

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

Из клинического сектора Ленинградского ин-та по изучению профзаболеваний.
(Директор ин-та доц. И. Г. Липкович; зав. сект. проф. Н. А. Вигдорчик).

Профессиональная судьба травмоневротиков.

А. И. Джигит.

Несмотря на громадную литературу о травмневрозе, имеется один вопрос, который до сих пор освещен сравнительно мало: это—вопрос о профессиональной судьбе травмоневротиков, о динамике их трудоспособности, об их перемещениях из одного вида труда в другой. Этому вопросу и посвящается настоящая статья.

Наш материал обнимает 78 травмоневротиков, прошедших через Ленинградский институт профзаболеваний в течение последних нескольких лет; о том, на основании каких симптомов ставился диагноз травматического невроза, мы здесь говорить не будем,—отметим только, что весь наш материал прошел через руки высококвалифицированных невропатолога и психиатра. Диагноз основывался не только на обычном клиническом исследовании, но и на учете анамнеза, на данных о прошлой заболеваемости, на сведениях от здравпунктовых врачей. Все больные проводились через психотехническую лабораторию. В очень многих случаях мы производили специальные обследования на дому и на производстве. Наконец, наша диагностика подкреплена заключением Ленинградского БВЭ: наши 78 травмоневротиков признаны инвалидами именно по данному заболеванию. Все это дает нам право считать наш материал достаточно доброкачественным и принимать данную диагностику, как достаточно достоверную.

Приведем прежде всего несколько небезинтересных данных из анамнеза наших больных.

В анамнезе обследованных 78 травмоневротиков отмечено 168 травм, из них 131 производственных и 37 непроизводственных. Уже из этих цифр видно, что общераспространенное мнение, согласно которому травматический невроз является результатом однократной травмы, нуждается в существенной поправке. В нашем материале только в половине случаев (у 39 чел.) развитию невроза предшествовала однократная травма; в другой половине случаев было по несколько травм,

причем между травмами проходил довольно значительный промежуток времени (в среднем 5—6 лет), в течение которого пострадавший оставался на работе, хотя нередко и испытывал некоторые субъективные расстройства; таким образом, мы должны думать, что в этих случаях развившийся в конце концов травматический невроз фактически суммировал реакцию нервной системы не только на последнюю травму, но и на все предыдущие.

На группу с повторными травмами падает всего 129 травм, т. е. по 3,3 травмы на человека. В отдельных случаях травматическому неврозу предшествовало по 5 и 6 травм. В это число входят и непроизводительные, главным образом военные травмы. Довольно часто встречался такой анамнез: контузия на фронте; длительный период работоспособности, несмотря на оставшуюся после контузии неустойчивость нервной системы; затем производственная травма, не всегда даже очень тяжелая; вслед за нею—декомпенсация, выраженный невроз и длительная или даже стойкая нетрудоспособность. Что касается характера травм и их тяжести, то в этом отношении мы распределили все травмы на 3 группы: ушибы головы, сотрясения тела и прочие травмы. По этой классификации весь наш материал (все 168 травм) распределяются так:

Таблица № 1

	Абс. ч.	%
Ушибы головы	61	36,3
Сотрясения тела	23	13,7
Прочие травмы	84	50,0
Всего	168	100,0

В этой таблице ушибы головы и сотрясения тела занимают в общей сложности такое же место, как и группа „прочих“ травм. Но совершенно иная картина получается, если рассматривать отдельно травмы, непосредственно вызвавшие невроз („последние“ травмы), и травмы, не давшие ясной картины травматического невроза („предшествовавшие“ травмы). В следующей таблице дано %-ое распределение различного вида травм по этим двум рубрикам:

Таблица № 2

	Предшест. травмы		Послед. травмы	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Ушибы головы	20	22,2	41	52,6
Сотрясения тела	11	12,2	12	15,4
Прочие травмы	59	65,6	25	32,0
Всего	90	100	78	100

Из этих цифр видно, что не всякая травма ведет к развитию невроза. Особое этиологическое значение в этом смысле имеют травмы головы и сотрясение тела. Таких травм в группе „последних“ 68%,—а в группе „предшествовавших“ только 34%, т. е. ровно в 2 раза меньше. Особое значение имеют очевидно травмы головы (52,6%—22,2%).

Еще ярче специфичность травм, вызывающих невроз, обнаруживается при подсчете числа травм с потерей сознания. Такие травмы были во

всех трех группах, т.е. среди ушибов головы и среди сотрясений тела и среди прочих травм; общее число случаев с потерей сознания составляет 63. Между „предшествовавшими“ и „последними“ травмами эти случаи распределяются следующим образом:

Таблица № 3

	Предшествующ.		Последние	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
С потерей сознания	16	17,8	47	60,3
Без потери сознания	74	82,2	31	39,7
Всего	90	100	78	100

Среди последних травм потеря сознания встречается почти в $3\frac{1}{2}$ раза чаще, чем среди „предшествовавших“ ($60,3\%$ — $17,8\%$).

В общем, из приведенных цифр выясняется с полной очевидностью, что специфическое действие, в смысле травматизации нервной системы, оказывают травмы головы, сопровождающиеся потерей сознания.

Переходя далее к вопросу о трудоспособности травмоневротиков, мы начнем наш анализ с данных о первом году после несчастного случая. Во избежание недоразумений, оговоримся, что в дальнейшем мы будем говорить только о тех травмах, которые повлекли за собой развитие или по крайней мере выявление травматического невроза.

Как долго продолжается неработоспособность непосредственно после несчастного случая? Относительно первого года после травмы на этот вопрос отвечают следующие цифры.

Таблица № 4.

В течение первого года не работали после травмы.

	Абс. ч.	%
От 1—3 мес.	9	13,9
„ 4—6 „	13	19,9
„ 7—9 „	9	13,9
„ 10—12 „	34	53,3
Всего	65	100

Работало в теч. всего 1-го года . . . 4 чел.

Не имеется точных данных 9 чел.

Всего 78 чел.

Таким образом, если не считать 4 случаев, где невроз не вызвал полной неработоспособности и 9 случаев, где анамнез был недостаточно достоверен, то из остальных 65 случаев,—больше, чем в $\frac{1}{2}$ случаев, пострадавшие не работали почти весь первый год после травмы. В остальных случаях полная неработоспособность длилась только часть года. Как и следовало ожидать, случаи с полной неработоспособностью в течение всего первого года относятся к наиболее тяжелым травмам, в особенности к тем, где имелся ушиб головы или сотрясение тела с потерей сознания.

Что касается последующих лет, то продолжительность наших наблюдений далеко не одинакова для различных групп обследуемых. Есть травмоневротики, у которых травма, вызвавшая невроз, имела место много лет тому назад. Относительно этой группы мы имеем анамнез за длительный период. Другие напротив подвергались травме только 1—2 года тому назад. Здесь период наблюдений сравнительно короток.

Легко понять, что, по мере перехода от непродолжительных сроков наблюдений к более длинным, наш материал уменьшается. Так, относительно 2-го года после травмы мы имеем сведения о 55 травмоневротиках, относительно 3-го года—о 47, для 4-го года—33, для 5-го—22, для 6-го—12 и больше чем за 6 лет—мы имеем наблюдения только для 5 невротиков. Несмотря на такое неодинаковое число наблюдений для различных периодов, мы считали небезинтересным сопоставить для каждого порядкового года в отдельности % работавших и неработавших травмоневротиков.

При этом, мы отнесли к группе работавших—тех, кто работал большую часть года (больше 9 мес.); к не работавшим—тех, кто большую часть года (больше 9 мес.) не работал. Остальные были отнесены в смешанную группу. Как показывает следующая таблица, наше сопоставление выявило определенную закономерность.

Таблица № 5.

	Работавш.		Не работ.		Смеш. груп.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-й год после травмы	13	18,8	34	49,3	22	31,9
2-й " " "	18	32,7	33	60,0	4	7,3
3-й " " "	17	36,2	28	59,6	2	4,2
4-й " " "	14	42,5	16	48,5	3	9,0
5-й " " "	14	63,8	6	27,2	2	9,0
6-й " " "	7	58,4	5	41,6	—	—

Первый столбец цифр обнаруживает определенную тенденцию к повышению. В течение 5 и 6 гсда работает около 60% травмоневротиков, между тем как в течение 1-го года только 18,8%, и это увеличение цифр совершается правильно из года в год.

Таким образом, мы имеем право сделать вывод, что травмоневротики постепенно восстанавливают свою трудоспособность. Но, с другой стороны, остается в силе и тот факт, что довольно значительный % (27—42%) остаются нероботоспособными в течение 5 и 6 лет после несчастного случая. Это, конечно, опять-таки те тяжелые случаи, которые уже в течение первого года дают полную нетрудоспособность, принимая во внимание что в группу „работавших“ мы отнесли не только тех, кто работал регулярно круглый год, но и тех, кто работал большую часть года, т. е. фактически все-таки оставлял работу на срок до 3-х месяцев; принимая затем во внимание, что лица, отнесенные к группе „работавших“, некоторую часть года все-таки работали, и, наконец, что, кроме названных двух групп, мы имеем еще смешанную группу, где периоды работоспособности и нероботоспособности были более или менее равны друг другу.

мы должны к приведенным в последней таблице данным сделать известное дополнение, чтобы точнее выяснить соотношение между продолжительностью периодов работоспособности и неработоспособности.

С этой целью мы подсчитали общее количество лет наблюдения над всеми нашими травмоневротиками и вычислили,—в течение какой части этого периода травмоневротики работали и в течение какой части они не работали. Этот подсчет дает следующие результаты:

Общая продолжительность периода наблюдений . . . 285 лет.

Продолжит. периода неработоспособн. 177 (62,1%).

работоспособности 108 (37,9%).

На неработоспособность падает значительно больший % времени, чем на работоспособность.

Этот вывод дает нам общее представление, в отношении работоспособности, об ущербе, который наносят травмoneврозы. Но он ни в какой степени не колеблет установленного выше положения о том, что, по мере удаления от несчастного случая, вызвавшего невроз, работоспособность обнаруживает явную тенденцию к восстановлению.

Спрашивается, однако, как нужно понимать это восстановление трудоспособности? Есть ли это полное восстановление так называемой специальной работоспособности, т. е. возвращение к прежней профессии — к профессии, в которой пострадавший работал до травмы, или же невроз вынуждает бросать прежнюю работу и искать новую профессию?

Мы имеем данные о 51 травмоневротике, в разное время пытавшихся работать либо в своей прежней профессии, либо в какой-нибудь иной. Оказывается, что только 11 человек остались верны своей прежней работе, хотя в некоторых случаях с облегченными условиями труда, а 40 чел. вынуждены были переменить характер работы. Какие же это 11 профессий?

Заверточница, швея, чернорабочий, приемщик, столяр, печник, штукатур, слесарь.

Остальные 3 человека, хотя остались в прежней профессии, но работают не в обычных условиях. Так, артельщик стал кассиром, что не связано с разъездами, молотобоец кует только легкие детали, электромонтер выполняет работу облегченного типа.

Из сопоставления профессий в этих 11 случаях видно, что никакой особой закономерности здесь нет. Точно также выяснилось, что и тяжесть травм в этих случаях была различная. Таким образом, причины, удерживающие травмоневротиков в прежних профессиях, очевидно сложны и не поддаются выявлению на малом материале.

Яснее дело обстоит с теми 40 случаями, в которых травмоневротики ушли из своих профессий. Здесь мы имеем почти всегда более или менее значительную деквалификацию: таё, клепальщик, плотник, счетовод, столяр, слесарь, станочник—сделались сторожами: плавильщик—уборщиком, квалифицированный слесарь—проводником, грузчики стали гардеробщиками и дворниками. Шофер работает установщиком машин в гараже. Вагоновожатый—контролером, сварщик, котельщик, старший машинист перешли в чернорабочие.

Такая явная тенденция к переходу из квалифицированных профессий в неквалифицированные едва ли требует особых объяснений. Чем квалифицированнее профессия, тем, вообще говоря, она предъявляет больше требований к памяти, вниманию, к самообладанию, к равновесию психи-

ческих и физических функций, но, как раз, всего этого у травмоневротики и не оказывается налицо. Вопрос наших обследованных вполне подтверждает это объяснение. Все они указывают, как на прямую причину перемены профессии, на раздражительность, головные боли, шум в голове, общую слабость, потерю памяти, иногда на припадки истерического характера.

Таким образом, на вопрос о том, в какой степени восстанавливается трудоспособность травмоневротиков—мы должны ответить, что специальная трудоспособность восстанавливается сравнительно редко (в 11 случаях из 51). Наблюдающееся из года в год восстановление трудоспособности идет за счет перемены профессии, связанной в большинстве случаев с декартификацией.

Интересны данные о *заработке* работающих травмоневротиков: их материальное положение значительно благополучнее по сравнению с неработающими. Работающие получают в среднем заработок в размере 88 р. + 40 руб. пенсии, в то время как не работающие имеют только пенсию в 40 руб. Отсюда видно, что распространенное в западно-европейской литературе мнение, будто существенным моментом, способствующим развитию травматического невроза, является материальная заинтересованность пострадавшего в отказе от работы, ни в малейшей степени не подтверждается на нашем материале. Конечно, в западных странах неработающие травмоневротики находятся в таком тяжелом материальном положении, что там еще меньше имеется оснований сводить травматический невроз к „рентному“ неврозу.

Среди моментов, травмирующих психику травмоневротиков и поддерживающих их нетрудоспособность, как известно, не последнее место принадлежит частым переосвидетельствованиям в целях экспертизы. И этот вопрос мы можем несколько осветить на основании нашего материала. В общем все наши травмоневротики подвергались освидетельствованиям в БВЭ 312 раз, т. е. в среднем по 4 раза на человека. Это средняя, однако, не отражает еще полностью степени травматизации нервной системы, обуславливаемой переосвидетельствованиями. Не забудем, что в нашем материале есть лица, находившиеся под наблюдением всего только 1—2 года. Поэтому, более ясное представление по данному вопросу дает иной способ вычисления, именно подсчет числа освидетельствований, приходящихся на 1 год состояния инвалидности по травматическому неврозу. Этот подсчет дает цифру 1,7. Это значит, что, например, травмоневротик, не выздоровевший в течение 5 лет, подвергается за это время 8—9 переосвидетельствованиям.

Для чего, однако, производятся столь частые переосвидетельствования? Какова их эффективность с точки зрения интересов страховых органов?

Из 72 травмоневротиков, подвергавшихся переосвидетельствованию, 40 сохранили прежнюю группу, 19 получили повышение группы и 13—понижение ее. Так как в случаях повышения группы дело идет, очевидно, о значительном ухудшении в состоянии травмоневротика, то естественно предположить, что в этих случаях больные и сами возбудили бы вопрос о переосвидетельствовании, так что здесь не было оснований намечать таковое заранее. Нельзя также считать эффективными те 40 случаев, где переосвидетельствование не привело к изменению группы. И только в 13 случаях из 72, т. е. в 18% цель переосвидетельствования была достигнута.

Если согласиться, что то постоянное напряжение психики, которое связано с ожиданием переосвидетельствования, поддерживает нетрудоспособность травмоневротиков, то эффективность системы частых переосвидетельствований окажется весьма сомнительной.

В ы в о д ы:

1. Травматический невроз развивается в 50% случаях в результате повторных травм.

2. Причиной развития травматического невроза в большинстве случаев (около 60%) является травма головы или сотрясение тела, протекающие с потерей сознания.

3. Результатом таких травм является нетрудоспособность, которая в 50% случаев длится в течение всего первого года после травмы.

4. В течение последующих лет после несчастного случая травмоневротики постепенно восстанавливают свою трудоспособность, а именно, — в течение первого года работало 18%, в течение 5-го — 63,8%.

5. Восстановление работоспособности в большинстве случаев сопровождается переходом на другую работу, с понижением квалификации.

6. Восстановление работоспособности травмоневротиков резко улучшает его материальное положение, что противоречит распространенному мнению о материальной заинтересованности, как этиологическом факторе травматического невроза.

7. Переосвидетельствования в БВЭ очень часты, они дают мало эффективные результаты с точки зрения интересов страховых органов, а т. к. они безусловно поддерживают болезненное состояние травмоневротиков, то их следует свести к минимальному количеству.

Наш материал количественно мал и далеко не охватывает всего вопроса о травматическом неврозе. Он освещает только отдельные его пункты, главным образом вопрос о профессиональной судьбе травмоневротиков. В этом отношении он дает, как видно из выводов, некоторые опорные пункты для оценки трудоспособности при травматическом неврозе.

Поэтому мы не будем в настоящей работе касаться практических предложений в отношении профилактики травматического невроза, т. к. это выходит за пределы того, что вытекает из нашего материала.

Из Ленинградского института по изучению профессиональных заболеваний (директор доцент И. Г. Липкович) и кафедры профессиональных болезней Государственного института для усовершенствования врачей (зав. проф. Н. А. Вигдорчик).

Опыт оценки пылевого фактора путем анализа профпатологического материала.

И. Г. Фридланд, С. С. Файнштейн и Е. М. Кольцова.

Научно-обоснованное установление гигиенически-допустимых концентраций пыли возможно лишь на основании сопоставления запыленности воздуха и состояния здоровья соответственной группы рабочих. За исключением большой, основанной на обширном материале работы Maggiorato, мы почти не знаем попыток подхода к разбираемому вопросу с подобной точки зрения. Поэтому нам казалось целесообразным провести наблюдения над рабочими некоторых профессий, находящимися в условиях воздействия более или менее постоянных концентраций пыли.

В этих целях нами были отобраны 127 ручных формовщиков (на крупной формовке) и 102 токаря по металлу, работающих в старых, еще мало переоборудованных, цехах 4-х крупнейших ленинградских металлообрабатывающих заводов. Под наблюдение были взяты мужчины в возрасте 25—49 лет, причем 91,3% обследованных формовщиков и 92,2% токарей имели—ко времени проведения нашей работы—не менее 5 лет профессионального стажа на том предприятии, где мы их застали. У остальных—малоэтажированных—рабочих время пребывания в профессии совпадало с длительностью работы на данном заводе.

Такой подбор цехов и объектов для клинического наблюдения давал основание предполагать, что наши обследованные сравнительно большой промежуток времени пробыли в мало измененных, в *техничко-производственном* отношении, условиях труда¹⁾.

О запыленности соответственных рабочих помещений мы располагали преимущественно теми данными, которые имелись на здравпунктах или в отделах техники безопасности заводов. На отдельных предприятиях („Кр. Путиловец“, завод—ВТУЗ им. Сталина) подобные, более или менее систематические, материалы накопились за сравнительно длительный период времени в 5—7 лет. К сожалению, эти данные, собиравшиеся для практических целей, являлись результатом лишь гравиметрического определения пыли, что, как известно, не может достаточно характеризовать запыленность воздуха. Однако, эта неполнота характеристики в значительной степени компенсировалась длительностью соответственных наблюдений.

Запыленность обследованных рабочих помещений колебалась в пределах, в среднем, от 8,1 до 16,3 мгр. на 1 куб. метр. воздуха в формовочных

¹⁾ Само собой разумеется, что наше представление об изменениях в условиях труда, даже только в гигиеническом отношении, не может базироваться лишь на данных о наличии или отсутствии санитарно-технических улучшений производственного процесса. Можно ли, напр., сомневаться в существенных гигиенических изменениях условий работы при 7-часовом рабочем дне в СССР сравнительно с дореволюционной продолжительностью работы, даже при неизменности санитарно-технической обстановки в том или ином цехе.

залах и от 8,2 до 10,3—при токарных работах. Таким образом, формовщики подвергались воздействию несколько больших количеств пыли, но все же, как видно из этих цифр, различия в концентрациях для разбираемых профессий не представлялись особенно значительными. Гораздо важнее те качественные особенности пыли, которые отмечают работу формовщика от профессии токаря. В то время, как последний подвергается воздействию преимущественно металлической пыли, для первого, как известно, характерно пребывание в атмосфере, содержащей силикатную пыль (до 90% формовочной земли составляют силикаты—данные технологического бюро чугуно-литейн. мастерской зав. „Кр. Путиловец“).

Представление о степени влияния пылевого фактора мы получили по данным клинического обследования и в некоторых случаях заболеваемости с утратой трудоспособности. Были проанализированы изменения со стороны конъюнктивы и органов дыхания.

Количество хронических (катарральных) конъюнктивитов распределялось у наших обследованных, сравнительно с некоторыми контрольными группами, следующим образом:

Рабочие канатной фабрики	48,3%
Формовщики	11,0%
Котельщики-пневматики	9,4%
Токари по металлу	6,7%

Как видно из этих цифр, частота конъюнктивитов среди формовщиков и токарей незначительна, сравнительно с соответственными данными для рабочих канатной фабрики в 1926 г., находившихся в обстановке воздействия больших количеств пыли (при чesке пеньки, напр. до 107 mgr. в 1 куб. метре воздуха). Среди токарей хронические конъюнктивиты были обнаружены даже в меньшем количестве, чем у котельщиков, в санитарной характеристике которых значение пыли, как известно, представляется не существенным.

Однако, в отношении формовщиков, если судить по числу случаев раздражения конъюнктивы, пылевой фактор все же нельзя игнорировать. Если количество конъюнктивитов у обследованных токарей принять за 100, то соответственные данные для формовщиков выразятся цифрой 164.

Любопытно, что в начале пребывания в профессии влияние формовочной пыли, повидимому, еще более значительно. По мере же увеличения продолжительности работы, имеет место, очевидно, известное привыкание слизистой к постоянному раздражению пылью, попадающей в конъюнктивный мешок. Частота хронических конъюнктивитов, в зависимости от длительности воздействия пыли, оказалась равной у формовщиков (в %/о):

При стаже:	
от 1—4 лет	27,3
„ 5—9 „	10,2
„ 10—19 „	9,4
20 лет и больше	5,9

Как видно из этой таблицы, у наиболее стажированных формовщиков почти в 5 раз реже обнаруживались разбираемые изменения сравнительно с молодыми рабочими.

Известные различия между обследованными профессиями были найдены и при анализе уклонений со стороны верхних дыхательных путей. Так, из 100 случаев хронических ринитов и фарингитов (в пределах каждой стажевой группы) оказалось атрофических и гипертрофических процессов

Профстаж	Формовщики		Токари	
	Атроф. изм.	Гиперт. изм.	Атроф. изм.	Гиперт. изм.
От 1—4 лет	22,3	77,7	21,1	78,9
“ 5—9 ”	38,5	61,5	24,2	75,8
“ 10—19 ”	64,0	36,0	17,8	82,2
20 лет и больше	65,0	35,0	28,5	71,5

Т. е., мы имеем неуклонное вытеснение гипертрофических изменений атрофическими по мере увеличения продолжительности профессионального (пылевого) стажа у формовщиков.

Еще более существенные уклонения у последних были обнаружены при анализе данных о состоянии более глубоких отделов дыхательного тракта. В то время как у токарей по металлу были найдены в 3,9% случаев явления хронического бронхита, у работавших на формовке частота этого заболевания равнялась 11,0%. Вполне естественно, что, при более высоком проценте бронхитов у формовщиков, мы встречали среди них чаще, чем у токарей, и эмфизему легких. Последняя была диагностирована (в пределах одних и тех же возрастных групп):

У формовщиков в 10,2% случаев

„ токарей „ 2,0 „

Профессиональная этиология бронхитов и эмфиземы у формовщиков подтвердилась при сопоставлении соответственных данных с продолжительностью пребывания в своей профессии. Частота этих изменений равнялась (у формовщиков в возрасте 40—49 лет):

При стаже	Хрон. бронх.	Эмфизема
До 9 лет	5,1%	3,0%
10—19 лет	11,8%	10,7%
20 лет и больше	27,0%	25,0%

Туберкулезная пораженность обследованных формовщиков также оказалась более значительной сравнительно с соответственными данными для токарей. В то время как среди последних туберкулез легких был обнаружен в 8,8% случаев, у формовщиков частота этого заболевания равнялась 15,7%. В виду того, что токари оказались лучше оплачиваемой и менее отягощенной алкоголизмом группой рабочих сравнительно с формовщиками, явилась необходимость проверить частоту туберкулезной пораженности при „стандартизации“ указанных моментов. В этих целях мы подсчитали количество случаев туберкулеза легких среди мало пьющих и не пьющих представителей разбираемых профессий, живших, поскольку об этом можно было судить, приблизительно в одинаковых бытовых условиях (были подобраны карты с одинаковым средним заработком,

приходящимся на одного члена семьи в каждой из обследованных групп). При этом, соотношение показателей частоты легочного процесса среди формовщиков (14,6%) и токарей (9,8%) в общем почти не изменилось сравнительно с указанными выше цифрами. Таким образом, имеются довольно веские соображения для признания отмеченных выше условий работы на формовке весьма существенным этиологическим моментом и в развитии туберкулеза легких.

Представляло интерес выяснить, в какой степени обнаруженные изменения со стороны органов дыхания зависели от воздействия пыли, а не от каких-либо иных неблагоприятных моментов работы.

При этом, можно было бы подумать о влиянии сернистого ангидрида, который, как известно, может встречаться при формовке, в случае недостаточной ее изоляции от литья и от метеорологических факторов, обычно неблагоприятных. Однако, значение SO_2 , повидимому, весьма незначительно. На некоторых обследованных предприятиях формовка уже несколько лет вообще изолирована от литья, там же, где этой изоляции еще нет или она недостаточна, сернистый ангидрид—по имеющимся данным за значительной промежуток времени—не обнаруживался вовсе или бывал найден в ничтожных количествах, не превышавших допускаемую НКТ концентрацию в 0,02 mgr. на 1 литр воздуха. В отношении метеорологических условий работы, обследованные формовщики находились в недостаточно удовлетворительных условиях. Не останавливаясь на имеющихся подробных данных гигиенического обследования, мы должны отметить, что указанная группа рабочих подвергалась воздействию комбинации факторов, действовавших как в сторону перегревания, так и в сторону переохлаждения организма.

Так, напр., t° в формовочных залах колебалась от 11,2 до 29,6 $^\circ$ C, причем она была неравномерной не только при исследованиях в разные периоды, но и в пределах одного и того же промежутка времени. В одной и той же мастерской разница между показаниями t° в отдельных точках достигала в некоторых случаях 8—10 $^\circ$.

Таким образом, представлялась вполне вероятной зависимость отмеченных выше патологических изменений со стороны органов дыхания от подобных метеорологических условий работы. Однако, специальная разработка материала показала незначительность и этих моментов.

Сравнивая указанные данные о пораженности разбираемых нами групп бронхитом и эмфиземой с соответственными сведениями для бойцов скота и пивоваров, в свое время обследованных в Институте, мы получили нижеследующее:

	бронхит	эмфизема
Формовщики	11,0%	10,2%
Пивовары	5,0 „	2,2 „
Бойцы	5,0 „	2,0 „
Токари	3,9 „	2,0 „

Нужно отметить, что в санитарной характеристике взятых двух контрольных профессий пылевой фактор не имеет никакого значения и, наоборот, чрезвычайно важное место занимают неблагоприятные метеорологические условия работы, гораздо более тяжелые, чем те, которые возможны при формовке. Тем не менее, как видно из приведенной таблицы, разбираемые заболевания среди формовщиков встречались значительно чаще,

чем в контрольных группах, т. е. мы имеем достаточно оснований утверждать, что, если неблагоприятные метеорологические условия и играли известную роль в пораженности органов дыхания у формовщиков, то, во всяком случае, весьма незначительную. Решающее значение в этиологии соответственных изменений несомненно должно быть признано за пылевым фактором.

Интересно, что формовщики с разнообразными изменениями со стороны дыхательных путей ни разу не дали основания рентгенологическому кабинету Института установить наличие несомненного пневмокониоза. Т. е., указанные отклонения вообще и со стороны органов дыхания в частности, повидимому, являются более ранними признаками воздействия пыли на организм сравнительно с возможными рентгенологически определяемыми симптомами.

Выводы.

На основании приведенных материалов мы считаем возможным констатировать нижеследующее.

1. Работа, связанная с преимущественным воздействием силикатной пыли (при общей запыленности воздуха от 8 до 16 мгр. в 1 куб. метре) вызывала явления раздражения конъюнктивы, изменения со стороны верхних дыхательных путей, способствовала развитию хронического бронхита и эмфиземы и играла, повидимому, этиологическую роль в повышенной частоте туберкулезной пораженности.

2. Воздействие силикатной пыли, в указанных в п. 1 условиях, вызывало чаще изменения со стороны органов дыхания, чем неблагоприятные метеорологические факторы.

3. Конъюнктивиты, изменения со стороны верхних дыхательных путей, хронические бронхиты и эмфизема развиваются под влиянием силикатной пыли, повидимому, раньше, чем могут быть установлены характерные признаки силикоза рентгенологически.

4. При подборе рабочей силы с медицинской точки зрения—профессия токаря по металлу практически может быть признана „непылевой“.

5. Нормирование допустимых концентраций пыли и газов может научно базироваться лишь при сопоставлении динамических данных о загрязненности среды с результатами периодических медосмотров рабочих.

Казанский институт соц. здравоохранения и гигиены. (Директор Ф. Г. Мухомедьяров). Сектор санитарной культуры и сан.-тех. пропаганды (Зав. И. З. Векслин).

Проект структуры и работы базы сан.-тех. пропаганды—дома санитарной культуры (центрального и районного) для автономной республики, края, области и района.

И. З. Векслин.

Согласно директивам Госплана, Наркомздрава и специальным постановлениям сов. правительства, для руководства санитарно-культурной и массовой работой по мобилизации самодеятельности трудящихся на фронте здравоохранения намечено создать во 2-ю пятилетку в каждом областном центре—центральный (областной), а во всех районных центрах и на крупных предприятиях районные дома санитарной культуры—базы сан. тех. пропаганды.

Такие ДСК—базы СТП во многих районах РСФСР и СССР уже существуют, но особенное развитие они получили на Украине, где в настоящее время имеется 64 районных ДСК, помимо других специальных учреждений, руководящих практической деятельностью мед. работников и здрав. актива в области сан.-культ. работы, а также ведущих научно-исследовательскую и педагогическую работу в данной области (ин-ты, кафедры, доцентуры, секторы, кабинеты сан.-культ. тех. пропаганды в медицинских, научно-исследовательских и проч. ин-тах здравоохранения), массовые рабоче-колхозные *университеты* здравоохранения, *театры* сан. культуры и пр.¹⁾.

Но несмотря на наличие в отдельных республиках СССР относительно сильной сан.-культ. тех. проп. организации, в большинстве других, в частности в РСФСР и в особенности в национальных автономных республиках, краях и областях почти совершенно отсутствуют не только последние виды сан.-культ. учреждений, но и ДСК, хотя бы в старой сан.-просветской их конструкции.

В настоящий период наблюдается тенденция в отдельных республиках наверстать упущенное время и развернуть в мощной форме сеть областных и районных ДСК—баз СТП, по своей структуре и работе отвечающих современным задачам и требованиям, предъявленным к ним фронтом соц. здравоохранения.

В частности, в Татарской АССР, согласно постановлению Тат. ЦИК от 14/IV 33 г. (см. газету „Красная Татария“ от 30/IV 33 г.), во вторую пятилетку намечено создать во всех районных центрах, крупных предприятиях—гигантах (напр.—заводе СК-4 и др.) районные и центральную базы сан.-техпропаганды—дома санкультуры (в Казани).

Всего в одной лишь Татреспублике к концу 2-й пятилетки намечается создать 61 ДСК. Несколько десятков таких учреждений строятся в пер-

¹⁾ См. „Советская врачебная газета“, № 17—18, 1933 г.

вые годы 2-й пятилетки. 1) Если учесть потребность в таких ДСК всех других республик, областей и районов СССР, то станет понятна актуальность вопроса о типовом проекте структуры и работы этого учреждения: актуальность данного вопроса еще усугубляется отсутствием в настоящее время четко разработанного проекта или хотя бы схемы структуры и работы ДСК—баз СТП.

По поручению Татнаркомздрава автор настоящей работы попытался составить проект структуры и работы центрального (для Казани) и районного ДСК—базы СТП.

Отдавая себе отчет в возможности наличия крупных дефектов в нашем проекте, мы все же решаемся рекомендовать его для других районов СССР в качестве исходной черновой схемы при разработке в том или другом районе рабочих планов организации ДСК—баз СТП с учетом местных условий и возможностей (зависимость от наличия кадров специалистов в области СКТП, помещения, фин. средств и пр.).

Задачи и функции центрального и районного ДСК—базы СТП.

Кратко излагаемый ниже проект базы сан.-тех. пропаганды составлен с учетом всего комплекса громадных работ, которые предстоит выполнить этому важному учреждению здравоохранения во 2-ю пятилетку: 1) *руководство районными и передвижными базами СТП, работой всех лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, врачей и мед. работников* в области санитарно-просветительной, сан.-тех. пропагандистской и массовой работы по мобилизации самодеятельности рабоче-колхозных трудящихся масс за задачи, поставленные на фронте соц. здравоохранения во 2-ю пятилетку—(борьба за ликвидацию заразно-эпидемических болезней и травматизма, с сан. культ. неграмотностью и отсталостью населения, знахарством и др. пережитками и наследием капитализма в экономике и сознании людей (пост. XVII Всесоюзной парт. конференции), за создание санитарно-культурного, здорового человека, бесклассового социалистического общества и др. задачи.

Руководство работой и создание массовых кадров здрав. актива.

1) В первом случае: 1) повышение квалификации мед. персонала через *кружки тех. пропаганды для среднего и младшего персонала, по овладению ими техникой своей специальности* (производственной работы), с последующей сдачей экзамена на право приобретения диплома о знании *техминимума* своей специальности, что должно проводиться в обязательном порядке, согласно последнему постановлению ЦК ВКП(б) и СНК СССР (см. пост. о Гос. сан. инспекции и мероприятиях по сан. здравоохранению в области общ. питания), а для *врачей, как для др. мед. персонала, кружки и курсы по овладению методикой и техникой сан. культ. техпр.* работой—*марксизма-ленинизма* (кружки исторического и диалектического материализма, текущей политики, антирелигиозной работы и др.), изучения иностранных языков и доквалификации как в медицинских, так и общеобразовательных областях, для овладения высотами современной науки и техники.

2) Организация и направление СКТП работы мед. работников среди трудящегося населения.

3) Организация соц. соревнования и ударничества (учреждений здравоохранения и отдельных мед. работников).

1) По первому варианту нашего проекта 2-го пятилетнего плана сан.-культ. тех. проп. и масс. работы на фронте соц. здравоохранения ТАССР, одобренного Тат. ЦИК'ом (см. газету „Кр. Татария“ от 30/IV-33 г.)

4) Шефство учреждений здравоохранения и отдельных мед. работников над заводами, колхозами и др. и наоборот.

5) Ведение сан-культур. работы *среди больных* как в самих учрежд. здрав. (в ожидальне, в кабинете врача, в амбулатории, в палате больницы и пр.), так и на дому.

2. Во втором случае: 1) Руководство работой и стимулирование роста существующих форм самодеятельности трудящихся масс на фронте соц. здравоохранения: здрав. ячеек, секц. здравоохранения, советов общ. sanit. инспекторов, соц. советительства из рабочих и колхозников в учреждениях здравоохранения и др. форм.

2) Вдает подготовку кадров здрав. актива *путем создания* при всех ДСК лечебно-профилактических и пр. учреждениях здравоохранения непрерывно работающих *курсов* (краткосрочных) *заочных курсов* (для учителей и полит-просвет работников и пр.), *периодической постановкой лекций специалистов* в области СТП о формах и методах СКТП работы и пр. путем.

Помимо указанной работы, ДСК-базы СТП вводят: руководством, организацией и обслуживанием агит-массовых и хоз. полит. кампаний: посевной, уборочной, хлебозаготовительной и др. кампаний различным sanit.-гигиенич. месячниками, декадниками, субботниками, рейд.-сан. походами, эстафетами и др. средствами мобилизации активной самодеятельности трудящихся масс в проводимых здрав. мероприятиях (напр. за чистоту, сан. минимум и др.).

Далее ДСК база СТП организует и проводит: массовые собрания, диспуты, митинги, съезды, конференции и др. в т. ч. оформление их лозунгами и проч. Участвует в работе сов. учреждений, хозяйственных и общественных организаций в проведении sanit. оздоровительных мероприятий, кот. всемерно содействуют ДСК и всем работникам здравоохранения в проводимой ими работе. Вдает изданием массовой научно-популярной литературы, плакатов, лозунгов, выставок и др. по вопросам здравоохранения. Организует и руководит работой передвижных баз-СТП (агит-сан-фургоны, автомобили, вагоны и пр.), кино-выставок передвижек, художественных трупп (сан. театр, жив. газет и пр.); Активно содействует работе РОКК и др. общественных организаций.

В задачу и работу баз СТП также входит: непосредственное ведение санитарно-просветительной, агитмассовой, сан.-тех. пропагандистской работы с помощью всех современных средств и методов агит-проп. работы: *живого слова* (лекции, доклады, беседы, громкое чтение, вечера вопросов и ответов и пр.); *печатного слова* (брошюр, книг, памяток, листовок, пьес, газет, в т. ч. стенгазет, журналов, ящик вопросов и доска ответов и пр.); *музейно-выставочных и наглядных пособий* (музея, выставки, витрины, сан. уголки, доски здоровья, различные виды наглядных пособий, иллюстрирующ. живую речь: плакаты, диапозитивы, схемы, диаграммы, натур. препараты, кино-фильмы и пр.); *экскурсий* (организуют экскурсии в учреждения с sanit. просветительной целью, с целью обмена опытом и др.); *игр и увлечений* (сидячих и подвижных) и других методов, в том числе *соц. соревнования и ударничества*, являющихся главным средством, мобилизующим самодеятельность как работников здравоохранения, так и др. труд. масс.

Вся деятельность баз СТП протекает под руководством агит-массового отдела НКЗдрава, Край и Обл. здравотдела (районных ДСК—баз СТП—под руководством районных отделов здравоохранения) и научно-консультационным руководством секторов сан. культуры и сан.-тех. пропаганды ин-тов здравоохранения, центральных ин-тов сан. культуры, кафедр или доцентур мед. ин-тов и ин-тов для усовершенствования врачей и мед. работников, кабинетов санитарии, ряда научно-исследовательских институтов и др. научных ин-тов и учреждений в тесном контакте с Медгизом, фабрикой и мастерскими наглядных пособий и в непосредственной активной связи с кабинетами и секторами тех. пропаганды: партийных, комсомольских, профессиональных, общественных и хозяйственных организаций (в частности с Гос. сан. инспекцией отдельных ведомств).

Свою работу ДСК *проводят во всех местах труда и быта трудящихся масс*: в промцентрах, городах и на новостройках, в промпред-

приятнях, в районах с/х, в МТС, в совхозах, колхозах и среди единоличников; в учреждениях здравоохранения—на здравпункте, в амбулаториях, поликлинике, больнице, диспансерах, консультациях, в учреждениях ОММ, ОЗД и пр.); среди писнеров, в РККА, среди допризывников, в домах колхозника, клубах, изб.-читальнях, в банях, парикмахерских, на вокзалах, в жактах, в общежитиях и дет. домах, в домах отдыха, аптеках, столовых, в учреждениях политпросвета (театрах, кино, читальнях, библиотеках и проч.).

Работа в каждом из перечисленных объектов проводится по специальной методике, которой мы, к сожалению, в настоящей работе не можем касаться.

Структура и работа центрального и районных ДСК-баз сантех-пропаганды.

Для обеспечения выполнения вышеперечисленных задач, мы считаем, что во 2-ую пятилетку должны быть созданы ДСК—баз СТП по следующей схеме. (См. приложенную схему структуры и работы ЦДСК-базы СТП).

Из вышеприведенной, составленной нами схемы структуры и работы ЦДСК, видно, что ЦДСК работу проводит в 5 направлениях, каждое из которых осуществляется, или через специально существующий кабинет, которым заведует врач-специалист в данной отрасли (в ЦДСК), или осуществляет работу всех 5 направлений один или два врача-специалиста в области сан.-тех. пропаганды (в районах ДСК—базах СТП).

В ЦДСК эти направления в работе осуществляются специальными кабинетами:

I. Кабинет музейно-выставочного дела и наглядных пособий.

В функции этого кабинета входит: изготовление выставок (постоянных, передвижных, ударных, временных), витрин, досок здоровья, уголков здоровья (сануголков), диапозитивов, музейно-выставочных и проч. экспонатов.

Для изготовления выставок и наглядных пособий при данном кабинете существует мастерская наглядных пособий.

При этом же кабинете существует Центральный (Областной) музей соц. здравоохранения.

II. Центральная библиотека здравоохранения.

Содержит научную и научно-популярную, а также и периодическую литературу и периодические издания по вопросам теории и практики соц. здравоохранения, сан. культуры и сан.-тех. пропаганды.

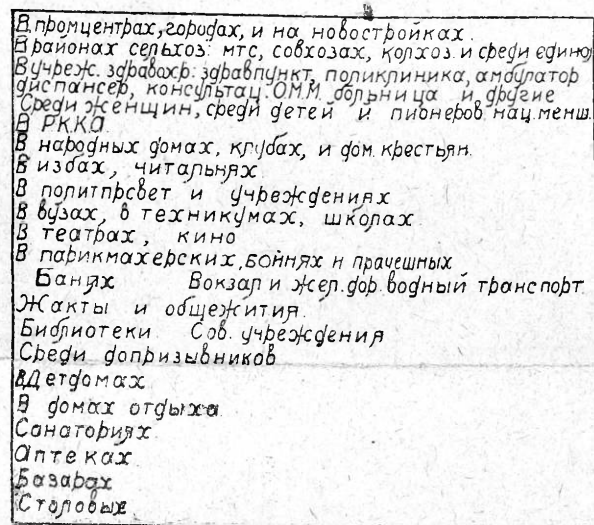
Имеет картотеку библиографий по вопросам здравоохранения и в частности по сан.-тех. пропаганде.

В функцию библиотеки входят также консультация по комплектованию библиотечек здравоохранения: районных ДСК—баз СТП, клубов, изб.-читален, при красных уголках и сан. уголках и пр. и по другим вопросам библиотечного дела.

При библиотеке имеется книжный ящик избран. новинок здравоохранения, литературы ящик вопросов и доска ответов.

Центральной БАЗЫ сантехспрон
ганды и массовой работы на
фронте здравоохранения.

Составил Н.З. Векслит



ЖИВОЕ СЛОВО.	ПЕЧАТНОЕ СЛОВО.	НАГЛЯДН. ПОСОБИЯ.	ВЫСТАВКИ.	ДРАМАТИЗАЦИЯ.	ЭКСПУРСИИ.	ИГРЫ-развлечения	Передвижн. средства (базы) санкультахпропаг.
Вечера вопросов-ответ. Громкое чтение. Лекции. Доклады. Беседы. Митинги. Производств. совещан. Собрания. Диспуты. Вечера по обмену опытом. Граммофон. Звуковое кино. Радио и проч.	Книги — научные, беллетристика. Брошюры. Памятки. Пьесы, ноты, песни. Лозунги, воззвания. Листовки, прокламац. Журналы — научные, популяр., масс.	I. Естественные. 2. Искусственные. 1. Графические (печатные) Диаграммы — плоские (линейн. кругов.) " " — пространственные. Картограммы Картодиаграммы натуральн. " " символические. Схемы, чертежи. II. Художественные Картины, карикатуры. Портреты, открытки плакаты. Монтажи, макеты. Муляжи, модели. Панорамы, диаграммы. III. Фотографические фото-отпечатки, увеличения диапозивы, кино-фильмы. IV. Предметные экспонаты 1. Свежие, консервированные а) микроскопические б) макроскопические Печатные материалы Литературные издательства	Стационарные Передвижные Ударных кампаний Витрины Уголки здоровья Доски здоровья	ТЕАТР { Муздрам Санпессы ЭСТРАДНЫЕ ВЫСТУПЛЕНИЯ Худож. ВЕЧЕРА Худож. ВЫСТУПЛЕНИЯ (ЧТЕНИЕ ПЕНИЕ и т. п.) ЖИВ ГАЗЕТЫ САНСУДЫ.	Объекты показательные и позорные объекты труда и быта показательные и позорные учреждения здравоохран. жилище и благоустройство Загородные Виды: 1. Санит. просвет. объектом. а) В санит. просветительн. б) В санит. профилактич. в) В санитарн. учреждения 2. Без санитарно просветительного объекта а) В историко-культ. учрежд. (музей, выставки и пр.) б) новостройки, производ. заводы, колхозы и т. д. в) бытовые (общественн., столовые и др.).	1. Сидячие 2. Подвижные. И ребусы задачи Г шарады загадки Р лотерея аукцион Ы фанты рулетки и др.	Агит фургоны с выставкой — кино передвиж. Передвижн. библиотеч. Агит автомобиль. Агит вагон (или поезд). Агит пароход. Агит самолет (для нескольких республик).

III. Кабинет художественных форм сан. культ.-тех. пропаганды.

В функцию данного кабинета входит организация и руководство СКТП и мас. работы по здравоохранению в художественных формах. Для этой цели в ведении Кабинета находятся музыкально-драматический сан. театр (стационарный и передвижной), муз. драм. студия (для подготовки художеств. сан. просв. кадров), кино стационарное (при ЦДСК) и передвижное, организуются жив. газеты, сан. суды и пр. художественные формы самодеятельности трудящихся масс (силами драм. кружков клубов, студентов-медиков и пр.). Организуются сан-просвет. вечера и постановки, игры и развлечения.

IV. Кабинет методический ведает: статистикой и учетом СКТП и массовой работы на фронте соц. здравоохранения, издательской деятельностью по СКТП (изданием массового научно-популярного журнала, справочников, сборников, популярных брошюр, плакатов и пр.), консультацией по вопросам сан. культуры, сан. и сан.-тех. пропаганды работникам здравоохранения, различным учреждениям и лицам, руководит научно-исследовательской работой, разрабатывает планы, программы, проекты и ведет методическую деятельность в области санитарной культуры и сан.-тех. пропаганды, как всех кабинетов ЦДСК, так и районных ДСК и прочих учреждений здравоохранения, находящихся под его ведомством.

V. Кабинет агит-массовый. Данный кабинет является главной базой СТП работы, которая проводится с помощью всех остальных кабинетов ДСК.

При этом кабинете имеется: 1) Штат инструкторов-массовиков и специалистов в области СКТП, осуществляющих живое оперативное руководство на местах всей СКТП работы и лекторское бюро—в состав которого входят все врачи обслуживаемого ДСК района, проводящие СКТП работу по единому плану, спущенному в лечпроф. учреждение ЦДСК (или Рай-ДСК) и 2) специальный штат платных (по лекционно) лекторов из числа высоко-квалифицированных специалистов и лиц, наиболее часто выступающих по заданию ДСК.

Для обслуживания лекторов, при лекторском бюро существуют специальный фонд (центральный в ЦДСК) и база—наглядных и методических пособий: литературные и пр. пособия, плакаты, схемы, диаграммы, диапозитивы, кино-фильмы, различные препараты и пр. наглядные пособия, а также приборы для опытов, проекционные аппараты, микроскоп и др. принадлежности.

VI. При заведующем ЦДСК (специалист из СКТП) имеется канцелярия (делопроизводитель, завхоз и тех. персонал), ведущая переписку с отдельными лицами и учреждениями и районными ДСК.

Такова структура и работа ДСК. Районные базы СТП (ДСК) ведут в основном ту же работу, но вместо заведующих кабинетами их функции выполняют сам зав. ДСК и его помощник.

Примерный штат сотрудников ЦДСК—базы СТП. Для обслуживания ЦДСК необходимо иметь следующий штат работников:

1. Заведующий —1 (врач)—он же зав. агит-масс. кабинетом.
2. Зам. завед.—1 (спец. по Муз.-выст. и проч. вопросам СНП). и худож. форм. (врач)—он же зав. музеем.
3. Зав. методич. кабинетом—1 (врач).
4. Библиотекарь (специалист по библиотечному делу).
5. Лаборант—зав. базой наглядных пособий (сред. мед. перс.)—1.
6. Инструктор-массовик —2 (по работе в промцентрах)—1. (по работе в р-нах с/х.) Могут быть и не врачи.

7. Кино-механик—1 (для стац. кино) и несколько (не менее 2)—для кино-пере-
движек.

8. Завхоз—1.

9. Счетовод-делопроизводитель—1.

10. Курьер.

11. Уборщик—1.

12. Штат специалистов и вспомогательных работников учреждений при ЦДСК:
1) Мастерской наглядных пособий: художников—1—2 (по мере развертывания
работы штат соответственно увеличивается). Столяр—1. Фото-лаборант—1 и пр.

2) Для сан. театра и муз. драм. студии—несколько специалистов и труппа арти-
стов (из 8—12 человек).

В областных и автономных республиках, где нет ДСК и специалистов в
области сан.-культ. и сан.-тех. пропаганды, ударной задачей является
поставить во главе ЦДСК не менее 2-х специалистов (для ЦДСК) и
одного (для рай ДСК), привлечь для работы в ДСК и райздравотделы на
первое время, хотя бы по совместительству, в качестве специалистов-орга-
низаторов СКТП и мас. работы лучших врачей общественников района,
которые заочно доквалифицируются через курсы СКТП—специально орга-
низуемые Ин-том для усовершенствования врачей.

В основном по данной схеме в Казани уже приступлено к организации
ЦДСК—базы СТП и районных ДСК баз СТП в районах ТАССР (сог-
ласно одобренного ТатЦИК, разработанному нами 2-му пятилетнему
плану СТП и м. р. з. на фронте здравоохранения Т. Р.).

Нам кажется, что вышеприведенный проект ЦДСК и районных баз
СТП (ДСК) наиболее правильно отражает постановления ЦК ВКП(б), пра-
вительства и НКЗдрава РСФСР о тех. пропаганде и ее организации, о
массовой и сан.-культ. работе на фронте соц. здравоохранения.

Будем надеяться, что настоящий наш проект центр. и районной базы
СТП (ДСК) поможет работникам здравоохранения других нац. республик и
областей в их работе по созданию аналогичных учреждений в районах
их деятельности.

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из 1-ой Терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей. (Больница имени С. П. Боткина.)

Об анамнезе и внутренней картине болезни.

Проф. Р. А. Лурия (Москва).

Основной задачей врача-терапевта, особенно в нашу эпоху строительства нового социалистического общества,—является *распознавание заболеваний внутренних органов возможно в ранних стадиях, когда практически можно рассчитывать на выздоровление и полное восстановление трудоспособности человека*. Если исключить острые заболевания, то большинство больных с ранними формами болезней составляют те миллионы трудящихся, которые проходят через *амбулатории, поликлиники и диспансеры* и которые относительно редко попадают в стационары не только для лечения, но, что особенно важно, для своевременной установки правильного распознавания болезни. В ранних стадиях заболевания, за немногими исключениями, речь идет, как известно, еще не столько о *грубо-анатомических изменениях органов и их систем* с резко выраженными симптомами болезни—сколько, главным образом, о тонких и тончайших *расстройствах функций организма*. Один раз они протекают совершенно скрытно, другой раз составляют причину ненормальных ощущений, заставляющих человека искать врачебной помощи или только посоветоваться с врачами о состоянии своего здоровья. Больной хочет знать мнение врача об этих своих новых ощущениях самого различного порядка—то характера физической боли, то общего недомогания, то только ограничения работоспособности. то, наконец, просто сознания, что он нездоров или что ему грозит болезнь.

Желая помочь врачу скорее разобраться и определить природу и сущность своей внутренней болезни и зная по опыту или от других, что внимательный врач воздержится от постановки диагноза прежде, чем он не ознакомится с результатом ряда инструментальных и лабораторных исследований, больные, как известно, приходят часто к врачу уже с кучей разнообразных анализов мочи, желудочного сока, испражнений, крови, кровяного давления, рентгеновского исследования разных органов и т. д., и т. п. На первый взгляд, все это предварительное техническое обследование больного на самом деле в значительной мере облегчает объективное изучение картины болезни и во всяком случае дает в руки врачу целый ряд весьма ценных данных при условии, разумеется, если все эти анализы производятся планомерно и достаточно подготовленными лицами. Ежедневный опыт учит, что больной настолько убежден в возможности поставить диагноз на основании, главным образом, этих „объективных“ документов, что, желая сохранить дорогое время занятого врача, с ними именно он и начинает свою беседу с врачом. И что еще более досадно, нередко сам врач начинает исследование больного с этих анализов и рент-

геновского протокола и встает таким образом на скользкий и опасный путь техницизма в понимании больного и его болезни. Такое поведение и больных, и врача далеко не случайно и если так именно, как учит мой многолетний опыт преподавания, поступает иногда врач, то для этого имеются весьма глубокие и серьезные причины в самой истории развития теории и практики нашей науки и нашего врачебного мышления.

Остановимся сначала на предпосылках такого недисциплинированного медицинского мышления, на котором так подробно останавливался в свое время Блеурер в части, касающейся исследования больного вообще и изучения ранних форм заболеваний в частности.

Распознавание внутренних болезней, раз дело идет, как мы понимаем теперь, преимущественно о расстройствах функций сложнейших систем организма вследствие не столько морфологических, сколько гуморальных и вегетативных патологических процессов,—распознавание болезни представляет собою для врача в значительной мере не только аналитическую, а, главным образом, большую синтетическую работу. Даже такие патологические отклонения в анализах, как альбуминурия, наличие крови в испражнениях, оседание эритроцитов, отсутствие соляной кислоты в желудочном соке или высокие цифры его кислотности, изменение размеров сердца на рентгенограмме, повышение кровяного давления, некоторые изменения в электрокардиограмме и, наконец, даже положительная реакция Вассермана—все эти важные, несомненно, факты, хорошо знакомые больным и часто являющиеся даже причиной значительного ухудшения их состояния ятрогенного происхождения,—все эти, оторванные от больного результаты аналитической работы врача, как мы хорошо знаем, не решают сами по себе вопроса о диагнозе патологического состояния организма и еще меньше вопросы прогноза, выздоровления и трудоспособности больного.

Продолжающаяся более полувека эпоха чисто аналитического мышления в нашей науке, имела своею целью выразить болезнь человека и динамику ее развития в математических формулах. Эта эпоха, при всех величайших своих достижениях, оставила у врача все же очень глубокий след чисто механистического мышления. Огромные успехи биологических наук, химии, физики, действительно давшие возможность разложить целый ряд физиологических и патологических явлений в организме на их простейшие элементы, подняли на недостижимую прежде высоту методику объективного исследования отдельных процессов и обогатили врача чудесами медицинской техники в распознавании тончайших расстройств функций организма. Но, как говорит Гегель, — ни механическое сложение костей, крови, хрящей, мускулов, тканей и т. д., ни химическое—элементов не составляет еще животного. Организм не является *ни* простым, *ни* составным, как он-бы ни был сложен (Энгельс).

Едва ли удастся более ярко определить причины того, что, несмотря на все величайшие достижения медицинской техники нашей эпохи, несомненно подвинувшие значительно вперед возможности объективного раннего распознавания болезней, задача врача и в наши дни состоит в разрешении вопроса о роли субъективного исследования больного в синтетическом процессе его мышления, результатом которого является правильный диагноз болезней. Именно, такое понимание организма как специфической категории лучше всего объясняет нам, почему все успехи медицинской техники не снимают и не могут снять необходимости исследо-

вания больного как личности, т. е. изучения тех психофизических процессов, которые лежат в основе субъективных ощущений больного, его страданий, всего того, что его рано ведет к врачу и что так легко просматривается в этой стадии болезни, если врач находится во власти одного только объективного аналитического метода и ищет только точные объективные признаки.

Вот почему пред нами вновь встает старый вопрос о значимости и о методике субъективного исследования больного, и совсем не случайно, ряд авторов фиксирует внимание врачей на соотношениях между субъективным и объективным исследованием и появляются уже крупные монографии, специально посвященные вопросам анамнеза (*Grund. Die Anamnese, Psychologie und Praxis der Krankheitsbefragung. 1932 г.*).

Для молодых кадров терапевтов потерял, разумеется, свою остроту исторический спор между Московской—Захарьинской—и Петербургской—Боткинской терапевтическими школами, знаменитый спор, в котором не малое место занимает вопрос о методике исследования больного человека. Этот спор во многом отражает различные точки зрения представителей эмпирической гиппократовской медицины, с одной стороны, и рациональной „объективной“ клиники, с другой. Для молодых терапевтов, к сожалению, мало читающих творения наших великих классиков клиники, возобновим кратко этот этап медицины. Захарьин, как известно, оставил образцы великолепного субъективного исследования больного, методического и строго планового, касающегося не только отдельных ощущений больного, но и мельчайших условий жизни труда и быта человека и его семьи. Не отрицая, разумеется, ни в коей мере значения субъективных жалоб больного, Боткин считает, что для начинающего врача они стоят на втором плане, первое же место занимает накопление строго проверенных объективных фактов в результате изучения больного всеми доступными для врача физическими и лабораторными методами исследования. Чтобы поставить больного вопросы, необходима руководящая идея о его болезни, а эта идея является результатом накопления строго проверенных объективных фактов. Вот почему Боткин и настаивает на примате объективного исследования. В этом отношении Боткин четко отразил философию медицины своей эпохи чистого рационализма.

Рациональное понимание физиологических и патологических процессов в организме в эту эпоху расцвета медицины, когда соматическое резко противопоставлялось психическому, господствовало до начала настоящего столетия. Однако, именно достижения и открытия этой эпохи в области физиологии центральной и вегетативной нервной системы, гуморальных и эндокринных регуляторов основных жизненных процессов и обмена веществ опять привели нас теперь к новому—монистическому пониманию организма, где соматическое и психическое составляют уже не две отдельные категории, а неразрывную цепь тесно переплетенных между собою процессов, проникающих друг в друга и находящихся в постоянной зависимости один от другого и от внешних условий, в которых живет и развивается организм. Пусть мы еще далеко недостаточно понимаем и знаем механизм этих соотношений, но бесконечные экспериментальные исследования и клинические ежедневные наблюдения, на которых я не считаю нужным останавливаться здесь, так как эти факты достаточно известны врачам, говорят за то, что, по крайней мере для врача, не может быть

речи о дуализме соматических и психических процессов, о параллелизме их, при всей специфичности тех и других. И действительно, практически мы имеем дело, когда речь идет о больном человеке, с единым болезненным процессом, искусственно разделяемым на субъективные и объективные симптомы болезни.

Мы не будем здесь углублять эти вопросы психофизических явлений в организме и огромное значение их в практической работе врача. Я в другом месте подробно остановился уже на значении этой проблемы в психогенезе некоторых заболеваний внутренних органов и на печальных результатах *негативной* психотерапии, когда поведение врача вольно или невольно ведет к ятрогенным заболеваниям, если он неосторожно игнорирует неразрывную связь психики больного и его соматической сферы (Р. А. Лурья. Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов. Казань, 1928 г.).

Ограничимся здесь только вопросами поведения врача в области диагностики заболеваний внутренних органов и особенно ранних и не выраженных форм этих заболеваний. Кто же прав в этом старом споре — эмпирик Захарьин или рационалист Боткин? Чей метод исследования более приемлем теперь для нас через полстолетие после того, когда *учили* эти мастера клиники? Совершенно очевидно, что в этом споре не был прав ни тот, ни другой, и что нельзя отдавать предпочтения ни субъективному, ни объективному методу исследования больного именно потому, что такая концепция избирания того или другого метода отражает дуализм или параллелизм психических и соматических категорий в организме больного, по существу практически не отделимых друг от друга. В то же самое время надо прямо сказать, что не оправдал себя и путь преимущественно объективного исследования больного, искание определенных, особенно числовых, показателей патологических процессов, упрощение диагноза путем лабораторных и инструментальных методов исследования, к чему в течение последних десятилетий стремились и стремятся отдельные клиницисты. Вне всякого сомнения те или иные константы, напр., в отношении отдельных составных частей мочи, процентного содержания электролитов, сахара, азотистых соединений, хлоридов в крови, кислотных валентностей в желудочном соке, определение основного обмена, состояния буферных субстанций в крови и тканях, — все это в недосыгаемом прежде для врача размерах углубило и качественно, и количественно понимание отдельных биохимических процессов в организме, и *наши искания в этом направлении надо продолжать, разумеется, с прежней настойчивостью*. Но, если мы с другой стороны сравним надежды, возлагавшиеся на каждый отдельный метод его авторами и адептами в то время, когда он был предложен, то надо сознаться, что каждый раз преувеличенные надежды эти опрокидывались критикой клинического опыта и, во всяком случае, они никогда не могли заменить собою синтетической работы врача, необходимой для диагноза.

Итак, все объективное, начиная, разумеется, с физических методов исследования и оценки врачом внешнего вида больного и кончая сугубо объективными методами исследования, как лабораторные, инструментальные, даже рентгеноскопия и эндоскопия, в известной степени относительны и становятся значимыми фактами только тогда, когда они преломляются через призму критики и синтеза исследующего врача.

Глубоко прав Бергман, когда он говорит: „Надо также хорошо знать жалобы, переживания и изменения характера больного, как результаты исследования его болезни, чтобы поставить правильный диагноз и прогноз и, вообще, для того, чтобы заниматься врачебным делом“ (Funktionelle Pathologie, 1932 г., стр. 269). Вот почему тот же Бергман и еще в 1922 году, в своем докладе о язве желудка, с сожалением говорил о том, насколько врачи пренебрегают еще до сих пор изучением субъективных жалоб больного, несмотря на то, что для диагноза этой болезни правильный, критический расспрос больного, требующий, правда, много времени и труда, имеет значительно большее значение, чем, например, определение в желудочном соке кислотных валентностей методом газовых цепей, который в то время был очень модным и увлекал отдельных клиницистов, отражая стремление приложить к клинике методику точных наук. Это мнение Бергмана особенно любопытно, если мы вспомним, что сам основоположник желудочной патологии Леубе, в 70-ых годах прошлого столетия, — в эпоху, когда только что было предложено изучение зондом химизма желудка, — считал совершенно лишней потерей времени собирание анамнеза у желудочных больных, если в распоряжении врача имеются такие мощные объективные методы исследования, как изучение содержимого желудка у живого человека. Как мало осталось в наши дни от этого триумфа первых лет зондирования больного желудка, и как бесконечно сложными оказались эти простые цифры „кислотности“, когда речь идет об установке той или иной гастропатии?!

Какая большая критика требуется от врача при оценке результатов анализа секреции желудка теперь, — после целых 50-ти лет упорных работ в этом направлении!!

Этих немногих примеров, мне кажется, вполне достаточно для того, чтобы стали очевидными вся относительность и большая доля субъективизма даже в наиболее точных объективных методах исследования больного организма. С другой стороны, субъективное исследование больного с первого момента сопровождается и неразрывно связано с целым рядом объективных данных, получаемых врачом. Ведь больной, излагая свои жалобы и переживания, делает целый ряд движений, то указывая на место, где он ощущает боли, то отражая на лице ряд своих переживаний, то открывая их врачу самой передачей своих субъективных ощущений в силе, интонации своего голоса, в модуляции его, в самой структуре своей речи. Разве опытный врач пренебрегает этими неписанными законами исследования больного, где так нераздельно связано субъективное с объективным, как это на самом деле и существует в природе?

Вот почему я считаю неправильным говорить отдельно о субъективных жалобах и объективных симптомах болезни так, как мы привыкли это делать со школьной скамьи. Не лучше ли рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни? Под внешней картиной болезни я понимаю не только внешний вид больного со всеми многочисленными его деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз — то, что старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать. Под именем внешней картины болезни я разумею все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически числами, кривыми, рентгенограммами и т. д. А внутренняя картина болезни? Это все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот

огромный мир, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Многолетние наблюдения над работой врачей в разных условиях учат меня, что дело исследования внутренней картины болезни (расспрос больного и анамнез) заставляют желать много лучшего, что они, как правило, стоят значительно ниже по качеству, чем объективная часть исследования больного и не отражают живой динамический процесс в его психике. Мы ниже остановимся на важнейших на наш взгляд недостатках этой части работы врачей и на основных требованиях, которые диктуются современным нашим клиническим мышлением для правильного исследования внутренней картины болезни.

О том, что с субъективным исследованием больных дело обстоит не совсем благополучно, мы знаем давно и об этом не раз высказывались уже лучшие клиницисты всех стран.

На ненормальности такого положения вещей особенно настаивает один из старейших терапевтов Англии недавно только скончавшийся Мэкензи. Говоря о стремлениях к научно-исследовательской работе молодых терапевтов, он считает, что нецелесообразно и даже вредно для врача рано начинать эту работу, особенно экспериментальную, в лабораториях и больницах. Молодой терапевт имеет при этих условиях дело почти исключительно с поздними стадиями болезней, являющимися результатом грубых и непоправимых морфологических изменений организма у больных стационара и не получает поэтому необходимого опыта в распознавании ранних форм болезни. Это целиком и полностью соответствует положению вещей и у нас; работа молодого врача в больницах и клиниках часто ограничивается *только* стационарными больными и он совсем не работает в поликлинике и амбулатории, под хорошим руководством. Мэкензи правильно указывает на то, что симптомы ранних стадий болезни настолько мало выражены, что нужен большой долголетний опыт, чтобы уметь распознавать заболевание в этой стадии. „Первые симптомы болезни“, говорит Мэкензи — „чисто субъективного характера и они появляются значительно раньше, чем их можно обнаружить так называемыми физическими методами исследования. Обнаружить эти симптомы и правильно оценить их — составляет труднейшую задачу терапевта. Как же можно требовать от молодого терапевта, чтобы он научился диагнозу этих ранних стадий болезни, если он не приобретает опыта в амбулатории? Изучение ранних проявлений болезни является жгучей проблемой и участие в этом деле должны принимать все врачи. Хотя эти слова и были сказаны 20 лет тому назад, но они целиком отражают самые существенные задачи и подготовки кадров терапевтов и правильной организации терапевтического дела в нашей стране. На мой взгляд, без правильного разрешения проблемы об участии молодых кадров терапевтов в распознавании ранних заболеваний внутренних органов мы мало подвижемся в деле снижения заболеваемости; эта работа тесно связана с перестройкой методики исследования больного и особенно с углублением изучения внутренней картины болезни.

Исходя из оценки значения психофизических процессов в клинике внутренних болезней. Бергман (V. Bergman. Psychophysische Vorgänge in Bereiche der Klinik D. M. W. 1930, № 40) приходит по существу к тем же выводам, что и Мэкензи. Он считает, что изучение внутреннего „я“ больного человека не менее важно, чем факты, которые с большой точностью можно зарегистрировать методикой естественных наук, и, хотя то, что мы получаем в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического исследования, но, однако, нередко этот материал превосходит последние тонкостью и изысканством симптома. Поэтому, говорит Бергман, субъективные жалобы больного являются для терапевта часто важнейшим, а нередко и единственным феноменом его болезненного состояния, изменений биологической ситуации организма. Отсюда и вырастает в современной клинике особенно важное значение анализа жалоб больного — того, что я предлагаю называть *внутренней картиной* болезни.

„В эпоху развития и расцвета научной медицины, как отдела естествознания и чисто биологической дисциплины, эта часть анализа больного, говорит Крель, „официально исключалась из круга деятельности врача, как область иррационального и метафизического. Но, что без этого мы обойтись не можем в нашей практической работе,—хорошо знает каждый врач“. Но мы также хорошо знаем, что, если изучение этой стороны дела требует новой методики исследования, то едва ли это дает основание говорить о психических категориях болезни, как об иррациональном, как это думают Крель, Бергман, и друг. Ведь все, что мы знаем из учения о вегетативной нервной системе, все стройное здание объективного изучения высшей нервной деятельности животных, т. е. их поведения, созданное академиком И. П. Павловым, с достаточной убедительностью говорит о том, что психические процессы не являются иррациональным, а составляют особую только специфическую *био-социальную сущность* нашего организма.

Итак, и современное состояние учения о центральной нервной системе, как субстрате психики, и учение о соотношениях психических и соматических процессов как единой биосоциальной сущности организма, и современное состояние нашего медицинского мышления, и накопившийся клинический и ежедневный практический опыт врача приводят к необходимости пересмотреть и углубить изучение внутреннего мира больного человека. Учение об анамнезе в широком смысле этого слова должно быть поставлено на значительно высшую ступень и разработано так же, как разработана методика объективного исследования больного.

Надо, однако, с самого начала уже отдать себе отчет в величайших трудностях, стоящих при этом на нашем пути. Мы прежде всего не имеем здесь того прочного базиса, на котором строятся наши объективные методы исследования и, вместо законов физики, химии и биохимии, мы располагаем пока только шаткими данными молодой еще науки—экспериментальной психологии. Еще большие трудности составляет, разумеется, критическая оценка показаний больных.

Мы знаем далее, как различно передаются ощущения и субъективные симптомы людьми не только различного *темперамента*, но и различного *интеллекта*. Кто не знает, как трудно оценить внутреннюю картину болезни у больного, затемняющего передачу своих ощущений, внося в нее значительную долю своей психической активности; это те больные, обычно люди высокого интеллекта,—артисты, художники, ученые и особенно часто юристы, которые стараются помочь врачу понять их ощущения и показать „какой я умный“ в медицинских делах; они, вместо точной передачи ощущений, дают только артефакты, резко измененные уже не эмоцией, а самым рассуждением, критикой и самокритикой с гипертрофией самонаблюдения. Так часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить у них правильный диагноз, помогая своему врачу разобраться.

Диаметрально противоположный этому тип людей с более примитивным интеллектом выражает, как известно, свои ощущения иногда очень красочными метафорами, ярко передающими порой тонкие нюансы внутренней картины болезни и лучше отражающими отдельные симптомы иногда в одном только слове, чем длинные речи людей высокого интеллекта. Я много раз демонстрировал врачам на наших семинарах, как полезно прислушиваться к простым образам, в которые вливаются тонкие ощущения этих больных, и запоминать эти метафоры ощущений.

Я остановился на перечислении больших затруднений в анализе внутренней картины болезни для того, чтобы показать, что пред нами стоит

очень сложная работа постройки рациональной методики анамнеза у больных, если мы хотим поставить его на высоту, требуемую современным состоянием нашей науки. Разумеется, что этими данными ни в какой мере не исчерпываются даже важнейшие стороны проблемы рациональной методики изучения внутренней картины болезни, и я имею в виду только наметить пути, по которым должна идти наша работа в этом направлении; психологические обоснования ее должны составить предмет особого исследования.

Остановлюсь очень кратко на важнейших недостатках обычного собирания анамнеза. Нет никакой необходимости подчеркивать здесь, что анализ внутренней картины болезни должен производиться в порядке строгой плановости и системности. Этому лучше всех учил нас уже Захарьин. Прежде чем говорить об оценке анамнеза, я остановлюсь на том, что так часто видишь в историях болезней и на докладах врачей. Первым и наиболее важным недостатком я считаю анкетную форму собирания анамнеза, построенную на принципе, чтобы как бы чего-нибудь не забыть спросить у больного. Я не говорю о статистических данных. Мы и здесь грешим часто в своих анкетах. Так, в графе о профессии значится: работает на конфектной фабрике, а при опросе больного оказывается, что он служит слесарем на этой фабрике и это его профессия. Но самый существенный недостаток—это, разумеется, голое *перечисление* симптомов. Уже не говоря о тонких деталях внутренней картины болезни, чаще всего анамнез при этом не отражает самого главного—физиономии субъективного симптома, его динамики, условий его происхождения, всего того, что делает симптом живым и ценнейшим материалом для диагноза. Молодые кадры терапевтов должны научиться определять четко физиономию субъективных симптомов так же, как они умеют описать размеры сердца, характер и проводимость его шумов, характер пульса, тип аритмии и т. д.

Особенно важно изучить физиономию симптома в его динамике, эволюцию симптома. Кто не знает, например, что, изучая время наступления и характер рвоты при язве желудка, мы легко ставим не только диагноз стеноза пилорической части, но и, примерно, давность стеноза и время, когда наступило расстройство компенсации стеноза, а рентгеновскому исследованию остается только подтвердить правильность нашего диагноза. Не даром хирург Мойнихан, значительно перегнув палку, говорит, что для диагноза язвы и локализации ее анамнез—все, а субъективное исследование—ничего. Глава о *физиономии* субъективных симптомов при разных заболеваниях должна составить один из важнейших отделов нового учения об анамнезе.

Вторым недостатком в собирании анамнеза я считаю механическое перечисление *этапов* заболеваний с указанием того, что говорил врач больному в той или иной амбулатории, диспансере и т. д. Разумеется, эти данные имеют ценность, если они зафиксированы самим врачом, между тем эта, отнимающая много времени, работа, регистрирующая передачу больным мнений разных врачей, часто совершенно бесполезна; это в еще большей мере относится к передаче больными результатов лабораторных исследований. Значительно больше пользы мы получаем от изучения динамики симптома и хронологии его, если вместо мнений врачей, искажаемых больными, терпеливо выслушаем от самого больного, как развива-

лась его болезнь и как изменялись на отдельных ее этапах его ощущения. Как часто мы таким именно образом устанавливаем, например, острый гастрит, задолго предшествовавший язве желудка или обостривший периодически язву, или, например, первые признаки гипертонии в виде отдельных, неясных для больного, легких головокружений, давления в груди после длинных выступлений или аффектов и т. д. Это, разумеется, дает гораздо больше, чем разговоры, например, о „начинающемся склерозе сосудов“ со слов лечащего врача.

Таким образом, плановое, систематическое собирание анамнеза с определением физиологии, по крайней мере, ведущих симптомов и их эволюции, должно стать на место формального, анкетного характера опроса больного. В результате такой работы перед врачом должна встать живая внутренняя картина болезни, живая *личность* больного с его ощущениями и страданиями, как физического, так и психического порядка. Необходимо приступить к разработке психологически обоснованной методики собирания анамнеза, и молодые кадры терапевтов должны для этого основательно ознакомиться с началами психологии, потому что нельзя, как это было до сих пор, полагаться только на одно искусство, такт и природные дарования исследующего врача и под накопление опыта необходимо подвести теоретическую базу.

Вне всякого сомнения, в деле изучения психики больного человека огромное значение всегда будет иметь и личность самого врача. Здесь я хотел бы попутно подчеркнуть особенно печальный факт распространенной у нас обезлички врача—обстоятельство, которое, на мой взгляд, совершенно не допустимо во врачебной практике вообще, а для терапевта в особенности. К сожалению, мы так часто слышим от больного, что его лечил какой-то врач, имени которого он даже не знает, несмотря на повторные посещения амбулатории, или на длительное пребывание в стационаре. На мой взгляд, этот „какой-то врач“ свидетельствует о глубоких дефектах организации терапевтического дела вообще, об отсутствии той крепкой психологической связи между больным и врачом, без которой совершенно невозможно ни глубокое понимание болезни, ни особенно профилактика ее и терапия. Это ненормальное явление обезлички врача должно быть изжито как можно скорее, если мы хотим поставить на высшую ступень качество лечебной помощи трудящимся, особенно в ранних стадиях болезни.

Едва ли когда-нибудь будет разработана схема для собирания анамнеза, которая удовлетворит вдумчивого терапевта, и что это ни к чему хорошему не ведет,—учит нас богатый материал тех мертвых анкет, которые мы находим часто в историях болезни. Я хочу здесь остановить внимание только на отдельных сторонах этого дела. Что лучше, предложить ли больному свободно излагать свои ощущения или непосредственно приступить к плановому расспросу его? Ни тот, ни другой метод сам по себе не приводит к нашей цели. Лучше всего все же дать больному сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может, и получить таким образом представление об его личности и особенностях его психического профиля, а затем уже приступить к выяснению физиологии отдельных, преимущественно ведущих симптомов болезни. Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт его с больным и доверие больного к врачу—это обязательное условие для изучения внут-

ренней картины болезни. Разумеется, каждый отдельный случай не требует всего арсенала кропотливого, отнимающего так много времени анализа, и делом опыта врача является сократить и рационализировать эту работу, не задавая ненужных в данном случае вопросов, как это часто поступают, собирая по анкете историю болезни и анамнез.

Огромное значение имеет, разумеется, влияние врача на больного, начиная уже с первого момента их встречи. Опять и опять, и особенно для молодых кадров-терапевтов, надо подчеркнуть необходимость соблюдать величайшую осторожность в самой постановке больного вопросов, чтобы избежать его психической травмы, ведущей к язвенным и очень тяжелым заболеваниям. Надо помнить, что самый процесс анализа внутренней картины болезни является вольно или невольно могучим психотерапевтическим воздействием врача на больного и на течение его болезни. Кто не знает, что, после неосторожно поставленного вопроса, больной часто тотчас же ищет другого более авторитетного для него врача, чтобы найти у него разрешение своих сомнений и переживаний, возникших в момент собирания анамнеза, причинившего ему психическую травму! Таким образом, анализ *внутренней* картины болезни, как и все поведение врача с самого начала до конца, может стать и положительным, и отрицательным психо-терапевтическим фактором. Над этой стороной дела, по моим наблюдениям, терапевты очень часто совершенно не задумываются.

Итак, синтетическому мышлению врача, в результате которого создается диагноз, предшествуют две стадии аналитической его работы: изучение внутренней и внешней картины болезни. В отношении первой стадии, задача распадается на анализ действительных ощущений больного, что является содержанием сенситивной части внутренней картины болезни, и на определение того, что составляет интеллектуальную часть ее, в области внутренней медицины имеющую меньше значения для диагноза. Результаты, полученные при анализе внешней картины болезни, должны сопоставляться, разумеется, только с первой сенситивной частью внутренней картины болезни. Здесь, сплошь и рядом, и получают большие расхождения, почему диагноз врача ни в каком случае нельзя считать простым механическим сложением субъективных и объективных симптомов болезни. Диагноз—чрезвычайно сложная синтетическая работа, требующая большого знания теории нашей науки и большого практического опыта. И само собою разумеется, чем дальше зашел в своей эволюции болезненный процесс, тем меньше, как правило, будут расхождения между внешней картиной болезни и наоборот—они будут особенно выражены при ранних формах заболеваний. Мы видим, что и современное состояние нашей науки и основные задачи здравоохранения ставят перед терапевтом проблему—поднять на новую, высшую ступень диагноз ранних заболеваний. Они вместе с тем диктуют ему необходимость, наряду с овладением техникой новейших объективных методов исследования и упорным поиском новых путей определения функциональной патологии внутренних органов, перестроить всю работу по изучению внутренней картины болезни, по собиранию анамнеза и *status subjectivus* больного. Для этого прежде всего, повторяю, необходимо, чтобы кадры терапевтов воспитывались не только в клиниках и в

стационарах, а непременно и на материале амбулаторий, поликлинических объединений и диспансеров.

Для этой работы терапевта наша страна создала исключительно благоприятные условия. Одним из величайших завоеваний революции надо считать, разумеется, огромные сдвиги психологии миллионных масс нашей страны. Мы уже не имеем перед собою темного, несознательного больного времен царизма, больного, не отличавшего часто хорошего врача от знахаря и предъявлявшего к врачу минимальные требования. Растущее с каждым днем сознание рабочих и колхозных масс, постоянное повышение культурного уровня нашего больного представляет собою величайшее достижение в деле изучения больного и, в значительной мере, облегчает врачу анализ внутренней картины болезни. Но, для этого терапевт должен уметь осуществить тот глубокий психологический контакт с больным, который ярче всего был выражен в лозунге покойного академика Ф. Г. Яновского: *поближе к больному человеку!*

Проведение в жизнь этого лозунга практически приведет к лучшему выполнению основной задачи внутренней медицины—к возможно раннему распознаванию болезней в их начальных, излечимых формах и поднимет самое качество работы советского терапевта и в области профилактики и в лечении внутренних болезней на новую и высшую ступень.

Из Терапевтического Отд. Каганской гор. больницы. (Зав. Д. А. Гросман).

Об изменении хлористого обмена у больных крупозной пневмонией.

Д. А. Гросман.

Вопрос о задержке хлористого натрия при крупозной пневмонии является вопросом не новым. Указанное явление описывалось еще во второй половине прошлого столетия и в начале подверглось довольно детальной обработке с тем, чтобы с течением времени постепенно предаться забвению.

Лишь в последние годы в немецкой литературе снова выплывает вопрос о распределении хлористого натрия в организме больного крупозной пневмонией.

В русской литературе мне пришлось встретить указания на уменьшение выделяемых мочей хлоридов лишь у Чистовича—в виде краткой заметки об уменьшении суточного количества мочи и хлоридов до 1,5—2,0 pro die у больных крупозной пневмонией.

Литературные указания на постоянство указанного симптома у пневмоников, обилие подходящего материала в отделении и недостаточная по количеству случаев (10—15) клиническая проверка задержки NaCl в организме больных крупозной пневмонией у иностранных авторов, при очень скудном освещении вопросов в нашей литературе, заинтересовало меня в отношении проверки наблюдающейся ретенции хлоридов и ее диагностической и прогностической ценности на сравнительно большом материале нашего отделения.

К сожалению, отсутствие соответствующих, достаточно оборудованных подсобных учреждений не дало возможности более широко осветить многие стороны этого очень интересного явления с точки зрения патологисто-логической и экспериментальной; но даже чисто клиническая разработка всякого симптома, наблюдающегося у постели больного, обычно дает толчок к более углубленному изучению подмеченного явления теоретическими отраслями нашей науки, и, я полагаю, что в этом отношении наблюдения не будут лишены некоторого интереса.

Наш материал обнимает 42 случая крупозной пневмонии, прошедших через терапевтическое отделение Ново Бухарской горбольницы за время с 1930 по 1932 год.

Приведенная ниже таблица¹⁾ указывает на суточное количество выделяемых мочей хлоридов в различные, со времени начала заболевания до кризиса, дни, группируя случаи в зависимости от локализации процесса.

Анализируя эти данные бросаются в глаза низкие цифры суточного содержания NaCl в моче пневмоников. Максимальная цифра в до-критический период не превышает 2,87 гр.

Одновременно с этим обращает на себя внимание довольно значительное нарастание более низких цифр хлоридов мочи у той группы пневмоний, где имеются поражения более 2-х долей легкого.

Если мы разобьем все наши случаи по локализации процесса на три группы: 1) поражение одной доли легкого, 2) Поражение двух долей легкого, 3) поражение более 2-х долей легкого, то в отношении суточного содержания хлористого натра получим следующие результаты:

	Суточное содержание NaCl в моче		
	Менее 1 гр.	От 1 до 2-х гр.	От 2-х до 3-х гр.
Группа I	22%	39%	39%
Группа II	20%	40%	40%
Группа III	50%	33%	17%

Из приведенных цифр видно, что в то время как процент низких цифр хлоридов мочи почти одинаков в первой и второй группах—он резко повышается в третьей, главным образом за счет снижения процента более высоких цифр хлоридов (2—3 gr. pro die).

Таким образом, получается некоторый параллелизм между распространенностью патологического процесса и содержанием хлористого натра в моче: чем процесс распространеннее, тем меньше выделяется хлористого натра мочей.

Что касается времени минимального содержания хлоридов в моче, то из таблицы первой каких-либо определенных выводов сделать нельзя, точно так же как и в отношении предсказания кризиса.

По нашим наблюдениям минимальные цифры хлоридов в моче во время кризиса или непосредственно перед ним наблюдались лишь 25 раз, т. е. в 59% всех случаев.

¹⁾ Таблица эта по техническим условиям не помещена. *Ред.*

В отношении прогноза наши наблюдения недостаточны для того, чтобы делать какие-либо определенные выводы: мы имели всего 2 случая летального исхода—один с низким содержанием NaCl (0,72), другой—с сравнительно высоким (2,5).

Наряду с этим, мы можем отметить отсутствие полной связи между температурным и хлоридным „кризисом“: ни в одном случае нам не пришлось отметить совпадения указанных кризисов и в этом отношении мы можем вполне присоединиться к выводам Hösслиn'a, наблюдавшего увеличение до нормы количества выделяемых мочей хлоридов спустя 2—3, а иногда и более дней после температурного кризиса.

С целью выяснения влияния NaCl пищи на его содержание в моче, мы пробовали прибавлять к обычному больничному рациону пневмоников от 10 до 15 гр. соли, что в минимальнейшей мере отразилось на суточном количестве хлоридов в моче.

Следующий вопрос, который мы себе задались целью проверить, был—определить, от чего зависит уменьшение NaCl в моче: от задержки ли его в отдельных органах или от поражения выделительной способности почек. Если бы в уменьшении хлористого натра в моче пневмоников главное значение имело поражение почек, а не фиксация NaCl во внутренних органах, то, наряду с уменьшением его содержания в моче, мы обнаружили бы увеличение его в крови.

С этой целью нами было проведено, параллельно с определением NaCl в моче, определение его содержания в крови. В виду однообразия полученных результатов, мы не приводим всех цифр, а ограничиваемся лишь сообщением, что ни в одном случае не было обнаружено гиперхлоремии, во многих—количество хлористого натра было ниже среднего его нормального содержания в крови. В 28 случаях крупозной пневмонии, где определялось содержание NaCl в крови, оно составляло от 0,509 до 0,561‰ (Методика Bang'a).

Против предположения о значении почек в уменьшении хлоридов мочи при крупозной пневмонии говорят также и литературные данные: так Fraenkel и Reiche на материале в 1136 случаев крупозной пневмонии отмечают истинные нефриты лишь в 0,53‰.

Предположение Monakow'a, объяснявшего уменьшение NaCl в моче пневмоников резким понижением количества хлоридов в крови и не дававшим необходимого для выделения почками толчка, было опровергнуто работами Veil'a и Schleier'a, доказавшим независимость диуреза различных веществ и в частности NaCl от их концентрации в крови; кроме того, многочисленные наблюдения, также как и наши, не обнаруживают сколько-нибудь резкого понижения содержания хлористого натра в крови.

Существенно важным моментом для правильного суждения о причине уменьшения NaCl в моче пневмоников является независимость этого уменьшения от увеличения его выделения другими экскретами: калом, потом, мокротой.

Произведенные в этом направлении исследования не обнаружили значительных изменений содержания NaCl в указанных экскретах.

Принимая во внимание чрезвычайно незначительные выделения хлористого натра другими экскретами по сравнению с мочей, можно свободно сделать заключение об отсутствии связи между ретенцией хлори-

стого натра в организме и его выделения кишечником, кожей и легкими.

Для большей наглядности укажу, что среднее суточное выделение NaCl калом составляет 0,1—0,2 гр. (Schwenkenbacher и Inagaki), потом—0,3—0,5 гр. (Spitta и Schwenkenbacher) и мокротой—0,3—0,5 гр. (Ferray и Hutchinson).

Лишь Röhrich и Wiki в период выздоровления находили увеличение NaCl в мокроте пневмоников с 0,42 до 1,14%.

Однако, даже и эта последняя цифра не может объяснить колоссальной задержки NaCl, происходящей в организме больного крупозной пневмонией, учитывая незначительное количество выделяемой им мокроты.

Итак, из изложенного становится ясным, что причину уменьшения хлористого натра в моче больных крупозной пневмонией следует искать, повидимому, в задержке его во внутренних органах.

Многочисленные работы в отношении выяснения места задержки хлористого натра в организме, к сожалению, по настоящее время не дают исчерпывающего ответа.

Если некоторые авторы и находили сравнительно больший % содержания NaCl в легком пневмоника, то во всяком случае не настолько больше, чтобы объяснить его колоссальный дефицит в моче.

Так, Ferray дает цифры 0,02 гр. у здоровых и 0,03 гр. у больных на 1 гр. сухого вещества легкого, Hutchinson—0,014—1,019, Jarisch 0,286—0,307, Meillère 0,216—0,420.

Если даже принять в соображение, что масса легкого довольно значительно увеличивается под влиянием пневмонической инфильтрации, все же задержка NaCl в легком, по исследованиям авторов, приводящих максимальные цифры, не превышает 4,5—7,5 гр. (Ferray), а по Hösslin'у составляет не больше 2,0 гр.

Количественное определение NaCl в других органах: сердце, печень, мышцах, коже и др. (Hutchinson, Garrat) не обнаружили сколько либо значительных колебаний по сравнению с органами здоровых людей.

Таким образом, исследования, направленные на поиски причин задержки хлористого натра в организме больного крупозной пневмонией, не дали полного разрешения вопроса, а выявили лишь частичную его задержку в легких.

Естественно, что научная мысль не могла удовлетвориться столь несовершенным и гипотетичным разрешением проблемы и искала других путей выяснения истины.

С этой целью пробовали связать задержку NaCl с повышением температуры (Salkowski), однако наблюдения последующих исследователей (Hösslin) подтвердить этого не могли, так как при многих заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой, никогда не наблюдается столь резко выраженной задержки NaCl, как при крупозной пневмонии. Малярия дает даже обратные цифры—увеличение количества NaCl в моче во время приступа и его уменьшение в период апиреksии.

Экспериментальные исследования разноречивы: Hutchinson у лихорадящих кроликов, зараженных пневмококками, не находил задержки NaCl, в то время, как Grünbaum отмечал у собак, лихорадивших после инъекции убитых культур *ruoseptus*, задержку NaCl от 2,6 до 5,8 гр.

Некоторые авторы поддерживали взгляд о том, что во время заболевания крупозной пневмонией происходит связывание белка с соответ-

с данными дуоденального зондирования может послужить выявлению диагностической ценности этого метода.

Как известно, при нахождении оливы в 12-перстной кишке, через зонд выделяется жидкость, которую по макроскопическому виду разделяют на три порции: А, В и С. Вначале выделяется золотисто-желтого цвета прозрачная жидкость щелочной реакции—желчь А, представляющая собою смесь содержимого 12-перстной кишки с панкреатическим соком и некоторым количеством желчи из внепеченочных протоков. Через 5—10 минут после впрыскивания через зонд *Sol. Magn. sulfur.*, после так назыв. пробы Мельцер—Лайона, при отсутствии закупорки *d. cystici* и при сохранившейся сократительности стенок пузыря, через зонд начинает выделяться желчь В, более интенсивной окраски, густая, тягучая, иногда черно-бурая, или с зеленоватым оттенком, с хлопьями слизи, или без них в количестве от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ пробирок. После опорожнения пузыря снова появляется светлая жидкая желчь, выделяющаяся непосредственно из печени,—желчь С.

Вопрос о происхождении желчи В возбуждает оживленные споры и является окончательно не разрешенным. Однако, набираются многочисленные данные, подтверждающие впервые высказанное Лайоном мнение, что желчь В есть пузырьная желчь. Последняя изгоняется из полости пузыря сокращением его стенок, наступающим как рефлекс на раздражение слизистой *duodeni* серно-кислой магnezией. Очень редко выделение желчи В наступает до вливания $MgSO_4$. Дамад наблюдал это 2 раза на 200 случаев, Левин 1 раз на 300 случаев. Приблизительно на 200 случаев—выделение желчи В до вливания $MgSO_4$ мы видели 2 раза. Однако Эйнгорн полагает, что желчь В выделяется паренхимой печени только при особых условиях раздражения. Кроме $MgSO_4$, как установлено экспериментальными исследованиями, вызывают желчь В и др. вещества: жирное молоко, яичный желток, *ol. olivatum*, олеиновая кислота и пептон *Bimthe*.

В своих работах мы пользовались только 33% раствором $MgSO_4$, который вводили в количестве 40,0—50,0. Этот раствор обладает сильнейшим холецистокинетическим свойством.

В процессе работы мы имели возможность убедиться и подтвердить данные многих авторов, высказывающихся за пузырьное происхождение желчи В, а именно: 1) наши многочисленные опыты в течение 3-х лет на лицах, имевших здоровые желчные пузыри и на больных, подвергшихся затем оперативному вмешательству, показали, что выделение желчи В, в тех случаях, когда оно имелось, наступало в ближайшие 10 минут после впрыскивания *sol. MgSO₄* в количестве 40,0—50,0. За это время едва ли могло произойти всасывание раствора и его действие на печеночную клетку, 2) желчь В всегда получается в небольшом количестве, от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ пробирок, соответственно емкости пузыря, что было бы непонятно, если согласиться с мнением, что желчь В появляется в результате раздражения печеночной клетки всосавшимся раствором. 3) Вместе с др. авторами мы можем также засвидетельствовать, что появление желчи В после впрыскивания $MgSO_4$ у людей с нормальной желчной системой есть правило, и что, как показал наш материал, желчь В отсутствовала во всех случаях облитерации пузырьного протока, закупорки его камнями, или вследствие резкого изменения воспалительным процессом пузырьной стенки и потери его мышечной сократительности. 4) Ни в одном случае у холецистэктомированных больных, как на это указывают и др. авторы (Голандер, Озолинг), мы ни разу не получали после вливания $MgSO_4$ желчи, по своим свойствам могущей напомнить желчь В. 5) После удаления желчного пузыря мы наблюдали также и изменение микроскопической картины получаемого сока, говорящей за полное стихание или ослабление воспалительного процесса. 6) На операции всегда

отмечалась полная тождественность пузырной желчи с желчью В, полученной через зонд.

Дуоденальным зондом мы пользуемся с осени 1926 г. За это время произведено не менее 200 зондирований. Начаты они на лицах с заведомо здоровыми желчными путями. Ближайшей нашей задачей было выявление диагностической ценности дуоденального зондирования при холециститах, имея ввиду возможность проверки этих данных на операционном столе. Поэтому в наш материал вошли только случаи предварительно зондированные, затем подвергшиеся операции. Все же остальные, в которых по тем или иным причинам выпадал один из этих моментов, не входят нашу статистику. Многим больным пришлось вводить зонд повторно с контрольными целями, или оперированным больным для проверки интересующих нас вопросов в отношении желчи В и состояния желчных путей, а также с терапевтическими целями.

Выводы о состоянии желчных путей мы делали на основании наличия или отсутствия признаков воспалительного процесса в них, показателем и мерилom которого мы считали присутствие большего или меньшего количества лейкоцитов в осадках из каждой порции желчи и микроскопический вид ее (слизь), а также по наличию или отсутствию желчи В. Отсутствие желчи В после опыта Мельцер—Лайона принималось как непроходимость пузырного протока, вследствие его облитерации, закупорки камнем, или как отсутствие рефлекса со стороны желчного пузыря, вследствие склероза стенки его и потери ею мышечной сократительности. Отсутствие желчи вообще при положении оливы в 12-перстной кишке, подтвержденном рентгеноскопией, с очевидностью говорило за непроходимость желчного протока механического или иного характера. Однако, при суждении о состоянии желчных путей, конечно, необходимо учитывать и клиническое течение болезни. Мы имели 24 хорошо обследованных в указанном выше смысле случая, которые по находкам на операционном столе распадаются на три группы.

Первую группу составляют 8 случаев с непроходимостью пузырного протока вследствие закупорки камнем, облитерации, сморщивания пузыря и уничтожения его сократительных свойств, вследствие замещения мышечных элементов соединительно-тканными, уничтожения его полости и др. патологических причин, которые как бы выключали пузырь из общей желчной системы.

Во вторую группу мы отнесли случаи, в которых пузырный проток был проходим, где, хотя явления холецистита были отчетливо выражены—имелись спайки с окружающими органами, гиперемия серозного покрова пузыря, утолщение стенок пузыря, воспалительные явления со стороны слизистой и т. д., но где пузырь был наполнен желчью, изменения в стенке пузыря были не столь велики, эластичность его сохранилась и, при наличии проходимости пузырного протока, пузырь не утратил своей функции.

И, наконец, последнюю группу составляют случаи, в которых на операции были обнаружены так называемые застойные пузыри *A s c h o f f'a*. Здесь спайки отсутствовали совершенно, явных воспалительных явлений со стороны пузыря не было, стенки пузыря представлялись тонкими, не утолщенными, сами пузыри—объемистыми, обычно далеко выступающими за край печени, иногда до 4 сант., напряженными, растянутыми густой тем-

ной желчью, или же наоборот вялыми, свешивающимися своим дном, как бы перегибающимися.

При просмотре историй болезни первой группы, можно отметить, что анатомические изменения, обнаруженные во время операции, служили прекрасным объяснением причин отсутствия пузырной желчи и вполне оправдывали диагностические догадки. На операции мы находили маленькие сморщенные пузыри с сильно склерозированными стенками и облитерированными пузырными протоками, либо эмпиему, или водянку пузыря при закупорке шейки пузыря, или пузырного протока камнем. Из этой группы однако следует особо остановиться на случае, в котором желчный пузырь находился замурованным в глубине спайками и представлялся резко сморщенным, в полости его было два камня, *d. cysticus* проходим, в общем желчном протоке имелся камень и где однако была получена желчь, принятая за желчь В. В этом случае закупорка общего желчного протока не была полной и, вследствие имевшего место застоя желчи выше камня, она принимала более темную окраску, почему и симулировала желчь В.

Вторая группа составляет 10 случаев. Здесь, в полном соответствии с наличием желчи В при дуоденальном зондировании, находятся и изменения в желчных путях. Диагноз холецистита всегда подтверждался. Желчные пузыри изменены, но сохранили свою сократительность, пузырные протоки проходимы. Содержимое пузырей обычно представляло густую, темную жидкость, по макроскопическому виду вполне идентичную с полученной зондом желчью В. В осадке пузырного содержимого обнаруживались лейкоциты, а в мазках иногда удавалось открыть бактериальную флору.

В третью группу мы отнесли застойные пузыри. На нашем материале они встретились 6 раз.

Как известно, диагноз застойного пузыря в настоящее время еще почти невозможен, а эктомия не гарантирует от рецидива болей, так же как и при холециститах (Федоров). Вот почему небезинтересно рассмотреть клиническое течение этих случаев и сопоставить их с результатами дуоденального зондирования, как до, так после операции. Все эти случаи с клинической стороны отличаются трудностью диагноза. Это именно те случаи, где дифференциальный диагноз колеблется между многими заболеваниями не только желчных путей и соседних органов, но мысль врача невольно клонится в сторону истеро-неврастений.

Дуоденальный зонд во всех шести подобных, встретившихся нам случаях показал наличие всех трех порций желчи: А, В и С с белым хлопчатым осадком слизи, под микроскопом большое количество лейкоцитов, группирующихся кучками в комочках слизи. Таким образом, результаты дуоденального зондирования нам с значительной вероятностью указывали на наличие воспалительного процесса в желчных путях. На операционном столе, однако, видимых воспалительных явлений в желчном пузыре не оказывалось, спаек не было, пузыри—с макроскопически неизменными, лишь вялыми стенками, желчные протоки проходимы, в осадке из пузырной желчи лейкоцитов иногда не было. Кажущееся т. о. противоречие требовало объяснения. Оно было получено при повторном зондировании этих же больных после эктомии. Опыт Мельцер-Лайона во всех случаях у них оставался отрицательным. Желчи В не получалось,

хлопчатый слизистый осадок в полученных порциях имелся, под микроскопом лейкоциты по-прежнему были в большом количестве. Жалобы больных после переходящего улучшения возобновлялись. Факт налицо: пред нами признаки воспалительного процесса, но, повидимому, локализирующегося преимущественно в общем желчном протоке, а может быть и во всем желчном дереве. При усилении инфекция может подняться выше, захватить и желчный пузырь и тогда мы будем иметь выраженный холецистит с более ясной клинической картиной.

Таким образом, в основе т. н. застойных желчных пузырей все же, повидимому, лежит инфекция. Мы думаем, что застойный пузырь является начальным стадием холецистита. Изучение этого вопроса будет продолжением нашей работы. Все же мы позволим себе и сейчас привести некоторые данные, касающиеся одной из больных этой группы, леченной нами вливаниями через зонд Sol. Magn. Sulfur.

Больная А. с эктомированным застойным пузырем, после 2—3-х месячного улучшения, вновь стала жаловаться на прежние боли. Терапия, направленная в сторону укрепления нервной системы, как до, так и после операции, оставалась безуспешной. Дуоденальное зондирование показало ту же картину, что и до операции, а именно: наличие в желчных ходах воспалительного процесса: желчь А и С (В отсутствовала) в осадке содержала много слизи и лейкоцитов. Предпринятое лечение вливанием через зонд Sol. MgSO₄ дало следующее: желчь все время оставалась золотисто-желтой, хлопьев слизи после каждого вливания становилось меньше, количество лейкоцитов также уменьшалось и после 5 промываний они обнаруживались уже в небольшом количестве: в одной из 4—5 проб и только вокруг комочка слизи. Наряду с ослаблением воспалительных явлений отмечалось постепенное исчезновение болей, вздутий под ложечкой, улучшение самочувствия и заметное увеличение веса.

Затронутый нами вопрос находится в тесной связи с вопросом о долечивании холецистэктомированных больных. Как ближайшие, так и отдаленные результаты холецистэктомии являются не вполне удовлетворительными. Полное выздоровление колеблется от 60—80%, в 12—30% больные получают только значительное улучшение, а в 10% операция остается без всякого успеха. В развитии желчно-каменной болезни инфекция, как известно, играет первенствующую роль, а восходящий путь признается наиболее частым. Т. о. холедохит есть начальный стадий в развитии болезни, за которым поражается желчный пузырь, где инфекция находит для себя наиболее благоприятные условия, как в полузамкнутом резервуаре. С этого момента картина начинает укладываться в стандартные рамки холецистита. Холецистэктомия уничтожает только этот резервуар с инфекцией и оказывает влияние на дальнейшее течение болезни только косвенным путем. Постоянное выделение желчи после холецистэктомии как бы вымывает остающуюся в протоках инфекцию. Этого может быть достаточно в большинстве случаев для полного излечения болезни, но в другой части случаев инфекция еще сильна, воспалительный процесс оставил в протоках стойкие изменения. Отсюда возможны и рецидивы болей, наступающие у этих больных. Необходимость долечивания холецистэктомированных больных теперь многими признается, однако это не во всех случаях является необходимым. И здесь дуоденальный зонд может служить прекрасным способом, дающим нам возможность сле-

дуть за состоянием воспалительного процесса в желчных путях. Он же может быть использован и как терапевтический прием с целью долечивания с большим успехом во многих случаях.

Изложенное дает основание думать, что некоторые формы безкаменных холециститов, где воспалительные изменения в желчных путях не успели еще далеко зайти, при хорошо сохранившейся сократительной способности пузыря, не без успеха могут быть лечены вливаниями $MgSO_4$ через дуоденальный зонд. Сюда особенно относятся застойные пузыри, которые должны быть лечены только этим способом.

В заключение остановимся в нескольких словах на вопросе о лямблиозе.

В дуоденальном содержимом *Lamblia intestinalis* встречается довольно часто. М. Ляббе на 85 случаев встретил их 7 раз, 8, 20%. Nerveux, Gavrila в короткое время набрали 12 наблюдений. Проникновение паразита в организм человека выражается кишечными расстройствами, схожими с дизентерией, или коликом. *Lamblia intestinalis* первоначально локализуется в нижних отрезках толстых кишок. В это время в кале обнаруживаются вегетативные формы паразита или кисты его. За этим периодом следует картина болезни с желудочно-кишечными симптомами, в кале обнаруживаются еще только кисты, в живом же состоянии паразита находят уже в дуоденальном содержимом. Еще позже они появляются после пробы Мельцер—Лайона в пузырной желчи, желчи В. Таким образом, по мнению М. Ляббе, Либера, Лянгера, Карно и др. лямблии продвигаются восходящий путь. Это восхождение напоминает восхождение дизентерийной амобы (М. Ляббе). Лямблии находят во всех трех порциях желчи, но, по наблюдениям Карно, Гелинге, Либера, Ляббе, Непве, в желчи В, в пузырной желчи, лямблии встречаются в гораздо большем количестве. Карно, Либер и Ляббе утверждают, что желчный пузырь может служить резервуаром паразитов, подобно бациллам тифа и паратифа. Однако Шяре и Лебон полагают, что пузырного лямблиоза не существует и объясняют нахождение большого количества лямблий в желчи Вотмывающим действием $MgSO_4$, против чего, однако, возражают Карно и Гелинге, указывая, что лямблии встречаются в большом количестве в желчи В и после внутримышечного введения экстракта из задней доли гипофиза. Присутствие лямблий в желчном пузыре, удаленном хирургическим путем, доказано Вестфалем.

Клиническая картина лямблиоза пузыря недостаточно известна. Преобладают признаки диспепсии, анемии, исхудания. Печеночные симптомы мало выражены. Наблюдаются приступы колик, имеющие характер печеночных. Большинство авторов согласны в том, что лямблии в желчном пузыре производят слабое воспаление. М. Ляббе считает, что лямблиозный холецистит никогда не сопровождается перихолециститом.

Мы встретили *Lamblia intestinalis* на 24 случая 3 раза. В одном случае это был каменный холецистит, в другом—бескаменный и в третьем—застойный пузырь. В первом случае *Lamblia intestinalis* находилась только в порции А в большом количестве, до 30 в поле зрения, во втором только в желчи В и в третьем в двух порциях: А и В.

Все три наших случая с лямблиозом были оперированы, однако в содержимом эктомированных пузырей лямблий не оказалось. Лечение лямблиоза нами не проводилось.

Выводы: 1) Дуоденальный зонд является прекрасным диагностическим методом при заболеваниях желчных путей и горячо может быть рекомендован как метод объективный, облегчающий распознавание болезни, особенно в случаях, представляющих дифференциально-диагностические трудности.

2) Застойные пузыри и начальные формы холециститов должны быть лечены вначале вливаниями через зонд $MgSO_4$ и подвергаться оперативному лечению только при безуспешности этой терапии.

3) Для улучшения отдаленных результатов операций на желчных путях весьма желательно долечивание.

4) Для долечивания эктомированных больных, наряду с др. терапевтическими приемами,—курортолечение, грязелечение, может быть также рекомендовано вливание через дуоденальный зонд $MgSO_4$.

Из кафедр Общей биологии (заведующий проф. М. С. Золотов) и Патологической анатомии (заведующий проф. С. А. Моногенов) Саратовского Мединститута.

Митогенетическое излучение крови раковых больных и здоровых людей.

Асс. Н. Ф. Шляпников и И. Г. Комиссар¹⁾.

Изучение митогенетических лучей занимает сейчас не только биологов и физиков, но и химиков, патологов, клиницистов и др. Обстоятельно вопрос о митогенетическом излучении освещен в монографической работе самим автором феномена излучения проф. А. Г. Гурвич. Мы не ставим себе здесь задачей критического анализа теоретических взглядов проф. Гурвич в связи с проблемой митогенетического излучения, что сделано Золотовым на страницах журнала „За марксистско-ленинское естествознание“ 1932 г., № 5—6; мы только подчеркиваем, что в проблеме митогенетического излучения видное место занимают работы об излучаемости крови, что является темой и настоящего сообщения, основанного на опытах с кровью раковых, саркоматозных больных и здоровых людей.

Факт митогенетического излучения крови впервые был установлен в 1925—26 гг. супругами Гурвич. Они подвергли облучению кровью лягушки луковый корешок и получили положительный митогенетический эффект. Недавно Барон, как упоминает об этом Гурвич, специальными опытами в неопубликованной еще работе показал, что воздействие крови на дрожжевые клетки основано именно на ее излучении, а отнюдь не на химическом явлении.

С целью выяснения процессов излучения крови в лаборатории проф. Гурвич проводится значительное количество исследований. Так, Зорин установил, что кровь лягушки, помещенной в атмосферу CO_2 , теряет способность излучения; но, если к сыворотке прибавить оксигемоглобин, то излучение восстанавливается. Отсюда был сделан вывод, что излучение крови лягушки обуславливается окислительными процессами. В дальнейшем, Потоцкая и Цоглена показали, что излучение из крови млекопитающих зависит не только от окислительных процессов (окисляемости полипептидов и аминокислот), но, главным образом, от гликолиза. Так, если KCN прекратить окисление в сыворотке, то излучение не теряется. Таким образом, в основе последнего у млекопитающих лежат гликолитические процессы. Дальнейшие работы с нарушением гликолиза подтвердили, что излучение происходит благодаря ферментативным процессам. Биллингс сделал попытку изучить влияние хинина на митогенетическое излучение крови. На небольшом количестве опытов ему удалось показать, что, при введении под кожу мышам хинина, а также при прибавлении хинина гемолизированной крови человека, митогенетическое излучение крови исчезает, при этом прибавление 5% раствора глюкозы не изменяет результатов хининной крови. Отсюда автор сделал вывод, что хинин подавляет процесс гликолиза в крови и угнетает действие гликолитического фермента, а поэтому исчезает и митогенетическое излучение крови.

Интересным представляется попытка Брайнс установить зависимость излучения крови от утомляемости рабочих на предприятиях. Автор особой, предложенной им методикой с мидетокритами, облучивал жидкую культуру дрожжей кровью рабочих до работы, после 7 час. работы и после отдыха, продолжительностью от

¹⁾ Работа была начата мною совместно с т. Комиссар, который трагически погиб при автоаварии.

2 до 5 часов, с учетом труда и быта. На основании полученных данных был сделан вывод, что митогенетический эффект при работе уменьшается или исчезает, а после отдыха восстанавливается. В основу этих явлений положены наблюдения Hill, который установил, что молочная кислота из мышц после работы проникает в кровь. Это явление и привело Брайнес к мысли о том, что кровь рабочего после работы не должна излучать митогенетических лучей, ибо молочная кислота, проникающая из мышц в кровь, задерживает гликолиз крови, а следовательно должна тормозить и излучение. Это предположение и было подтверждено Брайнес в его работе об изменчивости митогенетического излучения крови в связи с физиологическим состоянием организма. Явление исчезновения лучистого эффекта было обнаружено и в случаях отравления NaF, в случаях голодания и при некоторых заболеваниях. Так, Гурвич и Залкинд (1929 г.) доказали, что кровь раковых мышей (эрлиховский штам), а так же и кровь людей, страдающих раком, теряет митогенетическое излучение и прибавленная к крови здоровых она тормозит излучение, как это установили Лапинский и Мартынов. Аналогичные и подтверждающие опыты были поставлены Liebertom и в Италии Protti. После этого стали испытывать излучаемость крови и при других заболеваниях. Марковский экспериментировал с кровью туберкулезных больных по примеру Гурвича, изучавшей излучаемость крови туберкулезных морских свинок. При этом выяснилось, что кровь не теряет способность к излучению даже в тяжелых случаях туберкулеза.

Весьма заманчивой по своей постановке вопроса является работа Gesenius'a. Автор сделал попытку использовать факт исчезновения излучаемости крови раковых больных, как метод ранней диагностики рака. Излучаемость теряется кровью раковых больных очень рано, во всяком случае, задолго до появления морфологических признаков или как показала Гурвич на мышах—на 5—6 день после прививки эффект индукции падает до 0,1% вместо 32% на 3 день прививки. Gesenius изучал излучаемость крови, используя методику Warburg'a. В его опытах дрожжи, облученные кровью здоровых людей, показали митогенетический эффект. Последний обнаруживался и в случаях беременности, менструации, фиброзного остита, брюшного тифа и др. заболеваний, в то время как при пернициозной анемии, лимфогранулематозе, раке, саркоме и др. отмечалось исчезновение излучения.

Мысль Gesenius'a об использовании для диагностики рака явления исчезновения излучаемости крови раковых больных побудила и нас произвести наблюдения над кровью раковых и саркоматозных больных, тем более, что количество подобных опытов у различных авторов не велико и поэтому наши данные не будут излишними. Нами подвергнуто исследованию крови 42 больных раком и саркомой. Параллельно, в тех же условиях испытывалось излучение крови здоровых людей. Кровь раковых больных бралась из клиник Саратовского медицинского института, где диагноз рака устанавливался или микроскопически нами на кафедре патологической анатомии, или при пробной лапаротомии, и только в некоторых случаях мы вынуждены были ограничиться клиническими данными.

Работа проводилась на дрожжах расы Шабли, культивируемых в свежем, неохмеленном пивном сусле.

При работе мы пользовались методикой Брайнес, изученной нами в лаборатории проф. Гурвича. Кровь бралась из пальца иглой Франка на фильтровальную бумагу „нежирным“ пятном и гемолизировалась перед самым опытом, не позднее 1 часа после взятия. Экспозиция длилась 6 минут. Одновременно кровью раковых больных и здоровых людей облучалось по 2 детектора, помещенных по обе стороны на одинаковом расстоянии от индуцируемой крови.

Митогенетический эффект крови.

Как показали наши исследования¹⁾ кровь раковых больных в общем не излучает митогенетических лучей; в 59 анализах (0,2%) с кровью раковых больных мы имеем отрицательный митогенетический эффект, в 20

¹⁾ Имеющиеся в статье таблицы по технич. условиям не могли быть помещены. Ред.

анализах (23,8%)—нулевой эффект и в 5 анализах—(5%)—положительный эффект. Таким образом,—в наших опытах кровь раковых и саркоматозных больных в 95% случаев не излучала митогенетических лучей. Если эти результаты сопоставить с наименее производимой в клиниках реакцией Davis, которая в онкологическом институте проф. Петрова (по работе Беднова) дает только 54,5% положительных указаний на рак, то метод выявления потери излучаемости кровью раковых больных имеет очевидные преимущества. Правда, методика здесь сложнее, чем производство реакции Davis и требует специальной лабораторной обстановки, что, надо сказать на некоторое время затормозит широкое применение на практике метода Гурвич, но все-же почти 100% верное указание на заболевание раком даже в ранних периодах, делает метод необходимым для онкологической клиники.

В силу объективной трудности вызвать у людей рак в ранних стадиях, нам не удалось проследить на большом материале излучаемость крови раковых больных в ранних периодах. И только опыты № 1 и 28 произведены с кровью больных раком матки, где клинически была констатирована простая эрозия шейки, но микроскопически нами констатированы были в первом случае базальный рак и во втором—канкротид; в обоих случаях митогенетический эффект был отрицательный.

В разбираемых случаях обращают на себя внимание еще два факта: во I)—в опыте № 7 отмечается положительный митогенетический эффект крови больной раком матки. Однако, этот случай может вызвать некоторое сомнение и в точности диагноза, так как не было произведено микроскопическое исследование, во II)—в опытах №№ 25, 30, 34, производимых параллельно в одинаковых условиях, в одном случае имеется положительный, а в другом отрицательный митогенетический эффект. Правда, положительные показатели очень малы и находятся в пределах экспериментальной ошибки и их можно считать за нули. К этому вопросу мы еще вернемся несколько ниже, а пока ограничимся только указанием на этот факт.

Теперь перейдем к разбору данных излучаемости крови здоровых людей. Здесь прежде всего устанавливаем, что на общее число опытов 92 в 75 случаях, что составляет 81,5%, митогенетический эффект был положительный; в 15 опытах (16,2%)—отрицательный и в 2 опытах (2,1%) эффект был нулевой. Последняя группа может быть расширена, если в нее перенести опыты с незначительными показателями, лежащими в пределах ошибок эксперимента. Эти данные позволяют прийти к общему выводу, что кровь здоровых людей не всегда излучает митогенетические лучи.

В литературном обзоре мы уже касались некоторых причин утраты кровью излучаемости. Нами ни указанные там причины, ни другие факторы в расчет не принимались, что, конечно, снижает ценность выводов.

Как в показателях эффектов излучаемости раковой крови и здесь в анализах № 1, 6, 12, 23, 28, 31, 41 в одном случае отмечается положительный эффект, а в другом отрицательный, хотя следует заметить, что в опытах № 1, 12, 31 оба показателя, лежащие в пределах ошибок методики можно принять за нуль. Параллельные опыты с разноточными эффектами требуют объяснения. Едва ли можно здесь говорить о разном режиме дрожжей по отношению к митогенетическому излучению, которое,

как выяснили Залкинд и Календаров, изменяется по определенной кривой, о чем упоминает в своей работе и Шершнев. Нельзя здесь ссылаться и на пределы ошибок методики, так как в некоторых опытах показатели эффекта (№ 21, 23) лежат за пределами этих ошибок. Нет оснований также и рассматривать эти явления, как результат учета одномоментной экспозиции. Таким образом, это явление разнозначных эффектов одной и той же крови на одну и ту же культуру при одновременной экспозиции остается невыясненным. Играет ли здесь роль субъективная трудность методики равномерного распределения дрожжей в сусле—эту возможность не всегда можно исключить и это является отчасти слабым местом в методике.

Что касается нулевых эффектов и угнетения излучения, то здесь объяснение можно найти хотя бы в двух фактах. Во-первых, в лаборатории проф. Гурвич выяснилось, что эффект излучаемости крови необходимо изучать с тремя отсчетами времени, так как здоровая кровь различных людей дает эффект излучения через разное время 2—6—10 минут и т. д. Мы же опыты проводили только с одновременной экспозицией в 6 минут; во-вторых, упомянутыми работами Залкинды и Календарова установлено, что индукция извне может дать не только плюс в смысле повышения интенсивности размножения дрожжей, но может наблюдаться и уменьшение этой интенсивности (Шершнев), при чем работа последнего о явлениях мутоиндукции позволила сделать вывод периодичности изменения кривой митогенетического режима дрожжей, где нуль не всегда говорит за отсутствие эффекта, а объясняется только т. н. митогенетическим угнетением. Последний фактор зависит не только от возраста культуры, но и от концентрации дрожжей: в „густых“ культурах взаимное облучение клеток (аутомутоиндукция) протекает более живо, чем во взвесах меньшей концентрации, где клетки наиболее удалены друг от друга (Барон). Это обстоятельство лишний раз подчеркивает необходимость большой тщательности в работе с митогенетическими лучами и возможность внесения в процессе работы субъективных элементов, могущих повлиять на результаты, о чем мы и упоминали выше.

В ы в о д ы:

1. Кровь раковых больных в 95% теряет способность излучать митогенетические лучи.
2. Метод Гурвич в распознавании раковых заболеваний заслуживает дальнейшего изучения.
3. Излучаемость крови здоровых людей является лабильным фактором и для учета требует принимать во внимание многие стороны труда и быта человека.
4. Методика изучения митогенетического излучения крови людей нуждается в дальнейшем усовершенствовании, главным образом, в части равномерности распределении дрожжей в сусле.

Из Всеукраинского ин-та эндокринологии и органотерапии. Отдел эксперимент. патологии—зав. проф. С. Г. Генес Отдел патоморфологии—зав. проф. И. М. Пейсахович

О гомоорганическом действии лизатов.

С. Г. Генес и И. М. Пейсахович.

В лизатотерапии одним из наиболее слабо разработанных вопросов является вопрос о том, какими лизатами воздействовать на данное заболевание.

Обычно в практике лизатотерапии исходят из того, что лизаты действуют на гомологичные органы, поэтому стремятся выяснить пораженные органы и соответственно им назначают лизаты.

Если получается ожидаемый эффект—то этим пытаются доказать, что лизаты обладают специфическим действием (Тушинов, Казаков).

Хотя в ряде случаев такой специфический эффект и несомненен, однако, исследователями-клиницистами может часто упускаться ряд и других последствий действия лизатов, поскольку внимание их концентрируется на ожидаемом эффекте. А это может значительно отразиться на объяснении действия лизата, ибо подмеченный, совпавший с ожидаемым, эффект может быть вовсе не результатом непосредственного воздействия лизата на гомологичный орган, а наиболее выпуклым звеном в цепи последовавших за введением лизата процессов и даже просто одним из многих звеньев этой цепи, на котором наше внимание особенно фиксировалось в связи с рабочей гипотезой о гомологичном действии лизатов. Вот почему на больном трудно доказать гомоорганическую специфичность лизатов.

Гораздо более поэтому доказательны опыты Miyagawa и его сотрудников, показавшие на большом экспериментальном физиологическом материале, что малые дозы усиливают, а большие угнетают работу гомологичного органа, причем в последнем случае им удалось даже доказать патолого-анатомические изменения в нем.

Но и в этих экспериментах, при введении в животный организм больших доз экстрактов органов, наряду с патолого-анатомическим поражением в гомологичных органах, находили, почти всегда, поражения и печени и почек.

Несмотря на преимущества физиологического метода исследования перед клиническими, в отношении изучения гомоорганичности действия лизатов, поскольку с его помощью можно было более или менее непосредственно наблюдать результат действия экстрактов, эксперимент на животном, физиологический и патолого-анатомический, не давал решающего ответа на интересующий нас вопрос: обладают ли лизаты строгой специфичностью.

На основании исследований, произведенных Miyagawa'ой и его сотрудниками, он пришел к заключению, что „прямое действие“ („direct action“) экстрактов является лишь относительно специфичным.

Но Miyagawa работал не с лизатами типа Тушинова или Казакова (т. е. с более или менее низкими продуктами распада ткани), а с экстрактами, которые он получал настаиванием органов и тканей в физиологическом растворе NaCl при различной температуре в продолжение 6—12 часов. Он имел дело, таким образом, с относительно неглубокими продуктами аутолиза.

Попытку доказать специфичность действия лизатов сделал Белонковский со своими сотрудниками.

Для разрешения этого вопроса о специфичности лизатов Белоновский воспользовался методами изучения органотаксиса с помощью витальных красок.

Он со своими сотрудниками вводил животным различные лизаты (мозга, сердца, кожи, яичек, легких) вместе с витальными красками (трипанблау, коллоидным железом, кармином).

Как сообщает проф. Белоновский, наибольшее отложение краски имело место в тех органах, лизаты которых он и вводил вместе с краской.

Так, при введении церебролизата с краской—окрашивался мозг (обычно, при введении одной лишь краски не окрашивающийся), при введении лизата сердца с краской окрашивалось сердце и так далее.

Если бы удалось подтвердить эти интересные опыты, вопрос о специфичности действия лизатов, хотя и не был бы окончательно разрешен, но значительно был бы подвинут вперед¹⁾.

Мы и задались целью проверить вышеприведенные опыты Белоновского и его сотрудников.

Наши опыты ставились не на собаках, как это имело место у Белоновского, а на мышах. Всего нами поставлено было с церебролизатом пятнадцать опытов и десять контрольных, с овариолизатом десять опытов и шесть контрольных. Мышам одинакового возраста вводился трипанблау (разв. 1:100) одновременно с лизатом. Через три дня мыши убивались и изучалось отложение краски в различных органах и тканях. В тех же условиях были поставлены опыты на контрольных мышах, которым вводился лишь трипанблау. Количество отложенных зерен трипанблау мы обозначали крестами, причем, если наблюдалось обширное накопление краски, это обозначалось четырьмя крестами, при соответствующем уменьшении количества краски и количество крестов уменьшалось.

Наши опыты показали, что отложение зерен трипанблау по преимуществу наблюдается в печени, в почках и изредка в селезенке и легких. В остальных органах, при введенной дозе краски, отложения не наблюдалось. Отложение краски при одновременном введении ее с церебролизатом изменяется лишь в количественном отношении.

Мозговые оболочки и ткань мозга во всех случаях лишены как диффузной окраски, так и не накопили зерен трипанблау. Точно также не увеличилось накопления краски в легких, селезенке и др. органах по сравнению с контрольными и лишь в печени и почках значительно возросло количество накопленной краски. Если увеличенное отложение краски в клетках извитых канальцев почек может быть можно истолковать, как результат усиленного выделения ее почками, то обильное отложение и накапливание трипанблау в купферовских клетках печени несомненно указывает на активизацию ее ретикуло-эндотелиальных элементов.

Для изучения накапливания трипанблау при введении этой краски с овариолизатом мы пользовались методом исследования яичников при помощи нативных препаратов. Такой маленький орган, как яичник мышей, дает возможность легкого приготовления из него нативного препарата, благодаря чему отчетливее и резче выступают отложения краски в различных его элементах. Но для изучения накапливания трипанблау в яичниках необходимо было остановиться на такой дозе краски, которая не закрашивала бы диффузно яичник и не наступало бы обильного отложения ее зерен, ибо при большом количестве краски все элементы

¹⁾ Одного доказательства большего *накопления* краски в органе, под влиянием соответствующего лизата, недостаточно для утверждения специфичности действия его на функцию соответствующего органа.

яичника, в особенности тела фолликула и желтые тела усиленно ее накапливают.

При повторном введении трипанбляу в дозах 0,2 три раза в день, в течение двух дней у контрольных животных обнаруживалось, в нативных препаратах яичников, что клетки фолликулов очень интенсивно накопили крупные зерна краски, причем накапливали краску преимущественно более зрелые фолликулы и интенсивность накопления была более или менее равномерна во всех яичниках. Клетки стромы яичников также довольно интенсивно накопили зерна трипанбляу.

Такая же картина наблюдалась при введении трипанбляу с овариолизатом (0,2 овариолизата 3 раза в день, в течение двух дней), в нативных препаратах яичников. Клетки фолликулов опытных мышей накопили зерна краски, как будто интенсивнее, чем контрольные, но резко отличимой разницы все же обнаружить не удалось.

В дальнейшем мы перешли к введению меньших доз краски, полагая, что может быть таким образом удастся более четко обнаружить разницу в накоплении краски у опытных мышей по сравнению с контрольными.

Мышам вводилось однократно 0,1 трипанбляу (разв. 1:100). В нативных препаратах контрольных животных обнаружено, что лишь клетки theca одиночных фолликулов содержат зерна краски, точно также одиночные клетки стромы содержали зерна трипанбляу.

В нативных препаратах яичников при одновременном введении краски и овариолизата, в части случаев можно было констатировать небольшое увеличение накапливающей способности клеток фолликулов, по сравнению с контрольными яичниками, и чаще всего это наблюдалось, когда овариолизат вводился в очень сильном разведении (0,1 и 0,01).

Все же постоянной ясно видимой разницы в накоплении краски в яичниках опытных животных, по сравнению с контрольными, установить не удалось.

На основании всего вышеизложенного можно прийти к следующим выводам:

1. Введение лизатов мозга и яичников вместе с витальными красками, проводившееся с различными дозами как лизата, так и краски, не обнаружало заметно отличимой, постоянно констатируемой разницы в накоплении краски соответствующими органами.

2. В тех же случаях, где можно было констатировать усиленное накопление краски—оно касалось не гомологичных органов (мозг и его оболочки при введении церебролизата), а органов, богатых ретикуло-эндотелиальными элементами.

В этом последнем случае, также как и при несколько большем накоплении краски в яичниках при введении ее с овариолизатом, не исключена возможность влияния не непосредственно лизатов, а вообще большего количества веществ, вводимых опытным животным (краска + лизат), по сравнению с контрольными (только краска).

3. Отрицательные результаты вышеприведенных наших исследований, однако, ни в коем случае не снимают вопроса о действии лизатов на живой организм. Оно, вероятно, значительно сложнее, чем прямое гомоорганическое действие¹⁾.

¹⁾ См. работу Генес и Утевский. „О специфичности действия лизатов“. Клин. мед., 1931 г. и „Гормоны и лизаты“. Врач. Дело, № 11/12—1932 г.

Отдел III. Из практики.

(Из терапевтического отд. 1-й Совбольницы гор. Балашова).

К вопросу о лечении висмутом сулемового отравления.

Д. М. Степухович.

Профессор С. С. Зимницкий в своих лекциях по сердечным и почечным болезням (издание 1927 г.) упоминает о специфическом методе лечения сулемового отравления висмутом.

Под моим наблюдением было 2 больных, леченных висмутом успешно. История болезни представляет интерес, помимо висмутового лечения, также по своему клиническому течению.

1. Больная Е. Ж. 17 лет, поступила в больницу 19/V—30 г. с жалобами на боль в животе, отсутствие мочи и слабость. Накануне, вместо красного вина, нечаянно выпила крепкий раствор сулемы. После этого быстро наступила рвота и ощущалось жжение в области желудка. С момента отравления до поступления в больницу прошло около суток. Несколько часов после отравления больная мочилась нормально, затем мочеотделение прекратилось. Больная среднего роста, правильного телосложения, с достаточным количеством подкожного жирового слоя. Пальцы рук и ног холодны на ощупь, отмечается их цианоз. Имеется некоторая припухлость лица. Границы сердца норма. У верхушки систолический шумок, тоны глуховаты, пульс 92 в минуту, мягковат. Мочевой пузырь пуст. Разлитая болезненность при пальпации живота, преимущественно в Hypogastrium. Назначены Bismut. subnitric. по 1,5 через 2 часа и кофеин под кожу.

20/V. Припухлость на кистях рук и голенях. Пульс idem. На сердце выслушивается незначительный акцент второго тона на аорте. За сутки три раза позывы к мочеиспусканию. Моча по каплям. Стул за сутки один раз, жидкий, зеленого цвета. Жалобы на боли в пояснице и животе. Имеется болезненность в области почек, при постукивании и при пальпации по всему животу.

21/V и 22/V. Status idem, моча по каплям, позывы 3—5 раз в сутки. Лечение то же. Питание—молоко и сладкий чай.

23/V мочи нет, пузырь пуст, рвота, живот вздут, пульс 60 в минуту, ритмичный. После клизмы стул жидкий, чернозеленого цвета.

24/V мочи за день 100 грамм, беловатого цвета. Жалобы на боли при глотании. В глотке меркуриальные налеты, преимущественно слева, с общими явлениями стоматита полости рта.

25/V мочи за сутки 400 грамм. Пульс 76 в минуту, хорошего наполнения, стул без клизмы, жидкий. Общее состояние значительно лучше.

26/V из глотки отделяются некротизированные кусочки ткани. Общее состояние хорошее и 28/V больная выписана на домашнее лечение по ее просьбе.

Висмута больная приняла за первые сутки 16,5 грамма, вторые—15 грамм, третьи—12 грамм, четвертые, пятые, шестые по 9-ти грамм и седьмые—6 грамм.

С появлением мочи к чаю и молоку прибавлялось постепенно соответствующая хлорированная диета.

Анализ мочи. 24/V: 1) цвет белый, 2) прозрачность—мутная, 3) удельный вес 1005, 4) реакция щелочная, 5) осадок белый—плотный, 6) белка нет, 7) крови нет, 8) лейкоциты единичные в поле зрения, 9) плоский эпителий в значительном количестве и 10) трипельфосфаты в значительном количестве.

Повторные анализы мочи давали неизменно ту же картину с единственным изменением от вышеприведенного—это фиксация удельного веса мочи на 1010.

Больная, после коечного лечения, находилась под моим наблюдением несколько месяцев и удельный вес мочи 1010 оставался неизменным. В осадке патологического мачего не отмечалось. В больнице и после производились пробы на функ-

яичника, в особенности тела фолликула и желтые тела усиленно ее накапливают.

При повторном введении трипанбляу в дозах 0,2 три раза в день, в течение двух дней у контрольных животных обнаруживалось, в нативных препаратах яичников, что клетки фолликулов очень интенсивно накопили крупные зерна краски, причем накапливали краску преимущественно более зрелые фолликулы и интенсивность накопления была более или менее равномерна во всех яичниках. Клетки стромы яичников также довольно интенсивно накопили зерна трипанбляу.

Такая же картина наблюдалась при введении трипанбляу с овариолизатом (0,2 овариолизата 3 раза в день, в течение двух дней), в нативных препаратах яичников. Клетки фолликулов опытных мышей накопили зерна краски, как будто интенсивнее, чем контрольные, но резко отличимой разницы все же обнаружить не удалось.

В дальнейшем мы перешли к введению меньших доз краски, полагая, что может быть таким образом удастся более четко обнаружить разницу в накоплении краски у опытных мышей по сравнению с контрольными.

Мышам вводилось однократно 0,1 трипанбляу (разв. 1:100). В нативных препаратах контрольных животных обнаружено, что лишь клетки theca одиночных фолликулов содержат зерна краски, точно также одиночные клетки стромы содержали зерна трипанбляу.

В нативных препаратах яичников при одновременном введении краски и овариолизата, в части случаев можно было констатировать небольшое увеличение накапливающей способности клеток фолликулов, по сравнению с контрольными яичниками, и чаще всего это наблюдалось, когда овариолизат вводился в очень сильном разведении (0,1 и 0,01).

Все же постоянной ясно видимой разницы в накоплении краски в яичниках опытных животных, по сравнению с контрольными, установить не удалось.

На основании всего вышеизложенного можно прийти к следующим выводам:

1. Введение лизатов мозга и яичников вместе с витальными красками, проводившееся с различными дозами как лизата, так и краски, не обнаружило заметно отличимой, постоянно констатируемой разницы в накоплении краски соответствующими органами.

2. В тех же случаях, где можно было констатировать усиленное накопление краски—оно касалось не гомологичных органов (мозг и его оболочки при введении церебролизата), а органов, богатых ретикуло-эндотелиальными элементами.

В этом последнем случае, также как и при несколько большем накоплении краски в яичниках при введении ее с овариолизатом, не исключена возможность влияния не непосредственно лизатов, а вообще большего количества веществ, вводимых опытным животным (краска + лизат), по сравнению с контрольными (только краска).

3. Отрицательные результаты вышеприведенных наших исследований, однако, ни в коем случае не снимают вопроса о действии лизатов на живой организм. Оно, вероятно, значительно сложнее, чем прямое гомоорганическое действие¹⁾.

¹⁾ См. работу Генес и Утевский. „О специфичности действия лизатов“. Клини. мед., 1931 г. и „Гормоны и лизаты“. Врач. Дело, № 11/12—1932 г.

Отдел III. Из практики.

(Из терапевтического отд. 1-й Совбольницы гор. Балашова).

К вопросу о лечении висмутом сулемового отравления.

Д. М. Степухович.

Профессор С. С. Зимницкий в своих лекциях по сердечным и почечным болезням (издание 1927 г.) упоминает о специфическом методе лечения сулемового отравления висмутом.

Под моим наблюдением было 2 больных, леченных висмутом успешно. История болезни представляет интерес, помимо висмутового лечения, также по своему клиническому течению.

1. Больная Е. Ж. 17 лет, поступила в больницу 19/V—30 г. с жалобами на боль в животе, отсутствие мочи и слабость. Накануне, вместо красного вина, нечаянно выпила крепкий раствор сулемы. После этого быстро наступила рвота и ощущалось жжение в области желудка. С момента отравления до поступления в больницу прошло около суток. Несколько часов после отравления больная мочилась нормально, затем мочеотделение прекратилось. Больная среднего роста, правильного телосложения, с достаточным количеством подкожного жирового слоя. Пальцы рук и ног холодны на ощупь, отмечается их цианоз. Имеется некоторая припухлость лица. Границы сердца норма. У верхушки систолический шумок, тоны глуховаты, пульс 92 в минуту, мягковат. Мочевой пузырь пуст. Разлитая болезненность при пальпации живота, преимущественно в Hypogastrium. Назначены Bismut. subnitric. по 1,5 через 2 часа и кофеин под кожу.

20/V. Припухлость на кистях рук и голенях. Пульс idem. На сердце выслушивается незначительный акцент второго тона на аорте. За сутки три раза позывы к мочеиспусканию. Моча по каплям. Стул за сутки один раз, жидкий, зеленого цвета. Жалобы на боли в пояснице и животе. Имеется болезненность в области почек, при постукивании и при пальпации по всему животу.

21/V и 22/V. Status idem, моча по каплям, позывы 3—5 раз в сутки. Лечение то же. Питание—молоко и сладкий чай.

23/V мочи нет, пузырь пуст, рвота, живот вздут, пульс 60 в минуту, ритмичный. После клизмы стул жидкий, чернозеленого цвета.

24/V мочи за день 100 грамм, беловатого цвета. Жалобы на боли при глотании. В глотке меркуриальные налеты, преимущественно слева, с общими явлениями стоматита полости рта.

25/V мочи за сутки 400 грамм. Пульс 76 в минуту, хорошего наполнения, стул без клизмы, жидкий. Общее состояние значительно лучше.

26/V из глотки отделяются некротизированные кусочки ткани. Общее состояние хорошее и 28/V больная выписана на домашнее лечение по ее просьбе.

Висмута больная приняла за первые сутки 16,5 грамма, вторые—15 грамм, третьи—12 грамм, четвертые, пятые, шестые по 9-ти грамм и седьмые—6 грамм.

С появлением мочи к чаю и молоку прибавлялось постепенно соответствующая хлорированная диета.

Анализ мочи. 24/V: 1) цвет белый, 2) прозрачность—мутная, 3) удельный вес 1005, 4) реакция щелочная, 5) осадок белый—плотный, 6) белка нет, 7) крови нет, 8) лейкоциты единичные в поле зрения, 9) плоский эпителий в значительном количестве и 10) трипельфосфаты в значительном количестве.

Повторные анализы мочи давали неизменно ту же картину с единственным изменением от вышеприведенного—это фиксация удельного веса мочи на 1010.

Больная, после коечного лечения, находилась под моим наблюдением несколько месяцев и удельный вес мочи 1010 оставался неизменным. В осадке патологического мичега не отмечалось. В больнице и после производились пробы на функ-

пиональную способность почек по Зимницкому и они давали неизменную изо-стенурию. Привожу одну из них:

6— 9 ут.	135,0 — 1010	6— 9 ч. веч.	55,0 — 1010
9—12 "	320,0 — 1010	9—12 ч. ноч.	135,0 — 1010
12— 3 "	110,0 — 1010	12— 3 ч. ноч.	35,0 — 1010
3— 6 "	220,0 — 1000	3— 6 ч. ут.	160,0 — 1008

Диурез 650%.

За время болезни больная сильно исхудала. С 1931 года больная исчезла из-под наблюдения, но по имеющимся сведениям учится.

2. Больная Н. Ф., 59 лет, поступила 12/III—31 г. с жалобами на боли в животе, тяжесть внизу живота и отсутствие мочи за последние сутки. За несколько часов до заболевания по ошибке, вместо хинина, приняла лепешку сулемы. В анамнезе почечного заболевания не отмечает. Больная пониженного питания, пульс напряжен, 60 в минуту, ритмичный. Со стороны сердца особых отклонений от нормы не отмечается. Имеется разлитая болезненность при пальпации живота. Мочевой пузырь пуст. Назначен Bism. subn. по 1,0 через 2 часа.

23/III за сутки мочи нет. После высокой клизмы обильный стул, жидкий, зелено-черного цвета. Пульс—idem. Отеков нет. К вечеру 200 грамм мочи, реакция кислая, удельный вес 1023, белок 2,31% в осадке зернистые и диалитовые цилиндры 1—3—5 в поле зрения, клетки почечного эпителия, эритроциты и лейкоциты 3—5 в поле зрения.

27/III незначительная отечность голеней и лица, на аорте выслушивается акцент второго тона. Пульс 66 в минуту. Анализ мочи: удельный вес 1023, белок 2,64‰, осадок idem.

30/III отечность почти исчезла, акцент второго тона на аорте выслушивается, пульс 66 в минуту, анализ мочи: удельный вес 1019, белок 1,32‰, осадок idem.

31/III проведена проба по Зимницкому:

6— 9 ч. утр.	285,0 — 1018	6— 9 веч.	220,0 — 1012
9—12 "	55,0 — 1025	9—12 ноч.	200,0 — 1013
12— 3 "	81,0 — 1023	12— 3 ноч.	70,0 — 1025
3— 6 ч. веч.	78,0 — 1025	3— 6 утр.	300,0 — 1006

Диурез 80%.

Висмута больная получила за 1-е сутки 12,0, 2, 3, 4, 5 и 6-е по 6,0,

2/IV больная выписана на амбулаторное лечение, где через 2 месяца вполне поправилась.

Кровяное давление у обеих больных не измерялось, по техническим обстоятельствам.

У второй больной мы имеем типичный нефрит с ненарушенной функциональной способностью почек, с достаточным азото и хлорокинезом и лишь с показателем утомления почек $HD > DD$, тогда как в первом случае мы имеем на несколько месяцев тяжкое нарушение функциональной способности почек (изостенурию), с ее последствиями, уменьшением хлоро и азотокинеза.

Нас крайне удивляло все время отсутствие в моче каких-либо патологических осадков и мы склонны были приписывать это своеобразное течение болезни большим дозам висмута, которые вынуждены были давать, ввиду тяжелого состояния больной, в течение 4-х суток. Эти большие дозы висмута переносились больной очень хорошо. Идея лечения висмутом заключается в его профилактическом действии на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, так как прогностика при отравлении сулемой зависит не столько от действия яда, сколько от влияния инфекций, которые имеют свободный и обширный доступ в организм через поврежденную слизистую желудочно-кишечного тракта (цитировано по Зимницкому).

В нашей больнице с 1925 г. по 1930 г. было 8 случаев тяжелого отравления сулемой. Все 8 случаев кончились смертью, несмотря на все меры, принятые к их спасению, до декапсуляции почек (несколько раз) включительно. А потому вполне понятно заключение Зимницкого: „Ein Mahl ist kein Mahl“, но мы рады, что у нас есть теперь метод лечения сулемовой почки и что мы не стоим у моря сложа руки—не ждем погоды, а эту погоду делаем сами.

К оперативному лечению высокорасположенных новообразований прямой кишки.

Я. М. Исфаи и А. А. Кудрявцев.

В настоящее время доминирующими оперативными вмешательствами при высокорасположенных новообразованиях прямой кишки являются внутрибрюшинно-крестцовый и крестцовый методы. Последние, вполне зарекомендованные, имеют за собою большую статистику как по нашему Союзу, так и хирургов Запада и Америки.

Нельзя, однако, сказать, что эти способы вполне нас удовлетворяют: брюшино-крестцовый дает большой процент смертности (47%), крестцовый дает меньше смертности, но также не лишен теневых сторон.

Мы в нижеследующих строках намерены изложить способ, примененный нами 5-го мая 1933 г. по поводу высокорасположенного рака прямой кишки у больной Щетининой М. 39 лет.

Под общим наркозом — разрез параллельно левой Пупартовой связке на 2 поперечных пальца от последней, слегка изогнутой к срединной линии (на половину Пфанншталя). Вскрытие брюшины и осмотр органов малого таза. После предварительной перевязки верхней и средней геморроидальных артерий, сигма отделена от брыжейки, перевязана двумя лигатурами, между которыми ударом ножниц кишка разделена надвое. На оба конца — надежный Лемберт. Проксимальный отрезок пришит к покровам. В дистальный отрезок вводится через анус олива на металлическом стержне, которая, поднимаясь до слепого конца, перевязывается со стороны брюшной полости.

Придав больной Тренделенбургское положение — на уровне recessus sigmoidei сделали насечки брюшины вокруг теряющейся в Дугласе прямой кишки. Ассистент, руководя оливой при помощи рукоятки и эвагинируя постепенно кишку в направлении промежности, дает нам возможности *ad oculos* вылушать подозрительную ткань. Таким образом, colon pelvinum оставляет тазовое дно, в центре которого образуется воронка за счет вывороченной наружу прямой кишки; последняя, с торчащей рукояткой оливы, обертывается полотенцем, на время остается меж бедер оперируемого. Тренделенбург переводится в прямое горизонтальное положение; на проксимальном отрезке сигмовидной накладывается *anus praeternaturalis*.

Остается закончить последний этап операции — ампутацию вывороченной прямой. При отделении вывороченной rectum пришлось перевязать незначительную наружную веточку *art. haemorrhoidalis inferioris*.

Через 15 дней больная была продемонстрирована в хирургическом обществе. К моменту демонстрации прибыла в весе на одно кило. Преимущества примененного нами способа следующие: 1. Работа под контролем глаза. 2. Одномоментность операции. 3. Бескровность и асептичность.

К вазуистике шва „кровеносных сосудов“.

Др И. И. Садовский (Алма-Ата).

Операция сосудистого шва является до настоящего времени операцией редкой, в особенности на некоторых сосудах. Это в свою очередь служит причиной нашего малого опыта и затруднительности, на основании малого имеющегося материала, установить точные границы показаний для операции сосудистого шва и выяснить его преимущества перед перевязкой сосудов.

Поэтому и теперь остается в силе пожелание, высказанное проф. Опокиным в его „Хирургии военно-полевых ранений“, о необходимости опубликования встречающихся в практике хирургов случаев наложения сосудистого шва и подробного описания показаний и техники его наложения. Это и побудило меня поделиться своими случаями.

В ночь с 3/III на 4/III 1933 г. был доставлен б-ной О-ка, который незадолго до поступления получил огнестрельное ранение в левую подключичную область. По словам больного, тотчас после ранения, он не в состоянии был владеть рукой и она свисала как плеть. Кровотечение было небольшое: но вскоре и уже к времени поступления в б-цу у б-ного начались сильные боли в руке.

При поступлении в б-цу б-ной был очень бледен, в состоянии значительного нервного потрясения. Спереди под ключицей, пальца на 1—1½ книзу от срединной ее, небольшое входное пулевое отверстие, выходное—сзади, прободающее лопатку ниже ее гребня. Из выходного отверстия сочилась кровь. Подключицей, расширяясь на подмышечную область, имеется большая опухоль, туго-эластической консистенции, сглаживающая контуры и очертания ключицы. Пульс на art. radialis левой руки прощупывается весьма слаб, против удовлетворительного наполнения пульса на правой руке. Рука беспомощно свешивается, плечо больной держит опущенным; движения руки при перевязке причиняют б-ному боль.

Невропатолог (д-р Каменецкий) отметил: паретическое состояние всей левой руки, кожные гипертерзии в области верхнего отдела плеча и отчасти верхней трети предплечья. Поняжение всех видов рефлекторной возбудимости. Общая нервность, аффективная неустойчивость, повышение эмоциональной возбудимости.

К утру 4/III опухоль у б-ного увеличилась; появились подкожные кровоподтеки в подключичной, надключичной и подмышечной областях, а также и под кожей левой плечевой области. Боли резко усилились. Пульс в art. radialis не прощупывался.

Под общим эфирным наркозом была произведена операция обнажения сосудисто-нервного пучка в подключичной области. Доступ к пучку—путем остеопластического обнажения подключичной области по Рейху с резекцией средней 1/2 ключицы. Мягкие ткани по пути к сосудисто-нервному пучку оказались интенсивно инфильтрованными кровью, приобрета не свойственную им значительную толщину. Пластины шейных апоневротических фасций превратились в рыхлые насыщенные кровью слои. По отыскании сосудисто-нервного пучка, на подключичную артерию выше и ниже пулевого канала наложены зажимы. Соответственно каналу прохождения пули в тканях, на верхней половине артерии обнаружено прободное отверстие размером в половину просвета артериального ствола. В среднем вторичном стволе плечевого сплетения (лучевой и аксиллярный нервы) оказалась прободная, расщепляющая волокна нерва щель, длиной около 1 см. На отверстие в стенке артерии наложен поперечный шов; резецированный кусок ключицы проволочными швами пришит на свое место. Кожная рана зашита наглухо на всем протяжении, кроме нижнего угла внутреннего продольного разреза, куда вставлена марлевая полоска для стока кровянистого отделяемого раны. В послеоперационном периоде—удаление турунды на третьи сутки; гладкое заживление; швы сняты на 8-й день.

Обращаясь к разбору данного случая, прежде всего хочется остановиться на показаниях к оперативному вмешательству. О ранении подключичной артерии, осложненным повреждением одной из ветвей плечевого сплетения, было ясно с момента

моступления 6-ного в 6-цу. Быстрое увеличение туго-эластической опухоли в подключичной области, обширные кровоизлияния в окружающие ткани, резкая болезненность, испытываемая больным, и отсутствие пульса лучев. артерии заставляли предполагать, что продолжается выделение крови из поврежденного сосуда в окружающие ткани.

Эти соображения заставили меня склониться к мысли о необходимости немедленного оперативного вмешательства с целью прекращения тем или иным способом кровотечения из подключичной артерии.

При выборе метода обнажения сосудисто-нервного пучка, я остановился на обнажении подключичной области по Рейху.

По мере приближения к месту ранения артерии, были приняты меры предосторожности против возможного кровотечения; предполагавшееся место ранения было прижато тампоном и, по обнажении артерии и освобождении ее от клетчатки, проксимально и дистально от места повреждения с целью временной остановки кровотечения были наложены оказавшиеся под рукой обыкновенные кишечные зажимы. Тампон, зажимающий отверстие, убран и из раневого отверстия удален обнаруженный в нем довольно плотный красный тромб.

Принимая во внимание наличие большого кровоизлияния в окружающие ткани, я решил наложить сосудистый шов.

Во время самого наложения шва наложенные ранее провизорно 2 кишечных зажима оказались несостоятельными; они при манипуляциях на артерии соскальзывали с нее. Пришлось наложить оказавшиеся под рукой зажимы Микulichа с зубцами на конце, причем зубцы, располагаясь за сосудистым стволом, отлично удерживали сосуд от выскалзывания, несмотря на то, что, в целях предупреждения от раздавливания стенки сосуда, бранши зажимов были сомкнуты только на первый зубец кремальеры. Захваченная таким образом артерия позволяла производить на ней необходимые при наложении шва манипуляции, сближать края раны друг с другом и повертывать артерию, по мере наложения швов, вокруг ее продольной оси.

Большинство авторов считает, что наложение обычных кровоостанавливающих зажимов на стенку сосуда является слишком травматичным для нее и советует обтягивать бранши зажима тонкой резиновой трубкой или накладывать зажим на сосуд сквозь тонкую марлевую прокладку.

По снятии зажимов после наложения швов, я мог убедиться в немедленном восстановлении нормального вида стенки наполнившейся кровью и пульсирующей на глазах артерии.

Рана сосуда занимала около $\frac{1}{2}$ окружности.

Некоторые авторы советуют при наложении сосудистого шва захватывать все три слоя сосудистой стенки для достижения более совершенного взаимного соприкосновения интимы, со стороны которой, главным образом, и раньше всего исходят регенеративные процессы, ведущие к заживлению сосудистой стенки.

Меня удержало от наложения швов через всю стенку опасение вызвать перегиб и сужение просвета артерии.

Результатом операции явилось то, что сразу после нее у больного прекратились боли в руке, так как прекратилось давление изливающейся крови на плечевое сплетение.

Правда, пульс на art. radialis не восстановился ни сразу после операции, ни спустя 6 месяцев после нее, однако рука не имела ни отека, ни цианотичного вида, отличаясь лишь незначительным побледнением. Это последнее обстоятельство—отсутствие пульса я склонен объяснить продолжением красного асептического тромба из art. subclavica, откуда он был мной при операции извлечен,—ниже в art. subaxillaris.

Случай второй. Больному М., 16 лет, в 6-це Турксиба в Алма-Ата производилась операция секвестротомии по поводу хронического остеомиелита бедренной кости с наличием секвестра. Под общим эфирным наркозом разрез по внутренней стороне бедра в нижней $\frac{1}{3}$ его через бывшие здесь свищи. При тупом отодвигании тканей в верхнем углу раны, с целью получения большого доступа к секвестру, произведен продольный надрыв впаянной здесь в рубцы art. femoralis у выхода ее из Hunter'ова канала. На рану артерии, оказавшуюся длиной около 1 сантиметра, наложен непрерывный шов тонкой трехгранной иглой, ниткой № 40, употребляемой для лигирования подкожных сосудов. Секвестр удален через соответствующий разрез по наружной стороне бедра. Рана на внутренней стороне су-

жена швами в верхней ее половине над зашитым поврежденным сосудом. В нижний угол раны на месте бывших свищей вставлен тампон. Нога уложена в пину.

Непосредственно после операции пульс на *art. dorsalis pedis* и *art. tibialis* не прощупывался. В следующие дни, начиная со второго, он прощупывался совершенно отчетливо. Нога имела нормальный вид, на ощупь теплая.

16/IX перевязка; смена тампонов. После этого перевязки ежедневно. 19/IX спустя 6 часов после перевязки, в ране началось значительное кровотечение. Тотчас наложен жгут. Экстренная операция; под общим сфирным наркозом перевязана *art. femoralis* у места выхода из Hunter'ова канала. Нога после перевязки оставалась теплой. В течение первых двух суток небольшой цианоз под ногтями, который затем исчез.

27/IX больной начал ходить. Никаких расстройств со стороны конечности не отмечается.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из Отдела патологической физиологии Вет. научно-исследовательского института им. проф. К. Г. Боль. Зав. Отделом проф. Н. Н. Сиротинин.

Пролан и фолликулин¹⁾.

Асс. А. И. Малинин.

Давно известно, что передняя доля гипофиза (ПДГ) стоит в определенной гормональной связи с половым аппаратом (Aschner, Biedl, Smith, Aschheim, Zondek, Steinach).

Удаление передней доли гипофиза путем экстирпации,—операция, считавшаяся долгое время не выполнимой в силу особого анатомического положения этой железы, наряду с нарушением роста и обмена, ведет к целому ряду глубоких изменений в половом аппарате: наступает прекращение течки, происходит атрофия всего полового аппарата и, как вторичное явление, ослабевает половой инстинкт.

Обратная картина наблюдается при пересадке незначительного кусочка ПДГ. Если гипофиз пересажен не половозрелому животному, то наступает бурное половое созревание, яичники при этом увеличиваются, происходит созревание фолликулов, которые лопаются, давая начало образованию желтых тел, со всеми вторичными явлениями в половом аппарате: гипертрофия матки, явление течки и влажной и т. п.

Эти экспериментальные данные подтверждаются клиническими наблюдениями над больными с гипофизарной недостаточностью (инфантизм, *distrophia adiposogenitalis*).

Открытие Zondek'ом гормона ПДГ в моче беременных привлекло внимание многих исследователей не только в области медицины, но и в области ветеринарии и животноводства.

Вопросы ранней диагностики беременности, терапия различных функциональных нарушений полового аппарата, вопрос раннего полового созревания и искусственного воспроизведения течки у домашних животных имеют громадное значение для разрешения некоторых проблем животноводства. После того, как Zondek впервые применил свою биологическую пробу на беременность, число работ в этой области становится все более и более.

В моче беременных женщин Zondek открыл вещество типа гормона, по своему действию сходное с гонадотропным гормоном ПДГ. Количество гормона выделяется в моче с первых же дней беременности в настолько большом количестве, что его становится чрезвычайно легко доказать. Используя эту находку с целью ранней диагностики беременности, Zondek и Ashheim полагали, что продукция этого гормона беременности принадлежит ПДГ.

Кроме гормона ПДГ, во время беременности с мочей выделяется большое количество женского полового гормона—фолликулина. Степень выделения гормонов не идет параллельно; в то время как количество гормона ПДГ резко увеличивается с первых же дней беременности, кривая фолликулина нарастает постепенно, достигая своего максимума к десятому месяцу.

Другие гормоны крови переходят в мочу в значительно меньшем количестве. Baer открыл в моче гормон, регулирующий кровообращение и деятельность сердца, который секретируется почками Раал сообщает о гормоне, возбуждающем деятельность щитовидной железы, продукция которого принадлежит ПДГ. Anselmino и Hoffman указывают на существование гормона жирового обмена ПДГ, выделяющегося с мочей, введение которого животным и людям вызывает повышение ацетоновых тел в крови, понижение основного обмена и повышение специфического динамического действия пищевых веществ.

¹⁾ Доложено на заседании Гинекологической секции Научно-медицинской ассоциации г. Казани 21/XI 1933 г.

Объектом для доказательства гормона ПДГ являются яичники инфантильных животных, благодаря воздействию гормона приходящие в состояние бурного полового созревания в течение 100 часов после начала введения гормона.

Реакция Zondek'a и Ashheim'a, получившая в дальнейшем несколько модификаций, имеющих целью ускорить наступление реакции и ее ясность, в первоначальном виде заключалась в следующем: утренняя моча женщины, как более концентрированная, в том случае, если она реагирует щелочно, подкисляется уксусной кислотой до слабо кислой реакции по лакмусу. Обработанная таким образом моча вводится 5-ти инфантильным мышкам весом в 6—8 гр. (возрастом 3-й недели) по 0,2—0,4 куб. сантиметра. Моча вводится в продолжение двух дней шесть раз. В среднем каждая мышка получает всего 2—3 куб. сантиметра мочи.

Введение мочи беременных вызывает в половой сфере животных резкие изменения, зависящие от присутствия гормона ПДГ. В зависимости от силы воздействия гормона, различают 3 степени реакции. Первая степень реакции характеризуется созреванием фолликулов, овуляцией и явлением точки из влагалища (HVR—I).

Для второй степени реакции характерно появление кровяных пятен в яичнике—Blutpunkt (HVR—II). При третьей степени реакции, наступает лютеинизация образовавшихся фолликулов—образование желтых тел (HVR—III).

Первая степень реакции не вполне специфична для диагностики беременности, ибо может появиться также и после выпрыскивания мочи женщины, страдающих злокачественными опухолями, эндокринными заболеваниями, мочи мужчин и т. п.

Для изучения гонадотропного гормона ПДГ служит яичник инфантильных животных, главным образом белых мышей и крыс. Нормальное половое созревание, по наблюдениям Zondek'a, происходит при достижении веса в 12 грамм. Для того, чтобы исключить спонтанное созревание яичника, реакция должна ставиться на мышках весом от 6 до 8 грамм. Мыши меньше 6 грамм обычно погибают во время опыта.

Характер реакции у каждого животного может быть различен, что зависит от различно реакционной способности яичника. Яичники одного и того же животного могут показать различную степень реакции.

Кроме белых мышей, чаще других пользуются инфантильными крысами, половое созревание которых наступает в шестинедельном возрасте при достижении веса в 45 грамм. Для реакции пользуются белыми крысами в возрасте 4—5 недель весом в 30—35 грамм.

У морских свинок не получается вообще вторая степень реакции, являющаяся характерной для доказательства беременности, почему их и не употребляют в качестве объекта.

У инфантильного кролика удается вызвать все три степени реакции: реакция у них получается при весе в 1200 грамм. У кролика весом в 600 грамм Zondek'у реакцию получить не удалось.

Птицы, а именно дикie и домашние голуби являются тоже весьма пригодными для изучения гормона гипофиза. Их яичник является весьма чувствительным объектом; ежедневные выпрыскивания экстракта в течение 10 дней вызывают увеличение веса яичек в 20 раз больше против нормы.

Новым объектом для изучения и наблюдений над действием гормона гипофиза является зобная железа голубя; она развивается физиологически в течение нескольких дней у самцов из отторгнутых жирно перерожденных клеток. Гормон ПДГ в течение 72 часов вызывает у голубя любовного возраста такое развитие зобной железы, что она становится легко заметной даже не вооруженным глазом через зев. В качестве активного вещества здесь действует гормон созревания яйца. Если гормон роста и играет роль, то его действие окончательно и точно не установлено (Riddle).

Изучение взаимоотношений между половыми железами и ПДГ возможно методом парабриза (Перельман). Эксперименты, проведенные названным автором, были поставлены в трех направлениях: 1) парабриза женской особи с кастратом, 2) парабриза мужской особи с кастратом и 3) парабриза мужских и женских особей. Первые две группы экспериментов дали картину, наблюдающуюся при гиперфункции ПДГ. Независимо от пола кастрата, у нормального парабрианта наступало раннее половое созревание и гипертрофия полового аппарата. В третьей группе опытов можно было установить острые регрессивные изменения в мужских половых железах (биологическая кастрация), выражающаяся местами почти в полной

десквамации сперматогенного эпителия; каналцы при этом утрачивают свою нормальную способность к окраске—просвет их заполняется клеточным детритом. В противоположность этому, женские половые железы показывают вышеописанное явление гиперпродукции ПДГ. Эти данные вполне совпадают с исследованиями других авторов—Matsuym'a, Fels'a, Kollos, Martius и др.

Гормон ПДГ действует не только на женский половой аппарат, но и на мужской (Zondek, Ashheim, Borst, Gastimirovis, Mooga, Price и др.), он является как бы универсальным гормоном. В мужских половых железах объектом его действия являются главным образом придаточные железы—*vesiculae seminales, prostata*.

Тестообъектом для женского полового гормона—фолликулина обычно служат циклические изменения во влагалище у мелких грызунов (крыс, мышей). Stokord и Rapanicolaи установили для морской свинки, что все изменения маточно-овариального цикла имеют свое отражение во влагалищном секрете. Целый ряд авторов подтвердил эту находку на крысах, мышах, корове, лошади, свинье, обезьяне (Long, Evans, Allen, Frey, Шаталов и др.). Весь цикл состоит из четырех стадий, различных по своей продолжительности и характеру у разных животных. В норме у мышей он продолжается по разным авторам от 3-х до 15-ти дней, у крыс 4—5 дней. Первая стадия покоя (*diestus*) характеризуется присутствием во влагалищном секрете лейкоцитов, слизи и эпителиальных клеток, количество которых прогрессивно увеличивается во второй стадии (*prooestus*). В это время в мазке начинают регистрироваться безъядерные ороговевшие клетки влагалищного эпителия (*schollen*), количество лейкоцитов становится меньше. В последующей третьей стадии циклических изменений (*oestus*), в поле зрения остаются исключительно ороговевшие клетки в виде бесформенных глыбок (*Schollensadium*). Эта стадия переходит в последнюю *metaoestus*, когда в мазке появляется много лейкоцитов, эпителиальные клетки и постепенно исчезают безъядерные.

Эти изменения отображают собой гистологическую картину влагалища. В то время, как вначале оно представляет собой орган, выстланный несколькими слоями плоского эпителия, в последующем количестве слоев увеличивается, происходит орогование поверхностных слоев клеток, массами отторгающихся в стадии течки и дающих картину *Schollenstadium*—все это заканчивается фазой восстановления.

Количество эпителиальных и безъядерных клеток, присутствующих в мазке, в значительной мере зависит от методики взятия влагалищного мазка.

Если мышь или крыса кастрированы, то влагалищные выделения дают постоянно микроскопическую картину покоя. Но, если такой кастрированной самке ввести хотя бы небольшое количество женского полового гормона, то сейчас же по мазкам можно заметить, что циклические изменения влагалища возобновились.

Стадия течки не всегда отображает лопание созревшего фолликула и наступление овуляции, она может наступить также и в предовуляционный период, так как для ее возникновения бывает достаточно того количества фолликулярного гормона, который выделяется зреющим, но еще далеким от своего разрыва фолликулом (Evans, Long).

Гормон, найденный Zondek'ом в моче беременных женщин и отождествленный с гормоном ПДГ, был назван проланом, который первоначально понимался, как одно вещество, способное вызвать три степени реакции.

С химической стороны, в отличие от фолликулина, пролан является чрезвычайно не стойким веществом. В то время как первый выдерживает нагревание до 200 градусов и выше, являясь практически не чувствительным к действию кислот и щелочей, второй разрушается уже при температуре в 60 град. и не совместим с сильными кислотами и щелочами.

Химическая природа его не известна, он не может быть отнесен, в силу своих физико-химических свойств, ни к группе белков, ни к группе липоидов. Способность его к диализу указывает во всяком случае, что молекулярный вес пролана не велик. В желудке и кишечнике, под действием пищеварительных соков, пролан распадается, переходя в недействительное состояние, что дает повод Scheller'у заключить о близости его к белковым телам. Возможно, что он представляет продукт распада белковой молекулы. Так, например Falk и Chaski нашли, что пептидный азот при беременности возрастает в два-три раза, тоже получено Gammeltoft'ом. После беременности содержание пептидного азота резко падает. Азот аминокислот и других азотистых частей мочи мало или совсем при этом не испытывает отклонений от нормы.

Последующими исследованиями было установлено, что ганодотропное вещество из ИДГ представляет два гормона, которые обозначают как пролан А и В.

Пролан А оказывает на яичник действие, соответствующее первой степени реакции: покоящаяся овариальная функция пробуждается, фолликулы увеличиваются, созревают, лопаются и яйцо поступает в яйцевод. Из лопнувшего фолликула развивается желтое тело. Как вторичное явление, обусловленное продукцией фолликулина, наступает гипертрофия матки.

При воздействии пролана В, яйцо остается в фолликуле и весь клеточный аппарат фолликула лютеинизируется. Лютеинизация может быть настолько сильно выражена, что весь яичник превращается в сплошное желтое тело и созревание фолликулов при этом вообще становится невозможным.

Обратное развитие морфологических изменений в яичнике, возникающих как следствие на воздействие пролана, заканчивается у мышей обычно в четыре недели (Zondek).

Выделение пролана А и В не идет параллельно; в одних случаях, как, например, при раке матки, хордиоэпителиоме, у кастрированных животных, выделяется почти чистый пролан А; во время беременности моча содержит как пролан А, так и пролан В.

Чувствительность опытных животных по отношению пролана А и В различна. Инфантильные крысы много чувствительнее к пролану А, инфантильные мыши — к пролану В.

Методика реакции Z. и A. в том виде, в каком она была предложена вначале, получила несколько модификаций, имеющих целью ускорить течение реакции и повлиять на ее отчетливость с одной стороны, и с целью обезвреживания мочи от различных токсических сопутствующих веществ с другой.

Моча женщин в оригинальном методе вообще не может исследоваться в шести, семи процентах всех случаев, так как, в силу ее токсических свойств, все опытные животные обязательно погибают.

Одним из самых простых методов обезвреживания мочи является фильтрование через свечу Беркфельда, благодаря чему, как указывает Zondek, адсорбируются все токсические вещества мочи, гормон же свободно проходит сквозь поры фильтра. При употреблении других веществ, приходится быть осторожным, ибо, вместе с ядовитыми продуктами, может адсорбироваться и сам гормон. Такое явление наблюдается, например, при употреблении фильтров Seitz'a.

Чаще применяется эфирный метод, сущность которого заключается в следующем: утренняя моча подкисляется до слабо кислой реакции по лакмусу и встряхивается в делительные воронки с 3—4-кратным количеством эфира пять минут. Эфир сливается, а для того, чтобы удалить остатки, мочу оставляют стоять до исчезновения эфирного запаха. Эфир экстрагирует все токсические вещества мочи и вместе с ними яичниковый гормон — фолликулин. В дальнейшем поступают также, как и в оригинальном методе.

Прибавление к моче, обработанной эфиром, виноградного сахара в количестве 3% дает еще больший эффект; реакция протекает и быстрее, и сильнее. Продолжительность реакции в этом случае равна 48—72 час., вместо 100 в оригинальном методе.

Из модификации реакции Z. и A. следует упомянуть: употребление в качестве тестобъекта мужских индивидумов мышей, предложенное Brouha, Hinglasis, Simonnet, Агароновым; модификацию Фридмана с различными вариациями на кроликах с большими дозами, чем удается сократить продолжительность реакции до 48 часов, в некоторых случаях она может быть обнаружена даже через 20—24 часа. W. Reirgosh, в качестве объекта, предложил пользоваться белыми самками крысами весом в 40—45, ввода которым 12—14 куб. сант. мочи удается получить ясную реакцию, спустя 30 часов после начала инъекции.

Для получения гормона в концентрированном виде Zondek воспользовался его свойством осаждаться алкоголем. Путем осаждения можно получить гормон из мочи и соответствующим образом его очистить. Методика следующая: моча подкисляется уксусной кислотой по лакмусу и смешивается с 4-х кратным объемом 96° спирта в продолжение 5 минут. Образуется осадок, в котором находится гормон. Через полчаса раствор центрифугируют, осадок осторожно отделяют и в дальнейшем обрабатывают эфиром для обезвреживания от сопутствующих токсических веществ. После обработки эфиром и удаления последнего, осадок переносится

в воду, гормон при этом переходит в раствор. Осаждая последовательно пролан из воды алкоголя удастся его еще более очистить. Реакция, поставленная с концентрированным проланом на инфантильных животных, протекает 51—57 часов.

По методу Ляпминаера подкисленная уксусной кислотой и отфильтрованная моча упаривается в особо сконструированном приборе при давлении 20—30 м/м ртутн и при температуре 30—40° С на $1/8$ — $1/10$ первоначального объема. Упаренная моча, после проверки реакции и доведения ее до слабо-кислой, отфильтровывается и обрабатывается 4-мя объемами 96° спирта—образуется осадок. Осадок отфильтровывается под давлением и промывают дважды 70° спиртом.

После растворения в воде, повторно обрабатывают субстрат спиртом с последующим отфильтровыванием и промыванием. Высушенный на воздухе, он может храниться долгое время. Осадок—белый, легко растворимый в воде, содержит в одном м/г 2—4 мышинных единицы пролана и около 85% солей. Путем осаждения анионов пролан возможно очистить от солей.

За единицу пролана принимают то наименьшее количество его, которое способно вызвать у неполовозрелой мыши весом в 6—8 грамм в продолжение 100 часов, явления бурного полового созревания: Schollenstadium, Blutpunkt и образование желтых тел (МЕ). Некоторые авторы принимают не мышиную, а крысиную единицу (КЕ), т. е. то количество гормонов, которое способно вызвать те же явления у неполовозрелой крысы. Крысинная единица равна в среднем 4—5 МЕ.

Биологическое титрование гормона, заключенного в каком-либо субстрате (моча ткани и т. п.), основано на сравнении действия его с действием стандартного препарата (J a u s s e u). Получение стандартного препарата заключается в том, что по возможности свеж измельченная ПДГ освобождается от воды путем погружения в безводный ацетон, который затем отгоняется в вакууме. Железа высушивается и превращается в порошок, который сохраняется под пятиокисью фосфора. Для приготовления стандарта берется около 50 бычьих гипофизов. Действие на яичник при этом и количественно, и качественно сохраняется.

После общего ознакомления с проланом и методикой реакции, необходимо остановиться на вопросе распространения и выделения пролана у человека и животных.

Исследования Z o n d e k'a показали, что продукция гормона принадлежит исключительно передней доле; задняя, средняя доля и ножка гипофиза содержит пролан в чрезвычайно незначительном количестве.

Нахождение его в этих частях объясняется диффузионным распространением из ПДГ. Мозг и другие органы показывают полное отсутствие пролана. Так, например, опыты, проведенные с селезенкой, которой в настоящее время приписывается роль внутрисекреторного органа, показали, что как спленектомия, так и гиперспленизация у инфантильных и половозрелых животных остаются без какого-либо влияния на оварийный половой цикл. Плодовитость при спленектомии не нарушается (A s c h n e r, H e i s t e r, W i n t e r и др.).

На долю каких клеток приходится выделение пролана? Существует три точки зрения: P h i l i p p, H i r s c h, H o f f m a n n полагают, что продукция гормона принадлежит эозинофильным клеткам, K r a u s приписывает ее как эозинофильным, так и базофильным, но большинство исследователей склоняется к участию только базофильных элементов ПДГ (S m i t h, T e i l, C u s c h i n g, B e r b l i n g u, Z o n d e k, F e l y). В пользу предположений, что продукция гормона принадлежит базофильным клеткам, говорят наблюдения за выделением пролана при опухлях мозга и опыты с имплантацией кусочков аденом из различных клеточных групп. Имплантация ЗДГ человека, в противоположность рогатому скоту, оказывается положительной, что стоит в связи с тем, что базофильные клетки ПДГ у человека переходят в заднюю долю, непосредственно примыкающую к последней, чего не наблюдается у рогатого скота. ЗДГ рогатого скота отграничена самостоятельной средней долей.

Пролан доказан только в моче человека и человекообразных обезьян. Моча слонихи, коровы, свиньи, собаки и грызунов совсем не содержит пролана во время беременности. Только в моче кобыл появляется в начале беременности незначительное количество пролана А, но отсутствует пролан В. Реакция на беременность основана поэтому у кобыл, коров и свиней на доказательстве в моче колоссального количества фолликулина.

В моче нормальных половозрелых женщин фолликулярного гормона находится до 100 МЕ на 1 литр, при беременности количество его возрастает до 10000 МЕ, а у жеребых кобыл до 100000 МЕ на литр мочи.

Моча кобыл может служить поэтому хорошим источником для получения женского полового гормона.

В крови жеребых кобыл находится пролан в значительно большем количестве, чем в моче, что дает возможность провести раннюю диагностику беременности по сыворотке крови, но число ошибок в этом случае довольно велико, давая правильный ответ с 30 по 39 день беременности лишь в 54 %. С 40 по 106 день процент ошибок уменьшается до 7,7%.

Пролан у женщин выделяется не только с мочей, его присутствие удастся доказать в молоке в первые два дня послеродового периода. При опытах со слюной беременных женщин получить положительную реакцию *Z.* и *A.* не удалось, наблюдалось только некоторое утолщение матки и гиперемия яичников (Soggercher).

В пузырях кожи, образующихся после применения *emplastrum cantharid.* у беременных, равно, как и в самой коже можно доказать присутствие пролана; содержание его тем значительнее, чем меньше наступившая беременность. Присутствие фолликулярного гормона при этом не обнаруживается (Glim, Loeser).

Пролан и фолликулин исчезают из мочи на 8—10 день после изгнания плода, как в случае нормальных родов, так и после аборта (Wahl, Schultze-Rhophof, Zondek, Ascheim).

Беременность не является единственным состоянием, при котором происходит повышенное выделение пролана. Моча нормальных не беременных женщин содержит пролан в очень незначительном количестве. По исследованиям Trivino и Francisco 50 куб. сант. мочи таких женщин содержит всего 1 ME пролана.

В гораздо большем количестве, чем при беременности, выделяется пролан при хорреопатииоме и пузырном заносе (Zondek, Meyer, Rössler, Fels, Ehrhardt и др.), количество его в этих случаях может доходить до 200000 ME, т. е. в 20 раз больше чем при беременности. Этот факт используется теперь с известным правом для распознавания названных заболеваний и их прогноза.

Повышенное выделение пролана происходит также у кастратов (Morschard, Kraus, Jeffcoate Hamburger; выделение его начинается обычно на десятый день после операции, достигая в среднем 100—130 ЕМ на литр мочи (в некоторых случаях до 1000 ME) и наблюдается в 75% всех случаях (Hamburger).

В моче старых женщин в послеклимактерический период можно доказать присутствие пролана в тех же отношениях, что и после кастрации (Oesterreicher, Zondek, Brühl, Hamburger).

При злокачественных новообразованиях, особенно полового аппарата, у мужчин и женщин очень часто наблюдают повышенное выделение пролана (Zondek, Kraus, Brühl, Jeffcoate и др.). То же самое наблюдают при увеличении внутричерепного давления при опухолях мозга (Kraus), у больных, которым была произведена тиреоидэктомия по поводу базедовой болезни (Morschard). При акромегалии мужчин и женщин Bidl, Margitow и др. нашли повышенное выделение пролана в двух третях исследованных случаев.

В отличие от беременности, при которой происходит выделение обоих гормонов—пролана А и В, в этих случаях мы имеем выделения почти чистого пролана А.

Явление повышенного выделения пролана ставится в связь с одной стороны с гиперфункцией гипофиза, а с другой—с гипофункцией полового аппарата—яичников. Moor, Price, Spenser и др. с несомненностью показали существование антагонизма между фолликулярным гормоном яичника и гонадотропным гормоном ПДГ. В опытах Meyer, Leonard'a и др. впрыскивание крысам *oestrin'a* (гормона яичника) подавляло гонадотропную функцию гипофиза, и имплантация ПДГ, обработанная таким образом крыс, давала значительно меньший эффект на инфантильный яичник, чем у контролей.

Выделение пролана у детей и юношей, половая функция которых находится в покоем состоянии, по Schörrcher'у не происходит, как этого следовало бы ожидать. В 47 исследованных случаях ему не удалось доказать у детей повышенного содержания гормона. Возражения, что детский гипофиз совсем не выделяет пролана, не подтвердились, так как экстирпация гипофиза у молодых животных ведет к тяжелым нарушениям в половом аппарате. Socken между тем, исследуя мочу у детей и юношей от 0—18 лет, нашел в 24 случаях из 50 выделение пролана А. Индивидуумы с начавшимся половым созреванием и в стадии зрелости дали отрицательный результат. Начало функционирования яичника не-

сест с собой понижение функций ПДГ, которое сохраняется за весь период зрелости до климактерического возраста, когда, вместе с угасанием деятельности яичников, вновь начинается усиленная продукция пролана.

Моча новорожденных с первого по третий день дает положительную реакцию Z. и A. (Bode). Происходит ли повышенное выделение гормона у новорожденных за счет гиперфункции гипофиза, или же гормон матери переходит к плоду, вопрос этот с достаточной ясностью остается не известным. Опыты, проведенные с целью выяснения начала и характера функционирования ПДГ, позволяют все же высказать предположение о возможности этого перехода. ПДГ начинает функционировать у зародышей, давая ясную реакцию на присутствие гормона с 4-х, 5-и месячного возраста. Эта реакция, слабая в начале, усиливается с развитием организма, достигая значительной степени в возрасте от 3-х до 9-ти лет (Philipr). Характер реакции показывает, что ПДГ эмбриона свободна от пролана B, который появляется значительно позднее.

Реакция организма на введение пролана наиболее резко проявляется у неполовозрелых животных, при этом достигается полное сексуальное созревание. Под влиянием воздействия гормона ПДГ, в созревающей фолликуле образуется овариальный гормон-фолликулин, вызывающий сам по себе уже вторичные изменения в половых органах. Яичники разных животных проявляют различную реакционную способность, от чего может быть различен и характер реакции в каждом отдельном случае.

Иногда вообще не удается установить какого-либо эффекта при введении пролана и его препарата. Кормление собак высушенным веществом из ПДГ ежедневно 3 грамма в течение 24 дней было безрезультатно, не дав никакого эффекта на половой аппарат (Novaw, Kun). Этот факт с одной стороны возможно объяснить чрезвычайной лабильностью пролана и способностью его расщепляться под действием пищеварительного сока.

Пролан действует через яичник. В то время как у взрослых половозрелых мышей хроническое введение пролана вызывает изменение, напоминающее картину наступившей беременности, происходит увеличение яичников в 10—15 раз, появляется громадное количество желтых тел (до 100, в норме всего 2—8), у кастрированных животных как половозрелых, так и инфантильных введение пролана не дает никаких изменений в половом аппарате. Точкой приложения пролана в яичнике является клеточный аппарат фолликула, который, под влиянием гормона, быстро созревает, выделяя в большом количестве фолликулин, обуславливающий вторичное явление. Но развитие фолликул у взрослых животных заканчивается преждевременно, так как еще до овуляции превращаются в желтые тела, в которых остаются лежать яйца. Животное вследствие этого становится стерильным. Куры, которым парентерально вводится вытяжка передней доли, содержащая деятельное вещество, перестают нести яйца (Walker, Noether). Большое значение для стимуляции яичниковой функции играет, повидимому, количество воздействующего гормона. Так, Jausseu с малыми дозами получил ускорение созревания фолликула с выходением яйца.

Факт активизации яичника под влиянием пролана использован Завадовским и Азимовым с целью повышения яйценоскости у кур. Оказалось, что разовая инъекция пролана А в дозе от 10—100 МЕ, а также повторные инъекции пролана в дозах от 25 до 10 МЕ не свыше 10 дней дают положительный эффект. Дозы свыше 100 МЕ оказывали тормозящее влияние на яйценоскость. При имплантации ПДГ, а также при введении мочи беременных беременным животным, можно вызвать новую овуляцию с выходением яйца (Zondek, Loeser).

У беременных крыс после пересадки ПДГ от животного того же вида или после впрыскивания экстрактов наступает рассасывание зародыша или в более позднем периоде беременности происходит выкидыш; в конце беременности аборт не наступает (Evans, Engle, Mermod).

Однократное введение гормона старым, сексуально дегенерированным животным побуждает их к регулярной течке.

Факты говорят за то, что передняя доля гипофиза является одним из важнейших регуляторных звеньев половой жизни, или как ее называют „мотор половой функции организма“.

Усиленное выделение пролана А при злокачественных новообразованиях в половых органах является специфической защитительной реакцией организма против рака (Zondek, Hartoch, Reijss и др.). При раковых опухолях, ука-

зывает *Susman*, как правило всегда имеются признаки гиперсекреции и повышенной активности ПДГ, которые сосредоточиваются в ее ацидофильных клетках. Это положение дало повод *Zondek*'у и др. предпринять исследование о влиянии гормона ПДГ на опухолевый рост. С целью выяснения специфичности этого влияния, предпринималось лечение опухоли, как не специфическими средствами, так и другими гормонами. Лечение мышей, привитых Эрлиховским штаммом рака, калием, кальцием и 20% раствором виноградного сахара не оказало влияния на опухоли. Те же результаты наблюдались при лечении опухоли тироксином, адреналином, инсулином, инсулин—виноградный сахар, гипофизин, фолликулином. Наоборот, экспериментальные исследования показали, что проланом можно значительно угнетать опухолевый рост. Угнетение опухолевого роста по отношению к контрольным животным достигает 87,5%. Что угнетающее действие принадлежит в этом случае пролану—показали опыты с кипячением; стоило разрушить гормон, как все угнетающее действие пропадало и опухоль развивалась нормально. Опухоль леченных животных сохраняет угнетение в росте и при последующих генерациях, достигая в первом пассаже 85%, во втором 91,3%. Третью генерацию получить не удастся, так как опухоль теряет способность прививаться.

Клинические наблюдения при лечении рака препаратами ПДГ дали *Zondek*'у также хорошие результаты. Благодаря предварительной обработке пролана в некоторых случаях рака желудка и кишечника общее состояние пациентов настолько улучшилось, что они могли перенести операцию.

Опухоль при лечении пролана не разрушается, показывая нормальное гистологическое строение, что говорит за то, что здесь не происходит токсического воздействия на опухоль, а лишь угнетение ее роста.

Не только передняя, но повидимому и задняя доля гипофиза имеют отношение к опухолевому росту. Лечение раковой опухоли питуитрином, препаратом, содержащим ЗДГ, проведенное, как экспериментально, так и клинически показало, что, под влиянием применяемого лечения, появляются регрессивные изменения в опухоли; у мыши опухоль смарщивается, высыхает с образованием струпа и по окружности демаркационного поля. Иногда происходит полное отторжение опухоли (*Susman*). Таким автором отмечается также и возможность торможения развития опухоли со стороны яичника. Представляет ли пролан, открытый *Zondek*'ом в моче, в действительности гормон ПДГ и какова доля его возможного участия во время беременности? Если вначале было принято, что введение пролана является специфическим исключительно для беременности, продукция которого принадлежит ПДГ, то в настоящее время накопилось достаточно фактов, ставящих под сомнение и отрицающих первоначальный взгляд.

Пытаясь установить идентичность гормона ПДГ с выделяющимися в моче во время беременности, *Ferguson* поставил серию опытов на крысах. После гипофизотомии, проведенной на половозрелом организме, им была получена картина выраженной атрофии полового аппарата. Впрыскивая таким животным мочу беременных женщин, получали явление восстановления половых органов; матка и яичники принимали свой нормальный вид. Введение мочи беременных смогло таким образом компенсировать недостающую функцию гипофиза.

Но восстановление полностью гормональных отношений половой системы невозможно (*Evan's, Engle, Smith, Simrow*), увеличение яичников происходит до известного предела, находясь в зависимости от глубины зашедших изменений. Названным авторам удалось показать, что у собак и крыс самок наступившую после гипофизотомии атрофию полового аппарата через несколько месяцев после операции возможно восстановить только гонадотропным гормоном гипофиза, но не из мочи беременных. *Evan's* и его школа отрицают тождественность названных гормонов.

Выделение пролана стали наблюдать при различных патологических состояниях вне зависимости с беременностью, в некоторых случаях в значительно больших количествах. Это послужило поводом к тому, что пролан был разграничен *Zondek*'ом на два самостоятельных гормона: пролан А и пролан Б. Пролан А не является специфическим для беременности, правильный диагноз на которую возможен только при обнаружении пролана Б.

Существует два направления, объясняющих местопроисхождение гормонов: гипофизарная теория *Zondek*'а и гипофизарно-плацентарная теория *Philipp*'а. По мнению *Zondek*'а пролан вырабатывается исключительно в ПДГ, плацента не принимает участия в продукции гормона, но она является органом, где послед-

ний накапливается в значительной степени. В подтверждение своего положения он указывает на то, что в небеременном состоянии только трансплантация ПДГ способна вызвать реакцию в яичнике; то же действие обнаруживает и экстракт из ПДГ. В ПДГ во время беременности имеются ясные признаки гиперфункции, которые выражаются ее довольно значительным увеличением, с определенными гистологическими изменениями, и часто, хотя и в слабой степени, появляются акромегалические симптомы.

Однако исследования Philippra и др. с несомненностью показали, что гипофиз беременных женщин свободен от пролана. С наступлением беременности в тот момент, когда организм насыщается гормоном, этот последний исчезает из гипофиза и имплантация его во всех этих случаях у мышей оказывается безуспешной, не давая никаких изменений в яичниках. Гипофиз в это время не дает еще никаких видимых морфологических изменений, развивающихся в продолжение беременности. Только к самому концу ее или в начале послеродового периода, пролан опять вновь появляется в ПДГ, давая положительную реакцию на имплантацию, также как и в небеременном состоянии. Напротив, имплантация плаценты у беременных всегда дает резкую реакцию на присутствие гормона ПДГ.

Эти факты послужили поводом Philippru к созданию гипофизарно-плацентарной теории образования пролана. Плацента во время беременности является внутрисекреторной железой, которая продуцирует не только яичниковый гормон-фолликулин, но и гормон ПДГ, дающий положительную реакцию Z. и A. Гипофиз представляет собою место образования главным образом пролана А, пролан В появляется значительно позднее во взрослом состоянии. С наступлением беременности плацента начинает усиленно выделять пролан В, выключая связь между гипофизом и яичником, что в свою очередь ведет к прекращению овуляции.

Во второй половине беременности плацента вырабатывает фолликулин, который, также как и пролан В обладает тормозящим действием на образование пролана А в гипофизе и тем устраняется влияние гипофиза на яичник. Таким образом, во время беременности приостанавливается созревание фолликулов и наступает временная стерилизация.

После инъекции экстрактов плаценты, у морских свинок наблюдается лютеинизация яичников, при сохранении в отдельных желтых телах яйцеклеток, гипертрофический процесс слизистой матки, гипертрофию грудных желез, т. е. та реакция, которая является характерной для пролана В.

Положительной оказывается также имплантация децидуа, оболочек плода околоплодных вод и эмбриона в возрасте 7—8 недель.

Характер реакции яичника на введение мочи беременных женщин и пересадку ПДГ, несмотря на кажущуюся тождественность, весьма различен в своих деталях (Engle). В то время, как пересадка ПДГ, стимулируя яичник, ведет к образованию у инфантильной мыши новых фолликулов, их созреванию и овуляции, при вырыскивании мочи беременных происходит увеличение яичника и фолликулов. Но на этом и заканчивается сходство в действиях, так как никогда рост фолликулов в этом случае не завершается овуляцией. Нормальные фолликулы не образуются, но наблюдаются точечные кровоизлияния и образования желтых тел; развивающаяся атрезия гранулезы и яйца приостанавливает овуляцию. Как видно, существует скорее аналогия между действием гормона из мочи и образующимся во время беременности в плаценте, чем с гормоном ПДГ.

Большинство исследователей в настоящее время поддерживает точку зрения Philippra и приходит к выводу, что плацента—не только накапливающий, но также самостоятельно продуцирующий орган для гормона ПДГ и женского сексуального гормона (E. Pels, Robertson, Ehrhardt, Motta, Collip, Берховский и др.).

Гормон плаценты, также как и гормон ПДГ, оказывается активным в отношении мужских половых органов. Вырыскивание плацентарной эмульсии мужским индивидуумам ведет к резкому разрастанию межтучных клеток яичка и к набуханию семенных пузырьков.

Является ли пролан, вырабатываемый в гипофизе и плаценте во время беременности и при различных патологических состояниях, единым гормоном или же мы имеем дело с различными аналогично действующими субстанциями?

Исследования по отношении женского сексуального гормона—фолликулина, показали, что последний представляет собой комплекс, который по Koshnau'у распадается на шесть групп: 1) гормон, вызывающий точку, 2) способствующий росту

влагалища, матки и т. п., 3) усиливающий рост молочных желез, 4) оказывающий угнетающее действие на половые органы молодых мужского пола животных, 5) повышающий обмен веществ кастрированных женского пола животных и 6) уменьшающий уровень кальция крови на 20—35%. В продукции этого гормона и участвует фолликулярный аппарат, corpus luteum, и плацента.

Рядом исследователей получен целый ряд изомеров фолликулярного гормона в кристаллическом виде, отличающихся по своим физическим свойствам, и в некоторых случаях своей эмпирической формулой (Doisy, Butenandt, Störmer, Hilbrandt и др.).

Вызывающая течку субстанция не является абсолютно специфичной для женского, сексуального гормона. Благодаря работам Loewe, а также Dohrn и Fawcett известно, что подобное вещество находится в ряде растений. Его можно получить из семян свеклы, картофеля, дрожжей, корня петрушки, особенно много из проросшей пшеницы. Связь растений с половым гормоном выражается в свою очередь тем, что они отвечают на воздействие фолликулярного гормона ускоренным созреванием цветов и плодов (W. Schoeller, H. Goebel, Butenandt).

Реакция роста матки на инъекцию женского полового гормона тоже не является специфичной, подобное явление наблюдается, например, после инъекции лецитина (Jaffe, Kausweiler).

Вопрос о пролактине в этом отношении является мало изученным. Нам известно с определенностью пока о существовании водорастворимого нестойкого по отношению к различным агентам пролактина А и В. Collip сообщает о полученных им двух фракциях гипофизарного гормона с характером действия гормона ПДГ, но обладающего другими свойствами. Он приготовил ацетовый экстракт из человеческого плаценты, который, при осаждении его спиртом, разделяется на две фракции, одну растворимую в нем и другую не растворимую. Первая фракция является более устойчивой и вызывает у инфантильных крыс oestrus. Фракция ацетового экстракта, не растворимая в спирте, действует только парентерально, также вызывая oestrus. Одновременное назначение обеих фракций ведет к увеличению яичников с лютеинизацией последних, но без наступления цикла выделения.

Эти вещества, являясь липоидами, тем самым отличаются от экстрагируемого вещества из ПДГ, обработка которого ацетоном и т. п. растворителями остается безуспешной.

Попытка обнаружить в растениях вещества с действием ПДГ оказалась безуспешной (Ehrhardt).

Целым рядом экспериментальных исследований установлена связь между ПДГ и грудными железами (Striker, Heim, Кабак, Кизельштейн, Азинов). В ПДГ имеется субстанция, обладающая свойством увеличивать прилив молока. Моча беременных женщин и коров активизирует развитие молочных желез, как при подкожной инъекции, так и при приеме внутрь. Опыты на животных с фолликулином, экстрактом желтого тела, плаценты, печени, ЗДГ не дали тех результатов, которых удалось достичь небольшими дозами экстракта ПДГ. Впрыскивание такого экстракта инфантильным кроликам в продолжение нескольких дней подряд, уже на 7-й день ведет к ясному увеличению и началу функционирования в инфантильных железах. Это действие может быть доказано и у мужского пола (Heim).

Тождественен ли в этом случае гормон пролактин, представляя лишь его дериват, или мы имеем самостоятельный гормон, вопрос этот решат последующие исследования. Связь одного из компонентов женского сексуального гормона с грудными железами с одной стороны и зависимость выделения этого последнего от функционального состояния ПДГ с другой, позволяет все же высказать предположения, что эта зависимость может быть обусловлена выделением несамостоятельного гормона, а гомолога пролактина, воздействующего на ту часть полового аппарата, которая продуцирует вещество, вторично воздействующее на грудные железы.

Namburger высказывает далее взгляд, что пролактин А из мочи беременных и аналогичный ему пролактин В из мочи кастратов не идентичны, что сказывается различия на развитии фолликулов и на предэстральных изменениях матки инфантильной мыши, а также и на относительной восприимчивости крысы и мыши.

Отношение между гипофизом и яичником у животных находится в глубоком различии от человека и человекообразных обезьян. Имплантация ПДГ является активной у них, как у человека, но, как уже выше указывалось, мы не находим сов-

сем у большинства животных во время беременности той колоссальной гиперпродукции гормона, которая наблюдается у человека или же его выделяется сравнительно мало. В противоположность человеку, ПДГ у животных во время беременности продолжает продуцировать гормон, оставаясь активным в отношении яичников (Ehrhardt), в то время как имплантация плаценты, децидуа, оболочек плода и околоплодных вод не дает реакции на присутствие гормона ПДГ (Gutmann). Интересное отношение показывает ПДГ самок и самцов. По исследованиям Evans'a и сотрудников этот последний значительно активнее у самцов, чем у самок крыс и морских свинок. Doshag нашел, что гипофиз петуха более активен, чем таковой у курицы.

В связи с половым аппаратом стоит, повидимому, и функция надпочечников. Удаление надпочечников задерживает у крыс, мышей, собак появление течки, яйцевые клетки перерождаются, овуляция может прекратиться, вследствие чего животное становится стерильным (Novak, Wuman, Masui, Viole). У детей с опухолью надпочечника при рождении могут быть признаки половой зрелости. Преждевременное половое созревание удается вызвать введением молодым животным экстрактов коры надпочечника (Corey Britton). Матка при этом гипертрофируется, в яичниках развиваются желтые тела. Аналогичные изменения, но менее резкие можно наблюдать и в семенниках. Corey и Britton предполагают поэтому о существовании в коре надпочечников двух гормонов: а) способствующий выживанию эктоморфных животных—адренал, б) контролирующий половые железы. Впрыскивание адреналина между тем на периоды течки влияния не оказывает.

Из других эндокринных желез вилочковая железа, повидимому, стимулирует деятельность яичников и оказывает не прямое действие на половые функции. Опыты, проведенные над белыми крысами и мышами, показали, что вырыскивание препаратов или пересадка вилочковой железы ведет у животных к учащению периодов течки увеличением ее продолжительности. После удаления яичников эта реакция отсутствует, показывая, что усиливающее течку действие возможно только через посредство яичников (Muto).

Попытка стимулировать функции гипофиза и яичника путем применения орготерапии—лизатами и тем самым повлиять на раннее половое созревание инфантильных самок крыс оказалось неудачным (Павленков, Киселев). Половое созревание, после введения гипофиза и овариолизата, наступало в те же сроки, что и у контрольных животных. Не изменилась также продолжительность фаз течки и фазы покоя.

Большой литературный материал имеется по вопросу о взаимоотношении между ПДГ с другими эндокринными железами (щитовидная поджелудочная железа), но рамки и объем настоящей работы не позволяют на нем остановиться. Можно считать установленным существование в ПДГ гормона роста (Evans), пролана А и Б, гормона, влияющего на функцию щитовидной железы (Paal, Grab), панкреотропного гормона и гормона регулирующего жировой обмен (Anselmino и Hoffmann); возможно существование особого лактогенного гормона.

Применение пролана в клинике повлекло к изысканию новых активных препаратов. А. М. Замков, вместо пролана, воспользовался мочей здоровых беременных женщин. После фильтрации, сгущения, осаждения и проч. мочи получается активная жидкость, дающая резкую реакцию на присутствие гормона ПДГ. Обработанная таким образом моча называется по Замкову „гравиданом“.

Вопрос о терапевтическом применении мочи не является новым. Как лечебное средство оно было известно еще в медицине у египтян более 3000 лет тому назад. В русской народной медицине и ветеринарии моча применялась главным образом для увлажнения ран. Применение ее при лечении крупозной пневмонии, серозного плеврита, ангины, ревматизма, при экзематозных процессах дает по целому ряду авторов вполне удовлетворительные результаты. Терапевтический эффект в этом случае проявляется за счет как не специфической стимуляции функций организма (терапия раздражения), так и теми антителами, которые, в случае применения мочи самого больного, вводятся в организм, обуславливая тем самым свое специфическое действие.

Работа Чернозатонской о сравнительном действии пролана и гравидана на человеческий и животный организм показала, что действие их отлично, а в некоторых случаях прямо противоположно, что зависит от присутствия в гравидане составных частей мочи, обуславливающих неспецифическое влияние. Так, напри-

мер, содержание кальция и гемоглобина крови, под влиянием введения гравидана, увеличивается, в то время как от действия пролана содержание кальция уменьшается, гемоглобин же остается без изменения. Реакция оседания эритроцитов от гравидана ускоряется, от пролана остается без изменения. Свойства, которыми обладает гравидан в той или иной мере присущи и нормальной моче. Действие гравидана и нормальной мочи на дыхание, кровяное давление, сердечное сокращение и нервную систему идентичны, оказывая кратковременное угнетающее действие на сосудодвигательный центр и периферические окончания блуждающего нерва, вызывая систематическое понижение кровяного давления. Кровяное давление, под влиянием пролана, как и в случае с гравиданом, понижается вследствие угнетения сосудодвигательного центра. Понижение кровяного давления в этом случае следует скорее отнести к неспецифическому действию веществ, сопутствующих гормону в громадном количестве, чем самому гормону.

Моча беременных женщин в значительно большей степени насыщена продуктами конечного метаболизма, являясь выражением более интенсивного обмена в организме матери и плода. Наблюдается появление веществ—обычно отсутствующих в нормальной моче (увеличение пептидного азота, различные гормоны). Присутствие их не остается без влияния на организм.

Известно, что некоторые уреиды, как например, соли мочевой кислоты и продукты ее окисления—аллоксан и парабеновая кислота действует на сердечный мускул в токсических дозах, парализуя, а в малых раздражая его (М и х а й л о в).

Появляющиеся в моче низкомолекулярные продукты белкового распада типа полипептидов, при введении их в организм будут оказывать известное стимулирующее влияние в смысле Weichardt'a.

Моча, представляя собой сложный комплекс органических соединений и минеральных солей, варьирующих в своем количестве у отдельных индивидуумов, не является постоянной в фармакологическом отношении, давая в каждом случае различные по своей силе и характеру эффект.

Длительное введение гравидана оказывает на животный организм токсическое действие, проявляющееся главным образом на сердце и половом аппарате. В опытах Чернозатовской из 4-х кроликов, получавших в течение 1-го 2-х месяцев гравидан в дозе 5—10 куб. сантиметров через день, два из них (50%) погибли, при явлении истощения, резкой гипертрофии сердца и дегенеративных изменениях в половом аппарате. Оставшиеся в живых, после введения препарата, кролики дали за опытный период несколько больший привес, чем контрольные; но в этих случаях не было произведено патолого-гистологическое исследование органов животных, что затрудняет суждение о могущих быть изменениях.

Хроническое введение пролана оказывает в общем тот же эффект, выражающийся в значительном истощении, дегенеративных изменениях в половом аппарате и несколько меньшей, чем в предыдущем случае, гипертрофии сердца. Из 4-х подопытных кроликов за опытный период пал один. Количество опытов, на основании которых можно было бы сделать окончательный вывод о фармакологическом и токсическом влиянии пролана и гравидана, является безусловно недостаточным.

Все больше накапливается фактов в вопросе изучения пролана и его место в общей динамике жизненных процессов, но они недостаточны и требуют дальнейшего изучения с тем, чтобы отвести ему надлежащую роль в клинике и животноводстве.

Библиография и рецензии.

Проф. Р. А. Лурья. *Заболевания пищеварительного аппарата, том I. Болезни пищевода и желудка*. Медгиз., 1933 г.

В предисловии к своей книге проф. Р. А. Лурья пишет: „Болезни органов пищеварения являются, несомненно, наиболее частыми заболеваниями, с которыми приходится иметь дело терапевту“. С этим нельзя не согласиться, так же, как и с той мыслью, что эта область внутренней медицины меньше всего знакома широкому кругу врачей. Вот почему появление книги Р. А. Лурья особенно своевременно и не будет преувеличением, если мы выразим уверенность в успехе первого оригинального руководства по заболеваниям пищеварительного аппарата на русском языке.

Первый том охватывает заболевания пищевода и желудка. Два лейтмотива с большой последовательностью проводит автор в своей книге. Нет болезни органа, а есть болезни организма, и нет болезни организма вне связи с окружающей средой.

Книга написана просто, ясно, легко читается и легко усваивается. Чрезвычайно ценными нам кажутся приводимые справки из богатого жизненного опыта автора, которые не только оживляют изложение, но и являются прекрасной иллюстрацией и аргументацией теоретических построений автора.

Наше поколение является свидетелем и участником победного шествия техники. Инструментальные методы исследования захватывают все области медицины и полноценное заключение в желудочно-кишечной патологии едва-ли возможно без изучения функции желудка и без рентгена. Инструментальным методам уделено значительное внимание. Вместе с тем они не вытеснили и старых методов исследования, которые в этой области не только не потеряли своего значения, но значительно выросли под контролем рентгеновского исследования и лаборатории. Систематический анализ анамнеза попрежнему стоит на первом плане в исследовании желудочно-б-ного и, если успехи рентгенодиагностики в области легочной патологии заставляют некоторых авторов говорить о сумерках перкуссии и аускультации, то этого нельзя сказать про пальпацию живота (Образцов-Гаусман), которая в умелых руках дает ценнейшие результаты. В руководстве пальпации уделено достаточно места.

Глава о гастритах насыщена богатым содержанием. Следует отметить группу тематогенных гастритов, мало знакомую широкому кругу врачей. Внимательное отношение к входным воротам инфекции ведет к правильному пониманию желудочного синдрома, а отсюда — к действенной, этиологической терапии. Классификация гастритов, предложенная проф. Р. А. Лурия, ориентирует практического врача в сложной, многогранной клинической картине заболеваний желудка, столь часто диагностируемых без достаточного патогенетического анализа. В главе о психоневрозах желудка впервые в нашей литературе развернут интереснейший отдел желудочнокишечной патологии. Ряд ценных мыслей и практических указаний конденсирован на небольшом количестве страниц.

С присущим автору мастерством дана проблема ятрогенных заболеваний, мало освещаемая на страницах медицинской прессы.

Мы хотели бы обратить внимание на 2 момента, которые, на наш взгляд, не получили в книге достаточного развития. Так, хирургическому лечению извы желудка уделено слишком мало внимания. В этом вопросе терапевт может сказать больше, чем хирург. К сожалению, терапевту приходится часто видеть больных после операции с теми же жалобами, что и до оперативного вмешательства. Да и вообще, независимо от рецидива болей, терапевту приходится лечить больных „после хирурга“ с большой энергией и настойчивостью.

Не получил развития и более широкого освещения в книге и вопрос о курортном лечении желудочно-кишечных больных. Нет руководящей линии для практического врача в этом „бытовом“ явлении. Это тем более досадно, что проф. Р. А. Лурия имеет большой личный опыт в бальнеологическом лечении больных.

Наши замечания не снижают ценности книги. Простота изложения сложных проблем, изучаемых всегда под углом зрения функциональной патологии, придает книге целостный характер и делают руководство полезной книгой не только для начинающего врача, но и для терапевта, имеющего за собой годы опыта. Последнее верно и потому, что книга охватывает все последние работы, все наиболее ценное, что сделано в этой области лучшими клиницистами Западной Европы.

Мастбаум.

Экспериментальные исследования высшей нервной деятельности ребенка. Сборник. Госмедиздат. Москва, 1933 г. Стр. 214. Цена 7 руб. (в переплете).

Государственный научно-исследовательский институт санитарии и гигиены детей и подростков (ОЗД и П) НКЗ РСФСР издал в 1933 г. целый ряд сборников, которые все представляют большой интерес и свидетельствуют об энергично развиваемой и высоко поставленной научной работе института. Данный сборник по изучению высшей нервной деятельности ребенка содержит следующие работы: 1) проф. Иванов-Смоленский А. Г. Основные установки и задачи физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка в области ОЗД и П. 2) Котляревский Л. И. Ориентировочно-исследовательские условные рефлексы на простые и синтетические раздражители у детей школьного возраста.

3) Хозак Л. Е. Исследование ориентировочно-исследовательских, пищедобывательных и пассивно-оборонительных условных рефлексов у детей школьного возраста. 4) Пэн Р. М. Особенности условного торможения и влияние на него фактора подражания у детей пятилеток. 5) Лавров З. Об ориентировочных следовых рефлексах у детей. 6) Велецкий В. Ф. и Котляревский А. И. Исследование следовых условных тормозов у детей школьного возраста. 7) Козин Н. И. О сплошном угашении у детей 7—8 летнего возраста. 8) Пэн Р. М. К вопросу о типологических особенностях рефлексотворной деятельности ребенка. 9) Хозак Л. Е. Особенности условно-рефлекторной деятельности „трудно-воспитуемых“ детей. 10) Познанская И. Б. Влияние изменения тонуса безусловного пищевого центра на пищевую и ориентировочно-исследовательскую условно-рефлекторную деятельность ребенка.

Иванов-Смоленский в своей статье указывает на одну важную особенность разрабатываемой в сборнике тематики. Современная педология подчеркивает, что она изучает „психическую активность“ ребенка, его „самостоятельность“, „инициативность“. Соглашаясь, что такого рода установка правильна, Иванов-Смоленский совершенно справедливо указывает, что неправильно при этом игнорировать другой чрезвычайно существенный момент детского поведения—момент „выдержки“, „самообладания“, уметь задерживать и подавлять все примитивные и сторонние импульсы, препятствующие, мешающие осуществлению основной „целестремленной деятельности“, умения подчинять второстепенное главному, способность к длительной и устойчивой „концентрации усилий“, к правильному выполнению „социальных запретов“. Говоря физиологически, мы имеем здесь дело с проблемой торможения в поведении ребенка, которая пренебрегалась современной психологией детского возраста и которая, обрабатываемая до известной степени впервые в работах Лавровой, Велицкого, Котляревского Пэн придает сборнику большую оригинальность и ценность.

Другой ряд работ группируется вокруг *типологической проблемы*. Эти работы важны тем, что в них имеются очевидные предпосылки к практическому использованию их данных. Само собой разумеется, что в таком случае углубленное изменение оригинала для заинтересованных является прямой необходимостью, и мы можем здесь ограничиться указанием на эту необходимость,

Ив. Галант (Ленинград).

Рефераты.

а) Детские болезни.

Влияние диеты на содержание Са и Ph в молоке кормящей матери. В. Herz (Zeitschrift für Kinderheilkunde, Band 54, Het. 3—5, 1933 г.), ссылаясь на тесную связь Са и Ph с обменом веществ и изменения его содержания при различных патолог. состояниях организма (рахит, спазмофилия), задался целью изучения изменения количества Са и Ph в молоке матери, в зависимости от увеличенного и уменьшенного его содержания в получаемом пищевом рационе. Учитывалось только количество Са в принимаемой пище. Автор делает следующие выводы:

- 1) Можно было отметить зависимость Са и Ph в молоке от количественного его приема в пищу,
- 2) Са и Ph изменяются равномерно.
- 3) Добавление кальцевых медияментозных препаратов в пищу в виде Са—малонат и Са—цитрат не оказывает никакого влияния на количественное содержание его в молоке.
- 4) Разница в содержании Са в молоке при богатой Са пище и бедной Са колеблется между 8—15%.
- 5) При бедной Са пище его все же находят в молоке в больших количествах, чем в пище.
- 6) Питание богатой Са пищей является более необходимым для матери, чем для ребенка.

Урицкая.

К вопросу о прямом и непрямом естественном вскармливании у груди матери. Проф. Brüning (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 54 Band 2 Heft 1933) делает небольшой обзор литературы, доказывающей преимущества вскармливания младенца непосредственно у груди матери перед вскармливанием сцеженным молоком. Здесь даются указания на соответствующие изменения флоры кишечника, понижение иммунных и защитных свойств, более медленную прибавку в весе, ослабление химизма желудочной секреции. Сам автор приводит результаты опыта над козами. Часть этих коз вскармливалась непосредственно у груди матери, часть сцеженным молоком. Он отмечает в данном случае также более слабое нарастание веса. Автор делает заключение, что самое идеальное вскармливание—это непосредственно грудь матери.

Д-р Урицкая.

б) Психиатрия и невропатология.

Кречмер (Kretschmer E. Ueber zerebrale Gefäßschwäche. Deutsche Med. Wochenschrift. № 46, 1932) вводит новое понятие „церебральной сосудистой слабости“ по аналогии, или, как говорит сам а., в том же самом смысле, в каком говорят по отношению к другой части сосудистой системы — „сердечной слабости“. Дело идет о чисто функциональном „рабочем понятии“ (Leistungsbegriff), которое вытекает из клинического наблюдения и которое не находится в зависимости от того, лежат ли в основе этой слабости более или менее тяжелые анатомические изменения или нет. Состояние церебральной сосудистой слабости обнаруживаются клинически прежде всего в ранних „предстадиях“ (Vorstadien) мозгового артериосклероза, дальше при климактерических состояниях, при т. наз. травматической мозговой слабости, как следствие потрясения мозга и контузий. Декомпенсация мозговых сосудов представляется в клинической картине гл. обр. как склонность к расслаблению, дилатации, патологической проницаемости и недостаточности быстрого реагированию при быстром повышении нагрузки. При лечении, как в отношении медикаментозного, так и образа жизни должно исходить из тех же соображений, как и при сердечной слабости: постельный режим (Liegekur) в продолжение многих недель с назначением компенсирующих сосудистых средств, которые способны улучшить циркуляцию в мозговых сосудах (диуретики, папаверин и как adjuvans люминал в очень маленьких дозах). При освидетельствовании важен дифференциальный диагноз в отношении Renten neurose.

Что касается симптомов заболевания, то а. указывает на избирательную чувствительность б-ых к триаде: нагибание, тепло, алкоголь (Bücken, Hitze, Alkohol) прилив к голове (Kopfgötung), увеличенная влажность конъюнктивы. Аффективная инконтиненция. Аффективно инконтинентный отождествляет себя в гораздо меньшей степени со своим аффектом, чем раздражительный; он скорее ощущает этот аффект как нечто чуждое личности, нечто ее отягощающее.

Выражение лица, страдающего церебральной сосудистой слабостью в более выраженных случаях—оскудение выразительной моторики (мимика) и легкое общее понижение тонуса лица, которое делает его серьезным и чрезвычайно спокойным. И здесь мы имеем полную противоположность к психомоторному поведению нервных и невротиков с целевой установкой.

Ив. Галант (Ленинград).

Блюм (F. Blum. Ueber Katechine. „Deutsche Med. W.“ № 48, 1932) различает, в противовес гормонам, которые являются в организме возбуждающими эффективными веществами (Treibstoffe), катехины—Bremsstoffe—или „тормозящие вещества“, от греческого слова *κατεχειν*—сдерживать в известных границах, роль которых заключается в том, чтобы предупредить повышенную активность (Ueberwirkung) гормонов, или чтобы смягчить и модифицировать их действие. Автору удалось в 1929 г. добыть из белка крови антитиреоидную компоненту. Это вещество, легко добываемое из всякой здоровой крови, притупляет действие вещества щитовидной железы. Интенсивнее действует против вещества щитовидной железы тиронорман. В опытах с основным обменом веществ тиронорман в состоянии парализовать действие иодистого белка щитовидной железы.

Инсулин представляет собой по Блюму катехин по отношению к гормону, накопляемому в поджелудочной железе и вызывающему мобилизацию сахара. Какой фактор приводит в движение гормон, который регулирует содержание сахара в крови, пока неизвестно.

Ив. Галант (Ленинград).

Вейсенфельд (Weissenfeld, Felix. Weitere Fälle von Pellagra in Schlesien. Psychiatr.-Neurolog. W. № 46. 1933) сообщает о заболеваниях пелла-

органическими психозами в Шлезии (Германия). Пеллагра распространена в верхней Италии, на Балканах и после мировой войны она нашла большое распространение в Сев. Америке, где в 1927 г. было зарегистрировано больше 50.000 случаев пеллагры и 2500 смертных случаев от пеллагры. В Германии пеллагра появилась после мировой войны и встречается она здесь почти исключительно в психбольницах. А. наблюдал 10 случаев в псих-б-це Bunzlau и 1 в псих-б-це Lüben, из них 4 кончились летально при явлениях кахексии.

А. определяет эту болезнь, как тяжелое расстройство обмена веществ, которое, при отсутствии соответствующего лечения, ведет при кахектических явлениях к смерти. Является ли пеллагра чистым авитаминозом или токсикозом трудно с определенностью сказать. Не исключена возможность, что в развитии болезни играет роль комбинированное действие авитаминоза и токсикоза. При этом а. приводит очень интересную параллель между пеллагрой и пернициозной анемией, находя, что в основе обеих заболеваний лежит ахилия, персистирующая и тогда, когда все другие явления болезни исчезли: оба заболевания часто сопровождаются психозом и при обеих болезнях терапевтический эффект получается от действия одних и тех же средств: переливание крови, мышьяк, сырое мясо, печень и т. д.

Что касается картины психического заболевания при пеллагре, то она б. ч. депрессивно-тревожного характера с идеями виновности и греховности, с раптусообразными покушениями на окружающих или на самоубийство, при наличии делирианта окрашенных ситуационных галлюцинаций и явлений расстройства ориентировки.

Ив. Галант (Ленинград).

Сухарева, Г. Е. (К проблеме дефектности при мягких формах психозов. Советск. невропат. психиатр, психогиг. Т. II, вып. 5. 1933) приходит к заключению, что при мягких формах психозов нет строго ограниченных дефектных состояний, а есть лишь дефект-симптомы наряду с процесс-симптомами. В структуру дефектных состояний входят 3 группы симптомов: 1) симптомы дефекта, 2) симптомы идущего процесса и 3) симптомы вторичного реактивного характера, являющиеся в результате компенсаторных образований и реакций приспособления оставшейся здоровой части психики. И еще автор различает 3 типа структурных изменений при дефектных формах психозов: Первый — атонический (недостаток аффективной живости и активности личности). Второй — тонический (большая связанность и недостаточная подвижность всей личности в ее аффективных волевых проявлениях). Третий — дистонический (где основное в нарушении единства психических реакций личности, личность состоит как бы из отдельных частей, которые несодружественно работают). Далее автор подчеркивает, что клиническая картина дефектных состояний детерминирована не только фактом болезненного процесса, но и другими моментами, куда входят особенности личности б-го и те социальные условия, в которых эта личность развивается. Компенсация дефектного состояния лучше всего протекает в условиях правильно организованной трудовой системы, при правильной социальной направленности б-го.

Ив. Галант (Ленинград).

Фридман (Об особенностях характерологических изменений при психозах на гетеронормной почве. „Советск. Н. п. п. Т. II, вып. 5. 1933) отличает от психозов на психонормном фоне (преморбидная личность, психонормная) психозы, развивающуюся у лиц с гетеронормным психозом преморбидным характером. В этом последнем случае б-ым не бывает свойственна такая вялость и замкнутость. Они долгое время участвуют в жизни, проявляя большую полезную деятельность („мягко протекающая психоз“?). Они более доступны, у них реже встречается манерность, меньше психозических повадок. Они более просты, естественны, лишены психозических чудачеств и остаются долго практически людьми.

Ив. Галант (Ленинград).

Финкельштейн (Психозы развития и процесс-психоз. „Советск. психоневрология“ № 3. 1933) приводит 2 типичных случая психозов, из которых один рассматривается как „психоз развития“ другой как процессуальная психоз („процесс-психоз“). При всем желании трудно согласиться с автором, что его случаи с точки зрения приведенного им анализа принципиально и по существу различны и чужды друг другу. т. обр., что в одном случае мы имеем „процесс“, а в другом только „развитие“. („Нормальное развитие“ и не болезнь?). Термин „психоз развития“ сам по себе, как мы видим, очень неясный и способен только еще больше запутать путанную проблему психозов. Вообще

надо сказать, что деление психозов на 1) „психозы развития“; 2) „психозы sui generis“ и 3) „органическую, симптоматическую психозы“, причем эта „органическая, симптоматическая психозы“ есть „изменение до того нормальной структуры каким-либо органическим процессом со своим особым и закономерным течением (таковы, напр., сифилис мозга, прогрессивный паралич, склероз мозга, эпидемический энцефалит и др.)“ (стр. 37) до того чудовищно и путанно, что мнение автора, что „оно (это деление) позволяет по-новому ставить и рассматривать многие вопросы клинической и теоретической психопатологии и потому заслуживает пристального внимания“, вызывает у читателя одно лишь недоумение и удивление отсутствию у а. всякой здоровой критики,

Ив. Галант.

Шнейдер (Kurt Schneider. Psychiatrische Diagnostik „Deutsche Med. W.“ № 42. 1933) разбивает весь „патопсихологический материал на „четыре группы“. Первая группа — виды переживания (Arten des Erlebens) ощущение и восприятие, представление и мышление, чувство и оценка (Werten), влечения и воля. Вторая группа — основные свойства переживания: общее всякой вполне развитой человеческой душевной жизни свойства: сознание „я“ (Ichbewusstsein), сознание времени, память, способность реагировать. Третья группа — фон переживания (Hintergrund des Erlebens). Под фоном переживаний а. разумеет общие состояния (gesamtzustände), в которые переживания вкраплены и которыми они в значительной степени обусловлены или модифицируются: внимание, сознание, интеллект, личность. Четвертая группа, наконец, представляет собой выражения переживаний (экспрессивная речь, письмо, мимика и остальная моторика. Такова система, которая лежит в основе изложения а. психиатрической диагностики.

Далее следует описание отдельных психопатологических феноменов из этих 4-х групп с указанием диагностического их значения. Указывается на то, что маниакальная скачка идей характерна не только для циклофрении, но встречается у возбужденных паралитиков, сенильных и при психозах. Навязчивое мышление свойственно атаксиям, но встречается и при известных постэнцефалических состояниях. А. различает бредовое мышление, вытекающее понятным образом („verständlich“) из определенных чувственных состояний (Gefühlszustände), и настоящий бред, который не является ни расстройством мышления, ни таковым суждением, ни производным из других переживаний и представляет нечто первичное. Это особенно ясно видно при бредовых восприятиях и почти каждый бред имеет форму бредовых восприятий.

В сфере чувств а. различает *виталистические чувства* (элементарные органические чувства утомления, сонливости, голода, жажды и т. д.) и *реактивные чувства* (радость чему-то, страх перед чем-то, раскаяние в чем-то и т. д.). Расстройства виталистических чувств находят, напр., яркое свое выражение при нервном синдроме, таковые реактивных чувств имеют свое выражение в лабильности чувств, в врожденной бедности чувств, в отчужденности чувств (Gefühlsentfremdung). Некоторые астенические психопаты, а также многие депрессивные, а иногда и дебютирующие психозы жалуются, что они ни к чему не имеют интереса, не умеют поддерживать отношений к людям, никого больше не любят, они окаменели, аффективно опустошены. При этом б-ые сами угнетены и даже потрясены, что у них развилась такая тупость чувств.

При расстройствах влечений а. различает расстройства виталистических влечений и воли, как фактора, регулирующего игру сил инстинктов. Расстройства памяти, сознания времени а. не считает специфическими для той или другой психической болезни,

Ив. Галант (Ленинград).

с) Хирургия и ортопедия.

Жолондзь А. М. Вывихи стопы и на лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

Автор, основываясь на различных вывихах стопы, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, анализирует все виды этих вывихов. Разделив все вывихи на 4 вида: 1) вывих стопы вперед, 2) вывих стопы назад, 3) вывих стопы наружу и 4) вывих стопы внутрь, а. определяет механизм этих вывихов и методы лечения.

В результате а. приходит к выводам: 1) при всяких вывихах, которые сопровождаются переломами, необходима, помимо вправления вывиха, репозиция отломков с фиксацией стопы в гипсовой повязке; 2) открытые вывихи—превращать в закрытые; 3) дополнительно—физиомеханотерапия супинатор.

Л. Шулушко.

Коган А. И. Об алебастровых повязках. Н. Х. А. № 8 1933 г.

Перебои в снабжении гипсом, а также недостаточно хорошее его качество заставили целый ряд хирургов искать новые материалы его заменяющие. А, для замены гипса, предлагается пользоваться для неподвижных повязок алебастром. Это предложение ранее исходило и от Турнера.

А. за 5 месяцев наложил 50 алебастровых повязок; повязки оправдали свое назначение. Приготавливались алебастровые бинты также, как готовятся гипсовые. Затвердевает алебастр через 5—7 минут. При смешивании алебастра с горячей водой повязка твердеет быстрее. Испытание алебастра в отношении влияния атмосферных воздействий показало, что сырость, холод, влага не изменяют качества алебастра. Отрицательными свойствами является вес алебастровой повязки, который тяжелее гипсовой на 20%; второе то, что алебастр дает зернистую, шероховатую поверхность повязки после затвердения.

Л. Шулушко.

Баранцевич Е. В. и Жолондзь А. М. Изолированные переломы лодыжек, чрезлодыжечные переломы (Мальгена), переломы Дюпюитрена и Десто и их лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

На основании 136 случаев переломов костей голенистоного сустава, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, авторы разбирают все виды, встречающиеся в этом суставе (переломы лодыжки—71 сл.; чрезлодыжечные переломы—16 сл.; переломы Дюпюитрена—31 сл. и переломы Десто—18 сл.).

Указывая на типичные моменты клинической картины, свойственные той или иной форме разбираемых переломов, авторы подробно останавливаются на методах лечения, отражая в этом отношении выработанные Ин-том положения.

В свежих случаях Ин-т применяет временную иммобилизацию, конечность укладывается в приданном положении при неб. сгибании в коленном суставе. Через 5—8 дней производят репозицию отломков, либо под общим наркозом, либо по Бёлеру, и иммобилизацию отломков.

В случае выявления, после проверки рентгеном, неправильного положения отломков, Ин-т пользуется повязкой по принципу Ланге „с закруткой“, модифицированной сотр. Ин-та Озеровым. Накладывается обычная гипсовая повязка на стопу и голень, при чем до наложения шва, над обеими лодыжками кладутся ватные подушечки; после двух гипсовых бинтов вгипсовываются две палочки (длиною 20—22 см. и 2,5 см. кв. сечения). Укладываются они параллельно так, чтобы их средние части приходились на соответствующие лодыжки, а концы выдавались вперед и назад. Через 1—2 суток на передней поверхности, повязки от нижнего края до середины голени вырезается полоска в 2 см. шириною. Свободно выдающиеся концы палочек свертываются друг с другом несколькими оборотами прочного шнура. Между оборотами шнура, связывающего передние концы палок, вставляется еще одна короткая палочка, с помощью которой шнур закручивается и т. обр. увеличивается давление на лодыжки.

Л. Шулушко.

Крестьянский травматизм и борьба с ним. Давыдов, Гальсман, Коган. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 90—91. 1933 г.

С-х. и бытовой травматизм в деревне изучается недостаточно, а поэтому и борьба менее эффективна, чем в городах. Машинизация делает эту проблему актуальной. Авторы наблюдали 303 сл. бытового и 253 сл. с-х. производственного травматизма, прошедших через амбулаторию и поликлинику. Бытовым травматизмом страдают, главным образом, дети, а с-х производственным—взрослые. Больше половины повреждений в быту происходит на почве алкоголя, в виде ранений головы и верхних конечностей с повреждениями типа ушибленно-раняных и кожных ранений. Остальной бытовой травматизм приходится на ушибы, переломы, ожоги и т. д. Собственно на с-х. машину (молотилка, соломорезка, мялка и т. д.), при производственном с-х. травматизме падает 16%, а остальные приходится на косу, серп, вилы, борону и т. д. Характер этиж

В отличие от других съездов, на этой конференции не заслушивались многочисленные доклады на разнообразные темы, а прорабатывались: 2 организационных вопроса (качество продукции и снабжение), преподавание рентгенологии и подготовка кадров и 3 научные темы—лечение опухолей, язвы желудка и гастрита и диагностика легочного туберкулеза.

По вопросу о *состоянии снабжения рентгеноаппаратурой* и принадлежностями выступал М. И. Карлин (Москва), который подробно обрисовал, наряду с достижениями по сравнению с прошлыми годами, все же имеющиеся некоторые дефекты.

Второй большой вопрос о *качестве продукции*, выпускаемой нашими заводами, был освещен в докладе Я. Г. Диллона (Москва). Как количество, так и качество продукции не могут пока еще вполне удовлетворить советского рентгенолога. Самые существенные недочеты это — отсутствие стандарта при изготовлении трубок, аппаратов и материала (экранов, пленок и т. д.).

Конференция постановила учредить контрольные органы над качеством продукции на заводах и в особой комиссии выработать нормы снабжения для всего Союза.

В вечернем заседании от 15/X широко обсуждался *вопрос о преподавании рентгенологии и подготовке кадров* по докладу А. В. Айзенштейна (Москва), который указал на необходимость, в связи с постановлением Совнаркома РСФСР от 8 IX 33 г. и Наркомздрава от 15.X 33 г., упорядочить дело преподавания рентгенологии в медвузах, выработать программы курсов для студентов и планы подготовки для аспирантов, а в институтах усовершенствования врачей—для подготовки специалистов рентгенологов определенного профиля, поручив это дело высококвалифицированным преподавателям.

Выступавший по докладу Нарком т. Владимирский указал на свое обращение к VI съезду рентгенологов Союза в Москве в 1931 г. и добавил, что считает советскую рентгенологию одной из ведущих дисциплин советской медицины в данный момент и считает необходимым ввести ее как обязательный предмет преподавания в медвузах тех университетских городов, которые располагают высококвалифицированными кадрами специалистов-рентгенологов. Таковы, например, города Ленинград, Москва, Ростов, Казань, Томск. Научно-исследовательской работе в ново-организующихся кафедрах рентгенологии также должно быть уделено достаточно внимания. Студент и молодой врач должны быть подготовлены для той роли будущей медицины, которая, во всеоружии всех методов, особенно инструментального исследования, потребует от врача-практика умения применить у постели больного все достижения биофизики для диагноза и лечения. Необходимо создать комиссию для проработки программы для студентов.

Гасуль (Казань) остановился на затронутом в докладе сроке подготовки врача-рентгенолога. Задачи советского здравоохранения и обороны страны требуют некоторого сокращения времени обучения за счет уплотнения рабочего дня. Семилетний опыт кафедры рентгенологии Казанского ГИДУВа показал, что в 3 мес. можно подготовить рентгенолога определенного профиля (диагноста или терапевта). При правильной расстановке преподавательских сил и правильной системе преподавания мы можем выпустить хорошего качества рентгенолога. Социалистическое соревнование, ударничество, развернутые среди курсантов и преподавателей, обеспечивают максимальное качество продукции.

После обсуждения отдельных специальных вопросов защиты от рентгеновых лучей, на основе последних исследований свинцовых эквивалентов различных материалов (нашего стекла, барита, резины на свинцовом глётё и т.п.), доклад Я. Л. Шехтмана—Москва), конференция перешла к научным докладам.

Программный доклад „О современном состоянии вопроса о лечении рентгеном и радием злокачественных опухолей“ представил С. Р. Френкель (Москва). Современная рентгенотерапия многим обязана радиобиологии клинической и экспериментальной. Новейшие данные Парижской школы (Regaud, Cougard) показали, что в некоторых случаях наиболее эффективным методом облучения является продолжительное освещение опухоли со многих полей при небольшой интенсивности на большом расстоянии через тяжелые фильтры очень жесткими лучами. Этим методом достигается максимальное уничтожение и тех опухолевых клеток в стадии наибольшей чувствительности, которые, при обычных кратковременных освещениях, не улавливаются. Наступающий при этом ожог кожи, по мнению Cougard, не глубокий и является даже желательным, т. к.

при отсутствии этого дерматита, или, как его называют, радиоэпидермита, не наступает и лечебного эффекта. Докладчик на значительном материале применял новый метод лечения, иногда с некоторыми изменениями (ссылаясь на то, что и „сам Coutard еще продолжает развивать и изменять свою методику“), и в некоторых случаях получал ободряющие результаты, особенно при раке гортани. Правда, метод не может легко внедриться потому, что требует массы времени, если держаться точных указаний Coutard. Многие лечат „по Coutard“ так, как Coutard никогда не лечил. Все же последнее слово здесь еще не сказано. Не решен еще вопрос, в виду недавности введения этой методики, о поздних повреждениях, которые, может быть, еще наступят через несколько лет. Тщательный подбор подходящих больных, внимательное наблюдение за течением радиоэпидермита и состоянием больного являются важным моментом при оценке результатов лечения. Выводы т. о. преждевременны и отбросить старые испытанные методы лечения также преждевременно.

В содокладе М. И. Карлин (Москва) подтвердил данные Френкеля и указал на результаты исследования в измерительной лаборатории Гос. рентгенол. инст., которые показали, что увеличение толщины фильтра от 0,5 мм Cu до 2,0 мм Cu (Zn) не на много увеличивает процентуальную интенсивность в глубьну, что поэтому можно было бы лечить „по Coutard“ и при обычном фильтре на обычном расстоянии, создавая в силу этого более экономические условия применения новейшей методики.

В прениях по докладу выступил Р. Я. Гасуль (Казань), обрисовавший этапы развития глубокой рентгенотерапии злокачественных опухолей от методики разовых больших доз, перехода на дробные малые дозы и до синтеза, выразившегося в методике Coutard—длительного освещения малой интенсивностью при общей большой дозе.

Вторая программная тема—*рентгенотерапия язвы желудка и гастрита*—была представлена в докладе Л. Л. Гольет и содокладе Р. А. Ролоизко (Москва). Большой материал докладчиков, впервые в Союзе систематически проводивших этот, правда, еще Holzknicht'ом рекомендованный метод, дал прекрасные результаты как в органическом (исчезновение ниш), так и функциональном улучшении секреции и субъективном для больного отношении (исчезновение болей). Этот метод достоин широкого применения. Во многих случаях можно было обойтись без операции и без осложнений после операций.

Последнее научное заседание было посвящено двум программным докладам по *рентгенодиагностике легочного туберкулеза* у детей (С. А. Рейнберг) и у взрослых (Р. Я. Гасуль). В первом докладе дана была патологоанатомическая картина (на серийных снимках) большого детского материала (отчасти проверенного при аутопсии) в рентгенологическом изображении с указанием некоторых источников ошибок, особенно по отношению к „расширенному Hilus'am“. Во втором докладе о *новом этапе развития рентгенодиагностики легочного туб.* была дана характеристика трех фаз развития рентгенодиагностики от грубой описательной морфологии теней, через вершины качественного анализа их анатомического субстрата к сложной и *динамичной* рентгенологической семиотике и клинко-рентгенологическому диагнозу.

Конференция закончилась выездным заседанием на Московском рентгеновском заводе с выступлением т. Н. В. Проппера, который дал блестящую характеристику работы съезда, наметил пути к будущим съездам по проблемам, где рентгенологи будут занимать первые места, как представители одной из интереснейших медицинских дисциплин.

В стенах госуд. рентгенологического института, где происходил съезд, была устроена выставка продукции Московского завода и др. заводов с демонстрацией моделей целого ряда изобретенных и усовершенствованных приборов наших талантливых изобретателей (кимограф—д-ра Гинзбурга, универсальный дозиметр—доц. Шехтмана, доудевальная бейда—М. Зикеева, трубка с вращающимся антикатодом—Сергеева и Попова, усовершенств. рамка для прцельных снимков—д-ра Штерна). Следует отметить железнодорожный вагон им. Ленинградского Обкома (ВКПб), переделанный из старого царского пульмановского с рентгеноустановкой, удачно смонтированной коллективом Ленингр. кафедр рентгенологии при материальном содействии всех заинтересованных организаций.

Заседания медицинских обществ.

Красная научно-медицинская ассоциация АТССР.

1) Психоневрологическая секция.

Заседание 21/XII 33 года.

1. Попов Н. И. и Бадюл П. А.—О проходимости гематоэнцефалического барьера при эпид. энцефалите и множественном склерозе.

Наблюдение над 9 случ. Э. Э. и 5 случ. множ. склероза.

Во всех 9 случ. послеэнцефалитического паркинсонизма, независимо от давности случая и выраженности клинической картины, проницаемость барьера была ничтожной.

В 5 случ. множеств. склероза наблюдались определенные взаимоотношения между клинической картиной болезни, динамикой ее развития и проницаемостью барьера: большая проницаемость при выраженных и быстро развивающихся картинах. Это соответствует наблюдениям Попова и Александровой при специфических заболеваниях нервной системы.

2. П. А. Бадюл и А. Х. Терегулов.—О субарахноидальной аутогемотерапии при хронических формах эпид. энцефалита и рассеянном склерозе.

Наблюдения над 20 больными с эпид. энц. и 8 больн. с множ. склерозом. Путем люмбальной пункции субарахноидально вводилось от 0,5 до 2,5 куб. см. крови, с промежутками в 5—7 дней, число пункций 4—5. Результаты лечения обычно выявлялись после 2—3 пункций. При хронич. формах э. э. отчетливое улучшение наблюдалось у 5 б-ных, незначительное — у 9; в 6 случ. не было никаких изменений. При рассеянном склерозе заметное улучшение было в 1 сл. Эффект длился от 1 до 3 мес., выражался в ослаблении внепиримидной гипер-tonии, слюнотечения, сонливости, отделения кожного сала и т. д.

3. Л. Н. Клячкин и А. Н. Терегулов.—О влиянии физиотерапевтических агентов на проходимость гематоэнцефалического барьера (предварит. сообщение).

Вводя собакам внутримышечно 10% раствора иода из расчета 1 см.³ на К° веса, авторы установили проходимость иода через барьер; коэффициент проходимости приблизительно = 3,5. При понижении концентрации до 5%, проходимость сохранилась приблизительно с тем же коэффициентом, при понижении ее абсолютной величины. Диатермия шейной части позвоночника и передней части шеи (0,3 А, 25¹) увеличивала проходимость иода (понижая коэффициент до 2,3).

Прения: И. И. Русецкий, Г. А. Клячкин, М. П. Андреев, д-ра Гринбарг, Клячкин, Жилин, Бадюл, Рифман, Попов.

Заседание 28/XI 33 г.

1. И. И. Русецкий и Н. И. Попов.—К учению о роли вегетативной нервной системы при ишиасе.

При исследовании 25 больных получены следующие данные. При подвздошно-крестцовом ишиасе на больной ноге, с развитием заболевания, происходит переход кожной t° из состояния гипотермии в состояние гипертермии (по сравнению со здоровой конечностью). При тронкулярном ишиасе наблюдались случаи длительно удерживающейся гипотермии. Сравнительное изучение состояния кожной t° и чувствительности позволяет установить два синдрома: а) начальный—гиперэстезии—гипотермии, б) поздний—гипоэстезии—гипертермии,—паретической сосудистой реакции. В позднем синдроме группируются симптомы выпадения: в сфере анимальной—гипоэстезии, мышечная гипотония и др., в сфере вегетативной—частичная десимпатизация (гипертермия, паретич. сосудистая реакция). Отсюда—необходимость лечебных мероприятий, тонизирующих симпатический отдел вегет. нервн. системы (тепловое лечение, соответствующие медикаменты). Основной тип температурной кривой (точки поясницы, ягодицы и бедра) для тронкулярного ишиаса дает наивысшую точку на подвздошно-

крестцовом сочленении, как и для начального периода подвздошно-крестцового ишиаса; в более позднем периоде последнего—в этой точке наиболее низкая t^0 . На здоровой конечности, при подвздошно-крестцовом ишиасе, иногда удается отметить аналогичные изменения температурных кривых.

В прениях выступали: И. Я. Чураев, М. В. Кочергин, И. Н. Жилин, П. А. Бадюл, Н. Ф. Рупосов, М. П. Андреев.

2. Н. М. Тамбовцев.—*Хронические психастенические состояния у алкоголиков и связь их картин с характерологическими особенностями личности.*

На основании клинического анализа 4 случаев докладчик приходит к следующим заключениям: 1) хронич. алкогольная интоксикация, понижая сопротивляемость организма, создает склонность к непропорционально сильным реакциям на психич. травмы; 2) психич. травма может вызвать у алкоголика делириозное состояние, даже при отсутствии непосредственного злоупотребления алкоголем; 3) по устранении травмирующего момента сохраняется затяжное психастеническое состояние; 4) при прекращении алкоголизма все же не получается быстрого выздоровления; 5) все указанные явления объясняются комбинированным действием экзогенных и эндогенных факторов, при чем первые настолько сильно изменяют личность, что получают качественно-новые и необратимые формы реакций.

Доклад будет напечатан в „Каз. мед. журнале“.

Прения: И. Н. Жилин, М. А. Рифмак, М. П. Андреев.

2) Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 21 ноября—акушерско-гинекологической секции совместно с патолого-физиологическим отделением Института имени проф. Боля.

1. Председатель секции проф. В. С. Груздев, сообщив о тяжелой утрате, понесенной секцией в лице недавно скончавшегося д-ра В. В. Дьяконова, предложил присутствующим почтить память покойного вставанием.

2. Асс. Казанского ветеринарного института А. И. Малинин сделал обзорный доклад *о пролактине и близких к нему веществах.*

3. Асп. И. В. Данилов выступил с докладом, озаглавленным: „*Сравнительная оценка биологических реакций на раннюю беременность*“. Обоим докладчикам был задан присутствующим целый ряд вопросов.

Проф. Маненков, отметив значительный интерес совместных заседаний представителей теоретических и клинических кафедр, выразил пожелание, чтобы подобные заседания повторялись и впредь.

Проф. Груздев, присоединившись к пожеланию проф. Маненкова, предложил, в виду позднего времени и предстоящего в следующем заседании доклада д-ра Шарафутдинова, аналогичного по содержанию с докладами Малинина и Данилова, перенести прения по этим докладам на следующее заседание.

Заседание 14 декабря.

1. Асс. Г. М. Шарафутдинов и д-р Фирсова: „*Клинические и экспериментальные наблюдения над гравиданом*“. В этом докладе д-р Ш. сначала подробно оставил на литературных данных, посвященных гормонам женских половых желез и гипофиза, затем, упомянув в общих чертах о технике изготовления гравидана, сообщил о результатах проверки его на животных и, наконец, изложил данные своих клинических наблюдений, произведенных над гравиданом у 39 амбулаторных больных с расстройствами овариально-менструального цикла и привычными выкидышами.

Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие проф. Н. Н. Сиротинин, И. Ф. Козлов и В. С. Груздев и д-ра Богоявленская, Малинин, Данилов, Винников и др.

Председатель секции проф. В. Груздев.



З. П. СОЛОВЬЕВ (1876—1928 г.).

В бытность студентом Казанского Университета.

3. П. Соловьев (1876—1928 г.)

(К пятилетию со дня смерти)

И. С. Грязнов (Москва).

6-го ноября прошлого года исполнилось 5 лет со дня смерти Зиновия Петровича Соловьева. Срок небольшой.

Прошедший со смерти Зиновия Петровича период охватывает собою первую пятилетку, осуществленную в четыре года и первый начальный год второй пятилетки.

За этот отрезок времени пролетариатом, под руководством партии, было развернуто колоссальное строительство во всех областях жизни страны, создающей новое, внеклассовое общество—в хозяйственной, политической, научной и культурной, то строительство, основы которого были заложены в первое десятилетие революции, в восстановительный и реконструктивный ее период.

Без этой громадной подготовительной работы, которая в названное десятилетие была проделана партией, правительством и трудящимися, немислимо, было ни осуществление задач первой пятилетки, ни продолжение дальнейшего строительства, которое намечено на вторую, так успешно начатую.

З. П. Соловьев в этой подготовительной работе принадлежит одно из виднейших мест. Он был ее непосредственным участником, отдавшим ей все свои силы, кипучую энергию, многосторонние знания и выдающиеся организационные способности с самых первых дней революции, в которую он включился уже совершенно сложившимся большевиком-ленинцем, имевшим за плечами солидный революционный стаж. Успехи советского строительства за последние пять лет многим обязаны этому участию на разных ответственных боевых постах работы, особенно в деле организации советского здравоохранения.

Зиновий Петрович родился в 1876 г. в небогатой многочисленной семье гродненского губернского землемера, человека сурового, державшего детей в полном подчинении своей воле, не проявлявшего к ним нежных чувств и внимания к духовным потребностям их возраста. Поэтому, детство З. П. было не особенно радостным. Десятилетним мальчиком в 1887 г. он поступил в Симбирскую гимназию, в которой недавно перед тем обучался В. И. Ленин. То были годы тяжелой, гнетущей реакции, когда мрачный вдохновитель всей политики Александра III Победоносцев говорил, что „русскому народу образование не нужно, ибо оно научает логически мыслить“, когда всякая мало-мальски независимая, свободная мысль изгонялась из школы, не только низшей и средней, но и из университетов, когда „кухаркины дети“ не допускались к образованию и в школе царил тот же полицейский гнет и произвол, что и во всей общественной жизни. Симбирская гимназия, выпустившая из своих стен не задолго до того казненного впоследствии за покушение на Александра III А. И. Ульянова (брата В. И. Ленина), стояла в первых рядах верных проводников Победоносцевской политики. Она была для З. П. усугубленным продолжением семейного гнета и понятно, что он не вынес из нее ни одного светлого воспоминания. Весьма вероятно, что именно этой домашней и школьной обстановкой была выработана та холодность и замкнутость Зиновия Петровича, которая отмечалась впоследствии при первых встречах с ним.

Сухое, формальное преподавание гимназических „наук“ не удовлетворяло пытливого и способного мальчика и не могло внушить ему любви к ним; до 6-го класса его интересовало лишь естествознание, которым он занимался больше по своей инициативе и вне класса. Однажды, растущий в его душе протест против царившей вокруг социальной несправедливости направил его за разрешением волновавших его вопросов к литературе, в которую он и погрузился.

Но вот в начале 90-х годов, под влиянием постигших страну стихийных бедствий,— сначала величайшего голода, а затем холеры, уносившей сотни тысяч жертв, задавленная общественная мысль начинает оживать, и даже в самых умеренных общественных слоях появляются протестующие против существующего порядка настроения. Литература, не только нелегальная, просачивавшаяся в общество через все ограждения охранки, но и легальная, несмотря на жесточайшую цензуру и хотя эзоповским языком, дает этому порядку надлежащую оценку. З. П. знакомится с Успенским, Златовратским, Михай-

ловским и другими писателями, а позднее и с начинающей появляться марксистской литературой, ведущей горячую борьбу с народническими течениями.

Увлекаясь Плехановым и другими последователями учения Маркса, а затем, проштудировав „Капитал“ последнего, он уже к концу гимназического курса оформляет свое отношение к классовой борьбе, чем определяется и его личный дальнейший жизненный путь.

В 1897 г. Зиновий Петрович—студент-медик Казанского университета. В чисто студенческих делах, в студенческих волнениях этого года, несмотря на свою активность, он близкого участия не принимает. Его влечет иное—он ищет связей с рабочими, среди которых, начиная с 1894 г. параллельно с промышленным подъемом страны, растут оппозиционные настроения, выливаясь в небывалые до того по размерам забастовки. Изучая Маркса, Плеханова, Ленина, он, вместе с некоторыми товарищами, ведет рабочие кружки на заводах Крестовников, Алафузова и др., что приводит его в 1899 г. к аресту, исключению из университета и административной высылке из Казани. Однако, З. П. удается вскоре вновь поступить в университет, который он и окончивает в 1904 году.

В университете, наряду с самообразованием и революционной работой, З. П. занимается и изучением медицинских наук, придавая большое значение общественной медицине как средству необходимого физического оздоровления трудящихся и еще в студенческие годы работает на лечебно-профилактических пунктах. После недолгого пребывания вслед за окончанием университета на японском фронте в качестве врача Красно-крестовского отряда, не поладив с начальством, он возвращается в Россию, где поступает санитарным врачом в Симбирское земство. Сдав заведующим медико-санитарного бюро земства, он ведет энергичную работу по проведению оздоровительных мероприятий, редактирует „Врач.-санитарную хронику“, создает губ. врачебный совет, занимается широкой общественно-медицинской деятельностью; З. П. участвует и в работе местного комитета РСДРП(б), пользуясь в нем большим влиянием. С осени 1905 года он целиком уходит в революционную работу. Он вел работу среди железнодорожников, которые были тогда наиболее революционной сознательной частью рабочих Симбирска, а также среди интеллигенции и учащейся молодежи, устраивая митинги и руководя ими, составляя прокламации и всюду являясь, благодаря своей активности и энергии, центральной фигурой.

После подавления революции 1905 года, избегнув ареста, он уезжает из Симбирска и, после ряда мытарств, устраивается земским врачом в одном из сел Саратовской губ., где, знакомясь с обстановкой деревенской жизни, ведет упорную работу по оздоровлению деревни.

Вскоре З. П.—помощник заведывающего губернским санитарным бюро. Здесь—более широкое поле организационно-практической деятельности, литературная работа по вопросам сельской медицины и опять-таки партийно-революционная работа, в результате которой, после восьмимесячного тюремного заключения,—3-х летняя ссылка в Усть-Сысольск Вологодской губ. Работа по специальности запрещена; единственным источником заработка служит сотрудничество в медицинских и др. журналах („Фельд. Вестн.“, „Общест. В“, „Вестн. Общ. Гиг.“ „Земск. Дела“ и пр.); темы, по преимуществу, общественно-медицинские.

После ссылки—Зиновий Петрович в Москве, но, ввиду недопущения на службу в качестве санитарного врача, отдает свои силы той же литературной работе. Он принимает близкое участие в делах Пироговского общества и в его журнале, и с большим увлечением работает во Всероссийской лиге борьбы с туберкулезом, в которой он занимает должность секретаря. Здесь, несмотря на чинимые властями всяческие препятствия развитию Лиги, особенно в провинции и в промышленных районах, где в число ее членов вливается много рабочих, З. П. ведет громадную организационную работу, руководя разрешением основных вопросов деятельности Лиги и придавая ей ярко выраженной общественной характер, редактируя ее журнал, в котором много писал.

С начала мировой войны З. П. вступает в должность секретаря Врач.-сан. отдела Гл. К-та Земсоюза, где остается до ликвидации последнего в 1917 г. На З. П. здесь ложится большая часть работы по организации связанного с войной врачебно-санитарного дела и борьбы с эпидемиями, развивающимися в прифронтовой полосе и среди пленных и беженцев. Он принимает ближайшее

участие в разработке всех возникающих в этом деле вопросов, собирает и тщательно изучает материалы для их разрешения, проводит в жизнь признанные необходимыми мероприятия; он много пишет по этим вопросам, выступает с докладами, читает лекции на организованных Союзом эпидемиологических курсах для врачей.

В каждую свою работу, какую бы он ни вел З. П. в тот или иной момент— в земстве ли, в деревне ли, в Пироговском об-ве, в Лиге, в Земсоюзе, в своих статьях, докладах, лекциях он везде проводит четкие политические установки и формулировки, проникнутые его большевистским мировоззрением.

С момента Февральской революции общественно-политическая деятельность З. П. принимает еще более яркую партийную окраску. В марте 1917 г. он избирается от Пироговского об-ва в Совет рабочих депутатов; при обсуждении об-вом вопроса о посылке делегата в созываемое Керенским государственное совещание он высказывается против участия в последнем, как состоящем по преимуществу из ценовиков. В редактируемой им газете Пироговского об-ва „Врачебная жизнь“, он помещает свою, резко оппозиционную по отношению к войне статью „Три года“, призывающую врачей к протесту против войны.

В предоктябрьские дни З. П.—председатель Хамовнической (большевистской) управы, а в Октябре—член Ревкома Хамов. района Москвы.

В эти трудные, напряженные дни, на ряду с строгой партийной выдержкой, чрезвычайно ярко сказывается его характер на редкость делового человека умеющего быстро и правильно ориентироваться даже в мало знакомой до того работе. Накануне самой революции, и особенно с началом ее, Москва переживала большие продовольственные затруднения, Хамовнический же район, как большевистский, совершенно не снабжался Центральным Продовольственным комитетом, и недостаток продуктов ставил под серьезную угрозу успешность восстания в этой важном районе. Но З. П. сумел так организовать работу снабжения, что население почти бесперебойно получало продукты и положение было спасено. В то же, примерно, время врачебное дело оказалось в чрезвычайно тяжелых условиях: большинство медработников отказывалось от совместной с революционной властью работы, объявило забастовку; аптеки не отпускали лекарств по рецептам врачей, остававшихся ей верными; больные, направляемые последними в лечущие учреждения, принимались с большими затруднениями. Только благодаря умелому, деловому руководству З. П., организовавшему в союз небольшую группу остававшихся на своем посту работников, удалось сорвать саботаж и выправить дело. Также умело и энергично проводит он впоследствии порученную его руководству ответственную кампанию по изъятию церковных ценностей в Хамовническом районе.

После первой победы Октябрьской революции масштаб работы З. П. чрезвычайно расширяется, принимая государственные размеры и все его творческие силы раскрываются в полном объеме. В начале 1918 г. он заведует Медчастью Наркомвнудела и входит в состав Совета врачебных коллегий, становясь здесь, по обыкновению, одним из активнейших ее членов, несущим многообразную ответственную работу. Ему принадлежит и проект создания единого ведомства здравоохранения—Наркомздрава, с образованием которого в 1918 г. он назначается Зам. Наркома, ведающим важнейшей частью наркомата—отделом гражданской медицины.

Первоочередной задачей этого отдела является соби́рание во едино всех разбросанных по различным ведомствам частей медицинского аппарата и ликвидация отживших форм его с сохранением всех накопленных прошлым ценностей в целях создания единой советской медицины, должествующей разрешить проблему оздоровления трудящихся на основе профилактики.

Этому делу З. П. отдается, как всегда, весь целиком, но его энергия была так велика, жажда общественной творческой работы так неутолима, что в 1920 г. он становится во главе им же созданной организации—Российского Общества Красного Креста. Помощь голодающим, санитарная оборона страны, медико-санитарная помощь еще так недавно поставленным в условия вымирания небольшим нацменским народностям, кружки первой помощи, охрана здоровья пионеров—вот неполный перечень важнейших моментов деятельности новой организации, строящейся на основе вовлечения в нее широких масс трудящихся. Эта деятельность тесно увязывалась с задачами Наркомздрава и оказывала

ему громадную помощь в обслуживании ряда „узких мест“, для полного охвата которых у него не хватало сил и средств. Создание и развитие Российского Общества Красного Креста неразрывно связано с именем З. П., оставшегося его руководителем до своего конца.

В 1920 г. З. П. назначается, при сохранении за ним всех прежних обязанностей, Начальником Главного Военно-Санитарного Управления. Еще до революции, по своей прежней службе в Земсоюзе, он близко сталкивался с постановкой военно-санитарного дела в старой армии, немало содействуя его улучшению; после же Октября, в качестве Замнаркомздрава ему приходилось громадную долю сил и внимания посвящать разрешению вопросов охраны здоровья красноармейских частей в тяжелой обстановке гражданской войны и интервенции, эпидемии и голода. Поэтому Главное Военно-Санитарное Управление в лице З. П. получило вполне вооруженным специальными знаниями руководителя, обладавшего громадным организационным опытом и глубоким пониманием нужд военно-санитарного дела, что, при его энергии, широкой врачебной эрудиции и прекрасном общем знакомстве как с экономическим, так и военно-политическим положением страны, вполне обеспечивало правильный курс организации здравоохранения Красной армии, строящейся на основе общих принципов единой советской медицины.

В течение 8 лет, вплоть до самой смерти, З. П. вкладывал всю свою многогранную индивидуальность в эту область советского строительства и все теперешние громадные достижения несут следы его упорной творческой работы.

В пределах настоящей статьи невозможно охватить все, сделанное З. П. С л о в е в ы м для организации Сов. Здравья и медицины, но нельзя обойти молчанием еще одного момента, тесно связанного с его именем, это—его ближайшего участия в создании новой народной медицинской дисциплины—социальной гигиены, одним из извест. преподавателей которой он стал с 1923 г., возглавляя вновь созданную кафедру 2-го МГУ.

Из Казанского туберкулезного института.

Альберт Кальметт (1863—1933) и туберкулезная проблема.

(Вместо некролога).

Не стало Кальметта; не стало человека, с именем которого последние 10 лет были связаны надежды на разрешение туберкулезной проблемы,—как-то неожиданно, внезапно. Трудно было себе представить, что человек, дерзнувший вступить в бой с неприятелем, который на щите своем насчитывает не одну сотню миллионов человеческих жизней и не один десяток среди них отважных ученых, находится уже в том возрасте, когда охотнее оглядывают пройденный путь, чем оставшийся.

Кальметт родился в 1863 г. По окончании медицинского факультета, служил в морском флоте, участвовал в войнах, занимал видные должности, основал Пастеровский ин-т в Лиле, читал на медицинском факультете гигиену, переехал в Париж в Пастеровский Институт, где сменил И. Мечникова, удостоился звания члена Французской академии наук—повсюду и при всех обстоятельствах продолжая свои многосторонние научные исследования—до последнего дня своей жизни—в первых рядах борцов за светлое будущее человечества.

Большая жизнь человека и яркий путь ученого.

Оставив большое наследие по целому ряду вопросов бактериологии и гигиены, Кальметт особенно много труда посвятил туберкулезу. Результатом этих исследований, начатых в 1905 г., явилась предложенная им в 1923 г. вакцина BCG—живая культура туберкулезных палочек бычьего типа, которая, благодаря многолетним пассажирам на картофельной среде с желчью, утратила свои пато-

генные свойства, сохранив антигенные. При помощи этой вакцины до настоящего времени вакцинированы сотни тысяч детей с большой эффективностью, в смысле уменьшения смертности во многих странах мира.

BCG — это объективно обоснованное логическое продолжение основных положений и воззрений Роберта Коха, от которых последний отступил вслед за предложенным им туберкулином.

Этим самым Кох толкнул целое поколение исследователей на своеобразный путь вымачиваний, выпариваний и экстрагирования туберкулезной палочки при бесконечно разнообразных физико-химических условиях, — путь, давший огромный материал для трактатов по туберкулезу, но очень мало для самой проблемы. Нужны были героические меры, чтобы прекратить это шествие в бесконечность, уничтожить простор для всякой возможности возводить парциальные пустяки в тотальные проблемы... и это сделал Кальметт своей вакциной BCG.

Вакцина Кальметта является большим достижением в области туберкулеза не потому, что она обязательно разрешит туберкулезную проблему, а потому, что, если это не случится, неизбежно станет вопрос о непогрешимости основного положения — о возбuditеле туберкулеза, логическим конечным завершением которого является BCG. Без этой огромной экспериментальной работы, проделанной Кальметтом до того, как предложить BCG, всякая ревизия основ тбс была бы встречена в штыки и этим самым была бы отодвинута надолго всякая попытка поисков новых путей для разрешения проблемы.

BCG — не открытие, ибо здесь нет элемента неожиданности; это результат многолетних исследований, последнее звено на этом пути.

Верил ли Кальметт в то, что BCG есть *единственно* мыслимый путь к разрешению туберк. проблемы?

Повидимому, нет.

В 1929 году он формулирует свою мысль так: туберкулез вызывается по всей вероятности ультравирусом; туберкулезная палочка является только стадией развития этого вируса, возникающей в процессе борьбы и, что, на ряду с обычными формами туберкулеза, есть и пребациллярные. Это положение не явилось просто только мнением, а мнением по Кальметтовски, т. е. подкрепленным значительным числом экспериментальных работ его сотрудников. С 1929 г. эта мысль беспрестанно охватывается им все шире и полнее, и мы имеем уже ряд ценных фактов в этой новой области. На базе этих данных многое в клинике туберкулеза получает новое освещение и понимание. Кальметт широко охватывал проблему. Он понимал, что одной только вакциной туберкулез не поведат, что здесь нужна постоянная, повседневная оздоровительная профилактическая работа, точный учет и широкая общественная помощь. В 1901 году он основал диспансер и ему принадлежит пропаганда идеи борьбы с этим социальным злом при помощи широкого охвата населения диспансерами. Он был одним из инициаторов комитета борьбы с туберкулезом.

Еще несколько слов относительно кажущегося недоразумения с терминологией ультравируса. Некоторые исследователи, приводя мнение Кальметта об ультравирусе, обычно скромно, но настойчиво вносят поправку: „не ультравирус, а фильтрующаяся форма туб. палочки“. Кальметт ни разу не возражал против этих замечаний, неизменно употребляя свое наименование. Думается, что Кальметт это делал не потому, что ему меньше, чем этим исследователям, была известна разница между тем и другим, а потому, что еще не настало время формулировать новое положение: если в стакане загнившего бульона содержится невидимый простым глазом, но видимый под микроскопом целый новый мир живых существ, более многочисленный, чем все обитатели земного шара, то этот мир уже тоже устарел и на смену ему должен притти более новый мир, мир ультравирусов, являющийся для микробов тем же, чем микробы для нас — постоянными паразитами, случайными спутниками, помощниками и могильщиками.

Французское правительство построило Кальметту целое здание под туберкулезную лабораторию при Пастеровском институте. В стенах этой лаборатории проводятся исключительно интересные и большие исследования. Здесь же находят отображение все мало-мальски ценное и интересное по туберкулезу, появляющееся где либо в мире. Резюме этих исследований, печатае-

мые регулярно в С. R. de la Soc. de Biologie, дают чувство большого удовлетворения благодаря объективности и тщательности.

Кальметт оставил после себя более 200 работ. Среди них крупные руководства по микробиологической технике, по туберкулезу, по змеиным ядам, биологической очистке сточных вод и др.

Б. Л. Мазур.

Хроника.

34) *Всеукраинским бактериологическим институтом разрабатывается с успешными результатами вопрос о предохранительных прививках против сыпного тифа.*

Ряд опытов, произведенных над морскими свинками, показал, что морская свинка, зараженная пассажным вирусом сыпного тифа и перенесшая заболевание, оказывается иммунной к последующему заражению кровью сыпно-тифозного больного. С другой стороны, морская свинка, зараженная кровью сыпно-тифозного больного и перенесшая это заболевание, оказывается иммунной к заражению пассажным вирусом морской свинки.

Оставалось решить эту задачу в опытах на людях. Эта работа была произведена во второй половине 1933 г. Опыты были поставлены на добровольцах, изъявивших свое согласие в виду чрезвычайной важности изучаемого вопроса подвергнуться риску заболеть сыпным тифом. Лица, взятые для опыта, не болели до того сыпным тифом.

Сущность опыта заключалась в том, что нативный мозг морской свинки третьего и восьмого пассажей экспериментального сыпного тифа был введен под кожу всем участникам этого опыта. В некоторых случаях введение материала не вызвало никаких ни непосредственных, ни последующих реакций. В двух случаях была получена, спустя инкубации в 10—12 дней, стертая форма сыпного тифа. В одном случае введение материала, после восьмидневной инкубации, дало типичную картину сыпного тифа. В дальнейшем такие же опыты были поставлены с экспериментальным вирусом морской свинки 19-го пассажа. И в этом случае получилось заболевание типичной формой сыпного тифа.

Таким образом, был решен основной вопрос о тождестве экспериментального вируса сыпного тифа даже в поздних пассажах с вирусом сыпного тифа человека.

Если взятая группа лиц, которые получили нативный экспериментальный вирус, при заражении кровью сыпно-тифозного больного не заболевает сыпным тифом, значит, экспериментальный вирус действительно может предохранить человека от заболеваний сыпным тифом. Такой опыт был поставлен. Оказалось, что ни один человек из всей группы лиц, получивших нативный экспериментальный вирус и зараженных затем кровью сыпно-тифозного больного, не заболел сыпным тифом.

Задача таким образом была разрешена: нативный экспериментальный вирус создает у человека иммунитет против сыпного тифа. Полученные результаты имеют огромное теоретическое значение, раскрывая нам ряд оставшихся до сих пор темных сторон учения о сыпном тифе.

Если бы удалось получить иммунитет у человека против сыпного тифа, пользуясь не нативным, а убитым экспериментальным вирусом, практическая задача прививки против сыпного тифа была бы решена.

Такие опыты были поставлены. Группа добровольцев получила под кожу убитый экспериментальный вирус. Введение этого материала не вызвало никаких реакций и болезненных ощущений у людей. Спустя три с половиной месяца после окончания прививок опытная группа лиц была подвергнута заражению кровью сыпно-тифозного больного, взятой на шестой день заболевания. Результаты оказались чрезвычайно благоприятными. Из группы лиц, получивших убитый экспериментальный вирус, только в одном случае имело место легкое заболевание сыпным тифом. Остальные никакого заболевания не дали, несмотря на то, что введено им было много инфекционного материала.

Основная задача, которая стояла перед комиссией, изучавшей этот вопрос, таким образом была решена. Сейчас эти прививки перенесены уже в практику и ими прививаются лица, подвергающиеся опасности заразиться и заболеть сыпным тифом. Состав этой комиссии, работавшей и продолжающей работать: проф. М. И. Мельник (председатель), проф. М. М. Цехновицер, д-р Б. Л. Палант, д-р Т. А. Карут, д-р А. И. Лехциер, проф. И. Р. Брауде, д-р Гальперина, д-р Фридман и д-р Паперный.

35) Доцент Аникин, работающий в московской больнице им. Боткина, применил для лечения рожи облучение пораженных мест ультра-фиолетовым светом.

Применение способа дает на практике прекрасные результаты, значительно ускоряя излечение болезней.

Этот способ лечения заболевших рожей практикуется сейчас в больнице им. Боткина. Мосгорздрав предоставил больнице две автомашины для доставки больных на сеансы облучения и возвращения их затем обратно домой.

36) *Всероссийский слет ударников здравоохранения*—работников сельских и городских больниц, участников похода им. XVII партийного съезда состоялся 13 января в Московском доме ученых. На слете выступил с докладом нарком здравоохранения т. Владимирский.

37) *Директор Ленинградского рентгенологического института* проф. М. И. Неменов и акад. Г. А. Надсон получили приглашение прочесть доклады на пленуме международного конгресса по радиобиологии, который созывается в этом году в Венеции. Профессор Неменов избран членом почетного комитета конгресса.

38) По решению Совнаркома Украины, на базе института экспериментальной медицины им. Мечникова и Киевского института патологии и биологии в Харькове создается *Всеукраинский институт экспериментальной медицины*, как отделение Всесоюзного института.

На приобретение необходимого оборудования и аппаратуры ассигновано 500 тыс. рублей.

39) В Москве и Московской области заканчивается строительство нескольких новых лечебных учреждений.

К XVII съезду партии сдан в эксплуатацию *хирургический корпус* Московского областного клинического института, рассчитанный на 200 коек и оборудованный по последнему слову медицинской техники. К этому же сроку в Туле открылись новая глазная больница и хирургический корпус, а в рабочем поселке Красково—инфекционная больница.

В *Рязанске* открывается поликлиника, рассчитанная на прием 500 больных в день. В *рудничном поселке Балаховке* открывается заново выстроенная больница.

40) *Всесоюзный детский лечебный комбинат* заканчивается строительством к курортному сезону 1934 г. в Люстдорфе (в 20 км. от Одессы).

41) *Управление санитарной службы* организуется в Москве при Центральном союзе потребителей обществ СССР. На управление возложена задача улучшения санитарного состояния магазинов, палаток и предприятий общественного питания.

42) *Московский институт курортологии*, совместно с георазведкой, будет проводить научное исследование сероводородных источников вблизи села Бакирова, Шутуровского района.

43) 25 февраля исполнилось 15-летие *Воронежского государственного университета*. За 15 лет университет выпустил не одну тысячу педагогов, врачей, научных работников.

В дни юбилея университет проводит две научные сессии.

44) *Исполнилось 15-летие оптического института*, находящегося в Ленинграде.

45) 24 февраля настоящего года исполнилось десятилетие *Всеукраинского института усовершенствования врачей*, отмеченное торжественным заседанием.

46) *Первый выпуск Туркменского зоо-ветеринарного института* состоялся 20 января в Ашхабаде. Институт досрочно выпустил 90 советских специалистов зооинженеров для совхозов и опытных станций Средней Азии.

47) 20/1 34 состоялось празднование юбилея директора Научно-исследовательского Института им. Сеченова, заслуженного деятеля науки, проф. А. Е. Шербака по поводу 70-летия его и 45-летия научно-врачебной педагогической и общественной деятельности.

48) На капитальное строительство по здравоохранению в ТР Наркомздрав РСФСР отпускает 2.255 тыс. рублей, в том числе на достройку диспансера в Казани 400 тыс. рублей.

49) В Казани состоялась межкраевая конференция по менингитоподобным заболеваниям лошадей. На конференции присутствовали научные работники ветинститута Москвы, Саратова, Самары, Эривани и Троицка (Урал). С докладами на конференции выступили проф. Боль, Верещагин, Руфимский и др.

50) Казанский государственный медицинский институт к XVII областной партийной конференции взял шефство над фабрикой им. Разумова, организует на этой фабрике поликлинику, обеспечивая ее квалифицированными медицинскими силами по всем специальностям.

Положено начало организации санитарного университета в Кукморском районе.

51) Казанским институтом усовершенствования врачей в прошлом году переподготовлено 730 врачей, 6 рентгентехников и 55 организаторов здравоохранения. В этом году намечено охватить переподготовкой около 1.000 врачей.

52) Казанский единый диспансер будет закончен строительством в этом году. Наркомздрав РСФСР отпускает на строительство 400 тыс.

53) Санаторий для нервно-больных открывается Соцстрахом совместно с ТР Наркомздравом при психиатрической лечебнице. Санаторий будет оборудован по последнему слову медицинской науки.

54) 35 городских врачей и 125 работников среднего медперсонала будут командированы в марте в МТС, совхозы и колхозы ТР для участия в весенней посевной кампании.

55) Курсы лаборантов пищевой санитарии открыл 20 февраля Татнаркомздрав

56) В тек. году, 11 марта, исполнилось 80-летие жизни и одновременно 55-летие стажу врачебной деятельности старейшего питомца Казанского университета д-ра Николая Федоровича Флерина, curriculum vitae которого был помещен в „Казанском мед. ж.“ за 1929 г., № 9. Несмотря на преклонный возраст, д-р Ф. в достаточной степени сохранил бодрость, интерес к науке, любовь к своей профессии и больным и работает до сих пор.

57) В январе месяце с/г в клинике военно-полевой хирургии (дир. проф. В. А. Гусынин) Казанского государственного института по усовершенствованию врачей им. Ленина ассистентом клиники д-ром Л. И. Еляшевич было произведено впервые в Татарской Республике переливание трупной крови двум больным с тяжелыми повреждениями, с прекрасными результатами.

58) 24 января скончался от крупозного воспаления легких профессор Алексей Васильевич Мартынов—один из виднейших представителей советской хирургии.

Проф. Мартынов—автор около 50 печатных трудов, один из организаторов (в 1900 г.) Общества российских хирургов, а с 1925 г.—председатель правления Общества. А. В. Мартынов был также постоянным консультантом учреждений лечебно-санитарного управления Кремля.

Совнарком Союза, оценивая чрезвычайно полезную для Советской страны деятельность А. В. Мартынова в области создания медицинских кадров, а также его крупные научные заслуги, присвоил ему звание заслуженного деятеля науки.

59) 7 февраля в Ленинграде скончался профессор Роман Романович Вреден. Проф. Вреден возглавлял ортопедические отделения Государственного травматологического института, Института охраны материнства и младенчества и больницы им. Мечникова.

В лице Р. Р. Вредена советское здравоохранение и наука потеряли крупного ученого, педагога, хирурга и общественного деятеля.

60) 11 февраля скончался один из крупнейших советских хирургов профессор Иван Иванович Греков.

61) Очередной IV Международный антиревматический конгресс состоится в Москве в мае 1934 года.

В Конгрессе примут участие и выступят с докладами по ревматизму ученые стран всего мира; общее количество иностранных участников конгресса предполагается до 200 человек.

Программные темы конгресса: 1. Острый ревматизм и болезни сердца. 2. Показания к бальнеолечению ревматиков. 3. Ревматизм у горняков, металлургов и транспортников. Намечены доклады и содоклады на следующие темы:

По I теме: Программный доклад. Проблема клиники острого ревматизма. Содоклады: 1) Патология острого ревматизма. 2) Висцеральный ревматизм. 3) Обмен веществ при ревматизме. 4) Клиника острого ревматизма у детей. 5) Питание как лечебный фактор при остром ревматизме.

По II теме: Программный доклад. Показания к бальнеологическому лечению ревматиков по данным клинического и социально-профессионального учета результатов бальнеотерапии в СССР.

Содоклады. 1) Грязелечение при ревматических поражениях локомоторного аппарата. 2) Показания к лечению ревматических заболеваний сердца сероводородными ваннами. 3) Лечение ревматиков радиоактивными ваннами. 4) Показания к лечению ревматиков курортными факторами во внекурортной обстановке. 5) Комбинированные методы бальнеолечения и физиотерапии при ревматизме.

По III теме: 1) Ревматизм у горняков. 2) Ревматизм у транспортников. 3) Ревматизм у металлургов. 4) Профессиональный фактор ревматических заболеваний в свете эксперимента.

62) Исполнилось 35-летие научно-педагогической, врачебной и общественной деятельности Директора госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института и хирургической клиники Казанского института для усовершенствования врачей профессора Виктора Леонидовича Боголюбова.

В текущем году исполняется 35-летие научно-исследовательской, педагогической, врачебной и общественной деятельности Директора факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института профессора Александра Васильевича Вишневского. Чествование юбиляра состоится 6 мая 1934 года.

Адрес для приветствий: *г. Казань, ул. Бутлерова, факультетская хирургическая клиника мединститута.*

Юбилейная правительственная комиссия.

В ближайшее время выйдет из печати II том Сборника работ факультетской хирургической клиники, посвященный 35-летию юбилею научной, педагогической, врачебной и общественной деятельности проф. А. В. Вишневского.

ГОРЬКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Горьковского крайздрава, Мединститута и научных
медицинских обществ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА:

И. З. Карпов (отв. редактор), проф. М. П. Батукин (зам. отв.
редактора) проф. В. И. Иост, проф. И. М. Рыбаков, д-р С. А.
Чесноков, П. В. Онучин, д-р А. М. Кипнис. Секретари: И. А.
Гущин и пр.-доц. Н. А. Торсуев.

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ ЕЖЕМЕСЯЧНО:
(кроме июля и августа)

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Г. ГОРЬКИЙ, ул. М. Горького (б. Ковалиха), д. 41, Краевой Институт
дерматологии и венерологии.

*Статьи для журнала, напечатанные на пишущей машинке на одной
стороне листа, просьба направлять по указанному адресу редакции,
на имя проф. БАТУНИНА М. П.*

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

СОВЕТСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

ЖУРНАЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬ-
НЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ

Орган Горьковского краевого об-ва дерматологов и венерологов

Отв. редактор проф. М. П. БАТУНИН

В 1934 году выходит 3 номера, в каждом номере не менее
4 печатных листов

Подписная цена на 1934 г. 10 руб.

ПОДПИСКУ И СТАТЬИ ДЛЯ ЖУРНАЛА НАПРАВЛЯТЬ:

Г. ГОРЬКИЙ, ул. М. Горького (бывшая Ковалиха), д. № 41, Институт дерма-
тологии и венерологии проф. М. БАТУНИНУ.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ГОД ИЗДАНИЯ СЕДЬМОЙ

Томы XIII и XIV, 12 выпусков и 2 указателя

Издается при участии

Государственной научной медицинской библиотеки НКЗдрава РСФСР
Украинское отделение редакции: Государственная научная медицинская
библиотека НКЗдрава УССР (Харьков).

Главный редактор В. Н. Попов. Зам. главного редактора С. Ю. Вейнберг

Редакционная коллегия:

М. Я. Гладштейн, В. Ф. Зеленин, И. Г. Руфанов, А. А. Сенкевич

Ответственный секретарь С. Б. Рафалькес

„ЦМЖ“ дает в рефератах, рецензиях и библиографии полное отражение всей периодической и неперидической медицинской литературной продукции СССР. С IX тома начато реферирование всех выдающихся и наиболее интересных для нашего читателя работ из иностранной литературы.

„ЦМЖ“ необходим каждому врачу, каждому работнику советского здравоохранения, желающему быть в курсе научной и общественной жизни, в курсе достижений социалистического строительства в своей области.

Подписная цена: на год (два тома)—24 р., на 6 мес. (один том)—12 р.

Цена отдельного номера 2 руб.

СБОРНИКИ

„ВОПРОСЫ ТРАХОМЫ“

ИЗДАНИЕ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР и
КАЗАНСКОГО ТРАХОМАТОЗНОГО ИНСТИТУТА имени Е. В. АДАМЮКА

Открыта подписка на 1934 год

Поставленная партией и правительством пред органами здравоохранения задача ликвидации трахомы, как массового заболевания, во второй пятiletке требует для успешного ее выполнения всестороннего, детального изучения условий распространения трахомы и наиболее эффективных мероприятий по борьбе с ней.

Организация противотрахоматозной борьбы в отдельных республиках и областях СССР, участие советской общественности в искоренении бытовых факторов, способствующих ее распространению, вопросы этиологии, патогенеза и лечения трахомы, новейшие достижения во всех областях трахомной проблемы—все это найдет отражение на страницах сборников и послужит необходимым руководством для мнo очисленных кадров медрaботников, а также общественного актива в их деятельности на фронте борьбы с трахомой.

В состав редакционной коллегии входят: проф. В. Е. Адамюк (Казань), А. И. Ананьев (Анаш), проф. П. М. Батраченко (Самара), доц. Я. К. Варшавский (Баку), проф. А. Г. Васьковский (Лиев), С. Я. Глазеров (Терки), М. М. Зубарев (Казань), С. М. Курбангалеев (Казань), проф. В. П. Одищев (Москва), проф. К. Х. Орлов (Ростов н/д), проф. С. В. Очаповский (Раснодар), проф. А. И. Покровский (Воронеж), А. С. Саввантов (Москва), Н. Я. Соколов (Тетюши), Е. Э. Трапезонцева (Москва), Э. А. Тукмаметова (Казань), проф. В. В. Чирковский (Ленинград), проф. П. И. Чистяков (Пермь), А. В. Чубуков (Казань).

Отв. редактор проф. А. Н. МУРЗИН.

Зам. редактора доц. С. Б. ЕНАЛИЕВ.

Отв. секретарь доц. Г. С. ЛЮРБЕР.

В 1934 будет издано поквартально 4 сборника.

Подписная плата на 1934 год 10 руб.

на полгода 5 руб.

Имеются в продаже сборники №№ 1 и 2 за 1933 г. Цена сборника № 1 1933 г.—2 р. 25 к., № 2—2 р. 75 к. Требования на сборники 1933 г. и подписную плату на 1934 год направлять по адресу: Казань, ул. Баумана, 33, кв. 16 Доц. Г. С. ЛЮРБЕР.

Адрес редакции: Казань, ул. Бутлерова, 16, Трахоматозный институт.

НА
1934 год

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

НА
1934 год

НА
ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
И СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

„Советская Врачебная Газета“

В 1934 году в журнале будет дан ряд статей, освещающих актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины.

Отделы „Обзоры“, „Новые способы исследования, диагностики и лечения“, „Обмен опытом“ и „Медицинская техника, рационализация и изобретательство“ будут значительно расширены.

Достижения зарубежной медицины будут освещаться как во всех перечисленных отделах, так и в рефератах.

В отделе „Социальная гигиена и строительство здравоохранения“ будут помещены статьи по вопросам, представляющим актуальнейший интерес для врачей здравпунктов, промпредприятий, совхозов, санврачей, профилакт. и др.

Издательство примет все меры к своевременному выходу в свет журнала и к своевременной доставке его подписчикам.

Подписная плата в год 20 руб. (24 №№)

„ полгода 10 руб. (12 №№)

Подписка принимается всеми отделениями, книжными магазинами и киосками Когиза, а также в магазине „Медицинская книга“ Ленинград, 104 Пр. Володарского, 46 и в почтовых отделениях

XI ГОД
ИЗДАНИЯ

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1934 г.

8 №№
в год

НА ЖУРНАЛ

„СОВЕТСКАЯ КЛИНИКА“

В журнал принимаются оригинальные статьи по всем отраслям клинической, экспериментальной и общественной медицины, преимущественно общего для всех специальностей характера.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Проф. А. И. Абрикосов, прив.-доц. Н. Л. Блументаль (отв. секретарь), д-р Я. Л. Гроссман, проф. В. С. Левит, проф. Р. А. Лурия, проф. А. Н. Сысин. Соредакторы: проф. С. И. Благовослин, проф. И. Л. Брауде, прив.-доц. Д. Т. Будинов, проф. Н. Н. Бурденко, прив.-доц. В. В. Дехтерев, проф. К. Д. Есипов, проф. В. Ф. Зеленин, проф. М. П. Кончаловский, проф. Е. Н. Малютин, [проф. А. В. Мартынов], проф. Г. И. Мещерский, проф. Л. С. Минор, проф. В. И. Молчанов, проф. М. И. Молчанов, проф. В. П. Одинцов, проф. Д. Д. Плетнев, проф. Г. П. Сахаров, проф. Н. Н. Терebinский, проф. Р. М. Фронштейн, проф. В. К. Хорошко, проф. В. Д. Шервинский, проф. Н. А. Шнейдер.

УСЛОВИЯ ПОДПИСКИ:

На 1 год—18 руб.

На 6 мес.— 8 руб.

Цена отдельного номера—2 руб.

Подписка принимается в редакции—Москва 34, Гагаринский пер. 37 и во всех почтовых отделениях СССР.

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из I-ой Терапевтической клиники ЦИУ (больницы имени Боткина в Москве).

К проблеме язвенной болезни желудка и duodenum.

Проф. Р. А. Лурия (Москва).

Несмотря на то, что прошло ровно сто лет с тех пор, как Cruveilhier (Крювелье), с неподражаемой для того времени четкостью описал клиническую картину и анатомический субстрат язвы желудка, интерес к этой загадочной болезни не только не ослабел, но в значительной мере оживился за последние годы. Терапевты и хирурги, патофизиологи и рентгенологи одинаково заинтересованы в проблеме язвы желудка и соревнуются в разрешении двух основных, теснейшим образом связанных между собою задач,—вопроса о патогенезе и вопроса о рациональном лечении пептических язв. Интерес исследователей поддерживается, во-первых, тем местом, которое занимает язва среди других заболеваний пищеварительного аппарата, ее социальным значением. Даже если не говорить о непосредственной опасности для жизни при желудочных кровотечениях и перфорации, язва надолго отрывает больного от производства и, во всяком случае, настолько лишает его радости жизни, что больной легко решается на самое радикальное в его глазах лечение—на хирургическое, которое, однако, часто также не избавляет его от страданий. При современном состоянии учения о язве желудка, когда ограничить ее от других заболеваний его, главным образом, от язвенного и неязвенного пилородуоденита (Antrumgastiritis) не легко и требует сложного клинического изучения, трудно определить в цифровых показателях частоту язвы желудка. Если же вспомнить, что по данным ЦУССТРАХА на 100 застрахованных приходится в среднем 24,89 случаев заболеваний и 185,4 дня нетрудоспособности по болезням пищеварения, то, вне всякого сомнения, среди этих больных язвенные больные занимают очень видное место или сами по себе, или как следствие других болезней желудка. Таким образом, в интересах здравоохранения и социальной помощи, *проблема язвы желудка является исключительно актуальной для практического врача.*

Интерес исследователей, во вторых, поддерживается тем, что, несмотря на усилия целой плеяды ученых, несмотря на бесчисленные работы представителей различных дисциплин, несмотря, наконец, на успехи техники, особенно рентгеновского исследования и брюшной хирургии,—не решены основные проблемы патогенеза и терапии язвы.

Интерес исследователей, в третьих, поддерживается тем, что новые успехи техники и эксперимента, и новые пути мышления обещают внести ясность в тот туман, которым покрыта эта загадочная болезнь, и о которой уже сто лет тому назад Cruveilhier, говорил, „L'histoire des causes est enveloppée d'une obscurité profonde“.

Вот почему дискуссия о язве не сходит со страниц медицинской печати, вот почему язва была программным докладом целого ряда съездов и терапевтов и хирургов, начиная с 1-го съезда терапевтов в 1909 г., кончая недавно съездом хирургов Украины и 4-ой конференцией врачей Московской области.

Мы остановимся здесь только на *важнейших вопросах проблемы язвы*

Учение о язве за сто лет своего существования пережило *ряд этапов*, теснейшим образом связанных с эволюцией медицинского мышления в разные эпохи. В другом месте мы подробнее остановились на эволюции учения о язве¹⁾ и потому я ограничусь только перечислением главных этапов ее истории. Их было всего пять.

Первый этап—анатомо-морфологический. Cruveilhier, Rokitsansky, Virchow, Aschoff, K. H. Bauer, Hart, Hauser—и мног. друг. дали исчерпывающие описания субстрата круглой язвы желудка и, исходя из морфологических ее особенностей, пытались разрешать вопросы ее патогенеза с точки зрения чисто локалистической и механической.

Второй этап—экспериментальный. Claude Bernard, Pavu, Quincke, Riegel, Leube—и мног. друг. фиксировали внимание на активном кислом желудочном соке и тесно связали язву с пептическими свойствами этого сока. Бесчисленные экспериментаторы пытались получить язву желудка у животных, но попытки эти, как правило, были безуспешны. Так обстоял вопрос до самого начала XX века.

Третий этап возник в начале текущего столетия в результате огромных успехов брюшной хирургии с одной стороны и рентгеновского метода—с другой. Язва желудка становится предметом изучения не только анатомов, экспериментаторов и терапевтов, но и хирургов. Moynihan, Mayo, Bier первые описывают в 1911 году и 1912 г. язвы duodeni, как очень частое заболевание, почему-то просмотренное до сих пор и не распознававшееся терапевтами. Язва перешла границы желудка и все, что может подвергаться действию пептического сока,—безразлично, будет ли это в желудке, в 12-перстной кишке, в нижней части пищевода, jejunum, объединяется единым представлением, создается *ens morbi*.

С другой стороны, в результате новых идей о вегетативной и эндокринной системе, как носителей *consensus partium*, возникает представление о целостности организма, начинают колебаться устои солидарной патологии и Bergmann создает свое учение о *нервно-спастическом компоненте патогенеза этого ens morbi*. Этот *третий этап* можно с правом назвать *носологическим*, ибо он объединил разрозненные до сих пор представления о язве, в зависимости от ее локализации, и создал подход к новым представлениям о ней, не только как о *местном заболевании органа*, но как о *заболевании всего организма*.

Четвертый этап учения о язве является результатом дальнейшей эволюции медицины от локалистической к антропатологической. Организм рассматривается как единое психофизическое целое. Не только вегетативная нервная система и эндокринный аппарат являются носителями *consensus partium*, выясняется огромная роль физико-химических процессов, дающих те или иные отклонения в обмене веществ, в результате чего изменяется качество среды, в которой живут отдельные органы, ткани и клетки, и которые являются причиной функциональных отклонений их. Учение о конституции стремится определить гепотонические предпосылки дисгармонии отдельных систем. Под влиянием этих идей создается представление о *язвенной болезни, как об особом диатезе* (Balint,

¹⁾ Р. Дурин. Эволюция учения о язве желудка. Доклад на 4-ом съезде врачей Московской области. Клин. медицина, 1934 г.

Strauss, Зимницкий и друг.) и как будто отодвигаются на задний план местные процессы, возникающие в самом больном органе.

И, наконец, в наши дни наступает *пятый этап* учения о язвенной болезни—*этап синтетический*. Функциональная патология, являющаяся в свою очередь синтезом морфологических изменений органа и функциональных его расстройств, не отделяет больше органа от всего организма и рассматривает каждый патологический процесс в аспекте и целостности организма, и целостности самого органа со всеми гено—пара-типическими условиями возникновения заболевания. Отсюда, с одной стороны, попытки установить связь между язвой и морфологическими изменениями слизистой желудка, воспалительными процессами в ней. Konjetzny и его ученики устанавливают роль язвенного гастрита в происхождении и течении язвы желудка, возникает учение об *Ulcusgastritis*, противопоставляется *antrum-gastritis* гастритам остальных отделов желудка, с другой стороны, объединяются двигательные и секреторные расстройства желудка в понимании происхождения клинических проявлений и течения язвы, начинают говорить о гиперэргическом желудке, не только с точки зрения грубоанатомических изменений, но как о функциональном качестве желудка (Westphal), разрушаются прочные перегородки между отдельными заболеваниями желудка—функциональными, воспалительными и язвенными, созданные чисто морфологическим мышлением. Идеи функциональной патологии ведут к *синтетическому* пониманию желудочных заболеваний как гастропатий (Лурья). Наконец, все больше и больше выясняются связь и взаимоотношения патологических процессов, возникающих в желудке, с вегетативной и центральной нервной системой.

Опыты Зильбермана и Büchner'a устанавливают теснейшую связь между раздражением вегетативной системы и секрецией активного сока, вызывающего некроз поверхностных слоев слизистой, с реактивным гастритом и подводят новую базу под учение Bergmann'a о роли вегетативной системы в генезе язвы, как результате спастических процессов в *muscularis* желудка. Все больше и больше выясняется значение вегетативной системы в моторике пилорической части желудка и *duodenum*. Опыты Wittkower'a и Cramer'a, экспериментальные исследования Westphal'a углубляют роль психики в возникновении спастических процессов слизистой желудка, как паренхиматозного органа, обладающего, по видимому, большой функциональной лабильностью. С другой стороны, ряд клинических наблюдений учит, что язвы желудка, весьма близкие по своему характеру и локализации к пептическим, возникают при патологических процессах в центральной нервной системе. Старые наблюдения Full и Friedrich о трофических язвах желудка при *tabes'e*, без специфических гуммозных поражений желудка, получают новое освещение в работах Cushing'a, Бурденко, Могильницкого, видевших появление типичных язв желудка при поражениях определенных участков центральной нервной системы опухолями.

Наконец, старые экспериментальные наблюдения Westphal'a, Beneke, Grundelfinger'a, Hart'a и мног. друг. о появлении язв желудка при перерезке блуждающего нерва, экстирпации солнечного ганглия, в результате повреждения иннервирующего желудок аппарата, рисуются в совершенно новом свете после систематических опытов Сперанского и его сотрудников Пигалева, Скобло, Галкина и друг., выясни-

ших закономерность появления язв, типичных по локализации на малой кривизне и в пилорической части желудка, при раздражении любого участка нервной системы—вегетативной, периферической и центральной и появляющихся в условиях эксперимента также, как закономерно появляются при этом типичные кератиты. Оказалось, что речь идет не о повреждении данного иннервирующего желудок нерва (vagus, ganglion coeliacum), а о перестройке весьма сложных сочетаний и комбинаций всей нервной системы, как единого органа трофики, как начала, организующего как физиологические, так и патологические процессы всего организма, всех его тканей и органов.

Нет никакого сомнения в том, что клинические исследования Сперанского и его сотрудников поднимают на новую ступень учение о язве желудка на последнем синтетическом этапе ее, так как именно такое представление гармонизирует целиком с ежедневным опытом врача о роли психо-нервной системы в происхождении, течении и исходах язвенной болезни у конституционально предрасположенных к ней лиц.

Эволюция учения о язвенной болезни не могла, разумеется, не отразиться на наших представлениях о клинической картине заболевания, на классификации клинических форм язвы, на распознавании ее и, наконец, на исканиях рациональной терапии язвы желудка.

Я останавлиюсь вкратце только на *важнейших постулатах современного понимания язвы желудка, когда дело идет о диагностике и терапии ее.*

В интересах ежедневной практической работы врача мы предлагаем следующую классификацию многочисленных и весьма разнообразных форм язвенной болезни.

I. *По локализации:* а) язвы желудка—малой кривизны и кардиальные; б) язвы пилорической части желудка; в) язвы двенадцатиперстной кишки; г) пептические язвы тонких кишок; д) пептические язвы пищевода.

II. *По течению:* а) *скрытые* язвы (бессимптомные); б) *острые* флоридные, свежие язвы; в) *хронические* язвы желудка, каллезные язвы; г) *осложненные* язвы: 1) воспалительными процессами, перигастритами, воспалительными опухолями, 2) кровотечениями, 3) перфорирующие язвы, 4) раковоперерожденные язвы.

III. *Послеязвенные* процессы: а) двуполостной желудок, б) сужение привратника, г) расширение желудка.

IV. *Зажившие* язвы (после лечения).

V. *Оперированные* язвы.

Само собой разумеется, что каждая из этих форм язвы представляет собою только текущий момент сложного биологического процесса, весьма динамичного по самому существу своему, почему распознавание язвенной болезни в каждом отдельном случае и представляет часто большие и даже иногда непреодолимые трудности. Современное понимание язвы объясняет эту динамичность процесса наличием не одной, а нескольких язв одновременно, хотя и в типичных для локализации их местах, но в весьма различных стадиях развития процесса, начиная с поверхностной эрозии до пенетрирования и фибропластического процесса с деформацией органа включительно.

В отношении распознавания отдельных форм, нас значительно меньше, чем прежде, интересует кислотность желудочного сока, а значительно больше—увеличение количества самого секрета, как выражение *гиперэргического* состояния желудка. Гораздо больше, чем до сих пор, мы фиксируем наше внимание на моторных расстройствах. И анамнез больного, и особенно рентгеновское исследование учит, что, если нарушение секреции играет большую роль в генезисе язвы, то расстройству моторных функций—перистолы, перистальтики и эвакуации—больной обязан больше всего своими страданиями, почему симптоматическая терапия (атропин, панаверин, октин) и облегчает так боли язвенного больного.

Анамнез и методический анализ субъективных жалоб больного, его *внутренняя* картина болезни, как я предпочитаю называть *status subjectivus* больного, изучаемые динамически, играют, несомненно, гораздо большую роль, чем, например, частое и тщательное изучение кислотности, травмирующее больного. Если нервная трофика играет действительно существенную роль в происхождении язвы желудка, то, разумеется, необходимо уделять величайшее внимание изучению психонервных травм в прошлом больного, и мой клинический опыт учит, что, на самом деле, у определенной группы больных язвой, по преимуществу с локализацией ее по ту и другую сторону привратника, эти психонервные травмы играли решающую роль в течении и в рецидивах язвы. Это—больные, большей частью стигматизированные в смысле Бергмана, с дистонией вегетативной и эндокринной системой, невропаты, с весьма лабильной психикой. Практически важно бережно относиться к этим больным и при исследовании врачом внутренней картины болезни, и при назначении исследований, особенно в лаборатории, и в рентгеновском кабинете. На конкретный дефект слизистой в *duodenum* здесь легко наслаиваются психонервные раздражения, вызывающие спазмы привратника, значительно ухудшающие состояние больного. Тщательно собранный анамнез, изучение динамики процесса так, как оно отражалось на психике больного, часто решает вопрос и о форме и о локализации язвы.

Отдельно стоит вопрос о соотношении язвы и гастрита в клинике язвенной болезни. Нет никаких сомнений в том, что если гастрит не во всех случаях является причиной язвы и предшествует ей, то, если позволено будет так выразиться, клиническая физиономия язвенного больного тесно связана с его гастритом. Я припоминаю случай, когда инженер, страдавший 8 лет т. н. типичной язвой желудка, не дававшей ему с тех пор никаких ощущений, не мешавшей питаться какой угодно пищей, поступил в клинику вскоре после того, как весною попал при аварии в холодную воду. Он испытывал те же боли, что и при язве восемь лет тому назад, но уже десяти дней пребывания в клинике было достаточно, чтобы все эти жалобы исчезли, у него найден был типичный *antrumgastritis*, очевидно, вспыхнувшей после охлаждения тела во время аварии. В целом ряде случаев у больных с типичными для язвы симптомами, до рвоты и кровавой рвоты включительно, рентгеновское исследование и оперативное вмешательство не дают язвы желудка или нередко открывают следы зажившей язвы, большей частью в *duodenum*. Вот почему, практически важно помнить о теснейшей связи и незаметных переходах, имеющих между гастритом и язвой и установленных теперь целым рядом авторов и клиническими, и рентгенологическими, и гастро-

скопическими наблюдениями (Norpoth, Дайховский и др.). Вот почему, в ряде случаев точный диагноз гастрита или язвы является часто схоластической постановкой вопроса.

С другой стороны, новейшее исследование Westphal¹⁾ показали, что среди больных, направлявшихся в его клинику с типичнейшей картиной язвы желудка, при методическом исследовании их секрети, испражнений на скрытую кровь и тщательнейшем современном рентгеновском анализе, оказалась довольно большая группа, не имевшая язвы желудка, несмотря на то, что клиническая картина болезни была, как будто, совершенно идентичной с язвой. Эти случаи Westphal и выделяет как раздраженный желудок—Reizmagen и считает, что таких случаев очень много и что они являются часто тем, что принято считать невротами желудка,—диагноз, против которого так возражает Бергман, считая его беспредметным и симулирующим органические поражения желудка. Я полагаю, что Reizmagen Westphal¹⁾ целиком входит как интегральная часть нашего представления о гастропатии, объединяющей различные фазы страданий одного и того же желудка, что мы вправе у больного с Reizmagen ожидать появления гастрита и язвы в будущем, а у больного язвой останется тот же Reizmagen в определенной стадии заживления язвы и регенерации сопутствующего ей гастрита. Учение о Reizmagen и о гастропатии ставит нас в необходимость углублять рентгеновское исследование с современной методикой изучения рельефа и целевыми снимками, с детализацией топиической диагностики, с динамическими повторными исследованиями больного. Kalk полагает, что в 95% всех язв рентгеновское исследование решает вопрос о язве, и наличие прямых рентгеновских симптомов, даже при отсутствии клинических данных, дает основание для диагноза; Kalk считает, что рентгеновское исследование в известном отношении дает дальше больше, чем лапаротомия и что, при отсутствии рентгеновских данных, следует воздержаться от распознавания язвы. При правильном, требующем большой эрудиции и техники рентгеновском анализе,—это, разумеется, так, но до последнего времени мы, несомненно, часто имеем большие расхождения между результатом рентгеновского исследования и клинической картиной язвы потому, во-первых, что рентгенолог часто пренебрегает функциональными расстройствами моторики желудка, вегетативного и психонервного происхождения и во-вторых потому, что однократное рентгеновское исследование, решая вопрос морфологически („ниша“, „деформация bulbi“), еще не разрешает состояния гастропатии, так сказать текущего момента заболевания, состояния гастрита и функциональных расстройств, лежащих в основе страдания на сегодняшний день—об этом лучше всего говорят бессимптомные язвы с большими нишами. Вот почему, для диагноза и предсказания язвы, как учит опыт, необходимо синтетическое изучение заболевания, вот почему совершенно недопустим отрыв клинициста от рентгенолога и наоборот. Наличие ниши решает вопрос о язве желудка, но, разумеется, не разрешает вопроса о язвенной болезни желудка, как особого диатеза, специфического состояния организма на данном этапе его существования. И мне кажется, что в перспективе рент-

¹⁾ K. Westphal, Walter und Werner Kuckuck. Der Reizmagen. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 124 H 5—6.

рентгеновское исследование должно больше, чем до сих пор, углублять изучение гастропатии, безразлично, имеется ли ниша и деформация желудка или нет—это было бы весьма существенным достижением для профилактики язвы у определенной категории больных.

Во всяком случае, без методического современного рентгеновского исследования диагностика язвы желудка остается всегда проблематической. Это обстоятельство имеет особенно большое значение потому, что и терапевты и хирурги, если только дело идет не о резекции желудка, учитывая результаты лечения, не всегда имеют в своем распоряжении строго документированный материал и нередко полученные ими результаты не означают еще, что дело шло о язве желудка.

Если современные представления о язве желудка требуют большой осторожности при постановке диагноза для отграничения ее от гастрита и гиперергии желудка, то еще большая осторожность требуется *при предсказании*, особенно, если помнить, что дело идет не только о местном, но и об общем заболевании—о язвенной болезни. Особенно поучительны бессимптомные язвы. В последнее время мне особенно часто пришлось видеть профузные желудочные кровотечения, появляющиеся у лиц, никогда не страдавших не только язвенными, но гастритическими симптомами, между тем как рентгеновское исследование, которое (техника рельефа с введением минимальных доз контрастного вещества) делалось уже через несколько дней после кровотечения, давало ниши иногда даже весьма значительных размеров. Очевидно, не столько дефект ткани желудка, сколько сопутствующие ему гастритические явления и моторные расстройства определяют течение язвы; вот почему язвы, локализующиеся у отверстия—у привратника и кардии, дают максимум симптомов, язвы же малой кривизны так часто протекают скрыто.

Неразрешенная до сих пор проблема патогенеза язвенной болезни в значительной степени затрудняет предсказание и в каждом отдельном случае мы не можем с достаточной определенностью сказать, в каком соотношении находятся конституциональные факторы, обуславливающие диатез и паратифические причины рецидива—диететические погрешности, эндо—и экзогенная инфекция и психонервные раздражения. Можно разве только как весьма общее клиническое правило, допускающее, разумеется, много исключений, считать, что пилорические и дуоденальные язвы дают, может быть, лучшее предсказание в смысле пенетрирования и профузного кровотечения, но худшее в смысле рецидивов.

Связанная с патогенезом *проблема терапии язвы* дает целый ряд весьма спорных вопросов. Она распадается на проблему профилактики язвы желудка, проблему лечения язвенной болезни, проблему консервативного и проблему хирургического лечения язвы. В значительном количестве случаев язва желудка заживает самостоятельно; об этом достаточно красноречиво говорят и типичные рубцы у лиц, никогда не лечившихся от язвы и результаты рентгеновского исследования, когда можно убедиться в наличии старых рубцов наряду с флоридными язвами. Все это в значительной степени затрудняет учет результатов лечения язвы и, с другой стороны, объясняет несомненный клинический факт, что к заживлению язвы ведут очень различные терапевтические методы.

Оставляя в стороне абсолютные показания к хирургическому вмешательству (прободение язвы, раковое перерождение, стеноз привратника

скопическими наблюдениями (Norpoth, Дайховский и др.). Вот почему, в ряде случаев точный диагноз гастрита или язвы является часто схоластической постановкой вопроса.

С другой стороны, новейшее исследование Westphal¹⁾ показали, что среди больных, направлявшихся в его клинику с типичнейшей картиной язвы желудка, при методическом исследовании их секрети, испражнений на скрытую кровь и тщательнейшем современном рентгеновском анализе, оказалась довольно большая группа, не имевшая язвы желудка, несмотря на то, что клиническая картина болезни была, как будто, совершенно идентичной с язвой. Эти случаи Westphal и выделяет как раздраженный желудок—Reizmagen и считает, что таких случаев очень много и что они являются часто тем, что принято считать невротами желудка,—диагноз, против которого так возражает Бергман, считая его беспредметным и симулирующим органические поражения желудка. Я полагаю, что Reizmagen Westphal¹⁾ целиком входит как интегральная часть нашего представления о гастропатии, объединяющей различные фазы страданий одного и того же желудка, что мы вправе у больного с Reizmagen ожидать появления гастрита и язвы в будущем, а у больного язвой останется тот же Reizmagen в определенной стадии заживления язвы и регенерации сопутствующего ей гастрита. Учение о Reizmagen и о гастропатии ставит нас в необходимость углублять рентгеновское исследование с современной методикой изучения рельефа и целевыми снимками, с детализацией топиической диагностики, с динамическими повторными исследованиями больного. Kalk полагает, что в 95% всех язв рентгеновское исследование решает вопрос о язве, и наличие прямых рентгеновских симптомов, даже при отсутствии клинических данных, дает основание для диагноза; Kalk считает, что рентгеновское исследование в известном отношении дает дальше больше, чем лапаротомия и что, при отсутствии рентгеновских данных, следует воздержаться от распознавания язвы. При правильном, требующем большой эрудиции и техники рентгеновском анализе,—это, разумеется, так, но до последнего времени мы, несомненно, часто имеем большие расхождения между результатом рентгеновского исследования и клинической картиной язвы потому, во-первых, что рентгенолог часто пренебрегает функциональными расстройствами моторики желудка, вегетативного и психонервного происхождения и во-вторых потому, что однократное рентгеновское исследование, решая вопрос морфологически („ниша“, „деформация bulbi“), еще не разрешает состояния гастропатии, так сказать текущего момента заболевания, состояния гастрита и функциональных расстройств, лежащих в основе страдания на сегодняшний день—об этом лучше всего говорят бессимптомные язвы с большими нишами. Вот почему, для диагноза и предсказания язвы, как учит опыт, необходимо синтетическое изучение заболевания, вот почему совершенно недопустим отрыв клинициста от рентгенолога и наоборот. Наличие ниши решает вопрос о язве желудка, но, разумеется, не разрешает вопроса о язвенной болезни желудка, как особого диатеза, специфического состояния организма на данном этапе его существования. И мне кажется, что в перспективе рент-

¹⁾ K. Westphal, Walter und Werner Kuckuck. Der Reizmagen. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 124 H 5—6.

рентгеновское исследование должно больше, чем до сих пор, углублять изучение гастропатии, безразлично, имеется ли ниша и деформация желудка или нет—это было бы весьма существенным достижением для профилактики язвы у определенной категории больных.

Во всяком случае, без методического современного рентгеновского исследования диагностика язвы желудка остается всегда проблематической. Это обстоятельство имеет особенно большое значение потому, что и терапевты и хирурги, если только дело идет не о резекции желудка, учитывая результаты лечения, не всегда имеют в своем распоряжении строго документированный материал и нередко полученные ими результаты не означают еще, что дело шло о язве желудка.

Если современные представления о язве желудка требуют большой осторожности при постановке диагноза для ограничения ее от гастрита и гиперэргии желудка, то еще большая осторожность требуется *при предсказании*, особенно, если помнить, что дело идет не только о местном, но и об общем заболевании—о язвенной болезни. Особенно поучительны бессимптомные язвы. В последнее время мне особенно часто пришлось видеть префузные желудочные кровотечения, появляющиеся у лиц, никогда не страдавших не только язвенными, но гастритическими симптомами, между тем как рентгеновское исследование, которое (техника рельефа с введением минимальных доз контрастного вещества) делалось уже через несколько дней после кровотечения, давало ниши иногда даже весьма значительных размеров. Очевидно, не столько дефект ткани желудка, сколько сопутствующие ему гастритические явления и моторные расстройства определяют течение язвы; вот почему язвы, локализующиеся у отверстия—у привратника и кардии, дают максимум симптомов, язвы же малой кривизны так часто протекают скрыто.

Неразрешенная до сих пор проблема патогенеза язвенной болезни в значительной степени затрудняет предсказание и в *каждом отдельном случае* мы не можем с достаточной определенностью сказать, в каком соотношении находятся конституциональные факторы, обуславливающие диатез и паратипические причины рецидива—диететические погрешности, эндо—и экзогенная инфекция и психонервные раздражения. Можно разве только как весьма общее клиническое правило, допускающее, разумеется, много исключений, считать, что пилорические и доуденальные язвы дают, может быть, лучшее предсказание в смысле пенетрирования и префузного кровотечения, но худшее в смысле рецидивов.

Связанная с патогенезом *проблема терапии язвы* дает целый ряд весьма спорных вопросов. Она распадается на проблему профилактики язвы желудка, проблему лечения язвенной болезни, проблему консервативного и проблему хирургического лечения язвы. В значительном количестве случаев язва желудка заживает самостоятельно; об этом достаточно красноречиво говорят и типичные рубцы у лиц, никогда не лечившихся от язвы и результаты рентгеновского исследования, когда можно убедиться в наличии старых рубцов наряду с флоридными язвами. Все это в значительной степени затрудняет учет результатов лечения язвы и, с другой стороны, объясняет несомненный клинический факт, что к заживлению язвы ведут очень различные терапевтические методы.

Оставляя в стороне абсолютные показания к хирургическому вмешательству (прободение язвы, раковое перерождение, стеноз привратника

и т. п.), надо ответить на *вопрос о радикальности хирургического вмешательства*. Каждый клиницист хорошо знает, что имеется значительное число больных, перенесших одну или несколько операций по поводу язвы желудка, чаще гастро-энтеростомию, реже резекцию, которых хирургическое лечение не освободило от болей. Их меньше знают хирурги, чем терапевты, п. ч. такие больные, разочарованные результатами оперативного лечения, ищут вновь помощи в клинике внутренних болезней. Так, Moynihan утверждает, что после резекции едва ли встречаются рецидивы болей и язвы. Другие хирурги считали причиной рецидива болей, если нет *ulcus pepticum jejuni*, главным образом наличие спаек. Не говоря уже о том, что по данным Paug и Naegeli после операций на желудке бывает от 78—91% спаек, что уже одно делает невероятным закономерную зависимость этих болей только от спаек, исследования последних лет показали, что наиболее частой причиной болей после операций на желудке надо считать гастритические процессы. За это говорят исследования специалистов по гастроскопии—Schindler'a, Korbsch'a, Nohlweg'a, Hübner'a, Henning'a, рентгенологов—Berg'a, Chaaul'a, Albrecht'a, Dyes'a и хирургов—Clairmont'a и особенно Koujetzny и Wanke. Этот гастрит является либо остатком воспалительных явлений, сопутствующих язве, либо возникает по невыясненному еще механизму уже после операций и представляет собою весьма упорное, мало поддающееся лечению заболевание (Morawitz, Henning). Вот почему, в целом ряде случаев хирургическое лечение может только условно считаться радикальным и больные должны во всяком случае после операции подвергаться систематическому консервативному лечению, что надо понимать как профилактическую терапию, значительно улучшающую отдаленные результаты хирургического вмешательства.

Консервативное лечение должно быть комплексным. Исходя из современных представлений о язве, как о местном процессе, возникающем в связи с целым рядом патологических изменений в вегетативной и эндокринной системе и, в особенности, с точки зрения влияния и роли нервной трофики на происхождение и течение язв, как учит Сперанский, нельзя ограничиться одной только щадящей диетой по той или другой системе, или схеме диететического лечения. Наряду с щадящей и каждый раз индивидуальной диетой, абсолютно необходим, по крайней мере в течение трех недель, физический и психонервный покой с постельным содержанием в первые десять дней; планомерное применение тепла в виде припарок так, как их рекомендовал еще Leube, и составляет комплексное консервативное лечение. На 140 больных язвой, где рентгеновское исследование установило нишу, я получил в 108 случаях непосредственное улучшение, применяя стационарно обычную терапию. Из этих больных в 31 случае исчезла ниша. Мы должны в значительной мере изменить наши представления о том, что ниша, особенно глубокая, не подлежит консервативному лечению и больной должен быть оперирован. Из целого ряда моих случаев, я остановлюсь для иллюстрации только на одном.

Б-ной С., 43 лет, рабочий-медник, истор. бол. № 12208, поступил в клинику 1/XII 33. Болен 9 лет периодически появляющимися болями в подложечной области через 20—30 минут после еды, изжогой, рвотой. Явления эти продолжаются

обычно 2—3 месяца и исчезают, чтобы через 6—7 месяцев появиться вновь. Аппетит всегда хороший, за последние две недели сильные боли в подложечной области, отдающие в грудную клетку после еды, частая рвота. При исследовании значительная болезненность в подложечной области справа от средней линии при ощупывании и при поколачивании, мышечное напряжение здесь же. Фракционное исследование желудочного содержимого обнаруживает небольшую subaciditas, neutralot выделился через 35 минут, секреция на повышение. В испражнениях скрытая кровь при повторном исследовании—отсутствует. Рентгеновское исследование 6/XII.—желудок вытянутый—крючек с хорошо выраженными складками, также проэцирующимися вытянутыми; в верхней трети малой кривизны проэцируется большой Ulcuskrater, резко болезненный. Рентгеновский диагноз—Ulcus ventriculi profundum (penetrans) (см. рентгенограмму № 1).

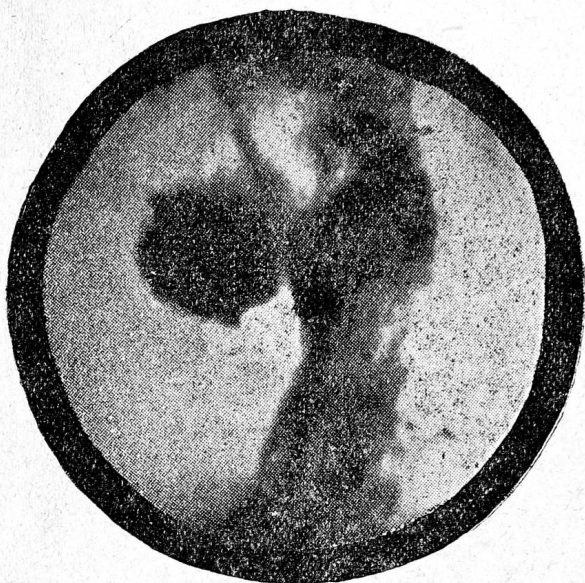


Рис. 1.

29/XII. 33. Самочувствие больного хорошее, субъективных жалоб нет, небольшая только болезненность в подложечной области при глубоком надавливании.

Рентгеновское исследование: резкое уменьшение калибра язвенного кратера, болезненности в области ниши нет, межточечный слой небольшой, перистальтика умеренная, складки слизистой еще раздражены. Рентгенологический диагноз: Ulcus ventriculi curvaturae minoris в стадии заживления (см. рентгенограмму № 2).

20/I 34 г. Самочувствие больного остается хорошим. Рентгеновское исследование—явлений ниши не обнаружено; желудок глубоко перистальтирует, отмечается замытость складок желудочным слоем и их раздраженность в области бывшей ниши, болезненности не отмечается (см. рентгенограмму № 3).

Таким образом, ниша огромных размеров, которую мы еще так недавно должны были считать подлежащей безусловно хирургическому лечению с резекцией желудка, исчезла под влиянием одного консервативного лечения и остались только явления гастрита и раздраженный желудок, т. е. определенная стадия гастропатии.

Как видно из прилагаемых рентгенограмм—огромная пенетрирующая ниша зажила в этом случае совершенно бесследно. Этот случай является лучшим обоснованием того, что консервативное лечение должно сопровождаться динамическим рентгеновским контролем, который и решит в последнем счете вопрос, можно-ли ограничиться консервативным лечением или больной подлежит оперативному вмешательству.



Рис. 2.

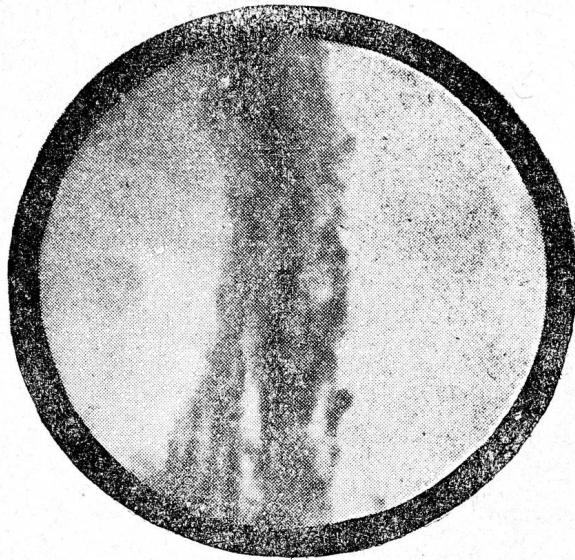


Рис. 3.

За последнее время предложен ряд вспомогательных методов к этой классической консервативной терапии язв. Сюда относится лечение диатермией нижних отделов шеи (Грот и Егоров), новые предложения советских авторов (Югенбург, Головзко и друг.), рентгенотерапия язв. Я не имею еще хорошо и стационарно лично прослеженных случаев рентгенотерапии, но, разумеется, и здесь для суждения о результатах надо требовать не только субъективного улучшения, но объективных данных рентгеноскопии. Трудно сказать, каким образом действует рентге-

терапия и на что она действует, и не лишено вероятия, что дело идет здесь о перестройке всего организма, в результате чего получается улучшение и местного процесса и, может быть, не столько язвы, сколько сопутствующего гастрита.

В отношении диатермии шеи у меня в клинике д-рами Соловей и Любимовым были сделаны наблюдения на 100 больных. Выяснилось, что диатермия шеи весьма благоприятно влияет на самочувствие больных и на боли при язве, при чем больше при язвах пилорической части и duodeni, чем при язвах малой кривизны желудка, но особенно хорошо у невротических больных. Это дает еще одно доказательство в пользу клинических наблюдений об особенностях, характеризующих больных пилорическими формами язвы; ни на секрецию, ни на морфологические признаки язвы диатермия шеи не влияет. Любопытно, что после 7—8 сеансов, как правило, наступает ухудшение и требуется довольно продолжительный период прежде, чем приступить к новому туру лечения диатермией нижних отделов шеи.

Из новых медикаментозных средств упомяну только о solvacid'e—препарате, содержащем желчь и дериваты глюхолевой кислоты и об ostin'e. Solvacid с успехом применялся в клинике Bier'a его ассистентом Thom, а личного опыта в этой терапии не имею. Лечение ostin'ом на 30 больных применялось в моей клинике д-ром Шевлягиной и я целиком присоединяюсь к мнению Umber'a и других авторов о превосходных спазмолитических свойствах этого препарата, в котором врач найдет большое подспорье в случаях, где большой не переносит атропина и его производных. Нашей химико-фармацевтической индустрии можно рекомендовать освоить приготовление ostin'a.

За последнее время значительный сдвиг в консервативном лечении язвы представляет применение новокаинового блока. Положив в основание концепцию Сперанского о роли нервной трофики в патогенезе язв,—концепцию, которая, как мы видели, проливает новый свет не только на происхождение, но и на сущность самой язвы, как дистрофии желудка, А. В. Вишневский в 46 случаях получил, как правило, весьма стойкий эффект от лечения язвы новокаиновым блоком¹⁾. Наши личные наблюдения, пока еще немногочисленные, дают, несомненно, ободряющие результаты о применении блока при пептических язвах и будут опубликованы в свое время. Дальнейшие исследования покажут, идет ли здесь речь только о влиянии на местный процесс, т. е. только лишь о новом методе лечения язвы желудка или о первых подходах к лечению язвенной болезни, т. е. к разрешению основной проблемы лечения пептических язв и профилактики их. Имеются основания думать, что новая теория медицины, где нервная трофика является организатором физиологических процессов, а нарушение ее—причиной дистрофий, ведущих к появлению язвы на типичных для нее местах, что эта новая теория положит начало не только пониманию сущности язвенной болезни, но откроет и новые пути терапии ее. Будущие исследования, для которых, как мы видели, имеется так много стимулов, должны ответить на этот вечно новый вопрос, в течение целых ста лет ожидающий своего разрешения.

¹⁾ А. В. Вишневский.—Нервная трофика в теории и практике медицины, сборник под редакц. Сперанского, стр. 15—22.

Из 1-ой Терапевтической клиники Государственного центрального института усовершенствования врачей (Директор проф. Р. А. Лурия). (Московская Городская больница имени д-ра С. П. Боткина.—Главврач Б. А. Шимелиович).

К вопросу о патогенезе язвы желудка.

Доцент Я. И. Дайховский и аспирант М. Г. Соловей.

Вопрос о патогенезе язвы желудка, несмотря на тщательное изучение его, особенно в течение последних двух десятилетий, до сих пор не может считаться решенным. Существующие теории происхождения язвы желудка, которые в основном, как известно, сводятся к функциональной сосудистой теории (v. Bergmann, Hauser), к теории пептического происхождения язвы (Aschoff, Büchner) и к воспалительной теории (Konjetzny) конкурируют между собою; каждая из них имеет своих сторонников, но ни одна из них до настоящего времени не является общепризнанной в качестве единственной теории происхождения язвы.

Только в самые последние годы, благодаря успехам рентгено-диагностики желудка с применением метода рельефа и благодаря гастроскопии, удалось глубже изучить процессы разыгрывающиеся в желудке, и точнее выяснить роль и значение язвы желудка и ее отношение к другим заболеваниям этого органа, в частности к гастриту, и вместе с тем удалось значительно продвинуть вперед наши знания в области патогенеза и диагностики заболеваний желудка.

Указания относительно того, что язва и гастрит встречаются одновременно, мы находим уже у старых авторов—Broussais, Abercrombie, Cruveilhier, Rokitan sky, Förster и др. В последнее же время на это указывают Hauser, Ewald, Hayem, Boas, Korczynski и Jaworski, Nauwerck, Strauss и Meyer и др. Nauwerck, первый, в 1897 году указал на причинную связь между гастритом и образованием язвы и им была впервые описана клиническая картина так называемого „gastritis chronica ulcerosa“. Эту связь между гастритом и язвой желудка Nauwerck мог доказать на желудке 60-летней женщины, которая умерла от перитонита. На вскрытии был обнаружен желудок характера песочных часов на почве рубцовой язвы передней стенки его. И тут же имелся далеко простиравшийся, хронический гастрит с большим количеством круглых язв, которые обнаруживали различные степени развития и постепенные переходы. По мнению Hauser'a, в данном случае речь должна идти об обычной связи между язвой желудка и хроническим гастритом, и что последний лишь вторично просоединился к старой язве, которая в свою очередь привела желудок к форме песочных часов. Кроме Hauser'a, указания на то, что хроническая язва желудка сопровождается гастритом и что этот гастрит следует рассматривать, как вторичное явление, мы находим у ряда других авторов—Rokitan sky, v. Leube, Faber, Redwitz и др. Konjetzny и Kalima установили при язве желудка наличие более или менее выраженного гастрита в 100% случаев. Judd и Nagel подчеркивают тесную зависимость между дуоденитом и хронической язвой 12-перстной кишки. Mathieu и Moutier, указывая на значительную роль гастрита в возникновении язвы желудка, подчеркивают те трудности, которые возникают при решении вопроса о первичном или вторичном характере этого гастрита. Как бы там ни было, но в настоящее время нет, очевидно, никаких сомнений в том, что гастрит следует рассматривать как чрезвычайно частое явление при язве желудка; мало того, данные гастроскопии устанавливают появление и исчезновение язвенного процесса на почве имеющегося гастрита.

Применение в клинике новейших методов исследования желудка, которые обеспечили успех диагностики в этой области, ни в коей мере не

умалывает ценности обычных наших клинических методов исследования; наоборот, они лишний раз подтверждают, что и клинические методы исследования, при правильном и умелом пользовании ими, дают возможность не только правильно диагностировать заболевание желудка, но и устанавливать отдельные этапы и проследить всю динамику развития процесса. И действительно, тщательное изучение клинического материала всеми доступными нам методами исследования показало, что во всех почти случаях язвы желудка и 12-перстной кишки можно наблюдать наличие гастрита и гсворить, следовательно, в клинике об одновременном существовании язвы желудка и гастрита; при чём, в ряде случаев удается с несомненностью проследить развитие язвы из гастрита, точно также как в другом ряде случаев приходится считать, что гастрит присоединился к язве желудка и является, следовательно, лишь сопутствующим процессом, но в том и другом случае гастрит имеется налицо и играет, очевидно, существенную роль в возникновении, развития, а главное, в течении язвенного процесса желудка. Это обстоятельство тем более заслуживает внимания, что, как известно, Konjetzny рассматривает гастрит и дуоденит как анатомическую основу тех клинических явлений, которые наблюдаются при язвенном страдании, и относит самое существенное в жалобах язвенных больных за счет гастрита и дуоденита, которые так часто сопутствуют язве желудка и 12-перстной кишки. Правильность этой точки зрения подтверждается отчасти теми многочисленными литературными данными, которые показывают, как часто при типичных явлениях язвы желудка у оперированных по этому поводу больных на операции ничего, кроме гастрита и дуоденита, не находили (Bohmansson, Bouchut и Ravault, Doberer, Faber, Finsterer, v. Haberer, Neugebauer, Orator, Puhl, Pribram и другие).

Разработанный нами клинический материал показывает, что все случаи язвы желудка могут быть в клинике, с точки зрения патогенетической, разделены на следующие 3 группы: 1) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые развиваются из предшествующего гастрита, гссп. дуоденита, 2) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые возникают самостоятельно, но протекают совместно с гастритом, и где последний носит характер Begleitsgastritis, обуславливая хроничность течения язвы и, наконец, 3) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые протекают долгое время латентно, и *только случайно присоединившийся гастрит манифестирует их.*

Для иллюстрации этих групп, мы позволим себе привести отдельные истории болезни из нашего материала.

Первую группу больных, у которых язва желудка развивается из предшествующего гастрита, иллюстрируют следующие 3 истории болезни:

Случай № 1. Б-ной Пр-ский, 23 л., служащий, поступил в клинику в мае 1933 г. В течение 5-ти лет бывали изжоги и тошнота, особенно после грубой пищи. Б-ной мало обращал внимания и изредка лечился амбулаторно. Спустя 3 года стали появляться боли в подложечной области через 1—2 ч. после еды. Б-ной был помещен в отделение экспертизы при больнице им. Семашко, где он в течение 15-ти дней был обследован и выписан с диагнозом *кислого гастрита*. Боли продолжались и, с течением времени, приобрели периодический характер, обостряясь особенно весной и осенью; появились ночные боли и боли натошак, которые успокаивались после приема пищи на короткое время. Изжоги, тошнота и слюнотечение;

лечился все время амбулаторно. За месяц до поступления в клинику боли и изжоги усилились и однажды во время дефекации у него закружилась голова, больной упал в обморок и в связи с этим, был доставлен в клинику. Объективно: слегка обожженный язык; живот мягкий, пальпация подложечной области болезненна; болезненность в области duodeni. Печень и селезенка не увеличены. Произведенное, спустя некоторое время, фракционное исследование желудочного содержимого обнаружило: общ. к. 12, 36, 36, 38, 38, 38, 42, 50, 56, 60, 60, слизи много. своб. HCl: 0, 10, 12, 20, 24, 24, 30, 36, 42, 46, 46,

Faeces: р. на sanguis повторно положительна. Рентгеноскопия (д-р Тарнопольская): желудок правильной формы и положения. Контуры желудка ровные. Грубые складки слизистой желудка. Перистальтика живая. Отшнуровывание привратника отчетливое, Bulbus duodeni больших размеров, деформирован; нишеобразное выпячивание на передней стенке горизонтальной части duodeni. Болезненность в области bulbi duodeni и partis horiz. duodeni. Клинический диагноз: Gastritis. Duodenitis. Ulcus duodeni.

Перед нами прошла, следовательно, вся динамика развития процесса, начиная от легких диспептических расстройств, характерных для начального гастрита, через стадий выраженного гастрита, документированного обстоятельным обследованием больного в отделении экспертизы, до развития язвенного процесса с последующим кровотечением, установленного в дальнейшем нами при клиническом обследовании больного. Нет никакого сомнения в том, что в данном случае язва развилась из предшествующего гастрита. Повторная рентгеноскопия перед выпиской показала следующее: наличие ниши на передней стенке горизонтальной части duodeni не обнаруживается. Отмечается неровность и болезненность bulbi duodeni. Складки слизистой ее размыты.

Таким образом, на наших же глазах, в связи с проведенным лечением, ниша исчезла и остались лишь небольшие гастритические изменения и наш вчерашний язвенный больной вновь превратился в больного с гастритом, каким он был до возникновения язвы.

Случай № 2. Б-ной Г-бер, 36 лет, служащий. В 1923 г. стал отмечать у себя изжоги. Эти изжоги держались две недели и прекратились, после чего больной в течение года считал себя здоровым. Затем изжоги возобновились, и присоединилась боль в подложечной области, которая наступала через 2 1/2 часа после приема грубой пищи. Эти боли держались 3—4 недели и стихли. Изжога продолжалась все время, изредка бывала рвота горечью. Ежегодно, особенно весной, боли возобновлялись, а в 29 г. и в 30 г. боли приобрели постоянный характер. В 1930 году больной по поводу этих болей был подвергнут операции; произведена резекция желудка. Выписка из истории болезни гласит следующее: резецирована горизонтальная часть duodeni, pylorus, antrum pylori и преантральная часть (Billroth II). Гистологическое исследование резецированной ткани показало следующее: явления гастрита с остро-язвенным изменением с поверхности; одна из эрозий проникала на глубину 2/3 слизистой и сопровождалась остро-воспалительной реакцией под слизистой слоем. Диффузные инфильтраты в duodenum.

Итак, характер развития процесса и данные гистологического исследования резецированной части желудка не оставляют сомнения в том, что язва развилась в данном случае из гастрита, который первично возник у нашего больного.

Случай № 3. Б-ной П-ов, А. А., 53 л., крестьянин. С детства много курит. Алкоголем сильно злоупотреблял. В клинику поступил 18/X 32 г. по поводу желудочного кровотечения. Считает себя больным 15 лет. Вначале беспокоили только изжога, кислая отрыжка после еды и чувство давления в подложечной области после приема грубой пищи. Изредка бывала рвота. Эти явления с течением времени все усиливались, и только за два года до поступления в клинику больной стал ощущать боль в подложечной области спустя 2—3 часа после еды, особенно после грубой пищи. Появились голодные и ночные боли. В течение последних 2-х лет отмечает также периодичность этих болей. Наконец, в связи с погрешностью в диете, у больного появилась тошнота и кровавая рвота, по поводу которой он и был доставлен в клинику. Больной предал Ulcuskuhr и спустя месяц был подвергнут рентгеновскому исследованию; последнее обнаружило следующее: улиткообразный желудок; малая кривизна значительно укорочена; грубый рельеф слизистой всего желудка, больше в выходной части. Смещаемость желудка ограничена. На малой кривизне проецируется ниша, резко болезненная при пальпации. Диагноз—Gastritis. Perigastritis. Ulcus ventric. curvat. minoris. С точки зрения клини-

ческой оценки данного случая, сама собой напрашивается мысль о необходимости расценить все течение болезни на два периода—первые 13 лет, где преобладали лишь диспептические расстройства и последние два года, когда отчетливо выступает картина язвенного страдания; эти два периода тесно связаны друг с другом. И если в первом периоде можно говорить лишь о гастрите, то во втором периоде речь несомненно должна идти о язве желудка, которая, по всей вероятности, развилась последовательно из предыдущего гастрита. Рентгеноскопия желудка устанавливает у нашего больного наличие обоих процессов—гастрита и язвы желудка—

Вторую группу больных, у которых язва желудка возникает независимо от гастрита, но в дальнейшем протекает совместно с гастритом, иллюстрируют следующие 3 истории болезни.

Случай № 1. Б-ной Д-мин, 34 лет, служащий. В течение 15 лет изжога, давление и боль в подложечной области после приемов пищи. Диететическое лечение облегчало боли. Светлых промежутков почти не отмечает. За последние месяцы боли и изжога после еды усилились, но бывали боли и до еды, и по ночам. Объективно: резко обложенный язык; болезненность в подложечной области и резкая болезненность в области duodeni. Желудочный сок: натощак добыто 270 куб. с большим количеством слизи; общ. кисл.—62, св. HCl 54; фракционное исследование общ. к.: 20, 32, 86, 42, 46, 52

желудочного содержимого: своб. HCl: 5, 24, 48, 38, 42, 44; Faeces: р. на скрытую кровь дала отрицательный результат при неоднократном исследовании. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок нормотоничен с нерезко выраженной гипертрофией слизистой в выходной и ангулярной части желудка и вытянутыми складками тела желудка. Перистальтика обычная. Крупно-петлистая складчатость большой кривизны. Ваялая перистолы. Хорошая подвижность желудка. Располагается крючком с нижним полюсом на 2 поперечных пальца ниже l. cristarum. Ампулла duodeni деформирована в типичной для язвы 12-перстной кишки форме (Akkerlund'овский тип трилистника с конвергирующими к одной болезненной точке складками—рубец?). В косых положениях профиль ниши не отмечается. Диагноз—пилородуоденит и перидуоденит на почве язвы 12-перстной кишки.

В данном случае провести грань между язвой 12-перстной кишки и пилородуоденитом на протяжении 15 лет страдания больного не удается. Клинические и рентгенологические указания на наличие зарубцевавшегося ulcus'a duodeni и сопутствующего ему пилородуоденита и перидуоденита заставляют лишь констатировать одновременное существование язвы 12-перстной кишки и пилородуоденита и рассматривать последний как сопутствующий язве процесс и обуславливающий, очевидно, хроничность течения язвы.

Случай № 2. Б-ной Ш-кин, 33 л., рабочий-металлист. Поступил в клинику по поводу болей в подложечной области, иррадирующих в спину, слабости, головокружения и дегтеобразного стула. В 1928 г. впервые появились боли в подложечной области и изредка изжога. Боли были связаны с приемами пищи и наступали часа через 2—3 после еды; бывали также натощак и по ночам; по поводу этих болей ему была произведена в 1928 г. аппендектомия. Боли не прекратились. В 1929 г. была диагностирована язва желудка и больной лечился амбулаторно, при чем диететическое лечение ему приносило облегчение. В марте и апреле 1933 года мелаепа. Объективно при поступлении: язык чистый, небольшой defense в правой верхней половине живота и болезненность в этой области при пальпации. Резкая болезненность при пальпации 12-перстной кишки. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к.: 32, 30, 22, 20, 50, 60, 66, 60, своб. HCl: 22, 20, 10, 36, 50, 52, 48,

слизь. Faeces: при поступлении р. на sanguis резко положительная. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок—гипотоничный крючок с вялой перистолкой и перистальтикой, грубой гипертрофией слизистой во всех отделах ее. Характер складок—беспорядочный. Интермедиарный слой значительных размеров. Ампулла 12-перстной кишки не сразу выполняется, деформирована в типичной для язвенного страдания форме. Через 1½ часа в желудке половина дачи бария. Диагноз—Periduodenitis на почве ulcus duodeni, gastritis.

И в данном случае клинически нет возможности разграничить язву 12-перстной кишки от того сопутствующего гастрита, который устанавливается клинически и рентгенологически. Здесь нет данных предполагать развитие язвы из гастрита,

это есть основание предполагать, что сопутствующий гастрит поддерживает хроничность этой язвы и, обостряя время от времени ее течение, привел к повторному кровотечению. Больной был подвергнут оперативному лечению. На операции обнаружена язва 12-перстной кишки в горизонтальной верхней части тотчас же за привратником. Произведена резекция желудка вместе с горизонтальной верхней частью 12-перстной кишки и наложен задний анастомоз. Произведенное исследование резецированной части (д-р Попова, С. Н.) обнаружила следующее: складки слизистой хорошо выражены, слизистая набухла, влажна, желтовато-розового цвета с отдельными розовыми мелкими расплывчатыми пятнышками; инъецирование сосудов, дефектов слизистой незаметно; в боковых отделах слизистая имеет шагреновый вид. Пилорическая складка без особых изменений. В начальной части 12-перстной кишки косо расположенное сквозное отверстие овальной формы с плотноватыми краями, спуск отвисен, длиннее 4 см., поперечник 1,8 см. При микроскопическом исследовании желудка обнаружено: слизистая несколько отечна, инфильтрирована клетками различных типов: эозинофилами, лимфоидными полибластами. Железы без особых изменений. Изредка попадаются очень мелкие кровоизлияния. Рудиментарные фолликулы местами увеличены в количестве, гиперплазированы. В подслизистом слое расширение сосудов. Мышечный слой местами несколько отечен и инфильтрирован. В пределах язвы имеется некроз поверхностного слоя, инфильтрация глубже лежащего слоя эозинофилами, очагово-лимфоидными клетками. В подлежащих мышечных пучках значительное количество очагов из лимфоидных клеток.

Случай № 3. Б-ной О-пов, 55 л., бухгалтер. В течение 15-ти лет страдает болями в подложечной области, преимущественно натощак; боли успокаиваются через 15—20 минут после приема пищи. За последнее время боли стали носить постоянный характер; изжога, отрыжка пищей, изредка тошнота. Объективно: язык покрыт белым налетом; живот мягкий; при пальпации резкая болезненность на ограниченном участке в подложечной области, слева от средней линии; в этой области *défense muscul.* Печень выступает на полтора пальца из-под реберной дуги, селезенка не увеличена. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к. : 28, 30, 40, 56, 60, 70, 80

своб. HCl : 20, 24, 36, 48, 52, 62, 68. Faeces: повторное исследование на скрытую кровь дало отрицательный результат. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок с выраженным межточечным слоем и вертикально протекающими складками в области *angulus'a* и выходной части желудка; на малой кривизне у *angulus'a* проецируется болезненная тень ниши, к которой эти складки имеют направление. Амбулла 12-перстной кишки небольших размеров (сморщена) и болезненна; контраст свободно переходит в тонкие кишки. Диагноз: *Ulcus ventric. curvat. minoris. Pyloroduodenitis et periduodenitis* на почве *ulcus duodeni*.

В данном случае процесс тянется на протяжении 15 л., и мы являемся свидетелями рубцового заживления одной язвы и возникновения другой; мы являемся свидетелями сопутствующего гастрита на всем протяжении процесса, но ограничить в течении заболевания язву желудка от гастрита и в данном случае не представляется возможным; оба процесса идут вместе, влияя друг на друга; можно лишь предположить, что сопутствующий гастрит, обостряясь время от времени, обуславливает хроничность течения язвы у нашего больного.

Для иллюстрации 3-тней группы больных с латентно протекающей язвой желудка могут быть приведены следующие случаи:

Случай № 1. Б-ной К-ов, С. Н., 54 л., экономист. Поступил 9/IX—33 г. по поводу сильных болей в подложечной области, которые у него наступают спустя 30—40 минут после приема пищи; на высоте болей изредка появляется рвота, после которой боли стихают; изжога и отрыжка. Считает себя больным *всего один мес-ц.* Больной был рентгенирован и обнаружена большая ниша на малой кривизне желудка. Объективно: при поступлении язык обложен, живот мягкий; резкая болезненность при пальпации подложечной области. Фракционное исследование общ. к. : 64, 56, 24, 16, 50, 36,

желудочного содержимого: своб. HCl : 54, 46, 14, 12, 40, 26, много слизи. Контрольная рентгеноскопия (д-р Тарнопольская): желудок—нормотоничный крючок, не опущен, не расширен, хорошо перистальтирует и охватывает контраст, подвижен. В верхней трети малой кривизны проецируется тень ниши, по конфигурации от

носящаяся к стадии заживления, нерезко болезненная при пальпации. Ампула 12-типерстной кишки не совсем ровна. Переход контраста— N. Диагноз: *Ulcus ventriculi curvat. minoris profundum. Gastritis chron.*

Таким образом, у больного в 54 г. обнаруживается *впервые* глубокая язва желудка. Вполне понятно, что эта язва не могла развиться в течение одного месяца, когда больной стал ощущать боли. Ее надо рассматривать как старую язву, которая лишь обнаружена в связи с обострением гастрита.

Случай № 2. Б-ная Х-ова, 38 л., уборщица. Поступила в клинику по поводу болей в подложечной области, которые наступают через 1—1½ часа после еды и связаны с характером пищи. Отмечает отрыжки тухлым и рвоту, которая облегчает боли. Считает себя больной всего *два месяца*, когда после съеденных рыбных консервов появилась рвота пищевыми массами, которая не прекратилась с тех пор. Спустила полтора месяца после этой диетической погрешности присоединилась боль после еды, которая заставила больную сначала лечиться амбулаторно, а затем и привела в клинику. За последнее время запоры по 2—3 дня. Объективно: обложенный язык, слегка вздутый живот, разлитой *defense muscul.* в эпигастриальной области, где отмечается резкая болезненность. Фракционное исследование желудочного содержимого: своб. HCl: 0, 24, 26, 28, 26, 26, , много слизи.

Рентген (д-р Тарнопольская): атоничный желудок без видимой перистальтики. Перистолы резко ослаблены. Складки слизистой в теле желудка сглажены; на малой кривизне, на середине ее протяжения проецируется большая ниша, резко болезненная; при пальпации левого верхнего квадранта отмечается *defense*. Диагноз: *Ulcus ventriculi curvat. minoris penetrans. Gastritis.*

И в данном случае трудно себе представить, чтобы у больной, которая заболела после диетической погрешности, в течение 2-х месяцев могла развиться пенетрирующая язва. Очевидно, этот случай также, как и вышеприведенный из этой группы, должен рассматриваться как случай с латентно-протекавшей язвой желудка, которая лишь *обострилась* благодаря обострившемуся острому гастриту в связи с пищевой интоксикацией, и что это обострение язвы привело к ее прогрессированию, пенетрирующему характеру и способствовало выявлению ее.

Случай № 3. Б-ной П-онов, 19 л., повар. В сентябре 1932 года стал впервые отмечать боли в подложечной области после еды. Лечился амбулаторно и боли быстро прошли; считал себя здоровым до января 1933 года, когда вновь появились сильные боли в подложечной области после еды, изжога и стрелка и больной был помещен в клинику. Объективно: *defense muscul.* в верхней трети *m. recti abdominis sin.*, резкая болезненность в этой области. Со стороны желудочного содержимого обнаружено небольшое повышение кислотности; рентгенологически (д-р Тарнопольская): грубые складки слизистой желудка и ниша на малой кривизне. Во время пребывания больного в клинике у него появилось желудочное кровотечение. Больной переведен был в хирургическое отделение и 19/III 33 г. был оперирован. На операции обнаружена каллезная язва на малой кривизне, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Произведена резекция желудка и больно поправился.

Трудно себе представить, чтобы в течение 5-ти месяцев с сентября 1932 года до января 1933 г., только возникала впервые язва желудка могла превратиться в каллезную и пенетрирующую, тем более, что из этих 5-ти месяцев больной, в связи с проведенным амбулаторным лечением, в течение по крайней мере 4-х месяцев считал себя здоровым. Нет, очевидно, никаких сомнений в том, что и в данном случае язва протекала долгое время латентно и только в сентябре 1932 г. впервые дала о себе знать.

Приведенные случаи, взятые лишь как образцы из большого материала, прослеженного и изученного нами, показывают, что, отдавая должное теории воспалительного происхождения язвы желудка, было бы совершенно неправильно, говоря о патогенезе язвы желудка, придерживаться в клинике *одной* только этой теории. Это было бы тем более неправильно, что одна теория воспалительного происхождения язвы желудка не объясняет нам ряда моментов, связанных с возникновением и течением ее, как, например, роль конституции, частота этого страдания в определенных семьях (Bergmann), хроничность течения язвы, роль

травмы в происхождении язвы и т. д., словом все те добавочные факторы, которые играют несомненную роль в развитии ulcus'a, и с которыми нам то и дело приходится сталкиваться в нашей повседневной клинической работе. Вот почему, стремление найти один какой-нибудь этиологический момент, который должен собой обусловить развитие процесса, в настоящее время должно быть оставлено, ибо хорошо известно, что, при изучении этиологического фактора, необходимо учитывать ряд моментов, влияющих на развитие процесса, рассматривая больного человека, как продукт окружающей его среды. С этой точки зрения, было бы гораздо правильнее говорить *о взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом и рассматривать эти два процесса в клинике совместно как единый процесс, подчеркивая тем самым, что гастрит и язва желудка являются лишь отдельными стадиями развития одного и того же процесса и что подобно тому, как в ряде случаев язва желудка развивается из гастрита, в другом ряде случаев к язве желудка вторично присоединяется и ему сопутствует гастрит и что, следовательно, на всех стадиях развития, прогрессирования и угасания язвы желудка и 12-перстной кишки *первенствующая роль принадлежит гастриту и к нему, в сущности говоря, должно быть приковано наше внимание.* Это тем более справедливо, что, благодаря совместному течению язвы желудка и гастрита, эти два процесса порой так тесно переплетаются, что нет никакой возможности провести отчетливую грань между ними. Вот почему, если с точки зрения специальной нозологии совершенно справедливо рассматривать язву желудка и гастрит отдельно как два самостоятельных строго очерченных процесса, то, с точки зрения патогенетической, в клинике нет основания их расчленять. И в сущности говоря, для оценки каждого случая совершенно безразлично, — развивается ли язвенный процесс из гастрита или возникающая язва желудка вызывает сопутствующий гастрит, который обуславливает хроничность язвы. Важно только одно, что язва желудка и гастрит идут вместе и составляют единство заболевания желудка. В этом отношении совершенно своевременным является выдвинутое проф. Лурья учение о гастропатиях, как выражении единства патологических процессов в желудке, при котором степень гиперергии желудка в каждом отдельном случае решает судьбу процесса и определяет его динамику и прогноз. Только в свете этих новых идей о гастропатии становится понятным развитие язвы из гастрита в одном случае, латентное протекание язвы, которая возникала помимо гастрита и лишь манифестирована присоединившимся случайно гастритом в другом случае, наличие рецидивирующего гастрита без образования язвы в 3-ем случае и т. д. Только в свете этих новых идей становится понятным роль и участие в развитии процесса конституциональных и наследственных факторов, также как и экзогенных, связанных с условиями труда и быта.

В этом отношении заслуживают внимания два случая, которые мы имели возможность наблюдать и которые позволяем себе кратко цитировать.

Б-ной Г-ман, П. Е., 25 лет, инженер. Считает себя больным всего три недели, когда стали появляться боли в подложечной области, распространяющиеся на левую половину живота, иногда отдающие в спину. Вначале боли были не постоянного характера и наступали через $\frac{1}{2}$ —1 ч, после приема пищи, без строгой зависимости от характера пищи. В самое последнее время боли стали чаще, интенсивнее и стали носить более постоянный характер. Аппетит хороший; изжоги,

отрыжка пищей. Стул ежедневный. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Отец и 4 брата болеют язвой желудка и все они подвергались в клинике обследованию; отец по поводу этого страдания был оперирован. Объективно: слегка обложенный язык, живот мягкий, не вздут, не напряжен; болезненности не отмечается. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к.: 8, 40, 58, 60, 70, 70, 60, 60, 64,

своб. HCl: 2, 30, 48, 50, 60, 60, 50, 50, 54, много слизи; нейтральрот выделялся через 30'. Faeces: повторное исследование на скрытую кровь дало отрицательный результат. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок обычного типа и размеров. Тонус, подвижность, перистолы, перистальтика—нормальны. Большой межоточный слой, затупевывающий структуру грубых складок. Явления ниши отсутствуют. Болевых точек, связанных со стенками желудка и ампулой 12-перстной кишки, не обнаружено. Ампулла широкая, с нечеткой складчатостью, безболезненна. Переход контраста свободен. Диагноз—Gastritis hypertrophic. Duodenitis.

Тщательное клиническое изучение и повторное рентгеновское исследование показало, что у нашего больного ко времени пребывания его в клинике никакой язвы не было; налицо имелся лишь гастрит и дуоденит, которые причиняли больному все эти страдания. У нас нет никакого доказательства тому, что у этого больного в будущем разовьется язва, но у нас имеются все основания предположить, что этот больной является кандидатом на *ulcus*. Это—как раз случай, когда гастрит, в связи с добавочным фактором, как семейное и наследственное предрасположение к язвенной болезни, может привести к *ulcus*у. И только под углом зрения упомянутой взаимной зависимости между язвой желудка с одной стороны и гастритом с другой—можно дать должную оценку этому случаю и, учитывая прогноз его, провести правильную профилактическую терапию.

Другой случай.—В-ной О-цов, 38 л., рабочий-металлист. Поступил в клинику в октябре 1932 года по поводу ощущения давления в подложечной области после еды, изжоги, отрыжки и тошноты. Считает себя больным около года. Объективно:—язык резко обложен и покрыт белым налетом; пальпация в подложечной области безболезненна. Желудочный сок: общая кислотность 6, своб. HCl 0. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок формы крючка, не опущен и не расширен; нормотоничен. Крупный рельеф складок большой кривизны. Magenstrasse расширена в калибре. Явлений ниши не отмечается. Ампулла duodeni несколько широка, безболезненна, с нечеткой структурой слизистой. Резкая болезненность в области края печени. Клинический диагноз: Gastritis chr.

Весной 1933 года больной упал и сломал себе 9, 10 и 11 ребра с левой стороны. В течение месяца ребра срослись, но, спустя короткое время, появились сильные боли в подложечной области, особенно после грубой пищи, усилилась изжога и отрыжка. Больной вновь поступил в клинику. Объективно: обнаружена болезненность при пальпации в подложечной области и болевая точка в области верхней трети левой прямой мышцы. Желудочный сок: общ. к. 42, св. HCl—36. Рентгеновское исследование желудка, которое произведено тем же рентгенологом, что и в первый раз—обнаружило прежнюю картину и нишу на малой кривизне.

Таким образом, мы имели возможность при повторном исследовании больного, через известный промежуток времени, установить развитие язвы желудка из предшествующего гастрита и, кроме того, отметить роль травмы в возникновении язвы желудка. В данном случае особенно демонстративно выступает взаимная зависимость между язвой желудка и гастритом. Надо полагать, что травма на этот раз послужила производящим моментом для того, чтобы на почве гастрита, которым больной страдал около 1½ лет, развился *ulcus*. Относительно возможности травматического происхождения язвы желудка в настоящее время сомнений не существует, хотя в общем травма в генезе язвы желудка не играет большой роли. С точки зрения наших представлений о взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом, нам становится более понятным и роль травмы в возникновении *ulcus*а. Очевидно, только при наличии воспалительного процесса желудка, присоединившаяся травма могла привести к язвенному страданию; только при определенной гиперергии слизистой желудка, связанной с присутствующим гастритом, с особенной силой выступает роль травмы, которая дает толчок к прогрессированию гастрита и возникновению на его почве язвы желудка.

Итак, представление о взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом дает в клинике возможность правильно расценивать все на-

тологические процессы, развивающиеся в желудке, указывает на единство их в органе и охватывает всю сумму эндогенных и экзогенных факторов, влияющих на развитие и течение патологических процессов. И, несмотря на то, что язва желудка и гастрит являются по существу совершенно разными заболеваниями, для нас совершенно очевидно, что расчленять их друг от друга в клинике было бы неправильно. С этой точки зрения, даже язвенное кровотечение можно рассматривать как симптом прогрессирующей язвы в результате обострения предшествующего или присоединившегося вторично гастрита.

Представление о взаимной зависимости этих двух процессов имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение. Для нас становится совершенно очевидным, что в нашей повседневной практической работе, как уже было выше сказано, при наличии язвы желудка центр тяжести должен быть перенесен на сопутствующий ему гастрит. Подобный взгляд в клинике дает возможность правильно подойти к оценке каждого случая, к его прогнозу и помогает правильно наметить линию нашего поведения, как в смысле диететического, медикаментозного и физиотерапевтического лечения, так и в смысле санаторно-курортного отбора, ибо все это должно базироваться и исходить из наличия или отсутствия характера выраженности гастрита в каждом отдельном случае.

Наконец, с точки зрения взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом должна строиться и вся профилактическая работа и связанные с ней раннее распознавание и лечение столь распространенной у нас категории желудочных больных.

В ы в о д ы:

1) Клинические наблюдения показывают, что язва желудка и гастрит весьма часто встречаются одновременно.

2) С точки зрения патогенеза, все случаи язвы желудка и 12-перстной кишки могут быть в клинике разделены на следующие 3 группы: 1) случаи язвы желудка, которые развиваются из гастрита, 2) случаи язвы желудка, которые протекают совместно с гастритом, обуславливающим хроничность язвы, и 3) случаи язвы желудка, которые протекают латентно и обнаруживаются присоединяющимся гастритом.

3) Воспалительная теория происхождения язвы желудка не может все же считаться единственной теорией в патогенезе язвы желудка.

4) Клинические наблюдения дают основание говорить о *взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом и рассматривать в клинике эти два процесса совместно.

5) Представление о *взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом определяет всю нашу лечебную и профилактическую работу в отношении столь распространенной категории желудочных больных.

Язва желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения ¹⁾).

Проф. Н. В. Соколов (Казань).

Поставить вопрос о язве желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения—это значит более или менее определенно решить вопрос, подлежит ли язва желудка и 12-перстной кишки на данном этапе наших знаний об этой болезненной форме хирургическому лечению и каковы показания к хирургическому лечению; это значит—решить вопрос о выборе того или иного метода хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки, идя в решении этого вопроса на основании опыта прошлого, освещенного современными научными данными; это значит, что при тех страданиях, которые вызывает язва желудка и 12-перстной кишки, при тех изменениях в секреторной и двигательной функциях желудка, при тех искажениях формы, к которым приводит язва,—хирург должен иметь более или менее четкий ответ, какова его позиция в отношении больных с этой болезненной формой, что дает больному хирургическое вмешательство, поскольку хирургические методы лечения язвы желудка и 12-перстной кишки излечивают существующую язву, предупреждают развитие новых, поскольку они выравнивают секреторные и двигательные расстройства, поскольку они предупреждают развитие осложнений язвы, каковы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки и т. д.

Следовательно, в основном вопрос о язве желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения распадается на—1) *вопрос о показаниях к хирургическому лечению*; 2) *вопрос о методах хирургического лечения* и 3) *вопрос о результатах хирургического лечения*.

Показания к операции.

Нужно ли вообще хирургическое вмешательство при заболевании язвой желудка и 12-перстной кишки?

Вопрос этот необходимо поставить, так как в настоящее время раздаются призывы сузить до *minimum'a* показания к оперативному вмешательству при язвах (Майзель, Кончаловский, Винников). В основе доводов противников хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки лежит неизбывность этиологии болезни, невозможность направить лечение против сущности заболевания; язвенная болезнь трактуется не как местное заболевание, а как общая конституциональная болезнь, как своеобразный малоизученный дватез или как трофоневроз. Не останавливаясь на разборе теорий, выдвинутых для объяснения сущности возникновения и развития язв желудка и 12-перстной кишки, мы должны подчеркнуть, что среди современных хирургов на данном этапе наших сведений о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки красной нитью через всю деятельность и отражающую ее литературу проходит убеждение, что *во-первых*, хирургическое лечение в громадном большинстве случаев не есть что-либо самодовлеющее, изолированное от общего плана лечения язвенной болезни, а оперативное лечение есть одно из звеньев в цепи лечебных мероприятий в отношении больных язвой желудка и 12-перстной кишки. Поэтому хирурги в большинстве случаев и не берутся за операцию больных с острыми и хроническими язвами

¹⁾ Доложено на объединенном заседании терапевтической, хирургической и рентгенологической секции Научной медицинской ассоциации врачей АТССР 23 января 1934 г. Прения по этому докладу см. ниже—отдел IV. Заседания Краевой научн. мед. ассоциации АТССР.

желудка и 12-перстной кишки, неосложненными в своем течении (перфорацией), если больной не преломился чрез руки терапевта, которому должна принадлежать инициатива в лечении. И только безрезультатное терапевтическое лечение дает право ставить показания к операции хирургу. Такой образ действий диктуется тем, что в большом % случаев (по Einhorn'у — в 70%, по Reva'n'y — 80%, по Balfour'у — в 93%) язвы заживают от терапевтического лечения.

Во-вторых, — каков-бы ни был взгляд на язву и ее патогенез, — хирург в огромном большинстве случаев сталкивается с больными, у которых язва преимущественно выявляется как местное страдание, то искажающее форму желудка и в связи с этим его моторную функцию, то искажающее секреторную работу, то вызывающее вследствие воспалительных лимфангоитов ряд спаек желудка и т. п. Словом, хирург на месте имеет дело с рядом деформаций, расстройств, которые влияя на работу желудка, не говоря уже о субъективном, часто очень резко выраженном, чувстве боли, нередко ведут к общему расстройству организма (малокровие, исхудание и пр.).

Бесспорным является вопрос о производстве операции при диагнозе *перфорация язвы желудка или 12-перстной кишки* в брюшную полость: операция показана безусловно и показана немедленно. Чем раньше она произведена после перфорации, тем больше шансов на выживание больного. На этом показании нет разногласия между терапевтами и хирургами.

В отношении больных с язвами в остром стадии течения, хирурги по ряду соображений консервативны.

Что касается больных с *хроническими язвами желудка и 12-перстной кишки*, то, в основном, громадное большинство хирургов держится указанных выше принципов, т. е. ставит показания к операции только после безуспешного терапевтического лечения.

Вопрос только в том, как определить продолжительность срока этого лечения.

Нам кажется, что нет нужды останавливаться на этом вопросе. Несомненно, что курс терапевтического лечения для больных с хронической язвой обязателен, но срок этого лечения должен быть индивидуализирован.

В вопросе о показаниях к операции при хронических язвах желудка и 12-перстной кишки несомненно нужно различать случаи с диагнозом условным, основанным на симптомокомплексе, на клинической картине и субъективных жалобах, и случаи с диагнозом, основанным на определенной, ясной рентгенологической картине.

Самая расплывчатая формулировка показаний к операции и относится именно к первой группе больных.

Einhorn, Oator, Спасокукоцкий считают операцию показанной при продолжительных болях, неподдающихся лечению. Jordan ставит показания к операции, если, при обнаружении в стуле крови, последняя не исчезает после 2хнедельного лечения. По Мартынову, показания к операции усугубляются обострениями и кровотечением. Показания яснее, когда язва определяется рентгенологически, когда имеется дело с каллезными язвами, потому что здесь есть корректив — рентгеноанализ, показывающий ход заживления. Большинство хирургов согласно в том, что при диагнозе каллезных язв, как дающих наибольший % перфораций и раковых перерождений, больные подлежат хирургическому лечению (Гальперн, Einhorn, Sosen, Reva'n, Rappet и др.).

Показания к операции вполне ясны при обоснованном подозрении на раковое перерождение язвы (Гальперн, Einhorn, Lorey, Finsterer, Oator).

Во всяком случае ряд авторов подчеркивает, что затягивать с терапевтическим лечением не в интересах больного; нет смысла при диагнозе язвы — доводить больного до истощения, тяжелого состояния и т. д.

Бесспорным может считаться вопрос о показаниях к операции при стенозе привратника, независимо от того, имеется ли у больного язва или рубец, как результат бывшего язвенного процесса.

Что касается вопроса о показаниях к операции при язвах, осложняющихся острым, угрожающим жизни кровотечением, то здесь вопрос стоит не столько о показаниях к операции, которая при повторяющихся кровотечениях считается большинством несомненной, сколько о сроке операции; иначе говоря, — оперировать ли больного немедленно в виду угрозы гибели от кровотечения, или операцию отложить до более благоприятного момента.

Bier, при первичном, тяжелом желудочном кровотечении, держится консервативного метода лечения, считая операцию показанной лишь при повторных крово-

течениях, так как первичное кровотечение в большинстве случаев останавливается при терапевтических мероприятиях. На этой точке зрения стоят Einhorn, Boх и ряд других.

Дженалидзе сообщает о 67 случаях кровотечений из язвы желудка и 12-перстной кишки, леченных консервативно с смертельным исходом лишь в 7 случаях, в то время, как из 23 оперированных больных умерло 9.

Finstегег, наоборот, считает при тяжелых желудочных кровотечениях показанной немедленную операцию. Автор снизил процент смертности при хирургическом лечении кровоточащих язв до 5% смертности, в то время как Claigmont при консервативном лечении имеет 26% смертности. На точке зрения активного вмешательства при желудочных кровотечениях стоят профф. Вишневский, Тессе, Rankin, Czigег. Последний считает показания к операции при тяжелых кровотечениях абсолютными.

Осторожно ставит показания в таких случаях Habегег, который считает возможным оперировать при острых кровотечениях только при уверенности, что кровоточит из язвы.

Таким образом, вопрос о показаниях к операции является бесспорным только в отношении больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки и стенозом привратника. В отношении показаний к операции при других стадиях развития язвенной болезни существуют крайние течения; представители одного из них: (Кончаловский, Майзель) строго суживают показания к операции, ограничивая их случаями перфораций язвы в брюшную полость и стеноза привратника, в крайнем случае искажением желудка до формы песочных часов; представители другого течения расширяют показания до крайних пределов.

Большинство хирургов и, надо полагать и терапевтов, держится в вопросе о показаниях к операции при язве желудка и 12-перстной кишки срединной позиции между этими двумя крайними течениями.

Нельзя согласиться с точкой зрения первого лагеря, так как несомненно, что 1) в известном % случаев острые и хронические язвы не заживают от терапевтического лечения и несут с собой угрозу осложнений. Больные, носители этих язв и должны направляться к хирургу; 2) нельзя согласиться, что „там, где не помогает обычное общее лечение,—не помогает и оперативное лечение“. Против этого говорит клиника, повседневный опыт, отчеты крупных хирургических учреждений, заподозрить которые в искусственном подборе цифр о результатах хирургического лечения язв нет никаких оснований. % неудач после оперативного вмешательства по поводу язв желудка и 12-перстной кишки имеется, но он не настолько велик, чтобы затуманивать картину выверенных хороших результатов этого лечения.

Но одинаково нельзя согласиться и с точкой зрения крайних хирургов, предлагающих оперировать язвенных больных на всех этапах развития язвы. Если удаление малоизмененного желудка на ранней стадии развития язвы при хорошем выполнении операции и дает ничтожный % смертности и организм справляется с этим настолько, что получают хорошие результаты, то это не значит, что нужно оперировать всякого больного с язвой, когда доказано, что до 90% язвенных больных излечимы терапевтическим путем.

Наш материал ¹⁾ обнимает собой 327 больных, подвергшихся в Обл. сов. больнице операции по поводу хронических язв желудка и 12-перстной кишки в период 1922—1932 гг.

Из них женщин—18; мужчин 309. Одна женщина и 9 мужчин подверглись, кроме того, реляпоротомии. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 66 лет. Наименьшая давность страдания до операции 1 год; наибольшая—7 лет. При операциях по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки встречались больные, которые до операционного стола никаких расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечали. С рентгенологическим диагнозом язв оперировано 191. Из них у 13 больных язв не обнаружено. 91 оперированы на основании анамнестических и клинических данных без рентгеноанализа; из них язвы обнаружены у 69 б-ных. Следовательно, всего язв не обнаружено у 35 больных.

¹⁾ Это материал хир. госпитальной клиники, возглавляемой сначала проф. А. В. Вишневским, а с осени 1926 г. проф. В. Л. Боголюбовым. С осени 1930 года, когда я оставил клинику как ассистент, мной использован только личный материал. Н. С.

С диагнозом стеноза привратника оперировано 45 больных; во всех случаях диагноз был подтвержден оперативно.

По месторасположению: язва желудка было 99; язва привратника и препилорической части—54; язва 12-перстной кишки 102.

По патолого-анатомическому характеру простые язвы обнаружены у 65 больных; каллезные язвы — у 173 б х; раково-перерожденные — у 6; туберкулезные — у 3 больных. Оперативное вмешательство ограничено было лапоротомией у 8 больных. Из всех этих больных только 29 с ясной картиной стеноза привратника были подвергнуты операции без предварительного лечения у терапевтов. Почти все остальные больные были доставлены в хир клинику из терапевтических отделений больницы после более или менее длительного безуспешного лечения и только часть их со стороны, но также после терапевтического лечения.

На основании разбора нашего материала и литературного обзора, мы считаем возможным ставить при язве желудка и 12-перстной кишки—показания к операции *абсолютные и относительные*.

Показания к операции *абсолютны*: 1) *при диагнозе перфорации язвы в брюшную полость*.

2) *При диагнозе переперфоративного стадия в течении язвы*.

3) *При основательном подозрении на раковое перерождение язвы*.

Таких больных оперировано—7; подозрения не подтвердились в 1 случае, где при гистологическом исследовании резецированного желудка язва оказалась просто каллезной. В 1 случае пришлось ограничиться лапаротомией, так как наличие метастазов в соседние органы противопоказывали производство операций на желудке.

4) *При стенозе привратника*. Показания к операции при *хронических неосложненных язвах желудка и 12-перстной кишки* носят *относительный* характер.

При хронических язвах, подтвержденных рентгеноанализом, при наличии известного симптомокомплекса, мы ставим определенные показания к операции, если терапевтическое регулярное лечение никакого улучшения не вызывает.

Как уже указано,—в нашем материале больных с рентгенологическим диагнозом язвы было 191. Из них у 13 больных язв не обнаружено. На ошибочные диагнозы рентгенологов есть указания в литературе. А Кеганф, напр., сообщает, что рентген в 5—6% дает ошибки в руках лучших рентгенологов. У Ипатова на 100 больных было 23 ошибки. Больных, подвергшихся операции на основании анамнеза и данных лабораторного исследования, было 91. Диагноз оказался правильным в отношении 66 больных. У 4 больных язвы не обнаружено, но обнаружена „игра“ привратника, иначе говоря,—пилороспазм, что, при операции под местной анестезией в ряде случаев удается обнаружить без труда. У одного больного обнаружен тяж, идущий от желчного пузыря к привратнику, иссечение которого было достаточным, чтобы исчезли все болезненные симптомы. У 6 больных оказался измененным червеобразный отросток; у 5 больных—измененный желчный пузырь. В остальных случаях объективных данных, объясняющих клиническую картину, не было обнаружено.

При острых кровотечениях из желудка мы до сих пор держались консервативного метода лечения. С 1922 по 1932 г. чрез клинику прошло 7 больных с острым желудочным кровотечением, из которых только 1 окончился смертельно. Причем при вскрытии у него обнаружена язва в нижнем отделе пищевода. Следовательно, операция на желудке была бы безрезультата.

Но данные Finsterer'a и ряда авторов заставляют признать правильным принципы активного вмешательства при остром желудочном кровотечении после предварительного испытания терапевтических мероприятий; и из них переливания крови в первую очередь. Последнее на нашем материале было применено в 4 случаях и во всех с положительным результатом. При остановке кровотечения необходимо задержаться с операцией на непродолжительный срок, чтобы дать возможность больному оправиться от общего тяжелого состояния, связанного с кровопотерей. И только в случаях продолжающегося кровотечения надо считать показанной немедленную операцию, как *ultimum refugium*.

При показаниях к операции у язвенных больных нужно особенно быть тщательным в диагнозе „смежных“ заболеваний, могущих симулировать заболевание язвой. Всегда должно быть выяснено состояние червеобразного отростка, нередко ведущего к спазму привратника. Удаление отростка в таких случаях обычно ликвидирует спазм привратника и предупреждает дальнейшее развитие процесса в желудке.

В нашем клиническом материале за этот период мы имели 6 больных, у которых, при наличии язвенного симптомокомплекса, при отсутствии язвы по рентгеноанализу, удаление патологически измененного отростка ликвидировало и язвенно-желудочный симптомокомплекс. Это были главным образом больные, доставленные клиникой проф. М. Н. Чебоксарова, а затем проф. Малкина, где на этом вопросе было фиксировано особенное внимание.

Далее должно быть выяснено состояние желчных путей и взаимосвязи их и желудка (12-п. кишки). В настоящее время накопилось достаточно материала, чтобы подчеркнуть это обстоятельство. Иногда разобщения спяянного с желудком желчного пузыря бывает достаточно, чтобы исчезли желудочные симптомы.

В нашем материале было 5 случаев, где у больных, оперированных по поводу язв желудка (12-п. кишки), последних при лапаротомии не оказалось, а вся картина объяснялась основным процессом в желчных путях с вторичным вовлечением в процесс путем спаяк желудка и 12-перстной кишки.

Наконец, необходимо у больных с подозрением на язву и наличием у них повышенной возбудимости, нервозности—тщательно исследовать состояние нервной системы. При неполадках со стороны последней и отсутствии доказательных данных в сторону язвы, операцию нужно считать противопоказанной, так как операция у таких больных часто бывает безрезультатной: боли сохраняются, нервозность увеличивается.

Методы.

После того, как показания к операции при диагнозе у больного язвы желудка и 12 перстной кишки установлены, пред хирургом стоит трудная задача—*выбора метода оперативного вмешательства*. Несомненно, что до тех пор, пока этиология и патогенез язв желудка и 12-перстной кишки не ясны и точно не установлены,—трудно говорить о выработке и выборе вполне рационального, вполне научно-обоснованного хирургического метода лечения. Нужно признать, что хирургическое лечение не является причинным в отношении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Оно направлено на язву, как местный процесс, оно направлено на последствия язвенного процесса на месте. И поскольку считается доказанным значение в развитии язв таких факторов, как нервная система, спазм, застой, повышенная кислотность—хирургическое лечение направлено иногда на нервную систему, иногда на спазм, застой, кислотность. Ясно, что даже наиболее обширное хирургическое вмешательство—резекция желудка устраняет только продукты болезни, но не самую болезнь и не всегда, к сожалению, гарантирует успех (Гальперн, Zeller). В значительной мере все методы хирургического лечения язв носят эмпирический характер (Finney).

Во всяком случае, целью хирургического вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки должно быть: 1) *удаление язвы или создание условий ее скорейшего заживления*; 2) *устранение вредного и болезненного спазма привратника*; 3) *устранение двигательных расстройств желудка*, препятствующих опорожнению и ведущих к застою; 4) *устранение секреторных расстройств*, имеющих место у большинства больных язвой желудка и 12-перстной кишки; 5) *создание условий, в максимальной степени гарантирующих от рецидива, развития новых пептических язв*.

Количество хирургических методов, применяемых в отношении больных язвой желудка и 12-перстной кишки, значительно и в смысле травматичности и обширности вмешательства колеблется в очень больших пределах, начиная от простых инъекций в малый сальник алкоголя и кончая обширными резекциями желудка.

Поскольку выбор метода определяется патолого-анатомическим характером язвы, месторасположением ее, картиной патолого-анатомических изменений на желудке, — выбор метода нередко решается после вскрытия брюшной полости. Это особенно касается случаев, где рентгенологическое исследование не дает опорных пунктов для определения характера язвы и ее месторасположения.

Разделение методов на паллиативные и радикальные условно и, строго говоря, критики не выдерживает. Иногда и небольшое вмешательство дает положительный эффект, уничтожая секреторные и моторные расстройства, приводит к заживлению язвы. Иногда и обширная резекция не гарантирует от развития новых язв.

Метод алкоголизации.

Наиболее простым и наименее травматичным является метод алкоголизации, предложенный проф. В. И. Разумовским. В основу идеи проф. Разумовского положено стремление воздействовать на нервную систему желудка, участие которой в развитии язв работами ряда авторов (Манц, Могильницкий, Cusching) надо считать доказанными. Ученик Разумовского Назаров в ряде капитальных работ выверил эту идею клинически и отчасти экспериментально и пришел к заключению, что воздействовать на нервную систему желудка и 12-перстной кишки необходимо во всех случаях язв желудка (и 12-перстной кишки), при чем инъекция (5—6 к. с.) 80% алкоголя в малый сальник рекомендуется прежде всего для случаев, когда, при язвенном анамнезе, наличии язвенного симптомокомплекса, язва при лапаротомии не обнаруживается. В этих случаях алкоголизация, по автору, уничтожает боли и предупреждает дальнейшее развитие язв. Кроме того, автор рекомендует алкоголизацию малого сальника и в комбинации с другими методами, когда к ним есть соответствующие показания (Г. Е., резекция, холецистогастростомия), считая целесообразным воздействовать на нервную систему желудка (и 12-п. кишки) и в этих случаях. В результате алкоголизации, по Назарову, прекращаются гастральгии, понижается кислотность желудочного сока, заживает язва.

Из всех методов воздействия на нервную систему желудка (и 12-п. к.), а к таковым также относятся предложения Bircher'a, Scherlen'a резецировать при язвах в области малого сальника ветви блуждающего или симпатического нервов, исходя из нейрогенной теории развития язв, симпатектомия желудочных артерий, — несомненно метод алкоголизации является наиболее простым и, видимо, в некоторых случаях достигающим цели. Но в значительной мере он, как правда и другие методы, является методом эмпирическим, поскольку алкоголизацией, без учета в каждом случае, выключается то или иное количество нервов, поскольку нервная система является только одним из факторов в возникновении язвенного процесса в желудке и 12-перстной кишке.

В нашем материале имеется 12 случаев применения алкоголизации малого сальника. Во всех этих случаях, при наличии язвенного анамнеза и симптомокомплекса, при лапаротомии язва не была обнаружена. У 11 больных исчезли боли после операции. У одного 6 го операция оказалась безрезультатной. На сроке 1—1½ года обследовано 9 больных. У 2-х из них никаких жалоб на боли не отмечено. 4 жалуются на возврат болей прежнего характера.

3 больных на сроке 1—2 года вернулись в клинику с жалобой на еще более выраженные боли, чем были до алкоголизации. Они подвергались релапаротомии. У всех релапаротомированных больных обнаружены более или менее выраженные спайки малого сальника и желудка с печенью, иногда с передней брюшной стенкой. Рубцовые перерождения малого сальника и спайки создавали громадные препятствия для нового хирургического вмешательства — резекции, которой подверглись 2 больных вследствие обнаружения у них каллезной язвы на малой кривизне.

Наш материал, в сравнении с материалом Назарова, слишком мал, чтобы высказаться определенно за или против метода алкоголизации при язвах желудка или 12-перстной кишки; но он не убедил нас быть сторонниками и пропагандистами широкого применения этого метода.

Однако, нужно определенно сказать, что в основном идея проф. В. И. Разумовского — химическими агентами воздействовать на нервную систему желудка (и 12-п. к.) несет в себе много обещающего, поскольку роль нервной системы в таких процессах, как язва желудка и 12-перстной кишки считается доказанной, поскольку химическими агентами можно ударить по нервной системе.

Пилоропластика,

Пилоропластика по Heineke-Mikulicz'у широкого распространения не получила и со стороны ряда авторов имеет определенно отрицательное отношение.

В нашем материале пилоропластика по Heineke-Mikulicz'у была применена на 9 больных; из них у 4 больных она была применена при язвенном анамнезе, язвенном симптомокомплексе, когда при операции язвы обнаружено не было, но был обнаружен ясно выраженный пилороспазм, который при операции под местной анестезией иногда удается видеть отчетливо. Исходы этих операций, выверенных на сроке 1—3 года, не заставляют ждать лучшего.

В 5 случаях пилоропластика оказалась вызужденной, как опыт применения при высоко расположенных язвах *cardiae*, где резекция казалась очень трудно выполнимой. Результаты здесь оказались ясно неудовлетворительные. Только один из этих больных, показавшийся чрез 1 год, говорил об „улучшении“, но клинические симптомы язвы сохранились, а рентгенологически обнаружена язва. В остальных случаях операция оказалась безуспешной; при проверке 3 больных в пределах 1—1½ года рентгенологически у них обнаружена язва.

2 больных, у которых пилоропластика была применена при трудно доступных язвах близ *cardiae*, при достаточно высокой кислотности и при отсутствии подозрения на раковое перерождение язвы, в пределах ½ года после операции погибли от рака желудка.

Пилоропластика по Finney'ю нами применена в 5 случаях: из них у 3 больных, — при рубцовом стенозе привратника, отсутствии расширения желудка, достаточно мощной желудочной стенке; у 2-х больных — при стенозе привратника и наличии дилатации желудка с картиной застоя. У 4 больных непосредственные результаты операции можно признать удовлетворительными: исчезли боли, прекратилась рвота. У одного из больных, где операция была применена при дилатированном желудке и стенозе, — уже и в первый период после операции очевиден был неудовлетворительный исход: налицо была картина застоя.

Гастроэнтеростомия (G. E.).

Гастроэнтеростомия, примененная впервые в клинике Billroth'a его учеником Wölfler'ом при карциноматозном стенозе, естественно, после ее технической разработки, нашла широкое применение и при стенозах язвенного происхождения. Успех операции при этой болезненной форме с одной стороны, сравнительная легкость ее технического выполнения, небольшой сравнительно % смертности после G. E. дали повод расширить показания к ее применению и, с легкой руки Douen'a, предложившего в 1893 г. G. E., как метод лечения язв желудка и 12-перстной кишки, последняя стала широко применяться не только с целью улучшить механизм желудочного опорожнения, но и с целью повлиять на заживление язв любого месторасположения.

Еще в недалеком прошлом G. E. завоевала себе репутацию панацеи в лечении язв желудка и 12-перстной кишки, независимо от их патолого-анатомического характера и места расположения, и находила защитников среди крупнейших хирургов капиталистических стран и нашего Союза.

Однако, G. E., при более критической проверке ее принципиальных обоснований и проверке ближайших и отдаленных результатов, обнаружила и темные стороны, поколебавшие если не самый метод, то во всяком случае, доверие к его слишком широкому применению.

Если в большинстве случаев действительно при G. E. создаются хорошие условия опорожнения желудка, то далеко не всегда достигается снижение кислотности желудочного сока.

Язвы после G. E. по Schwarz'у, представившему большой материал Росток-

ской клиники, не заживают в 50%. По Haberer'y—язвы обычно не заживают после G. E.

Ясно, что оставляемая на месте при G. E. язва, в случаях ее незаживления, несет в себе риск тяжелых осложнений в форме: а) кровотечений, наблюдающихся в среднем в 2%; б) перфораций, наблюдающихся в 3%; в) ракового перерождения, которое по Нешрелю наблюдается в 3%, по Aschoff'y в 2—3%, по Еланскому в 7,4%, по Finstereger'y, Raug'y, Küttner'y в 24—25%, по Спасокукоцкому в 40 %.

Наконец, ряд больных возвращается в отделение на более позднем сроке с жалобой или на возврат тех же симптомов, которые привели их на операционный стол, или же на развитие новых, которые так или иначе связаны с операцией. Наблюдение больных с такими осложнениями, рентгеноанализ, повторные лапаротомии, в небольшом %—секции—дали возможность более точно выяснить основу этих осложнений.

Одной из причин неудачных исходов G. E. является *незаживание* старой язвы (Гальперн, Гирголав, Петров, Успенский). Далее—с заживлением старой язвы могут развиваться в желудке или 12-перстной кашке *новые язвы* (истинный рецидив), снова проявляющиеся симптомокомплексом язвы (Mager-Burgdorff, Гальперн). В ряде случаев, в основе послеоперационных поздних расстройств—оказываются *изуродованное* (суженное) *соустье, сращения* (Гальперн, Спасокукоцкий, Mager-Burgdorff). И, наконец, бросает тень на G. E. развивающаяся после нее *ulcus periticum jejunii*: последняя по Haberer'y развивается после G. E. в 1,3% случаев, по Mayo в 1,4%; по Успенскому в 0,7% Balfour на 8400 G. E. имел 139 пептических язв. Гальперн считает пептические язвы после G. E. величайшей редкостью.

Учитывая теневые стороны G. E., ряд хирургов горячо возражает против нее, суживая или даже ограничивая показания к G. E. случаями, неподходящими для резекции.

Наш материал обнимает 257 G. E., произведенных на 243 мужчинах и 14 женщинах. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 66 л. Максимальное количество больных падало на возраст от 30 до 50 лет; минимальное—на возраст от 15 до 20 лет.

При *стенозе привратника* было произведено 36 G. E.

Из них:

I) при повышенной кислотности и мощной желудочной стенке—	21
Исход благоприятный ближайший	19 больн.
„ неблагоприятный „	2 „
„ <i>отдаленный</i> —проверен на сроке 1—5 л.	14 „
„ „ благоприятный	13 „
„ „ неблагоприятный (отрыжка, срыгивание, чувство тяжести)	1 „
II. При нормальной кислотности и мощной желудочной стенке	4 „
Исход во всех случаях благоприятный—ближайший и отдаленный.	
III. При повышенной кислотности и дилатации желудка с вялой его стенкой	7 „
Исход благоприятный	6 „
„ неблагоприятный	1 „
„ <i>отдаленный</i> —проверен на сроке от 1—4 л.	5 „
„ „ благоприятный	2 „
Остальные 3 б-х испытывают тяжесть в об. epigastrii, тошноту, срыгивания.	
IV. При пониженной кислотности и дилатации желудка с вялой желудочной стенкой	4 больн.
Исход благоприятный ближайший	4 „
„ <i>отдаленный</i> благоприятный	1 „
„ „ неблагоприятный	2 „

При язвах 12-перстной кишки Г. Е. была произведена 100 раз.

Из них:

1. При повышенной кислотности, простой язве, мощной желудочной стенке	51 больн.
Исход благоприятный ближайший	49 "
" неблагоприятный "	2 "
" отдаленный—проверен на сроке от 1—5 лет	22 "
" " благоприятный	20 "
" " неблагоприятный (боли, тошнота)	2 "

Рентгенологически у них язвы не определялись.

В этой группе больных 1 умер после операции от перитонита.

II. При *каллезной* язве с повышенной кислотностью и мощной желудочной стенке Г. Е. произведена у 31 больн.

Исход благоприятный ближайший	28 "
" неблагоприятный "	3 "

У этих больных имелись сохранение дооперационных болей, тошнота и т. п. В одном из них—острое послеоперационное кровотечение, остановленное промыванием желудка горячим раствором борной к-ты.

Исход отдаленный—проверен на сроке от 1—3 л. у	18 больн.
" благоприятный	14 "
" неблагоприятный	4 "

Рентгенологически у последних 6-х определялись язвы.

В этой группе 1 б-ой умер при явлениях сердечной слабости.

III. При <i>каллезной</i> язве, повышенной кислотности и дилатации желудка	18 больн.
Исход благоприятный ближайший	17 "

В одном случае—острое кровотечение, остановленное переливанием крови.

Отдаленный результат проверен на сроке от 1—6 лет на	12 больн.
Свободны от всяких жалоб	6 "
Жалобы на сильные боли, тяжесть в желудке, иногда срыгивание и рвоту	4 "

Рентгенологически у них определяется язва.

Жалоба на тошноту, отрыжку у	2 "
--	-----

Язва рентгенологически у них не определяется.

При язвах <i>препилорической</i> и <i>пилорической</i> части желудка Г. Е. произведена на	54 "
---	------

Из них:

1) при <i>простой</i> язве с повышенной кислотностью и мощной желудочной стенкой	19 "
Исход благоприятный ближайший	17 "
" отдаленный—проверен на сроке от 1—4 лет	14 "
" благоприятный	8 "
" неблагоприятный	6 "

В этой группе 1 смертельный исход при картине *circulus vitiosus*.

2) При <i>простой</i> язве, мощной стенке желудка, нормальной кислотности	8 больн.
Исход благоприятный ближайший	6 "
" отдаленный—проверен на сроке 1—4 л.	6 "
" " благоприятный	5 "
" " неблагоприятный	1 "

3) При простой язве с пониженной кислотностью	3	„
Исход ближайший и отдаленный благоприятный	3	„
4) При <i>каллезной</i> язве с повышенной кислотностью и мощ- ной желудочной стенкой	15	„
Исход благоприятный ближайший	12	„
„ отдаленный—проверен на сроке 1—5 л.	8	„
„ „ благоприятный	5	„
„ „ неблагоприятный	3	„
В этой группе 2 смертельных исхода: 1 от перитонита, 1 от атонии желудка.		

5) При <i>каллезной</i> язве с повышенной кислотностью и ди- латированной стенкой желудка	9	больн.
Исход благоприятный ближайший	6	„
„ отдаленный проверен на сроке от 1—4 л.	5	„
„ „ благоприятный	3	„
„ „ неблагоприятный	2	„

При язвах *малой кривизны* Г. Е. произведена на 66 „
У 3-х б-х кислотность была понижена, у 9 нормальна, у остальных повышена.

Исход благоприятный ближайший	55	больн.
„ отдаленный проверен на сроке от 1—6 л.	31	„
„ „ благоприятный	13	„
„ „ неблагоприятный	18	„

Рентгенологически у 13 б-ных последней группы обнаружено наличие язвы.

В 19 случаях одновременно с Г. Е. произведено удаление червеобразного отростка.

Передняя Г. Е. с Браун'овским анастомозом произведена 3 раза.

Задняя Г. Е. по Petersen'у 27 раз.

В остальных случаях операция произведена по Hacker-Petersen'у.

При разборе нашего материала по Г. Е. обращают на себя внимание следующие моменты.

1. Ближайшие результаты в большинстве случаев применения Г. Е. получаются благоприятные с исчезновением ряда симптомов и, главным образом, боли. Последнее отмечается даже при язвах *малой кривизны*. Кислотность оказывалась сниженной в 50% случаев.

2. Отдаленный результат проверен на 135 б-ных. В условиях нашей действительности иметь связь с каждым выходящим из клиники больным не представлялось возможным.

Лучший отдаленный результат получен от применения Г. Е. при стенозе привратника и язвах 12-перстной кишки. В свою очередь и при этих болезненных формах лучшие исходы отмечены после Г. Е. при мощной желудочной стенке, чем при дилатации желудка;—лучшие при простых язвах, чем каллезных.

3. Отдаленные результаты значительно хуже после Г. Е. по поводу язв препилорической и пилорической части желудка.

4. Результаты должно считать определенно неблагоприятными в большинстве случаев, когда Г. Е. производилась при язвах *малой кривизны*.

Смертность по нашему материалу после Г. Е. выразилась в 2%.

Релапаротомии после Г. Е. подвергнуто 8 больных, из которых у 2 больных обнаружена пептическая язва (в одном случае соустья, в другом — тонкой кишки); у 1 — *circulus vitiosus* вследствие рубцового сморщивания *mesocolon'a*; у 2 — изуродованное, суженное соустье; у 2 — каллезные язвы малой кривизны, потребовавшие резекции желудка; у 1 — спайки с передней брюшной стенкой.

Изучение литературы и разбор собственного материала дают возможность сказать, что Г. Е. — как метод лечения язв желудка и 12-перстной кишки, ее последствий и связанных с ними двигательных и секреторных расстройств — на данном этапе наших знаний о язвенной болезни пока не утратил своего значения для определенной группы случаев, но показания к Г. Е. должны быть сужены и уточнены.

При простых язвах в области привратника, в области 12-перстной кишки, не поддающихся длительному систематическому терапевтическому лечению, Г. Е. может быть применена и в большинстве случаев дает хорошие ближайшие и стойкие отдаленные результаты.

При язвах каллезных в области тех же участков более целесообразно перейти на методы, сопровождающиеся удалением язв (резекция или экзцизия), оставляя для Г. Е. лишь случаи, когда язва вовлекает в процесс составные элементы в *lig. hepato-duodenale* (*ductus choledochus*, *v. porta*, *a. hepatica*) и удаление язвы связано с риском их ранения. Это диктуется тем, что каллезные язвы наименее склонны к заживлению и, наоборот, наиболее склонны к перфорации, раковому перерождению, кровотечению. В случаях невыполнимости при каллезных язвах резекции, Г. Е. должна сопровождаться укрыванием язв сальником на ножке, что в известной мере является гарантией от перфорации, а, с прорастанием сальника и усилением кровоснабжения, создаются более благоприятные условия для заживления язвы.

Г. Е., как метод лечения расстройств, связанных с рубцевым последствием стенозом привратника, дает в большинстве случаев прекрасные ближайшие и отдаленные результаты. Но здесь необходимо внести корректив, который не всегда подчеркивается четко. Г. Е. при стенозах сопровождается сравнительно часто неудачей, когда производится у больных с далеко зашедшим процессом, когда желудочная стенка перешла в стадий атрофии с растяжением ее. В таких условиях Г. Е. нередко не достигает цели, так как ослабленная мышечная стенка работает недостаточно, работает вяло, в результате чего суживается Г. Е. отверстие, сохраняются застои и больные снова возвращаются в клинику. Неоправдаваемая в таких случаях Г. Е. должна быть заменена резекцией.

При язвах, располагающихся на желудке вдали от привратника (главным образом по малой кривизне), Г. Е. в большинстве случаев не приводит к цели, так как секреторные расстройства после Г. Е. выравниваются далеко не всегда, и, следовательно, не всегда создаются для язвы условия лучшего заживления.

Тем более не показана Г. Е. при язвах малой кривизны, сопровождающихся искажением формы желудка (до песочных часов) и двигательными расстройствами.

Необходимо определенно установить, что там, где, при вскрытии брюшной полости с диагнозом язвы желудка и 12-п. кишки, хирург не обнаруживает язвы или стеноза, он не должен производить Г. Е., которая

в этих случаях является ненужной и вредной; равно как не нужно накладывать G. E. при ясных показаниях к резекции, если хирург техникой последней не владеет. Хирург должен передать 6-го в руки более опытного, владеющего методом резекции хирурга.

Ясно, что это положение не относится к тем больным, у которых при стенозе привратника с дилатированным желудком, при каллезных язвах привратника или 12-перстной кишки их общее состояние, слабость противопоказывают производство резекций; им и должна быть произведена компромиссная в этом случае G. E.

Что касается выбора формы G. E., то в этом отношении необходимо руководствоваться следующими соображениями.

Передняя G. E. по Wölfler'у издавна имеет дурную репутацию из-за частых осложнений, связанных с развитием *circulus vitiosus* механического характера, развития шпоры, сдавления толстой кишкой отводящего отдела тонкой кишки и т. п. Во избежание этих осложнений, Braun, как известно, предлагал накладывать анастомоз между приводящим и отводящим коленами тонкой кишки при пер. G. E. Но здесь необходимо подчеркнуть, что Braun'овский анастомоз есть печальная необходимость, подводящая больных под риск развития пептической язвы в G. E. отверстия или тонкой кишке.

Поэтому, передняя G. E. принципиально должна быть отвергнута и применяться лишь в случаях крайней необходимости там, где, при показаниях к G. E. задняя гастроэнтеростомия не применима, т. е. в случаях резко выраженного заднего перигастрита, рубцового перерождения *mesocolon* и т. п.

Задняя G. E., предложенная и разработанная Наскером в клинике Billroth'a, а затем модифицированная Petersen'ом, в значительной мере чужда тем недочетам, которые связаны с передней G. E. Неудобство этого способа—рассечение *mesocolon* в сагитальном направлении, а наложение анастомоза в поперечном к нему направлении, стягивание *mesocolon*, который, во избежание риска ранения *a. colica media*, не может быть рассечен поперечно,—привела Petersen'a к предложению—брать петлю кишки для анастомоза непосредственно у *placa duodeno-jejunalis* и укладывать ее на желудок в поперечном его оси направлении, т. е. вертикально с таким расчетом, что приводящий отдел кишки будет расположен у малой кривизны желудка, а отводящий—у большой.

Наш опыт с G. E. по Petersen'у в его чистом виде убедил нас, что, введение тонкой петли в анастомоз непосредственно возле *placa duodeno-jejunalis* не всегда дает хорошие непосредственные результаты, сопровождаясь упорной, иногда очень длительной рвотой, причину которой возможно отнести к перегибу кишки при сокращениях желудка. Поэтому, допуская ее при низком расположении желудка, мы, как и большинство авторов, рекомендуем G. E. *retrocolica posterior* в той модификации, которая носит название Наскер-Пetersen'a, т. е. рекомендуем брать петлю кишки с короткой петлей, как предлагал Наскер, но укладывать ее на желудок вертикально, как рекомендовал Petersen. Выполняемая по Наскер-Пetersen'у G. E. не только предохраняет петлю кишки от перегиба и связанных с этим осложнений, но, в случае нужды (при релапаротомии), при наличии короткой петли, дает возможность наложения Braun'овского анастомоза и облегчает технику выполнения резекции желудка.

Резекция желудка.

Теневые стороны G. E. и других методов, применяемых хирургами при язвах желудка и 12-перстной кишки, из которых главной является оставление язвы на месте и связанный с этим риск перфорации, кровотечения и ракового перерождения, естественно с давних пор склоняли мысль хирургов к большему радикализму, к методам, при которых целью было не только исправить двигательные и секреторные расстройства, связанные с язвой, но и произвести удаление самой язвы.

Вопрос о резекциях желудка и 12-перстной кишки при язвах является предметом постоянных дискуссий на съездах и не сходит со страниц печати. Сравнительно высокая смертность от резекции у первых ее авторов отталкивала хирургов от широкого применения резекции. Нужны были веские обоснования, убедительные, всесторонне выверенные статистические данные, чтобы метод резекции при язвах приобрел права гражданства. Правда, и до сих пор вопрос о преимуществах метода резекции не считается окончательно решенным.

Но, если еще какой-нибудь десяток лет тому назад вопрос о том— Г. Е. или резекция при язвах желудка на ряде хирургических съездов решался большинством в пользу Г. Е., как метода хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки и резекция имела только немногих защитников,—то к настоящему дню резекция настолько оправдала себя, что громадной массой активных хирургов вопрос решается в пользу резекции, как преимущественного метода лечения язв хирургическим путем.

Сопоставляя результаты резекции желудка при язвах с другими хирургическими методами, мы встречаемся с следующими данными. По Starling's смертность при резекциях—4,20%, при других („консервативных“) методах—1, 0%. Неудачные исходы при резекции—в 4,30%, при консервативных—в 180%. При резекции язв 12-перстной кишки неудачные исходы в 3,80%, при других методах—в 15,40%. По Rannet длительность эффекта, % излечения при резекции выше, чем при Г. Е.

Но, будучи сравнительно лучшим хирург. методом, и резекция не идеальный метод и не чужда теневых сторон, хоть и в меньшей степени, чем другие методы. Поэтому, понятно, что не только терапевтическая, но и хирургическая литература нестрит сообщениями о неблагоприятных результатах, которые, к счастью, наблюдаются сравнительно в небольшом % случаев.

Так, напр., Haberer на 2310 резекций желудка наблюдал 15 рецидивов язвы, т. е. в 0,6%, проверенных рентгенологически и оперативно. Витт—после резекций желудка на 75 больных получил в результате вполне трудоспособных 25 больных, 22—свободных от болей и в 20 случаях наблюдал рецидивы язвы.

Причины неудачных исходов резекции разнообразны: 1) Одной из главных причин и здесь, как и при Г. Е. является неправильное показание к резекции.

2. Неблагоприятные результаты получаются при недостаточной резекции, когда сохраняются привратник, antrum (Haberer, Lewisohn).

3. В основе неудачных исходов резекции могут быть рецидивы язв, которыми, по Haberer'у, иногда могут оказаться и старые просмотренные на операции язвы.

4. Неудачные исходы резекций могут обусловиться воспалительными спайками (Hertel);

5. Не свободна резекция и от той формы осложнения, которая носит название „атония“ желудка. Последняя наблюдается в 3—6% случаев и иногда доводит б-х даже до летального исхода.

В увлечении успехами резекций желудка некоторые видные хирурги расширяют показания к последней, пропагандируя ее и для случаев неудаляемых язв желудка и 12-перстной кишки.

Наш материал по резекции желудка по поводу язв желудка и 12-перстной кишки не велик и базируется на 23 случаях.

Из них мужчин 19, женщин 4

Возраст больных колебался в пределах от 31 до 54 лет.

Давность процесса—от 2 до 6 лет.

По методу Billroth I оперировано 8 больных;

„ Billroth II в модификации Finsterer'a—18. Послеоперационное течение после резекции по Billroth I осложнилось кар-

тиной атонии желудка, благополучно разрешившейся после промывания желудка. Смертельный исход—1.

Послеоперационное течение после метода Billroth II осложнилось картиной атонии в I случае.

Экзистировало при явлениях сердечной слабости—3.

Отдаленные результаты проверены в пределах 1—4 лет у 19 б-х. Из них: 1) после операции по Billroth I по поводу а) каллезной язвы препилорической части хороший исход в 4; неблагоприятный (боли, тяжесть в эпигастральной области) в 1

в) стеноза привратника с расширением желудка—хороший исход в 2

II. После операций по Billroth II по поводу а) каллезной язвы малой кривизны—исход хороший 7

неблагоприятный 2

в) по поводу стеноза привратника с расширением желудка исход хороший 2

III. После паллиативной резекции по Finsterer'y по поводу каллезной язвы 12 перстной кишки 2

При обследовании чрез 1 год результаты хорошие. Рентгеноанализа не было.

Разбор нашего скромного материала дает право определенно говорить, что конечные результаты после резекций получаются хорошие в большем %о, чем после других хирургических методов. Но и метод резекции желудка при язвах не чужд недостатков. И если верно, что резекция дает лучшие результаты, то также очевидно, что смертность после резекции держится на более высоких цифрах. И понятно, почему Vier еще в 1921 году заявил, что он не безусловный сторонник резекций. Н. Н. Петров подчеркивает (Нов. хир. архив, № 98), что хотя резекция при правильных показаниях и хорошем выполнении дает хорошие результаты, но, как увлечение G.-E. приводило к плохим результатам, также плохие результаты дает и увлечение резекциями. Резекция „на всякий случай“ дает разочарование, как и G.-E. без достаточных показаний.

Все это обязует хирургов особенно строго ставить показания к резекциям желудка при язвах с учетом характера язвы, метода ее расположения, состояния больного и т. п.

Каллезные язвы, как правило, должны подвергаться резекции. Они труднее заживают; они чаще перфорируют в брюшную полость; чаще дают кровотечения; чаще перерождаются в рак. По данным Stetta 10—20% каллезных язв оказываются раковыми.

При *простых язвах* вообще нужно быть особенно строгим в показаниях к операции и особенно к резекции; и тем более в случаях сомнительных, где при лапоротомии язвы не обнаруживается.

Резекция желудка с нашей точки зрения показана и при *стенозах привратника* в том случае, где налицо дилатированный желудок с вялыми стенками.

Что касается паллиативных резекций при неудаимых язвах 12-перстной кишки, то, нам кажется, что сообщения о прекрасных результатах при язве 12-перстной кишки от G.-E. таких авторов как Moynihan, Balfour достаточно убедительны, чтобы высказаться в пользу G.-E. Но все же и для паллиативной резекции есть свои показания.

Что касается *выбора метода* резекции желудка при язвах, то это далеко не безразличный вопрос.

Наиболее практикуемыми являются методы резекции—Billroth I и Billroth II и модификации последнего.

Метод резекции по Billroth I является с принципиальной точки зрения более обоснованным. При нем непосредственно восстанавливается кишечный тракт, сохраняется система рефлексов с слизистой 12-перстной кишки—рефлекс, тормозящий работу фундальных желез, рефлекс на печень и поджелудочную железу; легко осуществляется забрасывание дуоденального содержимого в желудок и достигается стойкое снижение кислотности. При операции по Billroth I почти нет условий для развития пептической язвы, и если как казуистическая редкость, и наблюдались при этом способе резекции язвы, то не *ulcus pepticum jeuni*, а язвы анастомоза.

Но, будучи принципиально обоснованным, метод Billroth I имеет и отрицательные стороны. Во-первых, при удалении значительной части желудка с антральной его частью, при этом способе создаются условия для натяжения и, следовательно, для расхождения швов. Во-вторых, при некоторых типах 12-перстной кишки верхняя горизонтальная часть ее бывает безбрыжеечной и тогда почти тотчас после привратника переходит задней стенкой в брюшинное пространство, чем создаются трудности для наложения заднего Lambert'овского шва. Далее, при поражении язвой пилорической части или близлежащей зоны, начальная часть 12-перстной кишки является вовлеченной в процесс, иногда рубцово-перерожденной, чем опять таки создаются неблагоприятные условия для наложения швов. И, наконец, в ряде случаев в месте соединения желудка и 12-перстной кишки развиваются стенозы, иногда доводящие больных до повторных операций, необходимости наложения G.-E. Метод резекции по Billroth I не гарантирует, как и другие хир. методы, от рецидива язв.

Метод резекции желудка по Billroth II и его модификации (Reichel—Polya, Balfour) дают больший простор хирургу, позволяют производить обширные резекции, не рискуя теми осложнениями, которые связаны с методом Billroth I. Правда, при резекции желудка по Billroth II имеется на-лицо угроза, которую особенно подчеркивал Haberer, угроза развития *ulcus pepticum jeuni*.

По экспериментальным данным, при этом методе исключается рефлекс с 12-перстной кишки, рефлекс—тормозящий работу фундальных желез; а такой же рефлекс с начального отдела тонких кишек является сравнительно слабым. Кроме того, с выключением 12-перстной кишки, нарушается рефлекторная передача с слизистой 12-перстной кишки на печень и поджелудочную железу, в связи с чем выделение секрета поджелудочной железы запаздывает, а сама железа может подвергнуться атрофии (Бурденко, Догаев). В результате этого получается недостаточное осредосложение кислого желудочного сока чрез анастомотическое отверстие.

В значительной мере риск развития *ulcus pepticum jeuni* после резекции по Billroth II предупреждается обязательным удалением антральной части желудка, иначе говоря, обширной резекцией желудка, что достигается особенно при резекции по модификации Finsterer'a который резецирует желудок по линии хода пищевода, т. е. приблизительно удаляя $\frac{2}{3}$ его. В таких случаях достигается стойкое снижение кислотности, создаются хорошие условия освобождения желудка от содержимого, предупреждается в значительной мере развитие *ulcus pepticum jeuni*.

Вот почему, очень многие хирурги широко пользуются при язвах желудка модификациями метода Billroth II, несмотря, казалось бы, на очевидное извращение деятельности желудка и 12-перстной кишки. Надо полагать, что последние имеют место в большинстве случаев только на первое время после операции. А затем, организм приспосабливается к новым условиям и извращение деятельности желудка и 12-перстной кишки выравнивается.

Послеоперационный период по наблюдениям многих авторов (Finsterer, Polya) после резекции по методу Billroth II и его модификаций—протекает лучше, чем после операций по Billroth I, хотя, нужно заметить, что атония желудка, т. е. одно из самых тяжелых осложнений наблюдаются после резекций по тому и другому методу.

Отдельно стоит вопрос о методах оперирования в случаях *тяжелых, угрожающих жизни, кровотечений из язвы и в случаях ее перфораций*.

Наиболее оправдавшим себя оказался, видимо, метод резекции, который в руках Finsterer'a дает наименьший % смертности—по последним данным—50%. Метод экзцизии язвы дает до 22% смертности. Метод перевязки сосудов желудка

по Bitzel'ю себя не оправдал, равно как и предложенный Крафтом метод обкалывания язвы чрез стенку желудка с последующим погружением ее Ламберт'овскими швами; последний еще может быть технически выполнен в отношении небольших язв. Но при больших каллезных язвах, особенно при расположении их на малой кривизне, в большинстве случаев невыполним. Предложенная Доуен'ом G.-E. уместна лишь разве при язвах 12 перстной кишки, неудалимых резекцией. Наибольший % смертности дает гастростомия (до 71%), — пропагандируемая для случаев, когда при лапаротомии язва не обнаруживается и, следовательно, источник кровотечения точно неизвестен. Вот в таких случаях и делаются попытки применять методы, значение которых часто сомнительно: перевязка сосудов, G.-E., гастротомия по Rowsing'u. Гастротомия (s. дуоденотомия) часто также не приводит к цели, если источником кровотечения служит не язва.

В случаях неизвестного источника кровотечения и резекция желудка может оказаться безрезультатной. Поэтому, нам кажется, что, при обнаружении язвы после вскрытия брюшной полости, наиболее целесообразным будет ограничиться лапаротомией.

Вопрос о необходимости неотложной операции при *перфоративных язвах* не возбуждает сомнений ни среди терапевтов, ни тем более среди хирургов. Спорным является вопрос о методах хирургического вмешательства. Старое положение M'gr'у — „чем скорее выйти хирургу из брюшной полости, тем лучше для больного“ — крепко держит в руках многих хирургов и заставляет их при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки, как правило, прибегать к наиболее простым методам — ушиванию язвы, шахишм к G.-E. и избегать резекции там, где она показана.

Данные последних лет убедили нас, что и в условиях экстренной помощи при перфоративных язвах желудка резекция хорошо переносится больными, давая % смертности не более, чем при других методах. Юдин на 388 резекций желудка при перфоративных язвах имел 8% смертности.

Так обстоит дело с вопросом о показаниях и применении методов хирургического лечения при язвах желудка и 12-перстной кишки на сегодняшний день.

Как и все хирургические методы — эти методы имеют условное значение, поскольку на данном этапе наших знаний о язве желудка и 12-перстной кишки мы в ряде случаев не в состоянии предложить больному других методов лечения, поскольку терапевтическое лечение в ряде случаев остается безрезультатным, а больные, испытывая мучительные расстройства, связанные с наличием язвы или последствиями ее (или того и другого вместе), — должны находиться все время под угрозой перфорации, кровотечения, перерождения.

Мы не разделяем точки зрения авторов, полагающих, что там, где не помогает терапевтическое лечение, не поможет и хирургическое лечение. Опыт клиник, возглавляемых хирургами с мировым именем, и опыт скромных работников периферии с одинаковой очевидностью убеждают нас в том, что произведенное при правильных показаниях хирургическое вмешательство в большом % дает хорошие и стойкие результаты.

Но, ставя показания к операции при язвах желудка и 12-перстной кишки, не должно закрывать глаза на то, что методы хирургического вмешательства имеют значение только на данном этапе наших знаний о язве желудка и 12-перстной кишки. Не за горами, вероятно, вопрос об изъятии из ведения хирургов целого ряда заболеваний и из них язвы желудка и 12-перстной кишки, как процессов трофического и воспалительного характера в первую очередь; так, напр., клиника, возглавляемая проф. А. В. Вишневским, уже нащупала почву, и доклады клиники о лечении язв желудка и 12-перстной кишки новокаином рисуют заманчивые перспективы.

Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор-проф. Р. И. Лепская).

К клинике послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки.

Пр. доц. А. И. Миркин и науч. сотр. М. С. Морозова.

Операции при язве желудка в значительном проценте случаев не дают ожидаемых клинических улучшений и через тот или иной промежуток времени больные вновь обращаются за помощью по поводу наступивших ухудшений.

По Goetze только в $\frac{1}{4}$ случаев достигаются хорошие результаты. Нередко снова появляются опасные явления. Ни один из оперативных способов не гарантирует от рецидива язв. Процент длительного выздоровления после гастр-энтеростомий (г.э.) колеблется для язв привратника и 12-перстной кишки около 60—80%, для язв малой кривизны 56—75% (Кохер, Петерман, Бергер, Гальперн).

Обширные резекции дают значительно больший процент выздоровлений—78—98% (Пампель, Левинзон, Финстерер, Бергер).

В результате оперативного вмешательства на желудке мы имеем резкие нарушения в ходе пищеварения, не совсем ясные и до настоящего времени недостаточно изученные.

Причиной рецидивов болей и диспептических жалоб у оперированных больных является целый ряд патологических моментов: изменения нормальной секреторной и двигательной функции желудка, спазмические процессы, усиление гастрических процессов, рецидивы старых язв, появление пептических язв в тощей кишке и т. д. Клинический анализ 70 оперированных больных, прошедших через нашу клинику за 10 лет с 1922 по 1933 г. позволяет нам сделать ряд выводов по поводу наступивших рецидивов болей.

Для выяснения характера рецидивов болей у оперированных больных нами собирался подробный анамнез, производилось исследование объективных симптомов, желудочного содержимого натощак и после завтрака фракционным способом, микроскопический анализ желудочного содержимого, выделение нейтральрота, исследование кала, рентгеновское исследование (обычное исследование, рельеф).

С какими жалобами оперированные больные приходили к нам? Жалобы оперированных больных сводились к диспептическим явлениям (давление, полнота в подложечной-области, тошнота, изжога, урчание, отрыжка), болям в подложечной области и др. местах, зависящих от еды и от движений и наступавших в различное время дня, поносам, иногда запорам.

Тяжесть болевых явлений вполне зависела от характера процесса. В случаях рецидивов язв боли всегда носили более острый характер, часто походившие на дооперационные болевые ощущения. В случаях подозрительных на пептическую язву мы всегда наблюдали резкие боли, идущие вместе, как увидим ниже, с усилением секреции натощак, с высокими цифрами кислотности и кривой klettertyp.

Почти во всех случаях обострения болей мы находили, независимо от характера секреции, резко выраженные гастрические симптомы, выражавшиеся в наличии в желудочном содержимом слизи, лейкоцитов, усиления рельефа слизистой. Диспептические явления, с каковыми большинство оперированных больных к нам приходило, по мнению некоторых авторов, вызываются обратным забрасыванием дуоденального сока. В значительном количестве случаев жалобы больных, в сравнении с таковыми до операции, показывали незначительное изменение их характера—факт, указывающий или на рецидив язвы, или на появление пептической язвы, или на появление т. н., гастроэнтеростомического симптомокомплекса. При объективном исследовании, за исключением 2 случаев, мы всегда находили болезненность по Mendel'ю в правой верхней половине живота, в эпигастриальной области и в ряде случаев, где мы подозревали пептическую язву тощей кишки, болезненность слева от пупка.

Секреторная функция оперированного желудка. Исследования ряда авторов относительно состояния желудочной секреции у оперированных больных показывает резкие нарушения одной из существенных функций желудка в зависимости от характера операций, но общепринятого положения по этому вопросу все же не имеется.

По Смит у после рез. жел. по Бильрот I—НСI исчезает, общая кислотность держится на низких цифрах, после Бильрот II—НСI уменьшена, общая кислотность низкая. По Шварцу после В. II—НСI нет, общая кислотность пониженная. Те же результаты мы имеем у Петермана, Клейбера. У Неллера из 23 случаев В-I только в 3 случаях было наличие НСI, из 20 случаев В-II только в одном случае наблюдалась свободная НСI.

У Барановой из 12 случаев рез. по В-I только в двух случаях была свободная НСI, из 17 случаев р. по В-II только в 3-х случаях свободная НСI.

Таким образом, после резекции желудка большинство авторов отмечают исчезновение свободной НСI. В материале, собранном Кальком и состоящим из 4 случаев резекции желудка по В-I, 40 случаев В-II, 29 случаев г. э., один случай выключения привратника по Эйзельсбергу, было произведено исследование желудочного содержимого фракционным методом до и после операций, причем обнаружены следующие изменения. В 14 неосложненных случаях после г. э.—исследования производились вскоре после операции (до 5 недель)—кислотность или совершенно не менялась или менялась мало, тип кривой кислотности почти не менялся. В случаях, прослеженных долгое время после операции, было найдено в 44% ахилия, в 33% понижение кислотности, в 23% кислотность нормальная. В случаях ахилии некоторые совершенно не реагировали на гистамин, т. е. имела картина анаденции. В случаях, где была произведена операция по В-I, кислотность значительно уменьшилась, время секреции сократилось. Отделение кислоты шло за счет второй химической фазы, при чем было обнаружено наличие свободной НСI, доходившей до 30. После операции по В-II кислотность резко понижалась. В большинстве случаев наблюдалось отсутствие НСI, продолжительность секреции также уменьшилась. В случаях, наблюдаемых в течение 2-х месяцев после операции, свободная НСI еще наблюдалась, в дальнейшем течении она исчезала. Понижение кислотности Кальк и здесь относит за счет исчезновения второй химической фазы. Причиной понижения кислотности по Кальку является прогрессирующий гастрит, что подтверждается гастроскопическим исследованием.

Ряд авторов за причину понижения кислотности считает нейтрализацию кислоты вследствие забрасывания щелочного дуоденального сока, прерыв рефлекторных путей и удаление воспринимающей раздражение поверхности. В случаях, осложненных пептической язвой тощей кишки, и в случаях рецидивов после г. э. Кальк обнаружил высокие цифры кислотности, кривая имела klettertyp. Обильное выделение секрета с высокой кислотностью появляется в поздних стадиях секреции, когда желудок уже пуст. Такой тип кривых Кальк объясняет рефлекторным возбуждением желудочных желез вследствие застоя пищеварительных

секретов в antrum, привратнике, 12-перстной кишке и приводящей петле после г. э.

Гетце обнаружил в случаях стеноза выходного отверстия удлинение сокращений и постоянное нарастание кислотности, благодаря накоплению связанной кислоты, количество свободной HCl при этом незначительно или совершенно отсутствует. Отсутствие задержки пищи анастомозом является одним из моментов, резко влияющих на характер секреций.

В случаях резекции antrum pylori, по Гутману и другим авт., секреция желудка понижается и чем эта резекция обширнее, тем секреция становится меньше. Экспериментальные работы Шмидта на собаках показали, что после резекции antri pylori сохраняется лишь первая фаза желудочной секреции — психическая. Другим, не менее важным моментом в расстройстве секреций после резекций, является наличие или отсутствие рефлексов в начальной части 12-ти перстной кишки, в зависимости от большей или меньшей обширности резекций зоны, стимулирующей секрецию желудочных желез. Экспериментальные работы на собаках Оглобина, с различного рода вариантами гастроэнтеростомий, позволили автору выявить ряд отклонений от хода нормального пищеварения. Оглобин наблюдал у оперированных собак: 1) усиленное забрасывание дуоденального содержимого и желчи в желудок, 2) понижение общей кислотности и свободной HCl, 3) падение количества пепсина, 4) ненормальный ход отделения желудочных желез за весь период пищеварения, 5) замедленное опорожнение желудка. Внимание большого количества авторов было уделено усиленному забрасыванию при г. э. дуоденального содержимого, — как момента, способствующего постоянному ощелачиванию желудочного содержимого и связыванию пепсина. В этом факте, как думает большинство исследователей, и заключается полезное действие г. э.

Болдырев, изучая забрасывание дуоденального щелочного сока в нормальном желудке, указал на важное значение этого фактора для урегулирования кислотности в желудке. Флеров нарушению механизма забрасывания дуоденального содержимого приписывает возникновение пептических язв желудка.

Забрасывание дуоденального содержимого происходит при всех способах г. э., за исключением способа Ру, при котором забрасывание происходит в незначительной степени. Сильнее всего забрасывание имеет место при г. э. с закрытым пилорическим отделом, особенно при даче в пищу жира и молока, и преимущественно во второй пищеварительный период или к концу его.

Но одна нейтрализация желудочного содержимого забрасыванием дуоденального сока еще не снижает в достаточной степени работы желудочных желез. Как показали клинические и экспериментальные данные, подавление желудочной секреции происходит путем рефлекса, главным образом, со стороны слизистой 12-перстной кишки и меньше со стороны верхнего отдела тощей кишки. Исследования д-ра Пунина на большом материале из клиники проф. Федорова показали в большом проценте случаев после г. э. (50—78%) повышение секреции желудочного сока. Доктор Бресткин из лаборатории проф. Павлова, в эксперименте на собаках, наблюдал после г. э. постоянную секрецию и повышение кислотности желудочного сока с усиленной переваривающей способностью.

Наш материал (мы взяли всего 46 случаев) обнимает, главным образом, операции гастроэнтеростомий — 40 случаев, В I — 3 случая, В II — 3 случая. Из 40 случаев г. э. — 13 случаев с нормальной кислотностью (32½%), 19 — с повышенной кислотностью (47,5%), 8 — с пониженной кислотностью (20%). Из 3-х случаев В I один с повышенной кислотностью, 2 с пониженной кислотностью. Из 3-х случаев В II — два с отсутствием свободной HCl и один с пониженной кислотностью. Цифры нашего материала несколько отличаются от материала Калька. В наших случаях кислотность не понизилась в таком большом проценте случаев, как у Калька (44% — ахилия, 33% — пониженная кислотность), хотя наши случаи и были обследованы через большой промежуток времени. В большинстве наших случаев г. э. были резкие явления гастритов (слизь, лейкоциты, изменения рельефа слизистой желудка).

Как шло в наших случаях выделение нейтральноты? Выделение нейтральноты шло параллельно характеру секрета. Чем меньше была выра-

жена кислотность, чем резче были выражены явления гастрита, тем медленнее шло выделение нейтральноты. Так, например, в случае 9-м, где, несмотря на гиперсекрецию натошак (375 к. с.) и высокие цифры кислотности (80/65), нейтральрот выделился лишь через 40 минут. При исследовании рельефа этого случая было обнаружено резкое утолщение складок слизистой желудка. Все эти факты говорят нам о резко выраженных в этих случаях гастрических явлениях.

Двигательная функция оперированных желудков. При г. э. систола и перистальтика, как естественные изгоняющие силы, сохраняются, остается и задерживающая сила привратника, но к ним присоединяется новый изгоняющий момент—гидростатическое давление, действующее на вновь образованное желудочно-кишечное соустье. Вначале исследования в г. э. желудке действует гидростатическое давление, но, по мере уменьшения высоты столба контрастной массы, опорожнение начинает совершаться через привратник.

Г. э. отверстие обладает собственной активной задерживающей силой и, по мнению Шлезингера, опорожнение через г. э. соустье происходит ритмически. В конечном счете, по Кальку, опорожнение в г. э. желудке ускорено против нормы. В тех случаях, когда опорожнение в г. э. желудке замедлено, мы имеем ослабление или уничтожение активной изгоняющей силы желудка или затруднение проходимости через привратник вследствие органических или функциональных причин (высоко расположенное г. э. отверстие).

Помимо вышеуказанных моментов, на время опорожнения в г. э. желудке влияет величина поперечного сечения анастомоза и прилегающего отрезка кишечника. В дальнейшем, у нового устья начинает образовываться род сфинктера и характер опорожнения меняется—из непрерывного он становится прерывистым, толчкообразным.

Другая группа исследователей (Петерсон, Добротворский, Лондон и другие) указывают на замедление опорожнения при г. э. По их мнению два момента определяют скорость опорожнения желудка при г. э. Это: 1) сократительная деятельность мускулатуры желудка и 1) препятствие, создающееся около соустья. При г. э., как думают Петерсон, Лондон, происходит значительное ослабление сократительной деятельности мускулатуры желудка, замедляющее опорожнение желудка.

Каунель и Эдельман экспериментальным путем доказали существование рефлекса со стороны слизистой 12-ти перстной кишки и верхнего отдела тощей кишки на моторную функцию желудка. Уничтожение этого рефлекса резко влияет на двигательную функцию желудка.

Совершенно иные условия для двигательной функции мы имеем в случаях резекций желудка. Здесь, в отличие от опорожнения в г. э. желудке, задерживающая сила привратника отсутствует, остается лишь гидростатическое давление, вызывающее быстрое и непрерывное опорожнение в резецированном желудке. В дальнейшем на месте нового выходного отверстия, так же, как и при простой г. э., в желудке образуется подобие сфинктера, препятствующее непрерывному опорожнению и пища выходит из желудка толчкообразно.

Проф. Розенблат, Балабан и Кох, подробно изучая на 42 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу язвы желудка и 12-ти перстной кишки, двигательную функцию желудка, пришли к заключению, что перистальтика сохраняется в стенках желудка при В-I 78,0%, а при В-II в 39,39%. На основании этого, они делают вывод, что сохранение перистальтики в стенках культи в значительной мере зависит от способа операции „и, повидимому, является результатом возобновления нервной рефлекторной связи между 12-и перстной кишкой и стенкой желудка“. При резекции по В-I почти во всех случаях опорожнение культи носило ритмический или прерывистый характер, при резекции по В-II такой характер опорожнения наблюдался только в 66,0%. Эвакуация во всех случаях

заканчивалась в 20 минут и это время должно считаться нормой эвакуации при резекции.

Необходимо еще указать на одну особенность изменения двигательной функции резецированного желудка—это потерю нормальной сортировки пищи в желудке. В то время как у здорового человека вначале желудок покидают жидкие и кашцеобразные пищевые вещества, в резецированном желудке опорожнение идет в порядке наполнения.

Во всех 6-ти наших случаях резекций опорожняемость желудка была хорошая. В 9-ти случаях г. э. опорожняемость плохая, в остальных хорошая. В одном случае мы имели значительную деформацию желудка, спайки и плохо функционирующий г. э., в 1 случае обширные спаечные процессы, отсутствие функции анастомоза, гастроэктазию, стеноз пилорического отдела, в 1—отсутствие функции анастомоза и деформацию 12-перстной кишки. В остальных случаях—плохо функционирующий анастомоз, спаечные процессы и спазмы в области анастомозов.

Функция кишечника. Функция кишечника после операций на желудке в значительной мере расстраивается. Помимо того, что в желудке резко нарушается химизм, помимо того, что в желудке происходит постоянное забрасывание дуоденального содержимого, пища в целом ряде случаев попадает в кишечник, минуя 12-перстную кишку и не вызывая тем самым рефлекторного возбуждения поджелудочной железы и печени. Нарушается приток наиболее важных для переваривания пищи ферментов и других химических составных частей, отделяемых поджелудочной железой и печенью.

После г. э., согласно экспериментальным наблюдениям Бурденко, происходит значительное уменьшение функциональной деятельности поджелудочной железы, что резко снижает ее работу отделения пищеварительных ферментов. В дальнейшем нарушается и секреторная работа тонких кишок, ибо, как нам известно, возбудителем ее работы является панкреатический сок, желудочный сок, которые выделяются в этих случаях в недостаточном количестве. Пища начинает плохо перерабатываться и мы часто у больных с г. э. и резекцией желудка наблюдаем поносы. Эти поносы могут зависеть от отсутствия отделения НСІ в желудке и мы наблюдаем т. н. гастрогенные поносы. Соединительная ткань, грубая клетчатка в непереваренном виде, поступая в кишечник, вызывает бродильные и гнилостные процессы. Даже при наличии НСІ в желудке, в виду ускоренного прохождения пищи через желудок, соединительная ткань не успевает подвергнуться переработке и, попадая в кишечник, раздражает его, вызывая поносы.

После пробной диеты Шмидта в значительной части случаев у оперированных больных обнаруживаются остатки соединительной ткани, непереваренные мышечные волокна, много жира и в незначительном количестве случаев непереваренный крахмал.

На нашем материале мы видели поносы в 28% случаев. Поносы мы наблюдали как в случаях резекций (2 сл.), так и в случаях г. э. При исследовании функциональной деятельности кишечника наших случаев мы всегда находили соединительную ткань, часто много непереваренного жара, в ряде случаев плохо усваиваемые углеводы, иногда не переваренные мышечные волокна, что нужно отнести за счет пониженной перевариваемости желудка, уменьшения секреторной функции поджелудочной железы. Особенно характерен был стул в одном случае, где мы имели

fistula gastrojejunocolica. В испражнениях было очень большое количество непереваренных мышечных волокон, много крахмальных зерен и растительных клеток. Бродильная проба была положительна.

Если на нашем материале из 46 случаев мы наблюдали поносы только в 28%, то очевидно нужно сказать, что компенсаторные и защитные силы кишечника еще очень велики, чтобы на долгое время сохранить удовлетворительную работу кишечника.

Содержание хлоридов в крови. У 13 оперированных больных мы исследовали хлориды в цельной крови. Как известно, количество хлоридов, выраженное в виде хлористого натрия, колеблется в цельной крови от 450 до 500 м/м. ‰. Во всех наших случаях количество хлоридов было значительно повышено, доходя до 625 м/м.‰ и не спускаясь ниже 474 м/м.‰. Сравнение процентов хлоридов и кислотности желудочного сока у этих больных никакого расхождения не обнаруживает. Так, например, в случае 10-м количество хлоридов равнялось 604 mlgт.‰ при общей кислотности желудочного сока, равной 12. Такой цифровой материал позволяет нам сделать практический вывод: для уменьшения уровня хлора в крови и приведения его к нормальным цифрам необходимо снизить в диете у этих больных натр хлор или даже на некоторое время совершенно лишить их соли.

Таблица № 1.

Случай	‰ миллигр. хл. в цел. крови	Кислотн. желуд. сока.	Случай	‰ миллигр. хл. в цел. крови	Кисл. жел. сока
3	525	60/42	12	625	20/0
4	615	100/80	14	527	90/60
5	506	68/52	16	615	52/40
7	513	32/18	20	562	104/94
8	517	64/40	21	501	92/72
10	604	12/0	22	474	96/80
11	527	45/25			

Ксантопротеин в крови. У 16 оперированных больных мы исследовали количество ксантопротеина в крови и нашли во всех случаях количество его повышенным (40—75). Увеличение количества ксантопротеина у оперированных больных можно объяснить одновременным нарушением функций печени, а возможно и желудка. Известно, что желудок является не только секреторным органом, но и экскреторным (известный факт выделения значительного количества азотистых веществ при уремических состояниях через желудок, нахождение в желудочном содержимом ксантопротеина). В оперированном желудке эта экскреция может быть нарушена, а отсюда мы можем иметь накопление ксантопротеина в крови выше нормы.

Таблица № 2.

К-во ксантопрот.	К-во случаев	К-во ксантопрот.	К-во случ.
От 35—40	7	45—50	2
„ 40—45	2	50—55 и выше	5

Таковы симптомы осложнений наших оперированных больных. Эти симптомы, складываясь в определенную группу, позволяют установить 5 групп осложнений после операций на желудке: 1) Так называемый гастроэнтеростомический симптомокомплекс, 2) пепти-

ческая язва тощей кишки, 3) рецидивы язв, 4) спаечные процессы, 5) *circulus vitiosus chronicus*.

1) *Гастроэнтеростомический симптомокомплекс*. Значительный процент осложнений после операции на желудке мы наблюдаем в виде обострения болей с резко выраженными диспептическими явлениями.

Прибрам выделяет это осложнение в виде особой нозологической единицы — „гастроэнтеростомия как болезнь“, другие, более осторожные авторы как Майзель, говорят о „гастроэнтеростомическом симптомо-комплексе“. Различают две формы *гастроэнтеростомического симптомокомплекса*: а) *гиперацидную* и в) *гипацидную*.

а) *Гиперацидная форма гастроэнтеростомического симптомокомплекса*. Гастроэнтеростомический симптомокомплекс наблюдается после задней позад ободочной гастроэнтеростомии с короткой петлей и никогда не наблюдается после гастроэнтеростомии, произведенной по поводу органического сужения привратника. Наиболее характерные симптомы этого осложнения — обильная секреция, повышенная кислотность, непрерывные боли, тяжесть и давление в подложечной области, чувство полноты в желудке, застой в желудке, несмотря на быстрое опорожнение его, резко выраженные диспептические явления: изжога, отрыжка, рвота с значительным количеством жидкости. При пальпации определяется разлитая чувствительность по всему животу. Все эти болевые явления наступают быстро после операции и приводят больного к прежнему положению. При рентгеноскопии, несмотря на двойной путь эвакуации, наблюдается замедленное опорожнение при хорошо функционирующем анастомозе. Диагностика этого осложнения чрезвычайно трудна. „Гастроэнтеростомический симптомокомплекс“ необходимо дифференцировать с рецидивами язвы, не зажившей язвой желудка или 12-перстной кишки, с пептической язвой анастомоза или тощей кишки и всеми остальными осложнениями, наблюдаемыми после г. э. Только путем исключения всех вышеприведенных осложнений мы получаем право говорить о г. э. симптомокомплексе. При „г. э. симптомокомплексе“ отсутствуют кровавая рвота и оккультные кровотечения, нет характерной болевой точки, боли имеют постоянный и разлитой характер, при рентгеноскопии отсутствует ниша.

Одни авторы пытаются все эти осложнения объяснить спаечными процессами. Прибрам, не отрицая значения механического момента при этом осложнении, центр тяжести переносит на функциональные, рефлексорные расстройства, наступающие в зависимости от гастроэнтеростомоза.

На основании нашего материала можно было бы скорее говорить и искать причину рецидивов в обострении гастритов. Наличие секреторных расстройств, слизи, усиление картины рельефа слизистой, отсутствие каких-либо указаний на рецидив язвы подтверждают нашу мысль.

в) *Гипацидная форма гастроэнтеростомического симптомокомплекса*. Гипацидная форма г. э. симптомокомплекса характеризуется наличием тяжелых диспептических явлений — тошнота, изжога, отрыжка, срыгивание, иногда рвота, плохой аппетит, горький вкус во рту. Болевые явления отсутствуют, тяжесть в области эпигастрия, ощущение полноты и распираания после еды. При пальпации болезненность в эпигастриальной области. Диагноз данного осложнения ставится на основании отсутствия каких-либо указаний на язвенный процесс, наличие после завтрака большого количества желудочного содержимого (150—250 к. с.), с низкими

цифрами кислотности, а иногда и полным отсутствием свободной HCl . Причина данного осложнения лежит в наличии соустья, ибо мы не находим при этих формах каких-либо анатомических или рентгенологических оснований для этой формы, кроме наличия функциональных расстройств.

2) *Пептическая язва тощей кишки*. Самым грозным и неприятным осложнением после операции на желудке является пептическая язва тощей кишки.

Впервые клиническая картина пептической язвы тощей кишки была описана в 1899 году Брауном. В настоящее время большинство клиницистов отвергает т. н. механо-химическую теорию возникновения пептической язвы тощей кишки и придает чрезвычайно большое значение т. н. язвенной конституции, язвенному предрасположению. Реже всего это осложнение возникает при задней г. э., В-II, пилоропластике и чаще всего в случаях выключения привратника по Эйзельсбергу и передней г. э.

Как часто наблюдается пептическая язва тощей кишки? Статистика русских и иностранных авторов указывает от $1\frac{1}{2}$ до 34%. Повторные операции на желудке, произведенные по поводу рецидивов болей, на долю пептической язвы тощей кишки, составляют по Юнгерману 20%, Фридману 34%, Оглоблину 18%. Пептическая язва тощей кишки возникает через различное время после операций—от нескольких дней до многих лет. Чаще всего пептическая язва тощей кишки возникает в случаях операций, произведенных по поводу язвы 12-перстной кишки привратника или привратниковой части.

Чрезвычайно характерны для пептической язвы тощей кишки высокие цифры кислотности, лестничный тип кривой и изменение локализаций болей—бывшие вначале справа или в эпигастриальной части они перемещаются влево и вверх от пупка. С другой стороны, необходимо отметить ряд случаев пептической язвы тощей кишки, где ни секреция, ни болевая точка не дают возможности предполагать пептическую язву тощей кишки и только на операции или на секции обнаруживается латентное течение пептической язвы тощей кишки.

Пептическую язву тощей кишки необходимо дифференцировать, как указывает Майзель, от *circulus vitiosus*, рецидивов язвы желудка, гастроэнтеростомического симптомокомплекса. Характер произведенной операции, по Майзелю, позволяет иметь в перспективе это грозное осложнение. В наших случаях, на основании характера, длительности и локализации болей—слева от пупка, высоких цифр кислотности, рентгеновской картины, болезненности в области отводящей петли кишок ниже в области *jejunum* предполагалась пептическая язва тощей кишки. В 2 сл. рецидив возник через 3 года, в 2 др. сл.—через полтора—три месяца.

3) *Рецидивы язв и возникновение новых*. Боли после операций при рецидиве язв, возникновение новой и незаживление старой или совершенно не прекращаются, или возобновляются с той же силой через тот или иной промежуток времени. Рентгеновская картина подтверждает возврат старой язвы или возникновение новой. В наших случаях периоды хорошего состояния длились до 3 х лет, возобновляясь с той же силой. Секреция в ряде случаев была повышена, в 4 случаях имелись нормальные цифры. В 2 случаях мы имели *stenosis pylori* и не работающий анастомоз.

По Оглоблину рецидивы язв наблюдались в 40—50%.

4) *Спаечные процессы*. Большую группу осложнений представляют спаечные процессы. Значительная часть авторов (Спасокукоцкий,

Молодая, Оглоблин, Маршевский) думает, что большинство неудовлетворительных результатов операций на желудке нужно отнести за счет спаек. И, действительно, если мы просмотрим рентгеновские картины оперированных желудков наших больных, то, за малым исключением, у значительного количества больных найдем те или иные указания на спаечные процессы. Весь вопрос заключается в том, насколько велика их доля участия в клинической картине осложнений. Вопрос этот является спорным и мы не пытаемся его решить. Спаечные процессы довольно часто ведут к полной или частичной непроходимости кишечника, наступающей обычно, через короткий промежуток времени после операции.

5) *Circulus vitiosus chronicus*.

Circulus vitiosus chronicus — осложнение, которое наступает или в ближайшие же дни после операции, или через довольно продолжительное время после операции. Сущность данного осложнения заключается в том, что под влиянием механических моментов (техническая погрешность) желудочное содержимое из желудка попадает в приводящую часть кишечника и там создается *circulus vitiosus*.

Картина острого *circulus vitiosus* терапевтам мало знакома, с хронической же формой этого осложнения терапевтам приходится встречаться. Рентгеноскопически обнаруживается застой контрастной массы в 12 перстной кишке и расширение приводящей части *jejuni*. Самой частой причиной *circulus vitiosus* является образование т. н. шпоры. Клинически хронический *circulus vitiosus* проявляется частыми рвотами (не всегда), диспептическими явлениями, болями в верхнем отделе живота, усиливающимся после введения обильной пищи.

Истории болезни.

Случай 17. Больной Д. — 40 лет, служащий, поступил в клинику с жалобами на боль в подложечной области после еды, тяжесть, изжогу. С 1911 г. сначала тупые, а затем острые боли в подложечной области после еды, отрыжка, изжога. Длительные светлые промежутки. В 1913 г. операция г. э. После операции острые боли прошли. Желудочный сок натошак 170 к. с., кислотность 62/52. Рентгеноскопия желудка: желудок ортотонический, с нормопрестальтикой. Опорожнение через искусственный анастомоз. Работа анастомоза удовлетворительная. Подвижность неограничена. Диагноз: г. э. симптомокомплекс.

Случай 15. Больной З. — 34 лет, болен 18 лет, периодически острые боли справа от средней линии, по середине между *proc. xiphoides* и пупком, изжога. В 1929 г. операция г. э. 1½ месяца чувствовал себя хорошо, а затем боли возобновились с той же силой. Объективно: резкая болезненность слева от пупка, положительная скрытая кровь в кале, рвоты. Желудочный сок 90/60. Рентгеноскопия в области *jejuni* — ниша. Диагноз — *ulcus pepticum jejuni, periduodenitis* (операция подтвердила диагноз).

Случай 4 й. Больной О. — 34 лет, рабочий. 5 лет периодически режущие боли в подложечной области, через 3 часа после еды. В марте 1932 г. операция г. э. Хорошее состояние 7 месяцев, а затем боли возобновились с той же силой. Объективно: *defense* и болезненность в подложечной области. Жел. сок натошак 110 к. Кисл. 100/80. Рентгеноскопия: желудок деформирован, приподнят, улиткообразной формы, на малой кривизне зубчатость. Диагноз: рецидив язвы желудка.

Случай 46. Больной С. — 44 л., колхозник. Поступил в клинику по поводу острых болей в подложечной области и в правом подреберьи. Боль наступает со вздутием живота через 1—1½ часа после еды, усиливается от движения и физических напряжений. Считает себя больным 16 лет. 16 лет н. операция г. э. 10 лет чувствует себя хорошо, поносы, сменяющиеся запорами. Объективно: живот вздут, болезненность в *epigastrium* и в левом подреберьи. Скрытая кровь +. Натошак

в желудке остатки пищи. После завтрака к 72/28. Рентгеноскопия: при обычном просвечивании видны значительно раздутые петли кишок, после приема нескольких глотков контрастной массы виден значительно смещенный и приподнятый вправо желудок. Резкий спазм в области pylori, а также и анастомоза, расположенного кзади, к средней трети к большой кривизне. Через несколько минут отдельные небольшие порции проходят через анастомоз, образуя нишеподобный выступ. Подвижность резко ограничена. Диагноз: Perivisceritis, ulcus pept. jejuni.

Случай 21-й. Больной М.—46 л., учитель. Болен 8 лет. Острые, режущие боли в гипогастрии через 2 часа после еды. Частая рвота непереваренной пищей, два раза каловая рвота. Поносы. В 1927 г. операция г. э. 3 года хорошее состояние, а затем боли возобновились. Жел. сок натошак 250 к. с., остатки непереваренной пищи. Кислотность 92/12. Микроскопически: слизь, ядра лейкоцитов, мышечные и растительные волокна, крахмал, дрожжи, нейтралжир. Рентгеноскопия: Fistula gastro-jejuno-colica.

Выводы.

1. При осложнениях после г. э.—кислотность желудочного содержимого в большинстве случаев повышена.
2. Забрасывание дуоденального содержимого играет незначительную роль в осреднении кислого содержимого желудка.
3. Медленное выделение нейтрального рвота, несмотря на высокие цифры кислотности, говорит за гастрические явления.
4. „Гастроэнтеростомический симптомокомплекс“ является выражением обострения гастрита.
5. % milgr хлоридов в крови оперированных больных повышен.
6. Количество ксантопротеина в крови у оперированных больных повышено.
7. Излишний радикализм в питании оперированных на желудке больных (ранний переход на грубую пищу) увеличивает процент послеоперационных осложнений.
8. В значительном проценте случаев т. н. г. э. симптомокомплекс поддерживается наличием искусственного анастомоза и единственным методом лечения в данном случае является дегастроэнтеростомия.

Из Госпитальной Хирургической клиники Казанского госуд. медицинского института имени Ленина (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К клинике перфоративной язвы желудка.

Асс. П. А. Гулевич.

Перфоративная язва желудка, бывшая лет 15—20 тому назад относительно редкостью, в наши дни становится все более частым явлением в работе хирурга. Для подтверждения этого достаточно указать, что число случаев перф. язвы желудка, опубликованных в одной только русской литературе, превысило далеко за 1000, причем чуть ли не каждый день цифра эта нарастает.

Несмотря, однако, на значительность накопленного материала, мы не можем сказать, что настало время для окончательного подведения итогов и разрешения спорных вопросов, в изобилии накопившихся около этого заболевания.

Это обстоятельство не снимает необходимости дальнейших наблюдений и пристального изучения имеющегося клинического материала.

В основу настоящего сообщения положен накопившийся за последние годы материал Госпитальной хирургической клиники Каз. мединститута.

Наш материал обнимает 67 случаев перфоративной язвы, оперированных за последние 7 лет. Подробной же разработке мы могли подвергнуть только 50 случаев, т. к. часть историй болезни, из-за неполноты записей, не могла быть использованной.

По отношению ко всему язвенному материалу клиники за этот период, перфоративная язва составляет около 12%; однако, это отношение не может претендовать на отражение действительной части этого осложнения. Литературные данные, стремящиеся дать ответ на этот вопрос, колеблются в довольно широких пределах (1,2% Леубе, 10% Соколов) и, по понятным причинам, не могут претендовать на достоверность.

Движение наших случаев по годам:						
1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
(квартал)						
2	6	8	10	11	8	13
						9

Для правильной оценки этой таблицы, необходимо отметить, что характер работы клиники за этот период несколько изменился: в первую половину этого периода клиника почти монополично обслуживала экстренную хирургию, а во вторую половину периода удельный вес экстренной хирургии в работе клиники свизился, т. к. открылся ряд новых лечучреждений. Таким образом, и в нашей статистике перфораций мы можем отметить некоторую тенденцию к росту,—обстоятельство, отмечаемое почти всеми авторами.

Распределение по месяцам:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
8	4	5	9	13	3	4	3	1	4	6	7

Наибольшее количество случаев падает на апрель-май, затем следует ремиссия в летние месяцы, после чего начинается новый подъем с ноября.

Такое распределение перфоративных язв в течение года в общем соответствует движению язвенных больных в нашем отделении: весна и осень у нас являются своего рода язвенным сезоном,—так как сопровождаются наплывом язвенных больных.

Не останавливаясь на соображениях, высказывавшихся различными авторами по поводу причин обострений язвы в разное время года, отметим, что в наших условиях апрель и май являются месяцами, наиболее неблагоприятными в отношении витаминного рациона населения, — в этом, может быть и кроется причина весеннего подъема кривой перфораций на нашем материале. К этому склоняет нас и тщательный анализ анамнестических данных ряда больных, у которых другие этиологические моменты можно было исключить с большой достоверностью.

Возраст наших больных колеблется от 18 до 65 лет. Средний возраст равняется 36 годам. Превалирование среднего возраста отмечается во всех статистиках, и в этом отношении наш материал не представляет особенностей.

По соц. составу мы имели: рабочих 22, служащих 19, крестьян 16, учащихся 4, красноарм.—1, прочих—5.

По национальности: русских 59, татар 8.

По полу на 67 перфораций—1 женщина. На 1173 случая собранной нами статистики перфораций русских авторов на долю женщин приходится 31 случай (2,6%). Резкое превалирование мужчин в статистике перфораций не имеет еще достаточного объяснения. Хотя отношение частоты распространения язв между полами не может считаться установленным, все же несомненно, что язва у женщин, вопреки данным прежних авторов, встречается значительно реже, чем у мужчин. На материале отдельных хирургов это отношение колеблется: 1:10 (Рейн, Юдин), 1:12 (Успенский); 1:20—на нашем материале.

Если сопоставить эти цифры с 2,6% приведенной нами статистики—то создается впечатление, что язва у женщин менее склонна к перфорации. Нам кажется,

что в происхождении этого явления играют роль не столько внешние моменты, сколько гормональные особенности женского организма (повышенность регенеративных свойств женского организма).

По локализации: желудочных язв 31, дуоденальных 14, в 5 случаях локализация не указана.

Язвы желудочные: препилорических 13, малой кривизны 17, кардиального отдела 1. Дуоденальные язвы локализовались на передней поверхности 12 п. кишки в непосредственной близости пилоруса. Точная локализация двух язв не была установлена—они отнесены к пилородуоденальным.

Превалирование желудочных язв перед дуоденальными отмечается большинством статистиков. На материале Ю д и н а превалируют дуоденальные язвы (33: 56); по его данным дуоденальные язвы нередко имитируют желудочные, „наезжая“ на малую кривизну вследствие рубцового сморщивания сальника.

Однако, такое резкое превалирование дуоденальных язв на материале означенного автора едва ли может быть объяснено частотой „перемещения“ язвы и является скорее особенностью его материала.

Что касается нашего материала, то случаев, где возникали затруднения в отношении локализации, было сравнительно немного и, если бы все их отнести к дуоденальной локализации,—превалирование осталось бы все же за желудочной локализацией.

Средний возраст язв различных локализаций: 33,8 для препилорических, 37 для дуоденальных и 38 для язв малой кривизны.

Бессимптомные язвы дали следующую локализацию: дуоденальные 1, малая кривизна 1.

Величина перфоративного отверстия на нашем материале колебалась от величины просыного зерна до 2-х см. и в некоторых случаях отверстие пропускало палец. В одном случае, оперированном в стадии поддиафрагмального абсцесса, перфоративное отверстие занимало почти всю малую кривизну.

Перфоративное отверстие дуоденальных язв, как правило, было незначительного размера (просо, чечевица), наибольший размер, наблюдавшийся на нашем материале—1,5 см. (1 случай).

В 3 случаях перфоративное отверстие было закрыто печенью. Спайки были очень рыхлы и свидетельствовали о последовавшем после перфорации прикрытии; об этом же свидетельствовали фибриновые налеты в верхней части живота, ослизлость кишок и жидкость в брюшной полости.

Последующее закрытие перфорационного отверстия соседними органами оказывает чрезвычайно благоприятное влияние на дальнейшее течение процесса, могущего закончиться выздоровлением без оперативного вмешательства. В настоящее время имеется достаточно подобных наблюдений (Ю д и н, П р о м п т о в а, З и н г е р).

На нашем материале имеется одно наблюдение, где, при типичном анамнезе и клинической картине перфорации, подтвержденной рентгеновским исследованием (газ под диафрагмой), больной выздоровел, не подвергаясь оперативному вмешательству.

Удачные исходы операций на позднем сроке (после 45 часов и выше) по большей части обязаны также раннему прикрытию перфоративного отверстия. Прикрытия перфорации встречаются в общем не часто. У с п е н с к и й на 77 перфораций отмечает 6 случаев. Множественных перфораций, о которых имеются сообщения в литературе (Р а д о е в и ч, Б р у н н е р, Ю д и н), на нашем материале не встречалось.

Характер язв определялся *sub operatione*. Воспалительная отечность стенки желудка и кишок, нередко выраженная в сильной степени, затрудняла исследование и оценку результатов. В 33 случаях отмечен инфильтрат, при чем в 17 подчеркнута его плотность и язвы охарактеризированы как каллезные; в остальные случаях величина и плотность инфильтрата настолько вариировали, что высказаться о его происхождении представлялось затруднительным. Нам думается, что эти затруднения встречались не только у нас, и это следует иметь в виду при оценке данных статистики о характере перфоративных язв (по Р а д о е в и ч у каллезных язв—60%).

В 3 случаях мы имели дело с раково-перерожденной язвой. Частота подобных находок колеблется от 5 до 10%.

Продолжительность заболевания по данным анамнеза на нашем материале—от 0 до 30 лет. Оставляя пока в стороне случаи, где перфорация возникла совершенно внезапно, имеем след. цифры: до 1 г. 8 случ., от 1—3 лет 9 случ., от 3—5 лет—9 случ., с 5—8 лет—8 случ., от 10—15 лет—4 случ., от 20 до 30 лет—1 случай. В 10 случаях продолжительность не указана.

В группе перфораций до 1 года отмечено появление симптомов со стороны желудка: в 5 случаях за 5 дней до перфорации, в 1 за месяц, в 1 за 2 месяца и в 1 случае за 6 месяцев.

Отмечается ли на нашем материале связь между возрастом язвы, о котором мы судим по изменениям, обнаруженным при операции, и анамнестическими данными о начале заболевания?

Если расположить наши случаи по возрастным группам, причем каллезными считать лишь язвы с плотным инфильтратом, по мере увеличения клинической давности заболевания у нас нарастало и число каллезных язв. Однако были и отклонения, свидетельствующие, что возраст язвы и давность заболевания, в клиническом смысле, не однозначны. Несмотря на это—данные о продолжительности заболевания не лишены своего значения: большинство перфораций приходится на группу молодых в клиническом смысле язв—обстоятельство, имеющее большое значение для клинициста.

В отношении характера *анамнестических жалоб* наш материал может быть разбит на 3 группы:

1. Случаи с язвенным анамнезом—28 случ.
2. Случаи с желудочным анамнезом—20 случ.
3. Без анамнеза—2 случая.

К первым 2 группам отнесено несколько случаев, где продолжительность анамнеза исчисляется несколькими днями (от 3—6 дней).

В случаях первой группы больные в прошлом отмечают кровавую рвоту, боли и изжогу после приема пищи, кровь в испражнениях.

По локализации: 20 приходится на желудок, 7 на дуоденум, локализация одной не отмечена; по характеру—12 каллезных.

Во второй группе жалобы носят менее определенный характер, причем большинство их не связано с приемом пищи. Язвы этой группы локализованы: 8 в желудке, 7 в дуоденуме, в 5 локализация не указана. В этой группе отмечено 4 каллезных язвы.

Если попытаться охарактеризовать связь характера жалоб больных с локализацией язв по отдельным группам,—то можно было бы отметить, что, с уменьшением числа язв с желудочной локализацией, анамнез больных становится менее рельефным и приобретает все более неопределенный „желудочный“ характер,—обстоятельство, отмеченное и другими (Юдин).

Несколько замечаний по поводу язв без анамнеза. Частота этих случаев на материале отдельных авторов колеблется в широких пределах (4% у Успенского, 11,3% у Шмидта, 21% у Радоевича, 23% на материале клиники Гессе). Нам кажется, что объяснение этому надо искать, как в тщательности собирания анамнеза, так и в строгости оценки добытых данных. По крайней мере, на нашем материале, применяя повторную проверку анамнеза в периоде выздоровления, мы могли убедиться, что в ряде случаев, зарегистрированных первоначально как не имеющих анамнеза,—анамнез все же обнаруживался; но он по большей части не имел яркого характера.

В 2 случаях мы все же не могли найти никаких анамнестических указаний на бывшее ранее заболевание желудка, несмотря на тщательный, несколько раз сделанный, распрос больных.

Близко к этим случаям стоят случаи, где, при отсутствии каких бы то ни было явлений со стороны желудка в прошлом, перфорация наступила вскоре после появления первых симптомов болезни.

Частота подобных „молодых“ язв по Радоевичу 10%, Успенскому 2%.

О характере процесса, приводящего эти язвы к перфорации, как известно, нет единодушия.

На нашем материале эти язвы ни по локализации, ни по изменениям, обнаруженным при операции, ничем не отличались, кроме перфорации, от обычных хронических язв желудка.

Продромальные явления на нашем материале отмечены в 22 случаях; боли в этом периоде не только усиливались, но и принимали постоянный характер. В 2 случаях наблюдалось повышение температуры до 38. Продолжительность продромальных явлений колебалось от нескольких часов до 22 дней.

Не останавливаясь детально на численном отношении отдельных *этиологических моментов*, нашедших свое отражение в анамнезе наших больных, отметим, что в качестве таковых в нашем материале фигурируют; алкоголь, грубое нарушение диеты, физическое напряжение, злоупотребление никотином. Однако, на ряду с этими случаями, где роль упомянутых моментов выступает довольно ярко, имеется ряд других случаев, где означенные моменты совершенно отсутствовали: случаи наступления перфорации натощак при полном покое, у аскетов и т. д. Влияние эпидемического фактора и особенно гриппа на нашем материале не отмечается. В ряде случаев решающее значение мы могли приписать авитаминозу. Из случаев, где отмечаются механические моменты, отметим 2 случая, где перфорация последовала в терапевтической клинике после рентгеновского исследования и случай, где перфорация последовала вслед за заворотом сигмы.

Переходя к *клинической картине* перфораций, отметим, что она различна, в зависимости от времени, протекшего от момента перфорации. Яркая вначале — она постепенно затухивается явлениями развивающегося перитонита.

Из *субъективных жалоб* на первое место выступает *боль*, развившаяся внезапно и чрезвычайно интенсивная. Двое больных отмечают, что в момент возникновения боли они падали на землю, при чем один даже терял сознание; другие указывают, что в момент возникновения боли они сами ложились на землю. Боль с течением времени ослабевала, но не исчезала совсем: только в одном случае, через 3 часа после перфорации, наблюдалось настолько полное исчезновение боли, что, в связи с невыраженностью других симптомов, чуть не послужило причиной ошибки диагноза. В 2 случаях боль носила схваткообразный характер. Большинство больных отмечает возникновение боли в верхней части живота, в одном случае боль началась внизу живота — в области мочевого пузыря и отсюда распространилась по всему животу. В части случаев отмечаются иррадиации в спину, лопатку, в левую надключичную ямку. В одном из наших случаев иррадиация в затылок была настолько резкая, что составляла главную сущность жалоб больного. В случаях, поступавших на более позднем сроке, наибольшие жалобы сосредоточивались нередко — на боли в правой подвздошной впадине.

Объективно: больной с самого начала производит впечатление тяжелого больного, скуп на разговоры, на заданные вопросы отвечает с трудом, с неохотой. Избегает менять принятое положение, иногда корчится (реже). Что касается отдельных симптомов, то на нашем материале отмечено:

1. *Напряжение мышц живота*. В 26 случаях мышцы были напряжены „как доска“, в остальных напряжение было менее выражено. Там, где напряжение было менее интенсивным, отмечалась наибольшая резистентность правой прямой мышцы в верхней части. В слу-

чаях поздних и особенно, где предварительно был впрыснут морфий, напряжение казалось меньшим и носило более равномерный характер. В 1 случае, наблюдавшемся через 3 часа после перфорации, напряжение совершенно отсутствовало.

2. *Реберный тип дыхания* отмечен в значительном большинстве случаев, в более поздних он не был резко выражен.

3. *Исчезновение печеночной тупости* отмечается в 16 случаях; в некоторых случаях наблюдалось не полное исчезновение, а, так называемое, сглаживание. На материале других авторов частота этого симптома колеблется от 25% (Дивер) до 50% (Гутчинсон).

4. *Френикус—симптом* отмечен в 18 случаях.

5. *Жидкость в животе* определялась главным образом в случаях более поздних и очень редко в первые часы после перфорации.

6. *Рвота* отмечена в 17 случаях и наблюдалась как в случаях ранних (через 3 часа), так и более поздних. Рвота носила по большей части однократный характер и наблюдалась нередко после приема любым какого-либо лекарства; в 2 случаях отмечена рвота кровью.

7. *Пульс* в большинстве случаев, наблюдавшихся первые часы после перфорации, замедлен, хорошего наполнения. Учащение пульса отмечается лишь в 3 случ., поступивших на раннем сроке.

Из других симптомов, наблюдавшихся на нашем материале, нередко отмечался стаз кишечной перистальтики вслед за перфорацией.

Случаев резкого шока на нашем материале не отмечается.

Не останавливаясь на диагнозе перфораций, не представляющем в типических случаях затруднений, отмечу, что там, где возникали затруднения, нередко большую помощь оказывала *гемограмма* и, иногда, *рентгеновское исследование*.

Лейкоцитоз, по данным наших гемограмм, относящихся к первым часам после перфорации, колеблется от 8450 до 28350. Отмечается нейтрофилия порядка 80—82%. Особенно характерным является сдвиг в группе нейтрофилов, причем отношение сегментоядерных к палочкоядерным и юным выражается цифрами, близкими к единице. Обладая значительным количеством гемограмм, относящихся к случаям „острого живота“, мы ни при одном из заболеваний этой категории, с которым приходится дифференцировать перф. язвы, не наблюдали в первые часы такого сдвига, как при язве. *Поэтому гемограмме мы придаем большое диагностическое значение.*

Диагностические ошибки, имевшие место в нашем материале, относятся как в сторону нераспознавания имевшейся язвы, так и в сторону распознавания перфорации там, где ее не было. В 4 случаях перфорация была принята за острый аппендицит, 2 раза за илеус. Ошибка была распознана при операции. В одном случае за перфорацию был принят ileus verminosus, в 1 случае—lymphadenitis mesenterialis. В 2 случаях пневмония чуть не послужила причиной ошибки, и только повторное общее исследование позволило правильно распознать страдание.

Лечение. В наших случаях применялся шов (30 раз) или шов + gastroenterostomia (20 раз). Последняя применялась преимущественно в случаях, где грозило сужение желудка. Жидкость из брюшной полости удалялась протиранием марлевыми компрессами. В правой илеоцекальной области делалось противоотверстие, через которое заводилась

полоска в малый таз (18 р.). Брюшная рана зашивалась наглухо 47 раз, суживалась швами 4 р. Под кожу, как правило, вводилась полоска, удаляемая через 24—48 часов.

Общий наркоз—38 раз, местная инфильтрационная анестезия—12 раз.

Результаты лечения непосредственные: на 67 случаев 25 смертей (37,3%). Если откинуть из этого числа 2 случая, где смерть последовала на 32 и 39 день после операции от причин, не находящихся в прямой связи с операцией, то общая смертность выразится 34,3%.

Непосредственные результаты, в зависимости от времени, протекшего до операции, сгруппированы в таблице 1.

Таблица I.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6 ч.	8	3
6—12 ч.	18	6
12—24 ч.	15	7
24—72 ч.	9	7
Всего:	50	23

Для правильной оценки приведенных данных необходимо иметь в виду, что из 67 оперированных случ. перф. яз. в таблицу, из за неполноты записей в части историй болезни, вошло только 50 случ., причем таблица охватывает 92% (23 из 25) летальных исходов и только 66% выздоровлений (27 из 42), наблюдавшихся на нашем материале. Не вошедшие в таблицу цифры выздоровлений, можно думать, относятся, главным образом, к ранним срокам и могли бы изменить наши результаты в лучшую сторону, придав таблице более нормальный вид.

Не останавливаясь пока на вероятном % выздоровлений по той или иной группе,—отметим: 1) что таблица в общем подтверждает общее положение о зависимости исходов от срока, протекшего до операции, и 2) позволяет характеризовать наш материал как „не свежий“, что имеет большое значение при оценке общей смертности, наблюдавшейся на нашем материале.

Особенностью таблицы является большая смертность на раннем сроке. Если отнести к этому сроку все не вошедшие в таблицу сл. выздоровлений, то и тогда наши результаты на этом сроке дали бы 14% смертности (3 из 23 сл.)—процент слишком высокий для консервативных операций при перфорации язвы желудка (5,9% по Красинцеву и Грекову и 4,8% на 103 опер. сл. в первые 6 часов по сборной статистике русских авторов).

Эти неблагоприятные результаты на раннем сроке были обусловлены исключительной тяжестью материала. Если отбросить 2 случая перфораций карциноматозных язв, дающих, как известно, более плохой прогноз, то наши непосредственные результаты на раннем сроке, можно думать, не отличались бы от приведенных выше статистик (4,8%—5,9%).

Исходы, в зависимости от характера вмешательства.

Таблица II. III о в.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6	4	1
6—12	8	1
12—24	10	6
24—72	8	7
	30	15

Табл. III. III о в. + Г. Э.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6	4	2
6—12	10	5
12—24	5	1
24—72	1	0
	20	8

Сравнивая обе таблицы и принимая во внимание, что шву подвергались наиболее тяжелые случаи, трудно отказаться от впечатления, что Г. Э. на нашем материале не являлась отягчающим моментом.

Причины смерти. Большая часть нашего материала не подвергалась вскрытию и причины смерти устанавливались на основании клинического наблюдения за послеоперационным течением. Случаи, в которых возникали какие-либо сомнения, подвергались вскрытию. Из 23 лет. исходов 18 отнесены к перитониту, в 3—пневмония, в 1—туберкулез (больной погиб на 39-й день), в 1—сепсис с скарлатинозной сыпью (больной погиб на 4-й день). Осложнения со стороны брюшной раны: в 3-х случаях расхождение раны до апоневроза; в 1 случае, проводившемся с полоской в брюшной полости, вслед за расхождением брюшной раны (на 5-й день) наблюдалось расхождение швов на желудке (на 10-й день). Случай этот кончился летально.

Нагноение кожных швов отмечено 13 раз.

Отдаленные результаты. Сведения об отдаленных результатах имеются лишь относительно 18 случаев. Из разосланных 35 опросных карточек поступили заполненными 18, 10 карточек вернулось с отметкой о выбытии адресата, 7 не ответили. Давность наблюдения—от несколько месяцев до 6 лет.

Оценка результатов производилась по данным анкеты, включающей 12 вопросов, касающихся самочувствия, диеты, работоспособности, а также заболеваний, перенесенных после операции. К разряду хороших относились ответы, где больной сам считает себя здоровым; к удовлетворительным—где сохранилась работоспособность, но имеются временами некоторые жалобы (вздутие живота, тошнота и т. д.); к плохим, где имелись более или менее постоянные жалобы и нарушена работоспособность.

Результаты представлены в след. таблице:

Таблица IV.				
Результаты:				
Давность	Число наблюд.	Хорош.	Удовлет.	Плох.
До 1 г.	8	6	—	2
1—2 л.	2	—	2	—
2—3 л.	6	4	1	1
3—4 л.	1	—	1	—
6 л.	1	1	—	—
	18	11	4	3

В 12 случаях был применен шов с 8 хорошими результатами, в 6 шов + Г. Э. с 3 хорошими результатами, 2 удовлетворительными и 1 плохим. Незначительное количество наблюдений, а также разнородность их не позволяют делать заключения в пользу того или другого способа.

На основании литературных данных и настоящего материала мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Перфоративная язва есть осложнение хронической язвы желудка.

2. Обострение язвенных симптомов у лиц с соответствующим анамнезом, а также появление резких язвенных симптомов у лиц, не страдающих язвой, противопоказывают диагностические манипуляции, особенно рентгеновское исследование, и требуют бдительного наблюдения в стационаре.

3. Исследование крови при начинающемся перфоративном перитоните имеет большое дифференциально-диагностическое значение.

4. Содержимое брюшной полости в первые часы после перфорации является нередко резко инфицированным—поэтому туалет брюшной полости является обязательным моментом операции.

5. Простейшие оперативные методы (шов или шов + Г. Э. при сужении) являются наиболее рациональными при операции перфоративной язвы.

6. При наличии показаний к более радикальным вмешательствам (не возбуждающие сомнения случаи злокачеств. перерождения язвы, язвы, склонные к кровотечениям), таковые могут быть рекомендованы лишь на ранних сроках и при хорошем состоянии больных.

Из Терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурия гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. И. Лепская)

Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка путем откачивания желудочного содержимого.

Ассистент Э. Р. Могилевский и аспирант С. И. Биткова.

Анализ предложенных до сих пор методов лечения гиперацидных гастритов и язв желудка показывает, что, при всей пестроте и разноречивости современных теорий этиологии и патогенеза язвы, большинство методов все же стремится понизить кислотность и уменьшить чрезмерную секрецию. Это кажущееся противоречие между однородностью терапевтических устремлений и принципиальными расхождениями в отношении этиологии и патогенеза находит свое объяснение в той роли, которую повышенные кислотность и секреция играют в клинике язвы и гастрита. И действительно, если видеть в гиперсекреции и гиперацидитас первопричину язвы, то устранение их диктуется, как главная цель этиологического лечения. Если же смотреть на эти секреторные расстройства как на один из основных осложняющих моментов, то и в этом случае, без их устранения, не мыслится заживление язвы, возникшей, хотя бы, на другой основе.

Но борьба с гиперсекрецией и гиперацидитас приобретает особую актуальность и теоретическую обоснованность в свете тех новых и интересных данных, которые являются достоянием последних лет.

Так, Бюхнер доказал возможность получения язв у крыс после инъекции гистамина. Эппингер и Лаухтенбергер при остром и хроническом отравлении гистамином наблюдали у животных тяжелые изменения желудка и 12-ти перстной кишки характера гастрита и инфарктообразного кровоизлияния с некрозами, которые, отторгаясь, могут вести к образованию язв. Они объясняют свои результаты перевариванием слизистой оболочки желудка тем активным желудочным соком, который секретируется в ответ на инъекции гистамина. Зильбер-

ман на собаках с фистулой пищевода, получавших ежедневно мнимое кормление наблюдал, в зависимости от длительности опыта, изменения слизистой—от выраженного гастрита с эрозиями до язв. Лерисш, на основании работ своих учеников (Cogniaux, Brenckmann, Fontaine и др.) приходит к выводу, что спонтанная язва — пептическая язва, развившаяся на тех участках желудка, где защитное действие слизи изменено предшествовавшим повреждением слизистой под влиянием гиперацидитас.

Оценивая результаты хирургического лечения язвы и условия возникновения ulcus peritricus jejuni, Финстерер говорит: „Нет послеоперационной язвы, если желудок стал ахлогидричным, а если кислотность остается высокой, то каков бы ни был тип анастомоза, как бы совершенна ни была эвакуация, новое появление язвы всегда возможно, почти фатально!“

Трудность, а часто и малоуспешность терапии гиперсекреции и гиперацидитас являются главной движущей силой в поисках новых путей и отчасти оправдывают те новые попытки, которые делаются в этом направлении. Все методы лечения гиперсекреции и гиперацидитас, при всем их богатстве и многообразии, могут быть сведены к основным двум группам: к одной группе относятся все методы лечения, которые имеют прямым объектом своего воздействия самый желудок (щадящая диета, медикаменты и диета, угнетающие сокоотделение и нейтрализующие и связывающие избыточную кислоту и т. п.), эти методы прямого воздействия на желудок, большей частью, оставляют без внимания экстравентрикулярные факторы секреции, не говоря уже об оперативных методах лечения, которые, вследствие создаваемых ими грубых анатомо-физиологических нарушений, сами являются нередко причиной новых страданий.

Новые взгляды на роль экстравентрикулярных факторов и отход от прежних органопатологических установок вызвали к жизни новую группу методов лечения, стремящихся воздействовать на секрецию не прямо, а косвенно, путем перестройки всего обмена веществ.

К методам этого рода принадлежит метод лечения повышенной кислотности обесхлориванием.

Основной идеей всех методов обесхлоривания является стремление воздействовать на кислотность путем изменения хлорного обмена. Однако, здесь же должно быть подчеркнуто, что изменением секреции не исчерпывается все действие обесхлоривания. Так, согласно данным Нордена и по нашим наблюдениям, даже сравнительно нерезкое обесхлоривание при строгой бессолевой диете вызывает заметные сдвиги не только в солевом, но и в водном хозяйстве организма. Эти изменения (обезвоживание, обесхлоривание и относительный перевес калция) создают предпосылки для противовоспалительного действия подобного лечения. Занявшись с 1932 г. изучением вопроса о влиянии обесхлоривающих методов лечения на гиперацидитас и связанные с ним заболевания, мы а priori мыслили следующие возможности обесхлоривания:

- 1) ограничение подвоза хлора,
- 2) удаление хлора из тех мест, где он скопится в больших количествах,
- 3) форсированное выведение хлора через органы выделения.

Первому требованию отвечает строгая бессолевая диета, которая, по уже опубликованным наблюдениям нашей клиники ¹⁾, при достаточно длительном и строгом проведении, дает довольно ободряющие результаты.

¹⁾ Казанский медицинский журнал, 1933 г., № 12

Вторым способом обесхлоривания является удаление желудочного содержимого. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что потеря больших количеств желудочного содержимого оказывает значительное влияние на характер последующей секреции и кислотности.

Еще в 1911 г. Роземанн на собаках с фистулой желудка показал, что удаление желудочного содержимого через фистулу вызывало уменьшение дальнейшего отделения его, и когда это откачивание лишало организм 20% его хлорного запаса, то секреция сока совершенно прекращалась. Недавно (1932 г.) Кач на людях применил такой же прием в виде повторных откачиваний желудочного содержимого. Наблюдения Кача показали, что обесхлоривание путем откачивания создает в течение короткого времени такую перестройку всего организма, которая влечет за собою не только исчезновение болей и обычных жалоб—„ацидизма“, но вызывает ряд пертурбаций в водном и хлорном обмене, изменяющих и угнетающих секреторную работу желудка.

Данный метод изучен нами и результаты этого изучения являются предметом настоящего сообщения.

Мы проводили свои наблюдения над больными с язвой желудка, 12-ти перстной кишки и с гиперацидными гастритами. Обследовано 20 больных. Из них повторно—6 человек прослежены в течение 6—8 месяцев. Секреция и кислотность у большинства больных были повышены и у некоторых довольно значительно (количества сока натошак колебались от 50 до 250 куб. сант., общая кислотность от 60 до 120). Подбирались, главным образом, больные с хроническими заболеваниями, лечившиеся повторно.

После фракционного исследования желудочного содержимого, определения хлоридов крови, мочи и желудочного содержимого, установления солевого баланса при обычной диете, больные на 3—5 дней переводились на *бессолевую диету*. Когда солевой баланс стойко устанавливался на пониженном уровне (выделение 1,5—2,0 гр. Na Cl за сутки), мы приступали к откачиванию желудочного содержимого. Предварительная подготовка бессолевой диетой и продолжение этой диеты в дни откачивания является обязательным условием эффективности откачивания. Уже а priori надо было думать, что откачивание при обычной диете не может создать обесхлоривания; и действительно, проверочные исследования, поставленные в этом направлении, подтвердили наши ожидания. В день откачивания исследовались хлориды крови, чтобы проверить, не произошел ли какой-нибудь сдвиг под влиянием подготовительной диеты; исследования показали, что подготовительный период заметных сдвигов не дает. Поэтому, наблюдавшиеся после откачивания изменения мы склонны отнести всецело за счет влияния откачивания. Хлориды крови, мочи, желудоч. сока и др. показатели исследовались во всех случаях до и после 3—4 откачиваний, в некоторых — до и после отдельных откачиваний. В части случаев исследовалась резервная щелочность.

В ходе работы мы убедились, что для увеличения количества сока и укорочения времени откачивания желудочного содержимого необходимы искусственные стимулы. Беседы о любимых кушаньях, демонстрация вида и запаха отдельных блюд усиливали сокоотделение. В некоторых случаях мы применяли химические и др. раздражители (кофеин, алкоголь, капустный и свекольный соки). Капустный и свекольный соки особенно заметных увеличений желудочной секреции не дали, кофеин и алкоголь дали прекрасные результаты. Отсутствие гистамина заставило нас испытать влияние на секрецию рефлекторных раздражителей. В случаях, где другие раздражители давали слабые сокоотделения, для стимулирования сокоотделения мы применяли кожное раздражение в виде почесывания кожи живота в области желудка жесткой щеткой, что давало быстрое увеличение количества сока. В особенно демонстративных случаях мы получали после раздражения количество сока в 2—3 раза большее, чем за этот же период времени без раздражения. Основанием служили работы Lewis'a, Kalk'a, Rahman'a.

По мнению Lewis'a, явление дермографизма зависит от высвобождения в коже, под влиянием механического раздражения, гистаминоподобного вещества. Проверяя

правильность этой гипотезы, Kalk исследовал влияние интенсивных кожных раздражений (Bürsten der Haut) на больных и убедился, что достигаемое таким путем увеличение количества секрета и кислотности весьма сходно с влиянием гистамина (оно не подавляется атропином).

Rahman в 170 экспериментах на людях, с одновременным контролем лапароскопией и рентгеном, наблюдал заметное действие кожных раздражений на двигательную и секреторную деятельность желудка.

Желудочное содержимое собиралось в получасовые порции. Откачивание длилось в среднем 4—5 часов и повторялось 3—4 дня подряд. На следующий день, после последнего откачивания и спустя некоторое время, повторно исследовалось желудочное содержимое и хлориды крови.

Субъективные ощущения больных в течение откачивания и нижеописанные объективные изменения со стороны химизма крови и желудка показывают, что метод откачивания не является безразличным, а энергично действующим способом лечения. Уже само откачивание вызывает, особенно у больных с повышенной возбудимостью нервной системы, чувство слабости, головокружения, „потемнение в глазах“, некоторую апатичность. Эти явления чаще наблюдаются на 2—3 день, выражены резче всего в последние часы (4—5 ч.) откачивания, ослабевают после приема пищи и быстро исчезают после прекращения откачивания.

Эти неблагоприятные моменты не умаляют значения и ценности данного метода, так как вполне окупаются и компенсируются достигаемыми результатами. К тому же и сами больные охотно идут на продолжение откачивания, после того, как уже первое откачивание реально дало им почувствовать лечебные действия данного метода.

Мучительная изжога, существовавшая месяцами и плохо уступавшая лечению, боли после и до еды, не дававшие у некоторых больных светлых промежутков за последние 3—4 месяца, повторяющиеся рвоты и тошноты—все это поразительно быстро устранялось откачиванием. Раньше всего исчезала изжога (чаще после первого откачивания), резкие боли уменьшали свою интенсивность после первого откачивания. После 3—4 откачиваний боли исчезали во всех случаях. Рвота, которая у одного больного держалась в течение 3 недель, а у другого 6 дней,—исчезла в обоих случаях после первого откачивания. То же наблюдалось и по отношению других диспептических явлений. К этому надо добавить, что улучшение субъективных жалоб, выявившееся с такой закономерностью во время лечения, судя по дальнейшим повторным наблюдениям, стойко держалось в 6 случаях на протяжении 6 месяцев, а остальные находятся под наблюдением 2—3 месяца и рецидивов у них также не наблюдалось. Необходимо подчеркнуть, что вышеописанные изменения достигнуты при сознательном несоблюдении обычных в этих случаях диетических требований; но сколь бы заманчивы и демонстративны ни были результаты влияния откачивания на субъективные жалобы больных, они сами по себе не казались бы достаточно убедительными, если не сопровождались бы показательными объективными изменениями.

Одним из наиболее частых объективных показателей результатов откачивания было изменение количества желудочного содержимого, добытого в течение 30 минут натощак. Уменьшение количества желудочного содержимого при повторном исследовании через 4—6 дней наблюдалось у 14 больных, причем, особенно отчетливо оно выявилось в случаях с резкой гиперсекрецией, давших наиболее выраженные изменения (со 160 куб. см. до 60 куб. см., со 125 до 60, со 140 до 30 и т. д.). Если учесть роль

гиперсекреции в патогенезе многих жалоб наших больных, то та закономерность, с которой гиперсекреция ослабевала, делает несколько понятнее столь часто наблюдавшиеся у наших больных улучшения субъективных жалоб.

Кислотность желудочного содержимого, — наиболее упорно и трудно поддающийся лечению симптом, тоже обнаружила ряд изменений, хотя конечные результаты не были столь благоприятными во всех случаях. В дни откачивания кислотность понизилась в 12-ти случаях, но после 3—4 откачиваний, при повторном контрольном исследовании (через 3—6 дней), она в 6-ти случаях снова вернулась к исходным величинам; в 14 случаях осталась на низких цифрах. Снижение кислотности в последней группе было не только стойким, но весьма значительным. Интересно отметить, что максимальное снижение кислотности наблюдалось в тех случаях, где и хлориды крови дали резкое падение (на 50—90 м/гр. ‰). Заслуживает внимания то обстоятельство, что улучшение субъективных жалоб не шло параллельно с уменьшением кислотности, так как оно наблюдалось и в тех случаях, где кислотность после откачивания снова возросла.

Наконец, третьим объективным показателем результатов откачивания было заметное уменьшение количества слизи. Отдавая себе ясный отчет о том, что наличие слизи не всегда указывает на воспалительный процесс, мы все же должны отметить, что в подобранном нами материале, как анамнез, так и исследование самой слизи и рентгеновское исследование давали все основания считать эту слизь продуктом воспалительной реакции желудка. Подобное влияние откачивания на количество слизи и сочетание этого явления с другими вышеотмеченными изменениями со стороны количества желудочного содержимого и изложенными ниже изменениями со стороны химизма крови, может быть, повидимому, отнесено за счет противовоспалительного действия этого метода.

Наблюдения над хлоридами крови, до и после откачивания, показали, что в тех случаях, где строго соблюдалась вышеописанная методика, получалось уменьшение количества хлоридов крови. Уменьшение количества хлоридов крови находилось в большой зависимости от количества удаленного откачиванием желудочного содержимого. В тех случаях, где за дни откачивания удавалось удалить не более 1000—1200 гр. желудочного содержимого с общим количеством хлористого натра до 7 грамм, наблюдались и не резкие сдвиги хлоридов крови. В тех же случаях, где удавалось, путем стимулирования сокоотделения или при самостоятельной гиперсекреции, удалять до 3000 гр. желудочного содержимого с содержанием 25—31 граммов хлористого натра, мы наблюдали максимальное уменьшение хлоридов крови.

Не менее отчетливыми были изменения со стороны остаточного азота, ксантопротеина и резервной щелочности крови. У большинства исследованных в данном направлении больных наблюдалась определенная тенденция к увеличению остаточного азота (с 16 до 30, с 23 до 44, с 20 до 39), ксантопротеина (с 17 до 38, с 25 до 42, с 32 до 60) и резервной щелочности (с 72 до 80, с 74 до 82). Однако, эти изменения не во всех случаях были резкими и ни в одном из них остаточный азот не переходил высшей границы нормы.

Несмотря на это, мы считаем необходимым подчеркнуть, что достигнутые в столь короткий срок изменения химизма крови свидетельствуют о глубине вызываемых откачиванием желудочного содержимого сдвигов обмена веществ и в то же время заставляют помнить об известной осмоторигительности и осторожности, необходимой при применении этого метода, ибо несоблюдение этих условий может быть чревато неприятным, а порою и опасным для жизни явлением гипохлоремической азотемии¹⁾.

В дни откачивания у большей части больных отмечались похудание и убыль в весе; но эти изменения веса не являются отрицательной стороной метода, так как падение веса идет за счет потери организмом воды. Здесь нужно считаться, прежде всего, с прямым удалением жидкого желудочного содержимого (до 3000 куб. см.), к этому присоединяется и повышение диуреза, которое наблюдалось у некоторых больных в ближайшие за откачиванием дни, что нужно поставить в связь с выделением хлористого натра. Однако, в последующие дни вес не только постепенно выравнивался, но и давал нарастание, по сравнению с исходными величинами, на 800—1000 грамм (за 4—6 дней).

Описанные выше изменения, наблюдавшиеся нами, со стороны субъективных жалоб и сдвигов в обмене веществ, являются прямым следствием обесхлоривания организма, созданного откачиванием желудочного содержимого. Хотя эти изменения, в силу способности организма к компенсированию и восстановлению нарушенного равновесия, и могут впоследствии выравниваться, все же, судя по результатам дальнейших наблюдений над больными, можно думать, что на известном этапе заболевания, создаваемая откачиванием даже кратковременная перестройка неблагоприятной для организма установки обмена может служить весьма ценным терапевтическим фактором.

Возможно, что, периодически повторяя подобные курсы лечения, мы достигнем еще лучших и, наиболее стойких результатов²⁾.

Отсутствие необходимости в строго щадящей диете, кратковременность всего курса лечения, быстрота и эффективность его воздействия на субъективные ощущения больных—все это делает метод откачивания желудочного содержимого, особенно в комбинации с бессолевой диетой, ценным оружием в деле борьбы за быстрое восстановление трудоспособности.

Несмотря на то, что, как показывает наш опыт, контроль упомянутых выше сдвигов обмена веществ не является обязательным для каждого случая (незначительный диапазон этих сдвигов), все же можно пока рекомендовать проведение дней откачивания в стационаре, где в случае надобности такой контроль обеспечен.

¹⁾ Проф. Лепская и д-р Могилевский. „Гипохлоремическая азотемия“. Каз. мед. журн. 1933 г., № 5—6.

²⁾ Результаты такого рода исследований будут предметом нашего последующего сообщения.

Пропедевтическая терапевтическая клиника Казанского государственного медицинского института. Директор проф. А. Г. Терегулов.

К вопросу о хлорном обмене организма и лечебном значении отведения желудочного сока.

Ассист. Н. Н. Ковязин, Д. М. Асамбаев, ординатор Х. Б. Раимова и О. К. Курганова.

Еще со времен Voita нам известно, что для жизненного равновесия минеральные соли, в том числе и поваренная соль, также нужны организму, как белки, углеводы, жиры и вода.

Общее содержание соли в организме взрослого человека по Magnus-Levy равняется 150,0 гр., при суточной потребности в 6,0—8,0 гр.

Распределение NaCl в различных органах и тканях неравномерно; больше всего его содержится в крови и подкожной клетчатке. Колебания соли в органах и тканях нормально происходят в узких пределах.

В то же время, по исследованиям Urbach'a, Valgren'a, Patdberg'a и Капланского, в противоположность Erpingery, подкожная клетчатка содержит NaCl значительно меньше, чем сама кожа. Содержание соли в подкожной клетчатке, по данным Urbach'a, составляет от 50—80 mg. ‰, а в коже, по Капланскому, от 250 до 400 mg. ‰, т. е. приближается к содержанию хлоридов крови—500—600 mg. ‰.

Кожа, по наблюдениям указанных авторов, является одним из главных депотных органов для NaCl, где соль твердо не фиксируется, легко мобилизуется, относительно быстро уходит и воспринимается, чем отличается от других органов и тканей. Так, через 1 час после внутривенного вливания 15 к. с. 10‰ раствора поваренной соли, количество ее в крови не превышает нормальную цифру, увеличиваясь с 520 до 550 mg. ‰, а в коже за это время увеличивается с 415 до 615 mg. ‰.

Также NaCl относительно легко отдается кожей. При бедной хлористыми солями пище собака теряет до 20‰ всего количества хлористого натрия, находящегося в организме, при чем почти 90‰ потери происходит за счет уменьшения содержания соли в коже (Valgren).

Нормально, хлориды выделяются большей частью с мочей—от 15,0 до 30,0 гр. в сутки, в меньшей степени через кишечник—до 1‰ или до 2,5 гр. в сутки и через кожу—до 0,02‰ или от 0,05 до 1,5 гр. в сутки.

Хлориды, выделяемые желудочным соком, поступают в кишечник, где всасываются и снова откладываются в депотных органах, совершая таким образом круговорот в организме. Хлориды в желудке выделяются в виде соляной кислоты—активного хлора и нейтрального хлора. Отделение хлоридов в желудке идет независимо от секреторной функции его. В различные моменты секреции содержание хлоридов может варьировать. При функциональных нарушениях секреторной деятельности желудка—*achylia gastrica*—отделение хлоридов может продолжаться нормальным порядком.

В крови NaCl находится в виде ионов хлора, которые являются кислотными ионами. Запасы хлора в организме пополняются с пищей. Введение пищи в желудок вызывает круговорот хлора в организме. Хлор мобилизуется из депотных органов, переходит в кровь, вызывая временную гиперхлоремию. Из крови этот хлор переходит в железы желудка для образования соляной кислоты, частью избыток удаляется с мочей и вскоре равновесие хлора в крови восстанавливается. Затем происходит всасывание хлоридов в кишечнике, поступивших из желудка, как эндогенного, так и экзогенного происхождения, которые в дальнейшем через кровь, вызывая вторично явления гиперхлоремии, идут в депотные органы, а избыток выделяется почками. Таким образом, акт пищеварения сопровождается движением хлора во всем организме.

Желудочная секреция отнимает у организма большое количество кислых ионов хлора и ведет к временному нарушению кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза, который быстро компенсируется щелочной секрецией поджелудочной

железы, печени и кишечника. К тому же, вскоре кислые и щелочные ионы, поступившие в пищеварительный тракт, всасываются и нарушенное кислотно-щелочное равновесие окончательно восстанавливается. В зависимости от этого, в разгаре пищеварения, в течение некоторого времени моча может быть щелочной.

Кроме участия в кислотно-щелочном равновесии, хлориды играют большую роль в осмотическом давлении крови, оказывая, на ряду с другими координирующими факторами, существенное влияние на обмен между тканями и кровью. Этим конечно, не ограничиваются вопросы хлорообмена организма.

Ряд экспериментальных наблюдений позволяет думать о существовании взаимосвязи хлорообмена с влиянием центральной и вегетативной нервной системы. Так, по наблюдениям Abe и Sakata, введение гипертонического раствора соли в *art. carotis* в направлении тока крови сопровождается увеличением содержания NaCl в крови и моче, чего не наблюдается при введении этого раствора в *v. jugularis*. В то же время, введение гипотонического раствора в *art. carotis* сопровождается обратным явлением, гипохлоремией, чего не бывает при интравенозном введении. Отсюда, Abe и Sakata делают вывод, что приток к мозгу гипертонического раствора соли ведет, при участии солевого центра, к усиленной отдаче хлоридов из тканей в кровь и, вследствие этого, к усиленному выделению их мочей и, наоборот, уменьшенный приток соли к мозгу вызывает фиксацию ее в тканях и ограничивает выделение с мочей. Локализация гипотетического солевого центра точно неизвестно. По Jungmann'у, Meyer'у он находится в верхних отделах продолговатого мозга, а по Pick'у, Aschner'у в промежуточном мозгу.

Влияние солевого центра на хлорообмен осуществляется через посредство симпатической нервной системы. Укол в продолговатом мозгу вызывает солевые нарушения. Эффект этот не наступает, если укол производить после перерезки nn. splanchnici (Jungmann и Meyer).

Эндокринная система имеет также большое влияние на хлорообмен. Известно, что при гиперфункции щитовидной железы наблюдается усиление хлорообмена, а при гипофункции—понижение обмена. По Veil'у препараты щитовидной железы в дозе 0,3 гр. $\times$ 3 pro die повышают выделение поваренной соли с мочей, при отсутствии изменений в содержании хлоридов в крови. Зобная железа является антагонистом щитовидной железе; прием препаратов ее, наоборот, сопровождается понижением содержания хлоридов в крови. Инкрет надпочечников—адреналин, а также поджелудочной железы—инсулин вызывают аналогичное влияние на содержание хлоридов крови, как и препараты зобной железы. Действие препаратов гипофиза на хлорообмен еще недостаточно изучено; известно, что препараты передней доли вызывают повышение хлоридов крови. Половые железы и, в частности, яичники также не остаются без влияния на хлорообмен организма.

Выделение хлоридов регулируется, главным образом, деятельностью почек. Регуляция последних совершается в двух направлениях. При обеднении организма поваренной солью, почки, для сохранения хлорного запаса, выделяют мочу, свободную от NaCl, а, при избыточном содержании, повышают выделение его. Таковы в основном современные представления о хлорообмене организма.

Отсюда видно, что хлорообмен является весьма сложным и одним из важнейших жизненных процессов человеческого организма.

Вопросы воздействия на различные болезненные процессы путем дехлорирования организма все больше и больше привлекают внимание клиницистов. Noorden, Strauss, Katsch, применяя в течение длительного времени бессолевую диету, видели чрезвычайно эффективные результаты при пептических язвах желудка и гиперацидных гастритах. Могилевский, Рапиовец, Потехин и Медведева также отмечают определенное благоприятное действие бессолевой диеты при язвах желудка и гиперацидных гастритах. Они видели понижение секреции и кислотности желудочного сока, а в отдельных случаях уменьшение и исчезновение ниш.

В основном, авторы связывают благоприятное влияние бессолевой диеты с изменениями хлорообмена организма. При продолжительном применении диеты вызывается дефицит в хлорном хозяйстве, в зависимости

от чего затрудняется мобилизация хлоридов из делотных органов в период деятельности желудка и, кроме того, по данным Noorden'a и Katsch, бессолевая диета оказывает еще и антифлогистическое действие при воспалительных процессах вообще и гастритах, язвах желудка в частности.

Noorden рекомендует бессолевую диету при лечении всех видов гастритов, при воспалительных процессах в легких, в том числе и туберкулезе, коликах, заболеваниях печени, желчного пузыря, суставов, кожи.

Katsch, придавая большое лечебное значение дехлорированию организма при язвах и гастритах, в последнее время предложил для усиления дехлорирующего действия бессолевой диеты *систематическое отведение желудочного сока*, считая, что, при такой комбинации, дехлорирование организма идет быстрее и тем самым скорее получается необходимый эффект. Katsch при этом исходил из следующих положений. При пептических язвах и гиперацидных гастритах всегда имеется гиперсекреция и кислый желудочный сок; путем отведения последнего можно удалить большие количества кислотных масс, а вместе с ними хлоридов и, таким образом, вызвать сильное дехлорирование организма. Действие отведения желудочного сока усиливается, если перед отведением, в течение трех дней, держать больного на строго бессолевой диете. В отдельных случаях, для усиления дехлорирующего действия, помимо отведения желудочного сока, Strauss и Katsch прибегают к инъекциям histamin'a и salyrgan'a. Исходя из этих положений, Katsch на диететические особенности пищи особого внимания не уделяет и считает, чтобы пища была не раздражающей, готовилась вкусно, разнообразно и из таких продуктов, которые и без соли могли охотно употребляться больными.

При таком комбинированном воздействии на организм, Katsch видел большие изменения: увеличение щелочности крови до 25—50%, а, следовательно, изменение кислотно-щелочного равновесия; падение хлоридов крови до 350 mg. %; увеличение диуреза; уменьшение выделения NaCl мочи; увеличение pH мочи; количественное уменьшение секреции желудочного сока, без особого влияния на кислотность.

Так как метод, рекомендованный Katsch'ом, представляет один из видов активного вмешательства в хлорное хозяйство организма, связанный с большой внутренней перестройкой, естественно возникает вопрос о допустимости дехлорирования организма с точки зрения экспериментальных и клинических наблюдений.

Как известно, организм может переносить ограничение поваренной соли без особого ущерба только до определенных пределов. Продолжительное лишение соли вызывает состояние солевого голода, выражающееся в нервно-мышечной слабости, потери трудоспособности, головных болях, что часто наблюдается у сердечных и почечных больных, находящихся долгое время на бессолевой диете и нередко, при заболеваниях почек, принимается за уремию.

При кормлении кроликов пищей, лишенной поваренной соли, при одновременной даче диуретина, наступает смерть при явлениях полвой прострации и судорог (Gruppenwald).

При введении в организм больших количеств брома, последний вытесняет хлор, задерживается в тканях, желудок начинает выделять бромистоводородную кислоту.

Этим замещением можно понизить содержание хлоридов в организме на $\frac{1}{3}$, а при дальнейшем лишении выступают тяжелые явления со стороны нервной системы (Tobler).

При минимом кормлении собак можно отвести у них через фистулу большое количество желудочного сока а вместе с ним и хлориды. При потере хлоридов

до 20% всего запаса организма желудочный сок перестает выделяться и вскоре животное гибнет при явлениях общих расстройств (Rosemann).

Staues дважды видел типическую тетанию: в одном случае при лечении hyperaciditas бессолевой диетой с отведением желудочного сока и в другом—после форсированного лечения salyrgan'ом при бессолевой диете.

Описаны также случаи Balton'ом, Rohdenburg'ом, Bucher'ом и др. наступления алкалоза при проведении Sipprukur, где одновременно, при диете с ограниченным содержанием поваренной соли, проводится сильное подщелачивание организма—в сутки дается 32,0 gr. Natr. bicarbon., 7,5 gr. Magn. ust., 0,8 gr. Calc. carb.

В одном из наших наблюдений мы также видели наступление явлений алкалоза, о чем подробно будет сказано ниже.

При патологических условиях, в частности, при заболеваниях желудка и кишечника, сопровождающихся рвотой, поносами—сужение выхода желудка, стеноз кишечника, неукротимая рвота, холера, энтериты—происходит большая потеря организмом воды, хлоридов—в связи с чем в крови повышается содержание бикарбонатов и сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза. В результате чрезмерного алкалоза наступает тетания, вызываемая хлорным и водным дефицитом, изменениями минерального, а также, по данным Morawitz'a и Schloss'a и белкового обмена. Morawitz и Schloss при заболеваниях, сопровождающихся обильной рвотой, поносом, а также при быстром спадении отеков у больных, находящихся на бессолевой диете, находили повышение содержания остаточного азота в крови не ренального происхождения, что дало им право говорить об „Salzman—gelutämie“.

Наши наблюдения вполне подтверждают данные Morawitz'a. После трехдневного отведения желудочного сока, мы находили довольно сильное повышение остаточного азота крови. Так, после трех дней отведения, остаточный азот крови переходит нормальное содержание, доходя до 110 mg/o и затем постепенно падает; на пятый день после отведения желудочного сока он все же еще остается повышенным в пределах—75 mg/o.

Этим, по всей вероятности, объясняется, что Katsch в последней своей работе отказывается от форсированного отведения желудочного сока, которое он проводил в течение трех дней и даже в некоторых случаях—целой недели и рекомендует проводить отведение сока в течение непродолжительного времени и небольшими порциями.

Итак, на основании вышеизложенного, можно считать, что дехлорирование по методу Katsch'a представляет безразличную операцию для организма и его, повидимому, можно проводить только до определенного предела 15—20% общего хлорного запаса (Rosemann, Katsch). Эти цифры—предел подвижного резерва хлоридов организма, дехлорирование выше этого может повлечь за собой общие расстройства организма, вплоть до тетании.

Настоящей работой мы решили проверить лечебную ценность бессолевой диеты и отведение желудочного сока по методу Katsch'a при пептических язвах желудка и гиперацидных гастритах.

Наблюдения были проведены при следующих условиях. За три дня до отведения желудочного сока, как и в течение всего наблюдения, больные находились на диете с определенным содержанием поваренной соли. Часть больных (3 случая) находились на диете, где суточное содержание поваренной соли не превышало 1,5 gr.; остальные были проведены при содержании соли в диете от 2,7 до 3,2 gr. в сутки.

Всего проведено 15 наблюдений, из них 10 с язвой желудка и 12-перстной кишки, в том числе два с повторным отведением желудочного сока.

Средняя продолжительность наблюдения больных равнялась 22 дням.

Большое значение при проведении этих наблюдений мы придавали подбору больных и требовали от них безусловно аккуратного, без каких-либо нарушений проведения всех наших указаний, которые необходимы были для выполнения поставленной задачи.

Медикаментозное лечение было исключено.

В первый день наблюдения, после трехдневного пребывания 6-го на указанной диете, утром натощак определялись резервная щелочность и хлориды крови, рН мочи и только затем вводили зонд, который оставался в желудке различное время от 3 до 8 часов ежедневно в течение 3-х дней. Желудочный сок отводился путем сифона, прибегая к шприцу только время от времени.

Через каждые два часа учитывался рН мочи. В отведенном желудочном соке определялось количество, кислотность и валовое содержание хлоридов; в дни отведения точно учитывался суточный диурез и выделение хлоридов с мочей.

На второй день отведения все наблюдения шли в том же порядке. На третий день отведения, резервная щелочность и хлориды крови определялись к концу отведения, а не утром; остальные виды наблюдений проводились обычным порядком. Через несколько дней после отведения (3—4 дня) — повторный анализ желудочного сока и в ряде случаев определение резервной щелочности и хлоридов крови.

Данные наших наблюдений можно резюмировать следующим образом:

Общее количество отведенного желудочного сока за три дня в среднем равнялось 1095 к. с.; в одном случае было отведено 3620 к. с. Максимальное количество отведенного сока падает на первые дни. Кислотность желудочного сока, определяемая ежедневно, давала колебания в узких пределах.

Концентрация хлоридов в отведенном желудоч. соке изменялась также в узких пределах, но абсолютное количество их варьировало, в прямой зависимости от количества отведенного сока, — в пределах от 5,34 до 19,05 гр. за три дня и в одном случае — 34 29 гр.

При повторном, контрольном исследовании желудоч. сока можно было отметить закономерное понижение секреции сока в среднем на 37,5%. Кислотность понижалась не во всех случаях — у семи язвенных больных и в двух случаях гиперацидного гастрита. В одном случае, где имелась только повышенная кислотность без явлений гиперсекреции, понижение кислотности отметить не удалось и в другом — уменьшение кислотности только в пробе натощак.

Резервная щелочность крови, при ежедневных определениях, дает увеличение, сдвиг в сторону алкалоза, достигая больших цифр к концу третьего дня. Через 3—4 дня после отведения резервная щелочность продолжала оставаться повышенной, несколько приближаясь к своей исходной цифре.

Примерная динамика резервной щелочности по дням:

Первый день — 55,5; второй — 60,4; третий — 64,3; через 3 дня — 60,5 в одном случае.

Первый день — 56,7; второй — 61,4; третий — 70,0; через 4 дня — 63,3 в другом случае.

Хлориды крови понижаются в среднем на 25%, при чем наибольшее падение отмечается на третий день отведения — до 355—375 mg%; в одном случае — до 313 mg%. Через 3—4 дня после отведения хлориды крови приближаются к исходной цифре, но еще не доходят до нормы.

рН мочи закономерно и быстро реагирует на отведение желудочного сока, сильно увеличивается и доходит до 7,2, 7,9 и в одном случае — 8,2.

Примерная динамика рН мочи по дням отведения при определении через каждые два часа:

Первый день — 5,0; 5,4; 5,6;

Второй „ — 5,4; 5,6; 7,2;

Третий „ — 6,0; 7,6; 7,9;

В другом случае:

Первый день—5,5; 6,0; 6,4;

Второй „ —5,6; 5,8; 6,0;

Третий „ —6,1; 6,6; 7,1;

Суточное количество мочи обычно увеличивается до 177%. Содержание хлоридов в моче падает до низких цифр—до 3,5 гр. в суточном количестве мочи.

Общее количество хлоридов, удаленных из организма путем отведения желудочного сока и мочи, достигало в среднем 32,77 гр.; в одном случае—68,29 гр.

Вес тела больных за три дня обыкновенно падал на 2—3 к.

Субъективные жалобы больных, болевые ощущения, изжога определенно уменьшались, а иногда купировались на другой день после отведения желудочного сока. В отдельных случаях этот стойкий эффект держался в течение всего времени наблюдения, в ряде случаев всетаки эффект был нестойким, больные жаловались на возврат болезненных ощущений, хотя нужно отметить, что они не достигали такой степени, как было до лечения отведением. Объективные симптомы, как-то пальпаторная и перкуторная болезненность, а также висцеро-моторные и сенсорные рефлексы уменьшались, исчезали значительно раньше, чем при других методах лечения.

Общее впечатление, в пределах наших наблюдений, таково, что отведение желудочного сока несомненно дает лечебный эффект. Для иллюстрации, приведем благоприятный результат, полученный у одного больного, переведенного из другой клиники после продолжительного лечения *ulc. ventriculi* без какого-либо результата. После отведения желудочного сока, на другой день боли купировались и в дальнейшем полученный эффект стойко держался в течение нашего наблюдения.

Из всех больных вернулись в клинику двое, один через 5 месяцев, другой через 6 мес., хотя всем им было указано на необходимость постоянной связи с клиникой. Они вернулись с теми же жалобами, что и при первом поступлении в клинику. Больным было вторично проведено лечение по методу Katsch с благоприятным результатом.

В одном из наших случаев, где в общей сложности было непредусмотрительно удалено из организма до 68,0 гр. хлоридов, мы наткнулись на грозные явления алкалоза, которые выразились в появлении резкой слабости, полной прострации, ощущении какого-то страха, сердцебиении, появлении холодного пота и ощущении одеревенения конечностей.

Случай этот касается больного Б., 36 лет от роду, с *ulc. pepticum jejuni*, с явлениями *hyperaciditas* и *hypersecretio*. Натощак у него было добыто 355 к. с. желудочного содержимого без каких-либо явлений застоя с содержанием свободной HCl—70 и общ.—90. После пробного завтрака по E h m a n n'у—св. HCl—104 и об.—126. Реакция на кровь в соке отрицательная, а в faeces положительная.

В течение 3-х дней у него было отведено 3620 к. с. желудочного сока.

Резервная щелочность вначале была на грани нормы—53,8 (норма от 55 до 70), на второй день—69,1 и на четвертый 67,2. В третий день отведения она не была определена в виду наступления алкалоза. Содержание хлоридов на второй день 313 mg %; pH мочи на второй и третий день—7,9 и 8,2. Хлориды крови через 4 дня после отведения—435 mg %.

Описанные явления алкалоза прошли самостоятельно без вливания раствора соли через 2 часа.

Заканчивая этим обзор наших наблюдений, необходимо прежде всего отметить, что отведение желудочного сока по Katsch'y представляет один из видов активного и недозированного вмешательства в хлорный обмен организма. Это вмешательство сопровождается быстрым и интенсивным дехлорированием организма с большой внутренней перестройкой, в смысле нарушения ионного состава крови, кислотно-щелочного равновесия, в известной мере водного и белкового обмена, что, с точки зрения целесообразности, представляет едва-ли желательное явление.

Терапевтический эффект отведения желудочного сока, при наличии определенных благоприятных изменений в желудочной секреции, не вызывает возражений. Один и тот же результат получается при отведении желудочного сока с содержанием в диете поваренной соли до 1,5 гр. и до 3,2 гр. в сутки, что говорит о возможности лечения по методу Katsch'a и не при строго бессолевой диете.

Лечение одной бессолевой диетой по Noorden'y и Strauss'y, без отведения желудочного сока у язвенных больных и гиперацидных, сопровождается благоприятным эффектом в силу также дехлорирования организма, но здесь процесс дехлорирования идет медленно, а потому не вызывает резкую внутреннюю перестройку, которая наблюдается при лечении по методу Katsch'a.

Применяемые нами обычные диеты у язвенных больных, как известно, также дают чрезвычайно благоприятный терапевтический эффект. Яроцкий, применяя свою диету при язвах желудка, получал резкое уменьшение секреции, понижение и даже полное исчезновение соляной кислоты в желудочном соке.

В большинстве применяемых язвенных диет содержание поваренной соли ограничено.

Если взять количество поваренной соли, находящееся в язвенных диетах, и сравнить его с содержанием в бессолевой диете, то в этом отношении можно отметить отсутствие большой разницы. Так, в диете Яроцкого содержание поваренной соли в первый день равняется—0,064 гр., постепенно увеличиваясь на восьмой день доходит—0,512 гр. в сутки, а с 9-го по 20-й день самое большое содержание в сутки 0,8 гр. В диете Kalk'a поваренная соль, постепенно возрастая, доходит на 27-й день до 1,69 гр. в сутки. Несколько больше соли в диете Lepartz'a—на 14 й день содержание ее доходит до 2,69 гр. в сутки.

Следовательно, если таково содержание поваренной соли в наиболее употребляемых язвенных диетах, то, повидимому, их благоприятный лечебный эффект в известной мере зависит от влияния на хлорообмен путем постепенного дехлорирования организма.

Метод лечения по Katsch'y, как мы видели, дает определенный лечебный эффект в относительно короткий срок, но этот результат достигается путем строгого содержания на утомительной бессолевой диете и активного, недозированного воздействия на хлорообмен организма. Между тем, едва ли есть необходимость часто прибегать к такого рода мероприятиям у язвенных больных и кислотных гастритах, когда мы получаем эффективные результаты путем систематического проведения диететического и лекарственного лечения.

Поэтому, нам кажется, что лечение по методу Katsch'a можно рекомендовать только в некоторых случаях. Именно, в тех случаях, где

другие лечебные мероприятия не дают по тем или иным причинам результатов или тогда, когда больные не в состоянии по различным причинам подвергнуться диететическому режиму. В этих случаях мы и рекомендовали бы проводить отведение желудочного сока по измененной модификации Katsch'a, руководствуясь при этом определением рН мочи, не доводя рН выше 7,0—7,5.

Из терапевтической клиники ЦИУ в 6-це им. Боткина (Директор проф. Р. А. Лурья).

Применение Ostin'a при язвенной болезни желудка.

Д-р М. И. Шевлягина.

Консервативное лечение язвенной болезни желудка в настоящее время все еще остается в значительной мере симптоматичным и несовершенным. Разрешение вопроса рациональной терапии едва ли возможно, пока не будет внесена необходимая ясность в вопрос патогенеза язвы.

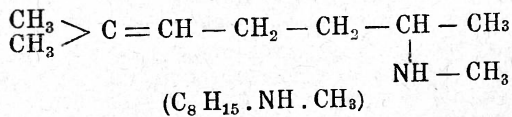
Атропин, папаверин, инсулин, протеинотерапия, гематотерапия, переливание крови—вот арсенал средств, которыми обладает современный врач при симптоматическом лечении язвенной болезни. Очень часто все эти средства не дают нужного эффекта, атропин же—главный медикамент этой терапии—помимо того, обладает еще и побочным действием, влияя на вегетативную и сосудистую систему.

Отсюда искание новых препаратов.

Химико-фармацевтические исследования направлены на выявление препарата, обладающего более мощным спазмолитическим действием, чем атропин и папаверин, но лишеного побочного действия.

Из целого ряда алифатических аминов, обладающих, кроме спазмолитических свойств, и побочными действиями на сосудистую систему, за последнее время был предложен Ostin, обладающий наибольшими противоспазматическими свойствами и практически почти не действующий на сосуды.

Ostin является ненасыщенным алифатическим основанием с формулой:



Он применяется практически в виде кислой виннокислой или солянокислой соли. Основание—бесцветный со специфическим запахом порошок, кислая соль его—порошок белого цвета, хорошо растворимый в воде и спирте.

Фармакологическое действие Ostin'a было изучено сначала экспериментально на кошках, кроликах, морских свинках и лягушках Mügge и Magnus'ом. Исследования касались влияния его на гладкую мускулатуру органов, на кровообращение и токсичности препарата.

Клинические наблюдения над Ostin'ом впервые проведены Umberg'ом и Buschke'на 100 случаях и Palés на 180 случаях. Установлено, что этот новый спазмолитик оказывает заметное болеутоляющее действие при язвах желудка и 12-ти перст. кишки и при спазматических состояниях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (Umberg, Buschke) и затихание болей происходит быстро и вернее, чем при лечении атропином и папаверином. Введение же-

лостей, при лечении язвенной болезни этим препаратом, становится излишним. Ostin оказывает прекрасное антиспастическое действие при болевых ощущениях функционального характера в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, которые часто встречаются у вегетативно-лабильных женщин в климактерическом периоде и идут параллельно с мигренями, далее—при мучительных спазмах, которые наступают после операций на желудке и, наконец, при рвоте беременных (U m b e r, B u s c h k e).

Каждая таблетка содержит 0,15 гр. действующего начала. Каждая ампула—0,1 гр. действующего начала. Таблетки или капли (15—20 капель) рекомендуется принимать в большом количестве воды ($\frac{1}{4}$ стакана). U m b e r и B u s c h k e отмечают, что иногда у вазомоторно-лабильных субъектов при применении Ostin'a появляются чувство жара, сердцебиение, головная боль, потливость, как побочные явления, которые исчезают с уменьшением дозы.

Наши наблюдения касаются 50 стационарных больных клиники с язвами желудка и 12-ти п. кишки и antrum-gastrit'ами в острой стадии, с резким болевым синдромом и рвотами. Ostin применялся только в случаях, резистентных по отношению к атропину и папаверину. Мы назначали его по 2—4 таблетки в день после еды или по $\frac{1}{2}$ ампулы 2 р. в день в течение 5—6 дней; в 20% случаев такое кратковременное применение оказывалось недостаточным из-за скорого возврата болей. При назначении Ostin'a всякая другая медикаментозная терапия снижалась, оставался только постельный режим и диета.

Во всех случаях язвенной болезни и antrum-gastrit'a Ostin резко снижал болевой синдром в первые же 1—3 дня его применения и в дальнейшем совершенно уничтожал боль, Пальпация постепенно становилась почти безболезненной. Диспептические явления исчезали без назначения щелочей, рвоты также прекращались.

В 5 случаях с перивеспирами действие Ostin'a было незначительным.

Таким образом, наши наблюдения над случаями язвы, резистентными к атропину и папаверину, подтверждают мощное спазмолитическое действие Ostin'a.

Приведу для иллюстрации только два случая.

Сл. 1-й. Б-ой X., 32 л., поступил в б-цу 7/III 33 г. с жалобами на очень резкие боли в подложечной об. постоянного характера и кислую рвоту по несколько раз в день через $\frac{1}{2}$ ч. после еды, которая еще больше обостряла боли, сильную изжогу и отрыжку. Считает себя больным с 1925 г. Боли носили периодический характер, обостряясь преимущественно осенью и весной. При поступлении у больного была обнаружена резкая болезненность и резистентность при пальпации в подложечной области и по рентгену „ниша“ на задней стенке малой кривизны; повторно в кале положительная реакция на скрытую кровь.

С 7/III по 15/V 6-ой проводил строгий ulcuscur, применялись атропинизация и папаверин и, несмотря на это, в течение 2-х месяцев ежедневные сильнейшие боли в подложечной области и ежедневно по 7—8 раз рвота.

14/V отменена всякая медикаментозная терапия и назначен Ostin по $\frac{1}{2}$ ампул 2 р. в день под кожу.

15/V боли значительно меньше, рвоты—abs, диспептич. явл. abs.

16/V временами, после того как больной понервничает, появляются боли, однако в значительно меньшей степени, чем раньше, пальпация менее болезненна.

С 18/V боли, рвота, диспептические явления прекратились, пальпация менее болезненна.

С 23/V пальпация безболезненна. Самочувствие хорошее.

Сл. 2-й. Б-ой Г., 35, л. поступил 23/VIII 33 г. с жалобами на острые боли в подложечной области через 2—2 $\frac{1}{2}$ часа после еды, рвота на высоте болей, изжога и отрыжка.

Считает себя больным с 1923 г. Отмечается периодичность болей. При поступлении обнаружено: резкая болезненность справа выше пупка и явная резистент-

ность на месте pylorus'a, „ниша“ малой кривизны, реакция на кровь в кале—отрицательная.

С 25/III по 15/IX 6-ой проводил строгий *ulcus—cure* и атропинизацию. Рвоты прекратились. Резкие боли в подложечной области, изжоги и отрыжки продолжались. Папаверин не оказал заметного эффекта.

Все время оставались резкая болезненность при пальпации и резистентность в области pylorus'a.

15/IX медикаментозная терапия снята, назначен *Ostin* по $\frac{1}{2}$ ампл. $\times$ 2 р. в день.

16/IX боли почти исчезли, пальпация все еще болезненна.

17/IX болей нет, пальпация значительно меньше болезненна, резистентности нет. Изжоги и отрыжки—abs.

23/IX болей нет. Диспептических явлений нет. Живот мягкий, пальпация безболезненна.

28/IX 6-ой выписан в хорошем состоянии.

В некоторых случаях спазмолитическое действие *Ostin'a* контролировалось рентгеном. Стойкий пилороспазм, не поддающийся действию атропина, исчезает после инъекции одной ампулы *Ostin'a*.

Глубокая стенозирующая перистальтика, подтвержденная рентгеном при язве пилорической части желудка, при лечении *Ostin'ом* резко уменьшилась и дошла до нормальной.

В 2-х случаях *Ostin* давал побочные явления, выражавшиеся в легком головокружении, исчезающем с уменьшением дозы; в одном случае *Ostin*, даже в дозе по $\frac{1}{2}$ таблетки 1 раз в день, вызывал настолько резкие головокружения, что пришлось отказаться от *Ostin'овой* терапии.

Эффект, который мы видели на нашем стационарном материале, заставляет нас обратить внимание врачей на этот новый препарат, несомненно занимающий по своим благоприятным свойствам особое место и превосходящий по своему спазмолитическому свойству атропин и папаверин.

Несмотря на то, что мы имели *Ostin* в ограниченном количестве и тем самым не могли назначать его длительно, мы все же приходим к выводам, что он является не плохим подсобным терапевтическим средством при лечении болевого синдрома, обусловленного спазмами в верхних отделах желудочно-кишечного тракта на почве язв желудка и 12-перстной кишки и гастрита антральной части желудка, в особенности же в случаях, резистентных в отношении к атропину и папаверину.

Было бы весьма желательно, чтобы наша химическая индустрия освоила приготовление *Ostin'a* или аналогичного ему алифатического амина.

Из кафедры рентгенологии Госуд. инстит. усоверш. врачей им. В. И. Ленина.

Рентгенотерапия при язве желудка в свете данных радиобиологии и клиники¹⁾.

Р. Я. Гасуль.

I.

Несмотря на то, что уже в 1913 году были сделаны первые довольно удачные попытки лечить язву желудка рентгеновыми лучами (Kodo) и воздействовать освещением на секрецию и кислотность желудочного сока (Brügel, 1916), клиника до сих пор не проявляла достаточного интереса к применению рентгеновых лучей в терапии язвенных процессов и их осложнений.

Некоторые клиницисты и теперь считают, что рентгеном лечат только злокачественные новообразования, и то лишь те, от которых отказываются хирурги.

6 лет т. н. на объединенной конференции Кафедры рентгенологии и терапевтической клиники 25/II 1928 г. мною в докладе *„О применении рентгенотерапии в клинике внутренних заболеваний“* было предложено приступить к лечению язвенных процессов желудочно-кишечного тракта рентгеном.

Однако, призыв не встретил отклика. За все это время клиника уступила нам лишь несколько больных и мы широкой работы в этом направлении проводить не могли.

Holzknacht (ученик которого R. Lenk, один из первых, начал агитировать в Вене за введение в клинику этого нового метода лечения язвы желудка), оказался прав, когда говорил, что рентген для многих терапевтов до сих пор является еще соперником, которого стараются игнорировать, а иногда даже дискредитировать.

Вот почему, в прошлом году некоторым рентгенологам у нас в Союзе пришлось еще раз открыть этот „Новый метод лечения язвы желудка“. На этот раз, нужно сказать, рентгенотерапии повезло. Без боя она отвоевала значительный участок клиники, на котором она сумела выдержать соревнование с другими методами лечения язвы желудка и кишок.

Я поэтому охотно принял предложение осветить вопрос *о рентгенотерапии при язве желудка на основе данных радиобиологии и клиники.*

II.

Для понимания терапевтического действия рентгеновых лучей на язвенные поражения желудка и кишок необходимо ознакомиться с их биологическим влиянием на морфологию и функцию подверженного освещению желудка и соседних по ходу лучей органов брюшной полости и также с общей реакцией организма во время освещения.

До сих пор в основном не опровергнуты те биологические данные, которые были установлены в свое время Bergonié и Tribondeau для различных освещенных тканей, в зависимости от длительности и интенсивности освещения. Мы теперь знаем, что рентгеновые лучи всегда являются в своем *непосредственном* действии *биоотрицательным* фактором, так как в большей или меньшей степени вызывают повреждение наиболее чувствительных тканей, клеток, их морфологии и гермина-

¹⁾ По докладу на объединенном заседании секций терапевтов, рентгенологов и хирургов 5. II. 34 г.

тивных и нутритивных функций (т. е. их размножения и питания). Иногда это выражается в такой форме, что клетки скоро оправляются от этого *фотоэлектронного* инсульта, иногда же наступает стойкое или длительное повреждение. Очень интенсивное облучение ведет к гибели клеток и тканей.

В медицинской литературе мы одно время очень часто встречались с так наз. законом Arndt'a и Schultz'a (невропатолога и фармаколога), по которому малые дозы какого-нибудь раздражителя якобы возбуждают рост и функцию клетки, средние дозы угнетают, а большие—разрушают клетки. Экспериментальные исследования последних лет в области физиологии, фармакологии и радиобиологии показали, что этот так наз. закон Arndt-Schultz'a является фикцией и даже ересью, что в некоторых редких неясных случаях лишь *казалось, будто* малые и большие дозы химических веществ и лучей вызывали противоположные действия на живую клетку (Heubner, Koch, Holzknacht, Pordes, Levy, Dorn, Czera, Schinz, Гасуль и др.). Однако, несмотря на опровержение этого так наз. закона, он, вследствие частых ссылок на него в литературе и его подкупающей простоты для врачебной массы, не искушенной в биологических проблемах,—глубоко засел в головы многих врачей и рентгенологов, которые не подозревают, что *смешивают причину со следствием*, результат *непосредственного* освещения со *вторичным* изменением в тканях.

Утверждение, например, что малые дозы действуют возбуждающим образом на *функцию и рост* клетки—есть биологический *poisens*, так как *функция* клетки, как мы знаем, представляет процесс *диссимляции*, катабизма, а *рост* клетки—есть явление *ассимиляции*, биоплазии.

Каковы же биологические данные, которые лежат в основе рентгенотерапии вообще, а заболеваний желудка и кишок в частности?

Рентгенотерапия вообще базируется на *различной* чувствительности, т. е. различных *реакциях* тканей и клеток на освещение. Найдено, что нормальные клетки, наиболее *дифференцированные*, являются наименее чувствительными (напр. нервные ткани, мозговые клетки, костная ткань и др.). Клетки, находящиеся в постоянном *кариокинезе*, являются наиболее чувствительными. Это—клетки кроветворных органов, *лимфатические* ткани, кожа и *слизистые*. Клетки с *секреторной* функцией (экскреторного или инкреторного характера) также являются наиболее чувствительными к воздействию лучей. *Когда нормальные ткани переходят в патологическое состояние, они приобретают обычно те качества, которые делают их еще более чувствительными.* Это особенно относится к *воспалительным* процессам в тканях. Увеличение *сосудистой* сети, *гиперплазия*, *гиперсекреция*—все это факторы, повышающие чувствительность клеток.

Таким образом, по отношению к морфологии и функции желудка и кишок мы должны уже *a priori* предполагать очень большую чувствительность *слизистой* с ее *секреторными* клетками. При наличии гиперфункции желез и гиперплазии слизистой, чувствительность должна быть еще более повышена. Regaud, Lacassagne установили патоморфологические изменения в нормальной слизистой после *больших* доз. *Небольшие* дозы, обычно употребляемые в рентгенотерапии, не вызывали видимых морфологических изменений (Strauss). Однако, функция желез (секреция и кислотность) слизистой понижалась после терапевтических доз (Szegö и Rother, Brügel, Miescher, Wachter, Югенбург). После прекращения освещений функция вновь приходила в норму. Наибольшей чувствительностью, однако, обладают *лимфатические* ткани солитарных узелков или же Рауе-овских бляшек в под-

слизистых слоях. Лимфоциты погибают, но, как ткань с высокой регенеративной способностью, зарождаются вновь.

То же самое, но в меньшей степени, можно сказать и по отношению к *эндотелию кровеносных и лимфатических сосудов*, и здесь после значительных доз наступают патоморфологические изменения. Малые дозы вызывают изменения, ведущие к не длительной дилатации и *гиперемии*. Что касается нервной ткани, то здесь, казалось, в виду высокой дифференциации, чувствительность должна была быть наименьшей. Однако, мы наблюдаем после освещений *обезболивание (аналгезию, анестезию)*, понижение рефлексов, прекращение спастических состояний, явления *спазмолиза (Wilms)*. Ricker нашел изменения *возбудимости стенок сосудов* после освещений.

Конечный эффект освещения какого-нибудь внутреннего органа рентгеновыми лучами представляет сумму (а, может быть, и произведение) эффектов освещений каждого элемента органа и соседних с ним органов и тканей. В эффекте освещения, напр., желудка будет таким образом отражен эффект освещения и селезенки, и части печени, и поджелудочной железы и надпочечника. Из этих органов наиболее чувствительным является селезенка, освещение которой вызывает *повышение свертываемости крови*. В меньшей степени действует аналогично и освещение печени. Освещение надпочечников вызывало понижение кровяного давления при гипертонии.

Было бы не логично предполагать, что изменения при местном освещении не должны отражаться на общем состоянии организма. В действительности, общие явления, напоминающие эффект *введения протенинов*, имеют место при освещении и нормальной, и патологической ткани.

Опыты немецких исследователей (Kok и Vorlander, Schwarz), американцев (Wood a. Prime) и русских (Френкель и др.) показали, что одни продукты распада, после общих освещений даже непораженных отделов, так наз. *актинопротеины*, могут вызвать действие, аналогичное непосредственному освещению.

Итак, рентгеновы лучи в терапевтических дозах вызывают:

- 1) *деструктивные изменения в воспалительной ткани, богатой лимфатическими элементами,*
- 2) *образование актинопротеинов,*
- 3) *расширение сосудов пораженной ткани и лучшую ее васкуляризацию,*
- 4) *понижение гиперсекреции желез,*
- 5) *ослабление спазма гладкой мускулатуры,*
- 6) *аналгетическое действие,*
- 7) *уменьшение возбудимости стенок сосудов,*
- 8) *повышение свертываемости крови.*

Все эти факторы, как нельзя лучше, обуславливали успешное применение рентгеновых лучей в терапии *язвы* и сопровождающих язву изменений в желудке (*гастрит, спазмы, гиперсекреция* и т. п.).

III.

После первых опытов Kodon'a, Menzer'a, Ledoux-Lebard, Lenk'a,—дальнейшие наблюдения Piot, Kottmaier'a, Shulze-Berge, Simonetti, Gunsett, Sichel и последние сообщения Cheney,

Parisius'a, Altschul, у нас Голозко, Гольст, Югенбург— полностью подтвердили благоприятное действие рентгеновых лучей на гастрит и язву желудка.

Возражение, будто освещение имело суггестивный характер, было опровергнуто Lenk'ом, который проводил *мнимые освещения*, не имевшие успеха.

Целый ряд авторов в эксперименте на животном и на человеке показал *угнетающее* действие лучей на *секрецию* желудка (Brügel, Wachter, Miescher, Szegö u. Rother, Kolta, Solomon, Oury и др.). Уже через 1 час после освещения *кислотность* значительно понижалась.

Освещение других участков организма не вызывало этого эффекта (Dietrich, Rost).

Перейдем теперь к *клинической* картине *повышенной кислотности, гастрита и язвы желудка* (и оперированного жел.) с сопровождающими ее *гастритами и спазмами*, которые подвергались освещению рентгеновыми лучами.

1. Независимо от того, является ли *повышенная кислотность* изолированным процессом или сопровождающим язву желудка, действие лучей, иногда после однократного освещения, резко меняло симптомокомплекс этого состояния. Изжога, отрыжки, запоры, гастралгии исчезали. Кислотность уже на другой день значительно понижалась, порою достигая субнормальных количеств. Если освещения повторялись 2—3 раза, наступало и стойкое понижение кислотности.

Для иллюстрации—1 случай из многих (Lenk'a).

Б-ной, 51 г., страдает 15 л. изжогой после жирной пищи, последние 4 года—после каждой еды, часто ночью Желудочный сок: свободн. HCl—49, общ.—59, 4 освещения области желудка (необходимыми дозами) в течение 7 дней вызвали приблизительно через 1 месяц значительное субъективное улучшение. Б-ной переносит всякую пищу. Изжога исчезла. Жел. сок: свобод. 17, общ. 34. Спусти 6½ мес.—стойкий эффект.

2. *Хронический гастрит*, главным образом, гипертрофический, дает по Oury и Korbsch'у поразительно быстрое улучшение. Так, в одном случае гранулезного гипертрофического гастрита гастроскопическое исследование (до и после освещения) обнаружило слизистую, ставшую вполне нормальной.

3. Является ли *язва желудка* выражением *вазоневротического экстаза со спастически-атоничным симптомокомплексом* (O. Müller), как лишь неполноценной слизистой, повидимому, врожденной, Bauer, Aschner) или, наконец, по Bergmann'у и Hollerу—выражением *спазмофилии* мускульного слоя слизистой,—лечебное действие лучей во всех случаях основано, как мы это упомянули, на изменении и причины, и симптомов—аномалии желез, сосудов и нервов слизистой, как в смысле их морфологии, так и функции. Тут же необходимо упомянуть и *аналгезирующее* действие лучей, которое в одном случае (Strauss'a) с язвой желудка и частыми гастралгиями вызвало такое обезболивание, что больной не заметил наступившего прободения язвы.

Для большей доказательности авторами обычно брались на лечение больные с хорошо видимыми нишами.

Привожу еще 1 из случаев.

Больн., 52 лет, болен 1 г. Судорожные боли в области желудка, независимо от приема пищи. Частые обострения Жел. сок: свободн. HCl 19, общая кисл. 40. Рентген-язвенная ниша величиной с боб на малой кривизне. После 6 освещений—раз в два дня—спустя месяц—значительное улучшение, Б-ной принимает любую пищу без расстройств. Через 3 месяца ниша исчезла. Жел. сок: свобод. HCl 8, общ. кисл. 20.

Авторы (Kottmaier, Schulze-Berge, Matoni, Lenk, Гольст, Голонзко, Югенбург) отмечают прекращение кровотечения вскоре после освещений (повидимому, на почве попутного освещения селезенки и печени, лежащих по ходу лучей).

Lenk намеренно освещал отдельно селезенку и получал быстрое гемостатическое действие.

Так, в одном случае у женщины 39 л. с судорожными болями и повторной кровавой рвотой, с положительной пробой на Benzidin, после 1 освещения проба на кровь отрицательная. *Кровавая рвота прекратилась.*

Немаловажную роль играют лучи в уничтожении неврогенных спастических состояний в самом желудке или отдельно в кишечнике. Кольцевой спазм в области сегмента локализации язвы расправляется вместе с ускоренным заживлением язвы. Спастические запоры (ваготонического происхождения) быстрее прекращались. Однако, отмечены случаи, когда обычный спазм у входа в нишу раньше исчезал, прежде чем язвенное поражение слизистой заживало. Поэтому доказательно лишь стойкое длительное исчезновение ниши. Статистика дает около 77% клинич. излечения и 13,5% улучшения. Однако, на рубцовые изменения слизистой, подслизистой и серозной лучи не оказывали никакого действия,

4. В этом отношении интересно проследить действие освещений на оперированный по поводу язвы желудок и 12-п. кишку, главным же образом—на плохо функционирующий гастроэнтероанастомоз. Первые удачные освещения в этом направлении были проведены Lenk'ом в 1921 г. в одном случае радикально оперированного рака желудка с плохо функционировавшим анастомозом. Matoni и др. подтвердили эти наблюдения. Видные хирурги считают главной причиной дисфункции анастомоза спастические явления у входа в анастомоз (Blond, Steinde, Körte).

Pribram полагает, что функциональные расстройства после гастроэнтероанастомоза наступают в результате „гиперсекреции, гиперперистальтики и спазмов“.

Спазмолитическое действие лучей полностью объясняет нам эффект излечения в упорных случаях послеоперационных расстройств.

Интересен излеченный случай (Lenk'a) *circulus vitiosus* на почве оперированной язвы желудка.

Б-ной, 31 г., ulc. ventr, гастроэнтероанастомоз, после краткого периода покоя приступы болей и частые рвоты (3—4 раза в день). Диагноз—*circulus vit.* После 5 освещений—прекращение рвоты, отсутствие болей. Излечение. 10 кгр. прибавки в весе.

Аналогичный эффект достигается и в случаях ulc. pepticum jejuni. На основании этих данных вполне резонно требование Lenk'a проводить во всех случаях, оперированных по поводу язвы, профилактическое освещение для предупреждения рецидива, спазма, пептической язвы и др. расстройств. Из 22 сл., анастомоза, леченных им,—15 случаев излечения.

V.

Что касается *показаний и противопоказаний* к рентгенотерапии, то необходимо учесть то обстоятельство, что ни медикаментозное, ни диетическое лечение, ни хирургическое вмешательство не могут быть названы каузальными методами, в то время как рентгеновы лучи действуют, как мы видим, на целый ряд причинных моментов, играющих видную роль в патогенезе язвы.

Действие на повышенную секрецию, на повышенную кислотность, на спазмы, на болевые ощущения—несомненно. *Нервнососудистый диатез*, о котором мы говорили, являющийся этиологическим фактором в язвенном генезе, дает возможность повлиять на этот фактор *язвенной диспозиции* путем *понижения возбудимости сосудов и нервов желудка*.

В этом общем действии—каузальном и симптоматическом—лучи имеют единственную аналогию с *протеинотерапией*, которая по Holler'y, Pribram, Perutz дает при язве желудка хорошие результаты. Изучение биологии лучистой терапии показало, что всякое облучение вызывает образование продуктов распада радиочувствительных клеток. Это продукт распада—клеточные протеины, названные Schwarz'ем *актино-протеинами* (лучевыми протеинами)—повидимому и вызывают конечный эффект общего воздействия на *язвенную болезнь*. В этом духе *вторичного* эффекта освещения рентгеновыми лучами можно говорить о „терапии раздражения“, ставя ее на одинаковую высоту с обычной протеинотерапией.

Какое место должна занимать рентгенотерапия в ряду терапевтических и хирургических методов? Статистика отвечает:—срединное место. При отрицательном результате диетотерапии и применения др. методов (откачивания желудочного сока по Katsch'y, бессолевой диеты, приема медикаментов)—освещать. Если освещения оказались безуспешными—оперировать и *профилактически* освещать.

Кровотечения, каллезные язвы, прободения не являются противопоказанием к рентгенотерапии. Не рекомендуется освещать при рубцовых стенозах с нарушением моторики желудка (желудки типа песочных часов, органические каскады)—при пилоростенозе или дуоденальном стенозе, при перитонических явлениях и при угрожающем прободении.

VI.

Техника и методика освещения должны проводиться по принципу *слабой дробной дозировки*, так как не приходится разрушать в смысле экстирпации патологической ткани, а лишь частичным разрушением лимфатической ткани и изменением функций желез, нервов и сосудов вызвать уже описанные нами благотворные эффекты. Поэтому облучают *большие поля*, чтобы захватить *весь желудок и части печени и селезенки* (для *гемостиптического* действия) *спереди и сзади* на среднем расстоянии в 30 см. волной приблизительно $0,8\text{Å} - 0,15\text{Å}$, т. е. при $120\text{KV} - 160\text{KV}$ ¹⁾ дозой в 25—30% НЕД ($140\text{r} - 180, \text{r}$ международных

¹⁾ У некоторых авторов получались удовлетворительные результаты и при освещении более мягкими лучами (около 100 Kv).

единиц) через фильтр в 0,5 м.м. Cu + 2,0 mm. Al, 1 раз в 2—3 дня, всего 2—3 освещения на поле. Повторение через 1—1½ мес. 2—3 таких серий в течение года. При наличии кровотечений рекомендуется отдельное освещение селезенки дозой в 30—40% НЕД.

В целях более верной локализации поля освещения я предлагаю при просвечивании желудка предварительно отметить на поверхности кожи в лежащем положении больного проекцию наполненного желудка и границ печени и селезенки.

Мой личный опыт рентгенотерапии невелик. Впечатления в единичных случаях (не оперированной и оперированной) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки благоприятные.

Резюмируя изложенное, мы приходим к следующим практическим выводам:

Клинический эффект освещения выражается:—

- 1) в уменьшении и исчезновении болей;
- 2) ослаблении спазма (и спастических запоров);
- 3) прекращении кровотечений (результат попутного и намеренного освещения селезенки и печени);
- 4) уменьшении кислотности (но и при неизменной кислотности имеем хорошие результаты);
- 5) уменьшении и длительном исчезновении ниши;
- 6) уменьшении возбудимости сосудов.

Является ли таким образом рентгенотерапия каузальной? Постольку, поскольку мы влияем на предполагаемые причины язвы—на повышенную возбудимость сосудов и нервов (васоневроз), на повышенную секрецию и гиперацидность, можно считать, что рентгенотерапия—каузальный метод.

В той же мере она является каузальной и при освещении оперированного желудка, главным образом, при нарушенной функции гастроэнтероанастомоза, часто вызываемой спазмом.

Для определения каузальности рентгенотерапии Holzknеcht приводит следующее меткое сравнение: „Если нам удастся вышибить *хотя бы одну* из ножек, на которых покоится болезнь язвы желудка, последняя теряет равновесие и—падает“.

Поэтому, если лучи рентгена могут повлиять *хотя бы на один* главный патогенетический фактор язвы желудка, они заслуживают того, чтобы их применение назвать каузальным и горячо рекомендовать его во всех не противопоказанных случаях и также для профилактических освещений после операции.

Из 1-ой Терапевтической клиники Ц. И. У. при больнице им. Боткина (директор проф. Р. А. Лурья) и Рентгеновского института той же больницы (завед. пр.-доц. Д. Т. Будинов).

К рентгенодиагностике язвы желудка.

П. Д. Тарнопольская.

Если в вопросах воспалительных изменений в желудке решающее слово остается за рентгеновским заключением, если оно отвечает современным представлениям об этом страдании, то не менее важную роль играет рентгеновский метод исследования для диагноза язвенного поражения желудка и 12-п. к.

Это стало особенно ясно теперь, когда хирурги с одной стороны (Kalima, Puhl, Konjetzny) и терапевты с другой (Palleul, Guttmann, Faber и многие другие) описали клиническую картину язвенного и геморрагического гастрита, почти ничем не отличающуюся от картины типичной язвы желудка, где лапаротомия и аутопсия не могли обнаружить и следа пептических поражений желудка.

Из прямых язвенных признаков вначале были описаны воспалительные и рубцовые изменения, как следствие язвенного поражения желудка (пилоростенозы, песочные часы) и только в 1910 г. (Reiche, Faulhaber и Haudek) указали типичное для язвы рентгенологическое выражение, обозначенное Haudek'ом, как симптомы ниши.

В течение многих лет новая методика нахождения ниши при язве была доступна только немногим рентгенологам и в 1912 г. Bieger впервые дает рентгеновские снимки язвы 12-п. к. Еще в 1921 г. Singer из Вены утверждал, что он никогда не видел ниши в 12-п. к., настолько редкой находкой считалась она до того времени. Первые работы Haudek'a в области рентгенодиагностики язвы желудка были дискредитированы в одном случае расхождением с оперативными данными (желудок не был вскрыт), но репутация ниши была вскоре восстановлена, когда тому же автору удалось доказать в аналогичном же случае неоспоримость рентгеновских данных, когда желудок был во время операции вскрыт. Прошло еще целое десятилетие, пока трудность обнаружения ниши и расхождение между клиническими и рентгенологическими данными заставили считать прямые признаки язвы только счастливой находкой рентгенолога и диагностика язвенного поражения базировалась на косвенных признаках, — главным образом спазмах того или иного отдела желудка, сопровождающих так часто язву и дававших основание говорить о ней тогда, когда не удавалось обнаружить нишу.

Классические исследования Akkerlund'a, Berg'a, Chaoul'a, Albrecht'a, коренным образом изменивших технику рентгеновского исследования желудка введением метода рельефа, и в особенности предложенная Berg'ом методика дозированной компрессии при изучении рельефа открыли для рентгенологов новые перспективы тонкой диагностики, допускающей анатомическое изучение внутренней стенки желудка, не вскрывая брюшной полости. Эта методика по праву получила большое распространение при изучении гастритов и внесла много ясности в понимание отдельных воспалительных процессов слизистой желудка.

В работе о гастрите мы подробно остановились на наших личных наблюдениях и установках, сложившихся в результате изучения более 11 тыс. рельефов и описали подробно методику исследования¹⁾

Не меньшую, если не большую роль применение метода рельефа с дозированной компрессией сыграло в диагностике язвенной болезни желудка. Мы не говорим здесь о значении этой методики в определении

¹⁾ П. Д. Тарнопольская. Гастрит в рентгеновском освещении. Советская клиника.

всякий раз дефектов желудка, получающихся начиная с небольших и поверхностных язв до глубоких пенетрирующих и не будем останавливаться в этой работе и на огромном значении этой методики для суждения о динамике язвенных дефектов, определяющих результаты того или иного терапевтического метода и решающей вопрос, подлежит ли данный больной консервативному или хирургическому лечению. Следует обратить внимание на другую сторону вопроса, еще мало затронутую и в специальной рентгеновской литературе, и, насколько мне известно, совсем еще не освещенную в клинических работах, посвященных язве желудка. Больше, чем когда нибудь, врача занимает вопрос о течении язвенной болезни. Обнаружение рентгеновским исследованием дефекта от язвы в виде ниши в желудке или в 12-п. к. в большинстве случаев является у рентгенолога, владеющего современной методикой исследования, делом относительно нетрудным и эту задачу можно считать пройденным этапом рентгенодиагностики язвы желудка.

Не менее важно установить *динамику* язвенной болезни. Изучая систематически больного в течение его пребывания в клинике до, во время и после проведенного лечения, нетрудно рентгенологически установить все этапы—расцвета, заживления и полного исчезновения ниши и восстановления стенки желудка с невидимыми подчас последующими изменениями в области бывшей ниши,—вопрос, который будет подробно освещен в другой нашей работе.

Патологоанатомические данные, многочисленные наблюдения хирургов при операциях на желудке, особенно при резекциях его, учат, что, наряду со свежей или каллезной язвой в желудке и в 12-п. к., часто встречаются типичные для заживающих язв радиарные рубцы, иногда на нескольких, но всегда на типичных для локализации язвы местах. Сумма наличия более или менее глубоких язв и этих рубцов и создает комплекс морфологических изменений желудка, характерных для данного заболевания не только, как для *местной* болезни—язвы желудка, но для особого диатеза организма—*язвенной болезни*. Вот почему определять динамику язвенного процесса желудка во всех стадиях до заживления включительно—является в настоящее время задачей рентгеновского исследования, задачей по существу нетрудной и вполне выполнимой.

Изучая изображение желудка на экране, мы, разумеется, не всегда видим картину радиарных рубцов—конвергенцию складок слизистой к центру—где располагалась раньше зажившая теперь язва, так как это ясное всего бывает в ампуле 12-п. к. или на задней стенке желудка, но мы имеем другие симптомы на экране и на целевом снимке, с безусловной достоверностью обнаруживающие эти рубцы. Это достигается методом изучения рельефа слизистой при язвах.

Свежая язва en face чаще представляется круглым или овальным пятном, в профиль—различной формы, часто шипо-или куполообразной. С уменьшением ее—в периоде заживления—преобразовывается и картина en face, где она проэцируется зубчато ограниченной с звездообразным схождением складок слизистой. Конвергенцию складок к язвенному рубцу впервые подметили и описали Eisler и Lenk.

В профиль заживающая ниша представляется шипообразной или треугольной. Язвенную нишу тем труднее обнаружить рентгенологически, чем больше она, а, в случае реактивного воспаления ее окружности, мо-

жет и совсем быть невидимой (Berg) (резкая набухлость складок слизистой вокруг язвенного кратера). Кровоточащие яввы чаще всего бывают плоские и поэтому легче ускользают при рентгеноскопии, тем более, что, как это указывает Berg, вследствие закупорки кратера сгустком или вследствие аутопластики слизистой (Forssell), язвенный кратер может быть недоступным рентгеновскому наблюдению (резкий Umwandlung). Обычным явлением бывает банальная закупорка язвенного кратера слизью, находящейся в большом количестве в желудке при язве, что служит частым поводом к ошибочной диагностике язвы желудка в тех случаях, когда рентгенолог не может найти нишу. И если, при силуэтном изображении желудка, мы видим заполненные контрастом язвенные дефекты, то в картине рельефа нам доступны тонкие изменения, происходящие в слизистой (как явление сопровождающего гастрита или явление раздражения желудка, его гиперергии).

Складки слизистой (Magenstrasse), как мы убедились на наших многочисленных исследованиях (более тысячи язвенных больных), часто участвуют в образовании ниши, как бы внедряются в язвенный кратер (особенно по малой кривизне); когда же ниша, под влиянием противоязвенного лечения, заживает, складки слизистой еще в течение долгого времени сохраняют свое направление вертикально к малой кривизне, особенно отчетливо, если ниша была у angulus'a или в препилорической части желудка. Этот момент направления складок слизистой вертикально к малой кривизне, особенно у angulus'a, в случаях с явно язвенным течением болезни, с типичным для нее анамнезом, без наличия прямых рентгенологических признаков язвы—ниши, является по нашим наблюдениям опорным пунктом диагностики язвы желудка; и понятно, если на данном участке малой кривизны был язвенный дефект с наклоном складок внедряться в него—когда язвенный кратер запустел—складки еще сохраняют то же направление, указывая на возможность в прошлом наличия здесь ниши. Симптом вертикальности складок еще не дает право рентгенологу думать о возможности язвенного поражения желудка, *если на то нет клинических указаний*, так как вертикально расположенные складки в выходной части желудка мы очень часто встречаем, как невинный вариант игры слизистой, особенно интенсивной в препилорическом отделе желудка.

Ряд случаев, проверенных оперативно, убеждает нас в том, что мы имеем еще *один ценный диагностический признак*, тогда когда нет других рентгенологических указаний на язвенное поражение, а клиника заболевания целиком укладывается в картину язвы.

Из нашего значительного архива приводим только несколько типичных случаев для иллюстрации выставляемого нами положения:

Случай 1-ый. Б-ной П-в, болен три года. Типичный язвенный анамнез. Рентгенологически—ниша на малой кривизне у angulus'a, складки слизистой имеют ясное направление к язвенному кратеру—вертикально к малой кривизне. Через четыре недели, после обычного противоязвенного лечения, явлений ниши нет, но складки слизистой еще направлены к малой кривизне вертикально.

Естественно, что если бы этот больной попал для рентгеноскопии уже без ниши, то, не обратив внимания на эту особенность направления складок слизистой, за неимением иных симптомов патогномичных для язвы, легко можно было бы пойти по ложному пути.

Случай 2-ой. Больной С-н, болен около года, язвенный анамнез с обычным клиническим течением; рентгенологически, при самом тщательном исследовании, ниши обнаружить не удастся, но отмечается вертикальное направление складок слизистой к малой кривизне у angulus'a. Операция—зажившая язва малой кривизны на границе вертикальной и горизонтальной ветви желудка (т. е. у angulus'a).

Случай 3-й. Больной К-в. Складки слизистой направлены вертикально к малой кривизне, где у перехода вертикальной в горизонтальную ветвь желудка имеется отчетливая ниша. Пальпация ее области резко болезненна.

Таких безупречных случаев мы имеем около двадцати, где, помощью методики изучения рельефа с дозированной компрессией, мы имели возможность ставить диагноз язвы желудка исключительно по сохранившемуся направлению складок, что вполне гармонизировало с клинической картиной.

Методика эта дает рентгеновскому анализу возможность соединить анатомические данные с изучением функции желудка, поскольку на ней отражается наличие язвы, а главное,—сделать ряд динамических наблюдений и, вместо изучения только статики язвы, изучать развитие язвенного поражения желудка и его результаты для органа.

Таким образом, применяемая нами методика поднимает рентгеновское исследование на новую ступень, выходящую за пределы изучения обнаруженной у больного ниши и допускающую возможность ретроспективного диагноза там, где, при насыщенной клинической картине, так бедно рентгеновское изображение.

Из кафедры рентгенологии государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Директор—проф. Р. Я. Гасуль).

К рентгенодиагностике оперированного желудка.

Прив.-доц. М. И. Гольдштейн.

Сложная проблема оперированного желудка за последнее время все больше и больше привлекает внимание терапевтов, хирургов и рентгенологов. Систематическое исследование рентгеном желудка, после произведенной на нем операции, дает нам возможность изучить его форму и функцию, позволяет судить об успехах операции, а также своевременно распознавать послеоперационные осложнения и рецидивы заболеваний, требующих в некоторых случаях неотложного вторичного хирургического вмешательства, а в других случаях—предупреждения ненужной вторичной операции.

Из предложенных операций на желудке на первом месте стоят *гастроэнтероанастомоз и резекция с их различными модификациями*. Перед этими двумя главными операциями все остальные, как гастростомия, гастропластика, гастропексия и пр. отступают на задний план.

В изучении свойств оперированного желудка, современному рентгеновскому методу принадлежит исключительная роль.

Рентгеновское исследование производится обычно натощак в утренние часы, во избежание скопления жидкого слоя, приемом нескольких глотков бариевой взвеси; умеренным массажированием, под контролем экрана, удается получить изображение рельефа слизистой и изучить положение и характер складок. С большой пользой может быть применена дуоденальная рамка Берга для прицельных снимков. Для

дозированной компрессии, в качестве пелота, можно также пользоваться умеренно надутой резиновой камерой футбольного мяча. При рентгеноскопии необходимо обратить особое внимание на первые моменты эвакуации через анастомоз и заполнение приводящей и отводящей петель тощей кишки, а также на состояние привратника и начальной части 12-перстной кишки. Последующие приемы контрастной массы до кардии дают нам представление о форме оперированного желудка и его двигательной способности.

Среди операций на желудке широким распространением пользуется *задняя гастроэнтеростомия* (г.-э.), реже передняя с Брауновским анастомозом.

Чаще всего вопрос о г.-э. возникает при язве желудка и ее последствиях, она также является вспомогательной операцией при раке желудка, когда радикальное вмешательство уже невозможно. При рентгеноскопии анастомоз редко занимает наиболее низкую точку в желудке; обычно соединительное отверстие расположено несколько выше над большой кривизной и, при дорзовентральном просвечивании, закрывается нижним полюсом желудка, почему область анастомоза предпочтительнее исследовать небольшими количествами контрастной массой дозированной компрессией. Форма желудка при анастомозе мало меняется; перистальтика в большинстве случаев сохранена, но ослаблена. Опорожнение при нормальном функционирующем анастомозе ускоренное, через час-полтора желудок пуст. По Goetze, при наполненном желудке, первый период эвакуации совершается через анастомоз, второй период—через привратник. Для определения проходимости привратника и состояния 12-перстной кишки необходимо руками, под контролем экрана, блокировать место анастомоза и продвинуть контрастную массу в кишечник по естественному руслу.

Следует подчеркнуть, что, при нормально функционирующем анастомозе, *Bulbus duodeni* заполняется частично и эта псевдодеформация не должна быть учтена как патология. Систематическое исследование рентгеном сводится не только к изучению формы желудка и функции анастомоза, но дает нам возможность проследить за течением основного заболевания, по поводу которого была произведена операция.

Наряду с субъективным улучшением, можно отметить исчезновение ниши, а также спастических явлений, сопутствующих язве желудка. В случаях стеноза с нарушением моторной деятельности наступает быстрое улучшение и по наблюдениям Haertel, Schüller и Palugayau желудок уменьшается в своем объеме и наступает частично обратное развитие эктазии.

Другой частой операцией по поводу язвы и злокачественного образования является *резекция по В-1 и В-2*¹⁾. В первом случае операция заключается в удалении всей привратниковой части вместе с привратником. Культия желудка соединяется с 12-перстной кишкой конец к концу. Форма желудка при В-1 зависит от величины удаленного участка и от положения желудка до операции. Чаще всего желудок уменьшен в своих размерах, приподнят, располагается поперечно и по своей форме нередко напоминает скирр пилорической части. На месте сшивания желудка с 12-перстной кишкой нередко образуется перетяжка, которая определяется на экране благодаря значительному циркулярному сужению просвета.

¹⁾ Billroth 1 и 2.

В тех случаях, когда малая кривизна усечена на большом протяжении, последняя значительно укорачивается, желудок принимает форму кисета. Перистальтика резко ослаблена, едва заметна. Опорожнение, в виду отсутствия привратника и пониженной кислотности,—ускоренное. Благодаря быстрому поступлению значительных количеств контрастной массы в 12-перстную кишку, последняя значительно увеличивается в своем объеме; четко вырисовываются также расширенные Керкринговские складки тощей кишки.

При В-2 также удаляется синус вместе с привратником. Отверстие 12-перстной кишки наглухо закрывается и культи желудка сшиваются с тощей кишкой. Форма желудка также зависит от величины резекции и характера операции; обычно желудок значительно уменьшен в своем объеме, образуя клиновидную, либо воронкообразную форму и полностью расположен влево. Рельеф слизистой может быть получен при упомянутой выше методике приемом небольших количеств жидкой взвеси при дозированной компрессии. Перистальтика едва заметна, вернее отсутствует. Анастомоз при В-2 занимает наиболее низкую точку и, при прохождении первых порций, удается определить заполненные приводящую и отводящую петли, принимающие при дозированной компрессии форму расходящихся ножниц. Опорожнение в большинстве случаев ускоренное, непрерывное и, только после заполнения первых кишечных петель, эвакуация несколько замедляется. Обычно через полчаса желудок—пустой, некоторые авторы отмечают также ускоренную эвакуацию тонких кишек при В-2, через час-полтора видны заполненные *coecum* и *colon ascendens*.

Большой статистический материал русской и иностранной литературы, а также данные терапевтической клиники нашего И-та (директор проф. Р. И. Лепская), подтверждают, что количество больных с неудовлетворительным результатом после хирургического вмешательства весьма значительно; у разных авторов оно колеблется от 20 до 70%. Эти осложнения обязаны функциональным расстройствам, наступившим вскоре после операции, так и рецидивам основного заболевания и механическим последствиям оперативного вмешательства. Рентгеновское исследование осложнений свежес оперированного желудка показывает задержку контрастной массы у анастомоза с увеличенным жидким слоем и замедленной эвакуацией. Berg, Hellmer отмечают у соустья на месте наложения швов воспалительно измененные утолщенные складки слизистой. Значение рентгеновского исследования свежес оперированного желудка ограниченное и до настоящего времени недостаточно изучено.

Наибольший интерес представляют *более поздние изменения оперированного желудка*. Благодаря исследованию Konjetzny и его учеников, результатам гастроскопии (Schindler, Korbsch, Hohiweg, Gutzeit), в особенности же благодаря новейшим рентгеновским данным по изучению слизистой желудка методом рельефа, выяснилось, что наиболее частым фактором, осложняющим результат операции, являются *гастриты*. На рентгенограммах, полученных методом рельефа, воспалительно измененные складки в области анастомоза гипертрофированы с неравномерным пробегом, ригидны, с неровной причудливой зернистой поверхностью, дающей при дозированной компрессии на прицельных снимках просветления округлой либо продолговатой формы; углубления



Рис. 1. Нормально функц. анастомоз.



Рис. 2. Желудок после операции по Бильроту I.



Рис. 3. Нормальное радиарное направление складок слизистой у а-за.



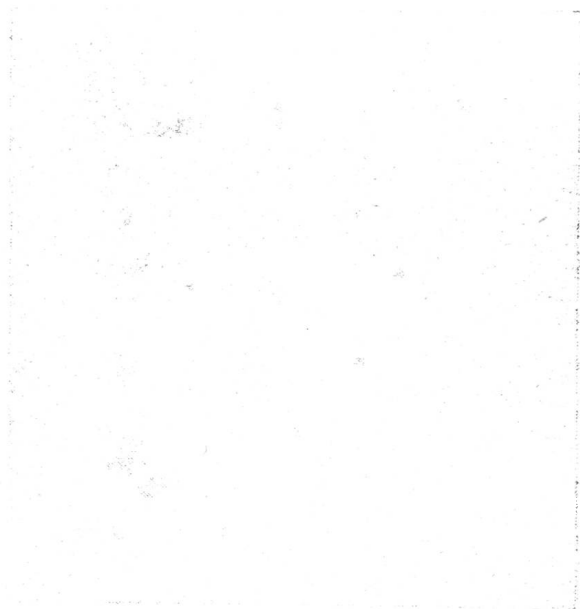
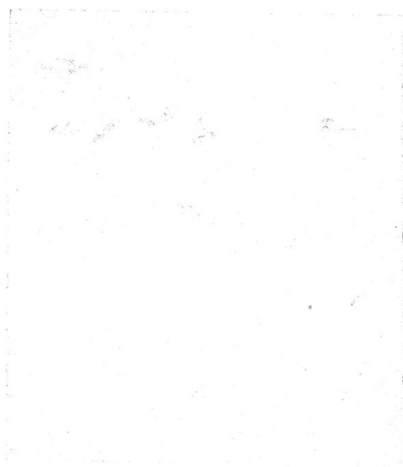
Рис. 4. Гипертрофические складки слизистой у больных с г.-е.



Рис. 5. *Ulcus pepticum jejuni* видна ниша
с конвергирующими складками.



Рис. 6. Прободная дуоденальная язва. При ирри-
госкопии через фистулу заполняются желудок
и тонкие кишки.



между складками значительно сужены. Gutzeit считает характерным для гастроэнтеростомированных диффузное набухание воспалительно измененной слизистой в области соустья, в более тяжелых случаях отечность всей слизистой желудка; зернистость при этой форме гастрита отсутствует.

Значительно утолщенные и расширенные складки могут вызвать закупорку соустья и вторичные явления относительной непроходимости. Под влиянием вредных моментов, воспалительно измененная слизистая может изъязвляться с образованием глубоких дефектов, которые могут давать на рентгене картину ниши. Частыми спутниками гастрита являются спазмы в области анастомоза, гиперсекреция и увеличенное количество слизи. Частицы слизи, перемешиваясь с контрастной взвесью, дают на снимках и при просвечивании мелкие округлые тени на подобие саговых зерен, перемещающихся, в отличие от истинно-зернистого рельефа, при пальпации.

Иллюстрацией могут служить след. примеры.

1. Больной М. в 1929 г. подвергся операции по поводу язвы желудка. Через несколько месяцев боли возобновились. В 1930 г. поступил в терапевтическую клинику с жалобами на боли в подложечной области, появляющиеся через полчаса после еды. При исследовании желудочного сока—повышение общей и свободной кислотности и наличие слизи: скрытая кровь в кале отрицательная. Рентген: на снимке рельефа слизистой определяются утолщенные ригидные складки, конвергирующие к анастомозу, жидкий слой увеличен; замедленное опорожнение через анастомоз, видны набухшие петли отводящей и приводящей петель. Заключение: послеоперационный гастрит.

2. Больной Т. поступил в клинику с жалобами на боли режущего характера, наступающие ночью, а также натощак. В 1927 г., операция по поводу язвы 12-перстной кишки. Через три месяца опять появились боли, сопровождающиеся рвотой. Желудочный сок: гиперацидитас, много слизи и желчи. Рентген: значительно расширенные, переплетающиеся между собой складки по всему желудку, с радиарным направлением к анастомозу. Обилие клубочков слизи. „Schüttelung“ в области Forgya. Болезненность при надавливании у соустья. Клиническое и рентгеновское заключение—гипертрофический гастрит.

Воспалительные изменения *после радикальных операций* мало изучены. Meyer'ом описаны воспалительно-утолщенные складки с звездчатым их расположением в области наложения швов при резекции по В-1. Чаще встречаются изменения слизистой в области анастомоза при В-2, на что обращают особое внимание Berg и Prévôt. Благодаря завороту слизистой, во время операции образуются в области культи небольшие мешковидные выпячивания, в которых застаивающаяся пища вызывает воспалительные изменения слизистой. На рентгенограммах эти мешочки выступают в виде хорошо очерченных округлых образований. Под влиянием лечения, по мере стихания воспалительных явлений, эти выпячивания могут значительно уменьшаться в своем объеме. В некоторых случаях при В-2 гиперплазированная слизистая в области анастомоза образует полипозное разращение, которое может вызвать задержку содержимого в желудке. Рентгеном определяется латерально округлое просветление, которое необходимо дифференцировать с рецидивом Са.

Другим важным послеоперационным осложнением является *язва тощей кишки* (ulcus peritricum jejuni). Рентгеном мы различаем гастроэюнальную язву, расположенную в самом соустье от еюнальной, расположенной в еюнуме. Язва в большинстве случаев бывает одиночной, но встречаются

также случаи с несколькими язвами. Точная рентгенодиагностика гастро-еюнальной язвы представляет собою один из наиболее трудных отделов диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта. Также, как при язве желудка, мы при *ulcus pepticum jejuni* различаем прямые и косвенные симптомы. Достоверность пептической язвы подтверждается только прямым доказательством, а именно: *наличием ниши*. Если Goetze у всех язвенных больных мог определить нишу только в 10%, то в настоящее время, благодаря усовершенствованной рентгеновской технике, приемом небольших количеств бариевой взвеси, еюнальные ниши определяются гораздо чаще. Обычно профильные ниши встречаются в области отводящей петли и вырисовываются в виде выступа, то принимают форму чашечки, либо грибка, сидящего на ножке. Необходимо обратить особое внимание на конвергенцию складок по направлению к нише. Как уже раньше указывалось, радиарное симметричное схождение складок в области соустья встречается и при неизменной слизистой оперированного желудка, между тем как при язве складки занимают эксцентрическое положение по отношению к нише и напоминают гусиную лапку. Язва в области соустья дает в ряде случаев характерную картину ниши *en face*, которая при осторожной компрессии принимает форму висячей капли, с округлыми ровными контурами, либо форму звездочки. В некоторых случаях трудно провести дифференциальную диагностику между нишей и развившейся после операции заворотом слизистой. Постоянство ниши с характерной складчатостью при повторных исследованиях подтверждает диагноз язвы. Симптом ниши чаще всего встречается у больных после гастроэюностомии, в особенности после операции по поводу язвы 12-перстной кишки.

Как правило, *ulcus pepticum jejuni* сопровождается сопутствующими гастритическими изменениями слизистой.

Больной З. поступил в клинику с жалобами на острые боли внизу живота, появляющиеся тотчас же после еды. В 1929 г. был оперирован по поводу язвы 12-перстной кишки: вскоре после операции опять появились боли и диспептические явления. Исследование рельефа слизистой определяется профильная ниша в области анастомоза с характерной конвергенцией складок. При дальнейшем наполнении желудок принимает нормотоническую форму. Отдельные порции контрастной массы проходят через искусственный анастомоз, большая же часть через привратник. *Bulbus duodeni* резко деформирован. Рентген. Заключение—*ulcus pepticum jejuni*, операция (дегастроэнтеростомия) полностью подтвердила диагноз.

Больному К. в 1927 г. была произведена г.-э. по поводу язвы желудка, через несколько месяцев рецидив болей. В 1932 г. поступил в клинику по поводу сильных болей вскоре после еды, общей слабости и похудания. Об'ективно: гиперсекреция и гиперацидитас; скрытая кровь в кале резко положительная. Рентген: желудок приподнят, деформирован; определяется округлая ниша в верхней части отводящей петли. Заключение: *ulcus pepticum jejuni*.

К косвенным симптомам *ul. pept. j.* относятся спазм в области анастомоза, усиленная перистальтика, задержка эвакуации и локализованная болезненность. Все эти симптомы, в сочетании с клиническими данными, могут быть использованы при распознавании язвы тощей кишки. Однако, косвенные симптомы не отличаются постоянством и подвержены колебаниям. *Только прямой симптом ниши является неопровержимым доказательством наличия пептической язвы тощей кишки.* *Ulcus pepticum jejuni* отличается склонностью к тяжелым

осложнениям; углубляясь и приближаясь у серозной оболочке, может вызвать перфорацию в поперечно-ободочную кишку, создается таким образом *двойной свищ* (*fistula gastro-colica, fist. gastro-jejuno colica*)—гастроэнтеростомическое отверстие с направлением в тонкую и толстую кишку; пища непосредственно из желудка попадает через свищ в поперечно-ободочную кишку. В резко выраженных случаях, когда имеется каловая рвота, при отсутствии явлений илеуса, отрыжка с фекальным запахом, лиентерия (нахождение в кале непереваренной пищи), упорные профузные поносы, клинический диагноз не представляет особых затруднений. В начальных формах, когда свищ между тонкой и толстой кишкой имеет небольшие размеры и затекание фекальных масс в желудок не происходит, диагноз может быть затруднен и только тщательное рентгеновское исследование взвесью *per os*, а также обязательно повторно *per clusum*,—дает возможность определить прижизненную диагностику патологических анастомозов. Мы имели возможность наблюдать три случая перфорации язвы тощей кишки.

Больной С., поступил в клинику с жалобами на резкие боли в подложечной области, рвоту, отрыжку с фекальным запахом, поносы и похудание. Три года тому назад была произведена операция г.-э. по поводу язвы 12-перстной кишки. Рентген: контрастная масса через анастомоз заполняет петли тонких кишок и отсюда непосредственно попадает в толстый кишечник, который легко распознается благодаря гаустрации. Повторные исследования наливкой кишечника определяют затекание контрастной массы через толстый кишечник в желудок и быстрое последующее заполнение через анастомоз тонких петель кишок. Рентгеновское заключение—фистула гастроколика—подтвердилось операцией.

Больной К., поступил осенью 1933 г. в клинику по поводу сильных болей через час после приема пищи, отрыжки „тухлым яйцом“, рвотой с примесью желчи и „испорченной пищи“. Поносы 4—5 раз в день. В 1930 г. операция г.-э. по поводу язвы 12-перстной кишки. Рентген: желудок приподнят, располагается поперечно; опорожнение через анастомоз, расположенный в верхней трети большой кривизны. Складки слизистой утолщены. Единичные порции проходят через деформированный *Valbus duodeni*. Через 10' видны заполненные петли тонких кишок, а также стойкое ампуловидное расширение на отводящем конце тонкой кишки, болезненное при надавливании. Заключение: *ulcus peritum jejuni*, с вероятной перфорацией в соседний орган. Операция подтвердила наличие сообщения между желудком и тонкой кишкой и другой ход через этот свищ, сообщающийся с *colon transversum* (*fist. gastro-jejuno-colica*).

Язва тощей кишки, вызывая реактивное воспаление окружающей соседней слизистой, способствует сужению отводящей петли и тогда пища через анастомоз направляется через приводящую петлю при открытом привратнике обратно в желудок. Расширенная приводящая петля в свою очередь, сдавливая отводящую, еще больше затрудняет нормальное прохождение, и создается таким образом *circulus vitiosus* со значительным нарушением моторной деятельности.

Больной М. поступил в клинику по поводу резкого обострения болей после операции г. э. При исследовании рентгеном, определяется стойкое округлое пятно величиной с орешек в области соустья и значительно расширенная на всем протяжении приводящая петля. Эвакуация резко замедлена. Заключение—*ulcus peritum jejunum* и *circulus vitiosus* подтверждено операцией.

В некоторых случаях, при частичном *circulus vitiosus*, на экране можно видеть ограниченное опорожнение через отводящую петлю.

Жалобы больных на появление сильных болей могут обуславливаться при гастро-энтеростомозе также обострением старой язвы, либо рецидивом

язвы на другом месте помимо соустья. Дифференциальная диагностика между *ulcus peritum jejuni* и рецидивом язвы вне места расположения анастомоза, может быть разрешена только рентгеном.

Вопрос о рецидивах злокачественных новообразований при радикальных операциях представляет некоторое затруднение благодаря значительной деформации желудка после хирургического вмешательства; требуется тщательное исследование рельефа слизистой в области культи; изъеденные фестончатые края, симптом целоты—просветление при легком нажатии на месте появления опухоли,—говорят в пользу рецидива рака. Диагноз облегчается в тех случаях, когда опухоль сдавливает соустье и контрастная масса длительно задерживается в желудке и в расширенном приводящем отрезке.

Неровные края при В-1 нередко являются результатом операции и могут имитировать дефекты наполнения. Требуется повторное исследование и, сравнивая рентгенограммы, произведенные в разные сроки, удается улавливать изменения, которые произошли уже в желудке благодаря рецидивам опухоли. Прогрессивное уменьшение объема желудка с неравномерными нижними контурами и явлениями замедленного опорожнения, говорит в пользу рецидива опухоли.

У некоторых больных с гастроэнтероанастомозом по поводу язвы может появиться раковое перерождение в пилорическом отделе,—реже в самом соустье.

Быстрое и непрерывное опорожнение после резекции и заполнения еюном непереваренной желудком пищей вызывает часто раздражение слизистой тонких кишок, которые являются как бы добавочным компенсаторным желудочным резервуаром. На рентгенограммах можно видеть значительно расширенные еюнальные петли Керкрина, располагающиеся 2—3 рядами. Перегрузка тонких кишок плохо переваренной пищей может осложняться явлениями энтерита.

Всякое оперативное вмешательство на желудке, благодаря наложению швов, ведет, разумеется, к изменению нормальных анатомических соотношений органов и образованию послеоперационных спаек; несмотря на значительное распространение, они могут протекать бессимптомно; обширные плоскостные спайки являются как бы нормальными особенностями оперированного желудка, в то время как ограниченные тяжи у соустья, либо у петель тонкой кишки, вызывают целый ряд болезненных симптомов: тянущие боли, усиливающиеся при физическом напряжении, видимую перистальтику с явлениями кишечного стаза и т. д. Точное распознавание локализация спаек определяется только рентгеном; при обычном просвечивании обращают внимание на раздутые петли кишок с образованием, так называемых, зеркал—ряд осумкованных кишечных полостей со скоплением жидкости и газа. После приема контрастной массы в области анастомоза видны втяжение и неровные втянутые зигзагообразные края с образованием шпор, мешчатых выпячиваний, которые могут значительно нарушать двигательную способность желудка.

Резюме.

1. Рентгеновский метод исследования является мощным фактором в деле изучения морфологических и функциональных свойств оперированного желудка.

Библиография и рецензии.

К проблеме шизофрении. Под редакцией Рапопорта и проф. Бруханского. 230 стр. Медгиз. 1934 г. Цена 4 руб.

Книга эта представляет сборник трудов Московского городского невро-психиатрического института. Центральное место в сборнике занимает статья Бруханского: „К теории шизофрении“, в которой автор старается обосновать свое понимание шизофрении Блейлера-Кречмера, как „шизофрении развития“, в противоположность к гетерогенно-органическим процессам, как самостоятельной форме болезни, с „телесно ощутимой“ симптоматикой.

Понятие „шизофрении развития“ Бруханского берет свои истоки в учении Ясперса о развитии личности. Однако, Ясперс не докатился до „шизофрении развития“. Это досталось в удел Бруханскому.

Группа шизофрений, как известно, сборная группа. Предполагается, что в эту группу входят генетически различные заболевания. Основная проблема на сей день — это выделить из общего котла, называемого dementia praecox или шизофрения, „генетически чуждые“ „настоящей шизофрении“ заболевания. Эту проблему Б. решает „выделением группы — шизофрении развития“.

Что же такое „шизофрения развития“? Это — шизофрения без процесса, больше того — это просто *этап развития личности!* На стр. 25 Б. пишет: „Как известно, Блейлер, Кречмер, Клод, Перельман и другие, расценивая шизофрению не как развитие, а как болезненный процесс, допускают необъяснимый и непонятный скачок в переходах шизоидия-шизофрения, допускают появление нового качества, формирующегося под влиянием каких-то внутренних сил. Критика таких воззрений дана Бумке, Эвальдом и др. В предлагаемой мною концепции перехода шизоидия (как шизофренного на фоне „аномалии развития“) — шизофрения (как психотической вспышки) генетически понятны“.

Кроме того, что в этом абзаце есть много неверного по отношению к цитируемым автором, в особенности против Блейлера. Б. противопоставляет здесь шизофрению, как развитие, — болезни, болезненному процессу. Значит, „шизофрения развития“ не есть болезнь! — Я думаю, Б. этого сказать не хотел и сказать не может, а между тем так приблизительно получается.

У нас нет возможности остановиться здесь на подробной критике концепции Бруханского касательно шизофрении, которая в корне неправильна. Но термин „шизофрения развития“ сам по себе не выдерживает критики. Разве вообще болезнь, болезненный процесс не представляет собой развитие? Разве „процесс-психоз“ не есть в сущности развитие? Разве мы в состоянии исключить динамику, развитие из каких бы то ни было явлений внутри и вне нас? Как можно в таком случае „арендовать“ понятие „развитие“ для одной группы болезней и вызвать таким образом представление, что развитие в других случаях не играет роли, или играет лишь второстепенную роль? Разве это действительно соответствует марксо-ленинскому пониманию вещей, на которое Б. опирается в начале статьи, при изложении некоторых общих психологически-психиатрических понятий?

Сама попытка Б. похвальна. Нельзя не работать над проблемой генетического расчленения шизофрении. Но пока что, лучшие психиатрические умы напрасно бьются о каменную стену шизофрении. Концепция же Бруханского не жизнenna, она мертва, ибо в ее основе лежат совершенно неправильные предпосылки.

За статьей Б. следуют две статьи Финкельштейна: 1) „Параноидные симптомокомплексы при различных формах шизофрении“ и 2) „О природе галлюцинаций при шизофрениях“. А. отрицает наличие „настоящих“ галлюцинаций при шизофрении. По его мнению, мы имеем при шизофрении дело с псевдогаллюцинациями.

Казанская в статье „Клинико-статистический анализ наличного состава шизофреников невро-психиатрического института“ указывает на преимущества ее статистики перед обычной статистикой, которая, между прочим, не дает ничего для оценки действительного положения дела в отношении социальных связей душевнобольных. Фельдман разбирается в „Мимике у шизофреников“, иллюстрируя эту мимику на 12 photographиях. Фанченко и Левенсон („К вопросу о спинно-мозговой жидкости при шизофрении“) исследовали liquor из 78 шизофреников. В 68 случаях Lange оказался положительным, что подтверждает предположение, что шизофрения есть болезнь процессуально-органического происхождения.

Александровская („К клинике и патологической анатомии тромбозов центральных вен и синусов твердой мозговой оболочки“) утверждает, что валость реакции зрачков, статическая и динамическая атаксия, ригидность и гипертония мышц, манкальные состояния с явлениями кататонической спутанности у „шизофреноидных“ больных позволяют подозревать наличие тромбов центральных вен и синусов.

Заканчивается сборник подробными рефератами книг немецких психиатров: Артур Кронфельд „Перспективы психиатрии“; Берце „Психология шизофрении“; Карл Шнейдер „Психология шизофреников и ее значение для клиники шизофрении“ и наконец Мауц „Прогностика эндогенных психозов“. Напомню здесь, что Галант еще в 1930 г. напечатал в „Казанском мед. журчале“ подробный реферат книги Мауца (№ 3).

В заключение следует сказать, что сборник Бруханского имеет большой интерес для психиатров и, пожалуй, вообще для врачей, несмотря на довольно крупные ошибки Бруханского и неправильность его концепции „шизофрении развития“. В извинение ошибок Бруханского процитирую слова Ленина: „На ошибках мы учимся“.

Ив. Галант (Ленинград).

Рефераты.

а) Невропатология и психиатрия

Берце (Joseph Berze. Die Insulin Chok-Behandlung der Schizophrenie. Wiener Med. W. № 49. 1933) приходит к заключению, что лечение известных случаев шизофрении инсулином можно считать показанным. Строго противопоказанным Берце находит предложенное Закелем (Sackel) систематическое лечение шизофрении *инсулинным шоком*, состоящим в провоцировании единовременными большими дозами инсулина глубокой гипогликемии, сопровождаемой весьма тяжелыми явлениями шока, которые небезопасны для здоровья больных и, при случае, могут вести к смерти. А. не отрицает, что лечение шизофрении шоком действует нередко благоприятно на течение болезни. Однако, принцип действия шока по Берце всегда один и тот же, и состоит он в *эмоциональном шоке*, сопровождающем физический шок. Надо поэтому изыскивать пути к применению менее вредной шоковой терапии, чем инсулиновый шок. Таких путей много: вакцинационный шок, лейкогенный шок, металлоколлоидальный шок и т. д.

Ив. Галант (Ленинград).

Штенгель (Erwin Stengel. Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik „W. M. W.“ № 50. 1933) сообщает, что в 1932 г. на общее количество поступлений в Венскую психиатрическую клинику числом 5960 (3264 мужчины и 2696 женщины) было 18 случаев навязчивого невроза (0,3%), из них 13 женщин и 5 мужчин. В связи с этим, а. обсуждает проблему психотерапии невротиков в психиатрической клинике и разбирает один случай навязчивого невроза, который он лечил в клинике не совсем удачно психоанализом.

Ив. Галант (Ленинград).

Галант (о роли и значении биогенетического метода для психоневрологических наук. „Советск. психоневрология“, № 3. 1933 г.) доказывает на ряде фактов из личного опыта применения им биогенетического метода в невропатологических и психиатрических своих работах, что биогенетический метод является весьма ценным научно-исследовательским методом, выдержанным в духе марксистско-ленинской методологии, а потому пользование им в психоневрологических науках следует считать плодотворным и следует его культивировать здесь и в будущем.

Ив. Галант (Ленинград).

Пинес (Ueber Familienähnlichkeit der Hirnfurchen und Windungen (Gebrüder Wl. und Nik. Bechterew). Zeitschrift f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 147. H. S. 1933) сравнивает морфологически головной мозг братьев Владимира и Николая Бехтеревых, причем для сравнения служили 120 морфологических признаков. 47,5% признаков оказались у братьев сходными, что позволяет говорить о семейном сходстве мозга, гомолатеральном в 32,5% и контралатеральном в 15% сходных признаков. Однако, это сходство несколько не сглаживает индивидуальных

особенностей головного мозга у каждого из братьев, тем более, что процент несходных признаков сам по себе больше сходных (52,5% несходных признаков). Заканчивает проф. Пинес свою статью постановкой целого ряда вопросов, возникших в связи с изучением морфологии мозга обоих братьев и замечанием, что разрешение этих вопросов, имеющих большое значение для наших знаний в области наследственных отношений в головном мозгу, возможно лишь на изучении большого материала.

Ив. Галант (Ленинград).

Штарлингер (F. Starlinger. Pneumocephalus corticalis und Diabetes insipidus traumaticus. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift № 48. 1933) дает описание течения болезни в двух случаях фрактуры лобной кости с открытием лобной пазухи. В первом случае развился непосредственно после травмы субдуральный пневмоцефалус, который в течение 17 дней без вмешательства резорбировался и не дал никаких морбидных явлений. Во втором случае дело дошло до инфекции кортикального пневмоцефалуса, залечившегося после оперативного вскрытия и дренажа. Послеоперационное течение в данном случае осложнилось травматическим несахарным диабетом, который прошел спонтанно после неудачного лечения препаратами гипофиза. По мнению а., диабет следует объяснить в данном случае коллатеральным воспалением основания межужочного мозга.

Ив. Галант (Ленинград).

Кроль (Новое в невропатологии. Советская врач. газета. № 21. 1933) видит прогресс невропатологии в том, что в клинике мы все чаще встречаемся с т. наз. *атипичными случаями*. Новые, более тонкие и усовершенствованные методы исследования дают возможность поставить правильный диагноз там, где болезнь далеко еще не определилась, как таковая, и отсутствуют характерные для этой болезни основные симптомы. Мы ставим, напр., теперь диагноз множествен. склероза в 10 раз чаще, чем при Шарко, а характерную для этой болезни триаду мы находим всего в 8—10% всех случаев множ. склероза. Далее, благодаря новым методам удалось показать схематичность строгого разделения агнозии от апраксии и, наоборот, сопряженность в каждом действии гностических и практических элементов. Открыты гомолатеральные очаги расстройств чувствительности, что должно повести к пересмотру установленных понятий о пересмотре чувствительных путей и к обогащению и расширению наших диагностических возможностей. Дальнейший путь развития невропатологии таков: „Анатомические локализационные точки зрения должны быть дополнены функциональными зависимостями отдельных частей нервной системы между собой и со всем органом и всем организмом в целом, с учетом и гуморальных фактов, играющих огромнейшую роль. Но для того, чтобы это не оставалось пустой абстрактной декларацией, необходимо, засучив рукава, заново взяться с новой методикой за собирание фактов и за теоретическое их освещение и освоение. Но лишь проверка практикой обеспечивает правильность намеченного пути“.

Ив. Галант (Ленинград).

в) Хирургия.

Серотерапия перитонита. M. Gündel und F. Süssbrich (Zentralbl. f. Chir. 1934 г. № 6) разбирают 170 случ. серотерапии перитонитов со смертельным исходом в 18 случаях (10,5%). Для успешного применения серотерапии следует приготовить поливалентную сыворотку кишечной палочки, энтерококков, стрептококков, чаще всего встречающихся при перитоните. Сыворотка из стерильной ампулы (20 к. с.), нагретая до 37°, вводится в конце операции через дренажную резиновую трубку рекордовским шприцем в брюшную полость. Наружное отверстие дренажной трубки закрывается резиновой пробкой и через 6—8 час. пробка удаляется, чтобы дать выход гнойному отделяемому. При тяжелом разлитом перитоните рекомендуется вводить внутривенно 40 см. сыворотки и тотчас после операции—внутривенное введение 20 см. сыворотки с 1000 к. см 5% раствора глюкозы с 2 к. см. Hexeton'a. С профилактической целью и при местных перитонитах рекомендуется в конце операции внутривенно ввести 20—40 к. см. сыворотки с 500—1000 к. с. 5% глюкозы + 2 к. см. Hexeton.

И. Циммерс.

Внутрибрюшное вливание поваренной соли при чистых чревосечениях. Dr Josef Riese (Zentralbl. f. Chir. 1934. № 7), исходя из лечебного действия больших брюшных вливаний при перитоните с профилактической целью усиления резорбции брюшины и наиболее простого и целесообразного способа подвоза жид-

костей при всех больших чрезосечениях (чистых и нечистых), вливал в брюшную полость от 1 до 3 литров физиол. раствора поваренной соли. Автор убедился, что внутрибрюшинное вливание поваренной соли предохраняет от ряда послеоперационных осложнений (высушивание организма с его последствиями: жажда, парез сосудов, послеоперационные спайки и др.) и интоксикаций, также повышает бактерицидную силу организма. Этот способ по своему действию может конкурировать с послеоперационным внутривенным и подкожным вливаниями, так как технически проще, безболезненное и безопаснее.

И. Цимхес.

Пилоропластика при пилороспазме у взрослых. Doz. A. I. Palmén (Zentrbl. f. Chir. 1934 № 6) предлагает при пилороспазме у взрослых производить V-образную пилоропластику.

И. Цимхес.

О резекции глубокорасположенных дуоденальных язв. Prof. A. Ciminata (Zentrbl. f. Chir. 1934) рекомендует при глубокоосидящих язвах 12-перстной кишки рассекать переднюю стенку 12-перстной кишки, резецировать кратер язвы, после чего произвести атипическое закрытие дуоденальной культи с последующей перитонизацией культи с помощью поджелудочной железы и верхушкой салника. Этот метод с успехом применялся профессором Donati—учителем автора и самим автором в 5 случаях глубокоосидящих дуоденальных язв.

И. Цимхес.

Показания для серотерапии перитонитов. Dr E. Schneider (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 6) рекомендует при гнойном воспалении брюшины, независимо от причины возникновения ее, вливать внутрибрюшинно поливалентную сыворотку с одновременным внутривенным введением виноградного сахара. При больших брюшных операциях следует также с профилактической целью, для усиления сил сопротивления организма, применять поливалентную сыворотку с одновременным внутривенным введением виноградного сахара.

И. Цимхес.

К клинике множественного ангиофиброматоза. Dr Hermann Mittelberger (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7) наблюдал случай множественного ангиофиброматоза. Была удалена у больного опухоль, расположенная в membrana interossea лучевой и локтевой костей с частичным поражением локтевой кости. Между грудной и V ребром с внутренней стороны их располагалась еще одна опухоль, которая была удалена. Обе удаленные опухоли, при исследовании, дали типичную картину ангиофиброматоза. Без клинических симптомов со стороны позвоночника, обнаружена у 6-го рентгенологическая компрессия 11 грудного позвонка, вызванная ангиомой позвоночника.

И. Цимхес.

К терапии вывихов надколенника. Dr K.-E. Herlyn (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7), на основании литературных данных и своих собственных наблюдений, считает наиболее ценным методом лечения вывихов коленной чашки, когда путем пластики апоневроза производят смещение надколенника в медиальную сторону и дополнительно аппаратом для вытяжения надколенник фиксируется медиально.

И. Цимхес.

Что такое функциональный метод лечения переломов костей. Dr Carl Deutschländer (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7) под функциональным методом лечения переломов костей понимает возможно ранние общие и отдельные движения конечностей с тем, чтобы возможно раньше вернуть первоначальную функцию конечности. Статические и кинетические движения одинаково ценны и в процессе лечения они должны занимать видное место.

И. Цимхес.

Лечение ожогов бриллиантовой зеленью. Dr Короткин-Новиков (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 5) в 48 случаях видел успех после лечения ожогов 1% раствором бриллиантовой зелени. Первые дни обожженная поверхность ежедневно осторожно протирается ватой, смоченной в 1% водном растворе бриллиантовой зелени и остается открытой без повязки под проволочной сеткой, покрытой стерильной марлей. Спустя 3—5 дней после прекращения болей, водный раствор бриллиантовой зелени заменяется спиртовым, сначала 40°, а позже 60°. При помощи последнего раствора рана смазывается до полного закрытия.

И. Цимхес.

К распознаванию и лечению длительных свищей околушной железы. Prof. G. E. Konjetzny (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 5) описывает 2 случая хронических свищей околушной железы. В обоих случаях автор наблюдал развитие камней. Рентгенологически, после введенного таргезина или иодицина, удавалось проследить свищевой ход и камни околушной железы. Камни в одном случае—

один величиною с половины горошины и три мелких—удалось удалить через введенный в проток толстый мочеточниковый катетер, после промывания протока железом таргезином и отваром шалфея. Закрытие свищей в обоих случаях было достигнуто давящей повязкой и прижиганием ляписа.

И. Цимхес.

Lobenhoffer. *О тотальной резекции желудка*. М. т. W. № 7, 1934. До сих пор описано около 70 сл. тотальной резекции желудка (т. р. ж.). Оперативная смертность в среднем 53%. Автор потерял из 10 больных 7. Поэтому понятно, что дальнейшая судьба людей после т. р. ж. мало известна. Из имеющихся по этому поводу сообщений (Dennig, Moynihan и Hartmann и случай автора) вытекает, что большинство т. р. ж., а нередко и обширные резекции желудка, имеют своим последствием развитие пернициозной анемии. Пернициозная анемия развивается всегда через много лет после операции. В случае Бергера—через 9 лет, у Деннинга—через 8 лет, а в сл. автора—шесть лет спустя. При исследовании крови через несколько месяцев она оказывалась во всех случаях нормальной. Этот факт колеблет теории Castler'a и его сотрудников о том, что желудок вырабатывает гормоноподобную субстанцию, регулирующую картину крови. Резюмируя свои наблюдения, автор приходит к выводу, что результаты т. р. ж. неблагоприятны. Уже не говоря о высокой смертности при раке, вскоре появляется рецидив. Но это конечно не должно удерживать от т. р. ж. в подходящих случаях. При язве же желудка т. р. ж. показана лишь в *исключительных* случаях. Здесь отдаленные результаты лучше: операция на много лет может дать 100%-ную трудоспособность. Правда, больные находятся под угрозой пернициозной анемии, но она появляется много лет спустя, а новые методы лечения перниц. анемии, быть может, предупредят развитие болезни.

Т. Шарбе.

с) Разные.

Feldweg. *О влиянии рака на кровяное давление*. Zentralbl. f. Gyn. № 1, 1934. У раковых больных кровяное давление ниже, чем у здоровых, либо выздо- ровевших. При успешной терапии кровяное давление повышается в среднем на 15 mm. ртутного столба и остается повышенным. Если процесс распространяется дальше, то кров. давл. остается низким или еще поднимается. Это взаимоотношение между раковым процессом и кровяным давлением не находится в зависимости ни от возраста, климатерия или какексии. Регулярное изменение кров. давл. у раковых больных—полезное и ценное вспомогательное средство для определения прогноза и распознавания рецидива.

Т. Шарбе.

Mörkin. *Некоторые замечания к сифилис-раковой проблеме*. Schweiz. med. Wöchenschr. № 9, 1934. Описание 2-х случаев—одного мужчины с раком груди и одной женщины с раком вульвы. Оба раньше недостаточно лечились специфически. Автор высказывает предположение, что недостаточная специфическая терапия могла создать латентное предрасположение к раку.

Т. Шарбе.

Hörtnagel. *Исследование мочи после 50-кил. пробега*. Wien. Klin. Wochenschr. № 48 50, 1933. Во всех случаях обнаружено большее или меньшее количество белка, но всегда ниже 0,5%. Осадок в большинстве случаев был не отличим от картины острого нефрита. Найдены лейкоциты, эритроциты, множество извитых, а иногда и гиалиновых цилиндров. Автор подчеркивает необходимость повторного исследования.

Т. Шарбе.

Schwerdtfeger. *Этиология перикардита, в частности pericard. adhaesiva*. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 43, 3. На 8162 вскрытия перикардит найден 286 раз. Наиболее частая причина его было заболевание сердца и ревматизм (56 раз). Туберкулез, как причина развития перикардита, стоит на 4 месте, в то время как септические заболевания стоят наравне с ревматизмом (57 раз). В 56 ревматических случаях запустение околосердечной сорочки было 31 раз, а в 14 сл.—фибринозный перикардит, т. е. предшественник запустения. Всего на 8162 вскрытия было 66 сл. абсолютного и 25 сл. частичного запустения сердечной сумки. По мнению автора, единственно радикальный способ лечения срощений заключается в оперативном разъединении спаек. Тяжелые расстройства кровообращения при этом способе лечения улучшались или вовсе излечивались.

Т. Шарбе.

Krüger. *Простой и надежный способ наблюдения над терапевтическим эффектом лечения при пернициозной анемии*. Deutsch. med. Wochen-

schr. №№ 50—52, 1933. При пернициозной анемии средний диаметр эритроцитов значительно больше нормы. Это увеличение идет параллельно с болезнью, так что уменьшение диаметра говорит за улучшение болезни. *Т. Шарбе.*

Prof. W. Zweig (Wien. med. Wochenschr., № 8, 17/II, 1934 г.) сообщает о своих наблюдениях над *применением сероводородной воды внутрь* при разного рода заболеваниях желудка: гастриты с пониженной и повышенной кислотностью, запоры и т. д. Во всех случаях было хорошее действие: кислотность (при повыш.) понижалась, исчезала слизь, прибавление в весе. Вода давалась в количестве до 4 стол. ложек в день, продолжительность курса лечения 3—4 недели. Z. применял минеральную воду Pfann'овского источника в Meidling'e (в окрестностях Вены), известного уже свыше столетия (открыт в¹1819 г.) и применявшегося в виде ванн при ревматизме, артритах и т. д. Состав ее следующий (в граммах на литр):

Сероводород	0.0414	Хлористый натр	0.1986
Сернокислый калий	0.9905	Углекислый кальций	3.4734
„ натрий	3.3281	„ магний	0.7909
Азотокисл. натрий	0.5289	Кремнекислота	0.2650
Свободная углекислота—следы.			

З. Блюмштейн.

W. Neupke и K. Blankenburg сообщают о своих опытах по *изучению переваривания инулина*¹⁾ организмом человека (Deutsche Arch.f. klin. Medizin. Bd. 176; H 2, S. 183, 12/XII, 1933 г.). В желудочно-кишечном канале инулаза — фермент, расщепляющий инулин, — как известно, отсутствует, между тем, судя по исследованиям аа, инулин хорошо усваивается. В результате поставленных опытов выяснилось, что 0,20% раствор соляной кислоты в течение 4 часов почти полностью гидролизует инулин, переводя его в фруктозу, желудочный же сок — только до 15—20%, а дуоденальный совсем не расщепляет. Исходя же из соображения, что при питании топинамбуром газов почти не образуется, иначе говоря бактериальному воздействию подвергается малое количество инулина, аа. делают вывод, что инулин резорбируется не только в виде фруктозы, но и в *нерасщепленном* состоянии. *З. Блюмштейн.*

D-r G. Léo в статье „*Записки о паразитизме в гинекологии*“ (Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique, сентябрь, 1933 г.) описывает следующий случай. Девочка 6 лет. Приведена на прием по поводу глухонмоты, наступившей после удара по голове. Кроме того, у девочки глисты (оксидиры) и вульвовагинит. Назначены глистогонные и сернистые клизмы. Лечение дало прекрасные результаты: уже через 8 дней вульвовагинит прошел, а глисты выделялись в большом количестве. Лечение было продолжено. Через месяц после начала лечения девочка стала различать некоторые шумы и говорить несколько слов. Повидимому, в данном случае, с удалением оксидиров, прекратилось поглощение паразитарных токсинов, оказавшихся патологическими по отношению к мозговым оболочкам и большому мозгу с одной стороны и слизистой влагалища с другой. *М. Доманевская.*

E. Wagner. *Заболееваемость и смертность от рака матки—в связи с лечением радием.* Strahlentherapie, 47, 1933. 12/ сл. подверглись 322 сеансам радиолечения. Из них 114 случ. рака шейки и 13 сл. рака тела матки. После сеансов легкая лихорадка появлялась 62 р. и более высокая и продолжительная лихорадка в 16 случаях. Смертных случаев не было. *Т. Шарбе.*

Eumer. *Результаты облучения при раке матки.* Strahlenther. 47, 1933. Общая статистика составляет 702 сл. С 1913—1927 гг. 587 сл. рака шейки дали 22,3% абсолютного излечения. С 1913—1924 гг. % улучшений составлял 21,5%, а в 1925—27 гг. повысился до 25%. Смертность упала с 4% в 1913—24 гг. на 2,3% в последующие годы. Осложнения от облучения составляют 1,25% (5 сл.) и наблюдались только в первые 14 лет. *Т. Шарбе.*

¹⁾ Инулин — полисахарид, содержащийся в корнях и клубнях некоторых растений, особенно топинамбура (земляной груши), имеющего большое распространение, как пищевой продукт (заменяет картофель).

Заседания медицинских обществ.

Краевая научно-медицинская ассоциация АТССР.

1) *Заседание пленума Научно-медицинской ассоциации от 15/XII 1933 г.*

Присутствовали: более 200 врачей, профессоров и научных медицинских работников.

Повестка дня:

1. Отчет о работе Правления Н. М. А. за 1933 год и переборы Правления.
2. Доклад проф. А. В. Вишневого „Новокаиновый блок нервной системы, как метод воздействия на трофические расстройства ткани“.
3. Прив.-доц. Г. М. Новиков и И. Д. Домрачев „Лечение хронических незаживающих (трофических) язв конечностей“.

Председатель проф. Шварц,

Секретарь д-р Лаптев.

Слушали: 1. Отчет о работе Правления Н. М. А. за 1933 год (проф. С. М. Шварц).

Много времени и внимания было уделено:

1) Организации и проведению 3-го научного съезда врачей ТР и смежных республик.

На съезде были заслушаны доклады по наиболее актуальным вопросам теоретической, клинической и профилактической медицины. Были организованы консультации для периферических врачей и им была дана возможность использовать время между заседаниями съезда для ознакомления с работой клиник и научно-исследовательских учреждений. Опыт оказался удачным и удовлетворил врачебную массу.

2) Были организованы краткосрочные курсы по повышению квалификации периферических врачей Казани (проведены два цикла для терапевтов и педиатров). В организации этих курсов были дефекты, но опыт этот нужно, несомненно, продолжить.

3) Организация пленарных заседаний по наиболее актуальным вопросам; всего за год было проведено 5 пленарных заседаний, если считать и сегодняшнее.

О пленарных заседаниях врачебная масса широко информировалась и некоторые пленарные заседания прошли с большим успехом (тематика: „Внематочная беременность“, „Проблема рака и борьбы с ним“, „Америка по личным впечатлениям“, „Новое в учении о сыпном тифе“, „Новокаиновый блок нервной системы, как метод воздействия на трофические расстройства ткани“).

Но количество повседневных пленарных заседаний, несомненно, недостаточно и это дефект нашей работы.

Нужно, однако, указать, что ряд намечавшихся пленарных заседаний мы отменили, чтобы оставить заслушивание этих докладов на съезде врачей ТР.

Кроме пленарных заседаний, нами была созвана, совместно с ТНКЗ и союзом МСТ, городская конференция врачей Казани, на которой был заслушан доклад Наркомздравоохранения.

4) Работа секций: большинство секций работало достаточно продуктивно (некоторые имели свыше 10 заседаний), особенно продуктивной была работа акушерско-гинекологической и оториноларингологической секций, но зато часть секций собиралась только 5—6 раз.

Привлечение на заседание этих секций периферических врачей было совершенно недостаточно.

Особенно неблагоприятно протекала работа секции теоретической медицины.

5) Достойна подражания попытка туберкулезной и оториноларингологической секций созывать совместные заседания для заслушивания докладов по смежным вопросам.

6) Нами сделана была попытка связаться в работе с районами ТР, но она оказалась неудачной.

Это — крупный дефект в нашей работе и мы должны его устранить в будущем году.

7) Работа библиотеки: отсутствие денег не дало нам возможности укрепить и развернуть работу нашей библиотеки и ей пользовались главным образом

научные работники ГМИ и ГИДУВА. Отмечается большое количество злостных книгодержателей.

Плохое отопление не дало нам возможность полнее использовать и читальню.

В настоящее время мы договорились с ГМИ и НКЗ и нам будут отпущены достаточные для развертывания работы читальни средства.

8) Мы приняли активное участие в организации Мед. научно-исследоват. ин-та.

9) Из дефектов в нашей работе еще нужно отметить, что не было достаточно уделено внимания эпидемиолог. вопросам и не налажена культурно-массовая работа.

План работы Ассоциации на 1934 год:

1) Организация и проведение 4-го научного съезда врачей Татреспублики и смежных республик и областей, необходимо организовать съезд таким образом, чтобы дать возможность периферическим врачам не только заслушать доклады, но и использовать время между заседаниями для ознакомления с работой клиник и научно-исследовательск. учреждений ТНКЗ, ГМИ и ГИДУВА.

2) Установить более тесный контакт городской и сельской массой врачей. Для установления личной связи с периферическими врачами ввести в правление Ассоциации представителей от наиболее крупных леч. сан. учреждений Казани и представителей от наиболее крупных районов ТР.

3) Организовать 3—4 научных конференции в районных центрах ТР.

4) Принять активное участие в организации и созыве съезда колхозной интеллигенции. По окончании или во время съезда созвать совещание медработников — участников съезда.

5) Организовать, совместно с мединститутом, читальню для врачей города Казани и научных работников Мединститута.

6) Увеличить число пленарных заседаний ассоциации, посвятив их заслушиванию докладов на наиболее актуальные темы, в частности посвятить пленарные заседания заслушиванию докладов по нижеследующим вопросам: ревматизм, грипп, проблема аллергий; туберкулез; медицинская наука в ТР за последние 10 лет.

Актуальные проблемы эндокринологии; задачи здравоохранения на данном этапе социалистического строительства.

7) Принять меры к более тщательному вовлечению периферических врачей Казани в работу секций.

Шире практиковать созыв совместных заседаний нескольких секций для заслушивания докладов на темы, представляющие интерес для нескольких секций.

8) Организация совместно с ГИДУВ'ом краткосрочных курсов для врачей города по нескольким циклам (во втором семестре).

9) Организовать цикл популярных лекций в рабочих районах Казани.

10) Уделить больше внимания участию в эпидемиологической работе Татнаркомздрава.

Постановили: Принять следующую резолюцию по докладу правления ассоциации.

Отметить в работе правления ассоциации ряд достижений:

1) хорошо подготовлен и проведен с успехом третий научный съезд врачей ТР и смежных республик и областей, на котором был заслушан ряд чрезвычайно интересных докладов по различным вопросам теоретической, клинической и профилактической медицины.

2) Ряд организованных ассоциацией пленарных заседаний вызвал большой интерес среди врачей (доклады профессора Груздева, Барыкина и друг.).

3) Ценным начинанием является организация краткосрочных курсов по усовершенствованию врачей периферических леч. и сан. учреждений ТНКЗ (цикл терапевтический и педиатрический).

4) Собранию приветствует также инициативу ассоциации по развертыванию, совместно с мединститутом, читальни для врачей и научных работников мед-ВУЗ'ов Казани, которая будет обеспечена медицинскими журналами как русскими, так возможно и иностранными.

На ряду с вышеупомянутыми достижениями, отмечается и ряд дефектов:

1) не налажена связь ассоциации с районными центрами ТР.

2) Заседания части секций проходят вяло, мало привлекаются периферические врачи в работу секций, особо неблагоприятно протекает работа секции экспериментальной медицины.

3) Ассоциация не уделила должного внимания эпидемиологическим вопросам, в частности, вопросу борьбы с инфекцией № 2.

4) Пленарные заседания созываются недостаточно часто.

5) Не налажена массовая культурно-просветительная работа ассоциации.

Поэтому в дальнейшем необходимо:

1) усилить связь ассоциации с районами ТР; организовать в наиболее крупных районах филиалы ассоциации;

2) ввести в состав правления ассоциации представителей от наиболее крупных районных центров ТР и наиболее крупных леч. санучреждений г. Казани для связи их с ассоциацией;

3) чаще созывать пленарные заседания ассоциации;

4) принять меры к более широкому вовлечению в работу секций периферической массы врачей Казани;

5) ускорить организацию читальни для врачей;

6) усилить массовую культурно-просветительную работу.

В правление постановлено выбрать следующих товарищей:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Д-ра Курбангалеева. | 27. Д-ра Дрягина. |
| 2. Д-ра Бикчурина. | 28. Д-ра Блюмштейна. |
| 3. Представителя союза Медсантруд. | Секретарями ассоциации: |
| 4. Проф. Алуфа. | От Сталинского района: |
| 5. Доц. Аксаянца. | 29. Д-ра Мухамедьярова. |
| 6. Проф. Груздева. | 30. От Пролетарского района: |
| 7. Проф. Боголюбова. | д-ра Саглова, Ратнера, Курицыну. |
| 8. Проф. Вишневеца. | 31. От врачей ОЗД д-ра Войдинову. |
| 9. Проф. Васильева. | 32. От санорганизации д-ра Казанцева. |
| 10. Проф. Горяева. | 33. Д-ра Орлову М. С. и д-ра Лаптева Н. А. |
| 11. Проф. Соколова Н. В. | 34. От Кукморского района: д-ров |
| 12. Проф. Мухамедьярова. | Лукманова и Смирнова С. |
| 13. Проф. Андреева М. П. | 35. От Актанышского района: д-ра |
| 14. Проф. Лепского. | Адриановского. |
| 15. Проф. Воронцова. | 36. От Октябрьского района: д-ра |
| 16. Проф. Малкина. | Шкляева. |
| 17. Проф. Мастбаума. | 37. От Елабужского района — д-ра |
| 18. Проф. Эпштейна. | Осиповского. |
| 19. Проф. Трутнева. | 38. От Чистопольского района д-ра |
| 20. Проф. Мурзина. | Спиридонова. |
| 21. Проф. Гасуль. | 39. От Бугульминского района — д-ра |
| 22. Проф. Олесева. | Земляничина. |
| 23. Проф. Шварца. | 40. От Тетюшского района — д-ра |
| 24. Доц. Еналиева. | А. М. Боголюбова. |
| 25. Д-ра Казакова. | 41. Представителя Агрызского района. |
| 26. Д-ра Инюшкина. | |

Слушали: а) Доклад проф. А. В. Вишневецкого «Новокаиновый блок нервной системы — как метод воздействия на трофические расстройства ткани».

б) Доклад прив. доц. Г. М. Новикова и И. В. Домрачева «Лечение хронических незаживающих (трофических) язв конечностей».

Доклады сопровождалась демонстрацией диапозитивов.

После докладов д-р Ненил и демонстрировал больных.

По окончании докладов, открылись прения и вопросы, при чем было задано много вопросов, как-то: о технике циркулярного блока, отчего произошло название «блок», можно ли этим лечить женские болезни.

В прениях проф. Русецкий высказал взгляд, что от инъекций в почечной области разрывается нервная дуга раздражения, от чего пораженная ткань начинает нормально функционировать.

Проф. Н. В. Соколов высказал необходимость применения этого метода лечения особенно молодыми врачами, до окончательной разработки его.

Проф. Воронцов сообщил свое мнение о том, что возможно здесь действие оказывается не на рефлекторную дугу, а на что-то другое.

Д-р Аршавский напоминает о сходстве действия новокаина и адреналина.

Проф. Горяев установил сходство между этим способом лечения и переливанием крови, вливаниями пептона при операциях на почках.

Проф. А. В. Вишневский. В заключительном слове докладчик отметил, что термин „блок“ он удерживает в связи со своими первоначальными представлениями о механизме вмешательства, как способе перерыва „порочной“ рефлекторной дуги. В настоящее время пока он не может найти более подходящего определения. Просит присутствующих помочь ему в этом отношении. Отвечая дальше некоторым своим оппонентам, докладчик говорит, что речь идет о форме вмешательства. Таких форм может быть очень много. Докладчик обращает внимание на новокаин потому, что он имеет особое сродство к вегетативной нервной системе, которая позволяет получить эффект почти с неизменной правильностью.

На вопрос проф. Горяева о том, не есть ли наблюдаемый эффект в конечном счете эффект не специфической терапии, докладчик отвечает, что значение приведенных им исследований и наблюдений от этого несколько не меняется.

Доценту Аршавскому, заметившему, что физиология не признает отдельных трофических нервов, докладчик отвечает, что с этого он и начал свой доклад.

О центрах упоминал вегетативных, а трофическую клетку рассматривает как величину гипотетическую.

2) Глазная секция.

Заседание 21/XI 1933 г.

Присутствовало 17 членов глаз. секции. Председ. проф. Адамюк. Секретарь д. Булгакова.

1) Проф. Адамюк зачитал отчет о работе Глазной секции за истекший год. Заседания происходили в среднем 1 раз в месяц, на которых было сделано 23 доклада. Протоколы заседаний печатались в Каз. мед. журн. Кроме того, обсуждались вопросы, касающиеся борьбы с трахомой, проекты сан. просвет. плакат. дела, касающиеся Глазной секции, вопрос о проведении переписи слепых в СССР. При обсуждении работы секции внесены предложения: шире привлечь врачей периферии, а также школьных и сан. вр. в гор. Казани. Фиксировать дни заседаний.

2) Проф. Адамюк сообщил план работы Глазн. секции на 1933—34 г.

Постановили: принять зачитанный план за основу. Поручить президиуму разработать тематику и к следующему заседанию зачитать.

3) Перевыборы бюро Глазной секции.

Согласно предложению доц. Еналиева, по примеру других секций, желательно выбрать 2-х председателей и 2-х секретарей.

Избраны: пред. проф. Адамюк В. Е. и проф. Мурзин. Секрет. со стороны Трах. ин-та д. Шимкин, из Глаз. к-ки д. Булгакова.

4) Сообщение д. Булгаковой. Случай юношеского рецидивирующего кровоизлияния в стекл. тело.

Больной К., 18 л., 23/X 33 г. поступил с жалобой на внезапную потерю зрения на лев. гл., которая повторяется 3-й раз. 1 приступ в июне 31 г. продолжался 8—10 час., после чего зрение относительно восстановилось. II приступ через год, продолжался одну неделю, за этот период зрение временами улучшалось, временами ухудшалось и III приступ—в 33 году в июне, за эти 4 м. не лечился и улучшение не наступало.

Хорошего телосложения, средней упитанности. Прав. гл. норма, = 1 — 0. Лев. гл.—передний отдел никаких отклонений от нормы нет; дна не видно за помутнением стекловидного тела = 0,03.

За месяц. пребывание картина дна все время меняется: до 5/XI — идет просветление дна, виден сосок и сосуды сверху и снаружи; видна белого цвета полоса в стекл. теле и плавающие хлопья = 0,5. 9/XI — 4-ый приступ, дно не видно = 0,03 и до 21/XI — вновь идет просветление. При офтальмоскопии видны в тумане сосуды и сосок; сверху и снаружи белые полосы, а в стекл. теле плавают два белых кома и еще много темных хлопьев = 0,5.

Больной выписался и находится под нашим наблюдением.

Председатель проф. Адамюк.

Секретарь д. Булгакова.

Заседание глазной секции Научно-медиц. ассоц. 27/XII.

Присутствовали 18 членов глазной секции и некоторые прикомандированные врачи.

Председатель: проф. В. Е. Адамюк
Секретарь: врач Булгакова.

1. Прив.-доцент Р. А. Батарчуков демонстрирует больную с ложным пульсирующим левосторонним пучеглазием.

Больная Г., 64 г., поступила в клинику 17/XII 33 г. с жалобами на смещение левого глаза, на понижение зрения в нем и на опухание виска той же стороны. Больна 5 лет, без всякой видимой причины появилась небольшая опухоль в области лев. виска, которая постепенно увеличивалась, через год сместила с своего места глаз той же стороны. Опухоль безболезненна и все время продолжает расти. Временами болит голова. Шум в лев. ухе. 2 недели т. н. 6-ная заметила понижение зрения в этом глазу.

Больная для своего возраста выглядит довольно крепкой. 30 лет имеет значительных размеров узловатый зуб. В остальном, по исследованию специалистов, здорова. R W. — Рентгенограмма — все придаточные полости чисты.

Ясно заметно увеличение лев. орбиты, большая узора как в нижне наружной части орбиты, так и в области виска.

Выраженное затемнение, проэцирующееся на орбите (фронтальная плоскость).

Левая височная область выпячена, точно к области лев. виска приложена половина большого гусиного яйца. Вдоль верхнего края левой же орбиты, начиная на границе внутренней трети, кожа выпячена на подобие продолговатого, овального валика длиной в 5 см., наружный конец которого шире ($1\frac{1}{2}$ см) внутреннего на $\frac{1}{2}$ см. В доступных осмотру частях эта опухоль связи с опухолью виска не имеет. Размеры опухоли на виске: сверху вниз = 8 см., спереди назад 6 см. В области виска прощупываются несколько утолщенные края костной узур — вокруг опухоли. На всем своем протяжении опухоль ровна, эластична на виске и мягка, эластична у орбитального края, где она совершенно отграничена.

От окружающих ее частей и своим расширяющимся основанием теряется в глубине орбиты. Орбитальная часть опухоли легко вдавливается в орбиту с одновременным увеличением экзофтальма и не оказывая влияния на мозг; с кожей опухоль не сращена. Кожа растянута, несколько сплющена и покрыта в области наружного угла глазной щели и прилегающей части лба сетью расширенных и извитых сосудов. Глазное яблоко выпячено вперед и сильно смещено внутрь и вниз. Экзофтальмус = 20 мм. (Heitce). Глаз так сильно давит на нижнее веко, что последнее находится почти под ним в виде нескольких складок. Движение глазного яблока несколько ограничено, особенно в сторону опухоли. Глаз легко вывихивается и пульсирует синхронично с пульсом лучевой артерии. Давление на сон. артерию пульсацию глаза не прекращает, разве только несколько ее замедляет. Роговая оболочка слегка дымчата, мутновата, особенно в нижней своей $\frac{1}{3}$. Радужная оболочка карего цвета с ясным рисунком. Зрачек правильно круглой формы, умеренно расширен. Световые реакции едва заметны. Линза слегка мутновата. Острота зрения = 0,005. Внутри-глазное давление и глазное дно в пределах нормы. Глазная щель почти смыкается, остается только очень узкая полоска. Верхнее веко сильно растянуто, кожа его несколько сплющена и по ней так же пробегает сеть расширенных и извитых сосудов. Соединительная оболочка век и особенно conj. bulbi сильно гиперемирована.

Правый глаз в общем нормален. Отмечаются только небольшое помутнение линзы и вялая световая реакция зрачка.

Острота зрения = 04 N 1.25 D.

При аускультации в области виска и при сильном прижимании к нему стетоскопа прослушивается дующий шум. Сама опухоль во всех своих частях не пульсирует. Исследование крови дало небольшой ядерный сдвиг влево. Красная кровь в пределах нормы. Пункция новообразования дала отрицательный результат. После проведения подробного дифференциального диагноза автором было высказано предположение, что в данном случае дело идет о сложном пульсирующем пучеглазии на почве бессосудистого новообразования орбиты, имеющего связь с мозгом и может быть даже о перерожденном дермоиде. Случай представляет интерес, кроме безусловной своей редкости и выраженной клини-

ческой картины, также еще и с точки зрения своего патогенеза и особенно привлекает к себе внимание трудностью распознавания. Предполагается оперативное вмешательство, на что получено согласие больной.

Прения: Проф. В. Е. Адамюк внес некоторые дополнения относительно дифференциальной диагностики опухолей орбиты.

Проф. Мурзин отмечает, что подобный случай он наблюдал в Ташкенте. Предлагает лечить рентгеном или вообще световым методом.

2. Демонстрация д-ра Артемьевой больной с *Mycroophthalmus cum cysta* ос. dex.

После краткого литературного очерка современного состояния вопроса о *Mycroophthalmus cum cysta* автор привел свой случай *Mycroophthalmus cum cysta* ос. dex. и *Mycroophthalmus* ос. sin, где дело идет о 6-ной Закировой Н., 18 л., девушке, которая обратилась в клинику с просьбой удалить безобразящую ее опухоль. Пр. ниж. веко выпячивается вперед, кожа его растянута и просвечивает синева́тым цветом. При ощупывании оказывается, что в толще ниж. века имеется киста, до такой степени выдающаяся в глазницу, что при разведении век нельзя определить, имеется ли в глубине глазницы хотя бы рудиментарный глаз. Вертикальный диаметр прав. глазницы на 1 см. больше, чем левый.

Лев. глазное яблоко лежит в нижнем своде орбиты—величиною с большую горошину, Верхний свод орбиты глубок и оканчивается ямкой, лежащей на самом дне глазницы. Роговица диффузно мутна, круглой формы, очень малого размера, просвечивает синева́тым цветом, ясно видны пробегающие по ней поверхностно лежащие сосуды. Ощущение света отсутствует. R. W отрицательная; исследования специалистов к. л. органических заболеваний не обнаружили. Со стороны психики также отклонений от нормы нет. Результаты патолого-гистомического исследования данной кисты будут доложены особо.

Председатель проф. Адамюк огласил календарный план и тематику работы глазной секции на весенний семестр 1934 г.

Председатель проф. В. Е. Адамюк

Секретарь Булгакова

3) Ушная секция.

Заседание 8 февраля 1934 г.

Председатель проф. В. К. Трутнев. Секретарь д-р Б. Н. Соколов.
Присутствуют 22 чел.

1) Проф. К. Р. Бикторов сообщает работу д-ра В. В. Громова „Колебания резервной щелочности крови при различных типах дыхания“—Эксперименты автора показывают, что при трахеальном дыхании резервная щелочность крови понижается, в среднем до 20%.

2) Он же сообщает работу д-ра В. В. Громова — „О влиянии различных типов дыхания на сосудистую систему носа“. При длительном трахеальном дыхании в полости носа создается состояние гемостаза, расширение кровеносных сосудов и последующего понижения внутриносового давления.

В прениях выступили: проф. В. К. Трутнев, прив.-доц. Лебедевский и Яхонтов, д-р Чудносов, Соколов.

3) Д-р О. М. Мукосеева. Демонстрация 6-ной Ч. со стенозом трахеи.

Секретарь секции В. Соколов.

Заседание 26 февраля 1934 г.

Председательствует проф. В. К. Трутнев. Секретарь д-р Б. Н. Соколов.
Присутствует 16 человек.

Проф. В. К. Трутнев, открывая заседание, отмечает, что участвовавшие случаи гриппозной инфекции в городе должны мобилизовать внимание лор-специалистов к данному заболеванию и одновременно доступные нам методы борьбы (хлором, —оправдавшим себя в борьбе с гриппозной инфекцией) должны быть организованы с профилактической и лечебной целью для трудящихся города.

Прив.-доц. С. П. Яхонтов. „Некоторые данные о применении хлортерапии в лор-заболеваниях и в частности при гриппозных поражениях верхн. дых. путей“. Наблюдения ряда авторов показали, что хлор-терапия может быть

широко и с пользой применена при различных заболеваниях верхних дыхат. путей. Наиболее широкое распространение данного вида терапии обязано научной инициативе проф. М. Ф. Цытовича. В данное время хлор применяется не только с профилактической, лечебной, но и с диагностической целью. Острые процессы поддаются хорошо действию хлора, из хронических—только риниты без особой гипертрофии; атрофические процессы, озена—плохо поддаются хлорному лечению. Туберкулез противопоказует применение хлора. Что лежит в основе действия хлора—вопрос еще мало изученный, предполагается, что хлор обладает бактерицидными свойствами. В борьбе с гриппозной инфекцией хлор, несомненно, оказывает большую услугу.

В прениях: проф. Трутнев, д-р Бобровский, Вольфсон, Матвеев, Просвиринов, Никитин.

Постановили: 1) считать необходимым применение хлор-терапии с профилактической и лечебной целью в борьбе с гриппозной инфекцией; 2) считать целесообразным поднять вопрос перед НКЗдравом об организации и устройстве хлор-камер на фабриках и заводах; 3) в совучреждениях организовать особые комнаты для проведения сеансов хлор-терапии; 4) установить самый тщательный предварительный осмотр хлорируемых; 5) изготовление газа проводить на местах, т. е. транспортировка газа неудобна по техническим соображениям.

Секретарь секции Б. Соколов.

4) Объединенные заседания терапевтической, хирургической и рентгенологической секций.

Заседание 23 января 1934 г.

1. Проф. Н. В. Соколов.—Язва желудка и двенадцатиперстной кишки с хирургической точки зрения.

2. Прив.-доц. А. И. Миркин и д-р М. С. Морозова.—Клиника осложнений после операций на желудке.

3. Проф. Р. Я. Гасуль и прив.-доц. М. И. Гольдштейн.—Рентгенологическая картина осложнений оперированного желудка и ее значение для терапевта и хирурга.

Заседание 5/II 34.

1. Проф. Р. Я. Гасуль.—Рентгенотерапия пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Д-ра Э. М. Могилевский, В. Л. Рапиовец, Д. Е. Потехин и Е. И. Медведев.—Ахлоридная диета как метод лечения гиперацидных гастритов и язв желудка.

3. Д-ра Э. М. Могилевский и С. И. Биткова.—Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка откачиванием желудочного сока.

4. Д-р Н. Н. Ковязин.—Лечебное значение отведения желудочного сока при пептических язвах и кислотных катарах.

Прения. Проф. Н. К. Горяев. В материале Н. В. Соколова я хотел бы отметить следующие детали: 1. Очень высокий % случаев с повышенной кислотностью—295 сл. (900/0). 2. Сравнительно высокий % случаев, где при операции диагноз пептической язвы подтвердился. В этом материале значительное число случаев прошло предварительно через нашу клинику. По отношению к этой части случаев я не стал бы проводить резкую грань между случаями с рентгенологическим исследованием и случаями без такового. Дело в том, что рентгенография, если вообще была применена, то лишь в совершенно единичных случаях. Рентгеноскопия же в подавляющем большинстве случаев давала лишь более или менее убедительные косвенные признаки язвы. % совпадений предварительного диагноза и диагноза при операции я считаю сравнительно высоким, учитывая большой скептицизм в этом отношении многих крупных авторитетов (Moynihan, Gutmann и др.).—Указанные две детали, кажется, могут свидетельствовать о достаточно осторожном направлении больных на операцию (обоснование диагноза и, между прочим, намеренное длительное течение). Мне кажется, что нас—терапевтов нельзя упрекнуть, что мы слишком легко передаем б-ных хирургам, как и наших хирургов—в том, что они недостаточно взвешивают показания к вмешательству.

По вопросу о хир. вмешательстве при острых кровотечениях клиника Спассокукоцкого высказывается в пользу операции при бурном кровотечении (Вр. Д., 1929, №—7). Личные впечатления заставляют меня сочувственно относиться к такому мнению: мы потеряли 6-го с кровотечением из эрозированной артерии в дне язвы duodeni; калибр сосуда и величина отверстия не оставляли сомнения, что 6-го могла спасти только своевременная (т. е. ранняя) операция. Однако, прибегнуть к хир. вмешательству при остром кровотечении нам не пришлось, хотя мы ставили в некоторых случаях на обсуждение с хирургами вопрос о вмешательстве.

А. И. Миркин в своем докладе отметил, что в ряде случаев развитие гастрита (после операций на желудке) нужно поставить в связь с диететическими погрешностями, алкоголизмом и др. влияниями, т. е. гастрит не является непосредственным следствием хир. вмешательства. В настоящее время как будто никто уже не думает, что операция делает излишним применение в дальнейшем лечебных мероприятий—диететических и др., напротив, все указывают на их необходимость.

Мы заслушали обстоятельные доклады о лечении гиперацин. гастритов и пептических язв отказыванием желуд. сока (ахлоридная диета). Первое впечатление я бы формулировал так: исходя из правильного представления, что названные заболевания не есть чисто местное страдание, а являются следствием и выявлением общих расстройств в организме, предлагают метод лечения, который имеет целью устранить местное функциональное расстройство путем грубого воздействия на всю экономику организма и, как видно, может вести к достат. тяжелым общим расстройствам.

В вопросе о рентгенотерапии п. я., повидимому, еще многое остается невыясненным: сущность действия, индивидуализация дозировки и т. д.

Вполне присоединяясь к мнению, высказанному м. проч. и Н. В. Соколовым, — что будущее в лечении п. я. принадлежит не хирургии, что прогресс наших знаний в этой области, разработка методов леч. и ранней диагностики сделают хир. вмешательство не нужным. Но это—будущее, м. б. недалекое. На данном этапе хир. вмешательство занимает и должно занимать достаточно видное место в ряду наших попыток восстановить трудоспособность 6-го, облегчить его страдания, уменьшить опасность тяжелых, иногда непоправимых осложнений.

Гербст (Клин. Мед., 1931, № 6), сопоставляя результаты при терап. и при хир. лечении язв (60—75% успешных при тер. и 55—70% при хир.), приходит к признанию преимуществ тер. лечения. Я сделал бы из приведенных цифр диаметрально противоположный вывод, учитывая, что на операционный стол попадают 6-е, подвергавшиеся уже тер. лечению, при безрезультатности последнего или при наличии осложнений.

Проф. А. Г. Терегулов. Лично я не имел возможности присутствовать на докладе проф. Н. В. Соколова, поэтому не могу высказываться по существу вопросов, затронутых докладчиком.

С точки зрения интерниста, при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки оперативное вмешательство относительно показано, если налицо имеются повторные желудочные кровотечения, каллезная язва,—трудно поддающаяся консервативному лечению, перигастритические изменения или деформация duodenum'a, вызывающие нарушения эвакуации желудка, рубцовые песочные часы или, наконец, профессиональные моменты.

Мне кажется, в настоящее время, в связи с возможностью применения трансфузии крови при желудочных кровотечениях, вопрос о хирургическом вмешательстве отпадает, за исключением отдельных случаев, когда имеются специальные показания. При желудочных кровотечениях я всегда получаю хорошие результаты при консервативном методе лечения.

В тех случаях, когда приходится решать вопрос в пользу оперативного вмешательства, я лично предпочитаю резекцию желудка. Гастроэнтеростомия, хотя и является более физиологичной, чем резекция желудка, дает неутешительные результаты. Язва часто рецидивирует, не устраняется возможность осложнений, как кровотечения, прободения язвы, злокачественные перерождения и, по данным авторов, в 2—8% осложняется *ulcus jejuni pepticum*.

В данный момент я не располагаю цифровыми данными, но мое впечатление по материалу клиники таково, что процент осложнений гастроэнтеростомированных больных *ulcus jejuni pepticum* во всяком случае больше, чем в 2—30%.

Процент осложнений при резекции желудка *ulcus jejuni pepticum* в среднем держится в пределах 0,80%. Но это обстоятельство ни в коем случае не может стимулировать интереса к расширению рамок показаний к оперативному вмешательству при язвенной болезни. Метод этот недостаточно физиологичен и далеко еще не изучено последующее влияние операции на организм. Гастрит, панкреатит, кишечные расстройства, гипо и гиперхромная анемия, развивающиеся после операции, заставляют быть весьма осторожными при решении вопроса о хирургическом лечении язвенной болезни.

Систематическое диететическое лечение в комбинации с лекарственным—дают удовлетворительные результаты и к операции следует прибегать только тогда, когда имеются действительные показания к таковой.

Лечение бессолевой диетой в комбинации с отведением желудочного сока в смысле эффективности—проверено на относительно большом материале Straus, Katsch-Mellinghoff. Авторы отмечают удовлетворительные результаты, полученные ими при этом методе лечения. Высокая кислотность и усиленная секреция в числе причин, тормозящих излечение язвы желудка,—являются наиважнейшими факторами. Авторы, в относительно короткий срок, получали понижение секреции, отчасти кислотности, исчезновение субъективных жалоб больных. Это обстоятельство и побудило нас проверить метод Straus'a и Katsch'a на нашем клиническом материале.

По нашим наблюдениям, этот метод является безразличным: активное и трудно дозируемое воздействие на хлорный обмен организма, хотя и сопровождается исчезновением в той или иной мере субъективных жалоб больных, понижением секреции и частью кислотности желудочного сока, однако, как мы видели, это вмешательство связано с нежелательными изменениями организма—сильным сдвигом хлоридов и накоплением продуктов азотистого обмена. По техническим условиям мы не имели возможности рентгенологически проверить антифлогистическое действие лечения на слизистую желудка. Но из того количества фактов, которое накопилось у нас за время наблюдений—мы можем сказать, что этот метод лечения не может быть рекомендован для широкого применения. Он может быть показан в отношении больных, нарушающих рекомендуемые им систематические лечебные мероприятия или когда имеется язва, действительно трудно поддающаяся консервативному лечению.

Д-р В. И. Пшеничников. В вопросе о показаниях к той или иной операции на желудке до сих пор еще нет единства. Строго придерживаясь выработанных показаний, факультетская хирургическая клиника в многосотенном материале операций на желудке не имеет последующих осложнений. В нашем материале смертность после гастроэнтеростомий составляет 10%, после обширной резекции желудка по поводу язвы—3,40%, по поводу рака—9%.

Заслушанные доклады дают повод привести материал, касающийся консервативного лечения язв желудка и 12 п. к. Новокаиновый блок нервных сплетений мы применяли у 73 б-ных. После вливаний, в течение 1—2 дней мы наблюдали обострение язвенного симптомокомплекса, вслед за чем устанавливалось стойкое улучшение. Со стороны объективных данных мы наблюдали значительное снижение кислотности желудочного сока, снижение лейкоцитоза, и ацетон мочи. Кровяное давление, щелочной запас крови, функциональная проба почек—оставались без изменений. Срок наблюдения около 2-х лет.

Большого внимания заслуживает доклад д-ра Потехина. Упреком способам откачивания или отведения желудочного сока является опасность последующего возникновения гипохлоремической азотемии, алкалоза, а также и небезопасное пребывание, в течении 8 час., в желудке оливы.

Терапия язвенной болезни должна быть быть щадящей. Вероятно, поэтому рентгенотерапия при язве и не получила широкого применения (биоотрицательный фактор).

Проф. Р. И. Лепская. Проф. Н. В. Соколов в своем докладе сделал одно интересное заявление, которое очень знаменательно в устах хирурга, а именно о том, что в будущем лечение язвы желудка будет принадлежать терапевту. Докладчик—хирург солидаризируется, следовательно, с той точки зрения, которая в местных изменениях больного органа—язве—видит выражение общего

процесса язвенной болезни. Необходимо подчеркнуть, что показания к оперативному вмешательству при язве ставятся врачами, особенно хирургами, слишком широко, что оперативному лечению подвергаются широко не только случаи с абсолютными показаниями, как перфорирующие язвы, стенозы, пенетрирующие язвы, каллезные и часто рецидивирующие формы или подозрительные в отношении язвенного перерождения, но, сплошь и рядом, больные оперируются на основании одного лишь клинического синдрома язвы, которому стали придавать слишком решающее, чуть ли не патогномическое значение. Клиника показывает на каждом шагу, как часто этот синдром, даже ярко выраженный, является лишь реакцией на заболевание другого органа брюшной полости—аппендицита, холецистита, иногда—панкреатита, и как велико число напрасных операций, наносящих ущерб дальнейшему нормальному функционированию желудочно-кишечного тракта. Язвенный синдром, без рентгенологических или других точных данных, служит лишь показанием к дальнейшему уточнению диагностики.

Что касается вопроса об отдаленных результатах операции, то статистика докладчика более благоприятна в сравнении с цифрами, например, клиники Bergmann'a или Kalk'a. Последний считает, что 50% гастроэнтеростомированных больных вновь заболевают. Наш материал, изложенный в докладе доц. А. И. Миркина, иллюстрирует тяжесть явлений, с которыми нередко снова попадают к нам больные после операций на желудке.

Отсутствие до сих пор единого взгляда на патогенез язвы, многочисленность и сложность факторов, играющих роль в патогенезе ее, не дали нам до сих пор еще найти единый эффективный метод терапевтического воздействия; однако, несомненная роль функциональных расстройств, воспалительного процесса, тканевого предрасположения—наследственного и приобретенного обязывают нас подняться над упрощенной терапией местного жажания.

Учет перечисленных факторов, отраженный в различных терапевтических приемах, объясняет то, что разные методы могут давать положительный результат. К такому же стремлению искать новые пути воздействия на воспалительный процесс путем перестройки обмена относятся и сегодняшние доклады о бессолевой диете и откачивании желудочного содержимого.

Считаю нужным прибавить, что, при правильно поставленном контроле и правильной дозировке, те сдвиги, которые намечаются в обмене при этом методе, как напр., тенденция к повышению остаточного азота, не велики и опасности не представляют. Выполнение же такого контроля все же не требует обстановки более сложной, чем хирургическое лечение.

5) Протоколы научных конференций Кукморского филиала Н. М. А.

Заседание 3-го октября 1933 г.

1. *Организационная часть.* Выборы президиума филиала, в составе дд. Ф. Л. Лукманова, С. А. Смирнова и Г. А. Абдрахимовой.

2. *Научная часть:* сообщение д-ра С. А. Смирнова на тему „Аппендикулярные инфильтраты“.

Прения: дд. Лукманов, Пестова, Абдрахимова и Рождественский.

Заседание 15-го октября 1933 г.

1. Д-р Л. Е. Черкасский. Демонстрация больного со „спонтанной гангренной“ (до лечения).

Прения: дд. Смирнов, Земскова, Пестова и Рождественский.

Заседание 1-го ноября 1933 г.

1. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация двух больных после операции френикоэкзереза (операции произведены в Казани).

2. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация б-ного со свежим легочным туберкулезом (бытовая инфекция).

Прения: дд. Смирнов, Пестова и Рождественский.

3. Д-р С. А. Смирнов. Благоприятный результат лечения варикозных язв голени цинк-желатиной повязкой (демонстрация б-ной).

4. Д-р Г. А. Абдрахимова. Случай акраниоцефалии (демонстрация пат. анат. препарата).

ностью. М. Г. Вячеслов — коренной казанец, ученик Казанской гимназии, студент-медик Казанского университета, — уже в 1892 г., будучи студентом, арестовывается и сидит в тюрьмах сначала в Казани, затем в Крестах и Петербурге. В 1896 г., после тюрьмы, он выезжает за границу (Швеция и Германия), где заканчивает медицинское образование, но в то же время продолжает революционную деятельность. С 1900 года М. Г. Вячеслов — „Искровец“, в Берлине М. Г. — председатель „Искровской“ группы и член Лиги русских революционных социал-демократов. В это время он принимает деятельное участие, в контакте с В. И. Лениным и другими большевиками, по организации транспорта революционной литературы в Россию. М. Г. Вячеслов был одним из первых, который связал лучших представителей германской социал-демократии (Бебель, Карл Либкнехт, Роза Люксембург и др.) с русскими заграничными революционными кругами. Преследования полиции вынуждают Вячеслова покинуть Германию и перебраться в Австрию, причем, благодаря влиянию Бебеля, ему удалось избежать выдачи жандармам России. В Австрии Вячеслов, вместе с тов. Стомоныковым, организует доставку оружия в Россию и на своей квартире устраивает лабораторию взрывчатых веществ.

После раскола партии, Вячеслов примыкает к меньшевикам. В 1905 году он нелегально приезжает в Россию и работает в Петербурге, Гельсингфорсе, Киеве, Одессе. В 1908 году он окончательно возвращается в Россию и работает уже, как бактериолог и санитарный врач, в пролетарских районах Петербурга, однако, не прекращая тесной связи с подпольными революционными кругами, тесной и активной связи с „правдистами“, постоянно оказывая врачебную помощь революционным товарищам. Он же лечит и мать В. И. Ленина, которая последние годы живет под Петербургом. С первых дней империалистической войны М. Г. Вячеслов резко и определенно занимает позицию интернационализма. Октябрьскую революцию он встречает с энтузиазмом и становится ряды членов ВКП(б). В бурные дни 1917—1918 гг., со свойственной ему темпераментностью, он кипит революционной работой. С 1919 года он отдает себя преимущественно революционной работе по организации и строительству советского здравоохранения, по организации устоев Коллегии Наркомздрава. Он является также комиссаром Центрального Совета на фронтах. На одном из этих фронтов погибает его сын — комсомолец — доброволец Красной Армии. Лихорадочно продолжается его деятельность до последних дней. Последние свои годы он отдает обществу старых большевиков, являясь врачом Общества.

Партийные друзья, товарищи М. Г. Вячеслова, заканчивают его некролог словами: „У всех, знавших М. Г. Вячеслова, навсегда останется о нем память как об одном из лучших представителей старой революционной интеллигенции, исключительной душевной красоты человека“. Эта исключительная душевная красота старого революционного интеллигента была пленительна. Жизнь столкнула нас в Казани еще в студенческие годы; наши встречи в Казани, в царском Петербурге, в советском Ленинграде, в Москве в различных ситуациях его профессиональной, общественной и революционной деятельности — всегда характеризовали его, именно, как выдающегося представителя неприимой, неуклонной революционной интеллигенции, всегда активной и действенной и в то же время человека действительно исключительной душевной красоты.

Проф. М. Гран.

Хроника.

63) Борьба против рака, уже возникшего в организме, должна быть направлена не только на уничтожение самой опухоли, но и на усиление защитной реакции со стороны соединительной ткани.

Вокруг раковой опухоли, как реакция на исходящие от опухоли химические раздражения, разрастается кольцо соединительной ткани. Клетки ее проникают в ткань опухоли и начинают „разъедать“ ее. Можно думать, что во многих случаях таким путем происходит самоизлечение организма от рака. Но обычно растущие клетки опухоли прорывают соединительно-тканную преграду, разно-

сятся в отдаленные органы, и из местного заболевания рак становится общим. Надо следовательно искать средство, способное возбуждать активность соединительной ткани. Такое средство и найдено акад. А. А. Богомолец в так наз. цитотоксической для соединительной ткани сыворотке.

Совместно с д-ром Нейманом, авт. вводил под кожу кролика клеточные элементы активной соединительной ткани мыши (селезенка, большой сальник). От этого кровь кролика приобретает свойства, токсические для клеток (цитотоксические) соединительной ткани мыши. В малых дозах такая сыворотка оказывает на активные клетки соединительной ткани сильнейшее возбуждающее действие. С помощью ее авт. добились в ряде случаев рассасывания очень больших раковых опухолей у мышей.

Не отождествляя рака мышей с раком человека, авт. думают что их опыты открывают новые перспективы в борьбе против раковой болезни.

64) Обычно гормоны готовятся из желез внутренней секреции, но недавно во Всеукраинском институте эндокринологии и органотерапии, в результате длительной исследовательской работы, проф. И. М. Пейсаховичу удалось выделить из обыкновенного репчатого лука гормон высокой биологической активности. Достаточно указать, что один миллиграмм этого гормона вызывает через несколько часов полное созревание половых органов молодого неполовозрелого животного.

Получение полового гормона из растений, кроме теоретического интереса, имеет и большое практическое значение, так как открывает новые источники для получения высококачественных препаратов. Работа проф. И. М. Пейсаховича напечатана в № 11 „Врачебного дела“ (Харьков) и в журнале „Revue française d'Endocrinologie“ (Париж).

65) При лечении рака весьма важно как можно раньше распознать болезнь. Но распознавать начало рака внутренних органов—дело не легкое, нередко—невозможное.

Росту раковой опухоли соответствует неправильный обмен веществ. Небольшая опухоль разрушает огромное количество сахара и, не будучи в состоянии окислить его до угольной кислоты и воды, образует большое количество молочной кислоты и других соединений углерода, выделяющихся с мочей.

Исходя из этого, проф. Медведева в руководимом акад. А. А. Богомолцем институте предположила, что в моче раковых больных отношение углерода к азоту, нормально—меньше единицы, должно превышать эту норму. И действительно, оказалось, что даже при начальных формах рака отношение углерода к азоту в моче *всегда больше единицы*. Определив увеличение этого отношения, можно, следовательно, своевременно распознать рак и спасти больного своевременной операцией.

66) Произвольное создание новых сортов растений и пород животных возможно при условии овладения механизмом изменения их наследственных свойств. Для этого необходимо изучение причин и характера таких изменений, известных в науке под названием „мутаций“.

Работы, проведенные в биологическом институте им. Тимирязева (Москва) под руководством проф. М. С. Навашина, показали, что достаточное удлинение сроков хранения семян, без всякого применения специальных средств внешнего воздействия, неизбежно приводит к огромному увеличению числа мутантов. Процесс мутирования чрезвычайно ускоряется при повышении температуры и влажности.

Эти данные устанавливают новую точку зрения на процесс мутации и открывают перспективы большого ускорения темпов работы по выведению новых сортов растений. Выводы лаборатории подтверждены в Канаде и в США.

25 марта в московском Доме ученых состоялся доклад проф. М. С. Навашина о естественных мутациях.

67) Академия тропической медицины образована в Вашингтоне. Президентом академии избран проф. Смит.

68) Президиум ВЦИК утвердил положение о государственной санитарной инспекции РСФСР, создаваемой для улучшения санитарного обслуживания населения и полного охвата санназором всех отраслей производства, труда и быта и особенно пищевой промышленности и общественного питания.

Органы государственной санитарной инспекции образуются в системе НКЗдрава РСФСР, Наркомздравов АССР и местных отделов здравоохранения.

Государственные санитарные инспектора имеют право приостанавливать, до проведения необходимых санитарных мер, эксплуатацию предприятий, пользование помещениями и складами, выпуск судов, а также закрывать, на срок или бессрочно, вредные и опасные для здоровья производства.

Закрытие предприятий местного значения производится с утверждения государственного санитарного инспектора АССР, края или области, а закрытие предприятий республиканского и обще-союзного значения—с утверждения главного государственного санитарного инспектора РСФСР.

69) Совнарком РСФСР постановил назначить заместителя народного комиссара здравоохранения РСФСР тов. Кангелари В. А. главным государственным санитарным инспектором РСФСР.

70) Народный комиссар здравоохранения РСФСР т. Каминский принял делегацию профессоров и преподавателей ленинградских и московских медицинских вузов. В составе делегации—профессора Давиденков, Бурштейн, Гессе, Ланг, Менделев, Койранский, Левит, Джанелидзе и др.

В продолжительной беседе участники делегации рассказали наркому о недостатках в подготовке медицинских кадров и о работе по повышению квалификации молодых врачей. Научные работники считают необходимым перестроить систему высшего медицинского образования так, чтобы первые четыре года обучения студент получал *общую медицинскую подготовку*, а пятый год—*специализировался*.

Особое внимание нужно уделить подготовке научно исследовательского персонала. Талантливым медицинским работникам необходимо предоставлять двух и трехмесячные командировки за границу. Необходимо также организовать регулярное снабжение наших медицинских работников иностранной научной литературы.

Тов. Каминский указал, что большинство затронутых в беседе вопросов требует быстрого и исчерпывающего разрешения.

71) Всесоюзный комитет по высшему техническому образованию создал организационно-методический совет для изучения **опыта работы университетов культуры*.

Университеты культуры рассчитаны на повышение общего уровня развития советского студенчества; они построены в основном на лекционной системе, однако без обычных для вузов зачетов; зачисление в число слушателей производится по личному желанию студентов.

Первый университет культуры был создан в прошлом году при *Ленинградском химико-технологическом институте*. Теперь университеты культуры имеются уже во многих городах Советского Союза, в том числе и в Казани.

Занятия в университете культуры не ограничиваются одними лекциями: *в порядке занятий слушатели посещают театры, музеи, концерты, выставки*.

72) В Харькове открывался марксистско-ленинский университет нового типа. Слушателями его будут *200 деятелей науки и техники*—профессоров, доцентов, крупных специалистов, хозяйственников и командиров Красной армии.

Ректором университета назначен председатель Всеукраинского комитета содействия ученым т. Сухомлин.

73) Исполнилось трехлетие первого на Украине массового рабочего университета здравоохранения. За три года университет организовал отделения в *Николаеве, Херсоне, Зиновьевске, Первомайске*, и открыл 2 сельских университета в *Ульяновке и Белозерке*.

На основе опыта Одесского рабочего университета здравоохранения, подготовившего сотни квалифицированных санитарных работников, на Украине создано 48 таких же университетов.

74) *Цикл десятидневных курсов* для высших медицинских научных кадров организовал Государственный институт усовершенствования врачей в Ленинграде. На первую декаду съехались 50 профессоров и доцентов, 70 глав-врачей и директоров больших больниц.

75) *Конференция научно-исследовательских институтов* по санитарной технике, коммунальной санитарии и гигиене, посвященная коагуляции (очистке воды), открылась 14 марта в академии коммунального хозяйства.

76) *Всероссийская конференция патологов* открылась 1 апреля в Москве. Конференция обсудит вопросы патологии нервной системы и кишечного тракта

77) *Расширенная конференция гистологов и эмбриологов* открылась 24 марта в Москве. Все работе принимают участие крупнейшие ученые СССР, занимающиеся изучением микроскопического строения и развития организмов. Конференция созывается управлением вузами и институтами Наркомпроса.

78) *Всероссийское общество урологов* созывает в середине июня 1934 года Всероссийскую конференцию урологов. Программные темы: 1. Травматические повреждения мочевого аппарата. 2. Организация борьбы с острой гонореей мужчины и лечение таковой. 3. Интравензная пиелография. 4. Подвижная почка.

79) *Производство рентгеновской бумаги* наладила, по инициативе Центрального туберкулезного института, ленинградская фабрика рентгеновских пленок им. Урицкого. Испытания, произведенные институтом, показали хорошее качество бумаги и возможность широкой замены ею дефицитных рентгеновских пленок.

80) *Кристаллический витамин D* (противорахитный) в чистом виде, как сообщает индус Н. К. Базу из Калькуты, удалось выделить из жира одного вида рыбы, распространенной в Бенгалии (Сообщение проф. J. Schaxel).

81) *Эвипан*—новое анестезирующее средство—испытан в Германии и Англии и дал прекрасные результаты. Сон наступает через 30 секунд после впрыскивания (Scientific American, March, 1934).

82) *Атебрин*—новое средство борьбы с малярией—получен синтетическим путем в Академии наук СССР. Подготавливается производство его в полужавовском масштабе.

83) *Опыты домашней госпитализации* тяжело больных проводит больница Памяти жертв революции в Ленинграде. Больному обеспечиваются на дому все условия больничного стационара: дежурство сестры, медицинские препараты и лекарства. Врач посещает больного два, а иногда и три раза в день.

84) *Областной конкурс больниц* закончился на Урале. Переходящее красное знамя присуждено 3-ей Свердловской городской больнице, которая добилась наилучших показателей в медицинском обслуживании трудящихся.

85) *Заканчивается строительство Архангельского городка здравоохранения*—одной из крупнейших больниц Союза.

Больничный городок состоит из патолого-анатомического, родильного, терапевтического и детского корпусов.

Этот лечебный комбинат оборудуется рентгеновскими установками, солярием, аппаратурой для электро-светолечения, искусственными радиоактивными и щелочными ваннами, бактериологическими лабораториями и т. д. Организуется база лечебной физкультуры.

Общая площадь комбината—3.300 тыс. кубометров. Стоимость сооружений—8 млн. рублей.

86) *Лаборатория по изучению митогенетических лучей Гурвича* открывается при Институте экспериментальной медицины в Ленинграде.

87) В Выборгском районе Ленинграда, вокруг Полюстровских источников железистых минеральных вод, началось строительство большого курорта.

Полюстровская минеральная вода, как показали последние анализы, по своим свойствам приближается к водам мировых курортов Спа и Кембридж-Уэльс. По содержанию железа (24 миллиграмма на 1 литр) полюстровская вода превосходит источники Железноводска.

Курорт предназначается для лечения больных тяжелыми формами малокровия и расстройством обмена веществ.

К 1 мая будет закончена постройка временного здания для завода железистых минеральных вод производительностью в 10 тысяч бутылок воды в одну смену.

88) На берегу озера Севан (величайшее в Закавказье озеро, расположенное на территории Армянской ССР), в ближайшее время начинается строительство дома отдыха, рассчитанного на 500 человек. Исключительно благоприятные климатические условия дают возможность применить здесь все виды аэро-гидро-и гелиотерапии (лечение воздухом, водой и солнцем).

Строящаяся железнодорожная линия *Эривань—Актафа* со ст. Еленовка свяжет побережье озера с магистралью Закавказских ж. д.

Наркомздрав Армении и Главное курортное управление СССР предполагают развернуть на Севанском побережье строительство целого ряда санаторно-курортных учреждений.

89) Из Воронежа сообщают, что кассы взаимопомощи при колхозах области в течение 1933 г. послали на курорты и в дома отдыха 650 лучших колхозников-ударников. В течение 1934 г. намечено послать 900 человек на курорты и 1.100 чел.—в дома отдыха. В ближайшее время будет закончено строительство домов отдыха колхозников, рассчитанных на 50 человек каждый, в Лео-Россошанском, Токаревском и других районах.

90) Летний сезон на курортах откроется 1 мая. Сейчас курорты усиленно готовятся к встрече больных. Особое внимание обращено на организацию питания для амбулаторных больных. В Сочи, Кисловодске, Пятигорске, Ялте заканчивается строительство новых столовых и ресторанов. В Сочи строится большой театр на 1.200 мест. Этим летом должно быть закончено строительство морского вокзала и причала для судов.

Вступит в эксплуатацию первая линия сверхскоростного автомобильного движения от Ривьеры до Мацесты.

52 проц. всех курортных путевок забронировано для рабочих, 11 проц. получают ИТР, остальные путевки распределены между служащими и колхозниками.

В этом году на курортах Крыма и Кавказа будут лечиться свыше 300.000 человек.

91) 14.000 чел. отдыхающих будут пропускать дома отдыха Татарии каждые 2 недели в весеннем и летнем сезоне 1934 г. Пропускная способность санаториев—1930 человек в месяц.

92) В нынешнем году в Татарской Республике намечены большие работы по борьбе с малярией.

Микробиологический институт разработал план осушения болот на площади 2.250 га. Тысяча га будет осушена в Пролетарском районе, 100— в Бондюге, 100—в Зеленодольске, 50— в Васильеве и до 1.000 га в Спасском районе.

Заклучен договор с Сельхозавио на опыление малярийных болот парижской зеленью с аэропланов. Будет применено в широком масштабе нефтенирование болот.

Обследовательской работой по изучению малярийных очагов в Казани будет охвачена площадь в 100 га, в том числе район Мехкомбината, СК—4, Бакалда, правая сторона Казанки и усадьба парка культуры и отдыха.

Борьба с малярией до сих пор затруднялась недостатком хинина. В 1934 году Казань будет полностью обеспечена хинином. Кроме того, при лечении малярии будет применяться советский препарат „плазмоцит“, успешно заменяющий хинин.

В Казани будет создана городская малярийная станция. Ряд малярийных пунктов будет открыт в районах ТР.

93) Всероссийское общество патологов создано по постановлению всероссийской конференции патологов, закрывшейся 4 апреля. Общество будет руководить всей научно-исследовательской работой в области патологии прозекторского дела. Председателем общества избран проф. А. И. Абрикосов.

94) В Москве создан филиал Всесоюзного института экспериментальной медицины. Он развернул большую научно-исследовательскую работу. Филиал объединяет свыше 40 крупнейших ученых, в числе которых—руководитель филиала проф. Розенков, академик П. П. Лазарев, проф. Проппер (Зам. директора филиала), проф. Кроль, Левит, Кончаловский, Шатерников и др. Основной раздел работ филиала—изучение физиологии и патологии человека. Для изучения воздействия на человека климатических условий создан сектор „Человек и климат“, открыты климатические станции в Ялте, Мурманске, Прозоровске и Ашхабаде. Отдел физиологии и патологии изучает связь высшей нервной деятельности с работой органов чувств человека.

95) С 1 по 5 июля 1934 г. состоится Всеукраинская конференция—рентгенологов, радиологов и онкологов. Программные темы: 1. „Лечение воспалительных заболеваний рентген-лучами“. 2. „Рентгено-диагностика туберкулеза легких у взрослых и детей“. 3. Рентгеновские методы определения инородных тел и методики удаления их“. 4. „Лечение злокачественных новообразований“. 5. Клиника и диагностика рака желудочно-кишечного тракта.

96) 23-й Съезд хирургов созывается в Ленинграде с 29 августа по 6 сентября 1934 г. Программные темы: 1. Шок. 2. Негуберкулезные заболевания легких. Рекомендованные темы: 1. Тромбоз и эмболия. 2. Повреждения и лечение повреждений кисти и пальцев руки. Темы по ортопедии: 1. Внесуставные артродезы. 2. Патогенез лумбоишиалгий. Кроме указанных тем, будут допущены индивидуальные доклады.

97) Исполнилось десятилетие Всеукраинского Государственного Института Патологии и гигиены труда, отмеченное торжественным заседанием.

98) Президиум ВЦИК, по докладу народного комиссара здравоохранения РСФСР т. Каминского, постановил присвоить за выдающиеся заслуги в деле организации и укрепления советской медицины звание заслуженных деятелей науки крупнейшим советским ученым—профессором В. М. Броннеру, А. В. Вишневскому, Н. Ф. Гамалей, П. А. Герцену, В. С. Груздеву, А. Ф. Иванову, Н. К. Кольцову, М. П. Кончаловскому, Е. И. Марциновскому, А. В. Молькову, А. Н. Сысину и А. Д. Сперанскому.

Профессор В. М. Броннер имеет крупнейшие заслуги в деле борьбы с венерическими болезнями, Он — основатель государственного Дермато-Венерологического института, названного его именем и возглавляет первую в мире кафедру социальной венерологии.

Профессор А. В. Вишневский является выдающимся педагогом. Его научные работы относятся к самым разнообразным отраслям медицины, анатомии, патологической анатомии с иммунитетом и бактериологией, хирургической технике и клинике и др.

Профессор Н. Ф. Гамалей — крупнейший бактериолог, имеющий более 250 научных трудов. Впервые в нашей стране им были организованы прививки против бешенства.

Профессор П. А. Герцен — выдающийся хирург и ученый в области исследования рака и борьбы с ним.

Профессор В. С. Груздев — выдающийся педагог, имеющий более 105 научных трудов по вопросам акушерства и гинекологии.

Профессор А. Ф. Иванов — крупнейший ученый в области болезней уха, горла и носа, основатель многочисленной школы специалистов-отоларингологов.

Профессор Н. К. Кольцов — один из крупнейших биологов Советского Союза, создатель школы экспериментальной биологии и пионер в области основных направлений экспериментальной биологии: генетики, физико-химической биологии и экспериментальной цитологии.

Профессор М. П. Кончаловский — выдающийся ученый и организатор научно-исследовательских работ по терапии, крупнейший специалист в области болезней желудка, печени, обмена веществ и др.

Профессор Е. И. Марциновский — выдающийся научный деятель в области инфекционных заболеваний, видный руководитель всего дела борьбы с малярией, основатель первого в СССР тропического института.

Профессор А. В. Мольков — крупнейший деятель советской медицины в области гигиены и санитарии, по инициативе которого был создан музей социальной гигиены.

Профессор А. Д. Сперанский — крупнейший патофизиолог СССР, разрабатывающий новые проблемы патологии человека, один из основных теоретических работников Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) в Ленинграде (Известия*, 28 апреля 1931 г., № 00).

99) 6 мая в Казани состоялось торжественное чествование заслуженного деятеля науки профессора *Александра Васильевича Вишневского* по поводу 35-летия его научной, педагогической, врачебной и общественной деятельности, ознаменованное постановлением Президиума Центрального исполнительного комитета и Совета Народных Комиссаров Татарской АССР.

В ознаменование 35 летней выдающейся ученой, педагогической и врачебно-общественной деятельности профессора-хирурга Казанского медицинского института Вишневского Александра Васильевича, удостоенного ВЦИК'ом звания заслуженного деятеля науки, президиум ЦИК и СНК АТССР постановляют:

1. Присвоить факультетской хирургической клинике Казанского мединститута имя профессора А. В. Вишневского.

2. Предложить Наркомздраву ТР выделить в текущем году необходимые средства для дооборудования и ремонта клиники профессора А. В. Вишневского.

3. Учредить по Мединституту одну аспирантскую стипендию имени профессора А. В. Вишневского для подготовки научных кадров из националов, предложив Наркомздраву выделить необходимые средства.