) амбулаторное проведение операции лишает возможности дальнейшего наблюдения больных, 2) иногда эти пневмонии проходят под видом послеоперационной  $\rho$ -ной реакции, 3) причинную взаимосвязь между пневмонией и предшествовавшей тонзиллэктомией трудно установить. Автор на 2000 проведенных операций тонзиллэктомий имел 6 случаев послеоперационных пневмоний и 2 случая после аденотомий. Истории болезни автором вкратце приводятся. Подъем температуры автор отмечает на 2-ой, 4-ый, 6-ой и даже 13-ый день после произведенной операции. Течение осложнения обычное: вначале лихорадка, потоотделение, затем поверхностное дыхание и колотья в боку, инфильтрат в легком, б. ч. локализирующийся в одной доле. Мокрота, как при крупозной пневмонии. На 5—19 день кризис и разрешение процесса. Аналогичные явления наблюдались и др. авторами как при операциях под хлороформным наркозом, так и при местной анестезии. Singers установил, что кровь и слизь при операции могут из глотки проникнуть в трахею и обусловить в дальнейшем развитие инфекции.

Наблюдения автора лишней раз подтверждают необходимость стационарного, более ответственного проведения этой операции и последующего наблюдения за больным, при малейших сомнениях прибегая к тщательным физикальным и Röntгеновским исследованиям и консультации терапевта.

*Б. Соколов.*

## Заседания медицинских обществ. Краевая медицинская ассоциация АТССР.

### 1) Хирургическая секция.

Заседание 25 мая 1933 г.

Председатель проф. А. В. Вишневский. Секретарь д-р Л. И. Шулушко.

#### I. Демонстрации.

1. Шулушко Л. И.—докладывает об оперированном им случае болезни Кинбека. Боли и ограничение движений ручной кисти, не подававшиеся в течение многих месяцев консервативной терапии (покой, теплые ванны) быстро исчезли после резекции луновидной косточки. Демонстрируется 6-ной, его рентгенограмма и проводится подробный дифференциальный диагноз с туберкулезом кисти.

2. Васелев Р. А.—демонстрирует артиста цирка, упавшего с 18-метровой высоты с трапеции из-под купола на землю. Докладчик останавливается на механизме профилактических движений (арабское сальто и др. приемы), которые были произведены падающим артистом, сохранившим полное самообладание, благодаря чему упавший отделался только ушибом спины.

3. Тихонов В. М. демонстрирует отдаленные результаты оперированного (проф. М. О. Фридландом) тяжелого случая врожденной рекурвации обоих коленных суставов. В настоящее время (через 1 год после операции) 6-ая ходит на ногах без костылей и палок и имеет достаточный объем сгибательных движений в коленях.

Проф. Фридланд дополняет некоторыми данными все три демонстрации. Проф. Вишневский отмечает поучительность первой демонстрации, интерес второй и поздравляет руководителя Ортопедической клиники с отличным результатом операции у третьей больной.

#### II. Доклады.

1. Доц. Новотельнов С. А. (Ленинград). *Лечение острых, хронических и послеогнестрельных остеомиелитов по методу Огг'а.* Этот заочный доклад зачитывается по рукописи автора д-ром Тихоновым.

Метод Огг'а, применяемый последним в 1923 г., основан на тщательно проведенной операции секвестротомии, высушивании полости, смазывании костного ложа йодной настойкой и 95%-ым спиртом, после чего рана не плотно тампонируется марлевыми тампонами, смоченными в жидком парафине. Сверху накладывается обильное количество сухой марли (или лучше, по Новотельнову, сухой мох—сфаги) и накладывается гипсовая повязка, фиксирующая повязку и иммобилизирующая конечность. Первая послеоперационная повязка делается не ранее, чем через 4—8 недель, последующие через 2—4 недели. При этом меняются только верхние слои, тампоны же не трогаются: они постепенно выталкиваются самими грануляциями. Автор доклада (Новотельнов) прооперировал по Огг'у с радикальным успехом 20 случаев остеомиелита и горячо рекомендует данный метод.

3. Проф. Фридланд М. О.—*Новые пути в лечении остеомиелитов.* Один из этих путей—только что заслушанный метод Огг'а. Его исключительные достоинства подтверждаются первыми 5 случаями наблюдений и нашей клиники, о которых докладывает дальше д-р Л. И. Шулушко. Достоинства метода в высоком проценте (70%-75%) стойкого излечения, амбулаторном ведении всего послеоперационного периода, минимуме затрат перевязочного материала. Недостаток только один—дурной запах повязки. Сам Огг полагает, что секрет успеха—в полном покое раны, не травмируемой частыми перевязками и тем самым избегаемой от реинфекции.

Иначе объясняет это Албее (1933). По его мнению, успех метода Огг'а зависит от развития в ране бактериофагов. Чтобы ускорить заживление раны, Албее не дожидается самостоятельного развития бактериофагов, а вводит их искусственно. Для этого секвестротомированная полость заполняется не провазелиненной марлей, а полужидкой смесью парафин-вазелина, сывозь которую вводится до дна раны мягкий катетер. Через последний периодически, начиная с первого же дня, впрыскивается по 10 к. с. бульонной эмульсии бактериофагов. При этом сроки заживления еще более быстрые, чем в методе Огг'а.

Особняком стоит метод Ваег'а. Этот автор лечит остеомиелиты с 1928 г. введением в секвестротомированную рану личинок мух (белых червей). Последние

остаются в ране до 5 суток, затем удаляются, рана сухо тампонируется. Через несколько дней снова вводятся черви. Таких сеансов, в среднем, до 11-ти у каждого больного. Эффект лечения исключительно благоприятный. Однако техника выращивания червей по Ваегу сложна, т. к. он стремится получить их стерильными. Многочисленные последователи Ваегга упрощают методику выращивания мух, получения на них личек и вылупливания из яиц личинок (червей). Так, Мскевез ограничивается элементарной аппаратурой (клеткой для мух, термостатом и обычной химической посудой) и промыванием червей в растворе сулемы 1:1000 с 25%-ым содержанием алкоголя непосредственно перед введением их в рану.

3. Шулушко, Л. И. *Ближайшие впечатления от 5 случаев остеомиелита, оперированных по Огг'у.*

Докладчик останавливается на клинич. картине 5 хроников остеомиелитов, оперированных в Ортопед. клинике (проф. Фридландом и д-ром Шулушко) по Огг'у. Исключительно благоприятное течение. Первая повязка менялась через 4—6 недель. Тампоны к этому времени наполовину выталкивались здоровыми красными грануляциями из раны.

Три случая демонстрируются докладчиком: остеомиелит плеча, предплечья и кисти, причем у последнего б-ного повязка (2-ая после операции, сделанной 2½ мес. назад) снята непосредственно на демонстрации. По удалении гипса оказалось, что рана совершенно зажила, а вытолкнутый тампон, почти сухой, лежит в общей массе перевязочного материала.

Заслушанные доклады вызвали оживленные прения. Доценты Домрачев и Цимхес интересуются механизмом благоприятного действия червей в ране и отдаленными результатами лечения по Ваегу и Огг'у; д-ра Энгель, Алешин и Тихонов — субъективными ощущениями б-ных при лечении червями, методикой Огг'а при остеомиелите лицевых костей и сравнительными данными лечения методом Огг'а и методом лечения остеомиелитов открытым бесповязочным способом. Д-р Эляшевич допускает возможность расширения применения метода Огг'а при гнойных поражениях мягких тканей. Доцент Цимхес отмечает благоприятное действие на раны вазелиновых паст вообще и то обстоятельство, что бактериофаги играют роль в процессе заживления трофических язв.

Проф. Фридланд в заключительном слове отвечает, что некоторые авторы придают значение ферментам, выделяемым ротовыми и пищеварительными железами личинки мух. Отдаленные результаты лечения по Огг'у и по Ваегу прослежены во многих случаях до 2 лет. Субъективное ощущение от лечения червями у особо нервных и впечатлительных лиц может быть, конечно, очень неприятным, но у большинства лиц реакция не такова, чтобы это мешало проведению метода лечения. О технике лечения остеомиелита специально лицевых костей по Огг'у мне ничего неизвестно. Качественные результаты от лечения по Огг'у превосходят все прежние способы, в том числе и открытое бестампонное лечение. Лечение гнойных процессов мягких тканей по принципу Огг'а едва ли необходимо.

Проф. Вишневский резюмирует доклады, указывая на прогресс в деле лечения остеомиелитов после мировой войны. Весьма симпатизирует и целиком присоединяется к идее лечения по Огг'у.

Секретарь д-р Шулушко.

*Заседание 15 ноября 1933 г.*

Председатель проф. Л. В. Вишневский, секретарь д-р Харитонов.

Пр.-доц. И. В. Домрачев продемонстрировал 5 больных с хроническими язвами нижних конечностей, леченных по методу проф. А. В. Вишневского новокаиновым блоком нервной системы. Производились вливания раствора новокаина 1:8 на Рингеровском растворе в окологочечную клетчатку, первый шейный узел симпатического нерва или циркулярное вливание в конечности. Количество раствора требовалось от 50 до 150 куб. см. Хронически текущие язвы зарубцевались в промежутки времени от 1 до 4 недель.

Д-р Пшеничников В. И. „*Консервативное лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки*“.

В этиологии язв желудка и двенадцатиперстной кишки большинство исследователей признают неврогенные факторы. Исходя из взгляда на язву желудка и двенадцатиперстной кишки как на трофоневроз вегетативной нервной системы.

проф. А. В. Вишнеvский предложил новокаиновый блок с целью прерывания факторов раздражения, исходящих из вегетативной нервной системы.

Материал докладчика 51 случай, из них 45 мужчин и 6 женщин. Вливания новокаина на Рингеровском растворе 1:8 производились в окологпочечную клетчатку, первый шейный узел симпатического нерва и циркулярно в бедра. Количество раствора от 120 до 150 куб. см. В некоторых случаях на 1 или 2 день после вливания наблюдались обострения, которые затем сменялись хорошим самочувствием больных. В некоторых случаях требовалось повторное вливание. Результаты лечения благоприятны. Только в случаях каллезных язв лечение не давало положительного результата и приходилось применять оперативное лечение. Вливание в правую и левую окологпочечную клетчатку действовало одинаково, такой же результат получился и от циркулярного опрыскивания бедра. Длительность наблюдения до 1 года.

Рупасов Н. Ф. (Можгинская больница) „Лечение рожистых процессов новокаиновым блоком нервной системы“.

Материал докладчика—23 случая рожи. Мужчин 8, женщин 15. Рожа головы и лица 15, рожа туловища 3 и рожа конечностей 5.

Вливания новокаина в окологпочечную клетчатку, первый шейный узел симпатической нервной системы и циркулярно в конечности. Автор отмечает быстрое купирование рожистых процессов после вливания новокаина.

Проф. А. В. Вишнеvский. „Роль и значение местной анестезии при воспалительных процессах“. Еще работами Ш п и с с а (1901—1906 г.) установлено, что воспалительные процессы текут более благоприятно при условии уничтожения болевой чувствительности каким-либо анестезирующим веществом (новокаин, кокаин). Проф. Вишнеvский, применяя местную анестезию во всех областях человеческого тела, давно уже сталкивался с необходимостью применения ее и при местных воспалительных процессах, установив полную безопасность подобного вмешательства. Первые опыты оперирования под местной анестезией воспалительных процессов автором производились при фурункулах, и распространенных флегмонах с целью обезболивания. За первыми опытами шли операции по поводу остеомиелитов, перитонитов, аппендицитов, перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Наблюдая поразительно хорошее течение заболеваний у оперированных больных, автор еще 10 лет тому назад высказал предположение, что благоприятное течение болезни обуславливается системой обработки тканей анестезирующим раствором.

Проф. Вишнеvский констатирует быстрое исчезновение отеков под действием новокаина при самопроизвольной гангрене, тромбозе вен нижних конечностей, рожистых процессах и при почечных заболеваниях.

Автор приходит к заключению, что не лежит ли в патогенезе всех отеков трофоневроз? Благоприятное течение перитонитов при воздействии на них новокаином находится в согласии с данными опытов А. В. С пер а н с к о г о, М. П. Бушмакина, П. В. Маненкова, отметивших благоприятное течение воспалительных заболеваний брюшной полости у девагированных животных. Проф. А. В. Вишнеvский находит, что новокаиновый блок нервной системы может быть приравнен к перерезке вегетативной нервной системы и благоприятным образом действуя на трофику тканей, обуславливает этим облегчение течения воспалительного процесса.

Прения: Гулевич „Какова давность наблюдения при язвах желудка?“ „Применялся ли другой вид лечения?“

Проф. Соколов Н. В. „Клинику проф. А. В. Вишнеvского можно поздравить с хорошими результатами лечения новокаиновым блоком при язвах желудка и воспалительных процессах. Можно не согласиться с некоторыми выводами д-ра Рупасова“.

Проф. Трутнев приводит случай вливания новокаина при ангине Людвига и первичной роже гортани. Тяжелые отеки быстро исчезли в том и другом случае.

И. Харитонов.

Заседание 27 ноября 1933 г.

Председатель проф. А. В. Вишнеvский. Секретарь прив.-доц. Г. М. Новиков.

1. Прив.-доц. Сызганов—Опыт применения инъекции лимфатической системы при операциях по поводу рака. Автор применял инъекцию лимфатич. системы в трех случаях рака нижней губы. Метод инъекции—впрыскивание 2% раство-

ра метиленовой синьки. Раствор вводился в ближайшей окрестности опухоли. Инъекцировались все субментальные лимф. узлы и часть подчелюстных узлов. Интенсивно синяя окраска даже самых мелких узлов способствует их выявлению, а следовательно—и наиболее полному удалению. Метод применим и в других пораженных раком областях тела и может помочь более радикальному удалению лимф. метастазов. Докладчик демонстрирует препараты.

*Вопросы и прения:* Рупасов, Новиков, проф. Вишнеvский—метод инъекции требует дальнейшей разработки и, несомненно, будет иметь большую практическую ценность.

2. Д-р Гулеви ч—случай воздушной эмболии при пнеvмопункции. Сообщает о случае внезапной смерти при пункции легкого во время второго момента операции, предпринятой по поводу абсцесса легкого (верхней доли). В первый момент операции (toracotomia lateralis) была обнаружена свободная плевральная полость, в виду чего, по иссечении мягких тканей, на плевральные листки наложены швы по Ру. В ближайшие за операцией дни—септическая флегмона грудной стенки. Через четыре недели—второй момент операции. После анестезии новоккаином. операционного поля и небольших надрезов кожи по краям кожного лоскута для его мобилизации с целью лучшего обнажения области старых плевральных листков, приступлено к пункции легкого. Максимальная глубина пункции 3—4,5 сан. После 3—4 пункций у больного начался приступ кашля с небольшой примесью крови в мокроте, холодный пот, одышка, падение пульса и, наконец, остановка дыхания. Через 8 мин.—exitus.

При вскрытии—в правом сердце обнаружена пенистая кровь и воздух. Повреждения крупных сосудов нет. Анализируя свой случай, докладчик считает, что причиной воздушной эмболии могло быть повреждение бронхиальных вен, ненормально расширенных вследствие хронического процесса в легких. Отмечает редкость случая.

*Вопросы и прения:* проф. Фридланд—Механизм происхождения воздушной эмболии в данном случае считает понятным: несомненно, были повреждены бронхиальные вены, но для того, чтобы воздух попал в сердце, нужны были еще какие-то конституциональные условия.

Рупасов считает, что перед второй операцией больной недостаточно хорошо был обработан в смысле рентгеноvского исследования.

Проф. Вишнеvский—оперативные вмешательства при абсцессах легкого нужно предпринимать лишь в исключительных случаях, когда будут испробованы все консервативные мероприятия. Последние обычно дают хороший результат. Мы тоже имели в своем материале случай воздушной эмболии, но не сердца,—а головного мозга. Он у нас кончился благополучно и б-ой выздоровел без всякой операции.

Д-р Рупасов и д-р Мурат—К вопросу о лечении водянки головного мозга.

После краткой характеристики всех существующих методов оперативного лечения головной водянки—докладчики демонстрируют (диапозитивы) разработанный ими метод операции. Заключается он в том, что авторы соединяют спинно-мозговой канал с брюшной полостью путем трепанации тела 5-го поясничного позвонка. Dura mater при этом вскрывается, а в костный канал вводится лента из париетальной брюшины. В двух оперированных ими случаях они получили хороший эффект на сроке наблюдения в 9 месяцев. Свой способ рекомендуют применять при сообщающихся формах головной водянки. Докладчики добавляют, что, занимаясь литературной обработкой вопроса, они в статье Бакулева нашли указание на то, что еще в 1900 г. Фергусон произвел подобную операцию. Ознакомиться с первоисточником авторы не смогли.

*Вопросы и прения:* Сызганов—идея операции очень остроумна. Предлагает произвести экспериментальное исследование для выяснения вопроса о том, какие изменения претерпевает трепанационное отверстие в позвонке в дальнейшем течении.

Проф. Фридланд—считает, что отверстие в позвонке должно неминуемо зарости, так как репаративная способность позвонков восстанавливается даже и при более крупных повреждениях. Истечение спинно-мозговой жидкости едва ли помешает этому.

Проф. Вишнеvский—Принимая во внимание, что мы до сих пор не имеем в своих руках вполне надежного оперативного метода для борьбы с головной

водянкой, нужно считать предлагаемую операцию вполне приемлемой. Предложил ее Фергусон и докладчики ее освежили. Трепанационное отверстие безусловно зарастает, следовательно и эта операция является паллиативной, но на первых порах она дает хорошие результаты.

Проф. А. В. Вишнеvский — *Отчет о работе хирургической секции и плане работы на 1933/34 академический год.* Отмечая большую работу, которая проделана секцией и Бюро за истекший год, докладчик фиксирует внимание собрания, главным образом, на недостатках работы с тем, чтобы новый состав Бюро изжил их. Докладчик указывает на то, что не все кафедры выполнили свой план научно-исследовательской работы, плохое участие в работе молодежи, мало занимались изучением сельско-хозяйственного и промышленного травматизма, недостаточно участвовали в общественной работе и пр. Наши доклады на секции часто страдают излишним многословием, в силу чего повестки заседаний приходится сокращать, — все это необходимо изжить.

В прениях выступают: Новиков, Ратнер, Фридланд, Соколов.  
5. Выборы Бюро секции. В новый состав Бюро избираются: проф. Вишнеvский, Боголюбов, Фридланд, Соколов, Гусынин. Прив. доц. Ратнер, Сызганов, Новиков. Д-ра: Курбан-Галиев, Казаков, Шулутко, Шакиров.

## 2) Акушерско-гинекологическая секция.

*Заседание 21 сентября. 1933 г.*

1) Д-р Н. Е. Сидоров сделал доклад о времени появления гормона передней доли гипофиза в эмбриональной жизни человека. Одной из главных внутрисекреторных функций гипофиза считается регуляция роста организма и, как отдельное проявление этого, влияние на развитие полового аппарата. Последнее обуславливается действием гормона передней доли гипофиза. Ряд клинических фактов заставляет допустить, что указанный гормон проявляет себя еще задолго до рождения человека, в его эмбриональной жизни. С целью точно определить срок его появления докладчик произвел 41 опыт с пересадкой гипофиза человеческих плодов различных возрастов эмбриональной жизни неполовозрелым белым мышам, каковые опыты позволили ему прийти к след. выводам: 1) Можно с несомненностью утверждать о наличии внутрисекреторной деятельности гипофиза, именно передней его доли, в эмбриональной жизни плода, причем степень этой деятельности различна в зависимости от возраста зародыша. 2) Если считать по Aschheim'у и Zondek'у, что необходимым признаком действия гормона передней доли гипофиза являются изменения в яичниках, то предельным возрастом его появления является 4—5-месячный; если же принимать, что изменения в рукаве и матке, при почти отсутствующих или сомнительных гистологических изменениях в яичниках мышей, являются также проявлением гормонального влияния передней доли гипофиза, то начальный срок этого влияния можно усматривать и у плодов 3 месячного возраста.

По докладу д-ра С. высказались профф. В. С. Груздев, П. В. Маненков, И. Ф. Козлов и д-р И. В. Данилов.

2) Д-р М. А. Романов сообщил о случае перелома нижних конечностей *утробного плода*. Случай имел место у 38-летней multipara, которая за 2—3 недели до срочного окончания беременности получила сильный удар ногой в живот. Перелом, как оказалось после рождения ребенка, имел место в обоих бедрах, в средней их трети.

3) Д-р Н. Е. Турова сообщила о случае *ранения беременной матки с повреждением кожи головки плода*, извлеченного путем кесарского сечения живым. Мать также перенесла ранение и операцию благополучно, несмотря на то, что у ней имело место повреждение кишок.

В прениях проф. И. Ф. Козлов отметил, что, при наличии повреждения кишок, нельзя было допускать закрытия раны живота наглухо, как то сделала докладчица.

*Заседание 23 октября.*

1) Д-р Е. И. Горелова сделала доклад об *остроконечных кондиломах наружных половых органов и рукава у женщин*. В основу доклада легли все случаи данного заболевания, наблюдавшиеся в акушерско-гинекологической клинике Казанского МИ с 1900 г.

В прениях по докладу приняли участие профф. И. Ф. Козлов и В. С. Груздев.

2) Д-р А. В. Алимбек сообщила о случае *дермоида тазовой клетчатки*. Больная 28 л., была беременна 3 раза: первые роды, в 1924 г., закончены щипцами, при вторых, в 1925 г., сделано кесарское сечение (плод извлечен мертвым), при третьей беременности, в 1926 г., сделана, на III мес., задняя кольпотомия, причем выпущено содержимое дермоида, а через 7 месяцев после этого произведено вторичное кесарское сечение при поперечном положении плода с выпадением ручки (операция удачна—плод извлечен живым). Больная поступила в клинику в тек. году по поводу опухоли в малом тазу, сидевшей позади прямой кишки. Когда предпринятая сначала лапаротомия выяснила, что опухоль эта неудалима вследствие интимных спаек с кишкой, то брюшная рана была закрыта и произведен разрез через заднюю часть промежности, при котором содержимое опухоли, состоявшее из жировой массы с волосами, было опорожнено наружу, и полость дермоида затампонирована.

В прениях проф. В. С. Груздев отметил редкость случая,—в русской литературе он не нашел ни одного случая дермоидов тазовой клетчатки, в иностранной же нашел сведения о 29 подобных случаях, собранных S ä n g e r ' o m

Проф. П. В. Маненков сообщил о случае *пузырно-уретрального свища с успехом зашитого им по Martius'у* (с пластическим закрытием области свища мышцами m. bulbo-cavernosi и ischio-cavernosi).

4) Проф. В. С. Груздев прочитал обращение НКЗ РСФСР с предложением дать заключение о наиболее целесообразном распределении помещений *типового акушерско-гинекологического стационара*.

После оживленного обмена мнений постановлено: считать наиболее целесообразным размещение акушерского и гинекологического отделений в одном 2-этажном здании с полуподвальным помещением для хозяйственных надобностей; септическое отделение поместить в этом же корпусе с совершенно изолированным ходом и при отдельном обслуживающем персонале.

*Заседание 15 ноября.*

1) Д-р Н. Е. Сидоров сделал доклад под заглавием: *„Опыт проведения хозрасчета в Акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВ'а.“*

Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие д-ра М. А. Романов, И. В. Данилов, Андропова и профф. П. В. Маненков и В. С. Груздев.

2) Д-р С. В. Лейбов сообщил *проект конкурса на лучшее больничное дело ТР*, выработанный штабом Акушерско-гинекологической клиники Казанского МИ.

Проект подвергся подробному обсуждению, в котором приняли участие д-ра Н. Е. Сидоров и И. В. Данилов и профф. И. Ф. Козлов и П. В. Маненков.

3) Проф. В. С. Груздев прочитал *краткий отчет о работе секции 1932—3 уч. г.*—Отчет утвержден.

4) Он же представил *план работы секции в будущем 1933—4 г.*—План принят без изменений.

5) Произведены *перевыборы президиума секции на 1933—4 г.*, причем выбранными оказались: председателем проф. В. С. Груздев, его заместителями профф. И. Ф. Козлов и П. В. Маненков, секретарями д-ра И. В. Данилов и О. Г. Аунапу.

Председатель секции проф. В. Груздев.

### 3) Ушная секция.

*Заседание 23 марта 1933 года.* #

Председатель—проф. В. К. Трутнев.  
Секретарь—д-р А. И. Мухамедов.

Присутствуют 15 человек.

Проф. Трутнев и д-р Борщев К. Г. сообщают о наблюдаемом в Казанской ушной клинике случае *сосудистой опухоли барабанной перепонки*.

Б-ной М., 70 лет, рабочий кожевенной Казанской фабрики „Спартак“, явился на прием в клинику с жалобами на понижение слуха на оба уха, но более на правое. Как заметил больной, слух у него начал понижаться еще 5—6 лет тому

назад. Увеличившаяся за последнее время глухота, в результате которой он не может слышать обычную разговорную речь, заставила его обратиться за помощью. По словам б-го, гноетечения из ушей у него никогда не было, головных болей, головокружения—тоже нет. Никаких заболеваний в детстве и вообще в последующей своей жизни, б-ной не отмечает, Lues — отрицает. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

При отоскопии ясно обрисовывается темновато-красное, немного с синюшным оттенком, возвышающееся образование, сидящее своим широким основанием в центральной части барабанной перепонки. Образование это округло—продолговатой формы, своим видом напоминает падающую каплю, главная масса которой расположена на рукоятке молоточка.

Ширина данного образования в два-три раза превышает ширину рукоятки молоточка, оно умеренно-плотноватой консистенции, при дотрагивании до него ватником не кровоточит. При более пристальном взгляде простым глазом, а через лупу еще более, на поверхности образования видна густая сеть переплетающихся между собой сосудов. Вокруг описываемого образования лежит несколько помутневшая барабанная перепонка. После прикосновения к поверхности образования зондом, на барабанной перепонке появляется заметная на глаз, равномерная гиперемия, которая затем исчезает. Вся барабанная перепонка равномерно подвижна. Наружный слуховой проход имеет среднюю длину и искривление. Ушная раковина—без изменения.

Барабанная перепонка мутна, втянута, равномерно подвижна.

Исследование слуха:

6"	23"	2,3	32	1 м.	0	1/2 м.	0
10"	15"	2,3	32	3 м.	0	1/2 м.	0

Из приведенной истории болезни б-го М. можно сделать следующие выводы:

1. Описанная нами опухоль барабанной перепонки относится к чрезвычайно редким заболеваниям барабанной перепонки, вопрос о которых весьма мало разработан как в иностранной, так, тем более, в русской литературе.

2. Не имея данных гистологического исследования опухоли, но основываясь только на внешнем ее виде и характере, мы все же можем в нашем случае констатировать сосудистую опухоль барабанной перепонки, относящуюся к числу ангиом.

3. Наличие данной опухоли барабанной перепонки нельзя считать причиной имеющегося у нашего больного понижения слуха, хотя эта опухоль и нарушает звукопроводящую способность правого уха.

Вопросы и прения: Щербатов, Вольфсон, Викторова, Мухаметов, Мошин, проф. В. К. Трутнев.

3 Мошин Р. И. демонстрирует больную Б., которая интересна в диагностическом отношении.

Б-ная страдает с раннего детства тугоухостью. 10 лет назад появились сильные шумы в ушах, заставившие ее обращаться к отиатрам за помощью. После перенесенного тифа (1929 г.) слух резко понизился и понижение слуха прогрессирует. Переехав на жительство в Казань, б-ная обратилась в клинику за лечебной помощью в феврале м-це с/г. Констатировано резкое понижение слуха и назначена фарадизация ушей. Она походила несколько дней на фарадизацию и потом исчезла. Недели через две появляется снова в клинику и передает следующее: она заболела каким-то заболеванием с повышением т-ры. Во время болезни появилось кровотечение из левого уха и одновременно появился на него слух, но настолько острый, что б-ной приходилось просить, говорящих с ней нормальной речью,—говорить с ней тише.

Звуки рояля, которые она до этого слышала глухо, могла, без неприятных для себя ощущений, слышать лишь из соседней камеры. Такое состояние продолжалось 5—6 дней, и затем слух стал снова падать на левое ухо. Явилась в клинику задержать падающий слух.

Следующие данные были обнаружены при осмотре ее после болезни: со стороны носа и горла особых изменений не обнаружено.— Перерождение барабанной перепонки.— В слуховом проходе сгустки крови. Барабанная перепонка розовата, в верхне-заднем отделе картина, вызывающая впечатление перфорации.

Прения и вопросы: Проф. В. К. Трутнев, Вольфсон, Мухаметов, Щербатов.

4. Аспирант Б. Н. Соколов.—Демонстрация больного с явлениями *хронического ринита, повидимому, гонорройного происхождения*. Б-ной в течение 3-х лет после перенесенного острого гонорр. уретрита имеет заболевание носа, характеризующееся болями в области спинки носа, носовых косточек, головными болями в височной области, чувством щекотания и позе жжения в носу, при явлениях вначале обильного гнойного насморка, постепенно исчезнувшего; процесс дает обострение при приемах пищи с включением острых, пряных веществ и приемах алкоголя.

Бактериологическое исследование мазка из носа и носоглотки дало при посевах культуру гонококка.

Некоторые подробности личного и семейного анамнеза еще более заставляют думать о гонококковой природе данного заболевания.

Здесь необходимо заострить наше внимание с тем, чтобы в конце концов выяснить и установить синдром гонорр. ринита.

Прения: проф. В. К. Трутнев, Вольфсон, Матвеев, Щербатов и Посыпкин.

5. Аспирант Мошин Р. И. и асс. Герасимов И. Ф.—*Состояние верхних дыхательных путей и ушей у призывников 1930 г.*

Прения и вопросы: Мухаметов, Матвеев, Борщов, проф. В. К. Трутнев.

*Заседание 16 апреля 1933 г.*

Присутствовало 16 человек. Председатель проф. В. К. Трутнев.

Секретарь Мошин.

Пр.-доц. Лебедевский Б. Н. *„К вопросу об оперативном лечении деформации носовой перегородки“.*

Опыт рационализации оперативной работы на материале 208 случаев искривлений носовой перегородки. 105 операций проведено в лежачем положении больного, что предупреждает наступление неприятных рефлекторных явлений с носовой перегородки. С целью сократить длительность пребывания больного на операционном столе анестезирование слизистой носа проводится за 10' до операции путем смазывания 10% раствором кокаина. Длительность операции от 7 до 15 минут.

Заданы вопросы:

Асс. Вольфсон: Как учитывался эффект от операции?

Пр.-доц. Лебедевский:—Эффект учитывался субъективно и объективно. Так, оперированные заявляют, что уменьшается неприятность при противогазе после операции. У некоторых больных дыхание носом проверялось газовыми часами.

Асс. Вольфсон.—Как далеко проводился разрез? Проводилась ли анестезия слизистой по Цитовичу?

Пр.-доц. Лебедевский.—Разрез делается в зависимости от характера искривления перегородки. Анестезия слизистой по Цитовичу не проводилась.

Задали вопросы Герасимов, Никитин, Мухамедов.

Прения: Асс. Герасимов: Я производил много операций на носовых перегородках на трупах и прихожу к выводу, что вполне возможно производство операций на перегородках в лежачем положении.

Асс. Щербатов.—Отрицательная сторона оперирования в лежачем положении заключается в том, что происходит затекание крови в нижележащие отделы верхних дыхательных путей.

Пр.-доц. Лебедевский.—Попадает кровь в носоглотку при оперировании в лежачем положении не больше, чем в сидячем.

Асс. Вольфсон: Доклад представляет большую ценность. Оперировать надо по истечении некоторого времени после анестезии, чтобы кокаин всосался. При правильном проведении анестезии кровотечения при операции нет.

Проф. Трутнев: Оперирование перегородки в сидячем положении имеет ряд преимуществ. В саратовской ушной клинике наблюдалось значительное количество явлений кокаинизма при введении новококаина под слизистую латеральной стенки носа, при операциях на гайморовой пазухе в лежачем положении. У меня создалось определенное впечатление, что явления кокаинизма зависят не только от положения, но и от ряда других факторов: состояние нервной системы, конституция и др. Лежачее положение менее выгодно уже

потому, что при нем хирург поставлен в менее выгодные технические условия. Заслуживает внимания стандартизация подготовки больных (смазывания). Следует приветствовать попытку отделять оперированных после операции на перегородке от других больных, создавая отдельные палаты. Ценность данной работы заключается в том, что материал прошел через одни руки.

Асс. Щербатов И. И. — „Гонококковый артрит черпаловидного сочленения“. Артрит гортани гонококкового происхождения встречается очень редко. В литературе описано только 11 случаев этого заболевания. Приводится кратко несколько историй болезни.

Случай, наблюдавшийся докладчиком, представляет интерес, как по клиническому течению, так и по исходу его.

Больной Т., 28 лет, обратился в клинику с жалобами на потерю голоса. Болен 3 месяца, когда у больного сразу появилась хрипота и исчез голос. В течение нескольких дней была высокая температура и озноб. Болей при глотании не было. Афония держится до сего времени. Раньше горло не болело. В 1928 году заболел гонореей, по поводу которой лечился 10 месяцев. Было воспаление левого яичка. С 1930 года страдает пиелитом, который по временам обостряется. При исследовании найдено: нос, зев и носоглотка без особых изменений. В гортани неподвижность левой половины гортани. Резкая отечность левого черпаловидного хряща, которая уменьшается по направлению к черпалонадгортанной складке. Полная неподвижность левого черпала. Истинные голосовые связки не изменены. Правая половина гортани не изменена и подвижна. RW и V. Genou — отрицательны. С стороны внутренних органов отклонений нет. Рентгенокопия легких изменений не обнаружила. Больному была назначена фарадизация гортани — спустя 2 месяца после лечения афония исчезла и голос сделался чистым. При ларингоскопии оказалось, что анкилоз левого черпала не исчез. Отечность в области хряща уменьшилась. Правая половина гортани при ротации заходит за среднюю линию и, благодаря этому, замыкает голосовую щель. Этот случай отличается от описанных в литературе тем, что он возник не в острой стадии гонорреи и тем, что остался анкилоз перстне-черпаловидного сочленения. Случай относится к гонорроевым поражениям сустава, как по анамнезу, так и по клиническому течению. Артрит другого происхождения здесь исключается.

Вопросы задали: Герасимов, Лебедевский.

Проф. В. К. Трутнев. — Случай не блещет всеми данными. Туманна и клиническая картина. Требуется дальнейшее наблюдение подобных случаев.

*Заседание 2-го ноября 1933 года.*

Присутствует 19 человек. Председатель проф. В. К. Трутнев.

Секретарь д-р Мошин.

1. Прив. доц. С. П. Яхонтов. „Материалы к вопросу о ретробульбарных невритах риногенного происхождения“.

Докладчик приводит в своей большой монографической работе богатый литературный материал по этому вопросу как русских, так и зарубежных специалистов и анализирует наблюдаемый им клинический материал.

В прениях выступали пр.-доц. Круглов, прив.-доц. Лебедевский, проф. В. К. Трутнев.

2. Д-р Соколов Б. Н. „Редкий случай глиомы носа“. Докладчик делает краткий обзор ранее описанных случаев глиомы носа, как чрезвычайно редких опухолей, останавливается на вопросах этиологии, развития глиом как отшнуровавшихся участков ткани мозга благодаря дефектам строения черепа. Характеризуются также клиническая картина, течение, диагностика и лечение глиом. Подробно освещается случай данной опухоли, имевший место в клинике.

Вопросы и прения — Чуднососветов, Круглов, проф. Трутнев.

3. Д-р Соколов Б. Н. „К клинике остеома носа“.

Сделав вкратце описание характера развития и образования костных опухолей, — заканчивает подробным рассмотрением случая, имевшего место в клинике.

В прениях — д-р Иванов, Лебедевский, проф. Трутнев.

4. Орг. вопросы.

Поручено президиуму Секции составить план работы на текущий год и внести на обсуждение Секции.

О трехдневнике глухонемых — от секции выделен для участия в предварит. организац. обсуждениях — д-р Матвеев.

*Заседание 17-го ноября 1933 года.*

Присутствует 36 чел. Председатель проф. В. К. Трутнев.  
Секретарь д-р Р. И. Мошин.

1. Д-р Д. Н. Матвеев. Демонстрация больного по поводу вывиха носа.

2. Проф. Н. М. Пауткин и д-р Д. Н. Матвеев „Сопrotивляемость черепа человека механическим воздействиям“.

После описания данных исследований были приведены обобщающие выводы в отношении местоположения, характера и степени повреждения, а также ниже следующие выводы.

Средняя сопротивляемость черепа раздавливанию равна 426 кг, Наибольшую сопротивляемость череп оказывает в передне-заднем направлении (551 кг.), наименьшую — в боковом (354 кг.).

Кости свода черепа в большинстве случаев выдерживают удары грузом до 1 кг. с высоты до 1 м.

Максимальная твердость костей черепа около половины твердости цинка.

Швы черепа и щелевые пространства являются проводниками влияния механического воздействия и в то же время фактором, умеряющим это влияние.

Повреждения пирамидки височной кости и частей основной кости — повреждения вдали от места механического воздействия — являются результатом движения эффекта этого воздействия по швам.

Череп есть конструктивная единица, качество которой определяется „разрушающим грузом“ и „коэффициентом безопасности“, который колеблется в широких пределах от 21,1% до 100% и в среднем составляет 61,7%.

В прениях выступили прив. доц. Сызганов, проф. Викторoв, и проф. В. К. Трутнев.

*Заседание 27-го ноября 1933 года.*

Присутствует 16 чел. Председательствует проф. В. К. Трутнев.  
Секретарь д-р Н. П. Окунев.

1. Д-р П. Д. Бувев. *Материалы к вопросу о лимфатической системе гортани.*

В прениях выступил д-р Чудносоветов.

В заключение проф. Трутнев отмечает ценность данной работы.

2. Проф. Трутнев и д-р Соколов. *„Хлорома носа и придаточных пазух“.*

3. Орг. вопросы. Проф. Трутнев сделал отчет о работе секции за 10 месяцев. За отчетный период было 10 заседаний, из них 2 с офтальмологами, 2 — с терапевтами и хирургами. Было заслушано 16 докладов и ряд демонстраций больных. К числу пробелов надо отнести незаконченность бригады по обследованию меховых фабрик и ослабление дисциплины среди членов секции.

Надо отметить, что работа секции в сравнении с предыдущими годами — меньшая. Перспективы работы — обсуждение докладов и демонстраций, обследование меховых фабрик, трехдневник глухонемых, развитие хлортерапии в ТР.

Избран новый состав президиума: Проф. В. К. Трутнев (председатель), д-р Матвеев Д. Н. и Бобровский Н. А. (члены), д-р Соколов Б. Н., Гонцов Х. Х. (секретари).

#### 4) Глазная секция

*Заседание 27-го июня 1933 года.*

1. Ордин. Е. И. Липовцев продемонстрировал больного И., переведенного для специального лечения в глазную клинику из Окружной психиатрической больницы с явлениями начинающегося абсцесса арбиты.

Во время одной из ближайших перевязок обнаружено высывающееся из отечной ткани нижней передней складки глаза какое-то постороннее тело

которое легко извлекалось пинцетом и оказалось целой обожженной спичкой. При каких условиях произошла травма—больной сказать не мог. После удаления спички процесс быстро пошел на излечение. Наблюдение интересно как случай увечья или самоувечья психического больного.

2. Вторым был продемонстрирован больной С. после удачной\* магнитной операции, с сохранившимся зрением—0,9. Металлический осколок проник в области лимба роговицы левого глаза и был скрыт под оболочками глаза. Магнитная проба была положительна. Магнитом осколок легко был извлечен после небольшого расширения отверстия. Гладкое заживание.

Председатель проф. В. Адамюк.

*Заседание 29/X—1933 года.*

Присутствовали: сотрудники глазной клиники Мединститута и Трахоматозного института. Всего—17 чел.

1. Проф. В. Е. Адамюк продемонстрировал больного М. с очень благоприятным результатом после пластической операции рубцового эктропиона нижнего века по способу Рише, и бол. Г. с тяжелой травмой век левого глаза, с отрывом половины верхнего века (ремнем машины), требующ. вторичной пластической операции.

2. Д-р Вольгель сообщила результаты обследования на трахому школ г. Казани (Бауманского района). Проф. Мурзин отметил важное значение подобных обследований для выяснения распространения трахомы в школах, предложил выработать резолюцию глазн. секции по данному докладу и направить ее в НКЗдрав.

3. Д-р Булгакова.—*Обследование на трахому подшефного колхоза „Ударник“ Кукморского района.*

Все больные трахомой взяты на учет; 12 бол. произведены экспрессии, другим назначено лечение, проведение которого возложено на имеющуюся в этом колхозе сестру, для наблюдения за ходом лечения будут организованы периодические выезды специалиста.

В прениях участвовали: Проф. Адамюк, проф. Мурзин, д-ра Шишкин, Батарчуков, Круглов, Лиорберг и др.

4. Д-р Шишкин. *Профессиональный травматизм на фабрике „Пишмаш“.*

В 1932 году процент глазного травматизма к общему количеству травм выражался в среднем 25,7%.

На основе тщательного изучения технологии процесса, выявлены проф. вредности и условия, порождающие заболевания и травмы. Приняты меры к устранению этих вредностей и установлены приспособления по технике безопасности.

Орган зрения всех рабочих подвергался обследованию, особенно, обращалось внимание на рефракцию. Многим рабочим с неправильной рефракцией выписано корректирующие их зрение очки, а рабочим, работающим у станков, предоставляющих опасность для глаз, выдавались защитные очки.

В результате проведения означенных мероприятий процент глазного травматизма в первые полгода 1933 года снизился с 25,7% 1932 года до 17%.

Однако, такое снижение нужно признать далеко недостаточным. Отсюда вытекает необходимость постоянного наблюдения и работы врача-окулиста на самом производстве.

В прениях участвовали: Проф. Адамюк, проф. Мурзин, д-ра Чепурина, Деринг, Круглов и Лиорберг.

Председатель отметил обстоятельность доклада, новизну и важность для Глазной секции его содержания и высказал пожелание, чтобы докладчик в дальнейшем информировал глазн. секцию о ходе своей профилактической работы и достигнутых успехах.

Председатель проф. В. Адамюк.

### *5) Психо-неврологическая секция.*

*Заседание 28. XI—1933 г.*

Присутствовало: членов секции—23, посторонних—12.

*I. Научная часть:*

1. И. И. Русецкий и Н. И. Попов. *К учению о роли вегетативной нервной системы в паразенезе ишиаса.*

В прениях выступали: И. Я. Чураев, М. В. Кочергин, И. Н. Жилин, П. А. Бадюл, д-р Рупосов, М. П. Андреев.

2. Н. М. Тамбовцев.—*Хронические психотические состояния у алкоголиков.*

В прениях выступали: И. Н. Таллин, М. А. Рифман, М. Н. Андреев.

II *Административная часть.*

1. Отчет о работе секции на 1932/33 г. (информация М. П. Андреева).

Секция имела 2 заседания, число членов возросло с 15 до 30.

2. План работы на будущий год.

Заслушав планы отдельных клиник, собрание, по докладу М. П. Андреева, постановило: предложить новому Бюро организовать работу секции как нечто цельное, а не случайный набор докладов; с этой целью организовать ряд тематических заседаний (намечены проблемы: гематоэнцефалитический барьер, нервная система и психика при пеллагре, нервно-психические явления в постоперационных состояниях, психоневрозы), в которых давался бы подбор работ на одну тему, с освещением и общего состояния вопроса и деталей его в отдельных работах; организовать втягивание в работу молодых работников секции, увязывая их доклады с более широкими проблемами, освещаемыми их руководителями. Новому Бюро разработать на основе этих положений и планов отдельных клиник более детальный план, имея в виду оживление и урегулирование работы секции и в заседаниях и между ними, и представить к следующему заседанию.

3. *Пере выборы бюро.*

Избраны: Председатель М. П. Андреев, тов. председателя И. С. Алуф и И. И. Русецкий, секретари: С. А. Эсселевич и П. А. Бадюл.

## Профессор К. Р. Викторов.

*(к 30-летию врачебной и научно-педагогической деятельности)*

17 сентября 1933 года общественность г. Казани отметила 30-летие врачебной и научно-педагогической деятельности профессора Константина Рафаиловича Викторова.

Сын бухгалтера, К. Р. Викторов родился в 1878 г. в Самаре. Окончил Казанский ветеринарный институт в 1903 г. Проявив еще со студенческой скамьи интерес к научно-педагогической работе, К. Р. в течение двух лет по окончании института работал в кабинете пат.-анатомии под руководством проф. К. Г. Боляя. Сдав магистрантские испытания, К. Р. в 1906 г. защитил диссертацию „к вопросу об амилоиде печени и селезенки лошади“ и получил ученую степень магистра ветеринарных наук. Диссертация до сего времени не потеряла своего интереса и ценности, являясь наиболее полным и обстоятельным трудом по трактуемому в ней вопросу. За время работы при кабинете пат. анатомии К. Р. зарекомендовал себя незаурядным работником, живо интересующимся также вопросами физиологии домашних животных (работа „к физиологии желудочных желез“), почему не случайно, при назначении кандидата в заграничную командировку в качестве профессорского стипендиата по кафедре физиологии, выбор пал на К. Р.

С 1906 по 1910 год К. Р. работает в лабораториях лучших заграничных физиологов (Пфлюгер в Бонне, Экснер в Вене, Элленбергер в Дрездене, Франк в Мюнхене, Боттацци в Неаполе), где он обстоятельно знакомится с интересующей его дисциплиной.

По возвращении из-за границы, К. Р. получает с осени 1910 г. в заведывание кафедру физиологии Казанского вет. института—сначала в должности приват-доцента, потом доцента, экстраординарного и ординарного профессора. В должности профессора этой кафедры К. Р. состоит и в настоящее время.

Научная деятельность профессора К. Р. Викторова, по его собственному определению, складывается из двух периодов,—до и после 1917 г. То слабое внимание, которое уделялось в старой России науке вообще, а ветеринарии в особенности, не позволяло К. Р. широко развернуть исследовательскую работу. Из почти 100 работ, принадлежащих К. Р. и его лаборатории, лишь 27 выпол-

нены до 1917 года, причем половина этих работ проведена за время заграничной командировки. Лишь с 1917 года К. Р. смог по-настоящему развернуть работу своей лаборатории. Результатом этой работы явилось значительное количество печатных трудов, среди которых надо отметить несколько диссертаций, вышедших из лаборатории К. Р., и руководство по физиологии птиц, изданное приложением к переведенному и отредактированному К. Р. учебнику по физиологии животных Элленберге́ра.

Среди учеников К. Р. Викторова имеется несколько профессоров и доцентов.

Необходимо отметить, что богатая эрудиция и педагогические качества К. Р. привлекли в его лабораторию учеников не только из вет. института, но и врачей-медиков. Умелое руководство исследовательской работой дало результатом появление в печати ряда сообщений из области физиологии верхних дыхательных путей. Наибольшего внимания заслуживают работы о влиянии типа дыхания на вентиляционную способность легких, изменения газового состава крови в зависимости от типа дыхания, о лимфатической системе носа и гортани, о функциональной связи между носом и женской половой сферой, всасывающая способность слизистой носа, колебания внутриглазного давления в зависимости от типа дыхания и др.

Совместно с ушной клиникой выпущено около 30 работ, в которых подробно разработаны сложные проблемы из области физиологии верхних дыхательных путей. Выполнение этих работ оказалось возможным благодаря постоянному и авторитетному руководству юбиляра.

В течение пяти лет ушная клиника плодотворно работала в контакте с проф. Викторовым. За все время совместной деятельности не было ни одного момента, который бы омрачил это содружество, что объясняется исключительными личными качествами К. Р.

Ушная клиника, отмечая большие научные заслуги К. Р., выражает уверенность, что энтузиазм, проявленный К. Р. в предыдущее время, не только не угаснет, но еще в большей степени обеспечит реализацию исследовательских планов, намеченных на ближайший отрезок времени физиологической лабораторией вет. института и ушной клиникой.

Не считая себя компетентными в вопросах ветеринарии, авторы настоящей статьи не могут дать полную оценку научной деятельности проф. Викторова, но считают чрезвычайно показательным моментом, характеризующим К. Р. как ученого, ту 4-х дневную конференцию физиологов, которой был ознаменован юбилей К. Р. На этой конференции был заслушан целый ряд интересных докладов не только казанских лабораторий и клиник, но и ученых далеких областей СССР.

К. Р. Викторов проявил также большие административные способности. В течение ряда лет он, заведывая учебной частью вет. института, принимал самое живое участие в перестройке учебных планов института и не мало способствовал повышению качества учебы (1920—1927, 1929—1932).

Как общественника научные работники Казани знают К. Р. по его многолетней работе ответственным секретарем СНР и членом бюро ЦКУБУ в Казани. В настоящее время он является одним из наиболее активных членов редакции институтского журнала.

*Проф. В. К. Трутнев. Ассистент П. Д. Буев,  
пр.-доц. Б. Н. Лебедевский В. А. Чудносоветов.*

## Эмиль Ру

3 ноября 1933 года в Париже скончался знаменитый бактериолог Pierre Paul Emile Roux—один из блестящей плеяды учеников и ближайших помощников творца современной микробиологии Пастёра.

Э. Ру родился в 1853 г. Медицину изучал в Клермон-Феране. Сначала он был препаратором в клинической лаборатории Hôtel-Dieu в Париже, а с 1877 г. стал ассистентом Пастёра в Высшей нормальной школе; с основания Пастёровского института он работал в этом институте и в последние годы жизни Пастёра был вице-директором ин-та, а со времени его смерти и до последних дней своей жизни был директором Пастёровского ин-та.

Как бактериолог Э. Ру имеет огромнейшие заслуги и его ценные работы сыграли огромнейшую роль в вопросах вакцинации и специфической терапии, положив начало серотерапии, наряду с Берингом. Парижские Академия медицинских наук и Академия наук свои премии за открытие специфического способа лечения дифтерии разделили между Ру и Берингом.

В начале своей деятельности Ру работал над вопросами о сибирской язве, затем частью единолично, а частью в сотрудничестве с Пастёром, Мечниковым, Шамберленом, Иерсенем, Боррелем и др. главным образом по вопросам дифтерии, столбняка и бешенства.

Особенно прославился Ру своими работами по дифтерии— „Contributions à l'étude de la diphthérie“, опубликован. в Annales de l'Institut Pasteur в 1888, 89 и 90.

Э. Ру принадлежит заслуга открытия в 1888 г. дифтерийного токсина. Он доказал, что целый ряд явлений, наблюдаемых при дифтерии, обуславливается именно тем токсином, который выделяют бац. дифтерии. На основе этого открытия Берингом был открыт антитоксин. Практически вопрос о получении больших количеств противодифтерийной сыворотки и о широком применении этой сыворотки на людях был разработан также Э. Ру. Таким образом Ру указанными работами положил начало серотерапии дифтерии и тем самым дал в руки врачей средство для лечения и предупреждения дифтерии.

Этот метод лечения, как известно, в дальнейшем послужил основой для выработки аналогичных способов лечения в отношении ряда таких инфекций, возбудители которых выделяют токсин, как напр. столбняк, газовая гангрена, скарлатина, дизентерия и отравлений, вызываемых токсином пал. ботулизма и ядом при укусах змей.

Изучая вопросы, связанные с иммунитетом при столбняке, Ру показал особую чувствительность мозгового вещества к столбнячному токсину и доказал, что у животных вырабатывается невосприимчивость к столбняку при иммунизации столбнячным токсином, затем им же было испытано действие противостолбнячной сыворотки. Далее, ряд работ Ру относится к вопросам изучения распространения вируса бешенства в организме; им было установлено, что вирус бешенства находится в наиболее концентрированном состоянии в центральной нервной системе. Эти работы являлись основой для последующей выработки Пастёром прививок против бешенства. Эти прививки до сих пор являются единственным средством против развития инфекции бешенства, которое без прививок всегда оканчивается смертью.

Таким образом, даже из краткого перечня главнейших работ Ру, мы видим, что введению ряда ценнейших и оставшихся до настоящего времени единственными по своему исключительному действию методов лечения человечество обязано Э. Ру.

Р. Гельтцер.

## Хроника.

1) Пролетарии передовых заводов и фабрик Москвы и Московской области обратились ко всем рабочим с призывом включиться в поход им. XVII партс'езда, притти к с'езду с новыми достижениями.

Вы берете на себя обязательство дать лучшие показатели: по культурному состоянию рабочего жилья, по культурному обслуживанию потребителя, по организации отдыха, лечения и культурного обслуживания трудящихся. Мы, медработники—профессора, научные работники, врачи-специалисты, являясь непосредственными вашими помощниками в реализации взятых вами обязательств, обязуемся включиться вместе с вами в борьбу за лучшие показатели по этим мероприятиям.

Мы берем на себя следующие обязательства:

1. Все врачи будут вести систематическую работу по созданию культурно-санитарного состояния каждого барака и общежития.

2. Все врачи активно участвуют в работе ячеек здравоохранения своих заводов.

3. Нашу научно-исследовательскую работу мы еще больше свяжем с практическими мероприятиями нашего социалистического здравоохранения по снижению заболеваемости и травматизма.

4. Мы будем по-большевистски бороться за превращение Москвы в образцовую по санитарному состоянию столицу.

5. Превратим наши больницы и амбулаторные объединения в образцовые: окружим вниманием и чутким отношением больных, добьемся, чтобы ни одной жалобы не поступало на нашу работу.

6. Сделаем все наши здравпункты опорными центрами в борьбе за санитарную культуру на предприятиях и в быту рабочих.

Все специалисты-медработники, все московские медицинские научные общества включаются активно в поход имени XVII партс'езда и широким развертыванием соцсоревнования и ударничества выполнят взятые на себя обязательства и смогут своими достижениями участвовать в рапорте тов. Сталину к XVII партийному с'езду.

*Председатели научных обществ:* заслуженный деятель науки, предс. о-ва патолого-анатомов—проф. А. И. Абрикосов, засл. деятель науки, предс. о-ва хирургов проф. Н. Н. Бурденко, засл. деятель науки, проф. А. В. Мартынов, предс. о-ва терапевтов—проф. М. П. Кончаловский, предс. о-ва невропатологов—проф. Е. К. Сепп, предс. о-ва акушеров-гинекологов—проф. М. С. Малиновский, предс. о-ва дерматологов—проф. Г. Т. Мещерский.

*Директора институтов:* заслуженный деятель науки, проф. В. Н. Розанов—проф. П. А. Герцен, проф. В. Л. Эйнис, заслуженный деятель науки, проф. М. О. Авербах, проф. В. М. Броннер, проф. В. С. Хольцман.

Зав. Мосгорздравом Д. И. Ефимов, председатель горкома союза медсантруд Жмудская, коллектив 1-ой клинической больницы.

2) Международной с'езд рентгенологов состоится в Цюрихе с 24 по 31 июля 1934 г. под председательством проф. Г. Шинца. В пленарных заседаниях будут разработаны следующие темы: 1) Рентгенодиагностика костных опухолей.

2) Вазография. 3) Рентгенологическая картина развития легочного туберкулеза.

4) Рентгенотерапия рака матки. 5) Рентгенотерапия рака полости рта и глотки.

6) Радиогенетика. 7) Митогенетические лучи. 8) Исследование структуры кристаллов. 9) Проблема унификации дозировки в рентгенотерапии и радиотерапии.

10) Жесткие гамма-лучи, космические лучи и лучи земного происхождения.

11) Короткие волны в терапии.

3) Статистический обзор движения заболеваемости и смертности германского населения за последнее время констатирует заметный рост смертности от туберкулеза детей в возрасте 0—10 лет одинаково для обоего пола, а также среди мальчиков 15—20 лет. В особенности этот рост смертности отмечается в грудном возрасте и у малых детей до 5 лет. Приводя эти данные, журнал *Deutsche med. Wochenschrift* указывает, что указанное явление вызвано тяжелым хозяйственно-экономическим кризисом, который переживает Германия

и который пагубно влияет на питание, жилищные условия и культурный уровень населения также точно, как это наблюдалось в военные и послевоенные годы (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1933, Nr. 22).

4) В течение полугодия по 31 марта 1933 г. на улицах Лондона пострадало от несчастных случаев с механизированным транспортом 18977 ч., кроме того убито 625. Среди последних—115 в возрасте моложе 15 лет. (*Brit. med. J.*).

5) С 1 января в Германии вступает в силу закон о „предохранении насильственных заболеваний“, предусматривающий принудительную стерилизацию (обеспложивание) в случаях наследственного слабоумия, душевных заболеваний, слепоты, глухоты и хронического алкоголизма.

Начнут работать 1.700 особых судов, состоящих из юриста и двух врачей, находящихся на государственной службе. Кроме того организуется 27 высших судов в качестве наиболее компетентной инстанции по этому вопросу. Будет „стерилизовано“ 400.000 человек,—примерно 200.000 мужчин и 200.000 женщин.

6) *Научно-исследовательский институт по изучению органов зрения и борьбы со слепотой* открывается госздравом в Москве в начале 1934 г. Идет достройка хирургического корпуса, который оборудуется по последнему слову техники. При институте создается постоянная научно-экспертная комиссия. Работой института будет руководить заслуженный деятель науки, проф. М. Я. Авербах.

7) Близ *Свердловска* закончена постройка областной клиники санатория для детей, страдающих костным туберкулезом и сердечными заболеваниями. Клиника рассчитана на 150 коек и будет служить методическим центром для руководства детскими лечебными учреждениями на Урале.

Открытие клиники санатория состоится 1 января.

8) Мехонский сельсовет Каргопольского района (Урал) построил и оборудовал больницу на 75 коек и *поликлинику*, имеющую девять специальных кабинетов. Выстроенная недавно небольшая электростанция целиком удовлетворяет энергией кабинеты электролечения и дает свет крестьянским избам.

Больница и поликлиника обслуживаются двенадцатью квалифицированными врачами.

9) *Первый здравпункт под землей* открыт московским горздравотделом на шахте № 22 Метростроя. На пункте введено круглосуточное дежурство врача и сестер.

10) Москву посетила бригада Горьковского автозавода им. Молотова, заключившая с Электрокомбинатом и автозаводом им. Сталина договор на соревнование по организации и оздоровлению труда, техники безопасности, производственной санитарии и т. д.

На автозаводе им. Молотова все мероприятия в области оздоровления труда и техники безопасности проводятся по единому плану.

Горьковский автозавод стоит на первом месте среди предприятий ГУТАЦ по успешности борьбы с травматизмом. На заводе организованы центральный и 12 цеховых здравпунктов, насчитывающих более 100 человек медицинского персонала. Во всех здравпунктах введены круглосуточные дежурства врача и сестер.

11) На всех крупнейших предприятиях Моснарплита в качестве помощников директоров по санитарной части работают специально выделенные воячи. На мелких предприятиях врачи пока заменяют сестры. И если к концу 1933 г. на предприятиях Моснарплита работало 165 врачей и 300 сестер, то уже в первом полугодии 1934 г. число врачей достигнет 240, а сестер—1.000.

В связи с постановлением ЦК ВКП(б) от 22 декабря в ближайшее время все работники столовых пройдут специальные краткосрочные курсы по вопросам санитарии и гигиены. *Каждая крупная база получит лабораторию.*

12) 13.500 аптек для политотделов МТС комплектует к XVII съезду партии московское Аптекоуправление.

13) Институту им. Обуха по борьбе с профзаболеваниями исполнилось 10 лет.

За 10 лет институт добился крупных успехов в борьбе за гигиену труда, в борьбе с профессиональным травматизмом. Обследовано *свыше 40.000 рабочих.*

Институт разработал новый питьевой режим для рабочих горячих цехов. Этот режим заключается в употреблении газированного солевого раствора, способствующего снижению на две трети количества пота, выделяющегося при рабо-

те в горячих цехах, а потому снижающего на 50—80 проц. убыль в весе и улучшающего общее состояние организма.

На многих предприятиях институт добился резкого снижения кожных заболеваний.

Для изучения вопросов профессионального отбора молодых кадров при институте создана единственная в Советском Союзе *специальная клиника рабочего-подростка*.

Институт издал 740 научных работ.

14) *Исполнилась первая годовщина Архангельского медицинского института* В институте обучаются 343 студента. Для подготовки поступающих в институт открыт рабфак, на котором учатся 326 человек.

15) *Исполнилось 25-летие Всеукраинского научно-исследовательского института офтальмологии им. проф. Гиршмана*. Из небольшой лечебницы на 60 кроватей институт вырос за последние годы в крупнейшее научно-исследовательское учреждение.

Недавно институт успешно провел опыт полной пересадки слепому роговой-оболочки, взятой с глаз трупа. В результате больному было частично возвращено зрение.

Институтом выпущено 100 научных трудов. Изготовлено множество аппаратов и инструментов, ранее ввозившихся из-за границы.

16) *Столетие со дня рождения Менделеева* исполняется 8 февраля 1934 года. При Академии наук СССР создан юбилейный комитет, в состав которого вошли академики: Волгин, Курнаков, Фаворский, Кистяковский, Лебедев, Гребенщиков, Семенов, Бах, Фрумкин, Зелинский, Прянишников, Брицке, Вернадский и другие.

1) Академия наук выпустила объемистый том трудов физиологических лабораторий акад. И. П. Павлова под его редакцией. В книге напечатаны 20 статей видных учеников акад. Павлова, — профессоров Крепса, Виноградова, Петрова, Яковлева, Майорова, Розенталя, Вержаковского, Федорова, Купалова, Скопина и др. В этих статьях трактуются вопросы условных рефлексов, гипноза собак при помощи брома, а также даются новые материалы по изучению коры полушарий головного мозга и типов нервной системы.

18) *В декабре* исполнилась столетие со времени выхода первой книжки „Ученых записок КГУ“. Юбилей „Записок“ будет отмечен выпуском в 1934 г. специального номера и библиографического указателя к трудам, напечатанным в „Ученых записках“.

19) *Всеукраинская научная конференция по вопросам болезней кожи* открылась в Харькове. В работе конференции принимают участие виднейшие дерматологи Советского Союза, представители научных учреждений Украины, РСФСР, Белоруссии, Закавказья и Средней Азии.

20) *Всесоюзная конференция рентгенологов* состоялась 15 декабря в Москве. В работах конференции должны были принять участие проф. Неменов (Ленинград), Гамбургер (Москва), Гасуль (Казань).

21) В Москве состоялась *Всесоюзная конференция по борьбе с ревматизмом*, на которой присутствовали представители всех областей РСФСР.

22) 21 декабря в Эривани закончился республиканский съезд, посвященный вопросам борьбы с малярией. На съезде были заслушаны доклад директора Тропического института Армении доктора Пирумяна о борьбе с малярией, а также ряд отчетных докладов работников с мест.

Благодаря широкому охвату районов сетью тропических учреждений и диспансеризации населения удельный вес малярии среди других заболеваний в Армении снижился с 26 до 8 проц. Сейчас в Армении функционируют 5 тропических станций, 15 тропических диспансеров и 42 летних противомаларийных пункта.

23) Наркомздрав Белоруссии и Минское хирургическое общество созывает в январе 1934 г. второй Белорусский съезд хирургов. Программные темы: 1) Состояние хирургического дела в БССР. 2) Сельскохозяйственный травматизм в БССР. 3) Лечение ран. 4) Лечение переломов верхней конечности. 5) Переливание крови.

24) *Пирамидон и антипирин* впервые в Советском Союзе изготовил из советского сырья харьковский завод „Красная звезда“.

25) На большой медицинской выставке в Харькове, приуроченной к V Всеукраинскому съезду хирургов, особое внимание привлекал только-что выпущенный киевским заводом „Рентгок“ *передвижной рентгеновский аппарат советской конструкции*, предназначенный для обслуживания сел и новостроек. Его вес — 220 кг., в то время как вес обычного среднего рентгеновского аппарата достигает 700 — 1000 кг. Аппарат имеет специальный агрегат, обеспечивающий его электроэнергией.

26) *Серо-водородные источники* обнаружил в Богуславском районе (Киевская область) на берегу реки Россанки профессор Института растениеводства Романюк. По своим свойствам источники напоминают серо-водородные источники Мацестинского курорта (Сочи).

27) Начинаясь большие работы по благоустройству курорта *Сочи-Мацеста*. В Сочи строятся новый вокзал, электростанция, большая гостиница, прокладываются водопровод и канализация. Развертываются работы по асфальтированию улиц.

Всего на благоустройство Сочи в 1934 будет израсходовано около 35 млн. руб.

28) В I квартале 1934 г. курортная контора Наркомздрава ТР имеет 109 мест на курорты Крыма и Кавказа. Из этого количества получают: профсоюзы 71 место, партлечкомиссия — 5, учащиеся (бюро пролетстуда) 19, колхозники — 13, красные партизаны — 1 место. Курортные места уже запрошены соответствующим организациям.

Помимо курортов всесоюзного объединения, в Татарии работают зимой два санатория — Каменка (лечение открытой формы туберкулеза) и „Обсегвзория“ (лечение закрытой формы туберкулеза). Летом к этим санаториям добавляются кумысолечебница Югаза, Ижминвод (желудочные болезни) и Бакирово. Места в санаториях ТР распределяют профорганизации и курортная контора.

29) *Вечерние зубо-врачебные курсы* для обучения без отрыва от производства открыты Татаркомздравом при Медполитехникуме.

30) *Десять санитарных бригад*, укомплектованных слушателями курсов санитарных инструкторов Наркомздрава, посланы в районы ТР для практической работы в госпиталях и на дезинфекционных станциях.

31) Государственный Казанский институт для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина пропустил за осенний семестр 1933 г. 288 врачей. Наибольшее количество врачей-слушателей было на циклах: хирургическом — 8; терапевтическом — 64; рентгенологическом — 29; бактериологическом санитарно-эпидемиологическом — 14 и др. Двухмесячные курсы пропустили 28 врачей и одномесячные курсы туберкулезников — 7 врачей. На курсах организаторов здравоохранения было 19 человек.

32) *50 летие научной деятельности* проф. А. А. Кисель исполнилось в декабре этого года. Профессором Кисель написано более 300 научных работ, получивших широкую известность в Советском союзе и за границей.

33) Скончался главный врач ленинградской больницы им. Боткина проф. Г. А. Ивашинцев.

# ВОХИМФАРМ ЗАВОД ФАРМАКОН В ЛЕНИНГРАДЕ

## ПЕПТОН

В АМПУЛАХ для подкожного (внутримышечного) впрыскивания по 2,0 и 5,0. Для применения во всех случаях, где назначался ПЕПТОН ВИТТЕ.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ: при летних детских поносах. Доза до 1 года—0,5 см.<sup>3</sup>, 2-х лет—0,75 см.<sup>3</sup>, 3-х лет—1 куб. см. При колитах у взрослых в дозе 2—5 см.<sup>3</sup>

Также при бронхиальной астме и ревматизме.

Литература: проф. Лурия—Врачебное дело, 1924 г. №№ 14—16. Д-р Дидькин—Казанский медицинский журнал, 1929 г., № 12.

**ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ СССР**

# ВОХИМФАРМ ЗАВОД ФАРМАКОН В ЛЕНИНГРАДЕ

ИЗГОТОВЛЯЕМЫЕ по методу проф. ТУШНОВА и при его постоянной консультации

## ЛИЗАТЫ

ВЫПУСКАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ:

### ТЕСТОЛИЗАТ

—из свежих семянников в каплях для приема внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день, и в ампулах для подкожного впрыскивания.

### МИОЛИЗАТ

—из мышечной ткани рогатого скота в ампулах для подкожного впрыскивания и в каплях внутрь по 30 капель 3 раза в день.

### ОВАРИОЛИЗАТ

—из свежих яичников животных в ампулах для подкожного впрыскивания.

**ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ СОЮЗА ССР.**

# ВОХИМФАРМ ВСЕСОЮЗНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

Клинически проверенный Институтом Экспериментальной терапии и испытанный препарат.

## ЛИПОЦЕРЕБРИН

ПО МЕТОДУ

д-ра ЛИФШИЦА

ПРИМЕНЯЕТСЯ при нервном утомлении, истощении и малокровии. В сочетании со СПЕРМИНОМ—Фармакон при половой неврастении. Отпускается в таблетках—внутрь и в ампулах подкожно.

Москва, Мясницкая, Кривоколенный пер., 12.