

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

Обл. ин-т переливания крови НКЗ СССР (директор д-р К. С. Казаков). Из Алексеевской районной больницы (заведующий врач А. П. Петров) (филиала Областного института по переливанию крови НКЗ в Татарии).

Опыт переливания крови в колхозной деревне на уборочной кампании.

Ст. ассист. И. П. К. д-р Л. И. Еляшевич.

„Среди последних достижений научно-медицинской мысли переливание крови несомненно занимает одно из первых мест, как новый могущественный лечебный фактор“ (из резолюции, принятой Всесоюзным совещанием филиалов Центрального института гематологии и переливания крови от 30 мая 1932 г.).

Актуальность проблемы быстрого восстановления трудоспособности диктует необходимость использования переливания крови в повседневной практике здравоохранения.

Широкая популяризация и практическое применение этого метода в современных условиях колхозной деревни является настоятельно необходимым. Эту задачу могут разрешить районные участковые больницы.

В 1932 г. на XXII съезде хирургов директор Ц.И.П.К. приват-доцент Багдасаров А. А. в своем программном докладе говорил о наличии 60-ти опорных пунктов по переливанию крови, разбросанных в различных уголках СССР. Многие периферические больницы уже приступили к использованию метода трансфузии, однако, большое число сельских хирургов еще по сей день не занимаются переливанием крови. Несмотря на некоторые трудности в вопросах организации донорства, определения кровяных групп, техники переливания крови (доклады проф. Гессе, проф. Спасокукотского), все же при надлежащей инструктивной помощи авторитетных учреждений возможно на наших медицинских участках оказание квалифицированной помощи кровью.

Опыт переливания крови в районной больнице (д-р Державец—из Вичугского филиала Ц.И.П.К.) свидетельствует о больших перспективах в создании донорских кадров и их обеспечении. Полученные им ободряющие результаты подтверждают необходимость широкого развития этого дела на селе.

Имея в виду привлечение внимания колхозных и рабочих масс деревни к переливанию крови, как ценному лечебно-профилактическому мероприятию

тию, Областной институт переливания крови НКЗ АТССР наметил ряд программных вопросов, имеющих целью приблизить это полезное мероприятие к нуждам трудящихся. С другой стороны, с целью накопления опыта в работе с кровью на селе мною велись наблюдения по проверке результатов переливания крови в период уборочной кампании в участковой районной больнице.

Побуждаемые необходимостью подачи неотложной хирургической помощи колхознику, рабочему совхоза и машинно-тракторных станций, мною совместно с заведующим больницей было сделано 30 переливаний крови по различным показаниям в период от 15 июля по 30 августа с. г. Не имея возможности из-за напряженного внимания местной общественности к уборке хлеба в короткий срок организовать кадры полноценных доноров, проводить систематическую контрольную проверку состояния их здоровья и создать базу для их планомерного обеспечения нами решено было воспользоваться на время уборочной исключительно только услугами родственников больных, имея в виду бесплатность, доступность и безотказность любого из членов семьи заболевшего. Наши наблюдения над 40 родственными донорами с убедительностью показали идейную убежденность и искреннюю готовность в любую минуту дать кровь „ежели она пойдет на пользу“. Так, из всего числа родных кроводателей только одна отказалась пожертвовать кровь для мужа из-за 3-месячной беременности и неверия в успех трансфузии „беременной крови“. Остальные доноры на любой вызов своевременно являлись с поля, из крестьянской избы за 10—15—20 километров по требованию врача и больного с запиской бригадиру или председателю колхоза о срочном освобождении донора от работ и немедленном направлении его в больницу. По прибытии—рабочий с поля без промедления использовывался на месте и без отрыва от производства сейчас же возвращался на физическую работу с указанием на необходимость выдачи ему сверхсуточного пайка. Одновременно необходимо отметить благоприятную частоту совместимости родственной крови донора и реципиента. В случае несовместимости крови родных—приходилось в интересах больного решаться на повторные вызовы других членов семьи. В конечном счете, как правило, находился ценный донор совместимой группы.

Из 30-ти поставщиков родственной крови только в двух случаях кровь донора оказалась разногруппно несовместимой и потребовала себе замены кровью донора медсестры (К. При ты к и н о й), безвозмездно и добровольно пожертвовавшей дважды двум больным по 200 кубиков крови. Групповая характеристика крови использованных нами доноров следующая: 19 случаев одноименной группы и 11 случаев разноименно-совместимых групп.

Перелито от жены мужу	12 ст.
„ „ мужа жене	10 „
„ „ родителей детям	4 „
„ „ детей родителям	2 „
„ „ сестры брату	2 „
„ „ медсестры больным	2 „

Возраст наших доноров от 18 до 65 лет. Всякий раз родственник донор подвергался всестороннему обследованию на предмет исключения специфических и острозаразных заболеваний путем подробного собирания анамнеза и данных объективного исследования. Латентная малярия у обуюдно пораженных ею кроводателя и реципиента не служило противопоказанием к трансфузии в случае острой необходимости в кровяном материале. Без исключения у всякого дающего и получающего кровь определялся $\frac{0}{100}$ гемоглобина, кровяное давление, пульс, температура,

групповая реакция. Бралась кровь в количестве от 150—350 кубиков. Тургор кожи, мышечный тонус, массивно выраженная венозная сеть—делают рабочую руку сельского донора и реципиента в высшей степени удобной хирургу и больному для производства венецикции, благодаря чему ни в одном случае ни у того ни у другого не применена была венесекция, что для целей массового применения переливания крови в деревне и привлечения кроводателей имеет немаловажное значение.

Операция переливания крови делалась по стандартизированному и унифицированному методу, выработанному Центр. инст. пер. крови при помощи аппаратуры Ц.И.П.К. при постоянном пользовании биологической пробой и пробой на индивидуальную совместимость. Кроме обычной посттрансфузионной реакции отметить каких-либо осложнений нам не удалось, кроме первых двух случаев, когда нами использовался недоброкачественный антикоагулянт, бесконтрольно и много лет хранившийся в аптечном складе сельской больницы. Пользование им вызвало у двух больных высокую температуру, потрясающий озноб, частый пульс, рвоту, цианоз, одышку. Состояние это длилось 8—10 часов, на вторые сутки на губах и слизистой в полости рта показались негрез и на пятые сутки благополучно закончилось, оставив после себя непродолжительные головные боли. С получением свежего лимонно-кислого натра во всех 28-ми случаях переливание стабилизированной крови проходило совершенно гладко.

Не входя в анализ всего материала, мы можем лишь отметить некоторые истории болезни и указать, что каждый раз мы получали чрезвычайно благоприятный, непосредственный и ближайший результат после переливания крови.

История бол. 20. Больная Д-ко, 27-ми лет, колхозница, поступила 30 июля с профузным маточным кровотечением в продолжение суток после выкидыша 2 $\frac{1}{2}$ мес. Резко обескровлена. Гемоглобин 65%, кровяное давление 98—40. Пульс 115—мягкий, легко сжимаемый. Остатки децидуальной ткани выскоблены. Кровотечение, однако, из атонической фиброзной матки сильно продолжается. Трансфузия от мужа одноименной крови в количестве 300 кубиков. Через $\frac{1}{2}$ часа кровотечение оборвалось. Состояние заметно улучшилось. Кровяное давление 110—54. Пульс—95 уд. в мин., температура 37,6, гемоглобин 70%. На 5-ые сутки выписалась здоровой.

В одном случае внематочной беременности и 4-х случаях сильных маточных геморрагий в резко анемизированном состоянии нами произведены были успешные трансфузии с хорошими результатами. Заслуживает внимания наблюдение за переливанием крови при острой инфекции невыясненной природы.

Ист. бол. 24. Больная Про-на, 38-ми лет. Колхозница. Поступила 1 августа. Больна 7 суток. Начало постепенное. Температура в течение последних 5-ти суток держится высокой (утром 38,5, вечером—39). Головные боли, боли в мышцах, костях, суставах. Бессонница. Сопорозное состояние. Диспептических расстройств нет. На нарушения мочеиспускания не жалуется. Стул—норма. В легких чисто. Сердце—уклонений от нормы не представляет. Язык влажен, слегка обложен. Живот мягок, безболезнен, Печень, селезенка не прощупываются. Гениталии свободны. Моча в норме. Пульс 120. Гемоглобин 70%. Кровяное давление 105—60. Температура 38,5.

Трансфузия 300 кубиков крови от матери одноименной группы. Через час температура 40, пульс 135, озноб, проливной пот. Вечером—температура 36,5, пульс 90 уд. в мин., кров. дав. 110—65. Гемоглобин 75%. На утро и последующие дни—температура оставалась нормальной. В хорошем общем самочувствии больная через 6 суток выписалась здоровой.

Переливанию крови после больших операций в тяжелом послеоперационном периоде следует, по видимому, придать особо большое значение. Для иллюстрации привожу историю болезни.

Ист. бол. 29. Бакирев, 29 лет. Колхозник. Поступил 6 августа с явлениями резкого раздражения брюшины в верхнем отделе живота, кровавая рвота, кровь в испражнениях. Резкая болезненность в эпигастриуме. Болен много лет. Изнуряющая изжога, постоянная отрыжка тухлыми яйцами; боли под ложечкой всякий раз после еды. Рвоту вызывает искусственно пальцами. Астеник, истощен. До брюшной стенки не дотронуться. Симптом Оппенховского, резко положительный. Данные Рентгена в 1933 г. свидетельствуют о плохой опорожняемости, подвижности растянутого, опущенного желудка с дефектом наполнения на малой кривизне. В исследованном желуд. соке Нурерасидитас. Диагноз: круглая язва желудка на малой

кривизне. По поводу обнаруженной при операции (д-р Еляшевич) каллезной язвы на малой кривизне желудка произведена резекция его по Pólya-ReicheI. В послеоперационном периоде обильная рвота желчью, парез желудка, кишечника и мочевого пузыря. Состояние плохое, пульс падает. Больному дважды промыт желудок. Состояние status quo ante. Пульс 120 уд. в мин. Температура 35,8. кров. дав. 100—54, гемоглобин 80%. Срочная трансфузия от жены 350 кубиков одноименной крови. Незначительная реакция в виде озноба. К вечеру состояние резко улучшилось. Рвота прекратилась. Пульс восстановился полностью. На следующие сутки самостоятельный стул, обильное отхождение газов. Выписался здоровым на 15 сутки.

У другого больного колхозника после произведенной cholecystectomiam по случаю серозно-гнойного холецистита такое же тонизирующее действие перелитой крови не замедлило сказаться в случае долго длящегося пареза кишечника и желудка.

Значительное улучшение общего состояния мы имели в двух случаях септического заражения больных брюшинными гнойниками, опорожненных подвздошно-поясничными разрезами. Гектическая лихорадка, отсутствие аппетита, бессонница, проливные поты после получения больными 300 кубиков крови уступили местолитическому падению температуры, улучшению деятельности сердечно-сосудистого аппарата.

Считаю особо необходимым подчеркнуть исключительно благоприятные результаты, полученные нами при переливании крови на открытом воздухе, в поле, в походных условиях. Вызванные по требованию колхозника (мужа—донора) для оказания неотложной помощи обессиленной, обескровленной колхознице (жене его) из-за обильного маточного кровотечения (выкидыш), мы экстренно выехали на машине с имеющимся в нашем распоряжении полевым трансфузионным набором Ц.И.П.К. и походными резиновым столикком военного образца. По приезде мы застали больную в состоянии резкого падения кровяного давления. Пульс 120, температура 36,5. Трансфузия 350 кубиков от мужа совместимой крови цитратным способом—заявля не больше 10—12 минут. Каких-либо помех в производстве трансфузии на поле мы не встретили. Работающие здесь колхозники были живыми свидетелями этой простой, безопасной и благотворительной операции. На носилках военного образца больная машиной транспортирована в больницу для гинекологического обследования и выписалась на 5-ые сутки здоровой.

Заслуживает меньшего внимания опыт переливания крови с выездом за 30 километров к туберкулезному больному, старому носителю двухсторонней каверны, с профузным кровотечением из правого легкого. Кровь нами переливалась больному с гемостатическими целями ночью в крестьянской хате. Брат 18 лет и жена его оказались донорами 1-й группы. Извуренный хронической инфекцией анемичный больной получал 400 кубиков крови без малейшей реакции. И сейчас же заявил, что „отлегло от сердца“. На предложение наше лечь на несколько часов в постель—отказался, заметив: „что еще не доделал хозяйских дел и что теперь чувствует себя много лучше“. Кровотечение остановилось.

Суммируя из небольшого накопленного опыта наши наблюдения за результатами переливания крови в колхозной деревне в период уборочной кампании, в условиях районной больницы, с выездом в поле, в избу колхозника—следует определенный вывод: переливание крови должно найти себе широкое применение среди сельских хирургов.

Активное участие рабочей общественности в колхозах в деле оказания помощи кровью больному создает прочную базу—кадры родственников доноров.

Переливание крови в колхозном поле позволяет в полной мере приблизиться к осуществлению планов, поставленных перед медицинскими пунктами фронта.

Нашим сообщением мы хотели показать, что задача, поставленная Татарским областным институтом переливания крови НКЗ: „Переливание крови—на службу колхознику“—вполне осуществима.

Казанский научно-исследовательский институт организации и охраны труда

О влиянии урзолов на соединительную оболочку глаз (на основании обследования рабочих Казанской меховой ф-ки № 2).

М. Н. Милославская.

Вредное влияние урзола на организм человека подтверждается многими наблюдениями.

У рабочих, занятых на меховом производстве, где урзол разных видов применяется для окраски мехов, наблюдаются заболевания кожи в виде экземы и дыхательных путей в виде ринитов, фарингитов, бронхитов и астмы. По данным Лейпцигской поликлиники $\frac{1}{3}$ рабочих меховщиков заболели раздражением слизистой оболочки носа и катарром бронхов (Stiegern). По данным Лейпцигской больницы кассы заболевания дыхательных путей у меховщиков составляло 28,8% всех заболеваний в 1909 г., 31,5% в 1913, тогда как в других производствах лишь 18%. В 1923 г. были обследованы рабочие красильной фабрики „Пролетарский труд“ в количестве 25 человек; из них у 12 чел. оказался ринит, у 9 — фарингит, у 6 хронический бронхит и у 4-х экзема. Явления ринита и фарингита указывают, что урзол действует непосредственно на слизистую оболочку, раздражая ее и вызывая воспалительное состояние. Само собой возникает вопрос, не действует ли также раздражающим образом урзол и на соединительную оболочку глаз, столь доступную воздействию внешней среды.

В литературе имеются указания на довольно высокий % заболевания конъюнктивитами рабочих красильно-сырейной фабрики. Так, д-р Аленицин из Ленинградского института профессиональных заболеваний, обследуя некоторые группы рабочих, в том числе и урзоловые, нашел у последних конъюнктивиты в 34%. Процент довольно высокий по сравнению с его контрольной группой — красноармейцами, давшими — 17%, тем более и эта контрольная группа дала, как замечает сам автор, высокий процент. Если же сравнить с результатами, полученными ранее тем же институтом при обследовании других групп рабочих — конфетчиц — 10%, аккумуля зав. — 10%, котельщики — 9 и даже мукомолов — 23%, то приходится считать его весьма значительным. Но материал его для урзоловой группы не велик, чтобы делать заключение о вредности именно урзола. Группа, названная им урзоловой, состояла из 106 человек, в число которых входили рабочие сырейно-красильной фабрики — 62 и скорняки — 44, при чем по отдельным цехам они не разделялись, тогда как известно, что рабочие-сырейщики дело с урзолом не имеют,

Д-ром Шаровой производилось обследование конъюнктивы рабочих пубно-овчинного завода в г. Омске, судя по описанию, находящегося в антисанитарном состоянии. Почти поголовно все рабочие были поражены глазными заболеваниями. Из 130—123 ч., в том числе 109 чел. конъюнктивитом (83,8% по отношению всех рабочих и 89% к прочим заболеваниям глаз). На этом заводе был и красильный цех, в котором применялись урзоловые и анилиновые краски. Отдельно эти цеха автором не выделялись, но нужно предположить, что они не составляли исключения ни по количеству конъюнктивитов, ни по антисанитарным условиям.

Мы, для выяснения нашей задачи — влияние урзолов на соединительную оболочку глаз, взяли для обследования меховую красильную фабрику № 2, на которую поступают шкурки с сырейной фабрики и первый процесс работы над ними начинается с окраски и уже все дальнейшие процессы ведутся с окрашенными шкурками, так что почти во всех цехах этой фабрики имеется дело с урзолом, или находящимся в воздухе в виде газа или пыли. Укажем на все профвредности этой фабрики, которые могут оказывать влияние на соединительную оболочку глаз. Во первых — пыль при операциях со шкурками, содержащая помимо обычных

составных частей волоски, как неокрашенные, так и окрашенные, особенно в щипально-стригальном цехе, затем пыль, состоящая из остатков мездры окрашенных шкур в сухо-скобовом; во-вторых, пары кислот—масляной и уксусной; в третьих, урзолы в виде газа летучего ядовитого хинондиамина, который получается в процессе производства, в виде раствора краски, которая может непосредственно заноситься руками, т. к. в окуночном цехе и цехе верхового крашения неизбежно соприкосновение рук рабочих с краской и наконец, как примесь в пыли, в четвертых, в анилиновом отделении анилин, который может действовать на глаза в виде пара, т. к. он испаряется даже при комнатной т°.

В виду того, что почти все рабочие меховой № 2 в большей или меньшей степени входят в соприкосновение с урзоловой вредностью, мы и остановились на выборе именно этой фабрики. При чем мы старались охватить по возможности всех рабочих и служащих на данном производстве, служащие в канцелярии, культработники и рабочие, занятые по двору, служили нам контрольной группой.

Таким образом, в разрабатываемый нами материал вошло 502 чел., из них 445, занятых на самом производстве и 57 рабочих, занятых по двору и служащих. При осмотре отмечалось имя, фамилия, возраст, цех, стаж и жалобы.

Распределение по полу: мужчин 50,57%, женщин 49,43% и по национальности: татар—58,24%, русских—41%. Женщин почти половина. Если рассматривать по отдельным цехам, то видим, что женский труд особенно преобладает в щипально-стригальном—94%, в верховом 68%, сортировочном—63,8%. Только в одном цеху женский труд не представлен пока вовсе—это механическим.

Распределение по возрасту: большинство рабочих в возрасте от 20—29 л.—именно 41,5%, до 20 лет—22%, от 30 до 40 л.—19%, затем от 40—50—11%, от 50—60—2,5% и старше 60—1,7%. Для наших целей такой более или менее однородный возрастной состав благоприятен, т. к. в значительной степени сглаживает зависимость состояния конъюнктивы от возраста.

Распределение по стажу указывает на значительную текучесть рабочей силы на фабрике. Рабочих со стажем от нескольких дней до 6 месяцев—38,5%, от 6 месяцев до 1 г.—9,33%, от 1 г. до 2 л.—16,6%, от 2—3 лет—20,6%, от 3—4 л.—9,5%, от 4-х до 5-ти л.—4,7% и выше—1/4%. Осмотр производился на пункте первой помощи во время обеденного перерыва. Осматривались лишь наружные отделы глаза, т. е. веки, кон-ва и роговая оболочка.

Заболевания у всех обследованных нами групп распределялись следующим образом:

Блефаритов	2,29%
Фолликулезов	4,32%
Хроническ. конъюнкт.	21%
Трахома	12,02%
Мейбомитов	1,1%
Птеригионов	0,38%
Заболев. слезного аппарата	0,38%

Хотя нас больше всего при наших осмотрах интересовали конъюнктивиты, тем не менее, мы не можем хотя бы в двух словах не остановиться на нашей социально-бытовой болезни—трахоме.

Всего обнаружено (2 случая трахомы, т. е. 12%). У женщин вдвое больше, чем у мужчин. У татар 19,4% по отношению всех татар, занятых на производстве, у русских 1,8%. По возрасту трахома больше всего у лиц в возрасте от 20—30 л.—15%, от 16—30—13%, от 30—40—10%, от 40—50—5% и старше—4%.

Больше всего трахомы обнаружено в сушильном—31%, на втором месте служащие—17,8%, затем, постепенно понижаясь, в таком порядке: скобо-барабанное—16,6%, анилиновое—14,3%, верховое 14,2%, щипально-стригальное—13,5, столовая—11,%, сортировочный—10,%, мл. obsл. персонал—10,5%, мл. obsлужив. персонал по двору—10,3%, окуночное 7,4%, скорняки—7,8.

Две группы осматранных—именно механический цех и лаборатория не дали ни одного случая.

Цехи, в котором работают более квалифицированные рабочие, дали более низкий процент или не дали вовсе. Исключение составляют группы служащих, в состав которой вошли даже культработники.

Из 62 случаев трахомы 21 сл., т. е. 34%, оказались с явлениями раздражения, требующие энергичного лечения. Из них 45% поступило менее 1 года т. назад. Неизвестно состояние болезни до поступления, так что делать заключение о раздражающем влиянии профвредности этого производства на обострение процесса нельзя, тем более, что распределение трахомы без явления раздражения по стажу дало приблизительно такие же отношения.

Распределение трахомы с явлениями раздражения по отдельным цехам не дали указания на влияние какого-нибудь определенного цеха на обострение процесса. Кроме того мы можем здесь отметить, что при неоднократном осмотре глаз в красильном цеху у подростков ФЗУ меховой не отмечалось обострение трахомы у подростков, работавших в этом цеху до 1 г. 8 мес.

Теперь перейдем к рассмотрению конъюнктивитов, которые, в данном случае могут считаться показателем вредности. Мы отмечали те случаи, где были явные явления хронического воспаления в виде гиперемии, развития сосочков, утолщенные конъюнктивы, при менее ясных объективных симптомах регистрированы лишь те случаи, где были жалобы на слезотечение и нагноение.

Процент конъюнктивитов для всех осмотренных на фабрике—21.

Разделив обследованных на две группы: лиц, занятых непосредственно на производстве и на лиц, не имеющих непосредственного дела с производством, т. е. служащих и рабочих, занятых по двору, мы получили для первых 22%, для вторых 12,2%. Самый малый % конъюнктивитов у служащих—10,7, затем идут в восходящем порядке: рабочие по двору—13,8, сушилка—14,8, млад. обл. персонал по цехам—15,8%, лаборатория—15,8, окуночный 18,5, сортировочный 18,0, верховой 20,0, скорняжный 23,4, щипально-стригальный,—24,3, анилиновый 25,0 и скобо-барабан 28,5, а больше всех оказалось % конъюнктивитов в механическом цеху—40%.

Выделив цеха, содержащие урзол в воздухе, мы нашли, что % кон-тов в них от 14,8 до 20,6%, а больше всего в верховом цехе—20%. Затем окуночн.—18,5, лаборатория—15,8 и сушилка—14,8. По содержанию урзола в воздухе, по данным отдела гигиены и безопасности труда на первом месте стоит окуночный, (от 0,223 до 0,9 в 1 куб. мет.), затем значительно ниже количество урзола в верховом и еще меньше в сушилке.

Более высокий % конъюнктивитов в верховом сравнительно с окуночным может быть объяснен тем, что здесь присоединяется еще раздражающее действие пыли, которых нет совсем в окуночном цехе.

Цеха, в которых урзол может попадать с пылью, т. е. сухо-скобов., щипально-стригальный, скорняжный и сортировочный, дали % конъюнктивитов от 23 до 28,5, только сортир. цех дал лишь 18%.

Здесь мы наблюдаем правильное повышение % конъюнктивита со степенью запыленности. Но в общем 25,5% для такой пыльной операции как мездрение на сухой скобе нельзя назвать высоким, особенно по сравнению с цифрами, полученными д-р Ленициным. Это можно объяснить хорошим устройством вентиляции на этой фабрике. Исследования запыленности производства отделом гигиены и безопасности труда дали в сухоскобовом на меховой № 2 от 0,5—12 мгр. в куб. мет. воздуха, тогда как на ОМКУЗ'е от 13 до 80 мгр. Интересно также отметить, что в сортировочном цехе % кон-тов ниже, чем в скорняжном, несмотря на то, что сортировщик при осмотре встряхивает каждую шкурку. Это тоже можно отнести на рациональное устройство вентиляции. Таким образом влияние запыленности дает правильные закономерные сдвиги процента.

Рассматривая контрольную группу мы видим, что млад. обл. персонал в цехах дал 15,8% конъюнктивитов, на дворе—13,8%, канцеляр. и культработн.—10,7%. И здесь сдвиг под влиянием запыленности вполне закономерен.

Принимая во внимание, что окуночный цех, несмотря на отсутствие там пыли дал % конъюнктивитов выше, чем любая из контрольных групп, то эти заболевания, хотя и не угрожающие по характеру и по количеству приходится отнести на раздражающее действие химических вредностей этого цеха, а именно, урзола.

Надо заметить, что за все время осмотра нами не наблюдалось ни одного случая острого кон-та ни в одном цеху.

Анилиновый цех мы выделили особо. Он дал 25% заболевания. По характеру работы его можно сравнить с цехом верхового крашения, где % конъюнктивитов 20.

Здесь также окраска щеткой, но анилиновыми красками и шкуркой, еще не крашеных окуночных способом. Анилин испаряется даже при обыкновенной t°. Может действовать на глаза от соприкосновения их с окружающим воздухом, а также переноситься руками.

В литературе имеются указания на заболевания век, в виде образования пущинок по краю их (Leshan), и поражения роговицы в виде окрашивания ее эпителия в коричневый цвет с последующим слущиванием его и образованием вследствие этого помутнений (Senp). Таковых при осмотре мы не наблюдали и помутнений роговицы, которые можно бы поставить в связь с подобными заболеваниями, не встречали. Более высокий процент конъюнктивитов в этом цеху по сравнению с верховым — уловым окрашиванием — нужно отнести на большее раздражающее действие анилина.

Совершенно особо стоит механический цех, давший самый большой и резкий подъем % кон-тов — именно 40%. При осмотре помещений этого цеха мы не нашли каких-либо более неблагоприятных, по сравнению с другими цехами, условий. Сама работа в механическом цеху связана с частым попаданием наждачной пыли в глаза. Но все таки % у наших осмотренных превышает даже пекарей (39%) и немного ниже такой группы как канатчики (48% по данным д-ра А л е н и ц и н а), подвергающие свои глаза в процессе работы действию большого количества пыли, содержащей мельчайшие тонкие колючие волоски пеньки. Мы можем объяснить высокий процент кон-втов в механическом цехе тем, что по роду своей работы у них механически раздражается кон-ва, в виду того, что им часто приходится бывать во всех цехах для исправления машин, где они и подвергают свою уже раздраженную кон-ву раздражающему влиянию химических вредностей.

Желательно было бы проверить это предположение, путем ознакомления с состоянием кон-вы рабочих механического цеха на других фабриках.

Подводя итоги нашей работы и сравнивая наши цифры и цифры, полученные Ленингр. институтом профессиональных заболеваний, д-ром А л е н и ц и н ы м и его предшественниками, приходим к такому заключению, что подобного рода исследования могут иметь только сравнительную ценность в руках одного и того же обследователя.

Все группы рабочих и д-ра А л е н и ц и н а дали значительно больший % кон-тов, чем у предыдущего обследователя, даже его контрольная группа — красноармейцы, дали значительно больший %, чем, напр., котельщики. На обычном амбулаторном приеме достаточно заявления пациента на слезотечение на ветру, как ставится диагноз конъюнктивита, оттого % кон-тов обыкновенно очень высок по статистике поликлиник. При осмотрах, имеющих какую-либо целеустановку, большую роль при постановке диагноза играет тот критерий, с которым обследователь подходит к своей работе.

Как пример такого субъективного подхода к диагнозу, можно привести данные призывной комиссии, сообщаемые д-ром М и ц к е в и ч е м, где процент хронических кон-тов вместе с блефаритами составлял от 0,015 — до 0,037%, у красноармейцев же д-ра А л е н и ц и н а — 17,3. Я отнюдь не хочу упрекать авторов в какой-нибудь несерьезности, а просто указываю насколько м. б. велика разница. В первом случае автор, ставя диагноз — хронического кон-та, тем самым давал некоторые льготы по службе и поэтому был очень строг, д-р же А л е н и ц и н, осматривая своих красноармейцев, был более независим. Между прочим сам же д-р М и ц к е в и ч говорит в своей работе, что среди призывных было много (70) гиперемий кон-вы, которые он не регистрировал, считая это явление временным или даже вызванным искусственным путем.

Другая крайность—результаты, полученные д-ром Шаровой при осмотре шубно-овчинного завода. 94,6% всех рабочих поражены глазными заболеваниями, из них 89% кон-тов. Может быть в этом случае имела влияние некоторая доля внушаемости, под которой находился автор, ввиду антисанитарных условий завода.

Учитывая все это, мы старались охватить возможно большее число рабочих и делать выводы только на основании сравнения полученных нами цифр. Таким образом мы пришли к след. заключениям:

1) Химические вредности на меховой фабрике № 2 вызывают раздражение конъюнктивы глаз, но отнюдь не угрожающее ни по характеру ни по количеству.

2) Раздражающее действие сказывается больше при совместном действии с пылью.

3) Раздражающее влияние профвредностей сказывается в виде хронических и подострых форм конъюнктивитов. Острых воспалений не наблюдалось ни разу.

4) Заметного обостряющего действия на трахоматозный процесс не обнаружено.

5) Анилины оказывает более сильное раздражающее действие на кон-ву, чем урсол.

6) Механический цех дал особенно высокий % конъюнктивитов, причины этого не могли быть достаточно выяснены и требуют дальнейших наблюдений и сравнений этого цеха с такими же других фабрик.

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

(Из Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. Директор—доц. М. И. Аксентьев).

Гравиданотерапия.

Д-р М. Э. Винников.

Многое, чем пользуется современная медицина, пришло к нам из эмпирии, из жизненного опыта. Достаточно вспомнить историю столь распространенных средств как дигиталис, ртуть, морской лук. Бир в своих работах приводит интересные данные об органотерапии, применявшейся в древней персидской медицине. Так, напр., персам было известно применение печеночных препаратов при заболеваниях печени; препараты легких назначались ими при заболеваниях легких, овариальные препараты—при отсутствии менструаций. И лечение мочей в медицине прошлого занимало видное место при самых разнообразных заболеваниях. В связи с развитием наших знаний о гормонах и блестящими открытиями в этой области, гормональная терапия находит все большее применение в клинике. И не случайно оживился интерес к лечению мочей, ибо исследования последних лет показали, что моча, особенно моча беременных, содержит значительное количество гормонов и др. активных веществ.

Глубокие физиологические потрясения, испытываемые организмом женщины во время беременности, сопровождаются существенными изменениями гормонального равновесия и обмена веществ. По существу изучение беременности есть проблема исключительно внутрисекреторного порядка (Ансельмино, Гофман). Каждый этап в жизни человека, на котором происходит значительное изменение формы и обмена, характеризуется ведущей ролью определенных желез или их групп. Беременность имеет свой специфический эндокринный орган, включение которого в круг прочих внутрисекреторных аппаратов приводит к нарушению гормонального равновесия и установления его на новой основе. Прекращается созревание фолликул в яичниках, разрастается их соединительная ткань, заметно увеличивается передняя доля гипофиза и в ней появляются своеобразные клетки беременности; в щитовидной железе накапливается коллоид и увеличиваются фолликулы, васкулизируются эпителиальные тельца, значительно гипертрофируются надпочечники и обогащаются липоидами их корковый слой. Одновременно в организме беременной женщины возникают глубокие изменения и даже извращения в обмене веществ. Основной обмен повышен, специфически динамическое действие веществ понижено; появляются высокомолекулярные продукты белкового распада в виде пептона, полипептидов. В крови повышается количество мочевой кислоты, индикана, она содержит много жиров и липоидов. Отмечается сдвиг белковых фракций крови в сторону грубо дисперсных фаз и значительные колебания в минеральном обмене (Са, J, К).

Наступающие сдвиги в деятельности эндокринных желез и качественные изменения обмена веществ находят свое отражение и в моче беременных. Ц о н д е к ш

Браат открыли в ней овариальный гормон; Ашгейм и Цондек—пролактин А и В, Веге-Фриц и Гиернаке—гормон роста, Коллип—адреналотропное вещество. Ансельмино, Гофман, Геролд обнаружили в моче паратирео-тропный гормон с отчетливым его действием на эпителиальные тельца и Са крови, Пааль и др. авторы—тиреотропное вещество, повышающее резистентность мышечной к ацетонитрилу, Эйтель и Лезер тиреотропный гормон, активирующий деятельность щитовидной железы; Пааль, Гофман и Ансельминс—гормон жирового обмена, повышающий специфическо-динамическое действие веществ и снижающий основной обмен. Найдены вещества, влияющие на панкреас, стимули-руя рост инсулярного аппарата. В моче открыт также бром-гормон Цондека.

Помимо гормонов передней доли гипофиза в моче беременных, содержатся и другие гормональные тела. Бауэр нашел в моче гормон, стимулирующий и регу-лирующий кровообращение и деятельность самого сердца. Фрей и Краут обнару-жили в моче вещество, химически точно не установленное, названное ими кал-ликреином, понижающее кровяное давление и расширяющее периферические со-суды. Большое значение имеет открытие Каппелера-Адлера, подтвержденное затем Фюртом и Майером, что только в моче беременных и ни в какой другой, находится свободный гистидин, которого особенно много в ранних стадиях беременности. Уже это далеко не полное перечисление известных нам фактов свидетельствует о большой сложности и биологической активности мочи беремен-ных женщин. Отсюда практически была оправдана попытка д-ра Замкова применить этот сложный комплекс гормонов и других веществ—мочу беременных женщин—в целях терапии.

На данном этапе наших знаний физиологии и патологии эндокринной системы, мы часто лишены возможности точно указать первично забо-левшую железу, нарушение деятельности которой вызвало за собой по-следующие значительные изменения в организме. Это нередко лишает нас возможности идти по пути причинной гормональной терапии и не-избежно побуждает применять для лечения больного организма сумму гормонов.

Как всякий новый метод лечения гравиданотерапия встречает неодна-ковую оценку. Одни от этого метода лечения ждут „чудес“, полагая, что в гравиданотерапии найден новый всеобъемлющий, исключаящий все остальные методы, способ лечения. С другой стороны, имеется не-сомненная тенденция к преуменьшению или даже к полному отрицанию значения гравиданотерапии. И наконец, некоторые авторы рассматривают гравиданотерапию как метод, дающий только субъективное улучшение само-чувствия больных, в основе успеха которого лежит массовая психотерапия.

Между тем несомненно, что гравидан, учитывая его состав, должен обла-дать значительным действием на человеческий организм. Необходимо только, чтобы клинические наблюдения и экспериментальная проверка дали беспристрастную оценку действию препарата и определяли место гравиданотерапии в арсенале средств современной медицины.

Для изучения терапевтического влияния мочи беременных была соз-дана бригада в составе работников ГИДУВа с участием отдельных ра-ботников Мед. института. Бригада пользовалась препаратом мочи, изго-товленным в лаборатории ГИДУВа под руководством д-ра Шафут-динова по разработанному им методу¹⁾.

Приступая к изучению гравидана мы столкнулись с большими трудно-стями. Мы не имели почти никаких литературных указаний, не считая статьи самого Замкова и некоторых других кратких и совершенно не-достаточных сообщений. Не были известны ни круг заболеваний, где было бы показано применение гравидана; ни показания и противопока-

¹⁾ См. Сборник трудов акуш.-гинеко. клин. Каз. мед. ин-та, 1934.

зания, опасности, связанные с его применением, ни, наконец, сама дозировка препарата и методика. В начале мы применяли гравидан при тех заболеваниях, где ясно выступало нарушение эндокринного аппарата, или где, на основании литературных данных, можно было бы предположить косвенную заинтересованность эндокринной системы. Затем мы включили в число наблюдений целый ряд заболеваний, в которых эндокринная система и не была явно заинтересована. Всего по всем клиникам гравидан был испробован более чем при 37 заболеваниях, с общим охватом стационарных больных свыше 400 человек, не считая большого количества амбулаторных больных.

Наблюдавшийся нами эффект от применения гравидана был многогранен. Влияние терапии сказывается как в нервно-психической сфере, так нередко и в соматических проявлениях.

Можно различать в действии гравидана 1) стимулирующее или общетоническое влияние, 2) возбуждающее влияние на психику, 3) болеутоляющее действие, 4) снотворное, 5) возбуждающее половое влечение и усиливающую половую потенцию, 6) специфическое влияние на женский половой аппарат.

Надо оговориться, что нередко на одном и том же больном можно видеть комбинированное, комплексное, воздействие. Особенно часто наблюдается общетоническое действие, служащее как бы фоном, на котором выявляются и другие стороны воздействия гравидана на организм, но наряду с этим приходится отчетливо наблюдать и изолированное проявление одного какого-либо действия.

К стимулирующему действию гравидана относится, наступающее вскоре после его применения, улучшение самочувствия, исчезновение повышенной раздражительности, чувства общей слабости, быстрой утомляемости. Устанавливается спокойное и ровное настроение, появляется охота к труду. Особенно демонстративно выявляется общетоническое действие гравидана у реконвалесцентов, как это наблюдал д-р Ли фшиц у больных после сыпного тифа. Здесь, несмотря на тяжелое течение самой болезни, часто преклонный возраст больных, вскоре после применения гравидана наступает значительное улучшение состояния, уменьшается или исчезает адинамия, появляется хороший аппетит, бодрость, что позволяет больным раньше встать с постели. Это „взбадривающее“ действие отмечалось и другими участниками нашей работы.

Заслуживает внимания опыт, проделанный на одной из казанских фабрик. Была взята группа рабочих в 15 человек, лиц, ценных для производства по своему стажу и квалификации, но не выполнявших свою норму. В большинстве это были женщины, страдающие общим переутомлением, истощением нервной системы; часть из них была в возрасте климакса, с явлениями начинающегося склероза сосудов и обычными для этого состояния жалобами. Из 15 человек—11 почувствовали себя хорошо, полностью восстановилась работоспособность, норму стали выполнять легко, иногда работают без усталости по две смены (отзывы мастеров и самих рабочих).

К числу проявлений стимулирующего действия гравидана можно также отнести наблюдаемое улучшение аппетита и повышение веса, однако, возможно, что в основе их лежит иной механизм. Нам приходилось наблюдать появление не только лучшего аппетита, но и птологического аппетита, булимии, развивавшейся вскоре после начала лечения. Наряду с этим у части больных наблюдались симптомы, бывающие при гипо-

гликемии: сильная мышечная слабость, головокружение, чувство голода, проходившие вскоре после приема пищи. В связи с этими фактами представлялось интересным проверить влияние гравидана на сахар крови, тем более, что литературные данные по вопросу действия гравидана на углеводный обмен—скудны.

Чернозатонская не отмечала изменения углеводного обмена при гравиданотерапии. Более изучено влияние отдельных гормонов, содержащихся в моче. Бом наблюдал, что введение пролана внутривенно вызывает у кроликов гипергликемию, подавляемую эрготамином. Люкке и Гендель, вводя животным пролан в liqnoq, получали стойкое и сильное повышение сахара крови. Люкке, Гейдеман и Гехлер утверждают, что передняя доля гипофиза содержит специальное вещество с явно выраженным контр-инсулярным действием, и вызывающее гипергликемию у людей. Местом приложения этого контринсулярного гормона является нервная система, откуда импульсы по симпатическому пути возбуждают адреналиновую систему. Фальта и Хеглер, работая с препаратом мочи беременных, отметили, что он значительно ослабляет действие инсулина. Напротив, Ансельмино и Гофман утверждают, что ими выделено вещество, действующее возбуждающим образом на островковый аппарат и снижающее сахар крови (панкреатогенный гормон). Поставленные нами исследования дали разноречивые результаты. У одной части больных отмечалось после однократной инъекции гравидана падение сахара крови, не приходившее к норме и через 2 часа. У большинства же наблюдается переходящее гипергликемия. Полученные нами результаты могут трактоваться как доказательство наличия одновременно в моче беременных женщин веществ, противоположно влияющих на сахарный обмен, по аналогии с тем, что известно по отношению к другим веществам. Так, Нильсон обнаружил в моче вещества, действующие или активирующим, или угнетающим образом на функции щитовидной железы у разных лиц. Оливье выделил из мочи вещества, увеличивающие или уменьшающие диурез, возможно, что конституциональные особенности, состояние вегетативно-эндокринного аппарата определяют в конечном счете реакцию углеводного обмена на введение гравидана.

Мы наблюдали почти у всех больных прибавку в весе. Вероятно, она связана с переменной обстановки, восстановлением аппетита, улучшенным питанием. Однако, Чернозатонская рядом опытов показала, что у животных после применения гравидана получается значительный привес и отложение жира по сравнению с контрольными. Чернозатонская приписывает это действие открытому Палем гормону жирового обмена, находящемуся в моче. Введение же пролана давало значительно меньший эффект. Наблюдения Чернозатонской находят подтверждение в новых работах Ансельмино и Гофмана, открывших в моче специфический гормон, действующий на жировой обмен и не обладающий в отличие от пролана, гонадотропным действием.

Описанное общетонизирующее действие гравидана на организм не может быть объяснено только активацией половых желез, а должно быть отнесено за счет комплексного воздействия гравидана.

Наряду с этим у ряда больных наблюдались во время гравиданотерапии значительные изменения психики и темперамента, появление совершенно несвойственных больному чувств, эмоций и стремлений. Это действие сказывается далеко не у всех больных и не может быть связано с общетоническим эффектом.

Весьма важным являются наблюдения, свидетельствующие о болеутоляющем действии при применении гравидана. Анальгетическое влияние наблюдается только при некоторых страданиях. Наиболее отчетливо и закономерно это действие выявляется при язвах желудка и 12-перст-

ной кишки. При других же заболеваниях болезной синдром снимается далеко не с таким постоянством и рельефностью. Боли при холецистопатиях часто только уменьшаются, но не проходят полностью. При аппендицитах, как правило, получается отрицательный результат. Зуба и роуэв наблюдал быстрое исчезновение болей в одном случае язвы роговицы после однократной инъекции гравидана. Литературные данные говорят о благоприятном влиянии гравидана на мышечные и невралгические боли. Действие гравидана на боли наступает, как правило, через 2—3 часа. Не представляется возможным дать рациональное объяснение этой стороне действия гравидана. Возможно, что оно могло быть объяснено неспецифическим воздействием некоторых веществ, содержащихся в моче, хотя остается непонятным его избирательность, отсутствие предварительного усиления болей, как это наблюдается при терапии раздражением или протеинотерапией.

Остановимся на снотворном действии гравидана. Как правило, сон улучшается уже вскоре после начала лечения, он становится глубже, спокойней и без сновидений. Особенно эффективно действие гравидана в случаях длительной бессонницы. Мы наблюдали в терапевтической клинике ГИДУВа больного с упорной бессонницей, в течение двух недель не исчезавшей, несмотря на приемы брома, снотворных и наркотиков. Первая же инъекция гравидана вызвала хороший, крепкий сон, в дальнейшем наладившийся самостоятельно. Улучшение сна мы наблюдали и в тех случаях, где больные не знали какое лекарство им вводится и с какой целью, а также в случаях, где гравидан применялся, как это было известно и больному, с совершенно другой целью (при язвах желудка, холециститах, заболевании глаз и т. д.). Для проверки снотворного действия гравидана Андреев применял у наркоманов однократные инъекции гравидана. В 9-ти случаях из 10 он наблюдал в день применения гравидана, ровный, спокойный и продолжительный сон. В шести случаях и в дальнейшем не потребовались дополнительные инъекции, так как установился самостоятельно хороший сон. Наряду с этим у некоторой части наших больных, главным образом, артериосклеротиков, гипертоников, больных с тиреотоксикозом наблюдалось иногда усиление бессонницы, особенно при длительной гравиданизации или при применении больших доз. Уменьшение доз влекло за собой и улучшение сна. Урегулирование жизнедеятельности организма, улучшение общего самочувствия благотворно влияло и на сон, причем передозировка могла бы иметь отрицательное влияние. Бессонница и ухудшение сна могли бы также рассматриваться, как первая фаза неспецифического раздражения, проходящее у других больных незаметно. Однако, эти предположения едва ли в состоянии удовлетворительно объяснить наблюдаемые факты, как напр., наступление сна в случаях, где общетоническое влияние отсутствовало или где сон устанавливался после одной инъекции. Гораздо естественнее рассматривать это действие как проявление специфического начала, находящегося в моче беременных.

Работы Цондека и Бира привели к исключительно важному открытию— передняя доля гипофиза содержит особый гормон—бромгормон—имеющий отношение ко сну, что дает основание рассматривать возникновение сна как гормонально обусловленное явление, в котором участвует как сам гипофиз, так и *medulla oblongata*. Бром-гормон весьма активен. Достаточно ввести собаке такое его количество, в котором содержится $\frac{1}{4}$ мг. брома, чтобы наступил сон, в то время как

введением 20 гр. бромистого натрия, или ионизированного брома не удается добиться такого же эффекта. Как было уже указано в моче открыт бром-гормон.

Наблюдаемая в отдельных случаях бессоница, после применения гравидана, частью может быть отнесена за счет сильного полового возбуждения у некоторых больных; с другой стороны не исключена возможность, что при введении больших количеств гравидана, ведущую роль могут получить другие гормональные вещества с их антагонистическим действием на сон. Тот факт, что у гипертиреотиков довольно закономерно наблюдается ухудшение сна во время гравиданотерапии, заставляет в случаях бессонницы, даже там, где нет клинических проявлений гипертиреоза, подозревать высокую чувствительность и реактивность щитовидной железы, деятельность которой, под влиянием тиреотропного гормона, содержащегося в моче беременных, активизируется.

Шиттельгельм и Эйтлер, вводя нормальным людям тиреотропный гормон, полученный из мочи, наблюдали у них появление сердцебиений, лихорадки, плохого самочувствия и ряда других нервных явлений. Объективно при этом отмечалась тахикардия, экзофтальмус, исхудание, новышение температуры, мелкий тремор и т. д.

Гравидан выступает перед нами как препарат, обладающий весьма энергичным и отчетливо выраженным действием на половую функцию и потенцию мужчин и женщин. Это действие наблюдается и у больных, леченных по другому поводу. Оно бывает и в тех случаях, когда у больных давно прекратилось половое влечение и желание. Появление полового чувства, полюций и эрекций отмечается даже и у глубоких стариков. Необходимо подчеркнуть, что действие гравидана, как афродизиак, может встречаться изолированно или вместе с другими описанными его проявлениями, а также может отсутствовать, несмотря на достигнутый положительный результат в смысле общестимулирующего влияния на организм. В ряде случаев наступающее половое чувство и влечение может быть совершенно нежелательными, осложняющими терапию. Это действие основано, несомненно, на наличии в гравидане гонадотропных гормонов передней доли гипофиза или плаценты, как думает Филлип.

По наблюдениям Цондека, Борнст и др. активное воздействие гормонов передней доли гипофиза на половые железы отмечается не только по отношению к женскому половому аппарату, и в мужских железах может быть обнаружен ряд изменений. Происходит увеличение семенников, сильный рост простаты и особенно семенных пузырьков, разрастание межучючных клеток яичка

Аналогичные действия на мужской половой аппарат оказывают и моча беременных. Бург наблюдал после инъекции мочи беременных гипертрофию тестикул и полового тракта у самцов. Аналогичные изменения наблюдали на ряде животных Бруа и Симоне, Фонсен, Мур и Прайс и др. По наблюдениям Чернозатовской гравидан повышает и восстанавливает половую потенцию у самцов и самок и является ценнейшим средством в борьбе с импотенцией. Вероятно, механизм воздействия на половые железы осуществляется не только гуморальным путем, но и через посредство нервной системы. Гольвег и Юнкманн полагают, что взаимная корреляция между гипофизом и половыми железами идет через специальный половой центр, регулирующий, в зависимости от соотношения гормонов в крови, деятельность передней доли гипофиза.

Давно известные клинике факты связи гипофиза с половыми железами, работы Эванса, показавшие, что яичники находятся под воздействием гормонов передней доли гипофиза, многочисленные работы Цондека, Ашгейма и др., установили, что главным местом приложения гормонов передней доли являются половые органы женщины и, естественно, привели к применению овариальных гормонов при

заболеваниях, связанных с нарушением функций половых желез (аменоррея, инфантилизм, меноррагии, климакс). Здесь были получены достаточно ободряющие результаты. Гравидан, как показали работы Замкова, Желажовцева, Шарафутдинова и др., обладает подобным же действием при заболеваниях женской половой сферы, связанных с понижением ее функций. Это специфическое действие на женский половой аппарат объясняется наличием в гравидане проланов и фолликулина.

* * *

Наряду с положительными результатами от применения гравидана при различных заболеваниях отмечается отсутствие какого-либо эффекта или незначительный успех терапии. По отношению ко всему материалу процент неудач колеблется в пределах 25—30% всех леченных. Однако, подобные вычисления еще не вскрывают наблюдающихся закономерностей, так как эти цифры относятся ко всей массе больных без учета количества больных в каждой группе. При отдельных заболеваниях получен 100% отрицательный результат (озена, шизофрения и т. д.). При других же эффект наступает как правило. Наконец, в третьих, получается колеблющийся результат с преобладанием положительных результатов при одних, в других же положительный результат встречается также часто, как и отрицательный или в большинстве случаев не получается никакого улучшения. Здесь же заметим, что мы понимаем под отрицательным результатом не ухудшение процесса и самочувствия больного—а отсутствие заметного отчетливого сдвига в состоянии больного. Полученные результаты не должны нас удивлять. Мы не рассматривали и не рассматриваем гравиданотерапию как волшебную палочку, исцеляющую все болезни, как панацею против всех бед. Едва ли можно согласиться с Замковым, когда он утверждает, что еще не наталкивался ни на один вид заболевания, при котором после некоторых исканий в области методики применения гравидана—последний не давал бы положительного, а чаще всего поразительного лечебного эффекта. Такое утверждение способно лишь вызвать вполне заслуженный скепсис. Оно, наконец, не подтверждается нашей практикой¹⁾.

В заявлении д-ра Замкова верно лишь то, что методика и дозировка применения гравидана имеют, несомненно, важное значение. Мы сами в начале работы, не имея точной методики и дозировки применения, получали значительно больше отрицательных результатов, чем сейчас. Опыт показал нам всю важность правильно, соответственно состоянию реактивности организма, подобранных доз и интервалов между ними. Необходимо избегать шаблона, строго индивидуализируя свой подход при назначении лечения. Однако сводить вопрос только к дозировке и технике применения кажется нам по меньшей мере неправильным.

Мы употребляли как малые от 0,2 до 1,5 гр., средние 3,0, 5,0 к.с., так и большие дозы. В случаях, где первые инъекции не давали результата, мы с каждой последующей инъекцией, повышали количество вводимого препарата. При болях, резкой бессоннице мы прибегали иногда к большим однократным дозам. Иногда результаты получались только при пере-

¹⁾ Мы обращаем внимание читателя, что в своей работе мы пользовались гравиданом, изготовленным д-р Шарафутдиновым по разработанному им способу. К сожалению способ приготовления гравидана по Замкову последним не опубликован. Сравнивая результаты терапии, полученные при помощи нашего препарата с теми, которые были получены самим Замковым и авторами, работавшими гравиданом Замкова, мы должны отметить тем не менее частое нередкое их совпадение.

ходе от малых доз к большим. В ряде случаев возбуждающее действие больших доз требовало перехода на более мелкие. Нельзя еще с полной уверенностью сказать, какие дозы должны преимущественно употребляться; заранее необходимо допустить, что в зависимости от реактивных свойств организма, состояния вегетативной нервной системы должны найтись себе применение все эти градации. Также трудно давать какие бы то ни было готовые рецепты по отношению к интервалам между инъекциями. Мы соблюдали их с промежутком в 1—2—3 дня. За последнее время мы перешли на систему „залпов“, как мы ее называем, понимая под этим назначение инъекций в течение нескольких дней под ряд (2, 3, 4 дня), с последующим интервалом в один день. Кажется, что такой метод введения дает лучшие результаты по сравнению со способами, применявшимися нами ранее. В отдельных случаях мы производили впрыскивания гравидана ежедневно до получения эффекта, а затем вводились интервалы в зависимости от самочувствия и объективных изменений у больного. Иногда приходилось назначать гравидан дробно: 2 раза в день. Нет также стандарта в отношении продолжительности курса лечения. В среднем мы ограничивались 12—15 инъекциями, в отдельных случаях уменьшая количество уколов до 5—6. Во всяком случае, когда состояние больного значительно компенсировалось, нет надобности в продолжении лечения. Полезно к концу терапии уменьшать дозы и удлинять интервалы между инъекциями. Какова длительность и стойкость получаемого эффекта? Наши наблюдения проводились на сравнительно небольшом отрезке времени, однако, можно уже и сейчас сказать, что стойкость получаемых результатов часто не велика: улучшение держится 2—3 месяца, а затем требуется повторение курса лечения. Это особенно заметно у больных с артериосклерозом, гипертонией, климаксом и т. д. В других же случаях и спустя год после проведенной терапии продолжает сохраняться полученное улучшение. В ряде случаев мы отмечали, что повторные курсы лечения менее эффективны и улучшение наступает не столь быстро и полно. Необходимы дальнейшие более длительные наблюдения за больными, прошедшими курс гравиданотерапии, ибо в конечном счете практическая ценность препарата будет определяться стойкостью полученного улучшения.

Каких-либо опасных, угрожающих осложнений во время гравиданотерапии нами не наблюдалось, и в этом отношении терапия гравиданом в пределах тех доз, которые мы применяли, действительно является безопасной. Но было бы неправильным рассматривать гравидан как вполне индифферентное средство, употребляемое в очень больших дозах, которое может оказать токсическое влияние на организм. Так, Могильницкий и Жданов нашли, что при кратковременном применении гравидана у мышей, крыс, щенков обнаруживается раздражение мезенхимальных и мезоглиальных барьерных элементов, с усилением их пролиферативных и адсорбционных реакций. Большие же дозы и длительное употребление гравидана оказывают токсическое влияние на клетки мезоглии, паренхиматозные органы и угнетает пролиферативные и адсорбционные процессы ретикулоэндотелия. Это побуждает нас вновь подчеркнуть, что только личный опыт позволяет маневрировать с дозировкой, интервалами и продолжительностью лечения. В этом отношении гравидан разделяет судьбу почти всех парентеральных методов лечения.

Инъекции производились внутримышечно, причем, как правило, болевые явления на месте инъекции отсутствуют или выражены не резко.

Действие гравидана на человеческий организм обладает рядом особенностей. Эффект терапии наступает быстро, спустя 2—3 инъекции или не наступает совсем. Редко приходится наблюдать улучшение состояния спустя 5—6—7 инъекций от начала терапии. Складывается впечатление, что для получения эффекта необходим очевидно быстро происходящий сдвиг, переводящий уже потом организм на рельсы нормального функционирования. Возможно, что объяснение этому факту можно видеть в экспериментальных работах некоторых авторов, показавших, что длительное введение отдельных гормонов, полученных из мочи, не вызывало более резких изменений, чем в опытах с непродолжительным введением этих веществ. Ансельмино и Гофман, вводя животным полученное ими из мочи беременных паратиреостропное вещество, нашли, что наиболее заметные изменения со стороны эпителиальных телец наблюдаются после первого введения гормона и что последующие введения не вызывали более резких морфологических изменений. Еще раньше Леб, Шиттенгельм, Эйзлер подметили, что длительные приемы тиреостропного гормона вызывают менее резкие морфологические изменения в щитовидной железе, чем в коротких опытах.

Фонсен нашел, что инъекции мочи беременных продолжительностью свыше двух недель не давали более резких изменений в развитии вторичных половых признаков, а даже вызывали их регрессию. Таким образом, эта особенность действия связана с наличием в гравидане гормональных тел, введение которых приводит к быстрому выравниванию нарушенных отношений в деятельности вегетативно-эндокринной системы, особенно там, где, очевидно, имеется ее неустойчивость.

Как правило, в процессе гравиданотерапии не наблюдаются местная очаговая и общая реакции, как мы это могли видеть на сотнях б-ных. Переход к улучшению происходит без предварительной клинически подмечаемой отрицательной фазы. И у нас имеются наблюдения, что в отдельных случаях после применения гравидана были отмечены проявления, которые можно было трактовать как очаговую или общую реакцию. Андреев в двух случаях у реактивно лабильных субъектов наблюдал после первой инъекции повышение температуры и ухудшение самочувствия, впрочем не повторявшихся при последующих введениях. У язвенных больных в отдельных случаях отмечалось усиление болей в подложечной области после первых уколов. Инъекции гравидана у некоторых б-ных вызывали жалобы на ломоту в суставах и ухудшение общего самочувствия, однако, все эти наблюдения относятся к небольшому % лиц из числа подвергнутых лечению и нет какой-либо улавливаемой закономерности в появлении этих реакций.

При лечении гравиданом могут наблюдаться, в особенности в начале, явления воздержания. Перерывы в терапии, вызванные случайными причинами, пропуск одного укола болезненно переносятся больными. Появляются жалобы на плохое самочувствие, слабость и т. д. Одна из наших больных во время случайного перерыва в лечении жаловалась, что стала чувствовать себя „кисло“, пропала работоспособность. Последующее введение гравидана снимает все эти жалобы. К концу лечения явления воздержания больше не отмечаются.

Весьма важным представляется одна особенность воздействия гравидана на человеческий организм. Насколько резко отчетливо и быстро наступает значительное изменение нервно-психического статуса больных, настолько же часто параллельное исследование дает сравнительно мало объективных изменений. Этим не сказано, что они не наблюдаются. Наступление мenses после длительного их отсутствия, урегулирование половой функции у женщин, появление либидо, ускоренное заживление ран и переломов (д-р Паянкратьев), улучшение зрения (Зубаиров), слуха (Мукосеева), несомненно, могут служить вполне объективными критериями наступивших соматических изменений. Но все эти изменения отступают на задний план перед волной субъективного улучшения. Да и к тому же, сравнивая те или иные объективные данные до лечения, в процессе лечения и к концу лечения у значительной части больных не удается отметить закономерных изменений ряда показателей. Мы исследовали желудочный сок, картину крови, реакцию оседания, кровяное давление, органические нервные симптомы и т. д. и не могли установить при этом каких либо определенно направленных изменений. Так, напр., кислотность желудочного содержимого у язвенных больных может остаться неизменной, понизиться в части случаев и даже повыситься безотносительно к субъективной картине болезни. И кровяное давление к концу лечения может остаться на начальной высоте или снизиться несмотря на исчезновение субъективных жалоб. Нами были поставлены опыты с влиянием однократного введения гравидана на кровяное давление. В отдельных случаях у лиц с гипотонией отмечалось падение его, не проходившее в течение суток; у других же с гипотонией падение выравнивалось уже через 2 часа, а у третьих вообще не отмечалось никакого влияния на кровяное давление. Такой же неопределенный результат дали экспериментальные и клинические наблюдения с гипофизарными экстрактами.

Гамбургер, Фальта и Ивкович после впрыскивания экстрактов передней доли находили падение кровяного давления, Шикеле — повышение. Павленко и Павлина показали что фолликулин, в условиях острого опыта, не оказывает влияния на кровяное давление и периферические сосуды животных. Пролан в этих условиях опыта вызывал кратковременное падение кровяного давления. Напротив, Даниель, Кренсоно и Мавромати считают понижение кровяного давления специфической реакцией на фолликулярный гормон¹⁾.

К сожалению мы не имели возможности подробно исследовать биохимические сдвиги, происходящие в организме под влиянием введения гравидана. На этом пути могли быть подмечены и открыты более тонкие изменения, возможно носящие закономерный характер, что позволило бы подойти ближе к пониманию существа и механизма действия гравидана²⁾.

Наши наблюдения показывают, что нормализующего действия гравидана на человеческий организм подметить не удается. При оценке получаемых

¹⁾ Когда работа была готова к печати, появилась статья Артемова, экспериментально изучавшего влияние гравидана на изолированное ухо кролика и сердце теплокровных. Автор пришел к выводу, что гравидан, как и любая моча, вызывает кратковременное падение кровяного давления, на почве ослабления деятельности сердца, что зависит от наличия в моче продуктов белкового метаболизма. Сосудосуживающее действие гравидана, как любой мочи, относится за счет каких-то веществ, но не адреналина.

²⁾ Исследования отдельных биохимических констант нами ведутся и будут дополнительно опубликованы.

результатов необходимо учитывать и исходить из реактивной способности организма, которая, как показывает ежедневный опыт, колеблется в широких пределах, резко иногда изменяя действие введенного вещества. Необходимо также помнить, что больной человек — это новый качественно отличный организм, реагирующий по иному на воздействие, чем здоровый.

* * *

Многообразие действия гравидана еще не получило своего объяснения. Одно несомненно, что пролан и фолликулин, содержащиеся в моче, не могут объяснить всего комплекса наблюдающихся изменений. И прямые исследования показывают, что действие гравидана и пролана на обмен веществ, кальций крови и др. неодинаково. Наличие в моче беременных гесп. в гравидане, помимо этих основных гормонов других гормональных тел, а также солей, белковых продуктов, делают более вероятным предположение о комплексном воздействии мочи на организм, объясняемое особым биологическим сочетанием активных элементов. Известно, что значительные изменения обмена веществ в беременном организме, находят свое отражение и в негормональной части мочи: увеличивается содержание креатина, аминокислот, пептидного азота (Фальк и Хесски цит. по Цунцу), а также и других веществ. Дитль у беременных находил вещества, ослабляющие действие меланофорной субстанции задней доли гипофиза, Фекете — вещество, разрушающее гормоны задней доли гипофиза. Нам известно, что состав мочи быстро меняется в зависимости от происходящих в организме процессов (Абдергальден и Мингаччини, Клошток, Доше и Авери).

Таким образом, моча представляет из себя смесь специфических гормональных веществ с активным, не специфическим комплексом. Замков рассматривает гравиданотерапию как метод неспецифической терапии в широком смысле, как по существу своего действия на организм, так и потому, что действие гравидана не ограничивается одной, какой-либо определенной группой заболеваний. Наблюдаемая им двухфазная реакция, действия, вызываемые гравиданом, местная, очаговая и общая реакции говорят, по мнению Замкова, в пользу этого предположения. Терапевтический эффект гравидана сводится к электролитическим сдвигам, обуславливающим изменения кислотности среды, чем стимулируются общие и местные процессы жизнедеятельности организма. Кольцов допускает, что гравидан, как полиглюандулярный препарат может воздействовать на больной организм в разных случаях разными своими составными частями. Таким образом, Кольцов скорее склоняется в пользу субсидионного понимания действия гравидана.

Наши наблюдения показывают, что гравидан не всегда вызывает местную общую, очаговую реакцию; далее, что он обладает специфическим действием при некоторых страданиях и состояниях организма и что в то же время может быть эффективно использован при большом количестве других заболеваний. Гравидан совмещает в себе одновременно черты специфического и неспецифического воздействия на организм. Специфичность следует, конечно, понимать не в абсолютном смысле. Гормональное воздействие может меняться в зависимости от состояния места приложения гормона. Адреналин расширяет сосуды только при отсутствии солей кальция, спо-

способствует превращению гликогена в сахар, но эффект будет меняться в зависимости от щелочности среды.

Гормональное воздействие не всегда должно давать преходящий эффект в отличие от действия не специфических раздражителей (Степпун). Даже однократное введение гормона может быть тем толчком, который, воздействуя на орган—производитель этого гормона—приводит к полноценной гормональной инерции.

С другой стороны, неспецифическое воздействие, поскольку оно влияет на специфическую деятельность клеток большого органа, несет в себе специфические черты. В конечном счете распад собственных белков под влиянием вводимых неспецифических раздражителей стимулирует специфические функции клеток. Гравидан, представляя из себя смесь специфических гормональных веществ с активным неспецифическим комплексом, дает сложную картину переплетения раздражений тканей под влиянием обоих компонентов. Действие специфической части понятно, действие неспецифического комплекса, хотя и близко стоит к неспецифической терапии, но дает, очевидно, клинически неулавливаемые реакции, в сравнении с протеинотерапией. Это могло бы объяснить отсутствие местных очаговых и общих реакций при гравиданотерапии. Изучение механизма действия гравидана усложняется и тем, что оба компонента, в нем содержащиеся, а равно и сами гормоны могут взаимно друг друга потенцировать, ослаблять или качественно изменять. Это известно из многих наблюдений, касающихся взаимодействия гормонов и устанавливающих, что смесь гормонов действует на организм иначе, чем изолированные гормоны. Так, Леберман нашел, что половой гормон усиливает действие гормона задней доли гипофиза; по Эвансу гормоны роста усиливают действие пролана; Павленко и Пчелина установили, что пролан сенсibiliзирует активность овариального гормона. Очевидно этим объясняется более сильное специфическое действие гравидана на половой аппарат и созревание животных, по сравнению с проланом (Замков, Чернозатонская, Шарафудинов). Но не только в этом причина большой активности гравидана. Важное значение приобретает вопрос о взаимной активации—специфическими веществами и неспецифическим комплексом, содержащимися в моче беременных. Клинические и экспериментальные наблюдения устанавливают с несомненностью, что предшествующие или одновременные введения неспецифического раздражителя усиливают действие гормонов. По Бертрану неспецифические раздражители активизируют действие инсулина. Степпун и Саргин нашли, что безбелковые экстракты органов усиливают действие адреналина. После обработки животного безгормонным овариолизатом—оварикрии в недействительной дозе вызывают течь (работы Павленко и Асписова, цит. по Степпуну).

Не претендуя на исчерпывающее объяснение сложного механизма действия гравидана, что является делом будущего, мы выдвигаем следующие положения: в действии гравидана нужно допустить: 1. общий неспецифический фон, своеобразный, в смысле отсутствия местной, общей и очаговой реакции в отличие от протеинотерапии; 2. субституирующую терапию содержащимися гормонами; 3. активизирующее влияние гормонов друг на друга; 4. взаимно сенсibiliзирующее действие обоих компонентов, содержащихся в гравидане.

Мы позволим себе резюмировать следующим образом свои выводы: клиническая проверка показала, что гравидан является несомненно активным препаратом, со сложным многообразным воздействием на больный организм и дающим в ряде заболеваний отчетливый положительный эффект. Требуются дальнейшие клинические и экспериментальные исследования для выяснения механизма действия гравидана.

Из Терапевтической клиники (им. проф. Р. А. Лурья) Института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. И. Лепская).

Лечение язв желудка и 12-перстной кишки гравиданом¹⁾.

А. И. Миркин и М. Э. Винников.

Гравидан—препарат мочи беременных женщин—был предложен А. А. Замковым в 1929 г. с терапевтической целью при некоторых внутренних и других заболеваниях.

Нам еще очень мало известно о свойствах, составе гравидана и еще меньше о характере производимого им влияния на больной и здоровый организм. Богатая разнообразными гормонами моча беременных благоприятно действует на многие органы и ткани и, особенно, как это выявилось за последнее время рядом русских и иностранных работ, на вегетативную и центральную нервную систему.

С этой точки зрения представлялось весьма интересным применение гравидана для лечения таких заболеваний во внутренней клинике, где ярко выступает участие нервной системы. К таким страданиям относятся язвенные процессы желудка и 12-перстной кишки.

Наша клиника в течение ряда лет занималась вопросами терапии язв желудка и 12-перстной кишки. Укажу на работы—„Лечение язв желудка и 12-перстной кишки новопротивом“ (проф. Р. А. Лурья),—„Метод откачивания желудочного сока“ (д-р Могилевский и Биткова), и—„Бессолевая диета в лечении язвенных процессов желудка“ (бригадная работа терапевтической клиники ГИДУВ'а).

Мы продолжаем разрабатывать эти вопросы, привлекая все новые методы и способы для получения наиболее положительных и стойких результатов.

Ровно сто лет тому назад Крювелье выступил в Парижской медицинской академии наук с подробным описанием клинической картины язвы желудка, выделив ее в отдельную возологическую единицу. Но несмотря на столь давнее знакомство с этим заболеванием, этиология и патогенез язвы желудка и 12-перстной кишки до настоящего времени в достаточной степени нам еще неизвестны.

Большинство же авторов все же склоняется в сторону значительного участия в образовании язвенного процесса нервной системы. Одни авторы придают значение в этиологии образования язв желудка автономной нервной системе, другие

¹⁾ Доложено на объединенном заседании Научной ассоциации врачей г. Казани 13 марта 1934 г.

как, например, проф. Губергриц—трофической нервной системе, сравнивая язвы желудка с *mal perforant du pied* при *tabes dorsalis*, которая трактуется как заболевание трофических нервов. Губергриц говорит о двух возможностях трофических изменений, или путем рефлекса на трофические нервы через симпатическую или парасимпатическую нервную систему, либо как заболевание самих трофических нервов—неврит трофических нервов.

Болезненный процесс может находиться в самой стенке желудка, в ее автономных нервных узлах, в стволах самого *n. vagi* или *sympatici*, их трофических волокнах, наконец, это может быть заболевание различных отделов спинного и головного мозга.

Участием трофической нервной системы в образовании язвенных процессов желудка легко объясняется периодичность, хроническое течение и рецидивы язв в зависимости от постоянства или периодичности процессов, влияющих на трофические нервы.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с язвами желудка, 12-перстной кишки и 2 случая послеоперационных осложнений с гастро-энтеростомическим симптомокомплексом. Подавляющее большинство наших язвенных больных относилось к группе хронических язв с длительным анамнезом и частыми рецидивами. У них определялось наличие ясно выраженных (рентгенологически) ограниченных перивисцеритов в области привратника и 12-перстной кишки, слайки с желчным пузырем и проч.

Наши больные, как правило, систематически в прошлом лечились, соблюдали диетотерапию, бывали на курортах. Полученные ими улучшения обычно бывали не особенно стойкими. Приводило же их в клинику новое ухудшение, главным образом, сильные постоянные боли, не поддававшиеся обычной терапии.

Приступая к лечению этих больных, приходится учитывать и то обстоятельство, что и сама язвенная болезнь с ее волнообразным течением имеет большую склонность к самозатиханию и что часто покой, правильно подобранная и назначенная диета дают в условиях стрыва от обычной повседневной жизни быстрый и благоприятный результат. Не будет преувеличением утверждать, что в этих условиях любая терапия (бессолевая, протеинотерапия, откачивание, атропин, тепло и т. д.) быстро оказывается эффективной.

Естественно, проводя лечение гравиданом, мы поставили перед собой задачу избежать этого возможного возражения. Наши больные не соблюдали никакой диеты: они получали обычный, часто грубый, больничный стол. Мы им разрешали употреблять кислую капусту, соленые огурцы и т. д. с самого начала гравиданотерапии. Понятно, что никаких лекарств и процедур наши больные не получали. Вначале лечения прием грубой и острой пищи еще вызывал у больных усиление болей, однако вскоре же боли проходили полностью или появлялись временно с тем, чтобы впоследствии исчезнуть окончательно. В 16 случаях боли прекратились после 1—3 инъекций, в 4 случаях после 5 инъекций, в 3 случаях после 6—7 инъекций, в 2-х случаях улучшения не наступило. Другие методы лечения (откачивание, бессолевая диета), примененные в последних двух случаях, также не имели успеха.

Самым поразительным в действии гравидана нужно считать его болеутоляющий эффект, наступающий у большинства больных очень быстро после начала лечения. Исчезновение болей нами наблюдалось в случаях, где ни применение тепла, ни атропинизация, ни бессолевая диета не дали эффекта. Даже однократная инъекция гравидана

вызывает уменьшение или исчезновение боли, наступающее через 1—2 часа после инъекции.

Кислотность желудочного содержимого после инъекции гравидана в 18 случаях оставалась без изменений, в 7 случаях уменьшилась.

Вес после инъекций гравидана в большинстве случаев (19) повышался—до 4 kgr.

Рентгеновская картина в 22 случаях оставалась без изменений. В 3 случаях в конце лечения наблюдалось исчезновение ниши (все 3 случая с язвой на малой кривизне).

Диспептические явления держатся еще довольно продолжительное время после начала лечения, в особенности отрыжка. Только к концу лечения исчезают и они. Почти у всех больных после первых же инъекций гравидана наблюдалось улучшение общего состояния, наступал хороший сон, появлялся хороший аппетит, улучшалась память, увеличивалась работоспособность. У ряда больных значительно резко возрастало половое чувство.

5 кратких выдержек из историй болезней язвенных больных, леченных гравиданом.

1. Больной Андр. (история болезни № 185), 29 лет, поступил в терапевтическую клинику ГИДУВа 3 марта 1934 г. по поводу периодических с 1929 г. сильных, режущих болей в подложечной области, появляющихся через 2 часа после приема пищи, изжоги, отрыжки, ночных болей. Боли успокаиваются приемом соды и вынужденным положением. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ, коффиновый завтрак), максимальная кислотность общая—90, свободная HCl—80. Рентгеноскопия: Bulbus duodeni деформирован с дивертикулообразным выпячиванием. Диагноз: *ulcus duodeni, periduodenitis*. Применение *Extr. Belladonae*, бес-солев й диеты не могли успокоить появившихся при поступлении в клинику сильнейших болей в подложечной области. Инъекция гравидана купировала через час боли. Через 2—3 дня боли вновь появились. Инъекция гравидана вновь через час купировала эти боли. В виду подозрения на каллезную язву больной был направлен в хирургическую клинику, где на операции была обнаружена каллезная язва пилорического отдела.

2. Больной Фрид. (история болезни № 1119)—45 лет, поступил в терапевтическую клинику ГИДУВа 25 ноября 1933 г. с жалобами на острые боли под ложечкой, наступающие через 20—30 минут после еды, изжогу, рвоты. Боли и рвота периодически с 1914 года. В 1930 г. операция на желудке (гастро-энтеростомоз). Хорошее состояние после операции длилось 1½—2 месяца, а затем боли и рвота возобновились с той же силой. Больной неоднократно лечился, но боли не прекращались. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ) максимальная кислотность—общая—80, своб. HCl—76. Рентгеноскопия—явления гастрита в области анастомоза и язва 12 перстной кишки. Лечение атропином не имело успеха. После первой же инъекции гравидана боли исчезли, хорошее общее самочувствие, исчез *defense musculaire*. Больной после 3-х инъекций гравидана выписан для амбулаторного лечения. При повторном обследовании через год боли и рвота не возобновились.

3. Больной Петроп. (история болезни № 816), 34 лет, поступил в клинику 14 июня 1933 г. по поводу периодических острых приступов болей в подложечной области, наступающих через 2—3 часа после еды, ночные и голодные боли. Успокаиваются боли приемом соды и искусственной рвотой. Болен 8 лет. Неоднократно лечился, но без большого успеха. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ); максимальная общая кислотность—110, своб. HCl—90. Рентгеноскопия—деформация *bulbi duodeni*. После первой же инъекции гравидана боли исчезли. После 3-х инъекций больной был выписан и закончено лечение амбулаторно (10 инъекций). Обследование больного через 11 месяцев показало некоторое снижение кислотности и полное отсутствие каких-либо болевых симптомов (диету не соблюдал).

Все три вышеприведенные истории болезни указывают на болеутоляющее действие гравидана.

4. Больной Каряк, 21 года (история болезни № 69), рабочий, поступил в клинику 21 января 34 г. с жалобами на периодические острые боли в эпигастриальной области, наступающие через 1—2 часа после еды. Болен 2 года. Лечился стационарно в больнице. В декабре 1933 года кровавая рвота. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ) максимальная общая кислотность — 80, свободная HCl—72. Рентгеноскопия: ниша на малой кривизне. После первой же инъекции гравидана боли исчезли. Было проделано 10 инъекций. Повторное рентгеноскопическое исследование ниши не обнаружило.

5. Больной Тимофеев, 32 лет (история болезни № 91), колхозник. Поступил в клинику с жалобами на острые боли в подложечной области, наступающие спустя 1/2—1 час после приема пищи, рвоты. Болен с 1930 года. Желудочный сок: общая кислотность—8, свободная HCl—52. Рентгеноскопия желудка: ниша на малой кривизне. После 2-х инъекций гравидана боли исчезли. Всего проделано 12 инъекций. Повторная рентгеноскопия: ниша не определяется.

Насколько продолжителен эффект влияния гравидана?

4 больных находятся под нашим наблюдением 1 год, все они на обычной диете и в обычных условиях труда, рецидивов за этот период не наблюдалось. Остальные 21 больных с давностью наблюдения менее 1 года также чувствуют себя хорошо.

Техника применения гравидана. Как правило, дозировка гравидана была 3—5 к. с. Инъекции гравидана делались через день внутримышечно. В отдельных случаях при сильных болях делались инъекции 2—3 дня подряд с последующим днем отдыха, а затем вновь 2—3 дня подряд (метод залпов) до исчезновения субъективных жалоб. Наконец, в очень редких случаях, впрыскивания делались ежедневно и даже дважды в день. Обычно мы оставались в дозах 3—5 к. с. в течение всего курса лечения. Однако там, где эффект лечения быстро не наступает, каждая последующая инъекция шла с увеличением количества гравидана 7—8—10 к. с., а самые инъекции производились чаще по системе залпов.

Имеет значение и время введения гравидана. При ночных болях мы переносим время инъекции на вечер, что позволяло нашим больным спокойно проводить ночь. Курс охватывает 10—12 инъекций. В случаях с небольшой длительностью заболевания количество инъекций приходилось применять значительно меньше, чем в тех, где имелся длительно протекавший процесс.

Местная реакция при впрыскивании гравидана была незначительная. Отмечалась лишь незначительная боль на месте укола.

Температурной реакции на впрыскивание гравидана мы не отмечали. В 2-х случаях нам пришлось наблюдать очаговую реакцию через 2 часа после инъекции в виде сильных болей в подложечной области с последующей рвотой.

Последующие инъекции также сопровождалась усилением болей в животе и только после 5-й инъекции боли исчезли окончательно.

На основании нашего материала намечаются следующие выводы:

1. У большинства язвенных и гиперацидных больных наблюдается довольно быстрое прекращение болевых явлений.

2. Устранение болевого комплекса наблюдается независимо от характера диеты.

3. При впрыскивании гравидана в редких случаях может наблюдаться очаговая реакция, которая в большинстве случаев отсутствует.

4. На ряду с воздействием на болевой синдром при лечении гравиданом наблюдается улучшение общего состояния, аппетита, сна, увеличение половой силы, веса.

Наши опыты применения гравидана у язвенных больных с удовлетворительными результатами дают нам право рекомендовать вести дальнейшие наблюдения над этим методом лечения и только на основании большого материала можно будет окончательно решить вопрос о повседневном, практическом применении гравидана у язвенных больных.

(Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья ГИДУВа им. В. И. Ленина—Директор проф. Р. И. Лепская).

Гравидан в терапии некоторых внутренних болезней.

Асс. М. З. Винников и аспирант С. И. Биткова.

Год тому назад мы приступили к испытанию в клинике внутренних болезней гравидана при различных заболеваниях. В то время в литературе еще не имелось каких-либо указаний, касающихся применения в клинике внутренних болезней гравидана,—дозировки препарата и методики его употребления. Значительно позднее, когда мы накопили собственный клинический материал, появилось несколько работ из Уро-гравиданного института и из клиники МОКИ (проф. Плетнев). Полученные ими данные частично не совпадают с нашими наблюдениями, вероятно потому, что они употребляли другие препараты мочи беременных и другую методику.

Мы ставили перед собой задачу изучить реакцию больных на гравидан и выяснить ценность его как лечебного средства при ряде заболеваний. Мы остановились на таких страданиях, которые встречаются часто в практической деятельности интерниста и представляют большую социальную значимость. Это—заболевания желудка, 12-перстной кишки, болезни желчных путей и печени, артериосклероз, расстройства сердечной деятельности и некоторые другие.

В большинстве выбранных нами заболеваний особенно ярко выступает не только местный характер страданий, но и заболевание всего организма, с теми или иными патологическими сдвигами в вегетативно-эндокринной системе и в обмене веществ. Так, работы последних лет привели нас к пониманию того, что заболевание печени, желчных путей и пузыря не могут рассматриваться только с точки зрения чисто местного процесса. Местные изменения часто являются здесь лишь выражением общего страдания организма.

Заслугой школы Бергмана является разработка вопросов нервной регуляции и учения о дискинезиях желчных путей, расстройство деятельности которых может повлечь за собою всю сумму явлений как—образование застоя с последующим камнеобразованием и присоединением инфекции. Давно подмеченная клиникой связь между нарушениями эндокринной системы и патологическим состоянием желчных путей, нашла свое подтверждение в интересных работах Лейтеса и его учеников, показавших, что отделение желчи, отток ее и содержание отдельных составных частей могут значительно меняться от воздействия некоторых инкретов эндокринных желез. Указанные влияния нервно-психических и эндокринных факторов на развертывание и течение заболеваний желчных путей и печени побудило нас применить гравидан в терапии холецистопатий.

Методика применения гравидана была следующая:

Гравидан всегда вводился внутримышечно, но количества его и промежутки времени между введениями были различны. Часть больных получала гравидан ежедневно, другие—через день, в ряде же случаев лечение велось по системе, как мы называем „залпов“, т. е. 2—3 дня подряд с последующим перерывом на день. Дозировка препарата была не одинакова, от больших количеств, напр: от 10 куб.

см. до маленьких—0,5—1 куб. см. В большинстве же случаев применялись средние дозы (3—5 куб.).

Лечение гравиданом начиналось вскоре после поступления больного в клинику. Больные в течение 6—7 дней во время их обследования получали симптоматическую терапию и, где позволяло состояние больных, оставались без всякой терапии; соблюдали покой, а затем случаи³ где не наступало спонтанного улучшения, переводились на гравиданотерапию—это относится к подавляющему большинству наших больных. Часть больных (20%) переводилась на гравиданотерапию после того, как выяснялась безуспешность до того времени применяемых других методов лечения. Подавляющее большинство больных не получало другой терапии.

Мы исходили при оценке эффективности терапии из наступающих изменений со стороны нервно-психической сферы, желудочно-кишечного тракта, исчезновение или уменьшение болевого симптома и сдвигов в объективных состояниях до и после лечения. Особое внимание мы обращали на характер рефлекса *Meltzer-Lyon'a*, время его появления, микроскопию желчи.

По полученным результатам больные со страданиями печени и желчных путей могут быть разбиты на три группы: В 1-ю группу вошли больные с резким улучшением своего состояния после курса гравиданотерапии. В следующую группу—случаи, где это улучшение было несомненным, но менее значительным. И в последнюю группу—больные, не получившие облегчения в отношении основного заболевания.

В 1-й группе получивших резкое улучшение было 12 человек; из них 8 человек мужчин и 4 женщины. По возрасту—от 38 до 55 лет—7 человек, остальные—до 35 лет; по давности заболевания: до 3 лет человека, от 3—5—3 ч., от 5 и выше—6 человек. У всех больных этой группы одновременно отмечался выраженный гепатит, а у 7 больных *Pericholecystitis et periduodenitis* подтверждены рентгеноскопически.

Анализируя полученные результаты в этой группе мы отмечаем следующее: после первой инъекции боли значительно уменьшались и исчезали полностью к концу лечения. Диспептические жалобы держались более стойко и не было параллелизма между ними и болевыми ощущениями. В то время, как боли относятся к числу легко устранимых явлений в этой группе, диспептические жалобы, как правило, исчезали только к концу лечения.

Во всех случаях замечалось быстрое улучшение общего самочувствия—появление чувства жизнерадостности, бодрости, улучшались сон, аппетит, исчезали головные боли и появлялось сильное половое возбуждение. В отдельных случаях половое возбуждение принимало иногда нежелательный для больных характер. Со стороны печени в 8-ми случаях отмечалось ее уменьшение, болезненность при исследовании в области желчного пузыря в 7-ми случаях исчезла полностью. Кислотность за время наблюдения не представляла закономерных колебаний, в 6-ти случаях осталась неизменной, в 3-х случаях к концу лечения появилась свободная соляная кислота (отсутствовавшая раньше), в 2-х случаях кислотность стала нормальной, будучи до лечения пониженной, и в 1-м случае нормальная кислотность перешла в повышенную. Рефлекс желчного пузыря появился только в одном случае, будучи до этого отрицательным. Вес больных в нескольких случаях значительно повысился (до 5 кило), в остальных повышение носило более умеренный характер (от 1 до 2 кило).

В качестве иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Больной Ап-нов, 28 лет, рабочий, находился в клинике с 8/III по 13/IV 34 г. с диагнозом *Appendico-cholecystopathia, Gastritis hyperacida*. Болен с 1928 г., в начале появилась изжога, в 1931 г. приступ резких болей в правом подреберьи,

который продолжался двое суток, сопровождался тошнотой, повышением температуры до 38—39°. Желтухи не было. Затем год чувствовал себя хорошо, после чего вновь появился приступ аналогичного характера. С этого времени больной стал отмечать уже постоянные боли в правом подреберьи, усиливающиеся при ходьбе, при тряске и после приема жирной и грубой пищи. В 1933 г. по поводу этих жалоб больной находился в нашей клинике, выписался с улучшением и через 3 месяца вновь поступил с обострением. При поступлении жалобы на боль в правом подреберьи, изжогу, рвоту и тревожный сон. Из перенесенных заболеваний отмечает брюшной тиф в 1922 г.

Объективные данные: Больной выше среднего роста, атлетического телосложения, подкожно-жировой слой развит хорошо. Со стороны легких и сердца—патологических изменений нет. Со стороны органов брюшной полости—напряжение верхней трети правой прямой мышцы. Печень выступает из под края реберной дуги на два пальца, плотноватой консистенции, край ее ровный. Положительные симптомы Кера, Ортнера. Исследование желудочного содержимого показало повышенную кислотности (общая кислотность 88) и гиперсекрецию (120). Рефлекс Meltzer—Lyon'a получен—в желчи А и С единичные лейкоциты, в желчи В—большое количество лейкоцитов и слизи. Несмотря на применение тепла, покоя, extr. belladon., боли держались без изменения. На 15-й день пребывания в клинике применен гравидан. После первой инъекции боли уменьшились, но изжога не прекращалась. После второй инъекции боли незначительные. Самочувствие хорошее. Окончательно боли исчезли только после 5-й инъекции, из диспептических явлений осталась изжога. Объективные данные: боль при пальпации в правом подреберьи исчезла. К моменту выписки печень несколько уменьшилась в размере, болевые точки исчезли. В желчи „В“ попрежнему лейкоциты. Повышенная кислотность и секреция остались без изменения. Вес увеличился на 5 кило. Всего сделано 13 инъекций, введено гравидана 65 куб. см. Выписался из клиники без каких-либо субъективных жалоб. Резких же изменений в благоприятную сторону со стороны микроскопических изменений желчи мы не отметили. Напряжение в области верхней трети правой прямой мышцы живота осталось, лишь несколько уменьшилось.

Наиболее многочисленной является вторая группа, охватившая 26 чел. В ней по возрасту преобладали более молодые субъекты: до 35 лет—14 чел., свыше—12 чел. По длительности заболевания также преобладали лица с коротким сроком заболевания: до 3 лет—15 ч., свыше—11 чел. В эту группу были отнесены лица, у которых после гравиданотерапии боли хотя и значительно уменьшились, но не исчезли полностью и диспептические явления иногда оставались до момента выписки. Улучшение общего самочувствия не было столь полным как в первой группе, иногда оставалось чувство слабости и некоторой разбитости. Изменения в объективных данных были также не резко выражены: кислотность в 15 случаях осталась без изменения, в 2 х случаях снизилась (кислотность желудочного содержимого). Болевые точки более стойко держались. Прибавка в весе была менее значительна.

Третья группа—отрицательных результатов, в которую мы отнесли больных, не получивших, несмотря на длительную гравиданизацию, улучшения своих основных жалоб. Иногда в начале лечения как будто бы намечалось некоторое улучшение, но оно не было стойким и длительным. Это были случаи лямблиозной дискинезии, случаи хронического холангита с резкими изменениями со стороны печени и т. п.

Совершенно особняком стоит группа больных, получивших комбинированную терапию, где мы не могли установить какому лечебному фактору приписать улучшение.

По возрасту и длительности заболевания группа отрицательных результатов не представляла каких-либо особенностей, по сравнению с первыми двумя группами. Попутно отметим, что как раз в этой группе и другие методы лечения (диатермия, грязь) в четырех случаях не дали улучшения.

В первых двух группах отмечаются значительные сдвиги в субъективном состоянии больных, особенно в первой группе. Нет полного параллелизма между изменениями со стороны общего состояния и рядом объективных показателей (кровь, температура, вес и т. д.). Кислотность и секреция желудочного содержимого в своих колебаниях не выявляет какой-либо определенной закономерности. Те отклонения, которые мы наблюдали, встречаются нередко в течении холецистопатий и связаны с колебаниями интенсивности гастрита и рефлекторных влияний, идущих со стороны желчных путей. Благоприятное влияние на болевой синдром здесь можно истолковать, главным образом, в смысле уменьшения дискинетических явлений; принимая во внимание ту огромную роль, которую дискинезия играет в возникновении и течении холецистопатии, нужно признать, что возможность благоприятного воздействия на этот компонент является важной положительной стороной гравиданотерапии.

Следующей группой, где мы применяли гравидан с охватом 50 человек, были больные с артериосклерозом и климаксом. Значение расстройств обмена, нарушений в эндокринной и вегетативно-нервной системе в этих случаях достаточно общеизвестны; испытать гравидан у такого рода больных мы считали тем более интересным, что применявшаяся до сих пор способы лечения не дают желаемого эффекта.

Под нашим наблюдением было 30 чел. больных, из них 32 стационарных, остальные амбулаторные. Мужчин 26, женщин—24 (у 5 женщин наряду с выраженным склерозом были ясные климактерические нарушения со стороны сосудистой и нервной систем).

Все больные были в возрасте свыше 40 лет. Среди наших больных были также случаи с тяжелым диффузным распространенным артериосклерозом. Двое больных страдали приступами *Angina pectoris*, один—кардиальной астмой, у двух наблюдалась *Arytmia perpetua*. При поступлении в клинику больные предъявляли обычные для этого состояния жалобы. Наряду с сердцебиением и одышкой их беспокоили сильные головные боли, легкая утомляемость, раздражительность, связанные с неспособностью выполнять обычную работу, и ослабление памяти. Дальнейшими симптомами, возникающими на вазомоторной почве, были головокружения, ползание мурашек и ревматические боли в конечностях, пояснице и т. д. (т. н. *Nochdruckrheumatismus Bauer'a*). Ряд больных страдал явлениями недостаточности кровообращения той или иной степени. Из числа больных 22 человека было с гипотонией, 16 с нормальным кровяным давлением и 12 с повышенным. Гравиданотерапия проводилась по той же методике, что и в группе холецистопатий, только с тем отличием, что в большинстве случаев употреблялись меньшие разовые дозы.

Мы не получили положительных результатов только у 4 больных, остальные дали положительный эффект, в ряде случаев поразительный. Что наиболее бросается в глаза—это быстро наступающее улучшение субъективного состояния: исчезают головные боли, заметно уменьшаются или полностью проходят вазомоторные нарушения (головокружение, ползание мурашек), устанавливается бодрое, жизнерадостное чувство, иногда приподнятое настроение. Сон становится спокойным и длительным, улучшается аппетит. У климактеричек исчезают жалобы, связанные с выпадением функции яичников—бросание в жар, в пот, приливы к лицу,

изменчивость настроения, плаксивость и т. д. Одновременно больные отмечают уменьшение одышки, стеснение в груди, боли в области сердца и за грудиной. В отдельных случаях улучшение наступает с поразительной быстротой после первой инъекции гравидана.

Для иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Больной И-гов, 48 лет, служащий, находился в клинике со 2/III 1934 по 23 апреля с диагнозом *Arteriosclerosis universalis, Atheromatosis aortae, Myopathia cordis*. Жалобы на головокружение, одышку при ходьбе, потемнение в глазах, боли сжимающего характера в области сердца и тупая боль в подложечной области, потерю памяти и работоспособности. Аппетит плохой. Одышку заметил 10 лет тому назад. За последнее время обратил внимание на отеки ног после ходьбы, похуждание, плохой сон. Страдает длительной импотенцией. Объективные данные: выше среднего роста, подкожно-жировой слой развит достаточно, но видно, что больной похудел. Лицо одутловато, на ногах незначительные отеки. Выраженная эмфизема легких. Сердце увеличено в обе стороны, тоны глухие. Акцент на 2-м тоне аорты, кровяное давление 95—45, сосуды склерозированы. Печень увеличена, плотновата, болезненна. Рентгеноскопически: эмфизема легких, гипертрофия левого желудочка, усиление тени аорты.

До гравидана принимал в течение 5 дней адонилен без всякого эффекта. На 6-й день введение гравидана 5 к. см. Местной и общей реакции не было, ночь спал плохо, но на утро почувствовал себя значительно бодрее. Вторичное введение гравидана на следующий день — ночь спал хорошо, аппетит улучшился, почувствовал бодрость, исчезли боли в подложечной области. Третье введение — стал общительнее, весел, „чувствую как молодею“. Боли в области сердца исчезли совсем, сон хороший, появилось желание работать, одышка значительно уменьшилась, ночью появились поллюции.

При выписке печень уменьшилась в размерах, кровяное давление 130—90. Рентгеноскопические данные без изменения. Всего гравидана введено 40 к. см.

Объективные изменения и в этой группе также не идут параллельно с общим улучшением самочувствия. Кровяное давление у части больных с гипотонией незначительно повышается. В подавляющем же большинстве случаев оно остается неизменным, как в процессе лечения, так и к концу его. Это относится в равной степени к максимальному и минимальному давлению. В этом отношении наши наблюдения расходятся как с данными д-ра Замкова, так и выводами д-ра Михайлова (из клиники проф. Плетнева). Д-р Михайлов наблюдал после применения гравидана некоторое падение кровяного давления как у лиц с сердечно-сосудистой патологией, так и без таковой. Но описываемые им изменения кровяного давления не выходят за пределы нормальной амплитуды колебаний. Учитывая свойственную кровяному давлению лабильность, колебания кровяного давления в сторону плюс или минус 10 и даже больше, не относились нами за счет гравиданотерапии, если эти изменения не оказывались стойкими при последующих измерениях.

По нашим наблюдениям более положительный эффект отмечается у гипертоников в смысле улучшения субъективных жалоб, исчезновения вазомоторных явлений и др., что же касается кровяного давления, то его колебания и у них не выходят за пределы физиологических.

Все же мы считаем необходимым подчеркнуть, что в силу невозможности заранее учесть реакцию со стороны сердечно-сосудистой системы желательно соблюдать большую осторожность в случаях с постоянной высокой гипертонией, ибо в ответ на введение гравидана иногда может последовать дальнейшее повышение кровяного давления со всеми нежелательными отсюда последствиями.

Убедившись в весьма благоприятном влиянии гравидана на общее состояние больных, мы сочли возможным применить гравидан и при такого рода заболеваниях, где а priori никакого влияния на основные расстройства ожидать не приходится, но где улучшение общего самочувствия больных должно благотворно отразиться на течении болезни. Таковы больные с тяжелыми органическими поражениями сердца. Эта группа немногочисленна — всего 8 человек, из них 4 с эндокардитом и комбинированным поражением клапанного аппарата (*Affectio mitralis* с одновременной недостаточностью клапанов аорты), два случая тяжелого миокардита с *arhythmia perpetua* и два случая комбинированного поражения митрального клапана и люэтического поражения аорты.

Все больные поступили в тяжелом состоянии с выраженными явлениями декомпенсации; застойная печень, гиперемия легких, более или менее выраженные отеки. Назначая гравидан мы не стремились заменить им обычную сердечную терапию, которую больные и получали одновременно с гравиданом. Как правило мы применяли у больных этой группы небольшие количества гравидана с интервалами в 1—2 дня.

В 4-х случаях полученный нами результат был превосходен. Исчезли беспокоившие больных слабость, подавленное настроение и т. д. Больные почувствовали прилив сил и бодрости, появился аппетит и улучшился сон. Установилось ровное, спокойное самочувствие. У двух больных наступило состояние эйфории, несоответствовавшее объективным данным.

Только в одном случае мы не получили никакого эффекта.

Для иллюстрации положительного результата приводим историю болезни.

Больная В-ва, 38 лет, служащая, находилась в клинике с 31/V по 20/VI-1933 г. с диагнозом *insuf. v. mitralis, stenosis ostii venos. sinistri*. Жалобы на сердцебиение, головокружение, потемнение в глазах, одышку, отеки верхних конечностей, общую вялость, апатию, отсутствие аппетита, сжимающие боли в области сердца. Такое состояние длится уже 2 месяца. Больная с 1923 г. после последних родов, во время которых заметила одышку и отеки. С тех пор одышка держится; *menses*—норма. Последние 4 года не беременеет.

Больная среднего роста, астенического телосложения, подкожный жировой слой почти отсутствует, слизистые и склеры субиктеричны, губы синюшны, небольшие отеки на ногах и веках. Со стороны легких — ослабленные дыхательные шумы в нижних отделах обеих легких. Граница абсолютной тупости сердца увеличена во всех размерах. Тоны — систолические и диастолические шумы у верхушки „кошачье мурлыканье“, кровяное давление 95—45. Печень увеличена, болезненна. В течение 17 дней в клинике больная соблюдала покой, получала сердечные средства, отеки уменьшились, но слабость, головокружение, сердцебиение, плохой сон — остались. После первого введения 5 к. см. гравидана больная ночью спала очень крепко. Утром встала с хорошим самочувствием; после второго введения гравидана почувствовала прилив бодрости и сил, выписалась для продолжения амбулаторного лечения гравиданом. Отеков к этому времени уже не было. Бодрость возрастала, восстанавливалась быстро работоспособность, почувствовалась резкое половое возбуждение. Дальнейшее наблюдение показало стойкость полученного эффекта, вскоре больная приступила к своей работе, так как полностью исчезли головокружения, апатия, плохой сон и другие неприятные ощущения (интересно отметить, что больная в течение 4-х лет не беременела, через 2 месяца после лечения забеременела). Всего гравидана было введено 50 к. см. (вместе с амбулаторным лечением).

Полученное улучшение касалось в основном субъективного состояния больных; высота кровяного давления, частота пульса не подвергалась значительным изменениям под влиянием гравидана. Последующее схождение отеков, уменьшение печени и границ сердца, застой в малом кругу,

Здесь, как и в группе декомпенсированных артериосклеротиков, мы относим за счет применявшихся обычных сердечных средств. По нашим наблюдениям при наличии расстройств кровообращения, назначение одного только гравидана не приводит, как этого и можно было ожидать, к устранению декомпенсации; гравидан также не имеет никакого эффекта на диурез; в этом нас убеждают поставленные специальные наблюдения над больными с хроническими нефритами и нефрозами.

В группе сердечных больных мы также наблюдали появление полового возбуждения под влиянием гравидана у двух больных.

Ни в одном случае мы не наблюдали каких-либо отрицательных явлений, в том числе и в условиях обострения Эндокардита, у которых после применения гравидана не отмечалось ни температурной ни др. реакций, что и соответствует нашим наблюдениям и при других заболеваниях, где такие реакции также наблюдаются редко.

Таким образом, комбинация гравидана с сердечной терапией оказывается весьма целесообразной, способствуя в силу благотворного воздействия гравидана на общее состояние больного — скорейшему наступлению компенсации.

Последняя группа больных, где мы применяли гравидан, охватывает 34 больных с различными заболеваниями. Малочисленность больных в каждой группе не позволяет делать определенных выводов. Мы отметим только влияние гравидана на диабетическую гликозурию в 3-х случаях. Под нашим наблюдением было три диабетика, из них один случай *Diabete magre* и два случая *Diabete gras*. В обоих последних случаях, под влиянием гравиданотерапии, наступило значительное уменьшение гликозурии. Этот факт имеет, несомненно, известный теоретический интерес. Клиника давно установила тесную связь между гипофизом и поджелудочной железой. Известно развитие панкреатогенного диабета у акромегаликов, значительные изменения ПДГ при юношеском диабете, появление отчетливой гипогликемии у лиц с гипофизарной недостаточностью, что видел *Wilder*, между тем применение экстрактов ПДГ давало самые разноречивые данные:

Ewans, *Womers*, *Johns* и др. после длительного применения экстрактов ПДГ видели гипергликемию, *Horsterg* — снижение сахара крови, а *Bernstein* и *Falta* не находили никаких изменений углеводного обмена. Подобная разноречивость была вызвана отсутствием стандартизованных препаратов, обладавших не одинаковыми свойствами. Деяние внесли работы *Haussay* с его сотрудниками а затем *Gelling* и *Schikawa*. Ими было показано, что гипофизиотропизованные животные легко впадают в гипогликемию и необычно чувствительны к инсулину, и что панкреатогенный диабет резко усиливается после введения ПДГ. *Bohm*, *Luske*, *Neudelman*, *Heschler* наши, что введение пролана интравенно или люмбально вызывают стойкую гипергликемию благодаря рефлексу на адреналовую систему.

В двух наших случаях, как было сказано, наблюдалось уменьшение гликозурии. В случае юношеского тяжелого диабета не было эффекта в смысле уменьшения гликозурии. Не пытаюсь объяснить причину этой парадоксальной реакции на гравидан у наших диабетиков — можно высказать лишь предположение о наличии в моче беременных веществ, обладающих гипогликемическими свойствами.

Anselmino и *Hoffmann* в своей недавно опубликованной работе сообщают, что ими было выделено панкреатотропное вещество, снижающее сахар крови, вызывая разрастание инсулярного аппарата.

Опыт наш мал. Можно лишь указать, что исходя из теоретических соображений необходимо соблюдать осторожность у диабетиков, особенно при наличии резко выраженного ацидоза, так как работы тех же *Anselmino*, *Hoffmann*'а, *Funk*'а

говорят, что в моче имеется гормон ПДГ, вызывающий появление ацетоновых тел в крови при сгорании в организме жиров.

Мы наблюдали положительный эффект в 4-х случаях с плеригландулярными расстройствами, но далеко не в одинаковой степени. У одной больной с легкой гиперфункцией щитовидной железы и аменореей появились отсутствующие мензесы, у другой больной—амбулаторной, не обследованной клинически,—наряду с общим улучшением самочувствия исчез целый ряд нервных явлений, восстановились мензесы, появилось *libido sexualis*, атрофия же грудных желез и поседение волос—остались без изменения.

Как и д-р Ба д ю л мы наблюдали положительный результат в нескольких случаях с неврастеническим состоянием и в 2-х случаях *tabes dorsalis* в смысле значительного восстановления работоспособности и улучшения общего состояния.

В заключение мы остановимся на вопросе стойкости получаемого улучшения. Мы не имели возможности следить за всеми больными, прошедшими через нашу клинику. Часть больных были опрошены и оказалось что полученное улучшение держалось далеко неодинаково, колеблясь от нескольких недель до 1 года.

Выводы.

1. Применение гравидана у ряда больных, с различными страданиями вызывает у большинства общую им всем благотворную реакцию со стороны нервнопсихической сферы, выражающуюся в улучшении общего самочувствия, в повышении трудоспособности больных, в подъеме сил и бодрости, улучшении сна и аппетита. Наряду с этим отмечается у большинства больных появление или усиление *libido sexualis* и потенции. Отрицательные результаты, в смысле отсутствия всякого эффекта, наблюдались нами в 20% всех случаев.

2. При холецистопатиях во многих случаях отмечается положительное влияние на болевой синдром. Изменение химизма желудочного содержимого, картины крови, температуры и др. во всех группах не представляет никаких закономерных колебаний.

3. Особо благоприятный результат от применения гравидана был получен у больных с артериосклерозом и климаксом. Но и в этой группе изменения объективного статуса не идут параллельно с общим улучшением субъективных расстройств.

4. В случаях с расстройством компенсации сердечно-сосудистой системы,—применение гравидана может иметь место в качестве подсобного лечения к основной кардиальной терапии: наступающее быстрое улучшение общего состояния, сна и аппетита является, несомненно, благоприятным обстоятельством для восстановления компенсации.

5. Необходимо строго индивидуализировать дозировку препарата и интервалы между инъекциями, избегая шаблона в назначении лечения.

6. Эффект от применения гравидана в большинстве случаев наступает быстро—спустя 1—3 инъекции. При отсутствии эффекта от указанной дозировки продолжать лечение не показано.

7. Не наблюдается серьезных осложнений и угрожающих явлений при гравиданотерапии, в силу чего применение его в пределах употребляемых нами доз может считаться практически безопасным.

8. Местная реакция при введении гравидана отсутствует. Очаговая и общая реакции наблюдаются очень редко.

9. Стойкость полученного улучшения при гравиданотерапии подвержена индивидуальным колебаниям.

Из инфекционной клиники Гос. ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина.
(Директор клиники проф. А. Ф. Агафонов).

Опыт применения гравидана при сыпном тифе.

(Предварительное сообщение).

Ассистент М. С. Лившиц.

Несмотря на то, что до сих пор нет полного теоретического обоснования действия гравидана, он все же был применен с хорошим эффектом при многих страданиях, особенно при расстройствах эндокринной и нервной систем и общем упадке сил. Нам казалось поэтому не лишним интереса испытать гравидан при инфекционных болезнях, дающих часто значительное поражение важнейших систем организма (сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и др.) с продолжительной потерей трудоспособности даже после окончания основного заболевания.

В первую очередь наше внимание привлек сыпной тиф, как одна из самых тяжелых инфекций.

Как известно, центральным пунктом гистопатологии сыпного тифа являются изменения в сосудистой системе (*thrombo-vasculitis destructiva et proliferans* мелких сосудов).

Не менее тяжело страдает и нервная система, особенно центральная, как вследствие общего токсикоза, так и на почве сосудистых и специфических изменений (гранулем) мозговой ткани. Также значительным является при с. т. поражение желез внутренней секреции, особенно группы желез с тонизирующими функциями, в частности хромафиноадреналовой системы.

Весь комплекс указанных изменений накладывает яркий специфический отпечаток на клиническое течение с. т. как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции.

Приступая к испытанию гравидана мы рассчитывали на эффективность его, особенно как тоником, в обоих периодах с. т.

Но предварительные наши наблюдения в отношении острого периода не оправдали наших надежд. В 9 случаях применения гравидана у лихорадящих больных мы не могли констатировать заметного влияния на течение болезни.

Значительно позже мы имели возможность познакомиться с работой Коста (из Боткинской больницы) о применении гравидана в остром периоде с. т., причем автор получал литическое падение t^0 и сокращение лихорадящего периода на 5—6 дней, повышение кровяного давления и ряд других благоприятных результатов.

Нашими наблюдениями, правда, недостаточными, мы не можем подтвердить выводов Коста.

Единственно, что мы могли отметить у некоторых больных со средним течением тифа,—это быстрое восстановление сил в первые же два дня реконвалесценции после применения в остром периоде гравидана.

Однако, делать из этого какой-нибудь вывод не приходится, и мы считаем нужным продолжить работу в этом направлении.

Большой интерес для клиницистов представляет и 2-й период, период реконвалесценции.

Между тем, этому периоду не уделяется должного внимания. Не только анатомически, но и клинически выздоровление после с. т. затягивается часто на продолжительное время. Мы нередко наблюдаем протрацию больных после падения t^0 , не прекращающиеся жалобы на головную боль, апатию, бессонницу, отсутствие аппетита, резкую общую слабость и другие явления, которые приковывают больных, особенно старшего возраста, на много дней к постели.

Естественно, поэтому было наше стремление воздействовать на реконвалесцентов, особенно после первых безрезультатных наших попыток в остром периоде.

Всего подверглось лечению гравиданом в периоде выздоровления 50 человек, из них мужчин 9, женщин 41.

Возраст		Возрастной состав следующий:		Таблица № 1.	
		Количество	Возраст	Количество	
18 лет		2 чел.	40—44	7 чел.	
20—24 "		4 "	45—49	9 "	
25—29 "		4 "	50—54	7 "	
30—34 "		4 "	55—59	2 "	
35—39 "		9 "	Свыше 60 л.	2 "	

Как видно из этой таблицы, большинство составляют люди в пожилом возрасте. Мы преднамеренно старались побольше охватить этот возраст, дающий часто более затяжное выздоровление.

Второе, на что мы обращали внимание при выборе больных, это—характер течения болезни. Среди указанных 50 человек—с легким течением только 1, со средним—29 чел., с тяжелым—20 человек. У 16 человек тиф сопровождался воспалением легких, у 2-х—менинго-энцефалитом.

Большая часть больных старшего возраста страдала миокардо-склерозом, или общим склерозом, эмфиземой легких.

В процессе болезни отмечалось у них значительное падение кровяного давления, расширение границ сердца, иногда аритмия, что требовало энергичного применения сердечных средств в остром периоде.

Гравидан мы применяли по 5 куб. на инъекцию внутримышечно, сначала через день, а потом вводили 2 дня подряд, 3-й день перерыв.

Никаких реакций, общих или очаговых, за единичным исключением, после применения гравидана не отмечали.

Максимальное количество инъекций—7 р. в 1 случае, минимально—2 инъекции в 7 случаях, в остальных количество инъекций колебалось от 3 до 6 раз.

При учете результатов мы исходили как из субъективных жалоб больного, так и объективных признаков выздоровления (сон, аппетит, вставание).

Изменение кровяного давления под влиянием гравидана по нашим наблюдениям (правда на небольшом материале) не отмечается. В литературе мнения по этому вопросу разноречивы.

Наблюдаемые нами случаи по эффективности действия гравидана можно разбить на 3 группы. В 1-й группе мы отнесли тех реконвалесцентов, у которых можно было отметить вполне благоприятный результат. Помимо резкого улучшения общего самочувствия, обычно после 2-х, а иногда даже 1-й инъекции, и наступления часто эйфории, мы могли в этих случаях наблюдать также появление хорошего аппетита, спокойного сна, быстрое исчезновение слабости и более раннее вставание. Больные выписывались в хорошем, бодром состоянии. Таких больных оказалось у нас 28 человек, т. е. 56% общего количества.

2-я группа в 15 человек (30% всех наблюдаемых) дала в результате лечения гравиданом только частичный эффект, выразившийся главным образом в улучшении самочувствия, появлении более бодрого настроения, неполном восстановлении сна или аппетита, но силы нарастали медленно, вставание наступало позже и больные выписывались в худшем состоянии, чем первая группа.

И, наконец, последняя группа в 7 человек (14% общего количества) не дала никакого эффекта. Следует отметить, что лучшие результаты лечения гравиданом мы получили у людей старшего возраста:

Э ф ф е к т.

Таблица № 2.

В О З Р А С Т	Хороший		Средний		Неудовлетв.	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
18—39 лет	8	34,8	10	43,5	5	21,7
40—60 лет и выше	20	74,1	5	18,5	2	7,4

Из этой таблицы видно, что наибольший % благоприятных результатов получается в возрасте свыше 40 лет. Конечно, процентным соотношениям придается только относительное значение, ввиду сравнительно небольшого количества наблюдений. Тем не менее, на основании этих данных считаем возможным думать, что гравиданотерапия действительнее в старшем возрасте, что, поведимому, связано с большим понижением гормональной деятельности в этом возрасте при сыпном тифе.

Попутно мы останавливаемся отдельно на одном симптоме, который мы учитывали при суждении об эффективности действия гравидана—это момент вставания (см. табл. № 3).

Таблица № 3.

День вставания.

ВОЗРАСТ	3—5 дней		6—8 дней		9—10 дней		позже 10 дн	
	дней	%	дней	%	дней	%	дней	%
18—39 лет	8	34,8	11	47,8	1	4,5	3	13
40—60 лет и старше . . .	7	26%	13	48,1	4	14,8	3	11

Из этой таблицы видно, что в преобладающем числе день вставания был не позже 8 дня, несмотря на перенесенную весьма тяжелую форму с тифа и что момент вставания в пожилом возрасте, под действием гравидана, приближается к таковому в более молодом возрасте.

Для иллюстрации результатов лечения гравиданом приведем несколько историй болезни:

1. Б-ой К., 56 лет. Сыпной тиф в тяжелой форме. Во время лихорадящего периода—неудовлетворительный пульс, расширение границ сердца, цианоз, ригидность затылка, тремор рук, несвязная речь. Кризис на 13-й день. Резкая протрация. Сделано 4 инъекции гравидана по 5 куб. через день. После 2-х инъекций хорошее самочувствие, удовлетворительный аппетит, нормальная речь и сон, больной садится. На 7-й день после кризиса хорошее состояние, больной стал самостоятельно ходить.

2. Б-ная Н., 62 лет. Эмфизема легких, миокардит, артериосклероз. С. т. средней тяжести, кризис на 13-й день. Состояние больной весьма слабое. 4 инъекции гравидана по 5 куб. На 6-й день после кризиса вставание. Самочувствие хорошее. Выписалась на 8-й день без жалоб.

3. Б-ной В., 30 лет. Врач. Сыпной тиф в весьма тяжелой форме. Осложнения: meningo-encephalitis, pneumonia bilateralis. Кризис на 21-й день. Сделано 6 инъекций гравидана. После 1-й инъекции в тот же день усиление головной боли, на следующий день резкое улучшение самочувствия, пропало тяжелое настроение—„неохота жить“, как выражался больной, наступило спокойное состояние и некоторая эйфория. В дальнейшем, однако, медленное нарастание сил, упорная головная боль и долго длившаяся бессонница. Последний случай—пример малой эффективности действия гравидана.

На основании нашего, сравнительно, небольшого материала, мы позволим себе сделать ориентировочно следующие выводы: лечение гравиданом в периоде выздоровления дает положительный эффект, более выраженный в пожилом возрасте. По нашим наблюдениям благоприятный результат получается в 86%, из них в 56% резко положительный, что сказывается в улучшении самочувствия и укорочении первого периода клинической реконвалесценции.

Требуются дальнейшие исследования, чтобы уточнить показание к применению гравидана при сыпном тифе, особенно в остром периоде.

Из Психиатрической клиники Казанского медицинского института. Директор
проф. М. П. Андреев.

Гравиданотерапия при душевных заболеваниях и наркоманиях.

Ассистент клиники В. П. Андреев.

В психиатрической и наркологической практике, где арсенал лекарственных средств нельзя считать богатым, было особенно важно испытание гравидана, который получил такие широкие применения в медицинской практике. Настоящая работа и посвящена этому вопросу.

В нашей клинике была применена гравиданотерапия в 58 случаях, из коих: стационарных больных было 35 чел., амбулаторных 23 чел.; мужчин — 50 чел., женщин 8 чел. По диагнозам больные распределялись так:

- 1) *Группа инволюционных психозов* — 20 случаев, куда вошли больные с атеросклерозом головного мозга (12), с сliмах'ом (6) и пресевильным психозом (2).
- 2) *Группа реактивных состояний* — 5 случ.
- 3) *Группа шизофренических заболеваний* — 8 случ.
- 4) *Группа наркоманий* — 18 случаев, куда у нас вошли больные с алкогольным психозом, дипсоманией и хроническим алкоголизмом.

В группе же разных, гравидан чаще применялся, как снотворное.

Методика применения гравидана в основном нами была взята следующая:

- 1 — 18 инъекций ежедневно от 0,5 до 1 куб.
- 2 — 12 инъекций через день по 5 куб.
- 3 — „аккордно“ от 3—5 инъекций ежедневно от 3 до 10 куб.
- 4 — комбинирование 1 со 2; 1 с 3; 2 с 3 т. д.

Место инъекций при больших дозах внутримышечно в ягодичу; при малых (до 2-х куб.) подкожно в подлопаточную область.

Почти во всех случаях применение гравидана не вызывало местных болезненных явлений и общей реакции организма.

Таким образом, в подавляющем большинстве прослеженных нами случаев не отмечалось той „своеобразной двухфазности течения“ при гравиданотерапии, о которой говорят в своих работах А. А. Замков и Берков итц. Наблюдавшуюся лишь в двух случаях, у реактивно лабильных субъектов, двухфазность течения мы склонны толковать, как результат их повышенной реактивности; подтверждение этому мы имеем в одном случае, где введение спермокринна давало аналогичные результаты, что можно объяснить конституциональными особенностями.

В основном, в прослеженных нами случаях наблюдался или положительный терапевтический эффект после первых двух инъекций (в 48 случаях), или мы не видели совершенно никакого действия от применения гравидана, несмотря на различную методику, как в группе шизофренических заболеваний.

Во многих случаях гравиданотерапия применялась после того, как были испробованы различные методы лечения, чаще после 2—3 недельного пребывания в стационаре и более.

При учете лечебного действия гравидана мы базировались, главным образом, на изменении состояния—поведения, настроения, физического статуса и во вторую очередь учитывали субъективные переживания больного. Во избежание психотерапевтических моментов, мы, применяя гравидан, или совершенно не ставили в известность больных (средний персонал механически выполнял назначение врача) или при назначении гра-

видана больному говорили, что будут делать уколы, не давая объяснения о назначении таковых. В результате проведенных, таким образом, слу-чаев мы имеем следующие данные:

1. Группа инволюционных заболеваний.

1. Артериосклеротические расстройства, куда вошли артериосклеротики, как с легкими формами начального артериосклероза сосудов головного мозга, так и в тяжелых формах с явлениями слабоумия, легкими апоплектическими исходами и эпилептиформными припадками.

Большинство больных имели выраженное ослабление психической ра-ботоспособности; обнаруживали явления резкой эмоциональной неустой-чивости; на депрессивном фоне—плаксивость, раздражительность. Были с явлениями растерянности, суетливости, беспокойства. Жаловались на головную боль, головокружение, обморочное состояние, звон и шум в го-лову, общую слабость, упорную бессонницу (характерное расстройство сна артериосклеротиков у отдельных больных давностью 3—5 лет).

Некоторые обнаруживали, наряду с описываемыми симптомами, тре-вожность, боязливость, чувство страха и отчаяния; считали себя неизле-чимыми; высказывали мысль о самоубийстве. У других инсульты и эпи-лептиформные припадки вызывали значительное оглушение и полную неработоспособность.

После первых инъекций гравидана в 10 случаях (из 12) быстро вос-станавливался сон—сон становился глубоким и продолжительным, быстро выравнивалось общее состояние—исчезали тревожность, растерянность, суетливость, подавленное состояние, плаксивость, раздражительность и пневливость. Исчезали явления эмоциональной слабости, неустойчивости. Настроение становилось ровным, бодрым, в некоторых случаях приподня-тым, доходящим до гипоманиакального. Внимание и память делались бо-лее устойчивыми. Больные становились в состоянии читать и даже вести свои занятия, исчезали общая вялость, слабость. Головные боли, голово-кружение, шум в голове обычно угасали постепенно, к концу курса лече-ния. Нарастала уверенность в себе, в своих силах. По окончании курса лечения больные физически выглядели бодрее, свежее, пребывали в весе. Многие после первых инъекций отмечали усиление *libido*, повышение потенции и жаловались на упорные эрекции, которых не было в течение ряда лет.

В описанном нами 2 случае прекратились эпилептиформные припадки и последующее состояние оглушения. В двух случаях, где имелись выра-женные органические симптомы и масса ипохондрических мыслей и сома-тических жалоб, улучшение не столь значительное, наступало к концу курса лечения и имела нестойкий характер.

2. При явлениях *climax'a* в наших случаях, осложненных тяжелыми психическими переживаниями, на: выраженной психопатической почве, состояние быстро выравнивалось после применения гравиданотерапии, но в дальнейшем давало колебания.

3. В двух нетипичных случаях пресенильного психоза с резкими кон-ституциональными особенностями и большими психогенными наслоениями, несмотря на различную методику применения гравиданотерапии эффект был незначительным: смягчался бред преследования, греховности; боль-

ные становились менее боязливы и тревожны; появлялся сон и аппетит, физически выглядели лучше, но оставались вялыми, мало подвижными, нероботоспособными.

Для иллюстрации эффективности действия гравидана мы приводим несколько историй болезни.

Случай 1. Л-в, 49 лет, рабочий. В кл-ке с 17/XI 33 года по 10/I 34 года, с диагнозом: Arteriosclerosis cerebri. Поступает с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, чрезмерную нервозность, раздражительность, „всякий пустяк меня расстраивает, малейший шум меня выводит из себя“; „голова постоянно как в тумане, временами такой шум, свист бывает в голове—как шум паровоза“. Последние три года тревожный и беспокойный сон не более 3—4 часов в сутки. В анамнезе—сердечные припадки. В 1932 г. отнялась правая рука (2 месяца не работала). За неделю до поступления легкий инсульт.

Объективно—астенико мускулярного телосложения, истощен, кожа дрябла, тремор рук, век и языка. Парез лицевого нерва. Зрачки равномерно сужены; реакции достаточны. Незначительная anisoreflexia коленных я. Сосуды извилисты, жестковаты. Кровяное давление 200/150, тоны сердца глухие. Понижение слуха. Внимание неустойчиво, память понижена, с трудом запоминает четыре цифры.

После месячного пребывания в кл-ке и проведения курса подтерапии больной продолжает проявлять резкую эмоциональную неустойчивость, плохо спит по ночам—сон тревожный, беспокойный. Много времени проводит в постели, постоянно жалуется на зябкость, особенно, по словам больного, „коченеют, немеют ноги“. Тяжесть в голове, шум в ушах; онемение кожи и головы. Жалуется на тревожность, и тоску. При разговоре плачет.

Назначена гравиданотерапия—12 инъекций по 5-ти кубиков через день. После первой инъекции более спокойный и продолжительный сон. На 3-й день настроение больного становится значительно устойчивее, исчезает тревожность, растерянность, раздражительность и плаксивость. Сон становится глубоким, продолжительным. В дальнейшем настроение больного доходит до гипоманиакального. Больной большей частью времени проводит среди больных, являясь зачинщиком различного рода развлечений. Часто сердечно смеется, подбадривает остальных. Начал читать книги, просматривать газеты. Свободно запоминает 5 цифр. По окончании курса лечения настроение бодрое, ровное, появилась уверенность в своих силах; исчезли головные боли, головокружение и шум. Сон продолжает быть хорошим.

Случай 2. К-цкий, 43 года, фотограф. Диагноз: Arteriosclerosis cerebri. Обратился в амбулаторию клиники повторно, после серии эпилептиформенных припадков (за 2 дня предал 3 припадков). На приеме в состоянии значительного оглушения, растерян, тревожен, боязлив. Наблюдается судорожное подергивание руки.

Больной астенического телосложения, имеется парез правого лицевого нерва. Зрачки равномерны, тремор рук и век, тоны сердца глухие. Периферические сосуды жестковаты и извилисты, пульс напряжен. Назначен гравидан по 1 куб. ежедневно 18 инъекций. После первого укола больной почувствовал подъем духа, бодрость—„Выл чудесный сон без кошмаров и вздрагиваний“—говорил б-ной. *Припадков не было.* После 2-й инъекции еще больший прилив энергии. Исчезли растерянность, тревожность, боязливость, головокружение и судорожное подергивание руки. Больной приступил к работе. В дальнейшем настроение бодрое, ровное, выглядит живее. Сон продолжает быть хорошим. Больной работоспособен.

Случай 3. С-в, 58 лет, счетный работник, в кл-ке с 14/III по 3/V—с диагнозом: Arteriosclerosis cerebri. Поступает в кл-ку с жалобами на раздражительность по пустякам, сильные головные боли, трясение и слабость в ногах. Неуверенность по себе, тревожность за будущее, рассеянность, забывчивость. Резкая бессонница. Совершенно не может работать. В анамнезе в 1929 г. аналогичный приступ, не работала 2 м-ца.

Б-ной среднего роста, астенического телосложения. Имеется тик угла рта и правого глаза. Зрачки сужены, реакции вяловаты. Сухожильные рефлексы оживлены. Тоны сердца глуховаты, имеется систолический шум на верхушке; пульс напряжен, учащен. Сосуды жестковаты, извилисты.

В кл-ке обнаруживает резкую эмоциональную неустойчивость, часто плачет, избегает общения с больными. Жалуется на головную боль—„точно сетка надета на голову“, говорит больной. Головокружение, шум в ушах, настроение подавленное

и тревожное. Имеется характерное расстройство сна: сон тревожный, беспокойный, с вечера засыпает быстро, но на короткое время, часто просыпается с тревогой и страхом. После двухнедельного пребывания в клинике назначен курс гравиданотерапии 12 инъекций через день по пять куб. После 2-х инъекций появился глубокий продолжительный сон, исчезли тревожность, раздражительность. Приступы плача стали реже. В дальнейшем исчезли головокружения, шум в ушах, головные боли „тики“—как говорит больной, исчезло чувство сетки на голове: восстановилась память, настроение бодрое. Отмечает появление эрекций. Сон продолжает быть хорошим до выписки, спит по 10 час. в сутки.

Выписан в состоянии значительного улучшения.

II. В группу реактивных состояний у нас вошли три случая с реактивной депрессией, два с истероидными реакциями.

Применение гравидана при реактивной депрессии дало несомненно хорошие результаты: больные, обнаруживающие до гравиданотерапии значительную психическую заторможенность, имеющие резкие расстройства сна, отсутствие аппетита, высказывающие мысли о самоубийстве (даже попытки), после первых инъекций становились живее, общительнее, проявляли активность. У них исчезали галлюцинации, предсердечная тоска, мысли о самоубийстве. Появлялся хороший сон и аппетит. Больные к концу курса лечения становились работоспособными.

В последнем случае данной группы гравидан был применен после того, как больной пробыл два месяца в стационаре; были испробованы все способы лечения и больной продолжал быть в подавленном состоянии, сторонился людей, плохо спал, обнаруживал капризный аппетит, жаловался на боли в голове, давал вспышки раздражения и обнаруживал странности в поведении. После применения гравидана сон быстро восстанавливается, по заявлению больного, „сон замечательный, как никогда“. Отмечает общее хорошее самочувствие; исчезли подавленность и странности в поведении. Появилась бодрость, уверенность в себе, надежда на дальнейшее устройство своей жизни. Перед выпиской больной заявляет— „Вы меня совершенно возродили, я стал совсем другим“.

У больных с истероидными реакциями после первой инъекции отмечалась местная реакция (резкая болезненность), подъем температуры до 38° С и ухудшение общего состояния: разбитость, ломота и боли во всем теле, резкая общая слабость, укладывающие больных в постель, беспокойный сон. Но после второй инъекции подобных явлений не было, наблюдалось значительное улучшение: в первую очередь появлялся хороший аппетит и сон, общая бодрость; затем исчезали соматические жалобы на головную боль, разбитость, боли в различных частях тела, прекращались приступы плача. Больные менее бурно реагировали на неприятные переживания. Становились работоспособными.

Приводим описание двух случаев данной группы:

Случай 1. Д-м, 31 г., рабочий. В клинике с 3/IV по 25/IV с диагнозом: реактивная депрессия.

Поступает в клинику в сопровождении жены, которая рассказывает, что после смерти сына 26/III больной много плакал, тосковал, заговаривался, высказывал мысль о самоубийстве, все ему мерещился умерший сын. Отказывался от еды, совершенно не спал по ночам. Сидит плачет и охает. Сам больной жалуется на тоску, боль в сердце. „Сердце жмет и ноет, сильная слабость, голова как в тумане, не хочется жить“.

Больной среднего роста, несколько истощен. Никаких патологических явлений со стороны нервной системы не отмечается.

В клинике все время сидит на своей койке, тяжело вздыхает. Удручен, подавлен, говорит вяло, часто плачет. По ночам не спит, галлюцинирует „слышит голос умершего сына, церковное пение“.

С 5-го назначен гравидан по 5 куб. ежедневно 2 дня. После 1-й инъекции спал спокойно часов 5-6, продолжает жаловаться на тоску и боль в сердце. 7/IV появился аппетит; сон спокойный и продолжительный, исчезли галлюцинации, плаксивость, стал прогуливаться по отделению, проявлять интерес к окружающему, вступает в беседу. Инъекции гравидана продолжают по одному куб. ежедневно. 9/IV настроение больного бодрое (совершенно исчезла тоска и боль в сердце), охотно беседует с врачами, улыбаясь благодарит, принимает участие в жизни отделения, с удовольствием выходит на прогулку. Сон и аппетит хорошие. В дальнейшем никаких следов психической заторможенности не обнаруживает, настроение хорошее, стал выглядеть свежее. 25/IV выписан в хорошем состоянии на работу.

Случай 2. В-на, 25 лет, домохозяйка. Диагноз—истероидные реакции у реактивно-лабильного субъекта.

Обратилась в амбулаторию с жалобами на сильную нервность, раздражительность по пустякам. „во время расстройств кричу, плачу, задыхаюсь, подкатывает клубок к горлу. Затем вся расслабну... появится разбитость, ломота во всем теле, головокружение, шум и боль в голове, боли в животе.“ После расстройства по несколько дней лежит в постели. Данное состояние усилилось за последние полгода после родов. Обращалась к врачам по всем специальностям, невропатологи направили в Психиатрическую клинику.

Больная выше среднего роста, мускулярного телосложения, хорошей упитанности. Ковсультация с терапевтами и гинекологами установила, что у 6-ной не имеется никаких отклонений от нормы. В течение полутора месяцев был проведен курс рациональной психотерапии, курс гидротерапии и др. За этот период отмечались колебания в состоянии больной. Временами она являлась жизнерадостной, веселой, рассказывала, что теперь меньше расстраивается, реже укладывается в постель; временами в подавленном состоянии, высказывая массу самых разнообразных соматических жалоб. После одного из обострений, когда больная несколько дней провела в постели с головной болью, приступами удушья и болями в различных частях тела, был назначен гравидан по 3 куб. через день. После первой инъекции бурная реакция: резкая болезненность в месте инъекции, озноб, поднятие температуры до 38, общее недомогание, разбитость, ломота и боли во всем теле, приступы удушья. Ночь провела беспокойно. На утро состояние бодрое и хорошее. После второй инъекции отмечается местная болезненная реакция, с вечера приятная разбитость и слабость, „как перед засыпанием после тяжелой работы“—говорит больная. Глубокий продолжительный сон, исчезла головная боль, боли в животе, общее недомогание и раздражительность. Отмечается прилив бодрости, настроение приподнятое, хорошее. Не укладывается днем в постель, сама ведет домашнее хозяйство. Спокойно реагирует на те вещи, которые раньше вызывали резкую вспышку раздражения и слезы.

В дальнейшем в течении месячного наблюдения состояние было хорошим.

III. Шизофреническая группа представлена в нашем материале 8-ю случаями различной давности, по клинической картине больше вяло-текущей простой формы и кататонии.

Несмотря на различную методику применения, гравиданотерапия не дала никаких результатов. Нами не отмечалось какой-либо реакции на введение гравидана, если не считать резкого негативизма, который проявляло большинство больных во время инъекции¹⁾.

¹⁾ Это противоречит данным Берковитц и Когана, которые имели хорошие результаты от применения гравидана. Нельзя не обратить внимания на следующее обстоятельство: Берковитц говорит о резких биологических сдвигах, наступающих у заторможенных больных шизофреников под влиянием гравидана. К о г а н, бывший исключительно мягкие формы шизофренических процессов, в своих выводах отмечал, что стимулирующее влияние гравидана наиболее действительно там, где имеются относительно благоприятные конституциональные факторы, что прогноз при назначении гравидана лучше при наличии циклического и диспластического телосложения, с циклоидными компонентами. Все эти случаи,

Приводим несколько случаев данной группы:

Случай 1. Б-ков, 27 л., счетный работник. В кл-ке с 25/III по 5/V 34 г. с диагнозом—шизофрения.

Болен месяц. Сделался подозрительным, стал сторониться людей, уединяться, запустил работу. Обнаруживал странности поведения. Не спал по ночам, галлюцинировал. В кл-ке формально ориентирован, вял, аутичен, подозрителен. Все время проводит в одиночестве. На предлагаемые вопросы отвечает вяло с задержкой, обнаруживая при этом разорванность мышления. Сон плохой. Проведен курс гравиданотерапии 15 инъекций по одному куб. и затем 3 инъекции по 8—10 куб. ежедневно. Как во время курсов, так и две недели спустя б-ной продолжал оставаться в прежнем состоянии. К инъекциям относился подозрительно, неоднократно пытался отказаться.

Случай 2. Г-м, 24 л, инструктор низовой связи. В кл-ке с 3/IV по 25/IV с диагнозом—шизофреническая вспышка.

Болен 3 м ца. Был беспокоен, убегал из дому, высказывал бредовые идеи преследования, галлюцинировал, обнаруживал странности поведения, три дня не спал и ничего не ел; метался по комнате, кричал, все ему казалось, что его хотят убить, что квартирная хозяйка собирается его извести.

В кл-ке формально ориентирован, то вял, молчалив, сидит уставившись в одну точку, неохотно отвечает на предлагаемые вопросы, говоря— „Сейчас я совершенно запутался в своих мыслях, если я говорю, то за мной еще кто-то повторяет то же самое“; то с беспокойством бродит по отделению, бормочет что-то непонятное, манерничает, гримасничает, садится на чужие койки.. временами меняя походку—идет совершенно беспешно, крадучись. Высказывает бредовые идеи преследования. Проведан курс гравиданотерапии 8 инъекций ежедневно по 1 куб.; затем больной упорно стал отказываться, жалуясь на болезненность. Изменений в состоянии больного не наблюдалось.

Случай 3. М-в, 20 лет. В кл-ке 2-й раз с 27/XI 33 г. по 29/IV 34 года с диагнозом—шизофрения.

Болен 2 года. Больной формально ориентирован, вял, аутичен, стереотипен, резко манерен. Сон и аппетит удовлетворительны.

Б-ной астенического телосложения, резко истощен; органических симптомов со стороны нервной системы не имеется. Проведен курс гравиданотерапии 12 инъекций по 5 куб. через день, состояние без изменений. На протяжении всего курса лечения и после в течение месячного наблюдения на вопрос— „Как вы себя чувствуете? стереотипно отвечает: „Настроение ничего, а состояние еще неважное“.

Случай 4. П-ва, 30 лет. В кл-ке 2-й раз с 7/XII 33 г. по 15/V 34 года. Больна 3-й год. Неоднократно поступала, выписывалась из кл-ки. Находится в состоянии кататонического ступора. Все время лежит в постели в вынужденной позе. Отказывается от еды; проявляет полный мутизм.

Больная астенического телосложения; резко истощена, органических симптомов нет.

Проведен курс гравиданотерапии—10 инъекций по 5 куб. через день. Затем 10 инъекций по куб. ежедневно. Во время инъекций резкий негативизм. Никакой реакции на гравиданотерапию не наблюдалось. По окончании курса лечения больная продолжала находиться под нашим наблюдением 4 мес., но изменений в состоянии больной также не последовало.

IV. Группа наркомании.

При алкогольных психозах—белой горячке, стойком галлюцинозе гравидан дает, повидимому, прекрасный результат. Гравиданотерапия нами была применена в 3-х случаях затянувшегося делирия или алкогольного галлюциноза, с выраженным бредом преследования, слуховыми галлюцинациями и нелепостью в поведении, при наличии некоторой оглушенности

как известно, наиболее благоприятно протекают и дают более стойкие ремиссии, без всякого терапевтического воздействия; с другой стороны—сам факт изменения обстановки, интернирования в Институт, является мощным фактором терапевтического воздействия.

с глубоким расстройством сна. После того как применение других методов лечения не дало никаких результатов, назначался курс гравидана.

После первой же инъекции появлялся глубокий, продолжительный сон. Больные становились менее тревожными, беспокойными и боязливими. После второй инъекции больные ведут себя правильно, бредовых идей не высказывают, галлюцинаций не наблюдается. Больные становятся спокойнее, разговорчивее, имеют хороший аппетит и сон (держится лишь некоторая оглушенность). На 3—5 день после начала курса исчезают все болезненные явления, настроение больного бодрое, ровное, несколько эйфоричное, продолжает оставаться до конца курса лечения.

В случаях остро протекающей белой горячки с массой галлюцинаторных переживаний, пышными зрительными галлюцинациями, бредовыми идеями преследования, бредом ревности с явлениями двигательного беспокойства, резким тремором всего тела, при наличии упорной бессонницы, мы наблюдали весьма хороший эффект от применения гравидана. После первой инъекции наступал продолжительный сон и появлялось критическое отношение к своим галлюцинаторным переживаниям. В дальнейшем быстро исчезали все болезненные явления и больные становились трудоспособными.

У dipsоманов и алкоголиков хроников, как правило, отмечается хороший сон в первый день применения гравидана, после чего исчезает тяга к алкоголю, смягчаются все явления абстиненции. Затем отмечается значительное повышение жизненного тонуса. Сон становится спокойным, продолжительным, появляется хороший аппетит, исчезает тревожность, боязливость. Настроение делается бодрым, устойчивым, веселым. Больные на 2—3 день становятся работоспособными.

Для иллюстрации эффективности действия гравидана приводим несколько случаев:

Случай 1. Ф-ов, 36 лет, служащий, с диагнозом: алкогольный галлюциноз. Гравиданотерапия была проведена после месячного амбулаторного курса лечения и 3-недельного стационарного по выписке из клиники. Впервые 6-ой обратился в амбулаторию 14/II по поводу явлений угасающей белой горячки. Вскоре уезжает в район. Вторично обращается в амбулаторию 8 марта с явлениями delirium protractum. Проходит курс кислород-и стрихнин терапии. Не пьет. Плохо спит. Держатся слуховые и зрительные галлюцинации, высказывает бредовые идеи преследования и бред ревности. Не может работать. 13 апреля поступает в Психиатрическую кл-ку с жалобами на безотчетную тоску, страх, боязливость— „Не знаю куда от них уйти, кажется, что меня хотят убить, что-то хотят со мной сделать. Слышу шорох, стук людей, которые хотят на меня напасть“.

В разговоре путается, с кем-то разговаривает о смерти. „Жена мне изменяет, а потому что-то хочет делать со мной. Стал весьма раздражительным, из-за пустяков волнуюсь и не знаю, что готов сделать в это время“. По ночам не спит. Почти не ест. По словам жены болен два месяца. После гулянки в деревне на свадьбе стал плохо спать по ночам. Сделался тревожным, боязливым, жаловался на тоску, говорил по ночам, что сейчас придут за ним и убьют, частенько заговаривался, делал нелепости. Выпивать начал с 12 лет. Пил много и не хмелел. В 1928 г. было воспаление мозговых оболочек по словам больного (повидимому, приступ белой горячки), после чего совершенно ничего не пил в течение 3-х лет. Затем начал вновь выпивать, причем быстрее хмелел. С 1931 г. пьет систематически, почти ежедневно.

Больной высокого роста, диспластического телосложения, зрачки равномерны. Парезов и параличей нет. Сухожильные рефлексы оживлены. Небольшой тремор рук, век и языка. Язык обложен, печень болезненна, тоны сердца глуховаты, нечистые. В клинике проявляет растерянность, беспокойство, высказывает бредовые идеи преследования, галлюцинирует, избегает общения с другими боль-

жыми, плохо спит по ночам, аппетит понижен. Жалуется на общую слабость, тоску. Настаивает на выписке. Заявляет: „Я не могу здесь быть спокойным, меня здесь все тревожит и раздражает, я успокоюсь наверно только в могиле“. Выписывается на поечение жены.

7 мая является на амбулаторный прием в сопровождении жены, которая жалуется на ряд нелепых поступков со стороны больного, считает его „пропащим человеком“, неизлечимым больным.

Больной попрежнему в состоянии некоторого оглушения, замкнут, тревожен, боязлив, высказывает бред преследования, плохо спит по ночам. Назначен гравидан по 1 куб ежедневно.

После первой инъекции глубокий продолжительный сон. После второй инъекции больной выглядит бодрее, стал спокойнее, разговорчивее. Ведет себя правильно, бредовых идей не высказывает. После 5-ти инъекций исчезли все болезненные явления, настроение бодрее, веселое, больной оживленно рассказывает о хорошем самочувствии—заявляет что „давно себя так хорошо не чувствовал, сейчас меня как есть все радует“.

Случай 2. Г-в, 42 лет, бухгалтер. Диагноз: delirium tremens.

Поступает в клику повторно с явлениями выраженной белой горячки. Объективно: больной выше среднего роста, астенического телосложения. Обнаруживает резкий тремор всего тела, лицо одутловато, коленные рефлексы оживлены, пульс учащен, границы сердца увеличены, тоны глухие, печень резко болезненная. Больной проявляет двигательное беспокойство, галлюцинирует. Высказывает массу фантастических переживаний.

В день поступления сделана инъекция гравидана 3 куб., после чего продолжительный, но несколько беспокойный сон (больной во сне часто вскрикивал). Утром неуверенное отношение к своим галлюцинаторным переживаниям, к тому что больной высказывал накануне. После второй инъекции в 3 куб. к вечеру того же дня вполне критическое отношение к высказываемому ранее, больной говорит—„Вся моя бредня кажется теперь полной галиматфеей, а еще утром казалось сомнительной действительностью“. Больной спокоен, вполне ориентирован. Сон продолжает быть глубоким, спокойным, исчезли все болезненные явления, настроение бодрое, ровное. Больной продолжает находиться в клинике.

Случай 3й. К-ов, 58 лет, повар, обратился в амбулаторию по поводу приступа дипсомании. Пьет исключительно запойно с 22-летнего возраста. В 1921 г. нюхал кокаин. Неоднократно проходил специальное лечение в различных городах СССР,— по словам больного не менее 50 раз. За последние 3 года запой стали повторяться чаще и приступы стали затягиваться до 2-х недель и более. Обычно приступы начинаются с изменения настроения—„Все не ладится, все не нравится, начинаю пить“, резко слабее, не ем и не сплю, укладываюсь в постель, через несколько дней развивается отвращение к вину, не могу выносить его запаха, обычно, выливаю откупоренное вино и бросаю“. Обратился в амбулаторию на 7-й день запоя в состоянии опьянения, удручен, подавлен, резко ослаблен.

Больной пикнического телосложения, лицо одутловато, имеется тремор век и рук, коленные рефлексы оживлены, со стороны сердца явления выраженного миокардита, печень болезненна. Сделано три инъекции гравидана, ежедневно по 3 куб. После первой инъекции хороший сон, исчезла тяга к вину и „беспричинная тоска“. После третьей инъекции выглядит бодрее, настроение хорошее. Исчезли одутловатость лица, тремор, боли в сердце.

Приступил к работе. Больной заявляет, что „никогда так легко не обрывал, как сейчас“.

Учитывая, с одной стороны, теоретические предпосылки о наличии в гравидане „гормона сна“ по заключению проф. Кольцова, с другой стороны, то обстоятельство, что в подавляющем большинстве прослеженных нами случаев выздоровление начиналось с восстановления сна—гравидан в первую очередь вызывал глубокий, бодрящий сон, делая его продолжительным в тех случаях, где он был недостаточным,—мы применили гравидан, как снотворное в 10-ти случаях и получили блестящие результаты, особенно у наркоманов—как раз там, где чаще встречаются глубокие расстройства сна и где восстановление такового влетит за собой

быстрое сглаживание болезненных явлений, восстановление работоспособности.

Так, при однократном введении от 3 до 5 кубиков гравидана (чаще у наркоманов) мы из 10 случаев в 9 наблюдали в день применения ровный, спокойный и продолжительный сон. В 6 случаях и в дальнейшем он продолжал быть глубоким и продолжительным, т. е. отмечалось полное восстановление сна; в остальных наступало улучшение сна, но не столь значительное.

Для иллюстрации приводим несколько случаев:

Случай 1-й. Б-ной К-в, 32 лет, слесарь. Диагноз: ипохондрия.

Обратился в амбулаторию с жалобами на бессоницу, ощущение жара по ночам, ряд самых разнообразных соматических жалоб. Назначен гравидан. После инъекции гравидана—хороший, спокойный сон в течение 8 часов. Настроение бодрое. Соматических жалоб меньше. В дальнейшем сон удовлетворительный, но не столь продолжительный, глубокий.

Случай 2-й. П-в, 39 лет, счетный работник, находится в кл-ке с диагнозом: Alcoholismus chronicus.

После 5-дневного запоя бессонница, отсутствие аппетита, подавленное настроение. Почти не спал два дня. В день поступления сделана инъекция гравидана 5 куб., после чего спокойный, продолжительный сон, появился аппетит, самочувствие бодрое, сон продолжает быть хорошим и в дальнейшем.

Случай 3-й. А-в, 37 лет, экономист. В кл-ку положен с диагнозом: delirium—protractum.

В течение последних 10-ти дней, после того как бросил пить, почти совершенно не спал. Обнаруживает боязливость, высказывает бредовые идеи преследования, галлюцинирует. После инъекции гравидана 3 куб. отличный сон в течение 10 часов, с последующей сонливостью и днем.

На основании вышеизложенного, восстановление состояния при применении гравиданотерапии начиналось с изменения настроения в сторону плюса, с изменения отношения „Я“ к своему заболеванию. Гравидан, воздействуя на эмоциональную сферу нашей психической деятельности, вызывал приподнятое эйфоричное настроение, что несомненно благоприятствовало разрешению различных болезненных состояний.

Известно, какое колоссальное влияние на течение всякого процесса имеет состояние нервной системы в целом, наше отношение к своему заболеванию.

На нашем материале этот факт демонстративно подтверждается наилучшим терапевтическим эффектом в группе реактивных состояний и наркоманий, где нет деструктивных изменений со стороны центральной нервной системы, где психика живая и подвижная, и наоборот, полным отсутствием эффекта в шизофренической группе, с характерными для этого заболевания глубокими дефектами в эмоционально-волевой сфере, связанными „реактивностью“ больного. Изменение, под влиянием гравидана основного фона настроения, нужно думать и обуславливает большую эффективность его действия перед другими неспецифическими методами и столь широкое применение его в медицине. По имеющимся литературным данным, при самых разнообразных заболеваниях, гравиданотерапия, как чрезмерно широкая неспецифическая терапия, дает хорошие результаты.

Что касается самого механизма действия гравидана на нервно-психическую сферу, то он для нас пока остается недостаточно выясненным. Можно думать, что действие идет по линии восстановления сна (и нор-

мальных условий отдыха нервной системы) и тонизирования общего обмена.

Для выяснения этого требуется ряд углубленных наблюдений и исследований не только на болезненно измененный организм, но и на здорового человека. В связи с этим встают две проблемы, которым мы и думаем посвятить наши дальнейшие наблюдения над гравиданотерапией. А именно: первое—установить зависимость эффективности действия гравидана от конституции; второе—несомненно более важное, необходимо проследить изменение процессов обмена (в частности по линии воздействия на вегетативную нервную систему).

Резюмируя все приведенные данные, мы приходим к следующим выводам:

1. Применение гравиданотерапии в психиатрической и наркологической практике несомненно заслуживает внимания.
 2. Гравидан обуславливает прилив энергии, бодрости; вызывает приподнятое эйфоричное настроение, в отдельных случаях доходящее до гипоманиакального, что важно при лечении любого заболевания.
 3. Укрепляющее тонизирующее действие гравидана несомненно и более или менее стойко.
 4. Хороший терапевтический эффект наблюдался в группе инволюционных психозов, причем в случаях артериосклероза головного мозга, особенно в начальных его формах эффект больше, чем при *climax*'е и преципитальном психозе.
 5. Не менее хорошие результаты дает группа реактивных состояний, особенно реактивная депрессия.
 6. Наилучший терапевтический эффект дает группа наркомании, особенно явления белой горячки и алкогольного галлюциноза.
 7. У наркоманов—алкоголиков несравненно мягче и быстрее проходят явления абстиненции.
 8. Симптоматическое действие гравидана, как снотворного, хорошее, заслуживает внимания и может быть особенно рекомендовано в наркологической практике.
 9. Совершенно не наблюдалось никакого эффекта от применения гравидана в шизофренической группе.
 10. В двух случаях у реактивно лабильных субъектов с истероидными реакциями после первой инъекции отмечалась общая и местная болезненная реакция, затем наступало улучшение.
 11. В большей части случаев благоприятный эффект при применении гравидана наступает после первых двух инъекций.
-

Из клиники болезней носа, горла и ушей Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. Директор проф. В. К. Трутнев.

Опыт лечения гравиданом некоторых ушных заболеваний

Научный сотрудник **О. М. Мукосеева.**

Несмотря на многочисленные исследования, проблема отосклероза не разрешена до настоящего времени.

Сущность этого заболевания, ведущего к потере слуха или значительно ослабляющего его, остается невыясненной.

Хорошо известно, что отосклероз чаще поражает молодой возраст среди полного здоровья; чаще женщин, чем мужчин. Иногда беременность служит толчком к более бурному течению отосклероза. Допускают, что наследственность имеет место среди факторов, влияющих на этиологию отосклероза. Lues, tbc и рахит не имеют никакого отношения к отосклерозу. Расстройства эндокринного порядка играют некоторую роль.

Патолого-анатомические изменения, вызываемые отосклерозом, представляются в виде окостенения пластики стремени в овальном окне, в изменении костной структуры лабиринта в особенно излюбленных участках, — вокруг овального и круглого окон, в области promontorium'a, в верхней, передней и нижней точках капсулы улитки и во внутреннем слуховом проходе. При чем участки отосклеротического поражения соответствуют участкам сосудистого снабжения. Процесс начинается в костных каналах капсулы лабиринта — вокруг сильно расширенных и туго наполненных кровью сосудов. В костных каналах появляются очаги всасывания, в дальнейшем они увеличиваются, достигают известного объема и некоторое время составляют высшую стадию болезненного процесса; затем наступает процесс обратного окостенения очагов всасывания; эти, вновь окостеневшие, участки значительно разнятся по своей структуре от обычной костной субстанции лабиринтной капсулы.

Между отосклеротическими соседними участками часто остаются мостики здоровой костной ткани.

Сильное расширение сосудов и переполнение их кровью и развитие патологических изменений в кости вдоль сосудистых костных каналов капсулы лабиринта привели Vittmask'a к предположению, что сущность отосклероза нужно искать в местном венозном застое в сосудах капсулы лабиринта.

Свои предположения Vittmask'у удалось подтвердить удачными опытами с экспериментальным отосклерозом у куриц путем создания искусственного венозного застоя в капсуле лабиринта.

Клиническая картина отосклероза хорошо известна; объективно отсутствуют какие-либо резкие отклонения от нормы со стороны носа, зева и носоглотки; нормальные барабанные перепонки. Субъективные жалобы на шум в ушах самого разнообразного свойства и прогрессивное понижение слуха. В анамнезе обычно отсутствуют указания на бывшие ранее заболевания ушей.

Исследование слуховой функции дает триаду Bezold'a, т. е. удлинение костной проводимости, отклонение вверх нижней границы слуха и сохранение нормальной верхней границы слуха.

Лечение отосклероза, несмотря на все разнообразие применяемых способов, представляет собой, как говорит Цытович, „одну из самых неприятных и неблагодарных задач отиатра“.

В задачи настоящего сообщения не входит подробный обзор теорий возникновения отосклероза и способов его лечения, а потому перейдем к разбору результатов опыта лечения гравиданом отосклероза.

Гравидан изготовлялся лабораторией Казанского ин-та для усовершенствования врачей под руководством д-ра Шафутдинова.

Нами проведено лечение гравиданом 20-ти больных. По роду заболевания их можно распределить следующим образом:

I группа — отосклероз — 11 человек.

Сюда вошли две подгруппы больных:

A) с длительностью процесса меньше 10 лет — 7 ч.

B) с длительностью отосклероза свыше 10 л. — 4 ч.

II группа — хронический катаральный отит — 6.

III группа — хронический гнойный отит — 2.

IV - Nevritis VIII — 1 ч.

I. Отосклероз.

A) Случай 1-й. Больной Б., 31 г., колхозник; жалуется на понижение слуха и шум в ушах. Болен второй год. Объективно отсутствуют резкие отклонения от нормы со стороны носа, горла и ушей.

Формула слуха до начала лечения гравиданом:

AD	25"	20"	0,3	C ₆₄	>5 м.	3 м.
AS ^k	30"	15"	0,3	C ₁₂₈	>5 м.	2 м.
W	CM	CA	Ls	Li	V	v

Больной получил 6 инъекций гравидана по 3,0. Гравидан вводился внутримышечно через 3 дня:

Слух после лечения:

AD	25"	20"	0,2	C ₆₄	>6 м.	3 м.
AS ^k	30"	23"	0,2	C ₆₄	>6 м.	4 м.
W	CM	CA	Ls	Li	V	v

Больной отмечает значительное уменьшение шума в ушах, а по временам даже полное отсутствие его. Самочувствие хорошее. Больной должен был уехать, прервав лечение.

Случай 2-ой. Больная П., девица, 20-ти лет, служащая, жалуется на понижение слуха и шум в ушах. Больна 8 лет.

При обследовании больной найдено со стороны носа: гнойные корки в правой половине, гиперемия и легкая отечность слизистой в левой; зев, носоглотка и гортань — без особых отклонений; барабанные перепонки без особых отклонений.

Слух до начала лечения гравиданом:

AD	15"	0	0,6	C ₅₁₂	1 м.	ad conch.
AS ^k	20"	0	0,6	C ₂₅₆	0,75	ad conch.
W	CM	CA	Ls	Li	V	v

Больная получила 7 инъекций гравидана по 3,0, через 3 дня внутримышечно.

Уже после третьей инъекции больная отмечает небольшое улучшение слуха. Исследование слуха после седьмой инъекции гравидана дает следующую картину:

AD	20"	0	0,2	C ₂₅₆	3 м.	1 м.
AS ^k	30"	10"	0,2	C ₆₄	1,5 м.	0,25 м.
W	CM	CA	Ls	Li	V	v

Субъективно больная отмечает улучшение слуха.

Случай III. Больная П., 23 лет, служащая. Больна с 1927 года. Все время постепенно понижается слух. При обследовании больной найдено со стороны носа легкая гиперемия слизистой; зев, носоглотка и гортань — без особых отклонений. Уши — легкая гиперемия барабанных перепонки.

Слуховая формула до начала лечения гравиданом:

AD	30"	5"	0,5	C ₁₂₈	0	0
AS	30"	3"	1,2	C ₁₂₈	0	0
W	CM	CA	Ls	Li	V	v

Слышит только очень громкую речь.
 Больная получила 3 инъекции гравидана. После первых же инъекций отмечает хорошее, бодрое настроение.

Исследование слуха после 3-й инъекции:

AD	30''	15''	0,5	C ₆₄	0,1	ad conch.	
W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	25''	12''	0,6	C ₆₄	ad conch.	0	

По заявлению больной, шум в ушах значительно уменьшился.

Больная уехала домой, ей было рекомендовано явиться для продолжения лечения.

Случай 4 й. Больная Р., 23-х лет, дом. хозяйка. Жалобы на понижение слуха и шум в ушах. Два года назад была беременность, после которой больная отмечает постепенное падение слуха.

При осмотре больной найдено со стороны носа: перегородка искривлена вправо, отечность нижних раковин. Зев и носоглотка: лакуны в зевных миндалинах; увеличен IV миндалик; в куполе носоглотки остатки аденоидной ткани. Уши: барабанные перепонки без особых уклонений.

Слух до лечения гравиданом:

AD	30''	7''	0,8	C ₁₂₈	1 м.	0,5 м.	
W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30''	15''	0,8	C ₁₂₈	1 м.	0,5 м.	

Больная получила только 2 инъекции гравидана по 3,0. После второй инъекции больная отмечает некоторое улучшение слуха и уменьшение шума в ушах.

Формула слуха после второй инъекции:

AD	30''	10''	0,8	C ₁₂₈	1 м.	0,85 м.	
W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30''	15''	0,4	C ₆₄	1 м.	0,5 м.	

Больная должна была прекратить лечение и уехать из Казани по семейным обстоятельствам.

Случай 5, 6 и 7. Больные—женщины, две—в возрасте 25-ти лет и одна—32 лет. Давность заболевания—3 года, 5 лет и 6 лет. Одна больная дает, после 6-ти инъекций гравидана, очень незначительное изменение в формуле слуха в сторону улучшения, а две другие—без малейшего эффекта.

В) Больных в этой подгруппе—4 человека; давность процесса от 14 до 30 лет. Мужчин—1, женщин—3. Возраст до 20 лет—1 ч.; 20—30 л.—1 ч., свыше сорока лет—2.

Случай 1-й. Больная С., девушка 17-ти лет, служ. Больна с детства. Жалобы на прогрессивное падение слуха и сильный шум в ушах.

Нос, зев, носоглотка и уши без особых отклонений. В анамнезе имеются указания на наследственную глухоту—отец и дед больной страдали сильным понижением слуха, также с раннего возраста.

Формула слуха до лечения гравиданом:

AD	25''	0	3,0	C ₂₅₆	ad conch.	0	
W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30''	0	1,5	C ₂₅₆	ad c.	0	

Больная получила 3 инъекции гравидана; никаких изменений больная не отмечает.

Слух:

AD	25''	0	3,0	C ₂₅₆	0,2 м.	ad c.	
W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30''	0	1,5	C ₂₅₆	0,2 м.	ad c.	

Случай 2-й. Больная А., 29 лет, служащая. Обратилась в клинику с жалобами на понижение слуха и шум в ушах с 1919 года. Больная получила 8 инъекций гравидана. В формуле слуха очень небольшое изменение в сторону улучшения. Субъективно не отмечает никакого улучшения.

Случай 3 и 4—оба больные в возрасте свыше 40 лет, давность процесса у одного 18 лет, у другого—30 лет. Больные получили—одни 11 инъекций, вторая—14 инъекций гравидана; улучшения не наступило.

II. Хронический катаральный отит.

В этой группе охвачено лечением гравиданом 6 человек.

Случай 1-й. Больная К., 49 лет, крестьянка, Жалобы на понижение слуха и шум в ушах. Больна давно, но за последние 1½ месяца шум и ослабление слуха стали особенно беспокоить больную.

Нос, зев, носоглотка и гортань—без особых уклонений. Уши: помутнение и втянутость обеих барабанных перепонок.

Слух до лечения:

AD	↙ W	25"	40"	0,2	C ₆₄	6 м.	2 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		30"	60"	0,2	C ₆₄	6 м.	2 м.

Больная получила три инъекции гравидана; отмечает почти полное исчезновение шума и улучшение слуха.

Слух:

AD	↙ W	25"	40"	0,2	C ₆₄	>6 м.	16 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		20"	60"	0,2	C ₆₄	>6 м.	16 м.

Больная отпущена, осенью ей предложено показаться для проверки стойкости эффекта лечения. Больная 25/IX посетила клинику,—жалоб на уши нет.

Слуховая формула:

AD	↙ W	18"	40"	0,2	C ₃₂	>5 м.	15 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		20"	55"	0,2	C ₃₂	>5 м.	15 м.

Случай 2-й. Больной В., 30-ти лет, служащий. Жалобы на понижение слуха и шум в ушах. Болен 6 месяцев.

Слух до лечения:

AD	↙ W	25"	35"	0,2	C ₆₄	6 м.	0,2 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		30"	40"	0,2	C ₆₄	6 м.	0,2 м.

Больной получил 3 инъекции гравидана, после которых 6-ной отмечает улучшение слуха и почти полное прекращение шума.

Слух:

AD	↙ W	30"	35"	0,2	C ₆₄	6 м.	1,5 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		30"	40"	0,2	C ₆₄	6 м.	3 м.

Больному предложено осенью явиться для проверки.

11/X он явился в клинику и сообщил, что все время чувствовал себя хорошо, только за последнее время легкий шум в ушах начал его беспокоить.

Больному было сделано вновь 4 инъекции гравидана.

Слух после 4 инъекции:

AD	↙ W	35"	30"	0,2	C ₃₂	>6 м.	6 м.
		CM	CA	Ls	Li	V	v
AS		30"	30"	0,2	C ₃₂	>6 м.	5 м.

Остальные трое больных из этой группы дали значительное улучшение и одна больная—без малейшего эффекта.

III. Хронический гнойный отит.

Случай 1-й. Больная 45 лет, девица, служащая, сильно ослаблен слух на правое ухо, а левое—с детства после скарлатины поражено гнойным воспалением, слух утерян.

Нос, зев, носоглотка и гортань—без особых уклонений. Уши: правое ухо—барабанная перепонка мутна и втянута; левое—барабанная перепонка разрушена, незначительное количество гноя в барабанной полости.

Слух до лечения гравиданом:

AD	20"	10"	0,3	C ₆₄	3 м.	ad conch.	
AS ← W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	20"	5"	2,5	C ₁₂₈	ad conch.	0	

Больная получила 8 инъекций гравидана.

Слух после лечения:

AD	35"	18"	0,2	C ₆₄	3 м.	0,1 м.	
AS ← W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	20"	12"	0,2	C ₆₄	0,5 м.	ad conch.	

Больная отмечает уменьшение шума в ушах, по временам шум совершенно прекращается.

Случай 2-й. Больной Б., 29 л. Служащий, в раннем детстве болело левое ухо, была произведена радикальная операция на левом ухе. Слух утерян. В 1920 г. заболело правое ухо, появилось гноетечение, резко понизился слух, гноетечение не прекращается до сего времени.

Нос, зев, носоглотка и гортань—без особых уклонений. Правое ухо—сужение слухового прохода, барабанная перепонка разрушена, гной. Левое ухо—барабанная перепонка уничтожена, эпидермизация барабанно-мастоидальной полости; на planum mastoid. слева имеется послеоперационный рубец.

Слух до лечения гравиданом:

AD	50"	0	2,4	0	0,25	ad conch.	
AS ← W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	14"	0	0	0	ad conch.	0	

Больной получил 3 инъекции гравидана. Никакого улучшения отметить не удалось; изменений в слуховой формуле нет.

IV. Неврит слухового нерва.

Случай 1-й. Больная Р., 26 лет, студентка рабфака. Шум в ушах и понижение слуха с 1920 года—после сыпного тифа.

Status praesens: Нос, зев, носоглотка и гортань без особых уклонений. Уши: барабанная перепонка мутна и втянута.

Слух:

AD	15"	12"	0	C ₆₄	0	0	
AS ← W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30"	55"	0,5	C ₆₄	0,5 м.	0	

Больная получила 5 инъекций гравидана. Отмечает по временам полное прекращение шума в ушах и улучшение слуха.

Слух:

AD	20"	30"	0,4	C ₆₄	0	0	
AS ← W	CM	CA	Ls	Li	V	v	
AS	30"	55"	0,4	C ₆₄	1 м.	0	

По заявлению больной, с начала лечения гравиданом—у нее установилось хорошее, бодрое настроение, повысилась работоспособность и восприимчивость, она без особого труда сдала свои экзамены.

На основании этого, правда, очень скромного по количеству материала, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) При лечении гравиданом отосклеротиков, страдающих отосклерозом менее 10-ти лет, получается очевидное улучшение.

2) Отосклероз застарелый, — свыше 10-ти лет — никакого улучшения не дает.

3) Гравидан прекрасно действует при хроническом катаральном отите.

4) Улучшение слуха у больных отосклерозом и катаральным отитом получается за счет улучшения общего состояния при лечении гравиданом.

Две другие группы слишком малочисленны, чтобы придти в отношении их к какому-либо выводу, кроме того, что и здесь некоторое изменение в сторону улучшения слуха дает улучшение общего состояния больных.

Из терапевтического отделения б-цы им. Мечникова в Ленинграде (зав. проф. О. В. Кондратович)

К вопросу о патогенезе гангрены легких¹⁾

Д. М. Гутерман (Ленинград)

В связи с ростом числа гангрен легких за последнее время, представляют значительный интерес некоторые клинические и анатомические черты этого заболевания.

Если просмотреть распространенные руководства и статьи в периодической литературе о гангренах легких, то всюду можно встретить основное положение, что наиболее встречающейся формой гангрены легких является бронхогенная форма; согласно этому воззрению, развитие гангрены легкого происходит вследствие распространения инфекции по дыхательным путям; поводом же к развитию бронхогенной гангрены, по многим авторам, является попадание в легкие органических чужеродных тел, в особенности пищевых частиц при поперхивании, при аспирации (Strümpel). То же самое мы находим и в новейшем руководстве по внутренним болезням под редакцией профессоров Ланга и Плетнева, где в статье профессора Гранстрема о гангрене легких сообщается, что „...легочная гангрена встречается чаще в виде осложнения при заболеваниях, при которых нарушена функция глотательных мышц и вследствие этого легче и чаще происходит попадание частиц пищи, слизи и слюны из рта в дыхательные пути“. Другие авторы, как русские, так и иностранные, также придают аспирации большое значение в происхождении гангрены легких, причем указывают, что предрасполагающими моментами являются истощение организма, вследствие голода, сахарного диабета, старости, алкоголизма и т. д. Гангрены, имеющие место в результате пневмоний, также относятся авторами к разряду бронхогенных. И только в тех случаях, когда гангрена развилась при наличии септического очага в

¹⁾ Доложено на заседании Научного о-ва врачей при б-це им. Мечникова 17/V 1932 г.

организме (септический эндофлегмонит, тромбофлебит, остеомиелит и т. д.) говорят о гематогенной (эмболической) гангрене легкого.

В вопросе о наличии полости, почти все авторы также сходятся на том, что полость — это необходимый элемент гангрены легкого и, если она не определяется клинически, то находима при исследовании легких рентгеновыми лучами, представляясь в виде просветления на фоне темных бронхопневмонических очагов, часто с горизонтальным уровнем жидкости; распознавание полости считается весьма существенным для диагноза.

Интересуясь вопросами гангрены легких, мы обследовали протоколы вскрытый за 1928-30 гг. в количестве 50 случаев с анатомическим диагнозом „гангрена легких“. Это были лица в большинстве случаев в возрасте до 50 лет (34 из 50), активно работавшие. Мы не нашли на этом материале подтверждения взгляду о преимущественном заболевании гангреной легких лиц старых, истощенных голодом, с параличами глотания или заболеваниями головного мозга; ни в одном случае не было обнаружено ни инородного тела, ни частиц пищи в дыхательных путях — полное противоречие со взглядами авторов на аспирацию, как основной патогенетический фактор. Инородное тело, как причина гангрены легкого — явление редкое, эти случаи исчисляются у отдельных авторов единицами и описываются, как представляющие казуистический интерес. С другой стороны, далеко не все инородные тела, даже при длительном нахождении их в дыхательных путях, ведут к гангрене легкого. В случае *Фельдмана* — кость, находившаяся в бронхе 3 г. 4 мес., не вызвала гангрены; этот же автор, говоря о длительном нахождении инородных тел в дыхательных путях, указывает, что известны случаи, когда инородные тела пролежали 15, 18 и больше лет. Он приводит следующее мнение *Джексона*, крупнейшего бронхоскописта нашего времени: „...необычайно быстрым выздоровлением характеризуются все легочные процессы, развившиеся на почве инородных тел. И в этом отличие этих легочных процессов от легочных процессов, развившихся на другой почве“... Во всех протоколах вскрытый больных, умерших от гангрены легких, мы находим заключение прозектора: „катарральная бронхопневмония с исходом в гангрену“, „фибринозная, фибринозногнойная пневмония с исходом в гангрену“, „легкое повышенной плотности, безвоздушно с расплавленными участками“ — во всех случаях основное первичное явление — пневмония, а не аспирация и не инородное тело. Авторы все еще говорят о значении аспирации, инородных тел и т. д., совершенно игнорируя весьма значительный рост гриппа, гриппозных пневмоний и гангрены легких за последние годы и их взаимную зависимость, выявленную точными статистическими данными *Mosing'a*, *Busse*, *Marchand*, *Frenkel*, *Tixier*, *Dorendorf'a* и др.

Переходим к следующему штриху в картине гангрены легкого — полости. Мысль о наличии полости, как необходимом условии для диагноза гангрены легкого, настолько прочно укоренилась в умах врачей, что в случаях пневмонии с отделением гангренозной мокроты, но без клинически или рентгенологически определяемой полости, говорят о бронхоэктазиях, о пневмонии с гнилостным бронхитом и т. д. — диагноз же гангрены легких отвергается. Из приводимых нами 50 случаев гангрены легких, в 20 случаях патологоанатомом не отмечено полости; протокол гласит, что, на

фоне воспаления, в легком определяются очаги гангренозно измененной ткани; патологоанатом видит бурую или грязно-серую, расплывающуюся под пальцами гангренозную массу, не удаленную из инфильтрированного пневмоническим процессом легкого и не образовавшую, следовательно, полости, несмотря на давность заболевания, иногда в 3—3½ месяца и более. Под влиянием интоксикации, а также значительного воспалительного отека интерстициальной ткани, нарушается перистальтическая функция бронхов, последние сдавливаются и гангренозная масса может задержаться в месте своего образования—полости не будет.

Знакомясь далее с протоколами вскрытий, мы обратили внимание на один чрезвычайно важный факт—увеличение селезенки: в 33 случаях из 50 отмечено увеличение селезенки с частой характеристикой патологоанатома: „септическая гиперплазия пульпы“, „острая гиперплазия пульпы“, „ткань селезенки дряблая, с большим соскобом пульпы“—такие изменения, находимые, как в более поздних, так и в ранних случаях гангренозных пневмоний указывают на наличие в организме активной гематогенной инфекции; ряд других черт—высокая лихорадка, ознобы, увеличение печени, лейкоцитоз, нередко альбуминурия, резкие явления общей интоксикации, глубоко потрясающие организм и проявляющиеся с самого начала развития гангренозной пневмонии—дополняют картину гематогенного заболевания.

Нам хотелось бы остановиться еще на одном вопросе, вопросе о сочетании гангрены легких и туберкулеза. Среди многих врачей распространено мнение, что гангрена и туберкулез легких являются антагонистами вследствие антагонизма туберкулезных бактерий и спирохет, которых все еще многие продолжают считать возбудителями гангрены легкого. У Nicol и Schröder'a читаем „... одновременность туберкулеза и гангрены наблюдается чрезвычайно редко. Мы лично встретили только два подобных случая“. По Тушинскому, „активный тbc легких обычно не способствует развитию гангрены легкого“, „но при рубцевании туберкулеза легкого, на таком потерявшем воздушность участке, может развиваться гангренозный процесс“. На нашем материале из 50 случаев гангрены легкого—в 8 был обнаружен одновременный продуктивный туберкулезный процесс и катарральная пневмония с исходом в гангрену, причем в 4 случаях процессы разыгрались в одном и том же легком.

Ряд фактов, приведенных нами, стоит в противоречии с существовавшими до сих пор воззрениями на гангрену легких, как на бронхогенное заболевание; гангрена легких, сопровождаясь увеличением печени и селезенки, а также другими явлениями общего инфекционного заболевания, должна быть рассматриваема, как гематогенный, пневмонический процесс.

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского мед. ин-та.
Директор профессор Н. К. Горяев.

Изменения красной крови при остром ревматизме.

И. Х. Мухамедов.

Вопрос о ревматизме в последнее время все больше и больше привлекает внимание исследователей. Ревматическая инфекция (р. и.), вызывающая лихорадочный процесс, влияет на костный мозг (Аринкин), который довольно чувствителен и на это реагирует быстро. Работ и наблюдений за изменением крови у больных с острым ревматизмом (о. р.) имеется сравнительно мало и авторы больше внимания уделяют изменениям белой крови.

Шиллинг, Тур, Пиней, Аринкии, Хургин, Гельман, Вильк и Рабинович, Ланг и Ильинский и др. находят в остром периоде лейкоцитоз с нейтрофилизом, а некоторые и с моноцитозом и т. д. Чистович, Талалаев, Пиней, Вильк и Рабиновичи др. указывают, что при о. р. происходит уменьшение НВ и эритро, т. е. малокровие в той или иной степени. По Ланге и Ильинскому при о. р. часто наблюдается ранняя, быстро развивающаяся гипохромная анемия с максимумом ее на 2—3 неделе заболевания, а в затяжных случаях примерно к концу 2-го месяца Кутырин считает изменения крови при о. р. в совокупности с др. симптомами крайне существенными для установления раннего диагноза; по его исследованиям красная кровь в начале болезни не дает значительных явлений анемий.

Из новейших работ можно привести работу Дерновой и Модератова на детском материале, где они находили при о. р. анизо-пойкилоцитоз, понижение кол. эрит. и НВ, причем последний в их случаях снижался до 40%.

Целью наших наблюдений было проследить за изменением кр. крови у больных с о. р. Нами было исследовано около 150 больных, но при разработке материала пришлось исключить значительное число случаев. В результате такого отбора материалом для настоящего сообщения послужили наблюдения над красной кровью в 82 случаях о. р.

У каждого больного кровь исследовалась от 4 до 8 раз во время острого периода и затем 1—2—3 раза в периоде выздоровления. Обычно исследования производились в первые дни поступления и дальше повторялись через каждые 5 дней вплоть до выписки больного. У многих больных кровь бралась и после выписки, когда они уже приступали к своей обычной работе или работали, как перенесшие о. р., в более подходящих для них условиях. Кровь бралась утром натощак, исследования производились одними и теми же приборами для данного больного за все время наблюдения. Для удобства разработки материала, в зависимости от клинической картины и течения, больных мы подразделили на 3 группы.

1-я группа—случаи легкие, клинически процесс быстро ликвидировался, t^0 продолжалась недолго и не достигала высоких цифр—24 чел. 2-я группа—случаи средней тяжести с более высокой t^0 , клинич. симптомы более выражены, в частности суставные явления более стойки, болевые ощущения более продолжительны, с заметными явлениями со стороны сердца—39 чел. 3-я группа—случаи с тяжелым течением, поражением сердца, с продолжительной высокой t^0 , с периодическими ухудшениями общего состояния и местных явлений со стороны суставов, сердца и др. Сюда же отнесены случаи с *purpura rheumatica*, нодозного ревматизма—19 чел.

Больные в подавляющем большинстве случаев молодого, цветущего возраста.

Переходя к состоянию красной крови наших случаев можем отметить, что у 1-й группы содержание эритро. и НВ не представляет выраженных отклонений от N, а также колебаний в процессе наблюдений. Для этих

случаев таблицы не приводим; для остальных групп в таблицах будут указаны лишь некоторые типичные данные исследования в виде примеров.

В случаях средней тяжести и тяжелых, т. е. у II и III групп больных в течение процесса постепенно идет падение числа эритроц., которое, достигнув минимума, к концу болезни, в периоде выздоровления, снова идет к нормальным (прежним) цифрам, что видно из таблицы № 1; в некоторых случаях к моменту выписки восстановления кр. крови еще не удается отметить.

Более или менее выраженное обострение или ухудшение процесса вызвали новое падение эритроцитов. По клинической картине это в боль-

Таблица № 1.

№ по порядку	Фамилии больн., пол и возраст	Месяц и число	Число эритроц. в тысячах	НВ	F1	Ретикулоциты	Вечерняя температура в день взятия крови	Краткие клинические данные
1	Б в, муж. 32 л.	6/I	4.450	94	1.1	5:1000	38,1	3-й день болезни. Боли и припухлость во мн. суставах.
		12/I	3.630	84	1.1	6:1000	37,1	Без перемен., сист. шум на верхушке.
		18/I	3.570	84	1.2	6:1000	37,2	Боли уменьш. ост. idem.
		24/I	4.160	84	1.0	12:1000	37,0	Боли незнач., на верхуш. нечист. тон.
		30/I	4.280	86	1.0	7:1000	37,1	Боли прошли, выписался в хорошем состоянии.
2	М-н, муж. 27 л.,	28/I	5.200	95	0.9	3:1000	38,2	7-й день болезни. Сильные боли во многих суставах, полная невозможность двигать ими.
		2/II	4.800	98	1.0	3:1000	37,4	Боли несколько меньше, боли в области сердца, пульс 96.
		8/II	4.320	94	1.1	4:1000	37,0	Суставы лучше, ост. idem.
		14/II	3.880	87	1.1	8:1000	37,8	Боли только в коленном суставе, но усилились; сердце—глухие тоны.
		20/II	4.660	95	1.1	6:1000	36,8	Боли незначительные, сердце—idem.
3	Ев-а, жен. 27 л.	13/II	4.120	78	0.9	6:1000	38,1	4-й день болезни. Выраж. боли в суст. с припухлостью и краснотой.
		19/II	3.840	78	1.0	6:1000	38,4	Боли то уменьш., то усил. и переходят с одного сустава на другой.
		25/II	3.650	74	1.0	6:1000	37,1	Боли несколько уменьшились, краснота исчезла, сердце—выраж. сист. шум и боли.
		3/I	3.30	73	1.0	4,5:1000	36,6	Без перемен.
		9/II	3,450	71	1.0	6:1000	36,8	Состояние лучше, боли незначительные, сердце—idem.
		5/III	3.030	66	1.0	8:1000	36,9	Боли ничтожны., сердце—idem.

шинстве случаев больные, у которых улучшение наступало сравнительно медленно, в первое время эффект от лечения был слабый, наблюдались вспышки с поражением доголе здоровых суставов, что сопровождалось повыш. t° и ухудшением субъективных ощущений.

Указанная выше закономерность наблюдается не всегда. Привожу примеры случаев, где уже при 1-м исследовании получаем значительно пониженные числа эритроцитов и в.

Такие случаи заканчивались обычно быстро улучшением. В некоторых случаях (сл. № 3 табл 2) процесс тянулся сравнительно долго, однако закончился довольно хорошо—исчезновением болезненных явлений и полным восстановлением работоспособности.

Табл. № 2.

№№ по порядку	Фамилии больн., пол и возраст	Месяц и число	Число эритроц в тыс	НВ	Fi	Ретикулоциты	Вечерняя t° в день взятия крови	Краткие клинические данные
1	Ш а, жен. 20 л.	29/I	3.020	64	1.0	6:1000	38,8	2-й день болезни. Боли во всех суставах, опухлость и краснота голеностяни. суст.
		4/II	3.650	68	0.9	6:1000	38,1	Боли и опухоли меньше, на верх. нечист. тэл., пульс учащен.
		10/II	3.500	72	1.0	7:1000	37,6	Значительное улучшение, боли слабые, сердце—idem.
		16/II	3.620	72	1.0	7:1000	36,8	Состояние хорошее, боли незначительные.
		2/III	4.080	84	1.0	4:1000	37,1	Выписалась в хорошем состоянии.
2	М-а, жен. 22 л.	8/XII	3.280	88	1.3	14:1000	38,8	7-й день болезни. Ломота в суставах, узлы нодозного ревматизма, состояние тяжелое.
		14/XII	4.700	97	1.0	9:1000	38,5	Сильные боли в суставах, сердце—сист. и предсст. шумы, сист. frémissement cataire, пульс 114.
		20/XII	4.560	96	1.0	8:1000	37,6	Боли в суставах немного уменьшились, сердцебиение и боль, узлы держатся.
		26/XII	4.640	97	1.0	7:1000	37,2	Состояние лучше, боли меньше, узлы проходят, сердце—лишь боли уменьш., в ост. idem.
		31/XII	4.770	96	1.0	7:1000	36,9	Состояние удовлетворит., боли держатся; сердце—левая гр. расширена, тоны глуховатые, шумы—idem.
		8/I	5.210	101	0.9	9:1000	37,5	Боли в суставах и сердцебиение усилились, пульс 94, состояние хуже.

№№ по порядку	Фамилии больных, пол и возраст	Число эритроц. в тысячах	Месяц и число	Hb	Fi	Ретикулоциты	Температура в день взятия крови	Краткие клинические данные
		14 I	4.630	108	1.1	6:1000	36,8	Боли в суставах незначительные, сердцебиение беспокоит слегка, шумы—idem, п. 88, удовл. наполнение.
		20 I	3.870	102	1.3	5:1000	37,3	Боли в суст. незнач. и то в мелких, сердце не беспокоит, систол. шум слабее, предсист. исчез.
		26 I	4.660	104	1.1	7:1000	37,3	Боли в суставах исчезли. сердце—на верхушке лишь нечистый тон, выписан в хорошем состоянии.
		12 II	4.400	88	1.0	5:1000	37,1	Болей в суставах не наблюдается, сердце—тоны чистые, незначительное расш. лев. границы.

В приводимом случае дело касается молодой 22-летней, крепкого сложения, хорошего питания, с нормальной окраской кожных покровов, работницы конфектной фабрики, поступившей в клинику с высокой t^0 и в очень тяжелом состоянии с водозным ревматизмом. Как видно I-е исследование дало низкое содержание эритроцитов. Вскоре после поступления стали выступать ясно выраженные сердечные явления в виде глухости тонов, сист. и предсистол. шумов, мучительн. сердцебиений, болей в области сердца. Больная выписалась в хорошем состоянии без заметных сердечных явлений. При повторных осмотрах—работает без жалоб, попрежнему.

Проследивая динамику Эр. и Нв., мы обратили внимание на часто встречающийся более или менее выраженный „скачок“ содержания эритроцитов и отчасти Нв (табл. № 3). Такие „скачки“ наблюдались, то к концу болезни, когда уже острые явления начинают проходить ¹⁾, то в момент обострения; после такого „скачка“ наступает еще большее падение эритроцитов и Нв, или одних эритроцитов.

Наконец приведем случаи (табл. № 4), где реакция со стороны к. мозга вялая, наблюдается инертность эритропоэза, колебания Эр. и Нв сравнительно незначительны.

Все три примера относятся ко II группе, причем у 3-й больной был выраженный ревматический эндокардит с t^0 от 38,5 до 37,6 в течение месяца, суставные явления довольно стойкие. Такого рода больные от лечения удовлетв. результатов не получали, или же они были частичные, напр. один какой-нибудь сустав, несмотря на энергичное лечение не поддавался таковому, или же краснота, припухлость, t^0 проходили, но болевые ощущения оставались в значительной степени,—они так и выписывались полубольными.

Часть таких больных, пробыв некоторое время дома, поступала повторно в клинику или в др. лечучреждения. Интересуясь их судьбой, имея с ними связь, мы постоянно слышали от них жалобы на продолжающиеся боли, на неполадки со стороны сердца и т. д.; они себя считали больными—это контингент будущих хронических ревматиков.

¹⁾ Такие „скачки“ не всегда совпадали с обострением процесса, если таковой и был, то клинически возможно не улавливался.

Табл. № 3.

№ по порядку	Фамилия больн., пол и возраст	Месяц и число	Число эри- троц. в ты- сячах	Hb	Fi	Ретику- лоциты	Вечерняя T° в день взя- тия крови	Краткие клинические данные
1	С-н, муж. 34 л.	6/I	4.140	85	1.0	5:1000	38,7	5-й день болезни. Ангина, боли в суставах с краснотой и припухл., сист. шум на верхуш.
		12/I	3.920	82	1.0	7:1000	37,6	Боли уменьшились, краснота прошла, припухлость меньше, ангина лучше.
		18/I	4.360	80	0.9	7:1000	37,4	Боли значительно уменьшились, самочувствие хорошее, сердце—idem.
		24/I	4.580	86	0.9	7:1000	36,9	Боли незначительные, жалуется на сердцебиение.
		30/I	5.200	87	0.8	8:1000	37,3	Боли держатся в мелких суставах, сист. шум попрежнему.
		6/II	4.650	91	0.9	6:1000	37,1	Боли в мелких суставах усилились, сердце—idem, беспокоит сердцебиение.
		22/II	4.480	87	0.9	4:1000	36,8	Боли в суставах незначительные, сердце—idem, сеодцебиение прошло, состояние хорошее.
2	Р-а, жен. 23 л.	7/II	3.790	72	0.9	5:1000	38,9	4-й день болезни. Сильные боли в суставах, особенно по ночам, сист. шум. на верх. и акцент на а. pulmon.
		12/II	4.170	77	0.9	6:1000	36,6	Боли немного уменьшились, ост. idem.
		19/II	4.330	88	1.0	7:1000	36,6	Боли попрежнему, ост. idem.
		24/II	5.060	94	0.9	11:1000	37,4	Боли усилились, движения в суставах ограничены.
		1/III	3.490	83	1.0	8:1000	37,1	Общее состояние хуже, сердце—idem.
		6/III	4.150	82	1.0	7:1000	36,3	Выписался в удовлетворительном состоянии, болезненность в суст. держится, но меньше, сердце—idem.
		20/III	—	—	—	—	—	Состояние хорошее, болей нет, сердце—idem.

Итак, следя за колебаниями эритроцитов, можно констатировать, что у II группы больных в среднем эритроциты уменьшились на 800—900 тысяч, у III группы с тяжелым течением в среднем на 1½ миллиона.

Hb в легких случаях остается без перемен, у II группы наблюдается небольшое снижение на 6—16%, и у III группы—на 20—25%; хотя

Табл. № 4.

№№ по порядку	Фамилии больных, пол и возраст	Месяц и число	Число эритроцитов в тысячах	Hb	Fi	Ретикулоциты	Вечерняя t° в день взятия крови	Краткие клинические данные
1	Ст-а, жен. 26 л.	17/II	3.640	73	1,0	3:1000	37,6	6-й день болезни. Сильные боли в суставах, краснота, припухлость.
		23/II	3.880	76	1,0	3:1000	37,8	Тоже, систол. шум на верхушке.
		28/II	3.520	73	1,0	5:1000	38,1	Боли меньше, сист. шум, тоны глуховаты.
		6/III	3.840	76	1,0	2:1000	37,2	Боли в суставах idem, остальное—idem.
		12/III	3.810	76	1,0	3:1000	37,2	Состояние удовлетворительное, боли держатся.
		18/III	3.710	77	1,0	3:1000	36,9	Состояние без перемен.
		30/III	3.620	69	0,9	3:1000	37,1	Боли только в правом лучезапястном суставе, в ост. прошли.
2	М-а, жен. 20 л.	15/IV	3.440	71	0,9	4:1000	36,8	Боли в правой кисти, состояние удовлетворительн., сердце—сист. шум.
		31/XII	3.730	61	0,8	2:1000	38,8	4-й день болезни. Ангина, припухлость, боли в суставах рук, ног.
		6/I	3.830	66	0,9	2:1000	38,8	Боли и припухлость меньше, на верхушке систолич. шумок, хлопающий 1-й тон.
		12/I	4.000	64	0,8	3:1000	38,4	Idem, предсист. и систол. шумы на верхушке, левая граница расширена.
		18/I	4.230	67	0,8	3:1000	37,9	Припухлость суставов исчезла, в остальном idem.
		24/I	3.790	71	0,9	5:1000	37,8	Боли незначительные, появились боли в области сердца, тоны сердца глуховатые, в остальном idem.
		30/I	3.640	68	0,9	4:1000	37,6	Состояние удовлетворительное, сердце—акцент на а. pulm., тоны глухие, ост. idem.
		5/II	4.160	67	0,8	5:1000	37,6	Боли в суставах незначительные, сердце—боли прошли, в остальном—idem.
		11/II	3.720	66	0,9	4:1000	37,2	Боли держатся, сердце—idem, пульс 92, выписывается без выраженных улучшений.

увеличение или уменьшение Нв в большинстве случаев идет параллельно с тем же процессом эритроцитов, однако ясно наблюдается относительное отставание Нв при колебаниях в ту или другую сторону эритроцитов. В части хорошо протекающих случаев, несмотря на колебания эритроцитов, Нв оставался на одних и тех же числах, являлся более устойчивым. Изменения цветного показателя в общем ясны из вышеуказанного, у II группы больных его колебания не велики—в пределах 0,1—0,2, у III группы колебания доходят до 0,4; особенно это бросается в случаях, где бывают „скачки“; все же больших колебаний нет, ибо, как говорили выше, движение эритроцитов и Нв идет приблизительно параллельно.

При оценке функции костного мозга, надо считать, что у больных, приведенных в таблице № 1, сопротивляемость эритропоэт. функции хорошая, так как она не так легко и сразу угнетается инфекцией, падение эритроцитов и Нв происходит медленно, в начале это даже не так заметно, но зато угнетение продолжается значительное время; по миновании угнетения компенсирование идет достаточно энергично.

У больных, приведенных в таблице № 2, р. и. с самого начала действует угнетающе на костный мозг, подавляя его эритропоэт. функцию, затем с улучшением процесса мы видим нарастание эритроцитов и Нв. Заслуживает внимания случай № 3, табл. 2, где было тяжелое течение болезни, когда больная была буквально прикована к постели не только из-за болей в суставах, но главным образом, из-за эндокардита. Костный мозг, как бы оправившись от удара, дает хорошую регенерацию эритроцитов, что выражается получением эритроцитов и Нв в пределах N, или даже превышающих ее (наряду с этим постепенное улучшение всех других симптомов).

Иногда и в других случаях, несмотря на выраженные клинические симптомы и субъективные ощущения, число эритроцитов держалось довольно устойчиво на высоких цифрах, лишь в периоде выздоровления несколько уменьшалось, повидимому это зависит также от хорошей сопротивляемости и активного состояния костного мозга в период разгара болезни.

О Нв надо полагать, что его синтез при этой инфекции мало и медленно нарушается, также медленно идет и восстановление.

Кроме изменения количества эритроцитов и Нв, показателем состояния кр. крови служит появление эритробластов, а также анизоцитоз и пойкилоцитоз, но они появляются поздно (Morawitz) и при довольно тяжелых инфекциях, при о. р. мы их ни разу не наблюдали. Полихроматофильные эритроциты, благодаря их голубовато-фиолетовой окраске, выделяются на общем фоне мазка; однако, в случаях, где они только намечаются, такую окраску их не легко отличить, да пока еще не существует метода точного подсчета их. Такой подсчет затруднителен и субъективен, так что судить по ним о характере изменений крови не представляется возможным. В настоящее время наиболее ранним показателем изменения красной крови, т. е. состояния эритропоэтической функции костного мозга, являются ретикулоциты, подробно описанные в свое время германскими учеными Раппенгеймом и Ehrlich'ом и после рядом других авторов. Большинство их (Nhaegeli, Morawitz, Seyfarth, Лейбензон, Молдавский и др.) утверждают, что их в крови здорового человека бывает 0,5—1—2‰ и что они продукт реге-

нерации костного мозга (Молдавский, Шваробович, Маркус, Шерман, Лейбензон и др.). Повышенное появление их в перифер. крови связывают с анемич. состоянием, разрушением (гемолит. желтуха), потерей (язвы жел., скрытые кровотечения) эритроцитов или влиянием интоксикации и инфекции (тбс, малярия и т. д.). Повышенной выработкой эритроцитов костный мозг стремится покрыть спрос со стороны организма, при этом и обнаруживается большой % ретик. Наоборот при истощении к. м., напр., при апластических анемиях не наблюдается увеличения ретикулоцитов (кроме периода ремиссии).

Экспериментально Назарова получала большое увеличение их до 45% при значительном уменьшении Нв, вводя кроликам фенолгидразин, др. авторы, анемизируя животных путем кровопускания. По ряду авторов наличие нормального количества эритроцитов и Нв, оказывается, еще не говорит о полном благополучии со стороны красной крови. Молдавский, исследуя сотрудников рентген- и радио-кабинетов, нашел у них значительное увеличение ретикулоцитов при нормальном содержании эритроцитов и Нв. Он же считает исследование крови с помощью суправитальной окраски наиболее чутким методом, обнаруживающим малейшее раздражение эритропоэтической функции костного мозга, когда при обычных способах не определяются никакие изменения картины красной крови, называет ретикулоцитов первыми резервами, посылаемыми в ответ на раздражение.

Шустров, Владос, исследуя рабочих Трехгорной мануфактуры, работавших в помещении, где в воздухе был анилин, нашли их бледными, несколько слабыми; исследования крови давали хорошие результаты (эритроциты между 4,5—5,5 миллионов), что показалось подозрительным. Дальнейшие исследования обнаружили присутствие большого количества ретикулоцитов, что указывало на интоксикацию и раздражение костного мозга.

Также и по мнению Шваробовича самым пригодным, чувствительным способом для определения степени регенерации к. м.—омоложения красной крови—является исследование крови на витальную окрашиваемость. Исследуя здоровых, он не нашел суточных колебаний ретикулоцитов, что он считает важным фактом, так как малейшее изменение их количества уже говорит о патологическом состоянии или раздражении костного мозга. Поэтому мы на основании подсчета ретикулоцитов хотели уяснить уровень работы и степень способности к. м. вырабатывать эритроциты под влиянием р. и. и тем определить их значение для клиники, а также и ответную реакцию на интоксикацию.

Говорить о структуре, о химико-биологических свойствах ретикулоцитов, о технике их подсчета здесь не будем, так как это достаточно освещено в литературе; все же подробного описания способов подсчета я не нашел. Между тем узнать о некоторых деталях и точности метода было бы важно, ибо, если считать с 4-х углов мазка, скажем по 500 эр., получаются одни данные, так как иногда попадают участки, где, сосчитавши 500 эритроцитов, не найдете ретикулоцитов или их мало; если же считать с найденного ретикулоцита, то получатся другие числа (большие). Иногда при соблюдении всех правил и строгой педантичности в некоторых мазках из одновременно взятых или не бывает ретикулоцитов, или их очень мало, а в других той же серии их достаточно много. Мы придерживались 1-го способа. Следя за изменением в наших случаях, можем отметить, что почти всегда, за некоторыми исключениями, наблюдается увеличение ретикулоцитов, причем нарастание идет двойко: или их увеличение происходит постепенно (по мере падения числа эритроцитов) или сразу.

У 1-й группы больных изменений не имеется или они слабо выражены.

У II и III группы больных, где происходит постепенное падение числа эритроцитов, содержание ретикулоцитов нарастает и максимум совпадает с моментом наибольшего уменьшения эритроцитов.

У тех больных (табл. 2), где, как говорили выше, подавление регенерационной функции происходит с самого начала с падением числа эритроцитов и Нв, видим, что увеличение в периферической крови ретикулоцитов наблюдается в первые же дни болезни и приходит к норме с улучшением общего состояния, а также состава крови.

Обращаясь к таблице № 3, где приведены случаи со скачкообразными нарастаниями эритроцитов и Нв, можем указать, что тут также ретикулоциты дают довольно значительное увеличение. В дальнейшем одновременно с падением эритроцитов наблюдается не нарастание ретикулоцитов, как можно бы ожидать на основании вышеприведенных наблюдений, а наоборот их уменьшение—состояние угнетения или „усталости“ к. мозга.

У больных, приведенных в таблице № 4, ретикулоциты мало меняются, инертность, вялость костного мозга сказывается и здесь тем, что их количество в пределах нормы и лишь изредка дает повышение, доходя до 50/100; движение их монотонное, однообразное.

Таких высоких цифр ретикулоцитов, какие получал при своих исследованиях Маркус у больных с ревм. полиартритом (1—2—3%), мы ни разу не получали; у нас в тяжелых случаях с поражением эндокарда содержание ретикулоцитов не превышало 140/100.

Высокий уровень ретикулоцитов бывает при напряженной работе к. мозга, чего, оказывается, не вызывает о. р.; костный мозг еще далек от того, чтобы исчерпать свои эритропоэтические возможности. Говоря о самих ретикулоцитах, нужно сказать, что в зависимости от тяжести процесса приходилось видеть их с довольно густой сетчатостью и хорошо окрашенными; в других мазках они выходили несколько бледнее со скудной сетчатостью, или просто имели разбросанную редкую зернистость. В большинстве они больше обычных эритроцитов. По Молдавскому крупные ретикулоциты появляются в связи с усиленной регенерацией крови, напр., у недоносков, эмбрионов.

Резюмируя данные о ретикулоцитах, можно констатировать связь, принимающую до некоторой степени характер закономерности, между числом эритроцитов, ретикулоцитов и характером заболевания (состоянием больного): наибольшее число ретикулоцитов наблюдается в более выраженных формах болезни, причем в большинстве случаев колебания ретикулоцитов и эритроцитов происходят в противоположных направлениях, т. е. при падении числа эритроцитов под действием р. и. увеличиваются в периферической крови ретикулоциты.

Что касается происхождения анемии при о. р., то об этом нет в литературе определенных сведений.

Вероятно, как и при других инфекциях, с одной стороны причиной служат токсины, обычно имеющие гемолитические свойства, с другой гипоплазия кровяных органов вследствие интоксикации (Шустров и Владос). Таким образом надо полагать, что анемия и при о. р. гемолитическо-гипопластического характера.

Различная реакция к. мозга на инфекцию происходит и потому, что к. мозг, как и др. органы, у каждого индивидуума построен различно (Шустров и Владос).

Мои наблюдения за кр. кровью ведут к следующему выводу:

1. При выраженных формах о. р. имеется заметное уменьшение количества эритроцитов и Нв, причем в одних случаях оно развивается постепенно и медленно, в других анемия наступает быстро.
2. Количество Нв менее подвержено влиянию р. и., более устойчиво, нежели количество эритроцитов.
3. Анемия носит характер нормохромной или не резко гипохромной.
4. Содержание ретикулоцитов в большинстве случаев незначительно повышено, при чем наблюдаются колебания в их содержании на протяжении заболевания (в отдельн. случаях). Колебания эти носят различный характер: в одних случаях вначале имеются низкие цифры с последующим нарастанием числа ретикулоцитов (в периоде усиления анемии),

а в случаях, представляющих наиболее выраженную анемию в начале наблюдения, обычно максимум содержания приходится на этот период.

5. Увеличение ретикулоцитов в периферической крови служит доказательством усиленной деятельности костного мозга при о. р.; с уменьшением раздражения или прекращением последнего количество их приходит к норме.

6. Увеличение ретикулоцитов надо считать благоприятным признаком течения и прогноза болезни.

Из инфекционной клиники Института усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина. (Директор клиники проф. А. Ф. Агафонов).

Серопротектика сыпного тифа.

Асс-ты Лифшиц М. С. и Александров К. Г.

Многочисленные опыты активной иммунизации против сыпного тифа (с. т.), как известно, до сих пор не дали определенных результатов. Ни различные вакцины (кровяная сыворотка, дефибрированная кровь сыпнотифозных больных, инактивированные органы сыпнотифозных свинок), ни разнообразные методы вакцинации, вопреки первоначальному обнадеживающим результатам, не оказались способными сообщить прочный иммунитет к сыпному тифу.

На основании обзора имеющихся наблюдений, Барыкин приходит к выводу, что вопрос о специфической вакцинации против с. т. остается открытым. Последние наблюдения Вейгля¹⁾ о положительной вакцинации при помощи больших доз убитой вакцины, приготовленной из кишечника с. тифозных вшей, в изобилии содержащих Рикеттсии-Провачека, вследствие технических трудностей, не имеют пока практического значения. Также является вопросом будущего, хотя м. б. самого ближайшего будущего, вакцинация при помощи вируса с. т., выращиваемого на дрожжах по методу, предложенному Зильбером, или нейровакциной (способ Всеукраинского микробиол. института). Естественно поэтому, что наряду с активной иммунизацией, научная мысль изучает возможности пассивной иммунизации против сыпного тифа.

Ш. Николь в 1910 г., на основании своих опытов на обезьянах, пришел к выводу, что сыворотка реконвалесцентов и выздоровевших от с. т. животных обладает лечебными и превентивными свойствами, тем самым подтвердил наблюдения Леграна и Рейно, впервые применивших сыворотку с. т. с лечебной целью. О целесообразном применении сывороток реконвалесцентов, как лечебного средства, высказываются также и Златогоров, Марциновский, Ивашенцев, Плетнев и др. Однако, наблюдения других авторов, в том числе и наши (непубликованные) показали, что сыворотка реконвалесцентов не обладает специ

¹⁾ Из доклада проф. Барыкина на заседании Каз. мед. научной ассоциации в 1933 г.

фическим лечебным действием. С другой стороны, широкие опыты пассивной иммунизации на животных (Дерр и Пик, Вейль и Брайнль и др.) подтвердили мнение Никола и его сотрудников о превентивных свойствах иммунных с. т. сывороток. Некоторые авторы (Андерсон, Гольдбергер) иммунизирующее действие сыворотки обуславливают лишь при одновременном ее введении с вирусом с. т. Фукуда, продолжая наблюдения Вейля и Брайнля, нашел, что комбинированием доз вводимой сыворотки и вируса можно добиться либо того, что заболевания не наступает, либо протекает в бессимптомной форме, и что последняя, т. е. бессимптомная форма, сообщает опытным животным активный иммунитет.

В опытах Вейля и Брайнля на морских свинках, иммунная сыворотка, примененная ими во время инкубации, или даже задолго до заражения (за 3—4 недели), так и при одновременном ее введении с вирусом, оказывала превентивное действие, или обуславливала ослабленное течение заболевания с удлинненным инкубационным периодом.

Упомянутые выше авторы считают, что иммунные сыворотки не обладают вирусоцидными свойствами, чем и можно объяснить отсутствие у последних лечебного эффекта, но содержат, вероятно, вещества, задерживающие развитие вируса. Природа этих веществ пока неизвестна.

Наблюдения над пассивной иммунизацией против сыпного тифа у людей весьма малочисленны. Николь и Консейль успешно применили сыворотку реконвалесцентов у 7-ми человек в периоде инкубации. Ольмеры Д. и М. также нашли, что сыворотка реконвалесцентов предохраняет людей от заражения с. т. Напротив Филипп Декур и Саллар считают, что пассивная иммунизация у людей не препятствует наступлению сыпного тифа, и болезнь развивается такой же тяжести, как и у не получивших сыворотки. Эти авторы все же высказываются, что следует продолжить наблюдения над серопротекцией с. т. К таким же отрицательным выводам пришли Бланк и Каминопетрос в своих опытах по изучению действия сыворотки при болезни Кардуччи-Ольмера, заболевания, близкого к сыпному тифу.

Недостаточность имеющихся наблюдений над серопротекцией у людей и разноречивость мнений побудили нас заняться изучением этого вопроса. В своей работе мы пользовались следующей методикой. Предварительно производили санитарно-эпидемиологическое обследование очагов сыпного тифа по особо выработанной анкете. Такие очаги брались на учет, причем для проведения пассивной иммунизации выделялись преимущественно неблагополучные, в санитарном отношении, очаги (наличие вшивости, теснота помещения и пр.). Всего под наблюдение было взято 22 общежития и 62 частных квартиры с количеством живущих в общежитиях 594 чел. и 326 ч. в частных квартирах, всего взято на учет 920 чел. Из числа подвергаемых пассивной иммунизации были исключены лица, имеющие в анамнезе сыпной тиф. Таких оказалось 138 чел. Из остальных 762 ч. 281 подвергались пассивной иммунизации (99 чел. в частных квартирах и 182 чел. в общежитиях), а 501 чел. — были оставлены для контроля. У привитых и части не привитых ставилась реакция Вейля и Феликса, как в начале наблюдения, так и в последующих через определенные промежутки времени. При этом мы преследовали двоякую цель: во-первых, на основании полученной положительной реакции ста-

рались выявить иммунных к сыпному тифу, а во-вторых, при помощи повторной реакции В.Ф. обнаружить лиц, протельвающих „немую“, бессимптомную инфекцию.

Сыворотку мы готовили обычным способом, беря кровь у сыпнотифозных реконвалесцентов на 7-8 день после падения температуры. Доза вводимой сыворотки колебалась от 15 до 30 к. с. в зависимости от возраста, а именно детям до 10-ти лет вводили 15—20 к. с., старше 10 лет и взрослым вводили по 20—30 к. с. Прививки производились в очагах в 1-й день, или не позже 2-го дня госпитализации выявленного больного, что обычно бывало на 6-7-ой день заболевания. Сан. обработка очагов большею частью совпадала с прививками, но иногда запаздывала на 1—2 дня.

Переходим к анализу полученных результатов. Во всех наблюдаемых нами очагах было 26 последующих заболеваний (после госпитализации первых случаев с. т.). Из них среди привитых заболело 7 чел. (2,5%) и среди непривитых — 19 чел (3,8%). Отсюда сделать заключение о преобладании заболеваний среди непривитых, однако, не следует. При рассмотрении заболеваний по очагам получаются следующие данные: из 26 заболеваний — три заболевания приходится на общежития и 23 на частные квартиры, наиболее неблагополучные в санитарном отношении, в этих очагах процент последующих заболеваний, как среди привитых, так и не привитых почти одинаков.

Переходим к разбору 7-ми случаев заболеваний, наступивших после пассивной иммунизации. Возрастной состав от 25 до 40 лет 6 чел. и один 12 лет. Последнему введено 20 к. с, а остальным — по 25—30 к. с. сыворотки. По времени заболели мы имеем следующее: одно заболевание наступило через 18 дней, одно через 20 дней, 2 заболевания через 27 дней и три заболевания через 43—45 дней после пассивной иммунизации.

Если исходить из среднего инкубационного периода в 12—15 дней, то следует допустить, что заражение последовало соответственно через 3, 5, 12 и 30 дней после применения сыворотки. Во всех этих случаях действие сыворотки реконвалесцентов оказалось недостаточным для предохранения от заболевания с. тифом. Однако, напрашивается следующее предположение, а именно: благодаря пассивной иммунизации получился удлиненный инкубационный период, что отмечается авторами при опытах на животных. Указанное предположение косвенно подтверждается сопоставлением сроков последующих заболеваний в с.-тифозных очагах у привитых и непривитых, представленных в прилагаемой ниже таблице:

Последующие заболевания сыпным тифом.

Срок заболевания после сан. обработки:	Привитые.	Непривитые.
До 15 дней		9 случаев
От 1 до 20 дней	2 случая	6 "
От 21 до 27 дней	2 "	4 "
От 28 до 45 дней	3 "	"

В этой таблице невольно бросаются в глаза более поздние сроки последующих заболеваний у привитых, по сравнению с непривитыми, несмотря на аналогичные санитарно-эпидемиологические условия для обеих групп. Это дает нам право думать об удлинении срока инкубации у привитых. Другого приемлемого объяснения этого факта, кроме действия сыворотки, мы не находим.

Нас интересовал вопрос, не было ли случаев стертой, или бессимптомной инфекции среди иммунизированных. Как указано было выше у привитых ставилась реакция В Ф. до и после иммунизации. При всех повторных исследованиях (62), мы ни разу не видели перехода отрицательной реакции в положительную, что исключает вышеупомянутое предположение.

Течение болезни у иммунизированных и все же заболевших с. т. в основном не отличалось от обычной картины с. тифа. Продолжительность болезни колебалась от 13 до 18 дней, и только у 12-летнего кризис наступил через 11 дней, что является обычным для детского возраста. Осложнения — воспаления легких — были в 2-х случаях, других осложнений не было. Следует лишь отметить, что тяжелые нервные явления отсутствовали, и во все время болезни сохранялось полное сознание.

Попутно мы хотим остановиться на некоторых эпидемиологических моментах, выявленных в процессе нашей работы. Анамнестический индекс показывает, что число перенесших ранее сыпной тиф (138) составляет 15% к общему количеству обследованных (920). Это говорит о значительной иммунной прослойке к сыпному тифу среди населения. Из указанных 138 чел. 65% перенесли сыпной тиф в периоде 1919—1922 гг. и только 35% — в позднейшие годы.

В литературе имеются противоречивые данные о повторяемости с. т. Одни авторы (Флеров, Плетнев, Сигал и др.) приводят лишь единичные случаи повторных заболеваний. Другие (Файн, Морозкин) указывают от 2 до 3,7%, а некоторые (Агриколянский) даже до 11,46% повторных случаев. По данным нашей инфекционной клиники за последние три года, из 3361 с. т. больных по анамнестическим данным отмечено — 106 повторных случаев, из которых, однако, 20 чел. не могли точно указать год первичного заболевания. Остальные 86 случаев по срокам заболеваний распределяются следующим образом:

Промежуток между				
1-м и 2-м заболеваниями: . . .	1 — 3 г.	6 — 10 л.	11 — 15 л.	Свыше 15 л
Число случаев	2 случ.	6 случ.	76 случ.	2 случ.
			Всего — 86 случаев.	

Если учесть только последние 86 случаев более достоверных, то получаем 2,56% повторных заболеваний. Понятно, что этот процент мы не считаем точным, так как не имели возможности подтвердить анамнестические данные документально (по истории болезни). Все же мы не можем согласиться с мнением некоторых авторов (Сигал), утверждающих, что повторные заболевания с. тифом являются большой редкостью.

Наш материал говорит о сравнительно значительной частоте повторных случаев с. т., клинически выраженных; но несомненно прав проф. Барыкин, считающий, что от внимания эпидемиологов и клиницистов ускользают повторные заражения, протекающие в стертой, или в бессимптомной форме. Точное распознавание последних форм возможно, конечно, только путем заражения морских свинок кровью подозрительных больных, или постановкой повторных реакций В Ф (нарастание титра). Однако, даже однократная положительная реакция В-Ф в этих случаях дает возможность сделать с известной долей вероятности предположение о наличии указанных форм.

При проведении серопрофилактики нами была поставлена реакция В-Ф у 365 чел., результат получился следующий:

Всего обследованных реакций В-Ф. 365 человек	Отрицательных реакций В-Ф.	Положительных реакций В-Ф.	Из них в разведении:		
	322 реакции.	42 реакции	1:50,	1:100,	1:200.
	88,80%	11,20%	20 р.	14 р.	7 р.
			5,5%	3,8%	1,9%

Высокий процент положительных реакций В-Ф. у здоровых в сыпно-тифозных очагах, значительно превышающий таковой у лиц, не соприкасавшихся с сыпнотифозным больным, отмечается также и другими авторами (Минервин, Позывой). Заслуживающим внимания являются данные сопоставления числа положительных реакций В-Ф. у неболевших с лицами, имевшими сыпной тиф:

Болевшие в прошлом. Число исследованных: 72 чел.	Положительных реакций В-Ф.	В разведении	Не болевших: Число исследован.	Но-лож.	В разведении
		1/50, 1/100, 1/200			
	19	11	7	1	293
	26,4%	15,3%	9,7%	1,4%	
					22
					7,5%
					1/50—9—3,1%
					1/100—7—2,4%
					1/200—6—2%

Из этой таблицы видно, что % положительных реакций у болевших значительно выше, чем у неболевших. Если даже исключить разведения 1:50, как мало доказательные и принять во внимание только разведения 1:100 и 1:200, то и тогда получится значительное расхождение между указанными выше группами, а именно—11,1%, 4,4%. Как известно реакция В-Ф. через год или два года после перенесенного тифа в большинстве случаев исчезает (работы Барыкиной, Ивашенцева и др.). Из 72 обследованных болевших, 12 чел. перенесли тиф в период 1919—1922 гг. и 7 чел. в 1923—1928 гг., следовательно можно предположить, что у этих лиц положительная реакция В-Ф. является результатом реинфекции, клинически не проявившейся, чем и вызвано преобладание положительных реакций В-Ф. у ранее болевших. Нам кажется, что этот факт можно схематично объяснить следующим образом. Благодаря частично сохранившемуся иммунитету, перенесшие ранее с. тиф дают при реинфекции гораздо больший, в сравнении с неболевшими, процент стертых или бессимптомных форм. Подтверждением в известной мере служит то, что среди 138 болевших не было ни одного повторного заболевания, но очень высокий % положительных реакций В-Ф.; среди же не имевших в анамнезе сыпного тифа, гораздо меньший % положительных реакций В-Ф. и 7 заболеваний с. т.

На основании вышеизложенного мы позволим себе сделать следующие выводы:

Сыворотка сыпно-тифозных реконвалесцентов обладает слабыми превентивными свойствами и в дозах, вводимых нами (20—30 к. с.), не предохраняет от заболевания сыпным тифом.

Сыпной тиф у пассивно иммунизированных протекает в общем так же, как у не иммунизированных, давая лишь удлинение инкубационного периода и некоторое ослабление нервных явлений.

По нашим данным повторный сыпной тиф встречается в 2,56%—3%.

Процент положительных реакций В-Ф. среди здоровых, живущих в сыпно-тифозных очагах, весьма значителен—11,2% и гораздо выше у лиц, перенесших ранее сыпной тиф, что заставляет предполагать о большей частоте у последних стертых или бессимптомных форм, чем у неболевших.

Борьба с сыпным тифом диктует необходимость тщательного изучения сыпнотифозных очагов с выявлением немых форм инфекции при помощи реакции В-Ф как у неболевших, так и у болевших.

Из Инфекционной клиники ГИДУВ в Казани (завед. кафедрой профессор А. Ф. Агафонов).

Профилактика кори реактивированной сывороткой.

Д-р С. А. Егерова.

Ни одна болезнь в детском учреждении так не страшна, как корь. Тяжесть течения, массовые осложнения, высокий процент смертности—спутники коревых эпидемий.

В поисках различных путей профилактики кори наиболее разработан метод пассивной профилактики. Своевременное и достаточное введение сыворотки коревых реконвалесцентов является действительной мерой для предупреждения или ослабления тяжести заболевания. Но, к сожалению, мы не можем в достаточном количестве иметь сыворотку реконвалесцентов, причиною чему служит трудность добывания крови у детей.

Все попытки заменить сыворотку реконвалесцентов сывороткой, полученной путем иммунизации животных, не дали удовлетворительных результатов. Поэтому предложение Дегквица о замене сыворотки реконвалесцентов сывороткой взрослых нашло живой отклик среди педиатров.

Куттер и Тордей полагали, что сыворотка взрослых действует как парантерально введенный белок, активируя протоплазму и повышая тем естественные, защитные силы организма. Дегквиц, Ритшель, Соломон и др. авторы считают, что сыворотка взрослых оказывает свое специфическое действие содержащимися в ней антителами и профилактическим действием обладают сыворотки тех взрослых, которые когда-либо болели корью. Уже через 30 дней после выздоровления от кори в крови остается очень мало защитных веществ, ввиду чего приходится вводить сыворотку взрослых в больших количествах (50—60 куб.).

То, что организм после раз перенесенной кори становится иммунным, по аллергической теории объясняется способностью при контакте с коревым вирусом быстро вырабатывать коревые антитела и обогащаться ими.

Исходя из этих фактов Ференц с целью повысить активность сыворотки взрослых применил так называемую „мобилизованную“ сыворотку. Он впрыскивал субъектам, перенесшим ранее корь, цитратную кровь коревого больного в количестве 6—8 куб., через 8 дней брал кровь для сыворотки и в количестве 8—10 куб. вводил детям в целях профилактики, автор получил не вполне удовлетворившие его результаты.

Баар, пользуясь методом Дегквица выращивать в соответствующих условиях коревой вирус, вводил его через 48 часов содержания в термостате в количестве 5 куб. подкожно взрослым и через 2—5 недель получал сыворотку. Из 73 детей, подвергшихся профилактике, заболело ослабленной корью 11 человек.

Кнопфельмахер иммунизировал взрослых вирулентной кровью коревых больных в малых количествах 0,1—0,2, которые, по Дегквицу, являются достаточными для экспериментальной кори.

Ввиду того что эти попытки представляют большой интерес и практическое значение для добывания более полноценной сыворотки и, мы в Инфекционной клинике Гос. института для усовершенствования врачей

заялись приготовлением реактивированной сыворотки, которую мы и применяли в целях профилактики в скарлатинозном и дифтерийном отделении клиники.

Часть сыворотки (серия 1) была получена нами путем иммунизации выздоравливающих скарлатинозных больных, перенесших давно корь, вирулентной кровью коревого больного.

Так как по исследованию Гектоэна, Еггереса, Дегквица и др. авторов коревой вирус находится в крови больного в продромальном периоде и первый день сыпи, мы брали кровь для иммунизации или в первый день высыпания, или последний день продромы.

При взятии крови у больного исключался тбс и сифилис. Кровь вводилась под кожу в количестве 0,2 два раза с интервалом в двое суток, через 2—2½ недели брали кровь для сыворотки.

Другая часть сыворотки (серия 2) была получена путем иммунизации коревым вирусом выздоравливающих скарлатинозных больных и 3 серия—путем иммунизации коревым вирусом здоровых взрослых. Брали вирулентную кровь коревого больного, помещали стерильно в раствор Туродё в разведении 1-8 и ставили в термостат на 48 часов. В это время производилась реакция Вассермана с кровью коревого больного. Через 48 часов среда, содержащая коревой вирус, в количестве 5 куб. вводилась подкожно взрослым. Через 2—3 недели у них брали кровь и получали сыворотку.

Реактивированная сыворотка с профилактической целью была применена нами на 46 детей. Результаты видны из следующей таблицы:

Группы	Основные заболевания	Кол-во привит.	Возраст	Серия сыворотки	Доза	День инкуб. кори	Результаты		
							Не заболели	Заболели	Заболели после 2-го контакта
I.	Скарлатина.	12	1—6 л.	№ 1	3—7 к.	3—4	5	2	5
II.	"	13	1½—7 л.	№ 2	6—10 к.	2—4	9	4	—
III.	Дифтерия .	12	9 м.—6 л.	№ 3	10—14 к.	3—4	11	1	—
IV.	Скарлатина.	6	6 м.—6 л.	№ 3	19—25 к.	5	6	—	—
V.	"	3	2—4 л.	№ 3	14—24 к.	5—6	2	1	—

I группа—12 детей, больных скарлатиной, от 1—6 л. получила сыворотку серии № 1 в количестве 3—7 куб. на 3—4 день инкубации кори. Двое, получившие сыворотку в количестве 3 и 5 куб., заболели легкой корью, 5—остались здоровы. У 5 после введения сыворотки через 17 дней вторичный контакт с коревым больным, на этот раз сыворотка не вводилась и через 2 недели все 5 заболели легкой корью, без осложнений. В данном случае сыворотка дала иммунитет на 2½ недели.

II группа—13 детей, больных скарлатиной, вводилась сыворотка серии № 2 на 2—4 день инкубации в количестве 6—10 куб. 9 остаются здоровы, 4 заболевают корью. У 3-х из заболевших инкубационный период кори совпадает с инкубацией ветрянки, за 4 дня до появления коревой сыпи—ветрянки.

III группа—12 детей, больных дифтерией, получили сыворотку серии № 3. Доза сыворотки 10—14 куб. на 3—4 день инкубации кори. Из 12 заболел корью 1.

IV группа—6 скарлатинозных больных от 6 м. до 6 л., вводилась сыворотка серии № 3 на 5 день инкубации кори в количестве 19—25 куб., ни один не заболел корью.

V группа—3 детей, при поступлении в скарлатинозное отделение в первые дни—контакт с коревым больным, вводится сыворотка коревых реконвалесцентов в количестве 3-х куб., через 19 дней еще контакт с корью, на 5 день инкубации 2 вводится реактивированная сыворотка в количестве 14 и 24 куб. Третьему ребенку мать не разрешает вводить сыворотку и только в конце 6-го дня инкубации ребенку удается ввести 22 куб. реактивированной сыворотки. Первые двое, получившие сыворотку на 5 день инкубации, остались здоровы, получивший же сыворотку в конце 6 суток заболел легкой корью.

Таким образом из 46 детей заболело 8 (17,4%). Почти во всех случаях корью заболевших протекала легко. инкубационный период удлинялся до 16—17 дней. продромальный был выражен неясно. Сыпь часто была скудной.

Если мы сравним I и II группу, то I группа при меньших дозах дала лучший результат, чем II. Вероятно это можно объяснить тем, что сыворотка серии № 1 была получена после 2-хкратной иммунизации. Баар также отмечает, что сыворотка, полученная после 2-хкратной иммунизации, дает лучший эффект.

Из наших, правда небольших, наблюдений можно сделать заключение, что реактивированная сыворотка, введенная до 5 дня инкубации в количестве 10—15 куб., предохраняет от заболевания корью.

Введенная в меньших дозах большею частью дает ослабленные формы кори.

Хотя получение реактивированной сыворотки более сложно, чем сыворотки взрослых, в соответствующей обстановке, особенно где имеются сывороточные станции, реактивированная сыворотка должна занять надлежащее место, так как это даст возможность иметь в значительном количестве профилактическую ценную сыворотку.

К этому следует добавить, что Интернациональный съезд в Стокгольме в 1930 году реактивированную сыворотку по своему действию поставил между сывороткой реконвалесцентов и взрослых.

Из Всеукраинского Государственного института венерологии и дерматологии (директор проф. А. Н. Федоровский), отдела сифилидологии (зав. проф. Л. М. Маркус).

Применение бисовероля в терапии сифилиса¹⁾.

Б. Б. Гефт.

Из выпущенных нашей химической промышленностью патентованных висмутовых препаратов биохиноль пользуется в настоящее время наибольшей распространенностью. Однако эффективность биохиноля не в полной мере удовлетворяет клиницистов и наряду с блестящими отзывами об этом препарате (Брычев), имеются сдержанная (Голшмид) и резко отрицательная оценка его (Мронговиче).

Проф. Измайльский, занимаясь исследованиями в области химиотерапии препаратов висмута, изготовил препарат висмутовой соли, моновисмут-винной кислоты—Vi 126—, выпущенный в продажу в виде масляной суспензии под названием Bismoverol с содержанием около 67% Vi-металла; в 1,0 суспензии содержится 0,05 Vi.

Мы поставили себе задачей проверить действие этого препарата на материале отдела сифилидологии Всеукраинского Государственного института венерологии и дерматологии.

Под нашим наблюдением было всего 91 больной, леченных бисоверолем как амбулаторно, так и стационарно. Подавляющее число больных получило по одному курсу лечения, часть же больных получила 2 и даже

¹⁾ Доложено в Дерм-венерсекции X. М. О-ва 11/XI 1933 г.

3 курса лечения. Часть больных (52) проводилась нами на одном бисмовероле, часть же (39) на смешанном лечении—бисмовероль и новосальварсан.

Для сравнительной оценки изучаемого нами препарата бисмовероля, с наиболее распространенным биохинолем, нами были отобраны и изучены истории болезни больных, леченных как одним биохинолем, так и биохинолем + новосальварсан, и подошедших по своему возрасту, по клиническим проявлениям болезни к больным, проведенным нами на бисмовероле. Таких больных оказалось 70. В дальнейшем изложении мы и будем проводить сравнительные для обоих препаратов данные.

Лечение бисмоверолем мы проводили по приложенной к препарату инструкции. Для первых 2—3 инъекций мы давали по 0,5 суспензии, в дальнейшем мы переходили к дозе в 1,0 через день—всего 20 инъекций на курс, т. е. Vi-металла вводилось 0,9.

Подавляющее большинство наших больных до лечения бисмоверолем никакого другого специфического лечения не получало. За редким исключением наши больные хорошо переносили лечение бисмоверолем. Общее состояние их улучшалось; улучшался аппетит; вес нарастал у многих больных к концу курса довольно значительно (от 2 до 5 кило). Только у 3-х больных мы могли отметить в начале лечения общее недомогание, а у одного—ломоту в ногах после первых 3-х инъекций. Боли на месте инъекций наблюдались нами у 8 человек, инфильтраты у 5 больных (5,5⁰/о); инфильтраты под припарками, горячими сидячими ванночками рассасывались в несколько дней.

Из побочных явлений при лечении бисмоверолем мы наблюдали бисмутовую кайму в 21 случае (23⁰/о), чаще у верхних резцов, реже у нижних: в 7 случаях после 8 инъекций; в 6 случаях после 9 инъекций; в 3-х после 10 инъекций и в 5 случаях после 14 инъекций; появление каймы однако не препятствовало дальнейшему лечению. Ни в одном случае мы не имели стоматита или гингивита.

При применении же биохиноля мы могли чаще отметить жалобы больных на боли на месте инъекции; инфильтраты мы наблюдали в 10 случаях, что на 70 больных составляет 14,3⁰/о. Бисмутовая кайма при лечении биохинолем наблюдалась нами в 9 случаях и гингивиты в 2 случаях, т. е. всего в 11 случаях (15,7⁰/о) мы имели осложнения в полости рта.

Что касается влияния на почки, то мы при лечении бисмоверолем могли отметить раздражение почек в 11 случаях (12⁰/о); в 5 случаях были обнаружены следы белка, в 2 случаях мы имели 0,04⁰/оо, в 4 случаях эпителиальные цилиндры. С другой стороны мы в одном случае наблюдали уменьшение содержания белка в моче с 0,53⁰/о, до 0,11⁰/о. Бисмутовых клеток нам ни разу не пришлось наблюдать при лечении бисмоверолем. На 70 случаев, леченных биохинолем, мы получили раздражение почек в 17 случаях (24,3⁰/о); в 11 случаях—белок в моче и в 6 случаях—эпителиальные цилиндры.

Если сравнить данные о раздражении почек, полученные нами при применении биохиноля, с нашими данными для бисмовероля, то ясно обрисовывается меньшая токсичность бисмовероля в сравнении с биохинолем.

В нижеследующей таблице представлен наш материал по диагнозам и по методу лечения.

Диагноз	Lues I	Lues II recens.	Lues II recidiv	L. lat. ран.	L. lat. поздн.	Lues III act.	Lues III lat.	L. cer. spin.	Tabes dors.	L. viscerum	Arthro-lues	Всего
Бисмовероль (биохиноль)	1 (1)	6 (0)	4 (0)	4 (1)	7 (3)	19 (9)	4 (3)	— (1)	3 (4)	3 (2)	1	52 (24)
Бисмовероль (биохиноль) + новосальварсан . . .	16 (12)	7 (7)	2 (6)	2 (1)	2 (2)	1 (12)	2 (0)	3 (3)	1 (2)	—	2 (1)	39 (46)

В твердом шанкре и в мокнущем папулах спирохеты уже после 1-й инъекции становились мало-подвижными, но в каждом поле зрения можно было их видеть не больше 1—2 экземпляров. Спирохеты исчезали после 3—4 инъекций на 4—5 день после введения 0,2—0,25 Vi-металла.

Люэс I (17 случаев). Мы только один случай вели исключительно на бисмовероле, причем шанкр поджил после 6 инъекций, склероз рассосался после 12 инъекций, паховые железы уменьшились почти вдвое после 10 и исчезли после 15 инъекций бисмовероля. В 4 случаях мы начали лечение с применения бисмовероля и только после эпителизации шанкра, наступившей после 4—6 инъекций, мы прибавляли новосальварсан. В остальных 12 случаях первичного сифилиса, проводившихся с самого начала на смешанном висмут-сальварсанном лечении, мы получили такие результаты: шанкр в зависимости от величины распада эпителизовались после 3—4 инъекций + 1—2 вливания новосальварсана (0,15 + 0,3).

Шанкры подживали после 4—5 инъекций и 1—2 влива ий. Склероз рассасывался после 8—9 инъекций + 3—4 вливания новосальварсана. Паховые железы рассасывались обычно после 10—12 инъекций + 5—6 вливаний новосальварсана; хотя мы наблюдали и более раннее рассасывание желез: после 8 инъекций + 4 вливан. на 16—17 день лечения. В I случае люэс 1, леченном биохинолем, шанкр поджил после 7 инъекций, паховые железы исчезли к концу курса. Из 12 случаев люэс 1, леченных смешанно—в 5 случаях заживление шанкра наступило после 4 инъекций + 2 вливания и в 7 случ. потребовалось 5—8 инъекций и 3—4 вливания новосальварсана, так что в случаях первичного сифилиса бисмовероль оказался более активно действующим препаратом, чем биохиноль.

Сифилис свежий (14 случ.): розеола и лентиккулярные папулы исчезали при чисто бисмовероловом лечении на 7—11 день после 5—7 инъекций. В одном случае потребовалось 10 инъекций для всасывания папулезных элементов. В одном случае лихеноидного сифилиса уже после 5 инъекций элементы рассосались в значительной степени. В другом случае, где на ряду с розеолезной сыпью имела место специфическая нейралгия тройничного нерва, с повышением температуры, боли и сыпь исчезли после 4-х инъекций на 5 день после начала лечения.

При смешанном лечении свежие розеолезные и папулезные сыпи исчезали после 4—5 инъекций и 1—2 вливаний на 8—10 день лечения. Специфические ангины и папулы на слизистой полости рта исчезали в общем одновременно с явлениями на коже. В 5 случаях лues II recens, леченных нами смешанно биохинолем + новосальварсан, розеола и папулы исчезали после 1—2 вливаний и 4—5 инъекций.

Сифилис II рецидивный (6): папулы в полости рта и зева у апуса и на половых частях исчезали после 5—6 инъекций бисмовероля, и только в одном случае гипертрофированные папулы у апуса рассосались после 10 инъекций.

При смешанном лечении папулы во рту рассосались в одном случае после 4 инъекций и 1 вливания 0,3; в другом случае после 4 инъекций + 2 вливаний, причем имевшаяся лейкодерма оставалась до конца курса смешанного лечения. В 6 случаях лues II recidiva, леченных смешанно биохинолем + новосальварсан папулы исчезли после 5—6 инъекций + 2 вливан. новосальварсана.

Сифилис III активный: из 19 случаев мы имели в 12 язвенно-бугорковые серпигвирующие сифилиды; 1 случ. околоуставной узловатости, 1 сл. гуммы вагины; 2 случая—гуммозного поражения носа с прободением носовой перегородки, 1 случай язвы задней стенки глотки и 2 случая гуммозного лимфаденита. Язвенно-бугорковые сифилиды, локализованные на лице, на туловище и на верхних конечностях, хорошо и быстро поддавались лечению одним бисмоверолом: уже после 3—5 инъекций язвы очищались, после 5—7 заметно уменьшались и, смотря по обширности поражения, зарубцовывались после 8—12 инъекций. И только в 2 случаях чрезвычайно распространенного язвенно-бугоркового сифилида по всей груди и спине и в 1 случае поражения голени потребовалось 14, 15 и 18 инъекций бисмоверола для зарубцевания очагов поражения. В случае околоуставной узловатости узлы рассосались после 12 инъекций; изъязвленная гумма вагины зарубцевалась после 15 инъекций.

Изъязвленные гуммозные поражения желез зажили к концу курса. Язва на задней стенке глотки зажила после инъекции: В 9 случаях *lues III activa*, леченных биохинолом, мы получили заживление при язвенно-бугорковом сифилиде после 12—15 инъекций. Гуммозные язвы зарубцевались лишь к концу курса после 20 инъекций. При смешанном лечении заживление соответственно наступало после 10 инъекций + 4—5 вливаний на 3 день.

Lues cerebro spinalis: В 3 случаях *lues cerebro-spinalis*, леченных нами комбинированно бисмоверолом + ново, мы могли отметить клинически уменьшение головных болей уже после 5—6 инъекций + 2 вливания в одном случае. В одном случае хорошо поддались лечению явления гемипареза; уже после 12 инъекций и 4 вливаний больной стал полностью владеть пораженными конечностями. В 3 случаях *lues cerebro-spinalis*, леченных нами комбинированно биохинолом + ново, мы получили аналогичные результаты.

Все наши случаи табеса относятся к больным со стойкими старыми клиническими явлениями, которые оставались таковыми как в случаях, леченных одним бисмоверолом или биохинолом, так и в случаях, леченных комбинированно с ново.

Lues viscerum: мы наблюдали 2 случая интерстициального гепатита; лечение бисмоверолом дало уменьшение болей, улучшение самочувствия и заметное уменьшение печени.

В 1 случае гуммозный орхит совершенно рассосался к концу курса лечения. В случае же гуммозного орхита, леченном биохинолом, плотный инфильтрат, хотя и значительно меньший, оставался еще и через 6 месяцев после курса лечения.

Сравнивая полученные нами данные в отношении влияния обоих препаратов *Vi* на клинические проявления сифилиса, мы должны констатировать несколько большую активность бисмоверола, хотя и не резко выраженную. Вместе с тем мы не можем подтвердить отрицательной оценки Мронговичусом биохиноля в отношении его влияния на третичные формы сифилиса.

Влияние применения бисмоверола и биохиноля на *R.Wa* представлено нами в нижеследующей таблице (см. стр. 1143).

Анализируя данные этой таблицы, мы видим, что в 14 из 37 случаев, леченных одним бисмоверолом, мы получили переход из положительной *R.Wa* в отрицательную, что составляет 38%; если даже принять во внимание переход *R.Wa* в отрицательную только сразу после окончания курса, то и тогда получится довольно значительный процент (2 %).

При лечении биохинолом мы получили переход положительной *R.Wa* в отрицательную в 19%.

Еще более демонстративны результаты влияния смешанного лечения—бисмовероль + новосальварсан—на *R.Wa*: в 80% мы получили переход положительной *R.Wa* в отрицательную, а при смешанном лечении биохиноль + новосальварсан лишь в 25%.

Для суждения о ценности бисмоверола, как и всякого другого препарата, в терапии сифилиса, важно выяснить судьбу введенного в организм *Vi*, бисмутового дею; важно иметь представление о всасываемости препарата, об его усвоении. Для последней цели можно пользоваться мето-

Д И А Г Н О З	Bismoverol (Bijochinol)				Bismoverol + Novosalvarsan				Примечание	
	Число случаев	Рва стала отрицат.	Рва стала слабоположит.	Рва осталась без изменений	Число случаев	Стала отрицат.	Стала слабоположит.	Осталось без изменений		
								Положит.		Отрицат.
Lues I	1 (1)	— (1)	—	1	—	—	—	— (5)	4 (3)	
Lues II recens . .	3 (—)	3 (—)	—	—	—	—	—	— (2)	—	
Lues II recid . . .	5 (—)	2	—	3	—	—	—	— (5)	—	
Lues II latens ран.	2 (1)	—	—	2 (1)	—	—	—	—	—	
Lues II latens поздн.	5 (3)	2 (—)	—	3 (1)	— (2)	—	—	— (2)	—	
Lues III act	14 (9)	6 (—)	1	7 (9)	—	—	—	— (12)	—	
Lues III lat	3 (3)	1 (—)	—	2 (1)	— (2)	—	—	—	—	
Lues cer-spin. . . .	— (1)	—	—	—	(1)	—	—	1 (2)	—	
Tabes dorsal. . . .	2 (4)	— (1)	1 (1)	1 (—)	— (2)	—	—	— (1)	— (1)	
L. viscerum	2 (1)	— (1)	—	2	—	—	—	—	—	
	37 (23)	14 (3) 330/0 (19%/0)	2 (1)	19 (12)	— (7)	—	—	1 (29)	4 (4)	
					25 (44)	20 (11) 80/0 (25%/0)	—			

дом исследования выделения Bi мочей и калом, методом чисто-химического определения наличия Bi в тканях и наконец методом рентгенографии и рентгеноскопии бисмутовых депо. Само собой разумеется, что только всестороннее исследование всеми упомянутыми методами можно получить наиболее точное представление об усвоении препарата. Мы в нашей работе попытались изучить затронутый вопрос, пользуясь лишь методом рентгенографии бисмутовых депо, как методом наиболее доступным, который, несмотря на целый ряд его недостатков, делающих его лишь отнительно ценным, все же может нас ориентировать в этом вопросе.

Мы исследовали бисмутовое депо у 22 больных, леченных бисмоверолом. Во время лечения исследовано 8 больных; 4 больных получили до исследования по 2,0—5,0 бисмовероля и у 2-х из них были обнаружены тени малой интенсивности. 4 больных получили до исследования по 9,0—14,0 бисмовероля; у 3-х из них были обнаружены тени малой интенсивности в виде пятен, не резко ограниченных. Только в одном случае мы получили тень линейной формы.

После окончания курса лечения бисмоверолом было исследовано 14 больных, у 5 из них были обнаружены незначительной интенсивности пятнистые, брызговидные тени—в 1 случае через 4 месяца; в 2-х случаях через 5 месяцев; в 1 случае через 6 месяцев, в 1 случае—через 1 год. У 9 больных тени не были обнаружены: у одного б-ного через 2 месяца; у 2-х через 1 месяц, у одного через 4 мес.; у 3-х—через 5 мес. и у 2 через 6 месяцев. У 10 больных мы исследовали бисмутовое депо после лечения биохинолом. У 7 больных были обнаружены более резко ограниченные и довольно интенсивные тени: в 4 случаях через 2 недели, в 2 случаях—через 1 месяц, в 1 случае—через 1 год.

Полученных нами данных, конечно, недостаточно для определенных выводов о всасываемости обоих препаратов Bi ; наблюдения в этом направлении нами продолжаются, однако и эти предварительные данные позволяют нам присоединиться к выводу Смелова и Фельдмана о лучшей всасываемости бисмовероля в сравнении с биохинолом.

Выводы.

1. Бисмовероль является энергично действующим, легко переносимым противосифилитическим препаратом.
2. На клинические проявления сифилиса бисмовероль действует несколько более активно, чем биохиноль.
3. По воздействию на RWa бисмовероль значительно превосходит биохиноль.
4. Бисмовероль всасывается лучше биохиноля.
5. Бисмовероль заслуживает широкого применения в повседневной практике.

Из Всеукраинского государственного института венерологии и дерматологии в г. Харькове (директор проф. А. Н. Федоровский), Отдел мочеполовых болезней (зав. проф. Я. Б. Войташевский).

Клиника, профилактика и лечение гонорройных стриктур уретры¹⁾.

Я. Б. Войташевский и Д. И. Тухшид.

Под стриктурой мы понимаем стойкое сужение просвета уретры, вызванное органическими изменениями стенки канала с развитием соединительной ткани и образованием рубца.

По происхождению стриктуры делятся на врожденные и приобретенные, а последние—на воспалительные, травматические и химические; с клинической точки зрения они делятся на проходимые и непроходимые и 1) без остаточной мочи и 2) с остаточной мочей; последние же могут быть: а) с инфекцией и б) без инфекции.

Многочисленными статистическими данными установлено, что врожденные стриктуры встречаются не больше, чем в 5%. Из приобретенных стриктур по частоте на первом месте стоят гонорройные; в среднем их от 70% до 95%. Травматические стриктуры занимают второе место—они встречаются в 3%—12%. На последнем месте стоят стриктуры химического происхождения.

По своему гистологическому строению эпителий слизистой уретры отличается некоторыми особенностями. Эмбриологически мочевой пузырь и задняя уретра происходят из аллонтаиса (энтодермы), в то время как передняя уретра происходит из эктодермы. Сравнивая плоский эпителий с подобным эпидермису образованием, считают, что эпителий уретры происходит из смешанных зародышевых слоев.

У каждого индивидуума, как установлено работами Aschoffa, Ebnega, Iessioneк'а, в слизистой уретры находятся островки плоского эпителия. Пользуясь методом окраски по Zilliakus'у, можно сделать его макроскопически видимым по ярко желтой окраске. Для изучения распределения плоского эпителия Christoller предложил гисто-фотографическое исследование замороженных срезов, посредством которых можно произвести разрез по всей длине органа. Serderkreutz, испробовавши метод в 23-х случаях, нашел, что островки плоского эпителия преимущественно располагаются в заднем отрезке *pars cavernosa* и *pars bulbosa*. На этом основании можно сделать вывод, что передняя уретра преимущественно происходит из эктодермы. Aschoffet Christoller считают, что верхушка *colliculus seminalis* с одной стороны и слизистая *fossae navicularis* с другой стороны всегда покрыты этим плоским эпителием; что же касается *pars prostatica, bulbosa* и *cavernosa*, то плоский эпителий встречается тут реже и в виде пятен. Finger первоначально признавал, что плоский эпителий возникает как результат воспалительного процесса путем метаплазии цилиндрического эпителия. Теперь же не подлежит сомнению, что плоский эпителий встречается в уретре у всех здоровых мужчин. Christoller на основании своих исследований приходит к следующим выводам: 1) островки плоского эпителия наблюдаются у всех индивидуумов от рождения; 2) плоский эпителий распределен неравномерно как в передней, так и в задней уретре; 3) при уретрите происходит увеличение плоского эпителия не за счет метаплазии, а вследствие распространения его из ранее существовавшего плоского эпителия.

¹⁾ Доложено на заседании кожно-венерологической секции Харьковского медицинского общества 15 мая 1932 года.

Гонококк обладает специфической особенностью—в результате его проникновения и последующего воспаления образуется склероз тканей. Для образования гонорройных стриктур важное значение имеет—развивается ли процесс в поверхностных или глубоких слоях, какую форму имеет инфильтрат—линейную или циркулярную, и наконец, какое лечение применялось. При поражении более глубоких слоев теряется сперва эластичность соответствующей части уретры, затем развивается соединительная ткань и образуется рубцовое сморщивание.

Изменения в толще стенок уретры развивается на почве хронических воспалительных процессов, когда первоначальный мелкоклеточный инфильтрат своевременно не рассасывается, подвергается соединительнотканной гиперплазии и фиброзному перерождению с последующим рубцовым сморщиванием. Эпителий слизистой оболочки над измененным участком углубляется и превращается из цилиндрического в плоский многослойный. Таким образом можно наблюдать все стадии воспалительного процесса, начиная от мелкоклеточного инфильтрата и кончая рубцом, т. е. „смесью живой и мертвой ткани“ при этом вовлекаются в процесс все слои: эпителий, слизистая, подслизистая, мышечная и кавернозная ткань.

В гонорройной стриктуре мы имеем тлеющий, но активный процесс, при котором из подпочвы—кругло-клеточного инфильтрата—постоянно растет новый, так сказать, „живой рубец“. При травматической стриктуре образуется раневой рубец, который, закончивши цикл своих изменений, через известный срок становится „мертвым рубцом“ в противоположность „живому“ гонорройному рубцу.

Распространенное мнение, что стриктура представляет довольно частое осложнение и последствие гонорреи, не может считаться вполне правильным. По нашей статистике, стриктуры развиваются у 3% всех гонорроиков.

Мы считаем, что рубцовые частичные изменения стенок, так называемые плотные инфильтраты, при затяжных гонорройных воспалениях встречаются очень часто, но рубцовые изменения по всей периферии канала, вызывавшие сужение просвета, формируются сравнительно редко—0,5% по нашим данным. Поэтому вполне естественной является мысль, что стриктуры развиваются у некоторых больных при известных предрасполагающих к тому условиях. По мнению некоторых авторов, предрасполагающий и вызывающий момент заключается в продолжительности и повторности гонорройного процесса. Но данные наших наблюдений полностью этого не подтверждают: мы иногда наблюдали, что больные, перенесшие такое число инфекций, что потеряли им счет, не получали стриктур, тогда как другие после однократной и притом благоприятно протекающей гонорройной инфекции в сравнительно скором времени обнаруживали признаки стриктур.

Очень поучительны наши цифры: из 231 больных со стриктурами—114 имели многократную инфекцию (49%), а 117 (51%)—одну инфекцию. Можно также предположить, что к образованию стриктур может дать толчок слишком энергичное лечение: из 231 больных у 217, т. е. в 92%, было проведено местное лечение (спринцевание, инстиляция, бужи и т. д.), а у 14, т. е. 8%, лишь лечение внутренними средствами.

Из нашего клинического материала, обнимающего 231 случай, видно, что в 70% (162 сл.) локализация стриктур—бульбозная часть, 22 сл. (10%)—вблизи наружного отверстия и 46 сл. (20%)—высшая. Такую исключительную наклонность луковичного дна к развитию рубцовых процессов, Dittel объясняет богатством пещери,

стой ткани, а Martins — тем, что эта часть менее доступна воздействию химических средств, и тем, что здесь задерживается патологический секрет. Lichtenberg предполагает, что наличие выводящих отверстий многих парауретральных и Куперовых желез создает определенное местное предрасположение. Нужно также отметить, что в дуковичной части происходит соприкосновение эндо- и эктодермального канала, а из общей патологии известно, что такие отделы тканей всегда обладают реактивной способностью, отклоняющейся от нормы. Gujon и его школа Martin, Desnos, Thompson, признают относительную частоту множественных стриктур. Представители же немецкой школы, в противоположность им, определяют незначительный процент множественных стриктур. Такое различие цифр, по нашему мнению, объясняется тем, что школа Gujon'a выработала совершенную методику исследования стриктурных каналов многими головчатыми бурами. Эта методика позволяет определить, так называемые, широкие стриктуры. Наш клинический материал заставляет нас присоединиться к французской школе. Признавая широкие стриктуры, мы убедились, что в одной трети наших случаев (72 сл.) стриктуры бывают множественные.

Гонорройные стриктуры представляют собою высокую степень последовательного развития подэпителиальных, подслизистых уретральных инфильтратов, поэтому нужно приложить все старания к тому, чтобы воспрепятствовать организации инфильтратов и превращению их в фиброзную соединительную ткань — в мозолистую стриктуру. Профилактика гонорройных стриктур сводится, следовательно, к своевременному и правильному лечению хронических уретритов.

Безусловно, наблюдаемое в настоящее время снижение гонорройных стриктур нужно поставить в связь с одной стороны с широким диспансерным охватом и обслуживанием гонорройных больных, с другой стороны с происшедшей переменой в лечении гонорреи, в замене старых травмирующих, бактерицидных способов лечения методом больших промываний по Жане. Изучение этого вопроса на наших больных полностью согласуется со сказанным. Все они подвергались по поводу гонорреи или совершенно недостаточному, или черациональному лечению. Профилактика имеет тем большее значение, что органические стриктуры представляют собою очень серьезное страдание, угрожающее в дальнейшем тяжелыми вторичными осложнениями со стороны мочевого тракта. Первой задачей при лечении уже развившейся стриктуры является устранение механического препятствия для прохождения мочи, т.е. восстановление анатомической цельности канала; другая, не менее важная, но последующая задача — восстановить функцию, т.е. способность всего отдела мочевого тракта выполнять свое назначение.

В нашем распоряжении имеются двоякого рода способы: сохраняющие, консервативные — бескровные методы, состоящие в постепенном, бережном и систематическом расширении стриктур и различные оперативные — кровавые методы лечения. Методическое расширение стриктур рекомендуется во всех тех случаях, когда возможно провести через стриктуру хотя бы тончайший зонд, а это удается почти всегда, даже при самых высших степенях сужения. Для такого лечения пригодны, следовательно, свежие воспалительные стриктуры, при которых явления секреции сведены до минимума, и старые омолодевшие стриктуры, сохранившие способность растягиваться.

При невозможности провести консервативное лечение применяются оперативные методы.

Какие цели должны быть поставлены, что должна дать операция внутренней уретротомии?

Прежде всего, нужно стремиться к восстановлению нормального калибра, эластичности стенки и нормальной функции уретры. Следует, прежде чем прибегнуть к оперативному вмешательству, производить систематическое бужирование при проходимых стриктурах. Но бужирование часто невозможно — иногда по техническим условиям, иногда вследствие болезненности. Кроме того этот метод дает большой процент рецидивов (от 14 до 40% по Воскресенскому), по нашим данным — от 20 до 30%.

Оперировать следует одиночные и множественные неосложненные стриктуры, с трудом проходимые для нитевидного бужа, стриктуры с закончившимся рубцеванием и с вторичными изменениями, широкие стриктуры, которые для бужей среднего калибра (18—20 Шарьера) проходимы, но не поддаются дальнейшему расширению и сопровождаются заметной задержкой мочи. Нельзя в таких случаях заставить больного всю жизнь бужироваться — необходимо произвести операцию. Внутренняя уретротомия может быть произведена только при определенном условии: уретра должна быть проходима.

Внутренняя уретротомия противопоказана при стриктурах задней уретры, по нашему мнению, в *pars prostatica*, при наличии воспалительных явлений, мочево́й инфильтрации и свища. Эту операцию, простую по технике, необходимо производить по строго определенным правилам; мы придерживались следующей методики. При стриктурах, с трудом проходимых для нитевидных бужей, мы предварительно бужировали и добивались свободного прохождения №№ 2—3 эластического бужа. Предварительно больной получает в течение нескольких дней дезинфицирующие мочу средства.

Перед операцией вводят в уретру 1% раствор повасина с адреналином, под кожу впрыскивают 1 к. с. 1% раствора морфия. Член фиксируется под углом 45°, затем вводят эластический проводник, на который навинчивается уретротом Мезоньева с гильотиной по вогнутой стороне салазок; применяется клинок, большей частью среднего размера, иногда же малого размера. При этой операции разрез суживающего канала кольца проводится обязательно по верхней стенке не по средней линии, как обычно предлагают, а повернув нож на 45° в бок от средней линии. После того, как нож прошел через кольцо спереди назад, поворачивают его позади стриктуры в другую сторону от средней линии на 45° и выводят гильотину сзади наперед. Таким образом получается два разреза, расположенные на 45° по обеим сторонам от средней линии в области более бедной сосудами и пещеристой тканью. При этом способе устраняется опасность кровотечения и достигается большее расширение благодаря двум разрезам в наиболее удобном участке уретры. Разрез должен быть настолько глубок, чтобы мочеиспускательный канал в этом месте приобрел необходимую ширину для бужа не менее №№ 22—24. После разреза вставляется металлический буж №№ 21—23 на несколько минут и затем вводится резиновый катетер Нелатона №№ 20—21, фиксируется и оставляется на 2—3 дня. Катетр своей толдиной одновременно производит давление на разрезанный участок, останавливает кровотечение, обыкновенно небольшое и препятствует орошению раны мочью. Иногда совсем не удается ввести в канал катетр вследствие вязкости присутствующей в уретре крови. В этих случаях мы рекомендуем ввести в уретру шелковый эластический катетр. Через 3 дня приступают к бужированию, начиная с № 16—18, и если эти №№ проходят, то вводят более широкие и ежедневно повышают на один номер. Обычно через 10—14 дней удается провести буж №№ 25—26; после этого бужирование производят 3 раза в декаду, а через месяц — один раз в декаду; в последующем бужирование производят один раз в 15—30 дней. Эффект операции обусловлен рассечением рубцового кольца, благодаря этому устраняется концентрическое сужение.

При этой операции значительных кровотечений, которые побудили бы прибегнуть к каким-либо особым мерам, нами не наблюдалось; только в одном случае мы

наблюдали довольно значительное кровотечение при стриктуре в р. semibrascea. Послеоперационный период протекал различно: не все больные одинаково реагировали на операцию. В то время как у одних, кроме незначительного поднятия температуры при удовлетворительном самочувствии, ничего не замечалось, у других через 5—6 часов после операции появлялась лихорадка с повышением температуры до 38—39. После приема внутрь хицина по 0,3 обычно на другой день отмечалось падение температуры до нормы.

Материалом для настоящей работы послужили 231 случай сужений мочеиспускательного канала из числа 7719 гонорройных больных, принятых в мочеполовом отделе института в течение последних 6 лет.

Из общего числа гонорройных стриктур непроходимых было 48, с мочевой инфильтрацией—3 и множественных—72. Калибр сужения колебался в пределах от филиформ. до № 10 эластического бужа по Шарьеру. Протяженность большей частью 1—5 см., но случаи с мочевой инфильтрацией (3) имели стриктуру 6—8 см. длиной. Локализация стриктур: в 162 сл.—бульбозная часть, в 22 сл. вблизи наружного отверстия и в 46 сл.—кавернозная часть. По возрасту наших больных можно распределить следующим образом: от 20—30 лет—62 сл., от 30—40 л.—97 сл., от 40—50 л.—38 сл., от 50—60 л.—25 сл., от 60—70 лет—9 случаев. Давность заболевания была различная—от 1—25 лет. В 17 сл. сужение появилось после начала заболевания через год, в 25 сл.—через 2 года, в 51 сл.—между 2—4 годами, в 34 сл.—между 4—6 годами, в 39 сл. между 6—8 годами, в 65 сл.—между 10—15 годами и позже.

Локализация гонорройных стриктур в известной части случаев устанавливалась нами также на основании рентгенографического исследования. До введения уретрографии, как диагностического метода, при исследовании стриктур не всегда представлялось возможным получение точных данных об изменениях в просвете уретры. На нашем материале уретрография всегда давала совершенно точные данные о локализации, направлении и толщине просвета измененной уретры, числе сужений и их протяжения, а также о состоянии застриктурных пространств.

Прежде чем произвести уретротомию, мы всегда пользовались вспомогательным, очень ценным для целей диагностики и проверки лечения методом уретрографии как до операции, так и после ее. При этом следует отметить, что данные, полученные нами на рентгенограмме уретры, почти во всех случаях совпадали с данными предварительного обычного клинического обследования.

Во всех проведенных нами случаях операции внутренней уретротомии (17 сл.) в результате получался хороший терапевтический эффект. До операции проходил с трудом № 2—4 эластический буж, а в некоторых случаях только Лефортовский эластический буж. После операции при последующем систематическом расширении в течение короткого времени удавалось почти во всех случаях довести расширение до 24—25 № металлического бужа. Длительность терапевтического эффекта стойкая. Такие больные продолжали оставаться под нашим наблюдением в течение года и рецидива мы ни разу не наблюдали. Для наглядности приводим все случаи внутренней уретротомии на таблице, где отмечены все важнейшие моменты (см. таблицу).

На основании собственных наблюдений и литературных данных приходим к следующим выводам:

Развитие гонорройных стриктур происходит в зависимости от наличия и обилия эластической ткани в уретре, склерозирующих свойств гоноккока и вследствие усиленного применения химических и бактерицидных веществ при лечении гонорреи.

Профилактика гонорройных стриктур заключается в следующем: проводится раннее систематическое и правильное лечение острой гонорреи по

Таблица случаев операции внутренней уретротомии.

№№ по- рядков.	Возраст	Этиоло- гия	Давность инфек- ции	Локализ. и длина стриктуры.	Продоходимость	Операции и ослож- нения.	Результат операции
1	26		5 лет	Дуковичн. 1 см.	буж № 1	Вну-	1) Через 2 мес. мочеиспускание норма, проходим 28 буж.
2	47	Го.	19 лет	Дуковичн. 2 см.	филиф. буж		2) Через 3 м. проходим № 26 буж
3	37		12 л.	Каверноз. 2 см.	буж № 2		3) Через 3 м. проходим № 27 буж
4	25		2 года	Дуковичн. 1 см.	буж № 5		4) Через 2 м. проходим № 28 буж
5	40		16 лет	Дуковичн. 2 см.	филиф. буж	трэн.	5) Через 4 м. проходим № 27 буж
6	34		11 "	Дуковичн. 1 1/2 см.	буж № 2		6) Через 2 м. проходим № 28 буж
7	56		30 "	Каверноз. 3 см.	филиф. буж		7) Через 3 м. проходим № 25 буж
8	49	пор-	24 "	Дуков.—пере- нонч. 3 см.	филиф. буж		8) Через 2 м. проходим № 26 буж
9	36		12 "	Дуковичн. 1 1/2 см.	буж № 2	ни	9) Через 2 м. проходим № 28 буж
10	31		8 "	Каверноз. 2 см.	буж № 4		10) Через 2 м. проходим № 27 буж
11	48		25 "	Дуков.—пере- нонч. 3 1/2 см.	филиф. буж		11) Через 4 м. проходим № 26 буж
12	58		35 "	Дуковичн. 4 см.	филиф. буж		12) Через 5 м. проходим № 26 буж
13	42		20 "	Дукович. 3 см.	буж № 2	утрепро-	13) Через 2 м. проходим № 25 буж
14	25		6 "	Каверноз. 1 см.	буж № 5		14) Через 1 м. проходим № 28 буж
15	50		28 "	Дуков.—пере- нонч. 4 см.	филиф. буж	томия.	15) Через 2 м. проходим № 26 буж
16	32		8 "	Дуков.—пере- нонч. 2 1/2 см.	буж № 3		16) Через 6 м. проходим № 25 буж
17	35		13 "	Каверн.—дуг. 3 см.	буж № 2		17) Через 3 м. проходим № 26 буж

методу Жане; не применяются концентрированные химические растворы, в частности, с целью провокации нельзя употреблять растворов ляписа выше 2%; при первых признаках инфильтрации стенки и сужения необходимо проводить систематическое бужирование уретры.

Основные задачи лечения гонорройных стриктур—это восстановление проходимости уретры, устранение задержки мочи и инфекции; следует стремиться к анатомическому и функциональному излечению.

Лечение стриктур не может быть схематизировано: оно зависит от этиологии, протяженности, множественности и проходимости стриктур, сопутствующих осложнений и общего состояния больного.

Прежде чем приступить к оперативному вмешательству, необходимо испробовать систематическое бужирование сперва восходящими эластическими бужами, а затем, начиная с № 14 по Шарьеру, и металлическими. При таком методическом расширении, благодаря тесному контакту бужа со стриктурой, происходит размягчение и рассасывание инфильтрированной ткани.

Ввиду того, что часто встречаются стриктуры, при которых потеряна способность ткани к расширению, необходимо прибегнуть в этих случаях к оперативному вмешательству.

Из различных способов оперативного вмешательства внутренняя уретротомия представляет собою операцию легкую в техническом отношении и дающую вполне удовлетворительные клинические результаты. Эта операция значительно сокращает срок лечения, предупреждает возможность осложнений со стороны выше лежащих мочевых путей и, являясь легкой в техническом отношении, может быть произведена в поликлинической обстановке при условии пребывания больного под врачебным наблюдением в течение 2—3 дней.

Из факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (Директор заслуженный деятель науки проф. А. В. Вишневский).

Картина белой крови при хирургических операциях под местной анестезией по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишневского.

Д-ра М. К. Садыкова и С. М. Курбангалеев.

Разработав всесторонне вопрос обезболивания по методу ползучего инфильтрата, наша клиника во всех случаях, за очень небольшим исключением, применяет этот метод обезболивания.

Имеется большая литература об изменениях картины крови после операций, в особенности, в общем наркозе. Здесь имеют место, кроме общих выраженных явлений, со стороны крови,—нарастание лейкоцитоза, увеличение сдвига влево и т. д.

При операциях под местной анестезией часто указывают на роль операционной и психической травмы и на интоксикацию в результате всасывания впрыскиваемого раствора.

Как упомянуто выше, почти все операции у нас проводятся под местной анестезией по способу ползучего инфильтрата и мы ни разу не наблюдали никаких явлений, которые бы могли служить упреком нашему способу обезболивания. Желание выяснить этот вопрос и в отношении объективных изменений в картине крови послужило мотивом для настоящей работы.

По предложению проф. А. В. Вишневецкого, мы исследовали картину крови у 103 б-ных до и после операций под местной анестезией, имея в виду выяснить не оказывает ли какое-либо влияние на гемограмму наш способ анестезии.

Обследовались больные со следующими заболеваниями: 1. Аппендицит хронический 33 сл. 2. Язва желудка 18 сл. 3. Рак желудка 7 сл. 4. Рак прямой кишки 3 сл. 5. Эхинококк печени 2 сл. 6. Эхинококк селезенки 1 сл. 7. Холецистит 5 сл. 8. Грыжи 24 сл. 9. Геморрой 3 сл. 10. Опушение почки 2 сл. 11. Водянка яичка 1 сл. 12. Папиллома мочевого пузыря 2 сл. 13. Травма конечности 1 сл. 14. Дефект верхней губы 1 сл.

При этом исследовалось количество Нв, количество лейкоцитов и производился подсчет лейкоцитов по Schilling'у перед операцией, на другой, на 3, 5 и 10 день после операции.

Результаты при этих исследованиях в отношении количества лейкоцитов сведены в нижеследующей таблице:

№ №	Название заболеваний	Всего	После операции наблюдалось				Без изменений
			Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	
1	Аппендицит хроническ.	33	8	17	5	1	—
2	Язва желудка	18	3	6	7	2	—
3	Рак желудка	7	—	—	5	2	—
4	Рак прямой кишки	3	—	2	1	—	—
5	Эхинококк печени	2	—	2	—	—	—
6	Эхинококк селезенки	1	—	—	1	—	—
7	Холецистит	5	2	—	2	1	—
8	Грыжи	24	13	—	—	—	11
9	Геморрой	3	—	—	—	—	3
10	Опушение почки	2	2	—	—	—	—
11	Водянка яичка	1	—	—	—	—	1
12	Папиллома мочевого пузыря	2	—	—	—	2	—
13	Травма конечности	1	—	1	—	—	—
14	Дефект верхней губы	1	—	—	—	—	1

Из 103 случаев лейкоцитоз до 8 тысяч наблюдался у 28 б-ных; до 10 тыс. у 28 б-х; до 12 тыс. у 21 бол., до 15 тыс. у 8 б-ных, и не изменялся у 16 больных. Наблюдавшийся на другой день после операции умеренный лейкоцитоз через 4 дня свижался до нормальной цифры.

В гемограмме мы наблюдали следующие изменения после операции:

№№	Название заболеваний	Всего	Уменьш. Eos.	Уменьш. Мп.	Лимфоцитоз	Нейтрофилоз	Сдвиг влево до юных	Без изменений
1	Аппендицит хрон.	33	—	—	2	31	1	—
2	Язва желудка	18	—	—	—	18	2	—
3	Рак желудка	7	—	—	—	7	2	—
4	Рак прямой кишки	3	—	1	1	2	1	—
5	Эхинококк печени	2	2	—	1	1	—	—
6	Эхинококк селезенки	1	1	—	—	1	—	—
7	Холецистит	5	—	—	—	4	1	—
8	Грыжи	24	—	—	—	13	—	11
9	Геморрой	3	—	—	—	—	—	3
10	Опущение почки	2	—	—	—	2	1	—
11	Водянка яичка	1	—	—	—	—	—	1
12	Папиллома мочевого пузыря	2	4	2	—	2	2	—
13	Травма конеч.	1	—	—	—	1	—	—
14	Дефект верхней губы	1	—	—	—	—	—	1

Для иллюстрации изменения картины крови приведем несколько случаев:

1. Больной А-в, 48 лет, колхозник. Поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области после приема пищи и рвоту и т. д. Клинический диагноз: *Ulcus ventriculi*.

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Va	R-
28/IV	Гастроэнтероанастомоз	72	5811	64	10	—	22	3	1	—	—
29/IV	Жалуется на боли в ране, пульс хороший . . .	70	12288	74	8	—	14	3	1	—	—
1/V	Жалоб нет, рана в хорошем состоянии . . .	72	5906	60	8	—	28	3	1	—	—
5/V	Сняты швы, рана зажила	72	5802	60	4	—	28	4	4	—	—

Наблюдавшийся лейкоцитоз и нейтрофилия уже к 4-му дню после операции снизились до нормы.

2. Б-ная М-к, 21 г., студентка, жалуется на боли в правой подвздошной области, частую тошноту и запоры. В прошлом 2 приступа боли в этой же области. Клинический диагноз: хронический аппендицит:

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Va	R-F
9/IV	Аппендэктомия	67	6310	44	—	—	55	—	1	—	—
10/V	Чувствует себя хорошо	67	10334	70	3	—	23	—	1	—	—
13/V	Жалоб никаких	67	6307	60	8	—	29	—	3	—	—
16/V	Сняты швы, рана зажила	67	6310	58	7	—	30	2	3	—	—

3. Б-ная С-н, 46 л., служащая, поступила с жалобами на приступы болей в правой подреберной области, отдающие вверх; желтухи не было. Клинический диагноз: холецистит.

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Ba	R-F
26/IV	Cholecystectomy . . .	77	6042	54	10	—	30	3	2	1	—
27/IV	Жалуется на боли в животе, живот мягкий, язык не обложен . . .	77	15.312	71	12	—	11	2	2	1	—
29/IV	Состояние раны хорошее, жалоб нет . . .	77	7471	70	8	—	16	2	2	1	—
5/V	Состояние б-ой хорошее, рана зажила	77	6731	59	6	—	28	3	3	1	—

4. Б-ной М-н, 38 л. Безработный, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области тотчас же после еды, рвоту коричневой массой, и сильное исхудание в последний месяц. Клинический диагноз: Ca ventriculi,

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Ba	R-F
4/XII	Резекция желудка . . .	49	5392	55	11	—	27	4	—	3	—
5/XII	Чувствует слабость, пульс частый	49	13331	70	13	—	8	4	—	5	—
8/XII	Состояние раны хорошее, самочувствие лучше	49	7310	70	3	—	18	4	1	4	—
18/XIII	Самочувствие хорошее. Рана зажила	49	6072	60	3	—	25	4	4	4	—

В заключение можно сказать, что при анестезии по методу ползучего инфильтрата, наблюдающееся после операции умеренное нарастание L, к 4—5 дню снижается до нормальных цифр.

В гемограмме отмечено: нарастание нейтрофилов за счет Sg, эозинофилы и моноциты не исчезают, а в ряде случаев нарастают.

Все это говорит за то, что при анестезии по методу проф. Вишнеевского в картине крови не наблюдается никаких изменений, свойственных состояниям интоксикации.

Литература. 1. В. Шиллинг. Практическая гематология, 1928 г., Ленинград.—2. Проф. Шиллинг. Картина крови и ее клиническое значение.—3. Немил о в. Кровь, 1924 г. Ленинград.—4. Пр.-доц. М.Н. Николаев. Обмен веществ и проблема кроветворения, 1927 г.—5. Богомолец. Вопросы клинической и экспериментальной гематологии.—6. Соркина. Нов. хирург. архив, № 29, 1925 г.—7. Травиц. Клиническая патология крови.—8. D. Mediz woch. № 21 1921 г.—9. Хаэс И. А., Спицын А. В., Оранский П. И. Нов. хирург. архив., № 97, 1931 г.—10. Проф. Арнет. Качественное учение о крови.—11. Беккерман Л. С. Вестник хирург. и погр. обл. Т. XIV, кн. 42, 1928 г.—12. Горяев. Труды II-го Поволжского научного съезда врачей, 1927 г.—13. Шиловцев и Кушова. Нов. хирург. арх., Т. VI, 1925 г.—14. Рапорт. 16-й Съезд росс. хирург., 1924 г.—15. Живова. Каз. мед. журнал. № 5—6, 1926 г.

Из клиники неотложной помощи и военно-полевой хирургии Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.
(Директор профессор Гусынин В. А.).

Послеоперационный паралитический илеус, как показание к энтеростомии.

Ассистент В. Н. Помосов.

Каждый практический хирург пережил немало тяжелых минут, имея дело с грозным осложнением в послеоперационном периоде — с паралитическим илеусом. Сколько забот, зарождающихся сомнений вызывает затянувшаяся после операций тошнота, рвота, метеоризм, отсутствие газов и стула.

Тяжесть хирурга еще и в том, что парез кишечника может наступить после любой операции и всякого способа обезболивания, у рядовых и технически вооруженных хирургов. Так, Назаров паралитический илеус наблюдал после операций ущемленных грыж, аппендектомий, овариотомий; Бакушинский — после гастроэнтеростомии, резекции кишек, рассечения спаек; Жуков — после холецистектомии, холедохотомии. Некоторые виды операций — большие гинекологические, операции на мочевых путях, особенно predisполагают к парезам кишек (Бруун, Жуков).

Счастье хирургов — редкость этого осложнения. У Назарова паралитический илеус отмечен 7 раз на 550 лапаротомии. В Тюбингенской клинике по данным, опубликованным Winternitz'ем и Baish'ем на 2000 операций (1100 лапаротомии и 900 кольпотомии) зарегистрировано 32 случая илеуса, из них 13 паралитического. (Цитировано по Doderlein'у и Krönig'у). По данным проф. Грекова — за 15 лет в Обуховской больнице был 531 случай илеусов, паралитических — 8. Данные проф. Розанова — за 15 лет через Боткинскую больницу прошло 96 больных с непроходимостью, с паралитической — 1. По материалам нашей клиники за 1½ года 1 случай паралитического илеуса на 169 лапаротомии.

В патогенезе п. о. паралитической непроходимости, повидимому, играет роль травма и инфекция. На почве травмы и инфекции могут развиваться рефлекторные и воспалительные явления или временная механическая задержка, которые и являются ближайшими причинами непроходимости. При этом каждое из указанных явлений, как первопричина, имеет место в начальной стадии, в дальнейшем развитии болезненного процесса все три фактора так переплетаются, что трудно, а иногда и совсем невозможно сказать, который из них является начальным. И смотря потому, какой из них превалирует, п. о. паралитический илеус можно делить на септический, рефлекторный и механический.

Септическая форма паралитического илеуса чаще всего наблюдается после операции по поводу воспалительных процессов в брюшной полости. При этой форме парез кишечника вызывается бактериальными и токсическими изменениями стенок кишек, исходящими из основного очага заболевания или от соприкасающегося перитонита. Влияние бактерий и их токсинов на нервный аппарат кишечных стенок нарушает двигательную функцию кишечника. Воспалительные изменения в стенках кишек понижают резорбтивную способность их. Вследствие нарушения двигательной функции и понижения всасывательной способности, в кишечнике проис-

ходит накопление продуктов распада ферментативного пищеварения. Накопление веществ распада, особенно низших ступеней, облегчает бактериям химическое расщепление вплоть до простейших продуктов разложения — газов. (Shade). Усиленное газообразование вызывает вздутие кишек. Длительный метеоризм ведет к нарушению кровообращения, к образованию тромбов в мелких артериях. Сосуды ослабленного в питании, раздуваемого от газов, парализованного кишечника начинают трансудировать через стенки жидкое содержимое, которое усиленно всасывается брюшиной. Начинается местная и общая аутоинтоксикация. Последние еще более содействуют прогрессированию всех явлений. Создается порочный *circulus vitiosus*. На его почве прогрессивно развивается тромбоз сосудов и вздутие кишек, сопровождающиеся образованием язв, гангрены кишек и общим перитонитом. Таков патогенез септической формы паралитического илеуса. Каждый практический хирург, имеющий опыт многих лет оперативной деятельности, знает и наблюдал парезы кишек на почве начинающегося перитонита.

Наряду с этим существуют и другие формы паралитической непроходимости, при которых в брюшной полости на вскрытии не находили ни следов инфекции, ни признаков воспаления. Это, так называемые, асептические паралитические илеусы рефлекторного происхождения. При этих формах п. о. кишечной непроходимости причиной пареза кишек является рефлекс с места травмы на весь кишечный тракт. Еще Шлоффер в 1899 году писал, „что на основании нервных заболеваний могут развиваться различного вида нарушения кишечной перистальтики — общеизвестно и общепринято“. Всякая операция в брюшной полости неизбежно сопровождается травмой кишек. Во время инсультов повреждаются нервы, заложенные в стенках их. Опыты Торрака, наблюдения Лебедеико показали, что малейшее вмешательство в брюшной полости вызывает дегенеративные изменения в ганглиозных клетках и, что эти изменения в ганглиях результат самого вмешательства — травмы нервных окончаний, действия продуктов распада клеточных элементов. Повреждение нервов ведет к понижению двигательной функции кишек, последнее — к явлениям стаза кишечного содержимого. Стаз вызывает глубокие патологические изменения в тканях кишечника и последовательно приводит к явлениям непроходимости. Таков механизм возникновения и развития асептических паралитических илеусов рефлекторного происхождения. Больные с неустойчивой автономной вегетативной нервной системой особенно предрасположены к подобным парезам кишек, а погрешности в хирургической технике — грубое манипулирование, охлаждение и высыхание кишечных петель, воздействие химических агентов и тому подобное — еще более облегчают развитие их у такого рода больных.

Примером может служить случай Melchior'a с проф. Титце (Бреславль). После операций по поводу тяжелой формы аппендицита на 5-й день развилась картина тяжелой формы паралича кишечника. Была произведена релапаротомия. *И казавшийся полный паралич кишечника не был* (курсив наш). Но стоило только освободить петлю кишек от содержимого, в этой петле появилась перистальтика (цитировано по Короткевичу). Сюда же нужно отнести случай паралича кишек в Тюбингенской клинике после кесарского сечения. После тщетных усилий вызвать перистальтику кишек применением обычных средств произведена была

лапаротомия. Весь кишечник найден чрезвычайно вздутым, но *нигде не было ни сращений, ни признаков инфекции* (курсив наш). Кишечник опорожнен через проколы в нескольких местах. Больная выздоровела. Сюда же может быть причислен один случай из числа опубликованных Бакушинским. И несомненно рефлекторные паралитические илеусы встречаются значительно чаще, чем распознаются, так как легкие случаи проходят незначительными, тяжелые формы затушевываются картиной развивающегося перитонита.

Наконец, бывают парезы кишек, которые наступают в результате временных механических задержек — на почве анастомозитов, мезентеритов, перегибов кишек, вызванных вздутием и т. п. и т. д. Всякая операция вообще и на кишечнике в частности сопровождается то более, то менее выраженными воспалительными процессами, которые на кишечнике, на месте операции, протекают в форме анастомозитов, мезентеритов, сигмоидитов и т. п. Травма и воспалительный процесс, известно, вызывают отек тканей, на кишечнике, главным образом, на внутренних швах. Отек ведет к сужению просвета соустья. Создается временное механическое препятствие для прохождения кишечных масс. С другой стороны, разыгрывающиеся местные воспалительные процессы, несомненно, являются толчком к понижению двигательных функций кишечника и расстраивают процессы всасывания. Следствием этих явлений и изменений развивается стаз кишечника, усиление процессов расщепления, распада и газообразования, развиваются явления непроходимости, которая и наступает, если воспалительные процессы не утихают и не исчезает вызываемая ими временная механическая задержка. И вероятно, эта форма п. о. паралитических непроходимостей наиболее частая, после илеусов на почве септических перитонитов.

Таков по нашим представлениям патогенез п. о. паралитических илеусов. Однако, как многие другие, и это заболевание нельзя уложить в рамки определенной схемы представлений, процесс значительно сложнее, и помимо причин указанных, обязан многим другим, еще точно не разгаданным.

Клиническая картина п. о. паралитических илеусов разнообразна, иногда весьма причудлива, но выраженные формы характерны, известны и легко распознаваемы. Обычно заболевание начинается с того, что больной, чувствовавший себя удовлетворительно в течение 2—3 дней после операции, начинает жаловаться на появившиеся боли и начинающееся вздутие живота, тошноту, иногда рвоту, задержку стула. Объективно отмечается: нормальная температура, незначительное учащение пульса, равномерное и обычно не резкое вздутие живота, отсутствие газов и стула. При прогрессировании все симптомы нарастают медленно и иногда клиническая картина надолго остается в фазе мучительного метеоризма и вздутия кишек. В дальнейшем боли и метеоризм усиливаются, рвота, иногда, каловая, учащается, живот резко и куполообразно вздувается, напряжение и болезненность его нарастают, пульс становится нитевидным, частым, дыхание поверхностным, газов и стула нет, несмотря на все предпринимаемые мероприятия; в брюшной полости при аускультации мертвая тишина. В дальнейшем прогрессировании заболевания картина общего перитонита с роковым исходом.

Трудность не в распознавании илеуса, а в поведении врача у постели больного. Здесь, со стороны врача, как никогда, нужна сугубая бдительность, точная и своевременная оценка развивающихся явлений.

Задачами лечения паралитической непроходимости кишек является: дать немедленный отток застоявшемуся кишечному содержанию и вернуть кишечнику его тонус и функциональную способность. Арсенал терапевтических средств редко оказывается действительным, чаще приходится прибегать к активным оперативным мероприятиям. И такой операцией, по нашему мнению, является энтеростомия. Энтеростомия при п. о. парезах кишек — жизнеспасительная операция, оправдана экспериментом и проверена клиникой. Чрезвычайно интересны в этом отношении опыты Whipple, Stone, Berenheim, Essau, доказавших экспериментально-витаальную ценность энтеростомии. Они перевязкой изолировали петлю кишки и вызывали у нормального животного явления непроходимости. Затем вводили в изолированную кишку дренаж, животное оправлялось и жило месяцами. Не то ли делает хирург, накладывая каловый свищ. Клиника полностью подтвердила эксперимент.

О целесообразности частичной разгрузки кишечника при парезах его писал еще Анротен (1893 г.). Melchior в частичной разгрузке кишечника видел могучее средство борьбы с парезом кишек. Melchior пишет: „Есть начальный общий паралич кишек, при котором перистальтика хотя и исчезла, но достаточно частичной разгрузке, чтобы восстановить проходимость“. В подтверждение он ссылается на вышеприведенный случай с проф. Титце. За целесообразность частичной разгрузки парализованного кишечника говорит и случай из Тюбингенской клиники, где опорожнение кишечника через проколы в нескольких местах вернуло функциональную способность его.

Энтеростомия в клинику вошла в 1838 году. Manod первый произвел ее у больного с явлениями илеуса. Но вскоре же была оставлена и нужен был авторитет Кохера, чтобы она снова вошла в клинику. Doyen, Heidenheim, Gebhard, Raue, Hoffmann, Hübener, Ali Krogius, из русских авторов: проф. Греков, Назаров, Грегори, Зыков, Оглоблина, Короткевич и др. широко применяют и настойчиво рекомендуют ее в случаях нарастающего пареза кишек. Особенно горячим сторонником энтеростомии является Melchior. По его мнению „эта операция (энтеростомия) не должна делаться *à-banquet*, а представляет собой операцию довольно разумную и имеющую виды на успех“. Ali Krogius энтеростомию сравнивает с трахеотомией. В большом ходу она у американских хирургов, в частности в клинике Mayo. Насколько энтеростомия популярна среди немецких хирургов, видно из замечания Петерса: „Интернисты укоряют хирургов в том, что они также охотно делают энтеростомию, как терапевты дают касторовое масло“. Заслуживают внимания отзывы о ней наших отечественных хирургов. Проф. Греков на I-м Всеукраинском съезде хирургов в прениях по поводу илеуса заявил: „Я должен категорически высказаться в пользу „неопратных“ кишечных свищей, спасительных для часто безнадежных больных и предостеречь от того радикализма при илеусе, к которому зовет Оппель“. Грегори, выступая на XIX-м съезде русских хирургов говорил: „При неослабевающих явлениях илеуса, несмотря на устранение препятствия и восстановления проходимости, последовательные оперативные вмешательства, в виде простой кишечной фистулы, могут иногда спасти организм, обреченный, казалось, на верную гибель“. Назаров в докладе на XVI съезде русских хирургов указывал: „В случаях наличия парезов кишек с явлениями илеуса у больных, перенесших перед тем операцию чревосечения, энтеростомия может быть операцией жизнеспасительной“. Того же мнения об энтеростомии Оглоблина, Короткевич и другие. Это единодушие авторов объяснимо, так как энтеростомия: 1) обычно уже в первые часы освобождает кишечник от застоявшегося, обычно высоко токсичного, содержимого, — прекращается интоксикация организма; 2) уменьшает метеоризм, исчезают перегибы, вызванные вздутием, предупреждается опасность образования спаек и перехода динами-

ческой непроходимости в механическую; 3) представляет малую травму, что весьма важно, так как делается у больных, уже перенесших операцию, иногда тяжелую; 4) во всех случаях осуществима под местной анестезией, что также весьма ценно, так как оперировать приходится на уже истощенном пациенте; 5) технически проста, выполнима в условиях мало оборудованных хирургических отделений рядовым хирургом. Длительность последующего лечения, затягивающегося иногда на многие месяцы, неприятное состояние больных для себя и окружающих, эти и все другие отрицательные стороны энтеростомии окупаются указанными преимуществами ее. Что касается неуспеха, который наблюдали некоторые хирурги при энтеростомии, в большинстве случаев он должен быть отнесен на поздний срок наложения ее, но не на самую операцию. Энтеростомия, своевременно сделанная, спасает больным жизнь, обреченным иногда на верную гибель.

Круг показаний для энтеростомии должен быть расширен. Энтеростомия — могучее средство в руках хирурга и при таких формах непроходимостей, в основе которых лежат механические или органические изменения, могущие подвергнуться обратному развитию. Сюда относятся илеусы на почве спаек, илеусы на почве анастомозитов, сигмоидитов после резекции кишек. Для иллюстрации считаю необходимым привести следующие случаи, прослеженные в нашей клинике и случай из Хирургической клиники проф. Боголюбова В. Л., опубликованный д-ром Садовским.

Наши случаи. Б-ной Х-ов, 47 лет, рабочий, доставлен в клинику каретой скорой помощи с диагнозом *hernia femoralis in cancer*. Заболел 4 дня назад, появились резкие боли в животе и припухлость в правой паховой области. Боли постепенно все усиливались, прекратился стул, присоединилась рвота, перестали отходить газы, что и вынудило больного вызвать врача скорой помощи. Status praesens: лицо осунувшееся, язык резко обложен, живот вздут, напряжен, болезнен, на глаз видна перистальтика кишечных петель, особенно справа и в верхнем отделе живота. Ниже правой паупертовой связки — опухоль с голубиное яйцо, плотная, болезненная, невправляющаяся, кожа над опухолью не изменена. Газы не отходят. Стула нет три дня Пульс—64, напряжен. Со стороны остальных органов — особых уклонений от нормы не обнаружено. Операция под местной инфильтрационной анестезией (проф. Гусынин) *Herniotomia, Resectio intestini ilei* (конец в конец). Первые два дня после операции самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб нет. Живот мягкий. Р—70, Т—нормальна. 3-й день — жалобы на боли, вздутие живота. Р—84, правильный. Однократная рвота. Живот равномерно вздут, напряжен, повсюду болезнен. Газы не отходят. Сифонная клизма — без результата. 4-й день — состояние ухудшилось. Ночью повторно обильная рвота, боли интенсивнее, вздутие и напряжение живота больше, газы не отходят. Р—102 — слабого наполнения. Сифонная клизма также без результата. 5-й день — все явления усилились. Состояние больного резко ухудшилось. Операция — энтеростомия под местной анестезией. На операционном столе с шумом отошли газы и выделилось немного жидких каловых масс. К вечеру и ночи того же дня обильное выделение из свища каловых масс, состояние б-ного значительно улучшилось. Последующее течение: через 2 дня исчезли боли, метеоризм. На 3-й день отошли газы *per anum*, на 11-й день каловый пассаж *per anum*. С 11-го дня с периодическими задержками стул *per anum*, выделения из калового свища — незначительные. В дальнейшем течении б-ной проделал 7-х стороннюю пневмонию. Выписался из клиники в удовлетворительном состоянии на 87-й день. Каловый свищ самостоятельно закрылся. Б-ной в настоящее время чувствует себя хорошо.

Случай 2-й. Б-ная Ч-ва, 27 лет, домашняя хозяйка. Доставлена в Клинику 2/II 33 г. с явлениями острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, каловая рвота, частый и слабый пульс, бурная видимая на глаз перистальтика кишек, отсутствие газа и стула. Раньше подобных приступов не было. В анамнезе боли в животе, хронические запоры, хронический аппендицит, туберкулезный перигонит, по поводу которого б-ная дважды лечилась. Со стороны легких понижение обеих верхушек — сужение полей Kröniga, бронхиальное дыхание над правой верхушкой и ослабленный выдох над левой. Со стороны сердца — явления миокардита. Общий *habitus phthisicus*. *Laparotomia* под

ингаляционным эфирным наркозом (проф. Гусынин); данные операции: перистальная брюшина на всем протяжении припаяна к серозе тонких кишек. Тонкие кишки в обильных сращениях, на отдельных участках их бугорчатые поражения. На ревизии брюшной полости лапаротомия закончена. Дополнительный разрез в правой илео-цекальной области. Энтеростомия. Вышло незначительное количество газов и жидкого кала. На другой день после операции общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, на третий день газы per anum, на 24-й день — стул после клизмы. На 42-й день — стул самостоятельный. В дальнейшем стул самостоятельный через 1—2 дня, из свища — выделения незначительные. Выписалась на 65-й день в общем удовлетворительном состоянии со свищем. Через два месяца свищ закрыт по способу Сапожкова. Общее состояние 6-ной хорошее, значительно прибавила в весе. Таким образом, в 1-м случае энтеростомия спасла жизнь 6-ному, во 2-м — ликвидировала у больной явление острой кишечной непроходимости, избавила больную от хронических запоров и болей. В высшей степени демонстративным является случай, опубликованный д-ром Садовским из Хирургической клиники проф. Боголюбова. Приведу подробнее этот случай, заслуживающий исключительного внимания.

17 ноября 1928 г. в Хирургическую клинику доставлен каретой скорой помощи 6-ной Шов, 42 лет, чернорабочий. Диагноз *ulcus ventriculi perforativa*. Операция *laparotomia* под смешанным хлороформным наркозом (Гусынин). В области малой кривизны желудка, в препилорической части круглое прободное отверстие величиной с горошину, откуда непрерывно выделяется желудочное содержимое. Кисетный шов на отверстие и ряд добавочных погружных узловатых швов. В верхний отдел раны вставлены тампоны, подвешенные к малой кривизне. Послойное ушивание брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. На 16-й день бурно развились явления непроходимости. В тот же день вечером экстренная релапаротомия под общим смешанным ингаляционным наркозом. На операции найдено: петли кишек спаяны между собой и с пристеночной брюшиной, особенно в области малого таза, образуя сплошной конгломерат. В илео-цекальной области довольно массивный тяж вызвал перетяжку и перегиб тонкой кишки. Выше этого места кишки растянуты, ниже его в спавшемся состоянии. Тяж рассечен. Разделение кишек от спаек друг с другом оказалось совершенно невозможным, так как при этом рвалась серозная оболочка кишек. Операционная рана зашита наглухо. Добавочный разрез в правой подвздошной области. Наложена энтеростомия. Послеоперационное течение: через свищ выделяется жидкий кал, на 12-й день — самостоятельный стул. В дальнейшем стул сначала через день. Через 2 месяца 6-ной выписался со свищем, из которого выделялось лишь небольшое количество слизистого выделяемого. Больной выписался с тем, чтобы спустя некоторое время, если свищ не закроется, обратиться в клинику. Однако, операция оказалась неотложно необходимой раньше, чем больной собрался к ней прибегнуть. Через 2 месяца больной в третий раз срочно доставлен в клинику с диагнозом: внедрение участка тонкой кишки в тонкую с выпадением через свищ и ущемлением в свищевом отверстии. Операция — лапаротомия (Гусынин) под общим смешанным наркозом. Правый параректальный разрез. Кишки найдены в нормальном состоянии без всяких между ними спаек (курсив наш). Произведено: резекция с эвагинацией через свищ резецированных отрезков кишки. Этот 3-й случай, прослеженный на операции, бесспорно убеждает в возможности обратного развития процессов в брюшной полости после операции энтеростомии. Все три случая еще раз подтверждают жизненную ценность энтеростомии при паралитической непроходимости и при непроходимости на почве свежих пластических перитонитов с преобладанием пареза кишек.

Техника энтеростомии проста и общеизвестна. Каловый свищ может быть наложен в любом месте живота, но предпочтительнее его накладывать в правой подвздошной области, где по состоянию слепой кишки лучше руководствоваться о локализации препятствия и распространенности кишечных паралитических явлений. Далее, каловый свищ следует накладывать возможно дальше на дистальном отрезке кишки, ближе к месту впадения в цекум, т. е. главным образом, в той же в правой подвздошной области.

На основании литературных данных, данных эксперимента, клиники и прослеженных случаев операций энтеростомии в нашей клинике позволим сделать следующие выводы:

1. Энтеростомия — жизнеспасительное средство в случаях послеоперационных паралитических илеусов.

2. Энтеростомия показана также для случаев илеусов, вызванных временным закрытием или сужением просвета кишки, вследствие воспалительных изменений в ней (спайки, анастомозиты), повлекших непроходимость и могущих подвергнуться обратному развитию.

3. Энтеростомия технически простая операция, доступна широкому кругу хирургов, выполнима в малооборудованных хирургических отделениях, что еще более выдвигает ее как ценный оперативный метод в грозных и тяжелых случаях послеоперационной непроходимости кишек.

Литература: 1. Проф. Г. Шаде „Физическая химия во внутренней медицине“. 2. Классические руководства по оперативной гинекологии. 3. Бир, Браун, Кюммель — оперативная хирургия. 4. Труды XVI Съезда российских хирургов. 5. Труды XIX Съезда российских хирургов. 6. Классические руководства по частной хирургии. 7. И. А. Бонч-Осмоловский — Вест. Хирург. 1931 г., кн. 70—71. 8. Козырев — В. Х. и П. О., 1927 г., кн. 32. 9. А. Г. Броун — В. Х. и П. О., 1929 г., кн. 48—49. 10. А. А. Немилов и Н. Д. Перумова — В. Х. и П. О., 1929 г., кн. 63. 11. С. Жуков — Вр. обозрение, 1923 г., № 6. 12. А. А. Короткевич — Б-л. медиц. думка. 1928 г., № 1. 14. Бакушинский — В. Х. и П. О., кн. 47. 15. С. И. Спасокукоцкий — Вест. совр. медицины, 1928 г., № 2. 16. В. Н. Смотров и А. Е. Успенский — Терапев. арх., 1930 г., № 4—5. 17. И. И. Садовский — Каз. мед. журн., 1929 г., № 10. 18. Кубанская научная мысль, 1928 г., №№ 7 и 8.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. П. Маненков).

Опыт применения новокаинового блока при некоторых гинекологических заболеваниях¹⁾.

Проф. П. Маненков и асп. Е. И. Горелова-Бикчурина.

Трудами школы проф. Сперанского дано новое понимание этиологии, патогенеза, клиники и терапии патологических процессов. Эти труды устанавливают, что 1) многие и разнообразные патологические процессы в своем происхождении целиком обязаны нервным воздействиям и 2) нервно-трофический компонент входит как основной, во все без исключения патологические процессы, являясь от начала до конца фактором, определяющим их состояние²⁾. В результате намечаются новые пути воздействия на течение патологических процессов. Становится очевидным, что, вызвав перестройку внутривнервных отношений, можно так или иначе изменить течение патологического процесса. В поисках вмешательств, способствующих пере-

¹⁾ Доложено в акушерско-гинекологической секции IV научного съезда врачей Татарии.

²⁾ Сперанский А. Л. Нервная трофика в теории и практике медицины. Сборн. стат., Ленинград, 1934 г.

стройке взаимных отношений отдельных частей нервной системы, проф. Сперанский столкнулся с методом местной анестезии. Независимо от него, к этому времени проф. Вишневский, разработавший свой метод местной анестезии при хирургических операциях, подметил в клинических наблюдениях благотворное влияние анестезии новокаином на течение некоторых патологических процессов и предложил для воздействия на нервную систему ряд вмешательств под названием „новокаиновый блок“. Из этих вмешательств особого внимания, по мнению Сперанского, заслуживает способ новокаинового блока симпатической нервной системы поясничной области, как фактор, могущий перестроить сложившиеся внутри нервной сети комбинации и тем самым воздействовать на течение патологического процесса. Широко поставленное, по инициативе Сперанского, применение этого способа в области хирургии, офтальмологии и стоматологии показало благоприятное влияние блока на ход различных патологических процессов различных областей человеческого тела, как то: трофических язв, самопроизвольной гангрены, язв желудка и различных форм воспалительного процесса, в особенности острого³⁾.

Указанные данные побудили нас испробовать новокаиновый блок для лечения некоторых гинекологических заболеваний и прежде всего воспалительных процессов у стационарных б-ных. С этой целью нами применены 3 способа блокады: 1) новокаиновый блок симпатической нервной системы поясничной области⁴⁾, циркулярный блок в окружности участка поражения и 3) блок нервной системы крестцовой области, путем пресакральной анестезии. Блокирование производилось $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$ % растворами новокаина на Рингеровской жидкости, приготовляемой в клинике проф. Вишневского. При применении блока не отменялось и обычное лечение, назначаемое в случае данного заболевания. В своих наблюдениях мы учитывали пока только клинические данные.

Всего новому виду вмешательства подвергалось 30 гинекологических больных, из которых у 20 был применен блок поясничной области, у 8— пресакральный блок и у 2—циркулярный.

Из 20 б-ных первой группы 18 страдали острыми и подострыми воспалительными процессами придатков матки и тазовой брюшины, 1—второй беременных и 1—краурозом вульвы. Все 8 б-ных второй группы имели воспалительные процессы внутренних гениталий. Две б-ных третьей группы страдали язвой влажной части выпавшей матки.

Приведем кратко несколько наблюдений из первой группы случаев.

Случай 1-й. Б-ная Г., 20 лет, обостренный двухсторонний с.-оофорит; жалуются на боли в пахах и запоры. В течение 9 дней применялось обычное рассасывающее лечение (спринцевание и томпоны). В виду отсутствия улучшения, на 10-й

³⁾ Вишневский А. В. Новокаиновый блок нервной системы, как метод воздействия на трофические расстройства тканей; он же. Местная анестезия, как метод изучения и терапии воспалительных процессов; Чирковский В. В. Нервный компонент в патогенезе кератита; Варбель И. Э., Вишневский А. А., Дымшиц Л. А. Микаэлян Р. К., Чирковский В. В. Нервная трофика в патогенезе и клинике кератитов; Глушков П. А. К вопросу о нейтрофической природе „альвеолярной пиорреи“. Сборник статей под ред. проф. Сперанского А. Л., Ленинград, 1934.

⁴⁾ Вишневский А. А. Техника новокаинового блока симпатической нервной системы поясничной области. Сборник ст. „Нервная трофика в теории и практике медицины“. Ленинград, 1934 г.

день влило в левую окологпочечную клетчатку 35 куб. сант. $\frac{1}{8}$ % раствора новокаина. Вскоре после инъекции уменьшились боли, особенно в левом паху и стало ежедневно слабеть. Картина местных изменений осталась прежней. Почувствовав субъективное улучшение, б-ная, спустя три дня после блока, выписалась из клиники.

Случай 2-й. Б-ная Б., 43 лет, страдает подострым воспалением правых придатков матки; $t=38^{\circ}$ — 39° , боли в правом паху. Вначале назначен покой и холод на низ живота; t упала до N , после чего назначены спринцевания; боли продолжают. На 15-й день пребывания в к. к. б-ной введено в правую поясничную область 30 куб. сант. $\frac{1}{8}$ % раствора новокаина. Вскоре после вливания усилились боли в правом паху и появилась рвота, к вечеру t повысилась до $38,8^{\circ}$; к ночи боли резко уменьшились. В дальнейшем t упала, боли—незначительны, самочувствие лучше, чем до блока; объективно—без перемен. Б-ная просит сделать еще раз блок.

Случай 3-й. Б-ная Г., 33 лет, страдает подострым воспалительным процессом правых придатков и экссудативным задним периметритом. Больна около 1 мес. и жалуется на боли внизу живота. Не уступающие обычным противовоспалительным лечебным средствам боли побудили нас на 6-ой день пребывания б-ной в клинике сделать новокаиновый блок (30 к. с. $\frac{1}{8}$ % раствора) левой поясничной области. Реакции на инъекцию не было, боли уменьшились, самочувствие улучшилось. Б-ная просит повторить вливание новокаина.

Случай 4-й. Б-ная В., 25 лет, страдает острым двусторонним с.-оофоритом и экссудативным задним периметритом. Больна 1 мес. и жалуется на боли, запоры и повышение t . С промежутком в 6 дней сделано одно за другим два вливания в поясничную область—сначала слева 35 куб. сант. $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина, а затем справа 100 куб. сант. такого же раствора. После первого вливания отмечалось усиление болей, а после второго—картина коллапса. Через 5 дней после второго вливания выявилось субъективное и объективное улучшение.

Случай 5 й. Б-ная М., 27 лет, поступила с жалобой на сильную рвоту при наличии 5-недельной беременности. Рвота появляется приступами. Была беременна 23 раза. Первая беременность закончилась нормальными родами, остальные 22—искусственными абортми. К абортми прибегала вследствие чрезмерно сильной рвоты. Со стороны мочи и кровяного давления изменений не найдено. В день поступления в клинику б-ной введено внутривенно 5 куб. сант. 10 % раствора хлористого кальция—рвота продолжается. На другой день—поясничный блок справа 100 куб. сант. $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина. Через 2 дня после блока рвота стала появляться все реже и реже, осталась тошнота. Больная выписалась, и беременность продолжается. Находилась б-ная под наблюдением до 5 мес. беременности.

Случай 6 й. Б-ная М., 58 лет, поступила в клинику с жалобами на нетерпимый зуд в наружных половых органах, прилив крови и приступы пота в верхней части туловища, а также сильные головные боли. Диагноз *scouris vulvae*. Больна 13 лет и безуспешно лечилась всякими средствами, вплоть до рентгенизации. Введено в левую поясничную область 100 куб. сант. $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина. Вскоре после блока сильная головная боль и похолодание конечностей. В дальнейшем зуд стал реже и слабее, но окончательно не исчез. Больная ушла из-под наблюдения.

Подводя итог первой группе наших наблюдений, мы можем отметить, среди 20 случаев применения (в 12 случ.—однократного, в 8 случ. двукратного) новокаинового блока поясничной области, ближайшее субъективное и объективное улучшение в 5 случаях, ближайшее субъективное улучшение в 9 случ., и без перемен в 6 случ. Реакция, вскоре после блока, выявилась в половине всех случаев, причем в резкой степени (коллапс и одышка) в 5 случ.

Восемь больных второй группы, страдавшие острыми и подострыми воспалениями матки, ее придатков и тазовой брюшины, получили повторные (2—3) инъекции, с промежутками в 15—18 дней, 35—45 куб. $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина в пресакральную клетчатку. Техника инъекции та же, что и при пресакральной анестезии по методу проф. А. В. Вишневого. Из восьми больных этой группы только 2 дали субъектив-

ное и объективное улучшение. При этой форме новокаинового блока не наблюдалось реакции с расстройством дыхания и сердечной деятельности. Только в некоторых случаях вскоре после инъекции повышалась температура и усиливались боли.

Особо эффектный результат мы получили в 3-ей, к сожалению, малочисленной, группе наших наблюдений над применением циркулярного новокаинового блока в окружности трофической язвы на влагалищной части выпавшей матки. Приведу один из случаев этой группы:

Гр. Ж., 57 лет, имела на влагалищной части выпавшей матки типичную пролежневую язву, размером 3×5 сант.; с крутыми краями и гладким покрытым гноем дном, лишенным грануляций. Такие язвы обычно требуют при подготовке больной к операции длительного ($1/2$ -3-нед.) лечения. Данной больной был произведен в окружности язвы, отступая на $1-1/2$ сант. от края, циркулярный новокаиновый блок, состоявший в инъекции под слизистую 60 куб. сант. $1/4\%$ раствора новокаина. При осмотре на 3-й день после инъекции обнаружено, что язва почти исчезла, превратившись в маленькую эпителизирующуюся трещину.

Подытоживая наши ориентировочные чисто клинические наблюдения над применением новокаинового блока при некоторых гинекологических заболеваниях, мы признаем, что этот вид терапии должен обратить на себя внимание акушеров-гинекологов. Он, не будучи панацеей, оказывает наряду с другими лечебными средствами известный лечебный эффект, механизм которого еще неполно изучен. Особенно заметное действие обнаруживает поясничный новокаиновый блок. Действие это при воспалительных процессах женских гениталий выявляется прежде всего в уменьшении боли. Эффект применения блока в наших наблюдениях не так велик, как на то указывают некоторые авторы при воспалительных процессах других областей человеческого тела. Несомненно, что этот вид терапии дает разительный лечебный эффект при пролежневых язвах полового канала, которые нужно отнести к категории трофических язв. Для успеха в применении этого средства нужны осторожность, разработка показаний, техника и дозировка. Требуют объяснения и предупреждения имевшиеся в наших наблюдениях случаи своеобразной реакции на блок. Нельзя умолчать и о том, что объективное изучение влияния этого метода на гинекологические заболевания сопряжено со значительными трудностями, т. к. многие гинекологические патологические процессы малодоступны непосредственному наблюдению.

В заключение выражаем благодарность дру В. И. Шеничкикову за практическое ознакомление с техникой поясничного блока.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. Директор—заслуженный деятель науки
проф. А. В. Вишневский.

Чувствительность к боли при операциях под местной анестезией по методу проф. А. В. Вишневского.

В. И. Пшеничников и М. Х. Шалунов.

В симптоматологии заболеваний боль всегда привлекала внимание исследователей. В последние годы появилось много работ, посвященных проблеме боли. Последняя имеет актуальное значение в оценке метода обезболивания при хирургических операциях.

Чувствительность к боли значительно варьирует, нередко завися от многих эндо и экзогенных факторов. Ввиду этого, поведение больного, в особенности, с повышенной чувствительностью к боли, во время операции под местной анестезией может дискредитировать метод обезболивания.

В нашей клинике почти все хирургические операции проводятся под местной анестезией проф. А. В. Вишневского. На протяжении ряда лет, при операциях решительно во всех областях человеческого тела, за самым редким исключением, мы почти не встречали больных, которые бы жаловались на боли во время операции. Желание осветить методику местной анестезии проф. А. В. Вишневского и с этой стороны побудило нас исследовать чувствительность к боли у наших больных перед операцией и сопоставить эти данные с поведением их во время операции.

Предложено много способов определения чувствительности к боли, но среди них наиболее простым и достаточно точным является способ, предложенный E. Libman'ом (The Journ. Amer. Med. Ass. 1934, Vol. 102, № 2), на основании опыта тридцатилетнего наблюдения. Способ этот состоит в следующем. Большой палец руки слегка надавливают в области верхушки *pr. mastoidei*, затем, передвинув палец несколько вперед с такой же интенсивностью надавливают на *pr. styloideus*. Давление на нормальный *pr. mastoideus* безболезненно и служит для контроля; давление же на *pr. styloideus* у некоторых больных вызывает ощущение сдавливания и боли в различной степени (последние обусловлены давлением на веточку *n. auricularis magni*, пересекающую шиловидный отросток). Соответственно тому, как реагируют на пробу Libman'a больные, они делятся на три группы: 1. 0 sensitive, 2. + sensitive, 3. +++ sensitive. К первой группе (0) относятся больные, которые совершенно не реагировали при давлении на *proc. styloideus*, ко второй группе (+)—больные, которые испытывали при этом давление пальца или слабую боль, к третьей группе (+++)—больные, отмечающие при исследовании сильную боль.

К первой и второй группе относятся больные с пониженной чувствительностью к боли и к третьей—больные, с повышенной чувствительностью к боли. По Libman'у 30—40% больных обладают пониженной чувствительностью к боли.

За промежуток времени—около года—мы произвели пробу Libman'a, с обеих сторон, у 250 больных до операции и затем тщательно регистри-

ровали поведение больных во время операции. Результат этого исследования приводится в таблице:

Операции	Количество	Проба до операции			Соответствие жалоб и поведен. во время опер.			Несоответствие в сторону,		
		0	+	+++	0	+	+++	0	+	+++
Резекция желудка и ГЕА	42	23	16	3	22	3	—	15	2	—
Аппендектомия	83	54	26	3	50	9	—	22	2	—
Грыжесечение	43	26	16	1	23	3	—	16	1	—
Операции на почках	9	6	3	—	5	—	—	3	1	—
Ампутация груди.железы(рак)	10	8	2	—	8	1	—	1	—	—
Операции на печени	4	2	2	—	2	1	—	1	—	—
Ампут прямой кишки (рак)	4	2	2	—	2	—	—	2	—	—
Надлобковое сечение моче- вого пузыря	3	2	1	—	2	—	—	1	—	—
Пробная лапаротомия	3	2	1	—	2	—	—	1	—	—
Водянка яичка	12	8	4	—	7	—	—	4	1	—
Прочие операции	3	22	15	—	18	3	—	12	4	—
Итого	250	155	88	7	141	20	—	78	11	—

Из таблицы видно, что большая часть больных у нас относилась к первой и второй группе. В большинстве случаев было соответствие пробы Libman'a и поведения больных во время операции; несовпадение чаще всего было в направлении O—sensitive. Во всех случаях, с обеих сторон, проба Libman'a была одинакова.

Это исследование свидетельствует об эффективности методики местной анестезии проф. А. В. Вишневого при хирургических операциях.

Из Краевого микробиологического института ТНКЗ (директор ин-та д-р С. Ф. Немшилов, научный консультант проф. Р. Р. Гельтцер) и лаборатории кафедры микробиологии Казанского госуд. медицинского института (завед. кафедрой проф. Р. Р. Гельтцер).

Опыты культивирования сыпнотифозного вируса¹⁾.

Проф. Р. Р. Гельтцер и д-р С. Ф. Немшилов.

(Сообщение 1).

Вопрос о возможности выращивания фильтрующихся вирусов *in vitro* на непатогенных микроорганизмах в отношении вируса оспенной вакцины разрешен Зильбером и Востроуховой и вируса сыпного тифа — Зильбером и Доссер, Калиной и Данишевской.

При ознакомлении с предварительным сообщением Зильбера и Доссера в методе культивирования сыпнотифозного вируса на дрожжевых клетках, методе чрезвычайно простом, нам казались весьма заманчивыми те перспективы практического применения, которые открывались при возможности выращивания этого вируса *in vitro* в большом ряде генераций.

Приступая к опытам культивирования сыпнотифозного вируса на непатогенных микроорганизмах, мы остановились на дрожжах вида *Saccharomyces cerevisiae* — расы: М и II вид (дрожжей, примененных Зильбером, Востроуховой и Доссер для выращивания оспенной вакцины и сыпнотифозного вируса нам не был еще известен). В качестве питательной среды были взяты бульон по Готтингеру РН 7,6 и такой же бульон с прибавлением 1% глюкозы; в остальном мы придерживались методики, предложенной Зильбером и Доссер. Кровь сыпнотифозного больного в количестве 0,2—0,3 к. с. добавлялась к молодой, обычно 3—4-часовой к-ре дрожжей и затем выращивание происходило при 36°—37° в течение 8 суток. В дальнейшем производились пересевы 0,5 к. с. взболтанной к-ры на свежий бульон (10,0 к. с.). Дрожжи развивались, образуя осадок на дне, бульон не мутился, при взбалтывании дрожжи равномерно распределялись в жидкости в виде мелких и нежных хлопьев, быстро оседавших на дно. В к-рах на бульоне с 1% глюкозы осадок, состоявший из дрожжей, во много раз превышал по своему объему осадок, получавшийся на простом бульоне, и при взбалтывании жидкость оказывалась совершенно мутной.

Первый посев крови от больного сыпным тифом (10-й день болезни) был произведен 23 мая 1933 г. на вышеуказанные питательные среды с дрожжами *Saccharomyces cerevisiae* раса М. Одновременно же для контроля был сделан посев 0,3 к. с. крови на бульон (10,0 к. с.) без предварительного засева дрожжей. 2 к. с. одной из 8-ми суточных к-р первой генерации этого штамма на среде с глюкозой была заражена подкожно мор. свинка и одновременно таким же количеством контрольного посева — другая мор. свинка. На 10-й день после заражения у пер-

¹⁾ Доклад с демонстрацией препаратов на объединенной научной конференции Микробиологического ин-та, Кафедры микробиологии КГМИ и Кафедры бактериологии Гос. ин-та для усовершенствования врачей 13 января 1934 года.

вой м. свинки температура поднялась с $38,2^{\circ}$ до $41,1^{\circ}$, на следующий день t° $40,9^{\circ}$, затем пала критически несколько ниже нормы (37°); у второй м. свинки (контр.) на 10-й день после введения бульона с добавленной кровью t° $39,4^{\circ}$ (накануне t° — 39), на следующ. день t° — $39,2^{\circ}$. Таким образом большой подъем t° , правда только в течение двух дней, у м. свинки, зараженной к-рой и крайне незначительный подъем t° , в пределах обычных колебаний, у контрольной м. свинки, дали основание предположить, что, повидимому, вирус в к-ре дрожжей в противоположность вирусу на одном бульоне сохранился, хотя и претерпел какие-то изменения, так как продолжительность лихорадки была незначительной. Конечно, здесь играли роль новые условия среды для вируса и возможность не только сохранения, но и развития вируса на дрожжевых клетках должны были показать опыты на животных с к-рами дальнейшего ряда генераций.

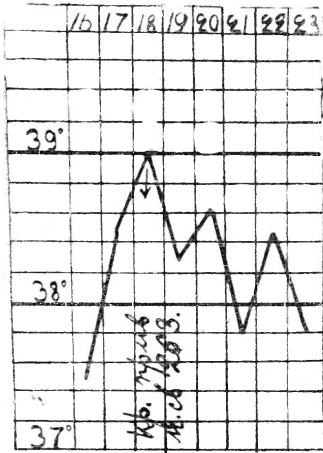
Ободренные этими, хотя и незначительными успехами, мы предприняли в дальнейшем ряд новых посевов крови от различных больных сыпным тифом. Следующий посев крови (II штамм) от больного сыпным тифом (9-й день болезни) был произведен на такие же среды с молодыми к-рами дрожжей *Saccharomycus cerevisiae*, расы М и II. В последующих опытах в связи с тем, что нам стала известной подробная методика выращивания сыпнотифозного вируса на дрожжах, предложенная Зильбером и Доссер, нами были предприняты опыты выращивания этого вируса и на кефирных дрожжах, при чем для сравнительного изучения ценности различных питательных сред и различного рода дрожжей, нами были взяты кроме бульона по Готтингеру и мясопептонного бульона рН 7,2, мясопептонный бульон рН 7,6, бульон с 0,5% лактозы и дрожжи: кефирные и вышеупомянутые расы М и II вида *Saccharom. cerev.* Всего было произведено еще 3 посева от больных: на 14 день бол. (шт. III), на 14-й же день бол. (шт. IV) и на 9-й день бол. (шт. V). В настоящем сообщении мы коснемся лишь результатов наблюдений, полученных при изучении к-р I и II штаммов, а данные наблюдений над культурами III, IV и V штаммов будут изложены во 2 ом сообщении.

Для характеристики культур сыпнотифозного вируса на дрожжах были заражены этими культурами м. свинки с целью изучения колебаний t° , кролики для выявления р. *Weil-Felix'a*, а для подтверждения специфичности лихорадки у м. св., появляющейся под влиянием заражения культурами, были предприняты прививки крови и мозга таких м. св. свежим м. свинкам и мозга кролика для получения агглютининов в отношении бац. *Proteus X₁₉*.

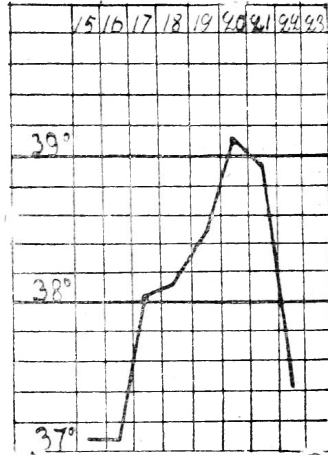
Кроме того м. св., зараженные к-рами, мозгом и кровью, в дальнейшем были испытаны на наличие активного иммунитета путем прививки пассажного вируса и, наконец, мозги зараженных м. св. были подвергнуты патолого-гистологическому исследованию. Заражение морских свинок 8-суточными к-рами производилось подкожно в количестве 2 к. с., кролики заражались к-рами интравенозно, сначала в количестве 1 к. с., а затем мы перешли на заражение 5 к. с. Мозг м. св. удалялся стерильно и готовилась взвесь в физиологическом растворе NaCl в отношении: на целый мозг 15 к. с. физиол. раств. NaCl. Взвесь мозга вводилась м. св. интраперитонеально в количестве 1 к. с., а кроликам в том же количестве интравенозно.

Заражение м. св. было произведено к-рами I штамма 16-й генерации и II шт. 15-й генерац. и одной культурой (на дрожжах р. М) в 24-й генерации. Повышение t° обычно отмечалось на 17-й день после заражения (в одном случае при зараж. к-рой II шт. 24 генерац. на 12-й день) в пределах от $0,8^{\circ}$ до 2° ; продолжительность лихорадки от 4 до 6 суток (чаще 6 суток). Во всех случаях заражения наблюдалось падение веса животных.

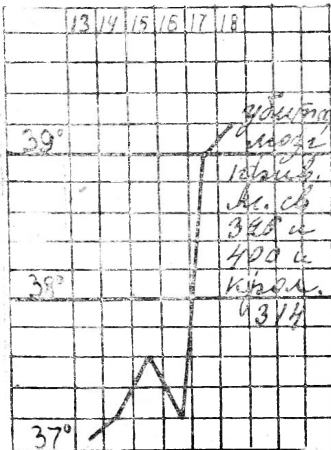
Температурные кривые мор. свин., зараженных к-рами.



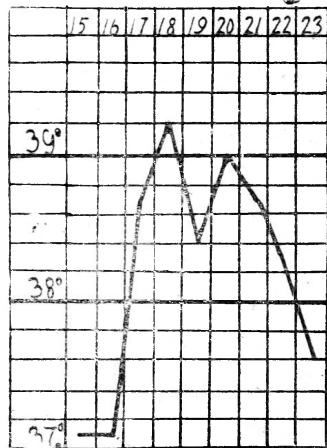
Св. № 142. Зараж. к-рой 53 (I шт.) 16-ой генер.



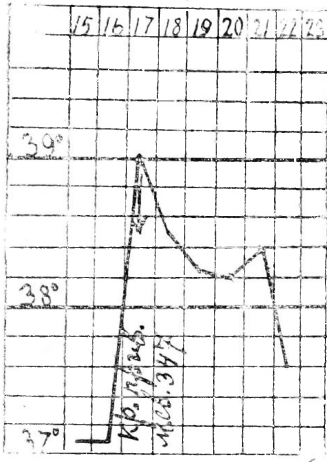
Св. № 200. Зараж. к-рой 52 (I шт.) 16-ой генер.



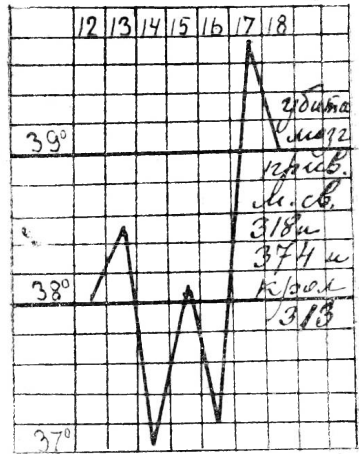
Св. № 141. Зараж. к-рой 78 (II шт.) 15-ой генер.



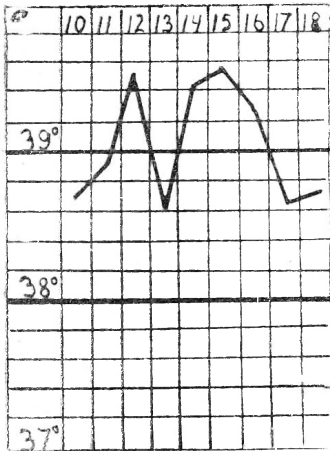
Св. № 113. Зараж. к-рой 79 (II шт.) 15-ой генер.



Св. № 165. Зараж. к-рой 80 (II шт.)
15-ой генер.



Св. № 204. Зараж. к-рой 81 (II шт.)
15-ой генер.



Св. № 358. Зараж. к-рой 123 (II шт.)
24-ой генер.

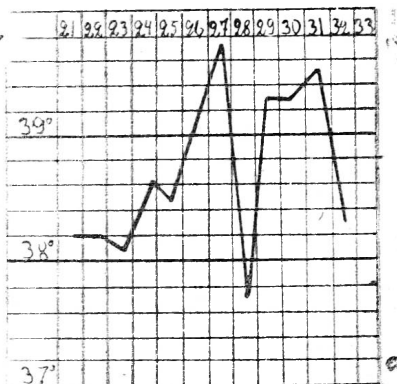
Контрольные животные, зараженные подкожно 2 к. с. 8-суточной культуры чистых дрожжей или не вызвали вовсе изменений температурной кривой, или же в некоторых случаях давали подъем t° , доходящий до $39,6^{\circ}$ с размахом колебаний t° в $1^{\circ}-2^{\circ}$, но в таких случаях это повышение t° , как реакция организма на введенные дрожжи, появлялось, как правило, на 2—3 день после введения к-ры и длилось обычно не более 1—3 дней.

При рассмотрении температурных кривых м. св., зараженных к-рами вируса, необходимо отметить некоторую атипичность этих кривых, несколько укороченную продолжительность лихорадки и длительный инкубационный период, за исключением одного случая, когда, вместо обычных 16 суток, мы имели 11 суток. Сопоставляя эти данные в отношении продолжительности лихорадки с данными, полученными в опыте заражения к-рой 1-й генерации, где продолжительность лихорадки составляла только 2 дня, можно сделать вывод, что вирус не только сохраняется, но, приспособившись к новым условиям существования, начинает развиваться и наблюдения над к-рой II шт. 24 генер. подтверждают это предположение, так как в этом случае инкубационный период оказался менее длительным, чем в опыте с к-рами 15 генерации.

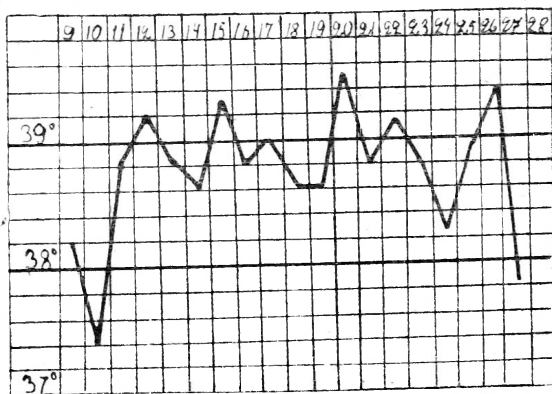
Теперь мы перейдем к рассмотрению опытов заражения м. св. кровью и мозгами м. св., зараженных к-рами вируса. Кровь добывалась при пункции сердца, дефибрировалась и вводилась интраперитонеально в количестве 1,0—1,5 к. с.

У мор. свин., зараженных кровью или мозгом (2-й пассаж), повышение t° отмечалось на 11—18 день после заражения и только в одном случае на 24-й день (кровь взята на 2-й день повышения t°) в пределах от 0,8 до 1,5 $^{\circ}$, продолжительность лихорадки 7—15 суток (чаще 8 суток). Падение веса тела свинок отмечалось во всех случаях заражения.

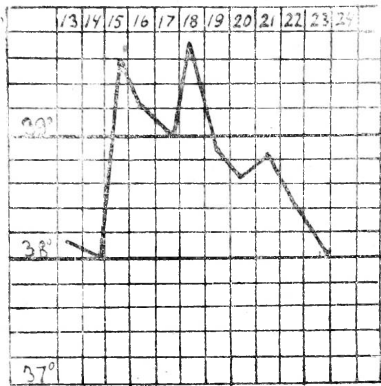
Температурные кривые мор. свин., зараженных кровью и мозгом.
(2-ой пассаж).



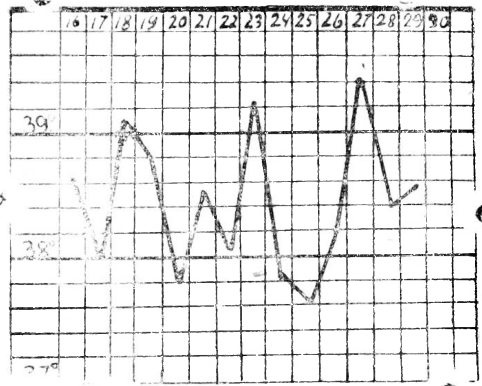
Св. № 263. Зараж. кровью м. св. № 142.



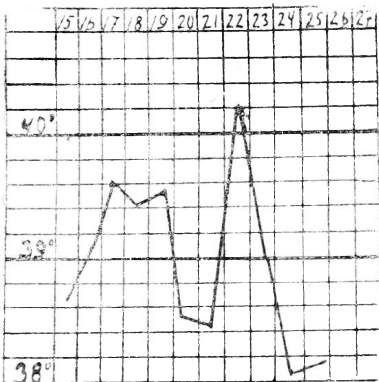
Св. № 326. Зараж. мозгом м. св. № 141.



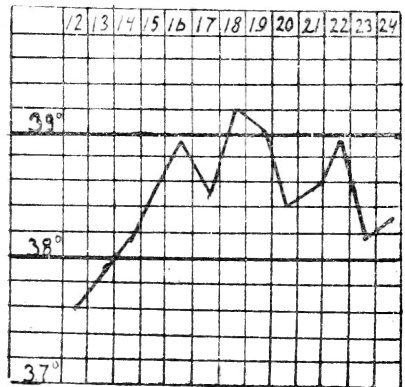
Св. № 400. Зараж. мозгом м. св. № 141.



Св. № 347. Зараж. кровью м. св. № 165



Св. № 318. Зараж. мозгом м. св. № 204.



Св. № 374. Зараж. мозгом м. св. № 204.

Эти опыты показывают нам, что культуральный вирус возможно пассировать, при чем инкубационный период иногда несколько сокращается и продолжительность лихорадки увеличивается. Специфичность лихорадки находит себе подтверждение в нижеприводимых опытах заражения мозгом некоторых свинок кроликов, которые дали при этом положительную реакцию Weil-Felix'a с титром до 1:50.

Опыты на кроликах.

Для доказательства наличия сыпнотифозного вируса в наших к-рах нами был заражен ряд кроликов, у которых, как известно, эта инфекция протекает в скрытом виде, но при этом появляется положительная реакция Weil-Felix'a обычно с титром 1:40 или 1:60 и лишь в редких случаях с более высоким титром.

Заражение производилось как культурами, так и мозгом мор. свинок, зараженных к-рами. Кроме того для контроля кроликам были введены интравенозно чистые 8-суточные к-ры дрожжей.

Первоначальные опыты заражения 1 к. с. к-р не дало положительных результатов: появление слабоположительной реакции (+) при разведении сыворотки 1:10 с „0“ формой *proteus X₁₉* у кролика № 13 не убедительно, так как в такой же степени была получена реакция и у контрольного кролика, которому были введены одни дрожжи.

При заражении же к-рами в количестве 5 куб. см. мы получили на 15 день слабоположительную реакцию с формой *OX₁₉* при разведении сыворотки 1:5 и 1:10, в дальнейшем отмечалось нарастание титра и на 35-й день можно было определить положительную реакцию Weil-Felix'a, как с формами *OX₁₉*, так и *HX₁₉* при разведении сывороток 1:20 и 1:50, при чем более резко выраженной по своей интенсивности оказались реакции с формой *OX₁₉*.

У контрольного кролика появилась слабоположительная реакция (+), но при разведениях сыворотки, не превышающих 1:10.

При интравенозном заражении кроликов 1 к. с. взвеси мозга (1:15) морских свинок, зараженных к-рами вируса, можно было также отметить появление положительной реакции Weil-Felix'a и дальнейшее нарастание титра к 35 дню.

Результаты всех этих опытов приведены в таблице (см. стр. 1174-1175).

Кролик № 216 был заражен взвесью мозга морской свинки, зараженной пассажным вирусом (3-й пассаж), полученным нами при заражении м. св. кровью сыпнотифозного больного. В этом случае сыворотка кролика дала положительную реакцию Weil-Felix'a на 15-й день при разведении 1:20 и дальнейшее нарастание титра, при чем на 35-й день р. оказалась положительной при разведении 1:100.

Таким образом, на основании полученных результатов опытов заражения кроликов, мы можем сказать, что в наших к-рах действительно содержится сыпнотифозный вирус и что повышение t° у морских свинок, зараженных этими к-рами, также вызвано сыпнотифозным вирусом, т. е. лихорадка является специфической.

Кроме всех приведенных доказательств в пользу специфичности вируса наших культур, нами были еще поставлены опыты, имевшие целью выяснить состояние активного иммунитета у мор. свинок, зараженных этими к-рами.

Появление иммунитета после первого заражения вирусом сыпного тифа, т. е. когда повторное заражение не вызывает инфекции, как известно, может служить доказательством в пользу специфичности инфекции, вызванной первым заражением, Weil и Breinl, Singer считают, что м. св., перенесшие сыпной тиф любой тяжести, в том числе в виде стертых и бессимптомных форм, приобретают иммунитет к повторному заражению их сыпнотифозным вирусом, при чем эта невосприимчивость может продолжаться до 1-го года. Однако ряд авторов: Nicolle, Conseil, Copor, Гамалея, В. Барыкин, Компанеец, Захаров и О. Барыкина указывают на то, что стойкий и длительный иммунитет приобретается у мор. свинок лишь в результате перенесения типичной формы инфекции, при заражении же вирусом в недостаточной дозе, жи-

зотные или совсем не обнаруживают сопротивляемости к повторной инфекции или проявляют очень слабую сопротивляемость.

В наших опытах повторному заражению пассажным вирусом были подвергнуты м. св., зараженные культурами, мозгом м. св., зараженных к-рами (2-й пассаж) и зараженные кровью сыпнотифозных больных. Повторное заражение вирусом производилось на 5—6 й неделе после перенесения инфекции, при чем пассажный вирус применялся 4, 5 и 6-го пассажей, когда он при заражении 1 к.с. взвеси мозга (1:15) взятого на 3—4 день лихорадки, будучи введен интраперитонеально, вызывал всегда появление лихорадки на 6—7 день. Во всех этих опытах повторного заражения появлялась лихорадка, в том числе и у м. св., зараженных кровью сыпнотифозного больного. Необходимо отметить все же, что по сравнению с контрольным заражением м. св. ранее не инфицированных, иногда срок инкубации увеличивался на 2—3 дня, в течении лихорадки иногда наблюдались глубокие ремиссии, доходящие до нормальной, для данной свинки, температуры.

Таким образом, данные этих опытов не могут служить звеном в цепи доказательств специфичности вируса.

Может быть опыты повторного заражения дали бы иные результаты, если их провести с кровью сыпнотифозных больных, так как пассажный вирус, приспособившись к организму м. св., приобретает высокую степень вирулентности по мере пассирования и становится своего рода *virus omni fixa* для мор. свинки, и в таком случае в силу различия свойств исходного и пассажного вирусов, даже в значительной степени выраженная сопротивляемость после перенесения инфекции, вызванной культуральным вирусом или кровяным вирусом человека, будет сломлена при применении такого пассажного вируса.

Патолого-гистологическое исследование мозгов ряда морских свинок, зараженных к-рами сыпнотифозного вируса, кровью больных сыпным тифом и пассажным вирусом, еще не закончено. Из имеющихся 4-х протоколов¹⁾ приводим следующие.

М. св. № 204 (заражена подкожно 2 к. с. к-ры II шт. 15 генер., инкубация 16 дней, уб. на 2-й день лихорадки).

- 1) Набухание и местами небольшое размножение эндотелия кровеносных сосудов.
- 2) Кровоизлияние вокруг мелких сосудов и местами в паренхиме.
- 3) Отдельные гранулемы, выраженные в средней степени.
- 4) Нейронофагия.
- 5) Инфильтрация клеточн. элементами мягкой мозговой оболочки.

М. св. № 215 (заражена интраперитонеально 4 к.с. дефибринир. крови 6-го сыпным тифом, инкубация 6 дней, уб. на 3-й день лихорадки).

- 1) Пассивная гиперемия сосудов мозга.
- 2) Местные кровоизлияния вокруг сосудов.
- 3) Выражена нейронофагия.
- 4) Набухание и разрастание эндотелия сосудов очень слабое.

¹⁾ Патолого-гистологическое исследование производится прив.-доц. кафедры патологической анатомии Каз. гос. мед. ин-та д-ром А. В. Голяевым. Пользуясь случаем, мы приносим глубокую благодарность д-ру А. В. Голяеву за принятый на себя труд по проведению этих исследований.

Таким образом и данные патолого-гистологического исследования мозга м. св., зараженной к-рой сыпнотифозного вируса, подтверждают специфичность лихорадки и убеждают нас в том, что в к-рах с дрожжами выращивается, несомненно, вирус сыпного тифа.

Интересным является сопоставление изменений в мозгу м. св. № 204, вызванных к-рой, и в мозгу мор. свинки № 215, зараженной кровью б-го сыпным тифом. Специфические изменения, вызванные при заражении к-рой, выражены даже гораздо резче, нежели те же изменения у м. св., зараженной кровью б-го, несмотря на то, что в последнем случае кровь была введена в количестве в 2 раза превышающем количество к-ры и при том интраперитонеально.

Таким образом, на основании всех вышеприведенных опытов, возможность выращивания сыпнотифозного вируса на дрожжевых клетках, доказанная Зильбером, Доссер, Калиной и Данишевской, подтверждают и наши исследования.

Выводы.

1. Выращивание сыпнотифозного вируса из крови больного сыпным тифом человека в к-рах с дрожжами *Saccharomyces cerevisiae* в большом ряде генераций возможно.

2. К-ры этого вируса при заражении м. св. вызывают появление лихорадки, сопровождающейся падением веса; мозг таких морских свинок, будучи введен интравеннозю кроликам, обуславливает образование агглютининов в отношении О и Н форм *proteus X₁₉*; перевивкой мозга и крови таких м. св. возможно пассировать этот вирус.

3. Заражение кроликов к-рами приводит к образованию агглютининов в отношении О и Н форм *proteus X₁₉*.

4. Патолого-гистологическое исследование мозга м. св., зараженной к-рой сыпнотифозного вируса, соответствуют тем изменениям, которые наблюдаются при заражении м. св. кровью сыпнотифозного б-го или пассажным вирусом.

5. Укороченный период лихорадки, атипичность ее, сравнительно медленное нарастание титра сывороток в отношении р Weil Felix'a, по видимому, указывают на некоторое ослабление вируса при выращивании его на примененных нами дрожжах.

Дальнейшие наблюдения по выращиванию сыпнотифозного вируса, опыты вакцинации и применения полученной нами сыворотки послужат предметом следующего сообщения.

Литература. 1. Зильбер Л. А. и Востроухова Е. И. Выращивание фильтрующихся вирусов на негатовенных микробах. Сов. Вр. газ. 1932 г. № 15-16.—2. Они же. Культура оспенной вакцины *in vitro*. Журнал микробиологии и иммунобиол., т. XI, вып. 1, 1933 г.—3. Зильбер Л. А. и Доссер Е. М. К-ры сыпнотифозного вируса. Сов. Вр. газ. 1933 г., № 7.—4. Они же. Культуры сыпнотифозного вируса. *Ibidem* № 15-16.—5. Калина Г. П. и Данишевская А. М. Опыт культивирования сыпнотифозного вируса на дрожжевых клетках. *Ibidem* № 12.—6. Барыкин В. А. и Добрейцер Н. А. Сыпной тиф. 1932 г.—7. Барыкин В., Компанец А., Захаров А., Барыкина О. Исследования над сыпным тифом. Журн. exper. биологии и медицины, т. IV, № 10-11, 26 г.—8. Otto R. и Munter H. Fleckfeber. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle, Kraus и Uhlenhuth III Aufl. Bd. VIII, 1930 г.—9. Weil E. и Breinl E. Untersuchungen über die experimentelle Fleckfieberinfektion und Immunität. Zschr. f. Immunitätsforsch. etc. Bd. 37. 1923 г.

(Из Биохимической лаборатории при Институте хирургической невропатологии).

Химический способ различия нервов (N. Vagus от N. Sympatricus).

Д-р Е. О. Манойлов.

Первое сообщение.

Проф. А. Г. Молотков в 1920 году предложил и ввел в систему, как метод, перерезку различных анимальных нервов, главным образом чувствительных, в составе которых, по его мнению, должны проходить особые трофические влияния. Применивши вначале этот метод для лечения таких заведомо нервно-трофических расстройств, которые развиваются после травматических повреждений различных нервов в виде, например, прободящей язвы пятки, в дальнейшем он распространил его на различного рода незаживающие и неподдающиеся никаким другим способам лечения патологические процессы, как, напр., варикозные язвы голени, самопроизвольная гангрена, панариции, туберкулезные язвы, злокачественные новообразования и проч.

В настоящее время Молотков располагает громадным материалом, достигшим 1400 перерезок различных нервов, причем этот материал с убедительностью доказывает влияние нервной системы не только на различные морфологические процессы, как некроз и регенерацию, происходящие в различных тканях и органах, но также и на различные гуморальные процессы, сопрвождающие их, изменяя характер отделяемого, реакцию среды и друг. физические свойства свертываемости крови, ее химического состава и проч.

Не касаясь практического значения этого метода в повседневной хирургической и неврологической практике, мы остановимся на некоторых теоретических выводах, сделанных автором из этого громадного опыта и которые для нас представляют особый интерес.

К этим теоретическим выводам относятся следующие: 1) нервная система регулирует регенеративные процессы в тканях, т. е. рост и размножение клеток, располагая силами, при помощи которых она в одних случаях может задержать или совершенно приостановить эти процессы, а в других случаях извратить и создать перевес процессам, которые таким образом приведут к смерти и гибели клеток и, наконец, в третьих случаях, создать перевес процессам противоположного характера, которые ведут к неудержимому росту и размножению клеток и примером которых могут служить каллезный край, грибовидные грануляции и особенно так называемые злокачественные новообразования. (Доклад в хирург. общ. им. Пирогова, 1932 г.); 2) нервная система регулирует местное гноеобразование, изменяя характер раневого отделяемого при различного рода воспалительных процессах (Молотков, Шильников, Шамарина¹); 3) нервная система регулирует состав бактериий-

¹) *Казанский медицинский журнал*. 1931 г. № 8. Влияние невротомии на андиданемию при хронических незаживающих язвах.

ной флоры, сопутствующей различным патологическим процессам в кожных и слизистых покровах и примером которых могут служить различные язвы голени и туберкулезные язвы (Молотков, Шамарина, Кашкин²⁾); 4) нервная система регулирует химический состав крови определенной территории (Манойлов, Шамарина³⁾), а также и местные физические свойства крови, касающиеся свертываемости ее (Молотков, Манойлов, Шамарина) и, наконец, 5) нервная система влияет на реакцию среды, окружающей клеточные и тканевые элементы, создавая в одних случаях сдвиг в кислую реакцию, а в других случаях поддерживая нейтральную или щелочную реакцию (Кашкин, Шильников).

В связи с этими фактами, уясняющими громадную роль нервной системы в нормальных и патологических условиях организма, Молотков также установил, что для того, чтобы произвести все указанные как морфологические, так и гуморальные и биохимические изменения в тканях и окружающих их жидкости, необходимо производить перерезку строго определенных нервов, идущих к данной территории, так как перерезка других нервов, направляющихся к той же территории, не оказывает никакого влияния на эти процессы.

Эти последние факты, доказывающие существование особых трофических нервов, дали нам повод сделать предположение, не являются ли различные действия различных нервов на ткани и жидкости организма результатом различных биохимических свойств, присущих самим нервам, и которыми они могут обладать не только в центральных их отделах, но и на периферических их продолжениях в их концевых разветвлениях или их приборах.

Считаясь с крайней технической трудностью и сложностью исследования биохимической роли центров, в которых берут свое начало периферические нервы, мы для начала предприняли изучение биохимических свойств различных нервов на их протяжении там, где они являются чистыми проводниками и где они являются более доступными для их детального исследования, с тем, чтобы впоследствии перейти к исследованию биохимической роли их концевых приборов.

В виду вышеизложенного, я задал себе задачу, прежде всего исследовать химизм *vagus*'а и симпатикуса с точки зрения возможности установить между ними какое-либо с этой точки зрения различие. В качестве второго объекта изучения биохимических различий мы избрали задние и передние корешки, а в качестве третьего объекта мы избрали различные анимальные нервы, несущие ту или другую изученную Молотковым специфическую функцию, но особенно тех нервов, которые несут или чисто трофическую функцию, или чисто болевую.

Методика. Объектом наших исследований служили, главным образом, кошки — всего 80 кошек и 10 собак.

Нервы *Vagus* и *Sympathicus* брались следующим образом: отпрепаровывался нервный пучок *vagus*-симпатикус от выхода его из основания черепа до грудной клетки и вынимался вместе с узлами *vagus*а и симпатикуса. Потом п. *Vagus* и п. *Sympathicus* с уз-

²⁾ *Казанский медицинский журнал*. 1933 г. № 3. Влияние невротомии на микрофлору хронических незаживающих язв.

³⁾ Готовится к печати. Влияние невротомии на свертываемость крови при незаживающих хирургических разрезах.

лами отделялись друг от друга. Эти отрезки нервов длиной от 5 до 10 см. помещались в хорошо высушенные и стерилизованные пробирки. В каждую пробирку наливалось по 5 куб. см. стерильного физиологического раствора. Пробирки хорошо взбалтывались и оставлялись стоять от 2--3 часов до суток при комнатной температуре. Затем приступали к исследованию.

После долгих изысканий мы нашли способ, посредством которого получена возможность правильно отличать *N. Vagus* от *N. Sympatricus*'а.

Для этой реакции нужны следующие реактивы:

1. Реактив 0,2% водного раствора Wasserblau (Grubler № 825).
2. Реактив 40% Acid. Mur. удельный вес 1 : 19 (60 куб. Aq. Destillat. и 40 куб. acid. mur. Pur).
3. Реактив 1% Kal. Permang. на воде.

Ход реакции.

Реакция происходит так: в пробирку с нервом в физиологическом растворе прибавляются от первого реактива (Wasserblau) 3 капли, слегка взбалтывают, затем одну каплю второго реактива (Acid. Mur.), опять взбалтывают и, наконец, 2-3 капли третьего реактива (Kal. Permang.) и основательно взбалтывают. В результате получается, что в пробирке, где был *N. vagus*, жидкость не обесцвечивается, остается синяя, а в пробирке, где был *N. Sympatricus*, жидкость обесцветится или имеет слабо синеватый до зеленоватого оттенка. Там, где сразу не получится резкая разница, нужно обе пробирки оставить на 1/2 часа до часу и побольше при обыкновенной комнатной температуре и тогда разница получится убедительная.

У животных, которые были подвержены разным манипуляциям экспериментального характера, очень часто краска Wasserblau осаждается в пробирке, где находится *N. Sympatricus*, а в пробирке, где был *N. Vagus*, осаждение краски или совсем не было или в значительно меньшем количестве при сохранении синего оттенка. В таких случаях, где разница жидкостей обоих нервов не ясна, нужно прибавить, как корректив, к обеим пробиркам по 1-2 капли 1% водного раствора Carriblau (Grubler) № 1227—взбалтывать и прибавить по одной капле третьего реактива (Kal. Permang.) и основательно взбалтывать—тогда разница будет убедительная.

О возможности подвергнуть исследованию этим способом нервов *Vagus*'а и *Sympatricus*'а на человеческом материале—об этом сообщит другой сотрудник нашей лаборатории.

Химизм реакции. Относительно химизма самой реакции будет сообщено в одном из следующих моих сообщений. Сейчас можно только отметить, что окислительные процессы в обоих нервах не протекают одинаково. Если возьмем две пробирки с физиологическим раствором и в одну пробирку прибавим одну каплю соляной кислоты, а в другую пробирку одну каплю щелочи (KOH), а потом вступим в ход последовательно наши реактивы, то там, где была кислота, обесцвечивания не будет—краска остается ярко синей, т. е. как бывает при *vagus*, а в пробирке, где мы прибавим щелочи (KOH), жидкость обесцвечивается, т. е. как бывает при *Sympatricus*.

Выводы.

На основании моих опытов можно сделать вывод, что различие химизма нервов само по себе заложено в самих нервах.

* * *

Относительно различия передних от задних корешков, а также различия между *N. Ischiadicus* и *N. Obturatorius* и других нервов (с другими реактивами) будет сообщено в следующем сообщении.

Отдел III. Из практики.

Заметки из амбулаторной практики хирурга.

Доцент Ю. А. Ратнер.

Проблема раннего диагноза является для врача самой жгучей проблемой нашего времени. Неясные жалобы, неопределенные признаки—вот что мы имеем в ранних стадиях болезни. Ранний диагноз (хотя бы предположительный) редко ставится на основании объективных симптомов. Их часто еще нет. Главное значение имеет анализ „субъективной картины болезни“. Ряд мелочей, деталей часто определяют картину болезни. Осветить их значение может скорее асная логика, чем микроскоп. Опытный глаз врача должен увидеть болезнь раньше, чем ее обнаружат лучи Рентгена. Умелый расспрос больного, вдумчивый анализ играют большое значение. Никакие успехи объективной диагностики не умаляют значения субъективной картины болезни.

Правильная оценка „субъективной“ картины болезни предопределяет весь ход дальнейшего объективного исследования. Врач должен представить себе, что он предполагает найти при объективном исследовании. Без такого предварительного диагноза („преддиагноза“) постановка окончательного диагноза является случайной, неосмысленной.

В наше время часто недооценивают значение „амбулаторного диагноза“. Многие врачи относятся с недоверием и скепсисом к амбулаторному диагнозу. Кто же станет спорить, что в сложных случаях диагноз не может быть поставлен в амбулатории. Само противопоставление амбулаторного диагноза клиническому по существу неверно. Амбулаторный диагноз должен существовать. Его надо совершенствовать, этого требует сама жизнь. Судьба многих больных зависит от первого амбулаторного диагноза. На армию амбулаторных врачей ложится большая ответственная задача выявления больных с начальными симптомами болезни. Можно без преувеличения сказать, что практическое разрешение проблемы раннего диагноза находится в руках поликлинического врача. Если прибавить к тому, что врач в поликлинике большую часть ограничен в средствах диагностики, станет понятным, какие большие требования предъявляет жизнь к личности амбулаторного врача, его опыту, знаниям, искусству.

Ясно и то, что амбулаторного врача надо разгрузить от всей черной работы (канцелярской), отнимающей большую часть его времени, с тем, чтобы он мог целиком сосредоточиться на больном. Одной из причин, почему мы, врачи, так не любим амбулаторного приема, является большая перегрузка и многосложные обязанности, лежащие на врачах.

Каждый врач приходит к диагнозу своими собственными путями, по своему анализируя данные анамнеза. Даже объективные данные находят различное объяснение. Неудивительно, что у больного часто оказывается столько диагнозов, сколько врачей. Между тем правильный диагноз один. Ошибки, разумеется, неизбежны у самых талантливых диагностов. Разница, однако, в том, что один ошибается часто, другие редко.

Первые шаги в диагностике у молодых врачей робки и неуверенны. Нехватает знаний и опыта. Отсутствие метода ведет к умножению ошибок. И жна какая-то система не только в собирании анамнеза и объективных данных—этого никто не оспаривает,—но и в анализе, в мышлении.

В нашей амбулаторной практике мы придерживаемся определенной системы. Всесторонний подробный анамнез (лучше всего сначала дать больному высказаться, затем инициатива переходит к врачу). Дальше, анализ „субъективной“ картины болезни до того, как приступить к объективному исследованию, выявлению главных, ведущих признаков.

При анализе анамнестических данных мы сначала определяем локализацию болезненного процесса и затем его характеристику.

Если строго следовать этому правилу (сначала локализация, затем характеристика), можно до некоторой степени ограничить свои ошибки. В хирургиче-

ской практике часто очень полезно *при анализе данных произвести мысленно послойное рассечение тканей*. Например, острый воспалительный процесс на колючности, — где расположен гнойник, на какой глубине? (подкожная клетчатка, мышцы, подпочечные пространства, сосуды, сухожилия, надкостница, костный мозг). Также важно бывает определить *высоту локализации*, например, в мочевыводящей системе — верхний этаж (почка, лоханка, мочеточник) или нижний (пузырь, простата, уретра).

Когда с известной вероятностью определена, на основании жалоб больного, локализация болезненного процесса, мы должны попытаться на *основании тех же жалоб дать характеристику процесса*.

Есть ли в этом надобность и возможно ли это? И то и другое нам кажется бесспорным.

Симптомы „субъективные“ часто оказываются не менее ценными, чем объективные. Нам хорошо известно, что иногда один яркий симптом в анамнезе определяет диагноз. „Внутренняя картина“ многих болезней бывает столь характерна, что позволяет во многих случаях ставить диагноз до объективного исследования (я-ва желудка и 12-п. кишки, камни почек, гипертрофия простаты и мн. др.).

Стремление дать характеристику процесса по анамнезу находит свое оправдание также в том, что мы тем самым *приучаемся высоко ценить все детали анамнеза*, луже проникать во внутренний мир больного. При такой системе объективные данные являются не только случайными, но продуманными, ожидаемыми.

Чтобы внести при выяснении характера заболевания некоторую последовательность, мы, обычно, делим в хирургические страдания на *5 основных групп*: 1) травма, 2) инфекция (вульгарная и специфическая — туберкулез, сифилис, актиномикоз, эхинококк и т. д.), 3) новообразования (доброкачественные и злокачественные), 4) конституция (атрез, камни, диатезы, язвенная болезнь и т. д.), 5) аномалии развития.

Эта маленькая схема оказывает нам большие услуги при дифференциальной диагностике. Вместе с тем она дает некоторую уверенность в том, что мы хотя бы не упустим из виду то или другое страдание, что не так редко бывает в практике.

Мы здесь имеем в виду преимущественно диагностику хирургических заболеваний, к вых от глаза и в условиях амбулатории или периферической больницы. Лишенный специальных методов диагностики, врач совершенствуется еще больше свои глаза, уши, пальцы. Он беспрерывно совершенствуется в постановке диагноза на основании обычной клинической картины.

Конечно, диагностические способности совершенно индивидуальны у людей, но все мы стремимся к совершенству. Пути у каждого различны. Одного показа, примера не достаточно. Нужна какая-то определенная система.

Чтобы не быть абстрактным в своих суждениях, я позволю себе иллюстрировать сказанное о системе, принятой нами, примерами из повседневной амбулаторной практики, с заранее подобранными сложными или казуистическими случаями, а обыкновенным поликлиническим материалом одного рабочего дня.

1. Ребенок 6 л. с некоторых пор каждый раз при акте мочеиспускания кричит и тужится. Однажды была терминальная гематурия, острой задержки мочи не было. Струя мочи хорошая. Моча на вид чистая, при мочеиспускании хватается за penis.

Ведущие симптомы — боль и терминальная гематурия. Локализация болезненного процесса очевидно — нижний этаж мочевыводящих путей (пузырь, уретра). *Характеристика*. Травма исключается также, как и инфекция и новообразование. Обсуждая по нашей системе, конституция (камень) и аномалия (фимоз). Бля плюс гематурия говорят за *камень*. Фимоз гематурии не дает.

При отсутствии гематурии, если у ребенка нет фимоза, значит у него камень. В горизонтальном положении ребенок лучше мочится. Камень скатывается легко к выходу пузыря и ущемляется у сфинктера, вследствие чего было кровотечение. Камень должен быть небольшой. Рентгенография обнаруживает тень от малenkого компонента, при операции удален маленький камень.

2. Стрик 10 лет. Частые позывы на мочу днем и ночью. Повелительные позывы. Утолщение струи мочи. Неудовлетворенность актом мочеиспускания. Моча мутная, под конец каплями. Болей нет. Гематурии не было. Явления на-

растают постепенно в течение нескольких лет. Была однажды острая задержка мочи. Мочу выпускали катетром. Гоноррею отрицает. Ведущие симптомы — повелительные, учащенные мочеиспускания, безболезненные.

Локализация процесса очевидна. Нижний отдел мочевыводящих путей (пузырь, простата, уретра).

Характеристика процесса — механическое препятствие для нормального оттока мочи (простата, уретра). Травма, инфекция, аномалия отпадают. Остаются новообразования и конституция (камень). Ведущие симптомы (повелительные позывы и учащенное мочеиспускание) говорят за новообразование простаты и против камня.

Новообразования простаты — доброкачественная (нет боли и гематурии). Диагноз — гипертрофия простаты. Не надо смущаться, если *per rectum* простата не увеличена. Цистоскоп открывает увеличенную среднюю долю (те же клинические явления).

При гипертрофии простаты диагноз почти во всех случаях может быть поставлен на основании одного анамнеза, но без анализа и системы можно впасть в ошибку, как это видно из случая:

3) Больному 52 года. Те же в общем жалобы, но имеются боли при акте мочеиспускания и вне акта мочеиспускания, отдающие в прямую кишку и в ногу. Два раза замечал небольшую примесь крови в конце мочеиспускания. Прислан с диагнозом цистита. Ведущие симптомы: боль, гематурия, повелительные и учащенные мочеиспускания. Локализация болезненного процесса в нижнем этаже мочевых путей — либо в пузыре, либо в простате. Трудно дать точную характеристику; дифференцировать, понятно, нужно между новообразованием и инфекцией. Когда на основании одних ведущих симптомов трудно бывает определить, как характеристику, так и локализацию процесса, решающее значение приобретают мелкие, второстепенные симптомы. Из анамнеза выясняется, что кровь в конце мочеиспускания больной стал замечать недавно. Года два он испытывал лишь повелительные учащенные позывы. Боли также появились недавно (м-ца 2 т. н.). Ясно, что больной вначале страдал доброкачественным новообразованием простаты (гипертрофия). Затем появились боли, столь характерные для рака предстательной железы (при акте мочеиспускания и вне акта), кровь в конце мочеиспускания. Становится очевидным, что наш больной страдает раком предстательной железы, проросшим заднюю стенку мочевого пузыря. *Per rectum* определяется бугристая большая болезненная простата. При цистоскопии — раковая язва задней стенки пузыря близ сфинктера.

4. 2 м. т. н. травма грудной клетки. Боли, кашель. Спустя 2 недели появилась припухлость на месте ушиба. Усилился кашель. Была обильная гнойная мокрота. Месяц т. н. вскрыт подкожный гнойник. Кашель уменьшился, но беспокоит. На месте разреза свищ. Несколько выше флегмона грудной клетки. Прислан для разреза по поводу этой флегмоны.

Характеристика процесса проста. Травма, осложненная инфекцией. Нужно выяснить первоисточник инфекции. В послыйном сечении можно допустить грудную стенку, плевральную полость и паренхиму легкого. Анализ явлений по времени указывает, что вначале был ограниченный гнойник плевры, частично проложивший себе дорогу в бронх (гнойная мокрота), а затем через межреберный внутриплеврального давления (при кашле) должно быть выделение гноя, что и было обнаружено у больного. Рентген подтвердил наличие осумкованного гнойника плевральной полости. В данном случае нам необходимо было определить глубину процесса, уточнить диагностику, без чего лечение останется без пользы.

В других случаях важно уточнить высоту процесса в той или другой системе органов, особенно в урологической практике.

На днях нам представился такой случай.

5. Средних лет интеллигентный больной чрезвычайно образно передает свои страдания (почечно-камен. колика). Страдает много лет. Камень на многочисленных снимках не обнаружен. Резко выраженные дизурические явления (пузырные), которые с несомненностью свидетельствуют о низком положении конкремента (близ устья мочеточника). Рентгеновский снимок мочевого пузыря дал тень от конкремента в интрамуральной части мочеточника. Прежние снимки

пузыря не захватывали. Мало диагноза камня. Надо знать его местоположение. С известной вероятностью это можно определить по анамнезу.

Приведенные случаи из амбулаторной практики служат пояснением нашего постоянного стремления на основе анализа субъективной картины поставить *предиагноз*.

Мы, разумеется, весьма далеки от мысли утверждать, что это часто возможно в жизни, но мы готовы утверждать, что на основании правильно собранного анамнеза и объективных данных можно совершенствовать амбулаторный диагноз. Анализ полученных данных по известной системе и в известной последовательности значительно облегчает эту задачу. В этом мы убедились на собственном опыте. При занятиях с нашими слушателями-врачами, на живом конкретном материале мы держимся, как правило, такой методики.

6. Ребенок 8 лет. Болен 2 недели, после падения стал жаловаться на сильные боли в правом бедре. К вечеру сильный жар. До ножки не дает дотронуться. С тех пор лежит. ^{то} все время высокая, через 2—3 дня появилась припухлость на бедре. При осмотре увеличенное по всей окружности бедро, лоснящаяся кожа, в складки не собирается, при давлении боль. Движения в коленном и тазобедренном суставах резко болезненны и резко ограничены. Ясна природа заболевания—острая инфекция с очагом в правом бедре, определить нужно глубину процесса. В послышном сечении тканей последовательно надо дифференцировать флегмону мягких тканей, субпериостальный гнойник, артрит. Нетрудно, конечно, прийти к диагнозу на основании ведущих симптомов—острый гематогенный гнойный остеомиелит (равномерное по своей окружности увеличение бедра, лоснящаяся кожа, боли и ограничение движения в двух смежных суставах).

7. Больная 32 лет. Несколько месяцев чувствует тупые боли в пояснице справа и слева, усиливающиеся при ходьбе и физической работе. Иногда бывает легкая примесь крови в моче. Больше ничего в анамнезе существенного. Боли в пояснице и гематурия позволяют локализовать болезненный процесс в почке. Из пяти групп заболеваний исключить можно в данном случае травму и с известной вероятностью перичную инфекцию (нет дизурических явлений ^{то}, острых болей).

Подлежат разбору анэмалии (кистозная почка) конституции (латентный, без приступов камень) и новообразование почки.

В условиях амбулатории только пальпация может выяснить дело. Пальпация обнаруживает крупно бугристую почку на обеих сторонах. Новообразование отпадает, камень (двухсторонний трудно допустить), остается кистозная почка (почти всегда двухсторонняя аномалия).

Пределы „амбулаторного диагноза“, разумеется, уже „клинического“ стационарного. В сложных случаях мы должны прибегать к специальным методам исследования. Но как жизненно важно, необходимо иметь перед этим „свой“ предварительный диагноз („предиагноз“), уловить месторасположение и характер страдания по анамнезу, по обычным признакам, с тем, чтобы своевременно и по правильному пути направить дальнейшие специальные исследования. К этому сводится ответственная задача, стоящая перед амбулаторным врачом.

Из глазной клиники Кубанского государственного медицинского института
(Директор профессор С. В. Очаповский)

Случай интермитирующего экзофтальма ¹⁾.

Д-р Шарковский—ассистент клиники.

Чрезвычайная редкость данного заболевания и ограниченное число сообщений в русской офтальмологической литературе дает нам право опубликовать наблюдавшийся нами случай.

9/X 31 г. я был вызван в акушерское отделение Мценской больницы (ЦЧО) с просьбой осмотреть новорожденного младенца, у которого, по словам дежурной акушерки, сейчас-же после рождения, с первым плачем, она заметила, что правый глаз „вываливается из орбиты“.

Ребенок мужского пола, родился в срок, роды нормальные.

Родители гр-не А.—крестьяне из деревни Крицино, Мценского района, совершенно здоровы, новорожденный—второй ребенок в семье.

При осмотре ребенка, когда он спит спокойно, ничего патологического отметить со стороны глаза не приходится, но как только ребенок просыпается, начинает плакать, или во время пеленания, купания, сопровождающихся плачем, правый глаз начинает постепенно выпячиваться вперед из орбиты; выпячивание достигает своего максимума в $1\frac{1}{2}$ —2 минуты; при этом получается картина, напоминающая вывих глаза. При сильном раздвигании век, последние соскальзывают по главному яблоку и замыкаются почти позади него, так, что и весь глаз выступает из глазной щели. Интересно, что так же скоро, как возникает экзофтальм, он и проходит, когда ребенок успокаивается; и здесь выступает некоторое даже западение глазного яблока в орбиту (энзофтальм). В момент сильно выраженного экзофтальма у внутреннего нижнего угла глазной щели сбоку от глазного яблока появлялось отдельное выпячивание клубочка варикозно расширенных вен, просвечивающихся через слизистую оболочку конъюнктивального мешка в виде синеватого цвета переплетающихся между собой стволиков. С исчезновением экзофтальма их обнаружить не удавалось. Наивысшей степени экзофтальм отмечался при плаче ребенка и достигал 21 мм., в покое энзофтальм $2\frac{1}{2}$ —3 мм. В подвижности глазного яблока ограничений не было. Наружный отдел глазного яблока нормален. Зрачок правильной круглой формы, реагирует на свет. Ребенок был под нашим наблюдением больше 2-х месяцев, при чем все явления оставались без заметных изменений.

По статистическим данным Бирх-Гиршфельда им собрано до 1907 года 50 случаев интермитирующего экзофтальма; данные Лейпцигской университетской клиники дают один типичный случай перемежающегося экзофтальма на 160.000 прошедших больных. По отчетам глазной клиники Кубанского медицинского института за 22 года среди пропущенных 200.000 больных не встретилось ни одного случая. За последнее время к прежней статистике может быть отнесено еще 4 случая, опубликованных в иностранной литературе и единственный случай, отмеченный русской офтальмологической литературой в отделе отчета заседаний Офтальм. общ.—случай д-ра Елиной.

Все это говорит за чрезвычайную редкость данного заболевания.

На основании случаев, приводимых Бирх-Гиршфельдом, можно сделать следующие выводы:

1. Интермитирующий экзофтальм может встречаться в любом возрасте.
2. Чаще встречается у мужчин, чем у женщин.
3. Степень экзофтальма колеблется от $4\frac{1}{2}$ мм. до 25 мм.
4. Энзофтальм не является обязательным симптомом при перемежающемся лучезаглазии и чаще всего встречается при высоких степенях экзофтальма

¹⁾ Доложено на заседании офтальмологической секции Единого медицинского общества в городе Краснодаре 14/III 1932 года.

и в долго длящихся случаях, объясняясь атрофией заглавничной клетчатки и расслаблением связочного аппарата глаза.

5. Интермиттирующий экзофтальм чаще бывает односторонний.

6. К осложнениям при интермиттирующем экзофтальме относят: ретробульбарные кровоизлияния, амблиопия и амвроз на почве атрофии зрительного нерва (кровоизлияние в оболочку зрительного нерва).

7. Все те моменты, которые вызывают застой крови в сосудах глазницы, вызывают и экзофтальм (нагибание головы, сдавление яремной вены и проч.)



8. На основе данного заболевания по Головину и Бирг-Гиршфельду лежат варикозные расширения глазничных вен; по видимому это расширение вен происходит вследствие каких-либо врожденных неправильностей в соустьях глазничных и лицевых вен, так как при наклонении головы отток крови из глазницы происходит именно через лицевые пути, а при вертикальном положении — через мозговые.

9. Оперативная терапия себя не оправдала.

В заключение считаю приятным делом выразить свою благодарность глубокоуважаемому учителю профессору С. В. Очаповскому за постоянную помощь и советы в работе.

Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из детской клиники Гос. инст. для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани
(Директор проф. Е. М. Лепский).

Ревматизм у детей¹⁾.

Ю. В. Макаров.

Хотя ревматизм нельзя отнести к числу заболеваний, часто встречающихся у детей, изучение его проявлений в детском возрасте имеет большое значение и интерес по ряду причин. Клинические наблюдения над детским ревматизмом несомненно могут приблизить нас к разрешению далеко еще не изученной проблемы ревматизма вообще. У детей, как известно, многие патологические процессы протекают в более чистом (если можно так выразиться) виде, поскольку организм их не испытал еще влияния профессии, не подвергался еще влиянию различных вредных токсических воздействий и не пострадал от каких-либо хронических заболеваний, наблюдающихся у взрослых. Не безинтересно и то, что некоторые ревматические заболевания встречаются исключительно или с подавляющей частотой у детей (например, хорев, узелковый ревматизм), тогда как другие (заболевания периферических нервов) у детей почти не наблюдаются. На примере туберкулеза можно убедиться в ценности изучения особенностей проявления заболевания у детей для углубленного его понимания, а также для выяснения течения его у взрослых.

При склонности ревматизма у детей к более генерализованному течению, чем у взрослых, он не так редко бывает источником школьной инвалидности, не говоря уже о том, что может быть причиной смерти. Это диктует необходимость развертывания профилактических противоревматических мероприятий уже в детском возрасте, — тем более, что начало ревматизма у взрослых в немалом числе случаев должно быть отнесено к школьному и юношескому возрасту (Цукерштейн).

Вследствие дефектов статистики (зависящих от несовершенства международной номенклатуры болезней и недостаточной изученности ревматизма) мы не располагаем пока точными данными о его распространенности в отдельных странах, в частности у нас в СССР. Это касается как ревматизма взрослых, так и в особенности детей.

Некоторое представление о распространенности ревматизма (хотя и не вполне точное) можно составить на основании обрабатываемости больных в больничные учреждения. Обработка соответствующего материала по Филатовской детской больнице в Москве за годы 1911—1930 гг. Маркузоной и Левашовой, дала % ревматиков по отношению к общему количеству больных, лежавших в больнице за эти годы, равной 6,3%, при этом у 3,9% был остр. с-р., хорев у 1,6%, поражения сердца у 0,8%.

Более точное представление могло бы дать дополнение сведений больниц данными детских проф. амбулаторий, но поскольку мне известно, таких работ еще не опубликовывалось ни по Казани, ни по другим городам.

Мы обработали материал Детск. клиники ГИДУВ'а за время с 1922 по июнь 1934 г. (за 12½ лет), причем за это время в клинике было 115 больных с различными ревматическими заболеваниями, некоторые из которых лежали в клинике по нескольку раз. Если учесть общее количество больных, пришедших за это время через клинику (от 0 до 15 лет), то процент ревматиков оказывается очень небольшим—0,9%. Приводим таблицы количества случаев по годам и распределения их по возрасту, полу, национальности.

¹⁾ Доклад на IV Научном съезде врачей АТССР в июне 34 г.

Количество случаев по годам.

	Всего 6-ных	Ревматиков
1922 год	1036	6
1923 "	1081	3
1924 "	945	4
1925 "	835	2
1926 "	836	9
1927 "	836	6
1928 "	818	9
1929 "	864	10
1930 "	1579	21
1931 "	1139	13
1932 "	1330	11
1933 "	1271	11
1934 "		
(5½ мес.)	503	10
Всего за 12½ лет		115
		русск.—82, татар —32, чуваш— 1, что составля- ет ок. 0,9%

Распределение случаев по возрасту поступления в клинику и началу заболев.

Возраст.	Поступ. в клинику			Начало заболевания		
	М.	Д.	Всего	М.	Д.	Всего
0—3 л.	0	0	0	0	1	1
3—5 л.	2	2	4	5	3	8
5—7 л.	7	3	10	7	6	13
7—9 л.	10	8	18	13	11	24
9—11 л.	8	12	20	13	8	21
11—13 л.	16	11	27	12	8	20
13—15 л.	19	17	36	13	10	23
Всего	62	53	115	63	46	109

В 6 сл. начало заболев. не установлено.

Распределение по характеру ревматич. заболев.

Остр. сустав. ревмат. и порок сердца	61
Остр. суставн. ревматизм	25
Порок сердца (без суст. поражений в анамнезе)	13
Хорея	8
Хорея и порок сердца	3
Хорея, порок сердца, о. с. р.	2
Узелков. ревматизм и порок сердца	2
Узелков. ревматизм и остр. суст. ревматизм	1

Из приведенных таблиц для нас представляет особый интерес распределение ревматизма по возрастам; обращает на себя внимание отсутствие случаев с ранним

возрастом. Это не особенность нашего материала; данные других авторов говорят также о том, что р. заболевания у маленьких детей, хотя и могут встречаться (Леонтьева), но наблюдаются очень редко. Раухфус, напр., встретил их всего 2 раза на 15.000 Widerhofer 1—7.000; то же отмечают Leichtentritt, а также Пойнтон и Шлезингер, указывающие, что до 5-летнего возраста эти заболевания являются редкими. Конечно, это не случайность как не случайность и то, что некоторые другие заболевания, как напр., крупозная пневмония у детей до 5 мес. или гломеруло-нефрит у маленьких детей, встречаются чрезвычайно редко. Причина лежит, повидимому, в отсутствии какого-то дополнительного фактора, необходимого для развития данного заболевания; этот фактор заключается, нужно думать, в той перестройке организма (Umstimmung), готовности к аллергической реакции, которая происходит с возрастом под влиянием сенсбилизации какими-либо антигенами. В результате этой сенсбилизации организм иначе реагирует на повторное воздействие антигена, чем до того.

Поскольку вопрос о возбудителе ревматизма окончательно еще не решен, не может быть, понятно, дан категорический ответ на вопрос о том, какие микробы при этом заболевании играют сенсбилизующую роль.

В то время как одни авторы (напр. Цукерштейн и др.) стоят на точке зрения существования специфического ревматического вируса, многочисленные другие исследования говорят за то, что различные микробы, напр. стафилококк (некоторые его разновидности), но главным образом, стрептококк (*Strept. viridans*, haemolyticus), а может быть и еще некоторые другие микробы, играют роль в возникновении той сенсбилизации организма, которая в совокупности с некоторыми эндогенными и экзогенными факторами обуславливает картину ревматического заболевания.

В качестве доказательства сенсбилизации стрептококком может быть использовано испытание чувствительности на внутрикожное введение стрептококкового фильтрата. Такие исследования, произведенные Swift'ом, Maу'em и Todd'ом с фильтратом *strept. viridans* показали, что у ревматиков, в противоположность здоровым, реакция получается положительная, при чем % положительных больше у ревматиков в остром периоде, чем у хронических или выздоровевших. Kaiser проделал внутрикожную пробу с токсином стрептококкового штамма у 800 детей в возрасте от 1 нед. до 16 лет, и у 72% детей, болевших ревматизмом или повторными ангинами, получил положительную реакцию, тогда как из тех детей, у которых не было ревматизма в анамнезе, положительно реагировало лишь 20%.

Обнаружение стрептококка (его разновидностей, но чаще *strept. viridans*), в крови и суставной жидкости (Menzer, Reye, Leichtentritt, Kosenow и многие другие америк. авторы) говорит также за частую роль именно этого микроба в развитии ревматического заболевания и позволяет многим авторам рассматривать ревматизм, как особый вид стрептококкоза. Из русских педиатров в этом смысле высказывается проф. Молчанов; он приводит ряд своих наблюдений в доказательство того, что скарлатина, при которой „стрептококк играет выдающуюся роль“, может быть „последним моментом, который завершает аллергическую перестройку организма“, „является последним звеном в цепи, которая приводит больного к появлению ревматического синдрома“.

При той большой роли, которую микроорганизм играет в этиологии ревматизма, он не имеет, однако, решающего значения для развития клинической картины ревматического заболевания. Для этого необходимо соответствующее состояние макроорганизма в смысле готовности его к аллергической ревматической реакции, что связано с целым рядом других факторов. В этом хорошо можно убедиться на случаях множественного воспаления суставов у новорожденных, рожденных матерями с острым полиартритом (случаи Strümpel'a и Seifart'a, Richdorff'a и Griffith'a).

Имевшийся у этих детей полиартрит протекал не так, как у их матерей, а как гнойный множественный артрит, вызванный в случае Griffith'a зеленым стрептококком, который был выкультивирован также и из крови матери. Таким образом у несенсбилизированного организма заболевание течет как сепсис, а отсюда следует, что не микро, а макроорганизм определяет форму заболевания. Лишь с возрастом, по мере того как ребенок приобретает больше возможностей к сенсбилизации, в организме развивается та готовность к аллергической реакции, которая при наличии других факторов может дать ревматическое заболевание. Из приведенной таблицы мы видим как увеличивается с возрастом частота случаев

в нашем материале. Согласно существующим сейчас взглядам, антиген, вызывающий сенсibilизацию, образуется из бактерий и бактериальных протеинов. Входными воротами инфекции являются носоглотка, глоточный миндалик, фолликулы основания языка, зубы и проч.; в них же может локализоваться хронический инфекционный фокус. Следует отметить, однако, что при молочных зубах, как указывает Leichtenritt, никогда не бывает скрытых гранул (они вскрываются в полость рта), которым у взрослых придают большое значение; в школьном возрасте они встречаются. Заболевания кливовидной кости и лобных пазух не встречаются в раннем возрасте. Наоборот, хронический воспалительный процесс в решетчатой кости, котор. наблюдается и у маленьких детей после гриппозного насморка, может играть ту же сенсibilизирующую роль, что и всякий другой хронический инфекционный фокус. Нельзя игнорировать также значения банальных инфекций дыхательных путей, которые могут на себя взять роль хронического воспалительного очага, ведущего к сенсibilизации. Цукерштейн и Гасуль не могли отметить на своем материале преобладающей роли миндалик (ангины) и зубов для ревматическ. заболеваний и отмечают большее значение в этом отношении поражения верхних дыхательных путей. В нашем материале (впрочем, специального внимания на этот момент при собирании анамнеза не обращалось) рецидивирующие ангины отмечены в 12 случаях. У 5 больных была ангина за 7—10 дней до заболевания остр. суставным ревматизмом.

Поскольку в патогенезе ревматизма принадлежит доминирующая роль не микроорганизму, а макроорганизму, в котором под влиянием микроорганизма происходит *Umstimmung* и развивается готовность к особенной — ревматической — реакции, наряду с известными внешними этиологическими моментами главную роль играет конституциональный фактор (Чернорудский). Значение наследственности для ревматизма признается почти всеми, но особенно убедительны цифры Dargenta и Lawgensa, полученные на основании обследования 150 семейств ревматиков: среди кровных родственников ревматиков было 17,4% ревматических заболеваний, в родственной группе ревматиков и их непородственных родственников — 34,5%, тогда как среди населения вообще авторы считают этот процент равным 5. Интересно то, что у отдельных членов одной и той же семьи заболевания острым суставным ревматизмом наблюдались приблизительно в одном и том же возрасте.

Поскольку ревматический процесс развивается в мезенхиме, можно думать, что у лиц, предрасположенных к ревматизму, имеется уваследованная неполноценность мезенхимы и в частности системы капилляров, поскольку они, также как и вся сосудистая система, является производным мезенхимы; Пойнтон и Шлезингер в качестве предрасполагающих условий для ревматического заболевания отмечают общую недостаточность организма, выражающуюся в неустойчивости нервной, пищеварительной и лимфатической систем. Klinge говорит о конституциональной готовности соединительной ткани у ревматиков к гиперэргической реакции. Французские авторы (напр. Lesage) выделяют особую конституцию — артритизм, обуславливающую большую склонность к авафилактическим реакциям, что сказывается в лабильности вегетативной нервной системы, повышенной лабильности вазомоторов и увеличенной проницаемости капилляров; клинически это выражается в склонности к ринитам, конъюнктивитам, бронхитам. Этот конституциональный тип соответствует *status irritabilis* Borchardt'a.

Из внешних факторов, играющих роль в возникновении ревматического заболевания, издавна придавалось большое значение сырости в квартире больных. Имеются объективные данные, подтверждающие значение этого момента, например, обследованием, произведенным Британским мед. о-вом, сырость в квартирах у детей-ревматиков была установлена на 7—8% чаще, чем у контрольных детей. Наряду с этим исследованием комиссия британского исследоват. совета предполагала влияние сырости подтвердить не могла. В случаях Leichtenritt'a сырость в квартирах отмечена лишь у 4 детей из 37. В материале Маркузона неблагоприятные квартирные условия (сырость) имелись у 16% детей-ревматиков. В нашем материале имеются сведения о квартирных условиях в 83 случаях, из которых в 35 и 70% имелись неблагоприятные условия, в 19 — удовлетворительные, в 26 — указана сырая квартира и в 5 — холодная. Таким образом, вряд ли можно совершенно отрицать значение квартирных условий в ряду факторов, обуславливающих ревматическое заболевание.

Отмечающаяся сезонность в появлении ревм. заболеваний (преобладание их зимой и осенью) должно быть связано с увеличением в это время катарральных

Заболеваний верхних дыхательных путей, с большими возможностями охлаждения и простуды (у 14 наших больных заболеванию предшествовало резкое охлаждение). Роль всех этих моментов при ревматизме сводится, повидимому, к тому, что при наличии соответствующей готовности к ревматической реакции, под влиянием или специфического антигена (например, стрептококк) или неспецифического — в силу параллергии (Mogo) развивается гиперэргическая реакция в виде острого приступа суставного ревматизма. Гиперэргический момент в развитии острого приступа ревматизма был совершенно очевиден в одном нашем случае: 10-тилетнему мальчику, ранее перенесшему ревматизм, была сделана противоскарлатинозная прививка; у него вскоре же наступило шокоподобное состояние, вслед за чем развилась картина острого ревматизма с опуханием суставов и кардитом.

Не имея возможности входить здесь в рассмотрение роли охлаждения и простуды в этиологии ревматизма, необходимо все же указать, что сейчас уже имеется ряд доказательств на аллергическую природу простуды, за то, что охлаждение может играть роль фактора, вызывающего гиперэргическую реакцию. Так, Klinge и Vaibel получали у сенсibilизированных кроликов при охлаждении суставов анафилактический артрит.

Из 4 клинических форм, в которых проявляется ревматизм у детей, наиболее частой является острый суставной ревматизм (о. с. р.). Он в подавляющем большинстве случаев развивается внезапно, остро; так, из 52 случаев, в которых больные поступили с первичным заболеванием, в 41 было острое начало и лишь в 5 — постепенное (о 6 нет указаний в ист. бол.). В виду общеизвестности мы не будем останавливаться на подробном описании картины болезни, а ограничимся лишь указанием некоторых особенностей у детей и важных, по нашему мнению, моментов. Кроме обычных жалоб на боли при движениях конечностей, их опухание, у детей можно иногда встретиться с жалобами на сильные боли в животе; так было у 3 наших больных, у которых такие боли продержались 3—4 дня. Leichtentritt тоже встречался с такими жалобами у детей-ревматиков и объясняет их тонзиллитом, при котором у детей нередко наблюдаются боли в животе из-за набухания лимфатической ткани аппендикса. Для некоторых случаев действительно возможно такое объяснение, но для 2 наших случаев оно не применимо, так как тонзиллит не было. Учитывая частоту и малосимптомность перикардитов у детей при ревматизме (см. дальше), не исключается возможность объяснения этих болей у некоторых ревматиков перикардиальными изменениями; однако не исключается возможность такого же происхождения этих болей, что и при *rigida Schönllein-Henoch's*, в основе которой лежит анафилактический момент. В отношении локализации суставных поражений наш материал подтверждает наибольшую частоту поражения коленных и голеностопных суставов, далее по частоте были лучезапястные, локтевые, плечевые и, наконец, мелкие суставы конечностей, позвоночник; поражение локтевого сочленения наблюдалось нами 2 раза. Покраснение кожи над пораженным суставом у детей наблюдается не так часто, иной раз и деформация контуров сустава не бывает выражена при наличии резких болей при малейших движениях в нем.

Для остр. суставного ревматизма, как известно, характерна легучесть суставных поражений. Изменения в отдельных суставах не держится подолгу, дней 3—8, иногда всего лишь несколько часов; постепенно уменьшается отечность сустава, уменьшается и проходит болезненность и восстанавливается функция.

Эта быстротечность артритов при о. с. р., с полным исчезновением через некоторое время всех болезненных явлений, делает их очень сходными с артритами при сывороточной болезни (описанной Pirquet и Schick'ом).

Вопрос этот был разработан Weintraud'ом, который еще в 1913 г. высказал взгляд на о. с. р. как аллергическое заболевание. Экспериментальным подтверждением этой теории явились опыты Friedberger'a, который вызвал артрит у сенсibilизированных кроликов путем введения им в сустав лошадиной сывротки. В связи с открытием феномена Артюса и феномена Schwartzman'sa-Sanarelli, на основе которых возникло учение о гиперэргической реакции (Rosenfeld, и учение о месте анафилаксии, гипотеза Weitzsäck'd'a получила подкрепление и подтверждение (Klinge и др.).

Наряду с артритом, анафилактическую работу которого можно считать установленной, мы встречаемся иногда в клинике о. с. р. у детей и с некоторыми другими симптомами, характерными для анафилактической реакции. Сюда можно отнести повышенное количество эозинофилов в крови примерно у 25% больных.

в остром периоде; в этих случаях было 7-14% эозинофилов, а у одного б-го даже 28% (1). Эозинофилию у острых ревматиков встречал и Гофман. Что касается общего количества лейкоцитов, то в части случаев оно было понижено в 27%, у других было умеренный лейкоцитоз.

Исследования Малкина обнаружили понижение комплемента при о. с. р., что также характерно для общей анафилаксии.

У трех наших больных имелась резко выраженная острая эмфизема легких, что проявлялось приподнятой грудной клеткой, опущением и ограничением подвижности нижнего края легких, уменьшением сердечной тупости. Явления эти исчезли через несколько (6—8) дней. Этот симптом, отмеченный проф. Е. М. Лейским, представляет большой интерес, т. к. он легко объясняется анафилактическим состоянием организма и является еще одним, новым, доказательством аллергического понимания о. с. р. Из других явлений со стороны легких по Cathall'a и Oliverу встречаются плевропневмонии ревматической этиологии, особенно подчеркивает это Veil. По Пойтону и Шлезингеру бронхопневмония у острых ревматиков характеризуется быстрым течением и обычно отсутствием флоры. Длительность заболевания при первич. о. с. р. по нашему материалу 12—23 дня, редко доходит до месяца. Почти никогда, однако, этим не заканчивается ревматическое заболевание у детей даже в наиболее благоприятно протекающих случаях, не говоря уже о тех, где развивается непрерывно рецидивирующий эндокардит.

Склонность ревматич. полиартритов к рецидивам общеизвестна, она вытекает из аллергической сущности этого заболевания. Из 89 наших ревматиков, лежавших с-суставными явлениями, 37 были с повторным заболеванием их; из них 6 лежало в клинике по 3—6 раз с рецидивом о.с.р. По данным Вильсона и Ноксфорда из 500 детей ревматиков, прослеженных в течение 10 лет, рецидивы были у 83%; они чаще наблюдаются в первые 4 года с начала заболевания (лишь в 15% после 4-х лет от 1-го приступа). При рецидивах суставные явления протекали с той же легучестью и быстротечностью, что и при первой атаке и, проходя, не оставляли после себя никаких местных изменений. При имеющейся склонности к рецидивам, никогда, однако, не наблюдается перехода ревматич. артрита у детей в хроническую форму с деформациями.

Наш материал, хотя в нем имеются случаи с длительностью наблюдения в 4—6 лет, конечно, не может представить исчерпывающих доказательств этому, нужны более длительные наблюдения, что хорошо осуществимо при диспансеризации в Д.П.А.

Проф. Кисель также считает, что ревматизм не дает хронических заболеваний суставов, что гораздо яснее, по его словам, видно на детском материале. Те 5 случаев хронических артритов, которые наблюдались в нашей клинике, с самого начала протекали как хронические. Подробнее останавливаться на них сейчас мы не имеем возможности.

Мы видели, что явления со стороны суставов, несмотря на их склонность к рецидивам, при о.с.р. скоропроходящи и носят доброкачественный характер, не вызывая стойких изменений. И если педиатр всегда с осторожностью выскажется в прогнозе ревматического заболевания, то это обуславливается не неуверенностью в исходе суставных явлений, но опасением за сердце больного, заболевание которого может привести школьника к инвалидности и смерти. В настоящее время, благодаря главным образом работе Талалаева, является общеизвестным, что в центре органопатологии о.с.р. стоит сердце. Это логично вытекает из того, что в основе ревматизма лежит особое гиперэргическое состояние (состояние повышенной чувствительности) мезэнхимы, производным которой является и сердечно-сосудистая система.

Если еще нельзя считать общепринятым взгляд на узелки Ashoff-Талалаева, как на проявление гиперэргической реакции, то во всяком случае за это имеются весьма веские данные, добытые, главным образом Klinge, который получал аналогичные изменения у животных при впрыскивании им после сенсбилизации лошадиной сыворотки. За последнее время обширная работа в этом направлении с положительным результатом сделана Альперном (Харьков). Siegmund'u и Fugfeld'u удалось вызвать у животных типичный эндокардит с узелками при заражении их стрептококком после предварительной сенсбилизации в вену убитыми стрептококками.

Детское сердце поражается при ревматизме чаще и в большей степени, чем у взрослых. В этом нет разногласий в литературе. Если для взрослых цифры ча-

стоты клинически выраженного кардита колеблются по различным авторам от 31,2% (Rohlg) до 72% (Singer), то в отношении детей указываются более высокие цифры: по Ibrahim'у 60—80%, по Feer'у даже 80—90%.

В материале Маркузона поражение сердца при о.ср. было установлено у мальчиков в 52%, у девочек в 62%, а при хорее соответственно 19 и 10%. Левинтова указывает частоту сердечных поражений у детей в своих случаях в 75%.

Уже в начале заболевания о.ср. (при первом приступе) обычно наблюдаются некоторые патологические явления со стороны сердца, хотя большой выраженности они обыкновенно не имеют; часто встречается приглушение 1-го тона, лабильность пульса, редкие-аритмия. В одних случаях все эти явления постепенно проходят, в других же наоборот—они усиливаются, появляется сначала нечистота 1-го тона, постепенно выходящаяся в более отчетливый систолический шумок. Нередко при этом можно обнаружить, что т-ра, снизившаяся с высоких цифр, длительное время остается субфебрильной. Более отчетливые явления на сердце мы обнаруживали у тех детей, которые поступали в клинику с рецидивом о.ср. Очевидно, эндокардит развивается, главным образом, в периоды между приступами суставных проявлений.

Ревматический эндокардит у детей, как и у взрослых, может иметь доброкачественное течение, дать стойкий порок без явлений декомпенсации. Нужно сказать, что декомпенсация у детей, поскольку их сердце находится в более благоприятных условиях (отсутствии отравления ядами, большая регенеративная способность) развивается не с такой легкостью, как у взрослых, но раз развившись, труднее устранивается и в дальнейшем легко наступает вновь. Вегнер говорит, что „сердечные заболевания у детей текут более радикально, в общем дело идет или совсем хорошо, или совсем плохо, среднее—как исклечение“.

У детей чаще, чем у взрослых, можно встретить непрерывно-рецидивирующую форму ревматизма (Талалаев), при которой—в результате часто повторяющихся рецидивов—на протяжении нескольких месяцев—одного года развивается тяжелый декомпенсированный порок сердца с летальным исходом. В нашем материале имеется 8 таких случаев.

Бессуставная форма ревматизма, протекающая лишь с поражением сердца, у детей также встречается чаще. В нашем материале было 13 таких случаев. Практически почти все приобретенные пороки сердца у детей следует считать ревматической этиологией, т. к. другие причины развития порока, встречающиеся у взрослых (артериосклероз), у них роли не играют; роль скарлатины, повидимому, очень незначительна; по Зимницкому, сильная травма может быть этиологическим моментом для аортальной недостаточности, но это очень редко наблюдается. Диагностика бессуставных форм ревматического кардита в начальной стадии часто представляет большие трудности; распознавание их может облегчаться наличием *noduli rheumatici*, а также *erythema annulare*, иногда встречающимися при этой форме ревматизма.

Что касается локализации ревматических пороков у детей, то почти всегда, это недостаточность митрального клапана, иногда вместе с митральным стенозом, аортальные поражения встречаются редко (Leichtenritt). У наших больных аортальная недостаточность наблюдалась всего 2 раза (вместо с митральной); стеноз и недостаточность *v. mitralis* в 22 случаях.

Проявлением склонности ревматических заболеваний у детей к генерализованному течению является большая, чем у взрослых, частота перикардитов. Точно указать процент их вряд ли возможно, поскольку клиническая диагностика представляет часто большие трудности и значительная часть их остается нераспознанной (Stolte, Leichtenritt). В литературе указываются цифры от 3,2% (Rolly) до 75% (Вильямс). По Талалаеву, который берет случаи как суставного, так и бессуставного ревматизма, перикардит встречается в 50% (по секциям). При ревматических перикардитах до больших выпотов дело обычно не доходит: образуется серозно-фибринозный выпот, который быстро ведет к образованию спаек, а в некоторых случаях может привести даже к полной облитерации перикарда, что обуславливает тяжелую картину сердечной недостаточности.

При развитии перикардита могут наблюдаться боли в области грудины или живота, иногда шум трения перикарда; симптомов сердечной недостаточности при спайках только между сердцем и перикардом может никаких не быть, они наступают, как указывает Stolte, лишь при наличии сращений с окружающими ор-

ганями—с плеврой, сосудами, средостением, передней грудной стенкой, диафрагмой. Даже при небольших фиксациях сердца могут наступить тяжелые расстройства кровообращения.

В основе перикардита лежат те же гистологические изменения, что и вообще при ревматизме: крупноклеточковая пролиферация со всеми деталями для этих образований в миокарде (Талалаев).

Своеобразным проявлением ревматического заболевания у детей является rheumatismus podosus, при котором в апоневрозах, на выступах суставов, на сухожилиях, в периосте обнаруживаются узелки размером от просыяного зерна до горошины, безболезненные, плотные, подвижные (не спаяны с кожей), спаянные в глубине. Они обычно появляются множественно в разных местах, держатся от нескольких часов до нескольких дней, редко недель; после исчезновения одних, появляются, обычно, новые, которые также быстро рассасываются, не оставляя после себя никакого следа; некоторые авторы отмечают симметричность их локализации. Гистологическое изучение этих узелков (Талалаев) показало, что здесь имеется в первые моменты серозно-фибринозная экссудация, при чем дегенеративно-некробиотические процессы, хотя и выражены, но не резко; это происходит на фоне миксоматозного отека, набухания и фибриноидного превращения; в дальнейшем Талалаев наблюдал развитие обычной картины организационного процесса. В общем эти узелки представляют из себя, по существу, те же гистологические образования, что изменения в миокарде при ревматизме, с той лишь разницей, что более резко выражен экссудативный момент, и меньше пролиферативный и дегенеративно-некробиотический, что обуславливается, повидимому, местными особенностями ткани, в которой они развиваются. Мы не можем расценивать noduli rheumatici иначе, как одно из проявлений аллергической реакции у детей с ревматическим заболеванием; за это говорят и приведенные морфологические данные и клинические наблюдения. Эти узелки обычно наблюдаются в более тяжелых случаях ревматизма, протекающего со слабо выраженными суставными явлениями и тяжелым повреждением сердца.

В своем материале мы имеем 3 случая узелкового ревматизма. В одном из них имелась erythema annulare, что встречал и Leichtentritt. Она характеризуется появлением на коже конечностей, на лице розовых кольцевидных высыпаний размером до 10 коп. монеты, которые держатся в течение нескольких дней, то ослабевая и исчезая, то высыхая вновь. Как erythema annulare, так и erythema exsudativa multiforme, которые мы наблюдали у 5 наших больных, являются ничем иным, как анафилактическими сыпями, встречающимися и при других заболеваниях аллергической природы.

Нам остается остановиться еще на хорее. Она в подавляющем большинстве случаев является заболеванием ревм. этиологии, хотя нельзя, повидимому, отрицать, что хорееподобная картина может развиваться и после некоторых других заболеваний (Coester), т. к. нельзя отрицать, что организм на повреждения различной этиологии может реагировать все же одинаковыми формами (Leichtentritt. Соматомокомплекс хорей вызывается повреждением субкортикальных ганглий экстрапирамидальной системы. Процесс локализуется или в области corpus striatum, что ведет к устранению торможения таламических центров или в области таламуса, при чем имеющиеся здесь небольшие очажки вызывают его раздражение.

В результате развивается гиперфункция таламических центров, что клинически выражается в беспорядочных, быстрых, субъективно-целесообразных, объективно-нецелесообразных движениях и подергиваниях. Большинство авторов сообщает об отрицательных результатах исследования мозга при chorea minor (Kosser, Rindfleisch, Moser, Талалаев и др.). Однако, совсем недавно (в 1933 г.) Santha описал изменения в сосудах мозга при хорее, аналогичные тем, что наблюдаются при ревматизме в других органах.

За ревматическую этиологию хорей говорят также эксперименты Rosenow'a, которому удалось вызвать хорее у кроликов и крыс (одновременно с патологическими изменениями суставов, сердца и мышц), впрыскивая им культуру стрептококка, выкультивированного от ревматика; стрептококки вводились интрацеребрально, интрадентально и интравенозно.

Большей частью хорей является первым проявлением ревматизма. Из 50 случаев Leichtentritt'a в 41 о.с.р. не предшествовал хорее, у Горницкой хорей, как первичное заболевание, наблюдалось у 65,3% (20 случ. наблюдений), в 34,6%—она присоединилась к суставной форме ревматизма и в 1,1%—к сердеч-

ной форме. Если при первом приступе хореи заболевания сердца бывают редко, то при последующем наблюдении таких детей они обнаруживаются, очень часто, по данным Горницкой — в 94,3% (через 1—10 лет). Она же отмечает, что пороки сердца, развивающиеся при хореической форме ревм., протекают более благоприятно, с более поздним наступлением суб- и декомпенсации.

При обследовании через 3 года 70% ее больных еще были трудоспособны, через 5 лет — 48,7%, а через 10 лет — осталось только 9% трудоспособных; это снижение процента трудоспособных с годами шло за счет появления и прогрессирования сердечных повреждений. Neuberger отмечает развитие эндокардита у 53% больных хореей; Leichtentritt — у 3%, Маркузон и Левашева — в 19% у мальчиков и 100% у девочек. Как и при других формах ревматизма, при хореи часто наблюдаются рецидивы — по Горницкой в 35,2% случаев, при чем количество их у одного больного доходило до 5, а Leichtentritt наблюдал до 7 рецидивов. Наши случаи хореи слишком малочисленны, чтобы можно было на основании их делать какие-нибудь выводы.

Профилактика ревматизма должна строиться на устранении и ослаблении тех факторов, в результате которых, как мы знаем, возникает ревматическое заболевание. Индивидуальная профилактика, конечно, необходима, но она может дать эффект лишь при условии проведения широких оздоровительных мероприятий, что понятно невозможно в капиталистических странах и к чему открываются широкие возможности при социалистическом строе, у нас в Союзе. Из отдельных мероприятий по профилактике ревматизма у детей следует отметить необходимость правильно проводимого закаливания детей, что способствует уменьшению катаральных заболеваний верхних дыхательных путей, играющих, как мы отмечали, большую роль в заболевании ревматизмом; очень важно оздоровление режима ребенка вообще и особенно в смысле увеличения длительности пребывания на свежем воздухе и рационально проводимой физкультуры; резких охлаждений, особенно после физических упражнений, следует избегать; важно ношение соответствующей погоде одежды.

Большое значение для профилактики имеет правильное питание детей с устранением перекармливания их молоком и сладким, что нередко поддерживает гиперплазию Вальдейерова кольца, со всеми последствиями этого. Поскольку наследственность играет большую роль при ревматизме, дети из ревматических семейств должны быть предметом особенного внимания в отношении только что отмеченных моментов.

Удаление миндалик с целью предупреждения ревматизма не оправдало себя, как показал это Kaiser; он сравнил частоту ревматизма у 20.000 детей с удаленными миндаликами и 28.000 неоперированными; в обеих группах было 10% заболеваний. При наличии в миндалях хронического инфекционного фокуса хирургическое вмешательство может иметь значение в смысле профилактики рецидивов. Однако Jegerman и Wilson в 88 из 185 случаев не предупредили этим рецидивов на протяжении 1—11 лет; в 22 случ. не удалось предупредить развития эндокардита.

Своевременная госпитализация, обеспечивающая больному соответствующий режим, имеет огромное значение как в смысле предупреждения сердечн. заболеваний, так и рецидивов. Больной должен оставаться в б-це не менее $1\frac{1}{2}$ —2 нед. после исчезновения у него болезненных явлений; при наличии сердечного заболевания срок этот, понятно, удлиняется. Но и после выписки из больницы еще длительное время ревматиков нельзя считать вполне выздоровевшими (учитывая частоту кардита); их следовало бы помещать в специальные санатории для ревматиков, с особым режимом, с постепенной нагрузкой, с длительными пребыванием на свежем воздухе; опыт такого санатория в Америке показал весьма благоприятное влияние в смысле профилактики рецидивов; такие санатории намечены сейчас к открытию и у нас. После выписки из больницы дети-ревматики должны длительное время находиться под особым наблюдением ДЦА и школьных врачей. На обязанности последних лежит, кроме того, большая задача пропаганды правильных сведений о ревматизме среди педагогов и родителей, что может сыграть большую роль в его профилактике.

При профотборе ревматики не должны направляться на такие производства, в которых имеются условия для охлаждения, простуды, резкие колебания т-ры.

Американские авторы (Globley и др.), исходя из взгляда на ревматизм, как стрептококков, предложили специфическую его профилактику; они иммунизировали

детей из ревматич. семей вакциной из стрептококков, выкультивированных от ревматиков; то же испытывал с хорошим эффектом *Leichtentritt*, но опыты эти еще не поставлены в столь больших размерах, чтобы можно было сделать из них выводы.

При лечении ревматизма издавна применяется всем известный салициловый натр или другие препараты салициловой кислоты; благоприятный эффект, получаемый от салицилатов, создал им славу специфического средства при ревматизме. Однако в специфическом противоревматическом действии салицилатов сейчас многие сомневаются (Пойнтон и Шлезингер, *Leichtentritt* и друг.) и действие ее объясняют десенсибилизирующим влиянием. Эффект от салицилатов сказывается главным образом в благоприятном влиянии на суставные явления, что же касается сердца, то на поражение его они предупреждающего действия не оказывают. В нескольких случаях о. с. р. мы в клинике применяли, по примеру других авторов, лечение внутримышечными инъекциями серы; мы наблюдали весьма благоприятный эффект в смысле излечения ревматического артрита, что нужно объяснить, повидимому, так же, как и при салицилатах, десенсибилизирующим влиянием. Нельзя не отметить однако, что серные инъекции могут вызвать резкую температурную и очаговую реакцию.

Имеются наблюдения американских авторов над благоприятным эффектом от применения при о.с.р. стрептококковой сыворотки и стрептококковой вакцины (*Mezger* и др.). Последнее направлено на десенсибилизацию организма по отношению к стрептококку.

Хорея, как известно, плохо поддается лечению; мышьяк и его препараты (*Neosalvarsan*), а также уротропин не дают особенного эффекта. Гораздо лучший эффект дает терапия *Nirvanol'*ем, котор., по заявлению *Leichtentritt'a*, имеет в Германии наибольшее распространение. Он дается по 0,2 — 0,45 гр. в день в 3—4 приема; на 7—14 день, обычно в сопровождении высокой температуры, появляется обильная коре-или скарлатиноподобная сыпь, одновременно с чем наступает усиление двигательного беспокойства, ухудшение симптомов хореи. Но вслед за этим состояние больного начинает быстро улучшаться и наступает выздоровление. Та картина, которая развивается у хореика под влиянием *Nirvanol'*я, не вызывает никакого сомнения в том, что мы имеем дело с появлением своеобразного аллергического состояния. Очевидно, под влиянием *Nirvanol'*я происходит перестройка организма, меняются те условия, которые имелись в организме при развитии хореи, в результате чего болезненный процесс идет к выздоровлению.

Первая Всеукраинская конференция рентгенологов, радиологов и онкологов в Харькове 1—5 июля 1934 г.

Р. Я. Гасуль.

Съехавшиеся представители со всего Союза, составившие вместе с харьковскими рентгенологами и онкологами около 300 человек, с первого же дня превратили конференцию во Всесоюзный съезд, по своему объему и значению превосходивший I Всесоюзный съезд онкологов, заседавший три года тому назад в том же Харькове. За эти 3 года вопросы онкологии тесно сплелись с рентгено-и радиологией, без которой немислима борьба с раковыми заболеваниями. 25 докладов были посвящены онкологии.

В течение 5 дней были проработаны следующие стержневые темы: 1) *Рентгенодиагностика рака желудка и кишек*, 2) *Рентгено-и радиотерапия злокачественных новообразований*, 3) *Рентгенотерапия воспалительных заболеваний*, 4) *Локализация инородных тел* и 5) *Рентгенодиагностика туберкулеза легких у детей и взрослых*.

На первую тему о диагностике рака желудка и кишек были заслушаны доклады хирурга (проф. Мельников а), рентгенологов (профф. Шлиффа и Хармандаряна), терапевта (проф. Шапиро — Одесса¹⁾ и анатома (проф. Дерман).

1) После харьковских докладчиков обозначение города отсутствует.

Ранняя диагностика рака желудка, несмотря на колоссальные достижения в области уточнения анализа помощью микроскопического исследования содержимого желудка, серологических проб и, наконец, новых методов рентгенодиагностики,—к сожалению, является пока редким исключением. Хирург оперирует в большинстве случаев уже развитый, подчас далеко зашедший рак. Не во всех случаях можно поставить ранний диагноз помощью рентгенологического исследования. Поэтому рекомендуется в подходящих случаях произвести эксплоративную лапаротомию. По мнению проф. Мельникова, процент ранней диагностики рака пищеварительного аппарата несомненно повысился бы, если бы терапевты чаще посылали больных с сомнительными данными на пробную лапаротомию, которая, имеет еще и лечебное значение. Докладчик неоднократно наблюдал задержку роста опухоли и исчезновение болей в далеко зашедших иноперабельных случаях после одной лишь лапаротомии.

Опыт рентгенолога, однако, показывает, что если больной своевременно — еще в период неопределенных жалоб (отрыжка, неприятный вкус во рту, отсутствие аппетита, усталость, слабость и беспричинное исхудание) — является на просвечивание, можно помощью методики исследования рельефа слизистой и повторных просвечиваний и снимков определить и качественно охарактеризовать раннюю форму рака желудка, имеющую некоторые специфические черты, соответствующие определенному этапу развития опухоли (Шлиффер).

Это в равной мере относится к анализу кишечника. Изучая картину слизистой после опорожнения клизмы из бариевой взвеси, можно по структуре слизистой судить о наличии опухоли и ее характере. Дефект наполнения, деформация и обрыв складок, их неправильные контуры, сужение просвета с расширением над ним, дисфункция—все это хорошо определяемые на экране и снимке признаки. Нужно уметь их читать. Квалификация рентгенолога играет в процессе анализа иногда очень сложных данных видную роль (Хармандарьян).

Опухоли женской половой сферы также поддаются исследованию помощью метро-сальпингографии (и-скопии), как это показал в своем сообщении прив-доц. Д. Е. Гольдштейн (Казань)

Вторая тема о рентгено-и радиотерапии опухолей была представлена в докладах рентгенологов-онкологов (профф. Розенцвейг, Френкель—Москва, Гасуль) и хирургов-онкологов (профф. Петров Ленинград Быховский—Киев). Значение освещений рентгеном после операции по поводу рака молочной железы и матки признано и хирургами. Часто очень полезно освещать и до операции. Рак кожи можно в недалеком зашедших случаях одним лишь облучением без операции излечить. Результаты, полученные в клиниках Советского Союза, не уступают по клиническому течению и проценту излечения лучшим клиникам Швеции, Франции и Германии.

Советские рентгенологи не отстают и в применении новейших методов лечения (по Pfahler, Coutard, Holfelder). Проф. Френкель поделился своими впечатлениями о примененной им методике протяженных освещений по Coutard, метод которого благоприятен в некоторых случаях рака гортани и языка. Проф. Гасуль и прив-доц. М. И. Гольдштейн сообщили о результатах глубокой рентгенотерапии опухолей по материалам кафедры рентгенологии Казанского гос. инст. усов. вр. им. Ленина за 192—33 гг. Совместная работа с гинекологическим, хирургическим и терапевтическим отделениями института (под руководством новоорганизованного при Татаркомздраве онкологического отделения по борьбе со злокачественными опухолями) дала сравнительно хорошие результаты послеоперативных освещений рака шейки матки и молочной железы. Хорошие результаты рентгено-и радиотерапии при недалеком зашедшем раке кожи. За некоторыми редкими исключениями наилучшие результаты в случаях рака пищевода, желудка и прямой кишки.

В небольшом проценте случаев благоприятные результаты были получены у больных саркомой и семиномой. У некоторых б-ых раком гортани применялся метод Coutard).

Вопрос об излечимости рака был затронут проф. Быховским, который указал, что необходимо энергично бороться с предрассудками о неизлечимости рака, которые мешают нашей борьбе с раковыми опухолями. Успех лечения

Статистические данные будут опубликованы в отдельном сообщении по нашему докладу.

зависит от своевременного, раннего распознавания и немедленного применения радикальных лечебных мер. Возраст, конституция больного, локализация и строение опухоли играют при этом немаловажную роль.

В заключение необходимо упомянуть доклад проф. Петрова, который был прочитан Холдиным (Ленинград). Все лечебные приемы при раке должны быть приспособлены к пользе больного, а не к идее торжества одного лечебного метода над другим. *Сочетание методов* — задача современной терапии рака. Для этого необходим онкологическая квалификация. От хирурга онколога требуется теперь уметь владеть электроножом, диатермокоагуляцией, которая дает лучшие результаты в отношении рецидивов и метастазов.

С докладом о биохимических основах *хемотерапии рака*, в частности по вопросу о *проницаемости* опухолевых тканей выступил проф. Бриккер и сотрудник (Днепропетровск). Объектом воздействия различных противораковых веществ должна быть как сама опухоль, так и весь организм. Судьба этих веществ, равно как их противораковое действие, должна быть тщательно прослежена, как *in vivo*, так *in vitro*, на основе изучения законов проницаемости опухолевой ткани и фиксации в ней противоракового препарата. Опыты над саркомами и раками у живых при различных условиях (голодания, диеты) с препаратами калия, кальция, магнезии и др. выявили определенные закономерности в реакциях опухоли и организма.

Докладом д-ра Карлина (Москва) о методике *лечения рака шейки матки радонам* (эманацией радия), который употребляется вместо дефицитного и дорогого радия в дозе около 35—40 милликури распада (м. с. д.) и дает в руках опытного радиотерапевта хорошие результаты, и сообщением проф. Гейнисмана (Киев) *об отдаленных результатах рентгенотерапии опухолей гипофиза* (помимо уменьшения опухоли и задержки развития акромегалии — улучшение функций эндокринного аппарата и базального обмена) — закончилась проработка второй темы конференции.

Третья тема *о лечении воспалительных заболеваний рентгеновыми лучами* была открыта докладом проф. Мищенко, который дал экспериментальное обоснование этого отдела рентгенотерапии, приобретающей большое значение в клинике островоспалительных заболеваний. При анализе эффекта освещения воспалительного очага необходимо учесть действие лучей на весь комплекс воспаленного органа или ткани, а именно: клетки самой ткани, микроорганизмы, сосуды, кровь, ретикулоэндотелий, нервы, коллоиды.

Работа велась на кроликах и морских свинках. Результаты подтвердили целый ряд клинических наблюдений и обосновали их более твердо. Удалось доказать оживление гистиоцитарной реакции с повышением фагоцитоза при усиленном распаде лейкоцитов после небольших оптимальных доз. Клинически это выразилось в ограничении очага и укорочении периода заболевания, сопровождавшегося быстрым рубцеванием дефектов. Большие дозы вызывали обратные явления, прорывали барьер и способствовали дальнейшему расширению воспаления, образованию большой флегмоны и даже приводили к летальному сепсису. Небольшие дозы (для кролика около 80% НЭД, для свинок 60%, для человека 20—30% НЭД) вызывали: появление в крови неспецифических антител, активацию ретикулоэндотелиальной системы продуктами распада (актинопротеины по Sch w a r z и Гасуль, эндопротеины по Мищенко), увеличение опсонического индекса, понижение осмотического давления в воспалительном очаге и повышение содержания аминокислот и обусловленное разгрузкой нервных окончаний болеутоляющее действие и в конечном итоге положительный и быстрый лечебный эффект. Это значение рентгенотерапии в деле быстрого восстановления трудоспособности — при фурункулах, карбункулах, гидрадените, пиодермитах, фолликулитах, абсцессах, флегмоне, лимфадените и лимфангите, роже и гонорройных артритах, которые давали блестящие результаты, и при маститах, паротите и панарициях и параназальных и также при острых воспалениях в отоларингологической, стоматологической и оториноларингологической практике, где получались хорошие эффекты, — показали на большом материале доц. Ольховская и Бриль, Кругликова и Вайсблат (Киев), Савицкий (Ростов), Хейфец (Днепропетровск), Ефремов (Добровольский (Лодтава). Важно своевременно приступить к освещению.

Не менее успешно ведется борьба с *бациллоношением* помощью освещения миндалин (Быховский и др.). Воспалительные заболевания глаз также под-

даются своевременному освещению рентгеном (В и ш н е в с к и й — Новосибирск). И. Неворожкин и Н. Неворожкина (Казань) исследовали *действие р. лучей на экспериментальное воспаление глаз* у кроликов при заражении пневмо-и стафилококком, оспенной вакциной и синегнойной палочкой (в роговицу и отчасти в пер. камеру). Наилучшие результаты получились у зараженных оспенной вакциной. Освещение в первые 2 дня после инфекции оказывало более благоприятное действие на течение процесса по сравнению с контрольными

Ободяющие результаты давали *гангрена и абсцесс легких* (Бобречка и Порховник — Киев), туб. эпидимит (Бергман — Киев). Гейнисман (Киев) поделился своими результатами при комбинированном лечении диатермией и рентгеном *свежее переднего полиомиелита* (15% клин. выздоровления), *серозного менингита* (7% влчущения), туб. менингит не поддавался р. тер пии. Л. Гольдштейн (Ленинград) сообщил о благоприятных результатах длительной рентгенотерапии малыми дозами хрон. неспециф. менингита, эпидем. энцефалита, детском спинномозг. параличе, рассеянном склерозе. Невралгии тройничного и седящего нервов во многих случаях давали положительный результат (Рындин — Ростов).

Особое место в лечении хронических воспалений заняла *язва желудка и 12-перстной кишки*. В настоящее время соперничают два метода рентгенотерапии, дающие одинаковые положительные результаты. Первый метод непосредственного освещения области желудка дал на большом материале клинич. с-ых Всеукр. рентг. инст., прослеженных Ольховской и Бриль, прекрасные результаты клинического излечения. Исключаются лишь случаи, требующие неотложного хирургического вмешательства (перфорация, рубцовые сужения, значит. спращения), а также острые общие инфекции, открытый туб.). О втором методе (первенство которого оспаривают проф. Неменов и Югенбург) освещения симпатических ганглий — доложил М. Неменов на материале Ленингр. рентг. инст.

В оценке результатов р-терапии необходимо, например, учесть то обстоятельство, что исчезновение киши при недлительном наблюдении еще не доказывает ее излечения. Лишь длительное наблюдение постепенно уменьшающейся киши позволяет говорить о полож. результате лечения (Ольховская, Шлиффер).

После серии докладов по вопросу локализации инородных тел (доц. Лемберг и др.), вопросу, имеющему большое оборонное значение, конференция перешла к последней теме — *о рентгенодиагностике легочного туберкулеза у взрослых и детей*.

В связи с новейшими воззрениями в области анатомии туберкулезного процесса в легком (доклад анатома проф. Земана) и представлениями в клинике туберкулеза (доклад проф. Хмельницкого) рентгенодиагностика из фазы описательной грубой эмпирии и анализа статистики процесса перешла в фазу подлинной качественной диагностики, задача которой состоит в улавливании и определении характера тенденции и динамики туберкулезного процесса. Эти этапы развития рентгенодиагностики были обрисованы в докладе Гасуль после докладов проф. Абрамович и Бриль о рентгеновской картине легоч. туб. у взрослых и проф. Рейнберга о туб. у детей. Приобретающие в последнее время значение лимфо-гематогенные формы диссеминации туберкулеза легких у взрослых были освещены в докладах Гасуль и доц. Кацмана (Ленинград).

В заключительном заседании были заслушаны интересные внепрограммные доклады на различные темы, как напр., по *фото-гастрографии* аппаратом д-ра Фельдштейна (Одесса) слизистой желудка (доклады доц. Штерна (Ленинград) и д-ра Балабана (Одесса)). Эти гастропото дополняют рентгеновскую картину рельефа слизистой.

Вопросы уточнения рентгеновской картины и диагноза, улавливание ускользающих при обычном исследовании изменений помощью записей движений органов грудной клетки на рентгеновской картине также нашли отражение в докладах д-ра Гинзбурга (Москва) *ор-кимографии сердца* во Stumpty помощью предствленной докладчиком модели собственной конструкции, проф. Шика (Ленинград) и Голонзко (Москва) *ор-кимографии легких и диафрагмы*. Интерес представляли доклады Фарберова *о рентгенографии оптических каналов*, доц. Л. Гольдштейн (Ленинград) *о действии р-лучей на проницаемость*

гематоэнцефалического барьера, проф. Абрамовича о *лимфогранулематозе легких* и ряд др. докладов из смежных областей.

Конференция т. о. продемонстрировала значительные успехи советской рентгенологии, радиологии и онкологии, не уступающие по качеству европейской. На выставке можно было видеть хорошо работающие и тщательно отделанные аппараты нашего производства.

Открытие конференции состоялось в театре Революции, где после торжественной части был дан концерт с участием лучших артистических сил Харькова.

Заседания происходили в новопостроенном прекрасном институте рентгенологии и онкологии (превосходящем по объему и оборудованию Ленинградский рентг. институт) под председательством директора инст. проф. Хармандаряна и его заместителей из президиума.

I-ая всеукраинская конференция урологов

Киев, 15—18 октября 1934 г.

Доц. Б. В. Огнев (Москва)

По первой программной теме, касающейся *урологии, в системе советского здравоохранения* были доклады проф. И. В. Кудинцева о состоянии и истории развития урологической помощи в УССР. О положении и развитии малой урологии сделал доклад проф. Войташевский. Проф. Р. М. Фронштейн указал, как и предыдущие докладчики, на недостаточное внимание, которое оказывается в системе здравоохранения преподаванию урологии. Страна нуждается в соответствующих специалистах, а потому подготовке кадров в медвузах должно быть уделено особое внимание. К сожалению, при медвузах еще до сих пор нет специальных кафедр, которые, однако, крайне необходимы.

По второй программной теме, касающейся *травматического повреждения нижних мочевых путей* основным докладчиком был проф. В. М. Богословский, который на 4.390 травматических больных имел 34 случая разрыва мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Успех операции зависит от момента вмешательства после травмы, поэтому и смертность колеблется от 16 до 90%. Основной задачей оперативного вмешательства—закрытие места разрыва и предупреждение перитонита. Место повреждения пузыря часто отыскивается по расположению костных отломков таза. Катетеризация допустима, но опасна. Проф. Васильев коснулся вопроса *повреждений мочевого пузыря при грыжесечении*. Подобные повреждения по сборной статистике встречаются в 1,7%, при спонтанных разрывах и пулевых ранениях рекомендуют немедленное оперативное вмешательство.

Целый ряд последующих докладчиков сделали сообщения о *повреждении мочевого пузыря и мочеиспускательного канала*. Доцент В. В. Парин сообщил об основных типах разрыва мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Докладчиком по этому вопросу был д-р Л. Я. Хесин, который сообщил о 44 случаях травматических повреждений мочеиспускательного канала. Докладчик на основании материала клиники проф. Р. М. Фронштейна приходит к заключению, что консервативные методы лечения дают сравнительно хороший результат. Прив.-доц. Дунаевский сообщил о результатах экспериментальных исследований на трупах, где он делал переломы таза и выяснил возможность разрыва мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Доцент А. П. Фрумкин сообщил о блестящих результатах *пластики мочеиспускательного канала по способу Мариона*, при дефектах в 5—7 см. Кроме того сообщил об имплантации периферического отдела канала в центральный отдел в области шейки пузыря. В *прениях* проф. Тораш и проф. Фронштейн указали на допустимость цистоскопии при травмах пузыря только на операционном столе.

По третьей теме, касающейся *патогенеза, клиники и лечения гипертрофии простаты* основными докладчиками были проф. Чайко и проф. Фронштейн.

те й н. Имея большой клинический материал и опыт, они указали, что до сих пор нет единства взгляда на патогенез гипертрофии простаты. Докладчики подразделяют все формы на фиброзно-мышечные, железистые и смешанные. Проф. Ф р о н ш т е й н указал, что гипертрофия железы бывает в результате полового климакса. Задержка мочи при данном страдании нарушается не механическим моментом, а в силу неправильной функции сфинктера мочевого пузыря. Оперативное вмешательство показано в 1-й стадии при языкообразном стоянии средней доли, во второй и третьей стадиях при рецидивной задержке и при большом количестве остаточной мочи. Теплицкий сообщил о 68 случаях *простатэктомий* с 2 смертными исходами. Строгие показания и прекрасный клинический анализ больных дал также блестящие результаты после оперативных вмешательств. Прив. доц Г е л ь ф е р сообщил о *послеоперационном периоде при простатэктомиях*. Указал на моменты правильного формирования заднего отдела мочеиспускательного канала и на способы борьбы с послеоперационным парезом кишечника, применяя гипертонический раствор NaCl для клизм. Дунаевский сообщил о 14 случаях *лечения гипертрофированной простаты* трансуретральной электрокоагуляцией. Указанный способ, проводимый в клинике проф. Р. М. Ф р о н ш т е й н а имеет показания и преимущества при малых простатах, при увеличении только средней доли и при рецидивирующих формах. Способ противопоказан при расширенных венах задней стенки мочевого пузыря.

Доцентом Б. В. Огневым было сделано сообщение о *тончайших сосудах мочевыводящих путей человека*. Работа дает возможность правильно понимать значение почки в системе кровообращения. Этот орган содержит от 96 до 100 миллионов капилляров, пропуская за сутки от 600 до 700 литров крови. Детально рассмотрены коллатерали этого органа, мочеточников и мочевого пузыря. Доклад сопровождался демонстрацией препаратов и микрофотограммами.

Проф. Я. Г. Готлиб сообщил о результатах *внутривенной пиелографии „сергозином“ и „торотрастом“*. Докладчик продемонстрировал из всего материала (800 случаев) часть безукоризненных снимков, убедивших аудиторию в превосходстве указанных препаратов, к сожалению, не имеющих широкого распространения из-за высокой их стоимости.

Д-р Шапиро (Ленинград) сделал сообщение о *рентгеновском освещении почек*, вследствие чего повышается свертываемость крови этого органа, выключая функцию почек, что способствует закрытию мочевых свищей.

Последний день был посвящен вопросам *организации борьбы с гонореей и способами ее лечения*. Основным докладчиком был проф. А. Н. Федоровский. Он считает, что главным условием снижения заболеваемости гонореей есть надлежащее развертывание специфических лечебно-профилактических мероприятий, увязанных с общим строительством и всей работой здравоохранения. Актуальными задачами в деле борьбы является воспитательная и санитарно-просветительная работа среди здоровых и культурно-санитарная обработка больных. Необходимы специальные квалифицированные кадры. По этому вопросу был сделан еще целый ряд весьма интересных докладов. Затрагивались вопросы организации борьбы с гонореей на селе (Суржик, Халчанский), в военное время (Цыбульский).

Интереснейшим сообщением было проф. В. С. Деркач и З. С. Голотиной о *„диссоциации гонококка“*. Эта диссоциация сопровождается изменением морфологических, культуральных, биохимических, серологических, антигенных и биологических свойств микробов. Диссоциация гонококка проливает свет на некоторые темные вопросы диагностики и клиники гонорреи.

Кроме докладов на указанные темы был сделан ряд сообщений по внепрограммным вопросам.

Съезд был организован хорошо. Заседания прошли с большим подъемом, что указывает на актуальность поставленных в программе вопросов.

Библиография и рецензии.

Проф. М. О. Фридланд. *Курс ортопедии*. Часть I. Общая ортопедия. Татгосиздат. Казань, 1931 г., 213 стр., с 230 рисунками в тексте.

Перед нами 2-е издание „Общей ортопедии“ проф. Фридланда. О полезности и нужности этого единственного в своем роде руководства для врачей и студентов (других книг по общей ортопедии в Советском Союзе нет) говорит то обстоятельство, что первое издание „Общей ортопедии“ разошлось в течение первого же года.

Настоящее второе издание выпускается, как первая часть „Курса ортопедии“, второй частью которого издается вторым изданием частная ортопедия. Такое объединение руководств можно приветствовать, так как одно из них является введением к другому и оба вместе исчерпывают основы ортопедии, изложенные языком опытного преподавателя и клинициста на уровне современного состояния данной специальности, для прогресса которой сделано немало самим автором.

Второе издание „Общей ортопедии“ содержит существенные дополнения почти во всех главах. Особо серьезное внимание уделено вопросам диагностики. Чрезвычайно ценным является детальная разработка собственного большого статистического материала в 15,000 случаев (стр. 58—65). Достаточно для сравнения указать, что такой же по количеству материал в известном немецком коллективном руководстве Laugé могла дать лишь сборная статистика 14 соавторов, к тому же далеко без детальной разработки. В советской же ортопедической литературе статистика проф. Фридланда наиболее исчерпывающая.

Описан ряд новых методов лечения, — новые повязки: Böhler's, Sinclair's и др. (стр. 122—123); метод искусственного размягчения костей по Rabl'ю (стр. 149—150); новые операции: пересадка точки прикрепления мышцы по Veau-Lamy, по Soutter-Putti, по Campbell'ю (стр. 170—171), артродоз по Nové-Jossaud'ю (стр. 181—182), секвестротомия по Orr'ю и Albée (стр. 188—189) и др. Автор хорошо отражает современное состояние вопроса о лучистой энергии.

Некоторые рисунки заменены, целый ряд их дан заново.

В общем книга стала полнее в 1½ раза: при увеличении количества печатных знаков в листе с 40,000 до 58,000, „Общая ортопедия“ во втором издании имеет кроме того, увеличенное количество страниц. Хорош и внешний вид книги: бумага, формат, печать, рисунки, переплет.

Рецензируемая книга является значительным вкладом в ортопедию. Она должна стать обязательной настольной книгой каждого врача-ортопеда, имеющего возможность найти в ней все необходимое ему сведения, а также обширный литературный указатель. Начинаящий врач и студент смогут, ознакомившись с этой книгой, войти в курс современных методов исследования, диагностики и лечения ортопедических заболеваний.

Нет сомнения, что и это издание книги проф. Фридланда будет заслуженно иметь успех.

Доцент Г. М. Новиков.

René Huguenin. *Le Cancer primitif du poumon*. Etude anatomo-clinique 1928—30 гг. 330 стр. с иллюстрациями.

Книга эта представляет большой интерес: в ней собран и хорошо изложен, как клинический, так и анатомический материал. Автор пользовался обширной библиографией: им изучено 385 работ, сделанных авторами различных стран. Архитектоника книги строго выдержана. Материал равномерно расположен: этиология, патологическая анатомия, симптоматология с указанием различных методов исследования, картина аномалий и осложнений, данные диагноза, прогноза и терапии — все это нашло достойное отражение и освещение в первой половине работы, а во второй очень подробно и ярко набросаны 46 историй болезни.

Первичный рак легкого вовсе не такое редкое явление, как это обычно думают; и за последнее время он наблюдается гораздо чаще, что, однако, по мнению автора, не находит пока удовлетворительного объяснения.

Для развития рака вовсе не обязательно раздражение слизистой оболочки предшествующими заболеваниями легких; не обязательна и метаплазия слизистой, ибо она может обываться в процессе развития самого рака. Чаще всего локализуется он в верхней доле правого легкого и обычно начинается из бронхов различного калибра, но может исходить и из легочных альвеол.

Он принимает различные формы, каждая из которых имеет свой клинический и радиологический синдром. Различно и месторасположение его, не всегда прихиллярное. Автор отмечает следующие формы первичного рака легких: 1) *ограниченного* размера резко очерченный, находящийся только в одной доле, иногда с полостью внутри; 2) *массивный*—лобарный, захватывающий довольно большое пространство без ясных границ; 3) *инфильтрирующий*, диффузный на большом пространстве без ясных границ; 4) *медиастинально-легочный*, захватывающий часть легкого, медиастинаума, а также пакеты желез; 5) *плевральный*, разрастающийся пышно на поверхности слизистой оболочки (с одним только отдельным узелком) или с едва заметными разветвлениями в легочной ткани и, наконец, 6) *узелковый*, где множественные узелки являются как бы метастазами из одного находящегося тут же большего по размерам очага.

Разрастание рака сопровождается разрушениями в легком и других соседних органах, вызывая воспалительные поражения, гангрену, экссудаты и сдавливание органов средостения,—словом целый ряд изменений, позволяющих ориентироваться в различных клинических и рентгенологических картинах, имеющих место при этом заболевании. Что же касается подлинных метастазов, то они наблюдаются довольно часто в железах средостения, в надключичной и подмышечной области, во внутренних органах, где часто их не замечают, и, наконец, в нервах и костях, где они, наоборот, выражаются ярко, а порой и бурно.

Переходя к вопросу о гистологической картине, представляемой первичным раком легких, автор реферлируемой нами книги отмечает, как нечто типичное, *полиморфизм клеток*, который, однако, разное сказывается у различных форм: раки *ограниченных размеров* имеют клетки мальпигиевого строения, *лобарные*—чисто эпителиальные, мальпигиевые или цилиндрические, *массивные, плевральные, легочно-медиастинальные* и *узелковые* представляют очень разнообразную гистологическую картину: то наличию здесь плотная густая строма с медленным ростом кубических, цилиндрических и мальпигиевых клеток, то стромы почти нет при наличии быстро пролиферирующих малых круглых или веретенообразных клеток, которые ошибочно можно принять за клетки саркомы или лимфосаркомы, особенно при раке медиастинаума; но изучение гистологических срезов серыми и особенно метастазов позволяет отличить эпителиальное происхождение этих „псевдосарком“.

Первичный рак легкого после медленного прогрессивного или бурного начала, симулирующего иногда острое заболевание легкого, выявляется вскоре *прищипым* ему *синдромом*, отдельные симптомы которого однако далеко не специфичны только для рака.

Почти постоянные функциональные симптомы таковы: боли в груди, одышка, кашель, мокрота, кровохаркание; общее состояние иногда обманчиво: похудание нередко мало выражено, а температура обычно повышена. Физические симптомы определяются анатомической формой рака: 1) при небольших ограниченных формах они смазаны, неясны и обнаруживается рак часто только рентгенологически; 2) при лобарных, массивных формах наблюдается характерный синдром утолщения легкого; 3) при плевральных формах—плевритический или экссудативный; а 4) при легочно-медиастинальной форме—синдром медиастинально-легочный.

Автор, однако, отмечает, что симптомы часто оказываются измененными, благодаря присоединившимся поражениям. Рентген помогает диагнозу, но не всегда дает уверенность в точности его, хотя локализация тени и характер ее границ являются важными данными для установления диагноза. Бронхоскопия и инъекция липиодола позволяют обнаружить место стеноза и сделать биопсию. Аденопатия и гистологическое исследование желез обычно позволяют поставить более верный диагноз, чем исследование мокроты и плевральной жидкости.

Первичный рак легкого нередко представляет такую картину, которая не дает возможности сразу распознать его, благодаря очень острому или наоборот слишком медленному течению болезни, а также благодаря симптомам, маскирующим ее: таковы, например, дисфагия и нервный или костный синдромы, выявляющиеся иногда в первую голову. Но в общем распознавание первичного рака, по мнению автора, не представляет непреодолимых трудностей. В большинстве случаев он может быть распознан, и мысль о нем должна приходиться в голову всякий раз, когда диагноз легочного заболевания затруднен. Меньше всего его можно спутать с туберкулезом и очень часто приходится дифференцировать ограниченную форму первичного рака от гуммы, эхинококка, абсцесса, лимфангуломатоза и доброкачественной опухоли.

Первичный рак легкого обычно ведет к смерти, быстрее при массивных и метастазальных формах и более медленно при формах ограниченных и плевральных. Болезнь тянется от нескольких недель до многих лет, в среднем немного меньше года. Смерть, согласно автору, зависит от вторичной инфекции легкого, от метастазов и реже от кахексии.

И все же заболевание это не представляется автору неподдающимся лечебному воздействию: хирургическое вмешательство дает некоторые хорошие результаты; особенно полезно оно при ограниченных формах; только при них оно должно применяться и может привести к полному излечению. Рентгено- и радиотерапия могут проводиться главным образом при массивных мелкоклеточных, быстро развивающихся формах; они если не излечивают, то во всяком случае отдалают фатальный исход, значительно облегчая больного. Уменьшение размеров опухоли в таких случаях проверено много раз рентгенологически.

Автор находит, что все эти способы лечения нащупываются, что со временем, когда наука установит этиологию рака и даст возможность своевременно распознавать эту болезнь, а техника хирургии и радиотерапии будет усовершенствована, то случаи излечения увеличатся, и люди перестанут считать его непобедимым бичом человечества.

Книга его прекрасно издана и иллюстрирована 35 великолепными рисунками макроскопических и гистологических препаратов. Есть в ней и 15 хороших рентгенограмм различных форм первичного легочного рака.

Д-р А. М. Лункевич.

Рефераты.

а) Экспериментальная медицина.

Claus Schilling. *Антитела и начальная лихорадка при малярии.* (Centralbl. für Bakt. Orig. 1934. 131. 1/2). Основываясь на целом ряде новейших литературных данных, в том числе и на работах Neuman'a, обнаружившего присутствие специфических антител в крови маляриков тотчас после окончания первого приступа, а. рисует происхождение малярийной лихорадки следующим образом. Вскоре после заражения, организм реагирует на внедрение малярийных плазмодиев непродолжительной лихорадкой неправильного типа. Это повышение t° обусловлено токсинами плазмодиев, поступающими в кровь тотчас после внедрения паразитов в организм хозяина. Неправильный характер температурной кривой зависит в данном случае от того, что происходит наложение беспорядочно размножающихся многочисленных генераций плазмодиев друг на друга. Но вскоре после попадания плазмодиев в организм начинается их быстрый распад, на который организм реагирует продукцией антител. Эти антитела мешают дальнейшему развитию плазмодиев, способствуя их гибели. Выживают единичные особи, обладающие особой устойчивостью по отношению к антителам. Эти уцелевшие плазмодии беспрепятственно размножаются, и к концу инкубационного периода их количество бывает настолько велико, что продуцируемых ими токсинов хватает для того, чтобы дать начало новому, на сей раз настоящему приступу. Благодаря тому, что данный приступ является результатом размножения единичных уцелевших в организме хозяина плазмодиев, температурная кривая более не носит неправильного характера, но, наоборот, имеет вполне закономерный вид. Падение температуры и после настоящего приступа зависит от уничтожающего действия на плазмодиев направленных против них антител. Однако, почти всегда остается небольшое число устойчивых особей, которые сохраняются в организме и тем самым обеспечивают возможность продолжения болезни. На сей раз регулярный характер кривой зависит от того, что большая часть генераций плазмодиев погибает, и сохраняется лишь одна генерация, устойчивая по отношению к антителам. Часто эта кривая все же в конце концов начинает постепенно затухать. Это зависит от того что плазмодии утратили способность вырабатывать устойчивые расы; так может наступить спонтанное выздоровление. — В некоторых случаях устойчивость по отношению к антителам выражается только в том, что подобные особи

сохраняют лишь свою жизне-деятельность, но не способность к быстрому размножению. В таком виде они могут длительно существовать, пока какие-либо моменты, ослабляющие организм (побочные заболевания, охлаждение тела и т. п.) не нарушат создавшееся равновесие, и плазмодии получат возможность беспрепятственного размножения. Новые приступы начинаются обычно сразу, без начальной лихорадки неправильного типа. Но, если вышеназванные моменты отсутствуют, эти устойчивые особи могут в конце концов спонтанно погибнуть, и тем самым наступает полное выздоровление.

Однако, бывают и другие случаи, когда антитела нацело уничтожают все плазмодии, устойчивые расы не вырабатываются, и организм нацело освобождается от малярийной инфекции, пережив лишь начальную лихорадку неправильного типа.

Н. Каган.

А. Trawinsky и S. Maternorowska. *О реакции преципитации при трихинозе.* (Cbl. für Bakter. Orig. 1934. 131. 1/2). Для получения преципитирующих сывороток кроликов заражали per os трихинами. Обычная употреблявшаяся доза — от 250 до 1000 трихин в один или несколько приемов. Обескровливание кроликов производилось в различные сроки, начиная с 3-го и кончая 26-м, а в одной серии опытов даже 50-м днем. Одновременно производилось обследование обескровленных кроликов с целью обнаружения, наступила ли в результате заражения инвазия трихинами. В опыт пускались сыворотки только тех кроликов, в органах или кишечнике которых были обнаружены трихины. Антиген готовился след. образом: мышцы кроликов, зараженных трихинами, измельчались, после чего к ним добавляли физиологический раствор с добавлением 0,4% раствора пепсина и 0,25% соляной кислоты. После перегревания в термостате при 42°C в течение 3 часов (молодые, не одетые капсулами трихины переходят при этом в жидкость) непереваренные комочки тремали и выбрасывали, а жидкость фильтровали через марлю и центрифугировали. Осадок, содержащий трихины, промывали 5—6 раз физиологическим раствором для удаления остатков пепсина и соляной кислоты и высушивали в термостате или в эксикаторе. Высушенные т. обр. трихины подтергались затем растиранию в ступке, после чего к полученной массе добавляли стерильный физиологический раствор (1:500 или 1:100). После стояния антигена в течение 10 дней на холоду его фильтровали через азбест. Употребляли свежеприготовленный антиген. В качестве контроля пользовались антигенами из аскарид или эхинококков, а также нормальными кроличьими сыворотками. Р. преципитации ставилась путем наслаивания сыворотки на антиген. Результаты реакции учитывались после стояния в термостате в течение 5, 10, 15, 30, 45 и 60 минут. Положительную р. преципитации с трихинозными антигенами давали сыворотки кроликов, обескровленных не ранее 7—8 дня с момента заражения. Начиная с этого времени почти все сыворотки без исключения давали положительную р. преципитации с трихинозным антигеном. Антигены из аскарид и эхинококков, а также нормальные кроличьи сыворотки давали отрицательную реакцию преципитации.

Положительную р. преципитации с антигенами из аскарид и эхинококков давали в некоторых случаях сыворотки тех кроликов, у которых помимо трихинозной имелась также естественная инвазия каким-либо другим паразитом *Cysticercus pisiformis*, *Oxyurisambigua*).

Н. Каган.

J. V. Murphy и E. Sturm. *Фактор в нормальных тканях, задерживающий рост опухолей.* (Journ. Exper. Med. 1934. 60. 3). А. а. работали с двумя штаммами мышинного рака и одним штаммом саркомы. Наличие задерживающего фактора было обнаружено в ткани эмбриональной и плацентарной. Ткань, подвергавшаяся изучению, измельчалась и высушивалась в эксикаторе, после чего из нее готовили экстракт на воде. Кусочки опухоли перед заражением свежих животных выдерживались в течение непродолжительного времени в экстракте. Подобного кратковременного контакта оказалось достаточно, чтобы совсем задержать рост опухоли или значительно его замедлить. Подобное задерживающее влияние не отличалось видовой специфичностью, т. к. им обладала не только эмбриональная и плацентарная ткань мыши, но и других животных. Задерживающий фактор распространял свое влияние только на раковую опухоль, но не на саркоматозную. Свежая, не высушенная ткань не обладала задерживающим фактором. Однако, выяснилось, что плацента не всегда содер-

жит задерживающий фактор: так, в начальных стадиях беременности он отсутствует, затем появляется (во второй трети), достигает наивысшего содержания в последней трети, с тем, чтобы перед концом беременности снова исчезнуть.

А. а. считают, что задерживающий рост опухоли фактор присутствует и в свежей ткани, но здесь он замаскирован благодаря противоположному действию фактора, стимулирующего рост. Под влиянием высушивания последний устраняется.

То обстоятельство, что описываемый фактор удается обнаружить лишь в высушенной ткани, говорит против его ферментативной природы. *Н. Казан.*

Schiff и Hien. *Серологическое обследование Берлинского населения.* (Klin. Wochenschr. N 10, 1931 г.). В течение 11 лет исследовалось 30.000 проб крови стационарных больных. Распределение по группам дает следующий результат: Группа O—31,6%, группа A—42,2%, группа B—14,7%, группа AB—6,5%.

В отношении пола разницы в группах нет. За указанный период времени процент соотношения групп существенно не изменился. *Т. Шарбе.*

в) Эндокринология.

Вирилизм и его причины. Ланжерон и Данэ (Journal de Gynecologie et d'Obstetrique, ноябрь 1933 г.) приводят историю болезни совершенно нормальной женщины 31 года, имевшей 2-х детей, у которой без всякой видимой причины развились в течение 6 месяцев явления вирилизма-гирсутизма: (борода, усы, оволосение всего тела), аменорея, изменение черт лица и характера, потеря в весе, ослабление мышечной силы. Внутренние органы без изменений, кровяное давление $140/95$. Повышен основной обмен (+ 21%). Самое тщательное исследование не обнаружило опухоли надпочечника или яичников, однако развитие болезни дает возможность предполагать злокачественное новообразование.

Больная лечилась полигландулярными препаратами, стрихнином и рентгенизацией надпочечников; в результате — улучшение общего состояния без влияния на симптомы вирилизма-гирсутизма. Авторы обращают внимание на то, что хотя клинически этот синдром хорошо всем знаком, этиология и патогенез до сих пор неизвестен, при чем и патолого-анатомически при этом заболевании наряду с опухольми надпочечниковыми встречаются заболевания яичников, гипофиза и щитовидной железы. Все же самой частой причиной являются заболевания надпочечников — злокачественная опухоль, аденома и просто гиперплазия их. Это заболевание чаще поражает женщин. В зависимости от того, в какой стадии развития появляется опухоль, получается тот или иной симптомокомплекс, но всегда связанный с половой сферой.

Если опухоль развивается у зародыша, то получается псевдогермафродитизм (у авторов 13 случаев), клинически эти случаи типичны: внутренние половые органы женские, наружные — мужские, так же, как и вторичные половые признаки. Патолого-анатомически оба надпочечника поражены большей частью доброкачественной аденомой, Интерес этого заключ. в том, что можно поставить вопрос о кортико-надпочечниковом гормоне, регулирующем развитие гениталий.

У молодых женщин надпочечниковый вирилизм совершенно типичен — аменорея, ожирение, гирсутизм (появление усов, бороды, волосатости всего тела), общий вид приближается к мужскому, голос грубеет, кожа теряет нежность и мягкость, черты лица делаются резче, характер меняется, вначале болезни увеличивается мышечная сила. Изменений в сексуальном влечении не наблюдается, б. ч. исчезает с всем половое чувство, основной обмен и кровяное давление в тех случаях, где были произведены соответствующие обследования, давали преимущественно высокие цифры. Чаще всего только через год после появления первых признаков заболевания является возможность пальпацией определить опухоль, исходящую из почки. В этот период появляются иногда боли в пояснице, иррадиирующие в нижние конечности. Для более раннего определения опухоли следует обратиться к рентгену и пизмографии (инструментальной или внутривенной). Гиперастения начала заболевания переходит в астению, ожирение сменяется похуданием, ведущим к истощению, кахексии и, наконец, к смерти.

Наряду с этими формами, всегда ведущими к смерти, существуют формы с неполным синдромом, которые делятся много лет без обнаружения опухоли. У детей развитие кортико-надпочечниковой опухоли дает преждевременное половое созревание с ненормальным развитием волос. Б. ч. это злокачеств. гипернефромы, ведущие быстро к летальному концу. Авторы подчеркивают, что не обязательно, чтобы заболевание коры надпочечника было причиной синдрома вирилизма-гирсутизма, но часто и заболевание яичников дает тот же синдром, причем заболевание бывает 2-х родов: 1) опухоли яичника, гистологически идентичные надпочечниковым и 2) просто фиброзное перерождение яичников. Авторы приводят интересный случай Галле, подтверждающий роль яичников: после аппендикулярного перитонита, осумкованного в малом тазу, у б-ной появляется необычное оволосение лица, живота, бедер, голени и предплечья и также аменоррея. Через 7 месяцев больная оперируется, выпускается два литра гнойной жидкости, которая как бы омывала яичники, и вскоре после операции появляется менструация и исчезает все патологическое оволосение. Даже и при надпочечниковой опухоли, как правило, имеется вторичная атрофия яичников. Авторы приводят также случай, где при опухоли гипофиза сочеталась акромегалия с гирсутизмом.

Резюмируя вышеизложенное, авторы приходят к заключению, что наряду с несомненной связью синдрома вирилизма-гирсутизма с новообразованием коры надпочечника (описаны многочисленные случаи полного исчезновения вирильных черт после удаления опухоли надпочечника), все же существуют и другие факторы, ведущие к этому синдрому. Однако, вследствие чрезвычайной редкости и невозможности проверить их патолого-анатомически, эти случаи трудно классифицировать. Объяснением механизма влияния опухоли коры надпочечника на половую сферу и сексуальный характер может служить только гипотеза о кортикальном гормоне, регулирующем гармоническое развитие вторичн. половых признаков. Выздоровление после удаления опухоли подтверждает это положение, но экспериментально инъекция вытяжек надпочечников животных не дала ни один из симптомов генито-надпочечникового синдрома. В заключение авторы приходят к выводу, что так как чаще в его имеются злокачественные опухоли, которые, будучи предоставлены самим себе ведут к смерти, а также, ввиду того, что были случаи полного излечения после удаления опухоли, не следует останавливаться ни перед какими попытками лечения, какой бы процент смертности они не давали бы.

Е. Ауслендер.

с) Туберкулез.

Бацилловыделение без легочных поражений клинических и радиографических Ch. Rudelski, Léroux et El. Kudelski (Rev. de la tub 1934, 2) сообщают о 18-летнем юноше, который попал под наблюдение в связи с кашлем с мокротой, в которой были обнаружены ВК. Со стороны дыхательного аппарата никаких клинических отклонений от нормы не обнаруживалось, рентгенография также давала нормальную картину, t° нет, нет исхудания, общее самочувствие — превосходное. В течение 8 месяцев была такая клиническая картина, а ВК обнаруживались при каждом исследовании в необильной мокроте. Инкуляция бацилл морской свинке дала положительные результаты. Проведенная дважды бронхоскопия этого больного дала диффузную гиперемич трахеи и бронхов без характерных поражений, но с обильной слизью, в которой были обнаружены ВК. Этот случай Аа относят в группу bronchite tuberculeuse, описанного Вaгd'ом. Бронхит, по мнению авторов, только наследие на ТБК процесс с таким расположением очага, который ни при клиническом, ни при рентгенографическом обследовании, проведенном систематически, регулярно в течение 8 месяцев не мог быть открыт.

Н. Крамов.

Бацилловыделители без видимых поражений. F. Bezançon, P. Braun et A. Meyer (Rev. de la tub. 1934, 2) останавливаются на случаях бацилловыделения без каких-либо рентгенографических или аускультативных отклонений от нормы у этих бацилловыделителей. Аускультативно здесь или ничего ненормального, или явления bronchitis discreta. Течение этих случаев доброкачественно: большинство или не дает ТБК изменений, или узелковые ограниченные формы. Некоторые из этих больных становятся хроническими бронхитиками, в анамнезе которых нередко есть указания на перенесенный тбк желез или костно-суставной.

Н. Крамов.

Эмболия, осложнившая случай искусственного пневмоторакса. Mc Curdy Bruns (Americ. Rev. of Tub., 1934, XXX, 1) сообщил о 13 случаях газовой эмболии (г. э.) в течении искусственного пневмоторакса (и. п.), из них 4 окончились смертью. Andrews сообщил о 2 случаях с 1 смертным исходом. Все эти пациенты имели плевральные сращения. В 8 случаях, упомянутых Bruns'ом, инсuffляция газа еще не была начата, а симптомы г. э. уже наступили, в 3 случаях они начались после удаления иглы. Повидимому, в этих случаях было произведено сообщение между легочной веной и бронхом, что и было достаточным для образования г. э.

А. сообщает о случае газовой эмболии у больного, которому в течение 6 месяцев было произведено 23 инсuffляции в правую плевральную полость и 6 инсuffляций в левую плевру. В последний раз инсuffляцию была произведена во II пр-в. межреберье по средне-ключичной линии при начальном колебании манометра— 40 — 35. После 200 куб. воздуха больной почувствовал слабость, начал двигаться на столе. Игла удалена. Лицо и руки стали цианотичными, появилась одышка, зрачки расширились. Применение сердечных средств (кофеин под кожу, адреналин в сердечную мышцу) не дали эффекта — больной скончался. *Вскрытие* установило: большое количество воздуха в правом предсердии и желудочке, множественные пузыри воздуха в мозговых сосудах и в v. cava infer; обнаружена рана от укола иглой, простирающаяся через сросшиеся париетальную и висцеральную плевры в легочную вену с умеренной геморрагией в межреберных мышцах и в легочной ткани. Т. о. можно допустить, что 200 куб. воздуха был введен в вену. Начальные отрицательные колебания манометра были обусловлены пульмональной веной в связи с патологическими изменениями в паренхиме легких. Воздух прошел без симптомов через левое сердце в правое и не находился в легочных артериях.

Н. Крамов.

д) Хирургия.

T. J. Snodgrass (Wiscons. Med. Journ., 1934, V—33) описал *случай обизвествления всей стенки желчного пузыря*. В последнем находилось 2 больших камня, один из которых полностью закупировав d. cysticus. Robb полагает, что причиной обизвествления явилось растяжение и атрофия стенки желчного пузыря. Автор объясняет обизвествление как результат закупорки d. cystici, вследствие чего наступило растяжение и атрофия стенки желчного пузыря.

В. И. Пшеничников.

Влияние курения табака на происхождение thromboangietis obliterans W. G. Maddock и F. A. Collier (Ann. of Surg. 1933, 98) отмечают, что курение табака вызывает повышение кровяного давления и пульса и снижение кожной температуры на пальцах рук и ног вследствие повышающейся периферической вазоконстрикции. Авторы подтверждают эти данные экспериментальными наблюдениями.

И. Цимхес.

Friedrich. *Роль никотина в этиологии и послеоперационном течении язвенных заболеваний.* (Arch. f. klin. Chirurg. Bd 179, H. 1). Курение табака играет значительную роль в развитии язвы желудка. Частота болезни находится в соответствии с постоянным увеличением количества потребляемого табака. Из 153 оперированных и исследованных после операции 97,70% курили много (преимущественно папирсы, по 20—30 шт. в день). У мало или вовсе некурящих результаты лучше, чем у тех, которые продолжали курить после операции. Курение действует на желудок рефлекторно. Особенно опасно курение на пустой желудок.

Т. Шарбе.

Suter. *Сообщение о 341 сл. нефротомии при туберкулезе почки.* (Schweiz. med. Wochenschr., № 28, 1934). Прогноз был благоприятнее у женщин, чем у мужчин, вероятно потому, что у последних чаще встречается осложнение со стороны половых органов (71%). Стойкое излечение составляло у женщин 50%, у мужчин — только 38%. В 6% случ. в среднем через 15 лет наступила смерть от сморщенной почки. 38% умерло впоследствии от туберкулеза другой почки.

Т. Шарбе.

е) Акушерство и гинекология.

Материал к вопросу—активная или консервативная терапия послеродовых кровотечений? Li edentorf сообщает (М. т. W. № 22, 1934, стр. 828) о 165 случаях тяжелого послеродового кровотечения, наблюдавшегося в Лейпцигской акушерской клинике с 1924—1933 г. Часть материала доставлена извне. Собраны только действительно тяжелые кровотечения. Из 165 сл. консервативно лечено 110 (полный успех был в 77 сл., без изменений 25 сл., лихорадило 7, смертельный исход в 1 сл.) Активной терапии подверглись 55 сл. (полный успех в 27 сл., без изменений 10 сл., лихорадило 13 сл., умерло 5). При консервативной терапии отмечен один тяжелый сепсис, при активной—6). На основании своего материала а. предпочитает консервативную терапию послеродовых кровотечений.
Т. Шарбе.

Лейкэмия и беременность. Paul Heissy. (Schweiz. med. Woch. № 27 9. 34). Две женщины в возрасте 32 л. и 35 л. заболели миелогенной лейкэмией на 7 и 8 мес. беременности. В первом случае нормальные роды в срок, во втором кесарево сечение. В обоих случаях после родов резкое ухудшение болезни и смерть в первом сл. через 6 дней, во втором через 24 часа. Эти случаи показывают, что прерывание беременности при этой болезни не показано, ибо оно катастрофически ухудшает болезнь. Хроническая лимфатическая лейкэмия не ухудшается после беременности и родов.
Т. Шарбе.

К вопросу о менструальном яде. Mottsen приводит (М. т. W., 1934, № 38) литературу вопроса и собственные опыты влияния менструальной крови на дрожжевое брожение. Результаты следующие: менструальная кровь задерживает процесс брожения. В менструальной крови несомненно циркулирует вещество, которое задерживает брожение. О случайном загрязнении нельзя говорить, потому что этим не объясняется тот факт, что именно в первый день менструации задержка брожения особенно резко выражена. Дальнейшие исследования должны выяснить те условия, которые благоприятствуют появлению ядовитого вещества в менструальной крови. Seriously сомневаться в существовании такого яда теперь уже нельзя, хотя о природе его еще мало что известно. По всей вероятности ядовитое вещество является продуктом липоидного обмена. (Некоторые авторы доказали увеличение липоидов в менструальной крови, другие, как M a c h t и L u b i n, полагают, что менструальный яд представляет собой оксистерин и подтверждают свое мнение экспериментальными исследованиями). Наличие менструального яда можно легко доказать в молоке кормящей женщины. Даже при отсутствии менструации, яд вскоре после родов, выделяется через молочные железы через правильные 3--4-недельные промежутки. Менструальный яд не оказывает вредного влияния на окружающих, но в некоторых производствах может влиять отрицательно на качество продукции. Растительная протоплазма особенно чувствительна к менструальному яду (увядание цветов в руках менструирующих женщин). Дальнейшие наблюдения в этом отношении еще необходимы.
Т. Шарбе.

г) Ото-рино-ларингология.

Опыт ото-рино-ларинголога в гриппозной эпидемии D-r E. Erdelyi (Monatsh. Ohrenheilk. 1933. N. 12) свидетель и участник борьбы с большой гриппозной эпидемией, приводит интересное наблюдение относительно частоты и характера течения того или иного о.-р.-л. заболевания в гриппозную эпидемию. Прежде всего он отмечает тот факт, что при гриппе чаще всего имеет место смешанная инфекция диплококков, пневмококков, стрептококков во главе с инфлюэнтно-подобным бациллом Пфейффера. Гриппозные вспышки последнего времени отличаются тяжестью явлений, пандемическим характером распространения и частотой смертельных исходов. Из о.-р.-л.—заболеваний автор приводит наблюдения над отитами, синуситами, ларинго-трахеитами и др. Воспаление среднего уха главным образом дало большее число случаев среди грудных детей; чаще всего отиты были следствием какого либо появления патологии со стороны верхних дыхательных путей, напр, легких. Лихорадка, часто обусловленная воспалением среднего уха, обычно быстро падает после парацетеза.

Рецидивы отитов были очень часты. В некоторых случаях парацентез приходилось делать 2—3 раза. Во всех случаях лихорадочного течения, особенно у грудных детей парацентез является абсолютно необходимым, конечно, при измененной картине барабанной перепонки. Исследование барабанной перепонки у грудных значительно труднее, чем и у взрослых, т. к. зеркальное исследование технически и анатомически труднее, и кроме того перепонка у детей толще и менее прозрачна.

Осложнения со стороны сосцевидных отростков мало имели места; раз или два ощущалась чувствительность к давлению против антрума, но она вскоре прекращалась после парацентеза. У детей в единичных случаях были признаки мастоидитов; давящие боли в первую неделю острога отека сосцевидного отростка, высокая, даже не падающая, после парацентеза лихорадка. Но не было случаев, говорящих за необходимость ранней операции. У взрослых воспаление среднего уха нередко. Для гриппа важно наличие кровяных пузырьков; на барабанной перепонке и в наружном слуховом проходе. Трое были (взрослые) оперированы по поводу мастоидита; все трое жаловались на боли в ушах, за 4—5 недель до операции болели гриппом одну неделю. Ко времени операции барабанная перепонка вполне нормальна, клетки сосцевидного отростка сохраняли, 4—5 недель до операции, инфекцию латентной, и характерные признаки мастоидитов обратили на себя внимание лишь за 7—8 дней до операции. Вообще отмечено до 50 случаев с ушными болями, при чем у всех и зеркальное и функциональное исследование дали вполне нормальную картину. Это были невралгические боли, проэцировавшиеся то над, то под ухом, то на височной площадке. Важное тепло, салицилаты давали благоприятные результаты в течение 1—2-х недель.

Воспалительные осложнения придаточных носовых пазух при гриппе очень частое явление, главным образом воспаляются лобная, верхнечелюстная пазухи и передние решетки, открывающиеся в средний носовой ход; наоборот, основная пазуха и задние отделы решетчатой режы вовлекаются в процесс.

Воспаление лобной пазухи сопровождалось сильными невралгическими болями, которые, достигая своего апогея в полдень, после обеда обычно стихали или прекращались вовсе. Смазывание среднего носового хода 20% сос. + адрен., влажное тепло, покой, салицилаты ликвидировали данный процесс в 8—10 дней. В некоторых случаях данные средства не приводили к цели и боли были стойкими, благодаря препятствию оттока гноя из пазух (из-за искривленной перегородки, тесного выводного отверстия или неправильного изгиба носовой раковины). Здесь обычно выступала эндоназальная операция со вскрытием решетчатого лабиринта и расширением выводного отверстия лобной пазухи.

Невралгия надглазничного нерва всегда сопровождала воспаление лобной пазухи, дифференциальный диагноз зависимости данной невралгии от фронтита ставился благодаря рино-и рентгеноскопии. По излечении фронтита, обычно, вскоре, прекращались и невралгии. Точно также этмоидиты всегда представлялись спутниками воспаления лобной пазухи, благодаря их непосредственной близости.

Острое заболевание Гайморовой пазухи представляло особенно частое осложнение. Лихорадка так же, как и местные боли, наблюдалась вначале заболевания. Лечение состояло в производстве пункций с последующими промываниями. После 5—6 промываний гноя уже не было. Некоторые случаи тоже нескольких промываний приводили к излечению, а наоборот с латентным, хроническим воспалением потребовали радикальной операции.

При гриппе очень часты ларингиты и трахеиты острые, а также отёки гортани. В двух случаях автора потребовалось оперативное вмешательство, благодаря отеку внутренней поверхности надгортанника, черпал и межчерпаловидного пространства.

Б. Соколов.

К патогенезу и дифференциальному диагнозу постангинозного сепсиса. Д-р Н. Klintrup (Acta oto-Laryngologica. Fol. XVIII Fasc. 3—1933 г. S—340) говорит, что в последнее время в медицине многие занимаются вопросом постангинозного сепсиса, но, несмотря на ряд обширных работ Vass'a, Uffe-pørde, Claus'a и др., ясности еще здесь нет. Господствует богатое разнообразие в вопросах о том, где входные ворота и каковы пути распространения

общей инфекции. По Fränke Ю возникает эндофлебит с последующим тромбозом мелких тонзиллярных вен (собственно септический очаг) и отсюда процесс гасходится по большим венам до V. jugularis. Только в виде исключения возможно лимфогенное распространение с размягчением лимфоузлов и последующим венным тромбозом. Claus считает, что периваскулярные флегмоны в ретрогонзиллярной соединительной ткани образуют очаг сепсиса, откуда уже возможно вторичное поражение вен (основывается на 58 случаях). Первичная железисто-сосудистая форма постангинозного сепсиса, при которой инфекция могла бы перейти с размягченных лимфоузлов на вены—очень редка. Uffenorde думает, что флегмонозное воспаление, в обычной форме наступающее в тканях и лимфатических щелях Spatium parapharyngeum может отсюда вторично распространиться по венам. Uffenorde различает три типа постангинозного сепсиса: гематогенный, лимфогенный и интерстициальный (флегмонозный). В первой из названных форм миндалины сами по себе очаги сепсиса, распространение болезненных возбудителей в крови происходит само по себе из области миндалин, при этом нет перигонзиллита. Нет значительного припухания желез и большие вены остаются свободными. В обоих других случаях может быть комбинация с периаденитами, перифлебитами, тромбозом. Такое различие взглядов надо объяснить по видимому (по Uffenorde) наследованием других патологических процессов. Автор описывает широко распространенную в их клинике (Гельсингфорс, проф. Meurman) пробу получения люмбальной пункции при сдавливании V. V. jugulares. Первоначально данная проба применялась Queskenstedt'ом при диагностике повышенного давления внутричерепной полости в зависимости от опухолей позвоночного канала. Вначале он определял высоту давления в норме, а затем—при сдавливании обеих V. V. jugulares internae.

Позднее отоларингологи стали применять данную пробу при диагностике синустромбозов (Tobeu и Auger—22 наблюдения. Больной принимает горизонтальное положение на боку. Обозначают высоту в/ч. давления в норме. Затем сдавливают V. jugularis одной стороны на высоте подъязычной кости или верхнего края гортани и получающееся изменение давления отмечают; после этого колонка, по окончании сдавливания, падает на прежнюю высоту; также определяют давление и на другой стороне; наконец сдавливают обе V. V. jugulares одновременно—при этом давлении может подняться вдвое (по сравнению с первоначальным). При свободных обеих V. V. jugulares колонки при одностороннем сдавливании поднимаются немного (1—2 см); если же Sinus sigmoideus или Bulbus jugularis будут содержать обтурирующий тромб, давление повышается только при компрессии здоровой стороны; сдавливание же на обтурированной стороне не изменяет высоты давления. Автор заканчивает подробным описанием истории болезни и разбором своего случая.

Б. Соколов.

Заседания медицинских обществ.

Краевая научно-медицинская ассоциация АТССР.

Хирургическая секция

14 ноября 1934 г.

Председатель проф. М. О. Фридланд.
Секретарь доц. Г. М. Новиков.

1. Демонстрация.

1. Д-р Наливкин. Случай болезни Кинбека. Б-ой явился с жалобой на боль в правом лучезапястном суставе после падения на ладонь. Был диагностирован классический перелом луча. На сделанной после этого рентгенограмме обнаружено разрезание, некроз и отдельные участки склероза в луновидной косточке с общей ее деформацией.—типичная картина остеохондропатии, болезни Кинбека в третьей стадии по Аксхаузену.

2. Д-р А. Г. Тихонов. *Случай артропластики тазобедренного сустава*. Больной 46 лет. Оперирован (проф. М. О. Фридландом) 3 ноября 1934 г. по поводу псевдартроза шейки левого бедра после бывшего полгода тому назад перелома. Предложено было сделать скрепление бульонным гвоздем по Ольби. Сделан разрез Лянгенбека, обнаружено значительное расхождение отломков и невозможность надежного их скрепления гвоздем. Ввиду этого план операции изменен; резецирована головка, из большого вертела сформирована новая головка; гипс в отведенном на 30° положении бедра на $2\frac{1}{2}$ недели. Затем механотерапия. Гладкое заживление. В настоящее время после операции прошло 5 недель. Результат: больной ходит с палочкой без боли, которая до операции упорно держалась, свободные движения от 180° до 120° в сторону сгибания и на 30° в сторону отведения (до операции отсутствовали). Укорочение ноги не увеличилось, осталось в размере 4 см.

3. Д-р Е. М. Константиновский. *Случай псевдартроза обеих костей предплечья*. Колхозник 34 лет. Год назад прямая травма и перелом обеих костей правого предплечья в средней трети на одном уровне; кости не были репонированы и слабо фиксированы шиной. Развился псевдартроз. Предпринятая в местной больнице операция сшивания проволокой оказалась безрезультатной. Кости резко искривлены под углом, предплечье сильно укорочено. Функция руки тяжко нарушена. В ближайшие дни предполагается в клинике ортопедии и травматологии произвести реконструктивную операцию остеосинтеза при помощи двух свободных костно-надкостничных трансплантатов из большеберцовой кости.

В связи с демонстрациями были заданы вопросы, в частности, проф. Гусыниным, всегда ли ортопедическая клиника пользуется столь малым разрезом, как Лянгенбековским для таких обширных вмешательств, как формирование нового сустава. Д-р Тихонов: разрез Лянгенбека в данном случае сделан был потому, что предполагалась «загвоздка» по Ольби; обычно же при артропластике клиника применяет дугообразный разрез Мерфи-Лексер-Пайра. Проф. Фридланд: Все три демонстрации поучительны. Болезнь Кинбека мало знакома хирургам, а между тем она не так уж редко встречается не только в результате острой травмы, но еще чаще вследствие хронической функциональной перегрузки кистевого сустава при некоторых профессиях: у прачек, гладильщиц, у крестьянок в период усиленной жатвы. Что касается оперативного вмешательства при неврологических переломах бедренной шейки у стариков, то заведующая мною клиника довольно широко ставит здесь показания к оперативному вмешательству в виде резекции и артропластики, так как этот метод дает, по нашему опыту, гораздо более быстрый и функционально лучший результат. Наконец, случай псевдартроза лишней раз подчеркивает ту истину, что открытое хирургическое вмешательство при помощи репозиционной фиксации отломков костей далеко не гарантирует исправления дефектов лечения, допущенных при проведении закрытого метода репозиции и фиксации. Естественнее и легче предупредить псевдартроз, чем излечить от него.

II. Доклады.

1. Д-р Л. И. Шулушко. *К методике костнопластической фиксации переломов ключицы*. Изложив основные показания для открытого вмешательства при переломах ключицы и современные методы относящихся сюда операций, среди которых доминируют сшивание проволокой, пластинки Лена и Ламботта, докладчик высказывается за замену аллопластического материала ауто-и гетеропластикой. С этой целью автор предлагает фиксировать отломки костным гвоздем, для чего используется собственный осколок при оскольчатом переломе (кстати сказать, довольно часто встречающемся), либо бульонная кость. Один конец гвоздя вводится в костномозговой канал наружного отломка, а другой конец гвоздя вводится в специально высеченный паз внутреннего отломка, на его верхней или передней поверхности. По такому способу сделаны автором две операции. Один из больных демонстрируется на 20-ый день после операции: больной уже без повязки, свободно и безболезненно владеет рукой; безупречен также анатомический и косметический эффект, иллюстрированный в обоих случаях рентгенограммами.

По докладу развернулись оживленные прения. Проф. Гусынин: неправильно сросшиеся переломы встречаются довольно часто. Повязка Дезо дает много плохих результатов. Шина Белера лучше. Сшивание проволокой — метод далеко несовершенный; я видел после него случай плексита. Предложение д-ра Шулуцкого очень интересно. Однако операция технически не так проста. Проф. Соколов: повязка Дезо, действительно, дает часто плохие результаты; лучше повязка Сайра, но она требует хорошего липкого пластыря, который трудно достать. Оперативное вмешательство нередко необходимо, но автор как будто расширяет в этом отношении показания. Д-р Вергилесова задает вопрос, как стерилизуется бульонная кость и чем объяснить хорошие результаты, полученные методом автора. Доц. Ратнер: предложение д-ра Шулуцкого хорошее. Вместе с тем надо сказать, что неплохи и более простые методы. Я получал хорошие результаты при простом сшивании надкостницы над местом перелома кетгутот. Проф. Алексеев: значение хорошо наложенной повязки велико и после оперативного пособия. Клиника проф. Вишневского видела хорошие результаты от фиксации проволокой. Д-р В. Тихонов делится впечатлениями о своей командировке в Ленинградский травматологический институт, где применяется операция сшивания отломков ключицы проволокой и пластинками Лена. Плохо то, что, несмотря на самую совершенную технику, часто приходится впоследствии удалить проволоку и пластинки, а эта вторая операция иногда не на много менее травматична, нежели первая. Д-р А. Тихонов, участвуя в производстве операции д-ра Шулуцкого, я могу сказать, что проволочный шов по технике не проще, чем способ, рекомендуемый д-ром Шулуцко. Не все, конечно, случаи можно лечить этим способом. Д-р Шулуцко в заключительном слове отвечает: бульонная кость перед операцией кипятится 30 минут; фиксация, достигаемая операцией настолько прочна, что больные (которым операция производилась под местной инфльтрационной анестезией) могли делать обширные экскурсии в любых направлениях рукой, не нарушая репозированного положения отломков. Тем не менее, повязка после операции безусловно необходима, лучше всего гипсовая, типа Дезо. Показания к оперативному вмешательству нами несколько не расширяются, но в тех случаях, когда оно показано, мы считаем, что рекомендуемый способ имеет преимущества перед способами, связанными с введением металлических предметов. Председатель, резюмируя доклад и прения, отмечает, что основным методом лечения переломов ключицы, как и всяких других переломов вообще, остается, конечно, метод консервативный, но в тех случаях, когда имеются показания для хирургического вмешательства, способ докладчика должен найти применение, так как представляет преимущества ауто-и гетеропластической трансплантации перед аллопластической плюс большее совершенство фиксации.

2. Проф. Н. В. Соколов. *Отчет о Всероссийской конференции хирургов 15—18 октября 1934 г. в Москве.* В неподдающемся краткому реферированию докладе автор подробно изложил содержание вступительной речи наркома здравоохранения тов. Каминского, содержание многочисленных докладов научных работников по вопросам современных методов лечения ран, а также заключительный доклад проф. Бурденко на тему о подготовке врачебных кадров. Доклад проф. Соколова, а также дополнения, сделанные проф. Гусыниным и Фридландом, отображали выявившийся на Всероссийской конференции широкий размах научно-исследовательской деятельности медицинских вузов и призывали откликнуться на призыв т. Каминского еще большим подъемом рабсты на местах.

Д р П. Я. Майков.

К 35-летию научно-врачебной деятельности.

28 октября 1934 г. исполнилось 35-летие врачебно-научной и производственной работы старейшего микробиолога Татарии и старейшего сотрудника Казанского микробиологического института Петра Яковлевича Майкова.

По окончании медицинского факультета Казанского университета П. Я. сразу же посвящает себя бактериологии и принимает деятельное участие вместе с проф. Высоцким, а потом с проф. Савченко в организации Казанского бактериологического института.

Никогда не занимая высших должностей в институте, благодаря своей чрезвычайной скромности Петр Яковлевич имеет за время своей долголетней деятельности ряд неопределимых заслуг перед обществом. Громадной заслугой его перед населением Татарии и ближайших национальных областей является то, что он первый, под руководством проф. Савченко, изготовил противодифтерийную сыворотку и тем дал возможность спасти от смерти громадное число детских жизней. Сыворотка его изготовления была оценена, как одна из лучших. Далее, его несценимой заслугой является организация при Казанском бактериологическом институте одной из первых в темной, старой России Пастеровской станции для прививок против бешенства, и в течение 35 лет Петр Яковлевич является ее несменяемым и незаменимым руководителем. За эти долгие 35 лет десятки тысяч людей, укушенных бешеными животными, упорной ежедневной работой Петра Яковлевича были спасены от ужасной смерти. Кроме того, Петр Яковлевич организовал в Татарии 4 Пастеровских пункта для удовлетворения спроса на прививки. Характерно для работы П. Я. то, что за 35 лет существования станции, а затем Пастеровского отделения не было ни одного осложнения с прививками, что иногда встречается на других Пастеровских станциях.

Обладая большим талантом и техническими способностями, Петр Яковлевич внес в повседневную работу института ряд технических усовершенствований, сам изготовил ряд приборов, которыми институт широко пользуется.

Высоко одаренный, глубоко вдумчивый практический работник, микробиолог, обладая огромными знаниями по теоретической микробиологии и медицине, Петр Яковлевич Майков уделял не мало времени научной разработке различных вопросов микробиологии и им было опубликовано несколько работ.

Несмотря на свой преклонный возраст, Петр Яковлевич и в настоящее время является ценнейшим производственником—микробиологом Татарии. Заведуя отделением, изготовляющим лечебные сыворотки, Петр Яковлевич вносит в это дело весь свой богатейший опыт и громадную эрудицию микробиолога. Благодаря этому сыворотки нашего института по своему качеству и лечебному эффекту заняли одно из первых мест среди лечебных сывороток других институтов СССР.

Коллектив сотрудников Казанского микробиологического института ТНКЗорава.

Профессор Лазарь Борисович Бухштаб.

В ночь на 5-е августа текущего года в Одессе от септикопиемии на 66 году жизни умер директор факультетской терапевтической клиники Одесского медицинского института проф. Лазарь Борисович Бухштаб.

Сошел в могилу один из даровитейших наших ученых клиницистов, крупнейший и выдающийся специалист-терапевт. Со смертью Лазаря Борисовича Одесский медицинский институт потерял блестящего и незаменимого преподавателя, вся наша клиническая семья потеряла любимого, беззаветно преданного делу учителя, общечеловеческая — полезнейшего деятеля, а его пациенты — вдумчивого, глубоко знающего врача — мудрого целителя.

Л. Б. Бухштаб родился в 1867 г. в г. Одессе. В 1891 г. окончил естественное отделение физико-математического факультета и был оставлен при кафедре органической химии для подготовки к профессорскому званию. Однако Л. Б. влекло к медицине и в 1893 г. он перешел на медицинский факультет Киевского университета, который закончил в 1895 г. Кратковременность пребывания его при кафедре органической химии не прошла бесследно: в лаборатории проф. Зелинского, Мечникова, затем в Берлине у проф. Гоффмана им проделан ряд работ по химии, помещенных в специальных немецких и русских журналах. Еще будучи студентом, он напечатал несколько работ по химии, бактериологии, в частности, вместе с проф. Павловским интересную для того времени экспериментальную работу об иммунитете при холере и о предупредительных прививках при ней.

По окончании медицинского факультета Л. Б., интересовавшийся в то время клиникой внутренних болезней, поступил сверхштатным ординатором Киевской городской Александровской больницы и одновременно сверхштатным ассистентом к выдающемуся русскому клиницисту проф. В. П. Образцову. Параллельно с этим Л. Б. заведывал Пастеровским отделением Бактериологической станции. В течение этого времени он был специально командирован в Пастеровский институт в Париже для изучения антирабических прививок. Проработав 3 года под руководством проф. Образцова, Л. Б. выезжает за границу, где работает в течение 2-х лет в клинике проф. Лейдена. Одновременно изучая специальные вопросы в клиниках Сенатора, Гергарта, Боаса, Конгейма, Лейбе и в лаборатории проф. Сальковского. Л. Б. всегда считал своими учителями в области внутренней медицины профессоров Образцова и Лейдена.

Получив, таким образом, достаточно большую практическую и теоретическую подготовку под руководством крупнейших корифеев клинической мысли того времени — Л. Б. переезжает окончательно в свой родной город — в Одессу и получает в 1903 г. заведывание самым большим в то время терапевтическим отделением Одесской Еврейской больницы, где работает беспрерывно до 1921 г. За период работы в больнице Л. Б. приобрел блестящий клинический опыт и огромную эрудицию. За этот же период появилось около 20 его научных работ и значительное количество работ его учеников. Проводимые им обходы больных сопровождался постоянно большим количеством врачей и учеников, группировавшихся вокруг него, которые жадно ловили слова и мысли Л. Б., и тут же в больнице сформировалась школа проф. Бухштаба. Все больше и больше проявлялась в нем любовь к педагогической деятельности и с тремлением связаться с университетом, но глухой период царской реакции не дал ему возможности осуществить эту мечту и лишь с приходом советской власти Л. Б. привлекается к работе в медицинском институте в качестве заведующего Терапевтической факультетской клиникой с 1921 г. Это явилось большим стимулом в его работе и здесь в краткой заметке невозможно перечислить все, что сделано Л. Б. за этот 13-летний период, отметить все особенности его научного творчества, лечебной работы и организационно-общественной, которые совершенно заслуженно создали ему огромный авторитет.

Л. Б. принадлежит свыше 60 научных работ, охватывающих разнообразные вопросы патологии и клиники внутренних болезней. Основные работы его относятся к области сердечных заболеваний: грудной жабе, классификации эндокардитов, воздействию курортных факторов при сердечных заболеваниях и ряду работ по эндокринологии. Последние годы Л. Б. особенно заострил вни-

мание руководимой им клиники на проблеме ревматизма и предложенной иммунологической реакции для распознавания истинной формы ревматизма. С результатами этой работы еще недавно Л. Б. выступал на Международном антиревматическом конгрессе в Москве.

Наряду с огромной научно-педагогической работой, Л. Б. благодаря исключительной работоспособности консультировал в ряде практических и лечебных и курортных учреждений города и заведывал клиникой Кардиологического института, созданной по его инициативе, и клиникой Института эндокринологии.

Несмотря на большую загруженность в производственной работе, Л. Б. живо принимал участие в общественной жизни. Он привлекался как высоко авторитетное лицо для разрешения вопросов, связанных с организацией здравоохранения, активнейший постоянный консультант в вопросах реконструкции Одесских курортов.

Л. Б. руководил на протяжении многих лет Одесским терапевтическим обществом и являлся инициативным организатором ряда терапевтических съездов областного и республиканского масштаба.

Слишком свежо еще воспоминание о нем, чтобы спокойно подводить итоги его деятельности. Одно можно уверенно сказать — ушел от жизни человек, у которого в одно гармоническое целое слились его исключительный талант научно-педагогический и врача-клинициста и его величественная, красивая фигура с большим высоким челом.

Светлая память о покойном останется навсегда у всех знавших его.

В. А. Тригер и Е. Н. Фабрикант.

Хроника.

229) *Ученые степени — выдающимся научным деятелям.* Состоялось заседание совета Всесоюзного института экспериментальной медицины. На этом заседании в ознаменование XVII годовщины Октября присуждены ученые степени доктора медицины и доктора биологических наук 40 выдающимся научным деятелям в области медицинских и биологических наук.

Ученые степени получили профессора: Абрикосов, Разенков, Бушмакин, Бауэр, Бурденко, Орбели, Гурвич, Давыденков, Збарский, Иванов, Левит В. С., Павловский, Кончаловский, Певзнер, Плетнев, Тонков, Сысин, Целованов, Сперанский, Лихачев, Лондон, Иванов-Смоленский, Здродовский, Гиляровский, Гектор, Аничков, Быков, Владимиров, Гарток, Дойников, Заварзин, Купалов, Лаврентьев, Мезерницкий. Петрова М. К., Савичи и Снесарев.

230) 30 октября в Ленинградском институте для усовершенствования врачей открылась *всероссийская конференция по усовершенствованию врачей*. На конференцию прибыло 30 профессоров из Москвы и несколько десятков крупнейших ученых Ленинграда, Казани, Киева, Одессы, Харькова, Новосибирска. Представлены все кафедры и специальности.

Ленинградский институт усовершенствования врачей за годы революции подготовил уже 20 тыс. врачей. Тысячи специалистов выпущены остальными девятью институтами, организованными после Октября.

Программу борьбы за врача-специалиста изложил докладчик — заместитель наркомздрава РСФСР т. Гуревич. 1.000 студентов кончают медицинские вузы в январе. 700 — поедут на село, 200 — в институты усовершенствования, 300 врачей будут сняты с участков, где имеется 2 или 3 врача. Наркомздрав пошлет также на сельские участки 300 клинических и больничных аспирантов и ординаторов. Их места займут на полгода сельские врачи. Они будут совершенствоваться. Наркомздрав объявляет добровольный набор городских врачей в институты для усовершенствования на 6—8 месяцев. По окончании курсов новый врач-специалист поедет на участок на 15—18 месяцев. Он вернет свой долг стране. В прениях выступило 47 профессоров. Они выразили готовность выполнить постановление ЦИК о подготовке врача.

Затем конференция приступила к обсуждению преподавания отдельных дисциплин. Каждая из них — своеобразная научная конференция крупнейших медицинских специалистов. („Правда“ 31 окт. № 301).

Д-р Рубинштейн.

231) „Декада украинской медицины“ в Грузии. 2 ноября в Тифлис прибыли медицинские работники Украины — участники „украинской медицинской декады“ в Грузии. Делегацию украинских ученых возглавляет проф. Л и ф ш и ц. В ее составе — президент Всеукраинской Академии наук академик Богомолец и академик Воробьев. Основной задачей „декады“ является взаимное ознакомление с достижениями медицинской мысли Советской Украины и братских советских республик Закавказья — Грузии, Армении и Азербайджана. Кроме того в задачу „украинской декады“ входит установление постоянной связи между научными учреждениями и отдельными учеными Украины и Закавказья.

В Тифлисе члены делегации, помимо участия на пленарных заседаниях медицинского общества, выступят с популярными докладами о достижениях советской медицинской науки на нескольких предприятиях. Затем они выедут для проведения докладов в Баку, Эривань, Кутаис, Батум и Сухум.

232) 2 ноября с. г. праздновалось 15-летие химического института им. Л. Я. Карпова в Москве, возглавляемого академиком А. Н. Бахом. Основанный в конце 1918 г. по инициативе заведующего химическим отделом ВСНХ, старого большевика и талантливого инженера-химика Л. Я. Карпова, он носил название „Центральной химической лаборатории химотдела ВСНХ“ и имел штат в 8 химиков. За прошедшие 15 лет эта лаборатория развилась в колоссальный институт с несколькими сотнями научных сотрудников, огромными корпусами лабораторий, установок и т. д., разрабатывающим множество проблем и являющимся главным руководящим центром химической мысли в СССР.

233) Организация Всесоюзного съезда дерматологов в 1935 г. 25 октября в Москве состоялось расширенное заседание правления об-ва венерологов и дерматологов РСФСР с представителями братских республик и местных отделений обществ. На заседании решено созвать Всесоюзный съезд венерологов и дерматологов в 1935 г. в октябре мес. в гор. Тифлисе. Избран Оргбюро съезда и президиум. Председателем съезда избран проф. Г. И. Мещерский, заместителями председателя проф. Броннер (РСФСР) и проф. Федоровский (Украина); членами: проф. Григорьев (Саратов), доц. Горбовицкий (Ленинград) (представитель Грузии) и д-р Юлковский (секретарь Украинской делегации).

Программа съезда принята в следующем виде:

I. Биология возбудителей и иммунитет при венерических болезнях (в том числе и IV вен. бол.).

II. Реактивность кожи.

III. Патогенез кожных болезней (роль обмена, нервной системы и др.).

IV. Новые методы диагностики и лечения.

V. Организация лечебно-профилактической помощи в борьбе с венерическими и кожными болезнями (профессиональными и бытовыми).

VI. Подготовка дермато-венерологических кадров.

И. Олесов.

234) С международного ветеринарного конгресса. В августе в Нью-Йорке состоялся международный ветеринарный конгресс. С точки зрения перенесения иностранного опыта в СССР заслуживает внимания работа конгресса по вопросам о методах борьбы с чумой свиней, об инфекционном аборте крупного рогатого скота (бруцеллез) и о туберкулезе.

В США борьба с чумой свиней проводится при помощи симулянтных (комбинационных) прививок пороссятам в 2—4-недельном возрасте. Эту прививку они прекрасно переносят и приобретают стойкий и длительный иммунитет (невосприимчивость). По сообщению докладчика д-ра Дорзета, ежегодно по этому методу в США прививается 25 млн. пороссят (около половины всего свиного поголовья), а за 20 лет было привито около 300 млн. голов.

Д-р Каттон изложил результаты больших и интересных опытов активной иммунизации против инфекционного аборта крупного рогатого скота. Прививка телятам в возрасте до года слабых культур бацилл Банга по методу д-ра Каттона давала прекрасные результаты. По указанию докладчика этого исследователя д-ра Банга заражению инфекционным абортom подвержены и небеременные животные, и заразно начало этой болезни у больных животных может быть обнаружено во всех органах и тканях. Все докладчики указывали на полную бесполезность применения для вакцинации убитых культур. Санитарные меры должны пока играть решающую роль в борьбе с болезнью.

Снова остался открытым давно волнующий медицинские и ветеринарные круги вопрос о предохранительных прививках против туберкулеза по методу Кальметта — Герена. Несмотря на убедительные данные, представленные в докладе д-ра Герена, виднейшие ученые США, Германии и Голландии выступили с серьезной критикой метода, считая преждевременным выносить по этому вопросу какие-либо решения.

Не получили надлежащего освещения на конгрессе такие заболевания, как энцефалемиялит и инфекционная анемия лошадей, ящур и болезни молодняка крупного рогатого скота.

СССР был представлен на конгрессе докладами проф. Скрыбина „Проблема дегельминтизации животных в СССР“ и проф. Якимова „Пироплазмоз“. Делегация СССР включала К. Мартина, А. Викторова и проф. А. Скоморохова. (Изв. ЦИК СССР, № 259. 4/XI-34 г.).

Проф. А. Скоморохов.

235) Конференция молодых ученых открылась в Ростове. На конференции участвуют 350 молодых научных работников, представивших около 600 научных работ.

236) *Выращивание табака, свободного от никотина.* (Münch. Med. Woch. 1934, № 24). Научно-исследовательскому институту по изучению табака во Франкфурте на Майне (Германия) удалось путем скрещивания разных сортов табака, бедных никотином, выращивать сорт табака, свободного от него. Произведена рассадка этого нового сорта в широком масштабе в разных местах Германии. Одновременно институт занимается выращиванием безникотинного табака, но с хорошим ароматом. Если урожай данного сорта табака в действительности даст ароматный безникотинный хорошего качества табак, но этим будет, наконец, разрешена проблема добывания безникотинного табака, чего добивались до сих пор исключительно химическим путем и то с малым успехом.

Э. Леву.

От редакции. В СССР вопросами выращивания безникотинного табака занимается Всесоюзный институт растениеводства (ВИР). Еще в октябре 1932 г. в Харькове на VI Менделеевском съезде по чистой и прикладной химии был сделан соответствующий доклад, показавший результаты проделанной огромной работы в этом направлении и притом с очень большим успехом. Опыты продолжают в соответствующих масштабах.

237) *Улица академика И. П. Павлова.* Президиум Ленинградского совета в ознаменование 85-летия со дня рождения акад. И. П. Павлова учредил в ленинградских высших учебных заведениях пять стипендий имени акад. Павлова. Лопухинская улица переименована в улицу акад. Павлова.

238) 12 ноября в Сочи состоялось торжественное открытие санатория им. Ворошилова. Он построен на десятипроцентные отчисления от государственных займов, распространенных в частях Красной Армии. На торжественном заседании, посвященном официальному открытию санатория, присутствовали представители Наркомата обороны, партийных, советских организаций и подшефных колхозов. Председательствовавший на заседании начальник санаторного управления РККА тов. Баранов огласил специальный приказ наркома обороны тов. Ворошилова. В приказе говорится: — „Красная армия получила большую, прекрасно отделанную кухню здоровья, способную ежегодно хорошо обслужить тысячи командиров и политработников. От имени РККА объявляю благодарность всему коллективу строителей, много и основательно, с большим энтузиазмом поработавшему на этой очень нужной армии стройке“. Празднование закончилось большим концертом приехавших из Москвы артистов Государственного академического Большого театра СССР.

239) За последние 9 месяцев через курорты Сибири пропущено около 10 тысяч больных. Зимой будет работать курорт на озере Широ, на 150 коек. Здесь организуются грязелечение и лечение рака. В октябре начнет работать зимний курорт на 150 коек в Белокурихе. Этот курорт имеет свой радиоактивный источник и кабинеты физических методов лечения. Оба курорта пропустят за зиму свыше 2 тысяч больных.

240) *Курорт на Камчатке.* Д-ром Савенко выяснено, что в устье реки Озерной находятся горячие ключи. Температура некоторых из них—75°. Здесь много вечной зелени, густой строевой лес. В этом месте решено построить

первый курорт на Камчатке, где могут лечиться ревматики, больные почками и костным туберкулезом.

241) *Зимний сезон на курортах.* а) 1 ноября в Боржоме, Абастумане открылся зимний курортный сезон. Впервые начнет функционировать зимний санаторий, рассчитанный на 200 коек. б) В конце сентября во всесоюзной здравнице—Абхазии начался зимний курортный сезон. Первая партия легочных больных в количестве 180 человек прибыла в гульришшинский санаторий им. Леснина. К приему больных приступили также сухумские, ново-афонские и гагринские дома отдыха и санатории. Ежемесячно курорты Абхазии будут обслуживать 1,300 больных. в) На курорте Цхалтубо, известном своими радиоактивными источниками, впервые открылся зимний сезон.

Работают три санатория, два ваннх здания и заканчивается строительство нового ванного здания для сердечных больных. С первых же дней зимнего сезона наблюдается большой наплыв курортников. Все санатории и гостиницы переполнены отдыхающими. Зимний сезон в Цхалтубо продлится четыре месяца.

242) Научно-исследовательский институт водоснабжения изготовил *посеребренный песок, предназначенный для обезвреживания питьевой воды.* По своей дешевизне и способности убивать бактерии новый песок превосходит лучшие аналогичные заграничные препараты. Он убивает в одном кубическом сантиметре сырой воды около миллиона кишечных палочек, брюшного тифа, паратифа, дизентерии, азиатской холеры и др. Применение нового песка устраняет кипячение воды, при котором вода теряет свои вкусовые свойства.

В настоящее время оборудуются опытные установки на заводе „Большевик“ для треста бродильной промышленности, для судов дальнего плавания и речных пароходов. Установки позволят обезвреживать сырую питьевую воду вместо того, чтобы кипятить ее. (ЦИТЭИН).-

243) *Средневолжский институт эпидемиологии и микробиологии в Самаре* полностью освоил производство противоскарлатинных сывороток и бактериальных препаратов для прививки против холеры, брюшного тифа и других болезней. В сывороточном отделе оборудована специальная комната-термостат для выращивания микробов.

244) *Последнее слово фашистской медицины.* В одном из руководящих политических журналов Германии — „Дейче рундшау“ опубликована статья проф. Куленкампа „Возрождение медицинской науки“, посвященная научному „обоснованию“ новых законов о стерилизации. Статья в „деловой“ своей части вместе с тем направлена против существования родильных домов. Серия достижений фашистской культуры обогатилась еще одним лозунгом — „рожайте дома“.

Вот как обосновывает фашистский ученый требование закрытия родильных домов: „Слишком широкая помощь при родах может сохранить немало детских жизней, которые содержат в себе предпосылки заболеваний и тем самым несут много вреда для матери, ребенка и общества. Законодательство должно навести здесь порядок.“

Попечение и руководство помощью при родах приобрело жуткие размеры. Повсюду построили большие женские клиники и тем самым вырвали нормальные роды из домашнего быта, к которому они по праву относятся. Роды перенесли из семьи в общественный мир. Это отчуждение ребенка уже при самом его рождении от дома чрезвычайно неблагоприятно.

Матери должны считать само собой разумеющимся рождение ребенка дома, а не в клинике“.

Из этой же статьи видно, что установки Куленкампа уже начинают проводиться в жизнь: количество коек в германских родильных домах все время уменьшается, прием рожениц резко сокращен.

Излишне указывать, что эти мероприятия бьют в первую очередь по женщинам-пролетаркам. Свертываются родильные дома, принадлежащие государственным, муниципальным и благотворительным организациям. Существование же дорогих частных лечебниц, обслуживающих буржуазию, гарантировано наличием платежеспособной клиентуры.

245) Германское министерство юстиции разъяснило, что, так как иностранцы за время своего пребывания в Германии подлежат всем германским законам, наравне с остальным населением, то, исходя из этого, они подлежат также и закону о стерилизации. Однако же иностранцы, которые присуждены к стерили-

лизации, но не желают ей подвергаться, могут избежать ее, если они немедленно покинут пределы Германии. (Schweiz Med. Woch. № 35, 1934).

246) В Лепрозории Расагергауга (Бразилия) открылась *больница-института по изучению проказы*. Она является крупным международным исследовательским центром по изучению проказы и доступна всем научным работникам как туземным, так и иностранным. Своим возникновением она обязана инициативе и неуныпным хлопотам проф. Nocht'a. (Munch. Med. Woch. № 31, 1934).

247) В Италии Центральное бюро по борьбе с раком учредило 10 премий в 500 лир для выдачи тем из вольнопрактикующих врачей, которые за время с 1/VIII-33 по 1/VII-34 г. сделали наибольшее число заявок в бюро о больных раком, находящихся в ранней, еще излечимой, стадии болезни.

248) В Болгарии вошло в силу правительственное распоряжение, что все профессора и преподаватели высших учебных заведений, достигшие 65 лет, увольняются на пенсию. (Munch. Med. Woch. № 31, 1934).

249) В мае и июне с. г. в Калифорнии наблюдалось 1223 случая *Polimyelitis*, из которых на Сан-Франциско падает 96 случаев, в том числе 6 смертельных. (Schweiz. Med. Woch. № 34, 1934).

250) За последние годы *излюбленным средством для самоубийства* стали во Франции препараты (Barbitursäure) *барбитуровой кислоты* (Luminal, Veronal и др.). Так, в Париже в одну только больницу за прошлый год попали 62 случая отравления с целью самоубийства этими средствами. Французские врачи требуют от правительства более строгого контроля над продажей этих средств, становящихся, по их мнению, бóльшим социальным злом, чем опий и кокаин. (Munch. m. Woch. 1934, № 33).

251) *Самоубийство английского профессора*. Гертруда Мери Рейд сообщила на суде, что ее муж, 53-летний Дуглас Гавин Рейд, кончил самоубийством в результате того, что лишился работы. Рейд был известным работником медицины и в течение 30 лет преподавал в Кембриджском университете анатомию. Лишившись работы после 30-летней службы, он в отчаянии перерезал себе горло бритвой. („Дейли экспресс“).

252) *Интернированные после февральского восстания в концлагерь Вольерсдорф близ г. Вены* рабочие подали австрийским врачам коллективное заявление о безобразном, антисанитарном состоянии лагеря, о скверном питании, а также о плохом содержании и уходе за больными. Насколько условия жизни политзаключенных, должно быть, были невозможны, можно судить уже по тому, что даже германское информационное бюро, проверившее это заявление на месте, вполне подтвердило правдивость указанных политзаключенными безобразий в лагере и дало заключение, что условия жизни в лагере действительно „не соответствовали даже самым минимальным жизненным требованиям“, (Munch. Med. Woch. 1934, 15).

253) *Экономический кризис и закрытие курортов*. Насколько экономический кризис в Австрии отражается между прочим и на посещаемости больными курортов и санаторий, видно хотя-бы из того, что в Семеринге, крупнейшем климатическом горном курорте, в 2 часах езды от Вены, пришлось закрыть один из лучших популярных санаторий — Palace-Sanatorium. (Schweiz. Med. Woch. № 34, 1934).

254) *Проект ограничения медиц. образования в Чехословакии*. Число врачей в Чехо-Словакии увеличилось в 1933 году по сравнению с 1930 годом на 20 проц. В 1930 году один врач приходился на 2046 чел. населения, в 1933 году на 1689 чел. Подсчитано, что при дальнейшем таком росте числа врачей через восемь лет один врач будет приходиться на 1200 чел., что уже является крайним пределом и угрозой для материального существования врачей в Чехо-Словакии. Поэтому уже теперь поднят вопрос о том, чтобы ограничить число поступающих на медицинские факультеты. (Schweiz. Med. Woch. № 34, 1934).

255) Весной 1935 года в Будапеште состоится совещание международной Лиги борьбы с трахомой. Как основная тема поставлена на нем — профилактика трахомы. (Schweiz. Med. Woch. № 34, 1934).

256) В июле 1935 года в Париже состоится международный съезд по психогигиене.

257) 5—7/VIII 1935 г. в Брюсселе состоится международный съезд по гастроэнтерологии.

Письма в редакцию.

В редакцию Казанского медицинского журнала.

Многоуважаемый тов. редактор!

Прошу не отказать в любезности поместить в Вашем уважаемом журнале нижеследующее:

В виду актуальности вопроса о трихинозе НКЗдрав УССР отпустил недавно специальные средства на изучение проблем трихиноза при моих кафедрах в Киевском медицинском институте, что дает возможность поставить работу в нужном масштабе.

По имеющимся литературным данным вопрос этот актуален и в других частях СССР (напр., в Нижне-Волжском крае, Белоруссии, Сев. Кавказе, а также, быть может, и в других частях нашего Союза).

Просьба ко всем товарищам описывать самим в литературе или сообщать нам о всяких вспышках или даже только об отдельных случаях трихиноза среди людей.

Заведываемые мною клиники всегда готовы принять трихинозных больных приезжих или из гор. Киева, а также дать те или иные разъяснения по данному вопросу.

Просьба писать по адресу:

1. Киев, Октябрьская больница, клиника академика Н. Д. Стражеско, или по адресу:

2. Киев, ул. Свердлова, № 8, кв. 5, д-ру Б. А. Калюсу.

Академик Стражеско.

В редакцию Казанского медицинского журнала.

Прошу поместить в ближайшем номере Вашего журнала нижеследующее обращение:

Многоуважаемый товарищ!

Придавая большое значение, с точки зрения оздоровления края, собиранию и систематике литературной продукции, характеризующей санитарное состояние орденоносной Татарии, кафедра социальной гигиены КГМИ и институт социалистического здравоохранения и гигиены приступают к составлению библиографического указателя научных работ и статей, опубликованных в печати за период времени с 1920 г. по 1934 год по вопросам санитарии, общей, социальной и школьной гигиены, физразвития, демографической и санитарной статистики, эпидемиологии, гигиены труда, сантехпропаганды и организации здравоохранения в Татарии, включая сюда работы, выполненные научно-практическими учреждениями Татарии или отдельными работниками независимо от места нахождения изучаемого объекта, а также все работы, относящиеся к изучению Татарии, но выполненные вне пределов ТР. Указатель будет издан в печати к XV годовщине Татарии (20/VI 1935 г.).

Сообщая об этом, мы обращаемся к Вам с просьбой в самое непродолжительное время прислать на имя директора института (Казань, ул. Бултерова, д. № 18) список Ваших научных работ и статей на соответствующие темы по прилагаемой форме:

Фамилия и инициалы автора	Полное название работы	Название, год издания и № журнала или сборника (книги, брошюры), где помещена работа.	Объем работы в печатных листах	Известны ли Вам научно-практические результаты данной работы и в чем они выразились.

Чтобы облегчить нам ознакомление с содержанием работ для распределения их по соответствующим отделам указателя просим приложить к списку оттиски ваших работ или краткое содержание каждой в отдельности, ибо некоторые литературные источники часто отсутствуют даже в достаточно крупных библиотеках и книгохранилищах.

Завед. кафедрой соц. гигиены К. Г. М. И. и директор Института соцздрава профессор Ф. Мухамедьяров.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Краевой медицинской ассоциации Татареспублики.

Орган Казанского медицинского института и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Редакционная коллегия:

Пред. (ответ. ред.) проф. В. Л. Боголюбов. Зам. пред. проф. М. И. Мастбаум.
Члены коллегии: проф. А. Ф. Агафонов, доц. М. И. Аксянцев, проф. И. С. Алуф,
и. д. проф. З. Н. Блюмштейн, проф. И. П. Васильев, проф. А. В. Вишневский, К. В.
Волков, проф. Р. Я. Гасуль, проф. Н. К. Горяев, проф. В. С. Груздев, доц. С. Б.
Еналиев, Н. В. Инюшкин, проф. И. Ф. Козлов, Наркомздрав АТССР С. М. Курбан-
галеев, проф. Е. М. Ленский, проф. П. В. Маненков, проф. А. Н. Миславский,
проф. Ф. Г. Мухамедьяров, проф. И. Н. Олесов, доц. А. Я. Плещицер, проф. Н. Н.
Сиротинин, проф. А. Г. Терегулов, проф. В. К. Трутнев, проф. С. М. Шварц,
проф. Т. Д. Эпштейн. Отв. секр. д-р В. И. Пшеничников.

Том XXX.

1934 г.

КАЗАНЬ.

Оглавление XXX тома за 1934 г.

А.

Агринский М. Е. (Роман, р-н, Саратов. края). Организация общественного питания в колхозах Романовского района	978
Александров К. Г., Лифшиц М. С. (Казань). Серопрофилактика сыпного тифа	1132
Алексеев С. М. (Казань). Хирургия—наука и искусство	500
Алуф И. С. проф. (Казань). Проф. А. В. Вишневецкий. К 35-летию его научной, педагогической, врачебной и общественной деятельности	495
Андреев В. П. (Казань). Гравиданотерапия при душевных заболеваниях и наркоманиях	1105
Аркадьевский А. А., Меркина Г. Л. (Москва). Опыт внедрения физической культуры в трудовой процесс слесарей-лекальщиков на 1-м государственном шарико-подшипниковом заводе	14
Асамбаев Д. М., Ковязин Н. Н., Раимова Х. Б. и Курганова О. К. (Казань). К вопросу о хлорном обмене организма и лечебном значении отведения желудочного сока	300
Асамбаев Д. М. (Казань). К клинике однокамерного эхинококка печени	532
Ауслендер Е. М. (Москва). К казуистике тетании	904

Б.

Бабинская Г. А. Дивеева Р. А. (Казань). Дизентерия по материалам детской клиники Мединститута за период с 1931 по 1933 г. включительно	702
Бабинская Г. Я., Григорченко Е. Г. (Казань). Эпидемический цереброспинальный менингит	683
Бадюл П. А. (Казань). Случай pseudoileus'a на почве отравления рыбным ядом	94
Бадюл П. А. (Казань). Из поликлинической практики	450
Баев А. А., Мазур Л. Б. (Казань). Об изменении биохимических свойств туберкулезной палочки в связи с ее диссоциацией	884
Батенков Е. Л., Юденич В. А. и Изаболинский М. П. (Смоленск). К этиологии гриппа	56
Березенцев В. П. (Астрахань). Диагностическое значение дуоденального зондирования при холециститах в свете оперативного лечения	174
Березин И. Ф. (г. Курган, Урал. обл.). Некоторые особенности эпидемиологии и клиники туляремии	45
Берлин И. И. (Москва). Клиническая эффективность диетпитания	33
Биткова С. И., Могилевский Э. Р. (Казань). Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка путем откачивания желудочного содержимого	294
Биткова С. И., Винников М. Э. (Казань). Гравидан в терапии некоторых внутренних болезней	1094
Блонская А. А., Савицкий В. Н. (Киев). СО ₂ при асфиксии новорожденных	415
Блюмштейн Э. Н. (Казань). О содержании иода в струмозных опухолях яичников	78
Боголюбов В. Л. проф. (Казань). О преподавании хирургии командированным врачам (по данным Каз. Инст. усоверш. врачей)	26
Борин Я. В. (Киев). Relaxatio diaphragmatica	756
Борщевский М. Л. (Одесса). К вопросу о селезеночной диете при легочном туберкулезе	849

В.

Валидов И. Г., Плещицер А. Я. (Казань). Электрокардиологические обследования участников 1-ой Поволжской спартакиады и 1-ой спартакиады профсоюзов Татарии	963
Васильевский М. Э. и Хургин М. И. (Минск). К вопросу о туберкулезных бронхоаденитах у взрослых	834
Васильев И. П. проф. (Казань). К гистологии экзотического хромобластомикоза	169
Васильев И. П. проф. (Казань). К вопросу о действии красящих веществ на экспериментальные опухоли	609
Васильев И. П. проф. (Казань). К вопросу о стенозирующих кольцевидных утолщениях эндокарда	1005
Вассерман Л. М. (Ленинград). К методике учета обследования соц.-бытовых условий детей и подростков	229 822
Введенская Н. В. (Москва). Трудоустройство туберкулезных больных	
Векслин И. З. (Казань). Проект структуры и работы базы сан.-техн. пропаганды—Дома санитарной культуры (центрального и районного) для автономной республики, края, области и района	145
Вигдорчик Н. А. проф. (Ленинград). „Позициограф“. Прибор для исследования устойчивости равновесия при перемещении точки опоры	669 1078
Винников М. Э. (Казань). Гравиданотерапия	
Винников М. Э., Миркин А. И. (Казань). Лечение язв желудка и 12-типерстной кишки гравиданом	1090
Винников М. Э., Биткова С. И. (Казань). Гравидан в терапии некоторых внутренних болезней	1094
Вишневский А. В. проф. (Казань). Новокаиновый блок нервов, как метод воздействия на трофические расстройства тканей	426 235
Войдинова О. М. (Казань). Динамический учет личного прошлого ребенка	
Войташевский Я. Б., Тухшид Д. И. (Харьков). Клиника, профилактика и лечение гонорройных стриктур уретры	1145
Вольский Т. И. (Нежин). Сто влагалищных удалений матки по поводу выпадения	1024
Вяселев Р. А. (Казань). Промышленные ранения и ожоги и лечение их риванолом	427

Г.

Галант И. Б. (Ленинград). О диагностическом значении хватательного рефлекса стопы	419
Гасуль Р. Я. проф. (Казань). Рентгенотерапия при язве желудка в свете данных радиобиологии и клиники	310
Гельтцер Р. Р. и Немшилов С. Ф. (Казань). Опыты культивирования сыпнотифозного вируса	1167
Генес С. Р., Пейсахович И. М. (Харьков). О гомоорганическом действии лизатов	184 83
Гершкович И. М. (Ялта). О подходе к лечению гортанного туберкулеза	
Гершкович И. М., Шебшаевич С. М. (Ялта). Роль ларингоскопии в диагнозе и терапии легочно-гортанного туб.	377
Гефт Б. Б. (Харьков). Применение бисмовероля в терапии сифилиса	1137
Гильман А. Г. (Ливадия). Достижения и новые веяния в хирургическом лечении туберкулеза легких	852
Гильман А. Г. (Ливадия). Операция plombировки при лечении легочного туберкулеза	581
Гольдштейн М. И. (Казань). К рентгенодиагностике оперированного желудка	320
Гольдштейн Дм., Курбангалеев С. (Казань). К рентгенодиагностике и оперативной терапии т. н. костного абсцесса Brodie	594
Горелова-Бикчурина Е. И., Маненков П. В. проф. (Казань). Опыт применения новокаинового блока при некоторых гинекологических заболеваниях	1161
Горст П. К. (Казань). О необходимости изменения общепринятой прописи инфуза <i>Secale cornutum</i>	1030
Горяев Н. К. проф. (Казань). О показаниях к спленэктомии	549

Горяев Н. К. проф. (Казань). К симптоматологии стеноза выхода аорты (преартериального стеноза аорты)	1002
Грацианская Л. Н. (Ленинград). Существует ли привыкание к свинцу . . .	20
Григорченко Е. Г., Бабинская Г. Я. (Казань). Эпидемический церебро-спинальный менингит	688
Гросман Д. А. (г. Казань). Об изменении хлористого обмена у больных крупозной пневмонией	161
Гулевич П. А. (Казань). К клинике перфоративной язвы желудка	286
Гулевич П. А. (Казань). К методике оперативного вмешательства при зобной асфиксии	717
Гулевич П. А. (Казань). Случай воздушной эмболии при пневмопункции	762
Гуревич Т. З. (Москва). О геморрагической алейкии Франка	407
Гутерман Д. М. (Ленинград). К вопросу о патогенезе гангрены легких	1120

Д.

Даль М. К. (Ленинград). К учению о жировой эмболии легких	603
Дайховский Я. И., Соловей М. Г. (Москва). К вопросу о патогенезе язвы желудка	252
Дегтяр А. Я. (Курорт „Алма-Арасан“ в Казакстане). Лечение женских болезней на курорте „Алма-Арасан“ в Казакстане	77
Денисова М. Г., Кривина Е. А. (Казань). Экстраренальное накопление кантопротеина в крови и его значение при некоторых внутренних заболеваниях	991
Джигит А. И. (Ленинград). Профессиональная судьба травмоневротиков	133
Дивеева Р. А., Бабинская Г. Я. (Казань). Дизентерия по материалам детской клиники Мед. института за период с 1931 г. по 1933 г. включительно	702
Динерман Я. Б. (Умань, Украина). Переломы позвоночника в условиях быта и работы села	591
Доброхотов Б. Д. (Ялта). Случай ожирения с преждевременным развитием вторичных половых признаков	91
Добрушин М. А. (Кингисеп, Ленингр. обл.). Редкий случай одновременной маточной и внематочной (Graviditas abdominalis) беременности	449
Дыхно А. М. (Ростов на/Дону). О некоторых организационных вопросах построения травматологической сети в социалистическом сельском хозяйстве	981

Е.

Евдокимов Н. Е. (Чебоксары ЧАССР). К казуистике фибром матки	98
Евдокимов П. Е., Олесов И. Н. проф., Кондратьев Г. Г. (Казань). Лечение насыщенным раствором марганцево-кислого калия некоторых дерматозов	1015
Егерова С. А. (Казань). Профилактика кори реактивированной сывороткой	1142
Егоров И. А., Эмдин В. И. (Казань). К вопросу о сохраняемости спор сибирской язвы в различных стадиях выработки кож и в сточных жидкостях	748
Еляшевич Л. З. (Казань). Опыт переливания крови в колхозной деревне на уборочной кампании	1069

Ж.

Железнова З. Н., Муштареева М. М. (Казань). К эпидемиологии и сывороточному лечению скарлатины	694
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

З.

Завьялова Н. В. (Казань). Об эффективности использования стационарных колективных	511
Зам П. П. (Глазов). Определение трудоспособности легочных туберкулезных больных в соц.-с-кторе села	815
Захаров Н. М. (Казань). Абдоминальный синдром при туберкулезе легких	839

И.

Иванова М. М., Матушкина Е. А. (Казань). О терапии чесотки методом на- тирания кожи растворами гипосульфита и соляной кислоты по проф. Демьяновичу	715
Иванцов Ф. Н., Мамиш М. Г. (Кумысолеч. санат. Башоблстрахкассы). К вопросу о кумысолечении при менструации	439
Изаболинский М. П., Юденич В. А. и Батенков Е. Л. (Смоленск). К этио- логии гриппа	56
Инокентьев А. В. (Якутск). К лечению крупозного воспаления легких ан- тидифтерийной сывороткой	679
Иордан А. П. проф. (Москва). Связь кожных заболеваний с расстройст- вами внутренних органов	706
Иофан Я. М., Кудрявцев А. А. (Самара), К оперативному лечению высоко- расположенных новообразований прямой кишки	189
Иоффе Ф. С., Сомов А. А. Замкнутая паратифозная „В“ вспышка	1009
Исаева Л. В. (Ленинград). К вопросу о патогенезе и классификации ги- потоний	44

К.

Каманин В. И. (Кайанск). К вопросу о сущности и лечении гнилистного бронхита	684
Катеров В. И. проф. Элькинц Э. Д. (Кумысо-лечебн. сан. им. Чехова Башоблстрахкассы). Изменения гидрофильности кожи под влиянием кумыса и кумысолечения	411
Клебанов Д. С. (Днепропетровск). Отдаленные результаты пилоропластики Клебанов М. А. (Москва). Борьба с туберкулезом в соц. секторе деревни Ковязин Н. Н., Асамбаев Д. М., Раимова Х. Б. и Курганова О. К. (Казань). К вопросу о хлорном обмене организма и лечебном значении от- ведения желудочного сока	720
Козлов И. Ф. проф. (Казань). Материалы о внематочной беременности по данным Омской Акушерско-гинекологической клиники	809
Кольцова Е. М., Фридлянд И. Г. и Файнштейн С. С. (Ленинград). Опыт оценки пылевого фактора путем анализа профпатологического ма- териала	300
Комиссар И. Г., Шляпников Н. Ф. (Саратов) Митогенетическое излучение крови раковых больных и здоровых людей	732
Коноплева Э. А., Мамиш М. Г. (Казань). О значении определения Ampli- tuden-Frequenz-Product'a, производного частоты пульса и ам- плитуды для определения работоспособности сердечно-сосудистых больных	140
Кондратьев Г. Г., Олесов И. Н. проф. и Хуснутдинова Е. Г. (Казань). Опыт применения анилиновых красок при лечении пиодермии	180
Кондратьев Г. Г., Олесов И. Н. проф., Евдокимов П. Е. (Казань). Лечение насыщенным раствором марганцево-кислого калия некоторых дер- матозов	398
Короваев Е. Н. (Казань). К вопросу о лечении chorea minor	424
Кочетов Б. П. (Саратов). К вопросу о лечении постгонорройных катарров и негонорройных уретритов хинином	1015
Крамов Н. А. (Казань). О комбинированной коллапсотерапии	166
Крамов Н. К., Мазур Б. Л. (Казань). Материалы к учению о смешанной инфекции при туберкулезе. Об ацидофильных палочках	61
Кривина Е. А., Денисова М. Г. (Казань). Экстраренальное накопление ксан- топротеина в крови и его значение при некоторых внутренних забо- леваниях	873
Крынский М. И., Шулуто И. Б. (Ленинград). Хлориды крови и мочи при ревматической инфекции	881
Кудрявцев А. А., Иофан Я. М. (Самара). К оперативному лечению высоко- расположенных новообразований прямой кишки	991
Курбангалеев С., Гольдштейн Дм. (Казань). К рентгенодиагностике и опе- ративной терапии т. н. костного абсцесса Brodie	674
	189
	594

Курбангалеев С. М., Садыкова М. К. (Казань). Картина белой крови при хирургических операциях под местной анестезией по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишневецкого	1151
Курганова О. К., Ковязин Н. Н., Асамбаев Д. М. и Раимова Х. Б. (Казань). К вопросу о хлорном обмене организма и лечебном значении отведения желудочного сока	300
Курицына М. А., Цветков И. И. (Казань). Лечение переливанием крови острых отравлений анилином и СО	998
Кутуева З. М., Мазур Б. Л. (Казань). Кожная аллергия и полиморфизм возбудителя туберкулеза	843
Кухаренко М. В., Модератов П. С. (Евпатория). О соотношении вегетативной настроенности, эозинофилии и глистных инвазий в детском возрасте	59

Л.

Ларионов Л. Ф., Штессель Т. А. и Нусельман Э. И. (Ленинград). О действии на организм бутадиена, псевдобутилена и изопрена	440
Лившиц М. С., Александров Н. Г. (Казань). Серопротектика сыпного тифа	1132
Лившиц М. С. (Казань). Опыт применения гравидана при сыпном тифе	1102
Липский В. А. (Ленинград). О некоторых профессиональных факторах ревматизма на железных дорогах	655
Лихт Л. М. (Ростов н/Д.). О сифилисе пищевода	96
Лункевич А. М. (Прозоровка). Отдаленные результаты самостоятельного и комбинированного френикоэкзереза при различных формах легочного туберкулеза	869
Лурия Р. А. проф. (Москва). Об анамнезе и внутренней картине болезни	151
Лурия Р. А. проф. (Москва). К проблеме язвенной болезни желудка и duodenum	241

М.

Мазур Б. Л., Кутјева З. М. (Казань). Кожная аллергия и полиморфизм возбудителя туберкулеза	843
Мазур Б. Л., Подлевская Л. Г. (Казань). О реакции Вгаuner и Sogu при tbc с „синими“ палочками	847
Мазур Б. Л., Краснов Н. А. (Казань). Материалы к учению о смешанной инфекции при туберкулезе. Об ацидофильных палочках	881
Мазур Б. Л., Баев А. А. (Казань). Об изменении биохимических свойств туберкулезной палочки в связи с ее диссоциацией	884
Макарова Т. А., Плещицер А. Я., Махалова О. К. и Москвин В. А. (Казань). Динамика заболеваний суставным ревматизмом среди рабочих гор. Казани	661
МаксUTOва М. X. (Казань). Случай заболевания эндокринных желез у 6-ти-летнего ребенка	446
Малкин З. И. проф., Тумашева Д. Г. (Казань). Неспецифические иммуно-биологические моменты в клинике висцерального ревматизма	515
Мамиш М. Г., Коноплева З. А. (Казань). О значении определения Amplituden-Frequenz-Product'a, производного частоты пульса и амплитуды для определения работоспособности сердечно-сосудистых больных	598
Мамиш М. Г., Иванцев Ф. Н. (Кумысолечебн. санат. Башоблстрахкассы). К вопросу о кумысолечении при менструации	439
Маненков П. В. проф., Горелова-Бикчурина Е. И. (Казань). Опыт применения новокаинового блока при некоторых гинекологических заболеваниях	1161
Манойлова Е. О. (Ленинград). Различие нервов химическим способом (n. vagus от n. sympathicus)	1178
Маркузэ С. М. (Казань). Простейший аппарат для измерения среднего кровяного давления	404
Мастбаум М. И. проф. (Казань). Из поликлинической практики	90

Матушкин Е. А., Иванова М. М. (Казань). О терапии чесотки методом натирания кожи растворами гипосульфита и соляной кислоты по проф. Демьяновичу	717
Махалова О. К., Плещицер А. Я., Макарова Т. А., Москвин В. А. (Казань). Динамика заболеваний суставным ревматизмом среди рабочих гор. Казани	661
Меркина Р. А., Аркадьевский А. А. (Москва). Опыт внедрения физической культуры в трудовой процесс слесарей-лекальщиков на 1-м государственном шарико-подшипниковом заводе	14
Милославская М. Н. (Казань). О влиянии урзолов на соединительную оболочку глаз (на основании обследования рабоч. Казан. мехов ф-ки № 2)	1073
Миркин А. И., Морозова М. С. (Казань). К клинике послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки	277
Миркин М. И. (Казань). О заболеваемости кожи в Карабашском медно-рудном комбинате	987
Миркин А. И., Винников М. Э. (Казань). Лечение язв желудка и 12-ти перстной кишки гравиданом	1090
Михайлов Ф. А. (Москва). Современное положение вопроса об искусственном пневмотораксе	921
Михельсон Н. М. (Москва). Восстановление трудоспособности после заболеваний и повреждений челюстей	442
Мицкевич В. Д., Мицкевич Л. (Карагат, Зап. Сибкрай). (Н. Сибирск). Наблюдение над бескровным лечением передних стафилом глаза по Коуанаги	87
Мицкевич Л. Д., Мицкевич В. Д. (Н. Сибирск). (Карагат, Зап. Сибкрай). Наблюдение над бескровным лечением передних стафилом глаза по Коуанаги	87
Могилевский Э. Р., Биткова С. И. (Казань). Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка путем откачивания желудочного содержимого	294
Модератов П. С., Кухаренко М. В. (Евпатория). О соотношении вегетативной настроенности, эозинофилии и глистных инвазий в детском возрасте	59
Морозова М. С., Миркин А. И. (Казань). К клинике послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки	277
Москвин В. А., Плещицер А. Я., Макарова Т. А. и Махалова О. К. (Казань). Динамика заболеваний суставным ревматизмом среди рабочих г. Казани	661
Мукосеева О. М. (Казань). Опыт лечения гравиданом некоторых ушных заболеваний	1115
Муштареева М. М., Железнова З. М. (Казань). К эпидемиологии и сывороточному лечению скарлатины	694
Мухамедьяров Ф. Г. проф. (Казань). Опыт медико-санитарного обслуживания сельскохозяйственных кампаний в Татарской Республике	973
Мухамедов И. Х. (Казань). Изменение красной крови при остром ревматизме	1123

Н.

Нейман И. М. (Москва). Функция ткани и ее дыхание и гликолиз	741
Немшилов С. Ф. и Р. Р. Гельтцер. (Казань). Опыт культивирования сыпнотифозного вируса	1167
Нечаев С. П. (Шахты). Случай дермоидной кисты средостения	328
Новиков Г. М. (Казань). Некоторые итоги лечения хронических язв конечностей новокаиновым блоком нервов	67
Нуссельман Э. И., Ларионов А. Ф. и Штессель Т. А. (Ленинград). О действии на организм бутадиена, псевдобутилена и изопрена	440

О.

Олесов И. Н. проф., Кондратьев Г. Г. и Хуснутдинов Е. Г. (Казань). Опыт применения анилиновых красок при лечении пиодермии	424
Олесов И. Н. проф., Кондратьев Г. Г. и Евдокимов П. Е. (Казань). Лечение насыщенным раствором марганцево-кислого калия некоторых дерматозов	1015
Олиповский В. М. (Елабуга). Влияние новокаинового блока нервной системы на течение костно-суставного туберкулеза	72

П.

Пейсахович И. М., Генес С. Г. (Харьков). О гомоорганическом действии диэтилов	184
Пермяков Ф. К. (Казань). Ревматизм и туберкулез по профессиям железнодорожного транспорта	657
Петченко А. И. (Воронеж). К вопросу о послеродовой эмболии легочной артерии	1027
Плешицер А. Я., Макарова Т. А., Махалова О. К., Москвин В. А. (Казань). Динамика заболеваний суставным ревматизмом среди рабочих гор. Казачи	661
Плешицер А. Я. (Казань). О выделении мышьяка легкими в клинике мышьяковых отравлений	687
Плешицер А. Я. доц., Валидов И. Г. (Казань). Электрокардиологические обследования участников 1-ой Поволжской спартакиады и 1-ой спартакиады профсоюзов Татарии	963
Подлевская Л. Г., Мазур Б. Л. (Казань). О реакции Grauer и Sogu при тбс с „синими“ палочками	847
Помосов В. Н. (Казань). Послеоперационный паралитический илеус, как показание к энтеростомии	1135
Попов Н. И., Пшеничников В. И. (Казань). Новокаиновый блок при воспалении седалищного нерва	572
Поташник М. Б. (Свердловск). Об изменениях кожи при работе с известью	713
Прудников Д. Н., Рахман В. И. (Москва). Случай несахарного мочеизнурения с гипофизарным субнанизмом	1034
Пшеничников В. И., Харитонов И. Ф. (Казань). Новокаиновый блок при острых воспалительных и гнойных процессах	564
Пшеничников В. И., Попов Н. И. (Казань). Новокаиновый блок при воспалении седалищного нерва	572
Пшеничников В. И. и Шалунов М. Х. (Казань). Чувствительность к боли при операциях под местной анестезией по А. В. Вишневному	1165
Пшеничников В. И. (Казань). Аскарида в свободной брюшной полости	615

Р

Рабинович Д. В. (Москва). Клинико-профессиологическая характеристика, как метод синхронного изучения профессии и профессионала	3
Раимова Х. Б., Ковязин Н. Н., Асамбаев Д. М. и Курганова О. К. (Казань). К вопросу о хлорном обмене организма и лечебном значении отведения желудочного сока	300
Ратнер Ю. А. (Казань). Заметки из амбулаторной практики хирурга	1181
Рахман В. И., Прудников Д. Н. (Москва). Случай несахарного мочеизнурения с гипофизарным субнанизмом	1034
Репин Г. Я. (Харабалин. р-н, Н.-Волжского края). Три случая идиосинкразий	1032
Розинский Ю. Б. (Москва). Рационализация умственного труда врача. К проблеме рациональной методики работы над книгой	379
Российский Д. М. проф. (Москва). Едочной перец (<i>polygoum hydropiper</i>) как кровоостанавливающее средство	448
Руднев И. М. (Днепропетровск). Случаи внутрисемейной желтухи тифозной этиологии у детей	330

С.

Савицкий В. Н., Блонская А. А. (Киев). СО ₂ при асфиксии новорожденных	115
Садовский И. И. (Алма-Ат). К казуистике шва кровеносных сосудов . . .	190
Садькова М. К. Курбангалеев С. М. (Казань). Картина белой крови при хирургических операциях под местной анестезией по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишневецкого	1151
Сандуковский И. З. (Полтава). Случай мужской истерии, проявляющейся в виде альголагнии (стремление больного к операции без всяких к тому оснований)	760
Синай А. Я. (Москва). Влияние остро го воспалительного процесса на тканевый обмен ракового животного	743
Сиротинин Н. Н. проф. (Казань). Аллергические теории остро го ревматизма	524
Сиротинин Н. Н. проф. (Казань). Гипоэргия и ее значение в течении инфекции	895
Соколов Н. В. проф. (Казань). Язва желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения	61
Соколов Н. Н. проф. (Казань). К вопросу о субтотальной резекции толстых кишек и отдаленных результатах	977
Соколов Б. Н., Трутнев В. К. проф. (Казань). Хлорома носа и придаточных пазух	599
Соколова Н. К. (Казань). К вопросу о травматическом пневмотораксе при первичном введении газа	891
Соколов Б. Н. (Казань). К казуистике остео м носа	332
Соловей М. Г., Дайховский Я. И. (Москва). К вопросу о патогенезе язвы желудка	252
Сомов А. А., Иосифе Ф. С.) Замкнутая паратифозная „В“ вспышка	1009
Сосунцова Е. М. (Казань). Случай симптомокомплекса В a n t i	561
Степанов П. Н. (Москва). К вопросу о сущности некоторых форм геморрагического диатеза	538
Степухович Д. М. (Балашов). К вопросу о лечении висмутом сулемового отравления	184
Стойко Н. Г. (Ст. Кратово, Моск.-Каз. жел. дор.). Операция Я ко бе у с а при плевроальных сращениях	830
Сушинский В. Р. (Гоголев, Киев. обл.). Интраперикардиальный разрыв аорты	766

Т.

Тарнопольская П. Д. (Москва). К рентгенодиагностике язвы желудка . . .	317
Трутнев В. К. проф., Соколов Б. Н. (Казань). Хлорома носа и придаточных пазух	599
Тумашева Д. Г., Малкин З. И. проф. (Казань). Неспецифические иммунобиологические моменты в клинике висцерального ревматизма	515
Турецкая Р. Б., Чайковский В. К. (Харьков). Кожная аллергия в диагностике беременности	1020
Тухшид Д. И., Войташевокий Я. Б. (Харьков). Клиника, профилактика и лечение гонорейных стриктур уретры	1145

Ф.

Файнштейн С. С., Фридланд И. Г., Кольцова Е. М. (Ленинград). Опыт оценки пылевого фактора путем анализа профпатологического материала	140
Фальдште н А. О. (Одесса). Осадочная реакция Meinicke при сифилисе	65
Фридланд И. Г., Файнштейн С. С. и Кольцова Е. М. (Ленинград). Опыт оценки пылевого фактора путем анализа профпатологического материала	140

Х.

Харитонов И. Ф., Пшеничников В. И. (Казань). Новокаиновый блок при острых воспалительных и гнойных процессах	564
Харитонов И. Ф. (Казань). Дефекты брыжжейки кишек, как причина кишечной непроходимости	613

Хватов Г. И. (Елабуга). К вопросу о ранней диагностике сыпного тифа	759
Хургин М. И., Василевский М. Э. (Минск). К вопросу о туберкулезных бронхоаденитах у взрослых	834
Хуснутдинова Е. Г., Олесов И. Н. проф. и Кондратьев Г. Г. (Казань). Опыт применения анилиновых красок при лечении пиодермии	424

Ц.

Цветкова М. С. (Казань). Опыты массовой педологической работы в гор. Казани	892
Цветков И. И., Курицын М. А. (Казань). Лечение переливанием крови острых отравлений анилином и СО	998

Ч.

Чайковский В. К., Турецкая Р. Б. (Харьков). Кожная аллергия в диагностике беременности	1020
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Ш.

Шалагин М. М. (Казань). К вопросу о грыжах Мескерева дивертикула	726
Шалунов М. Х. (Троицкосавск). Метод местной анестезии А. В. Вишневого в условиях участковой больницы	1017
Шалунов М. Х. и Пшеничников В. И. (Казань). Чувствительность к боли при операциях под местной анестезией по методу проф. А. В. Вишневого	1165
Шарковский И. А. (Краснодар). Случай интермитирующего экзофтальма	1185
Шебшаевич С. М., Гершкович И. М. (Ялта). Роль ларингоскопии в диагнозе и терапии легочно-гортанного тбк	377
Шевлягина М. И. (Москва). Применение Остип'а при язвенной болезни желудка	307
Шишкин П. А. (Казань). Профессиональный травматизм глаз на гос. заводе Пишмаш им. Агамалы-Оглы в Казани	504
Шляпников Н. Ф., Комиссар И. Г. (Саратов). Митогенетическое излучение крови раковых больных и здоровых людей	180
Штессель Т. А., Ларионов Л. Ф. и Нусельман Э. И. (Ленинград). О действии на организм бутадиена, псевдобутилена и изопрена	440
Шулутко И. Б., Крынский М. И. (Ленинград). Хлориды крови и мочи при ревматической инфекции	674
Шулутко Л. И. (Казань). Об организационных формах борьбы с костным туберкулезом в Татарии	831

Э.

Элькинд Э. Д., Катеров В. И. проф. (Кумысолеч. санат. им. Чехова Башоблстрахкассы). Изменение гидрофильности кожи под влиянием кумыса и кумысолечения	411
Эмдин В. И., Егоров И. А. (Казань). К вопросу о сохраняемости спор сибирской язвы в различных стадиях выработки кож и в сточных жидкостях	748

Ю.

Юденич В. А., Изаболинский М. П. и Батейхов Е. Л. (Смоленск). К этиологии гриппа	56
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

Обзоры:

Гилл А. В. проф. Обмен энергии в мышце и нерве. Миотермические и нервотермические опыты. (Речь на открытии XIV Международного физиологического конгресса в Риме в 1932 г.) Перев. проф. Д. Воронцов	101
Грязнов И. С. (Москва). Медицинская наука в СССР	618

Любимова М. Н. (Ленинград). Кислотно-щелочное равновесие крови и его регуляция	452
Макаров Ю. В. (Казань). Ревматизм у детей	1187
Малинин А. И. (Казань). Пролан и флликудин	193
Незлин В. Е. (Москва). Вопросы патологии и клиники ревматизма	767
Проппер Н. М. (Москва). Медицинская наука в СССР	618
Шиманко И. И. (Москва). Аллергическая природа ревматического полиартрита	1038
Хаин Г. А. (Казань). О трофаллергии	334
Библиография и рецензии	108, 204, 345, 464, 628, 778, 907, 1045, 1204

Рефераты:

a) Внутренние болезни	109, 468, 633, 784
b) Туберкулез	109, 631, 1210
c) Ушные, горловые и носовые болезни	113, 471, 951, 1055, 1212
d) Хирургические, ортопедические	111, 202, 346, 469, 635, 736, 950, 1054, 1211
e) Психиатрия и невропатология	110, 207, 346, 637, 952
f) Гинекология и акушерство	1 636, 788, 1210
g) Детские болезни	206, 785
h) Эндокринология	466, 634, 1053, 1208
i) Профпатология	467
j) Рентгенология и радиология	472
k) Экспериментальная медицина	630, 781, 1047, 1207
e) Физиотерапия	638
m) Токсикология и фармакология	783, 948, 1052
o) Печень	946
n) Разные	349

Заседания медицинских обществ.

Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.

Хирургическая секция	114, 472, 638, 1214
Акшерско-гинекологическая секция	118, 218, 1057
Ушная секция	119, 356, 475
Глазная секция	123, 354, 790
Психоневрологическая	124, 217
Объединенное заседание терапевтической, хирургической и рентгенологической секций	357
Заседание пленума Научной медицинской ассоциации 15/XII 34 г.	351
Протоколы научных конференций Кукморского филиала Н.М.А.	360
Гигиеническая секция	788
Конференция по ревматизму	539
Протокол 3-ей Елабужской межрайонной научной конферен. врачей	549
Ответ на открытое письмо врачей Кукморского района ТР ст врачей Елабужского района	1058
Протокол № 1 собрания врачей Тетюшского района	1060

Соликамский научный кружок.

Обзор деятельности за 1933 г.	476
---------------------------------------	-----

Съезды и конференции.

Первое Всеукраинское совещание главных врачей в Харькове. (Отч. проф. А. Ф. Агафонова, Б. С. Биккенина, К. С. Казакова)	212
Всесоюзная конференция рентгенологов и радиологов 15—17/XII — 33 г. в г. Москве (Р. Я. Гасуль).	214
Первое научное заседание врачей Елабужской райбольницы	477
Два слета. (Пахарев Е. и Грязнов И. С.)	362
Итоги IV Международного антиревматического конгресса. (Москва, 3—7 мая 1934 г.). В. И. Катеров	794

Первая Всеукраинская конференция рентгенологов и онкологов в Харьковке 1—5 июля 1934 г. (Отч. <i>Р. Я. Гасуль</i>)	1196
1-я Всеукраинская конференция урологов. (Отч. <i>Б. В. Огнев</i>)	1200

Юбилей.

Проф. <i>К. Р. Виктор</i> ов. (К 30-летию врач. и науч.-педагог. деят.). Проф. <i>Трутнев</i> , ассист. <i>П. Д. Буев</i> , пр.-доц. <i>Б. Н. Лебедевский</i> , <i>В. Н. Чудносветов</i>	125
Д-р <i>П. Я. Майков</i> . (К 35-летию деятельности).	1202

Некрологи.

<i>Эмиль Ру</i> . (<i>Р. Гельтцер</i>)	127
<i>Соловьев З. П.</i> (1876—1928). (К пятилетию со дня смерти). <i>И. С. Грязнов</i>	219
<i>Альберт Кальметт</i> (1863—1933) и туберкулезная проблема <i>Б. Л. Мазур</i>	223
Памяти Вячеслова. Проф. <i>М. Гран</i>	334
Памяти <i>С. С. Цукермана</i>	803
Профессор <i>Л. Б. Бухштаб</i> . <i>В. А. Тригер</i> и <i>Е. Н. Фабрикант</i>	1904

Хроника	128, 224, 365, 479, 640, 803, 956, 1061, 1217
--------------------------	-----------------------------------------------

Открытое письмо врачей Кукморского района к гг. врачам—работникам других районов ТР	378
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Открытое письмо правления Научно-медицинской ассоциации ко всем врачам районов Татареспублики	373
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Письма в редакцию	374, 646, 808, 1216
------------------------------------	---------------------

Объявления	930
-----------------------------	-----

Заметки: 1) Развитие медико-санитарного дела в СССР за первую пятилетку. <i>Мухамедьяров</i> . 2) Курортные ресурсы Татарской республики. <i>В. К.</i> 3) Профилактика—основа советского здравоохранения (к 1-му выпуску врачей санфака в КГМИ). <i>Мухамедьяров</i>	800
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

- Абсцесс височной доли височной кости 1055,—глазной орбиты 123,— костный Brodie, рентгенодиагностика и терапия 594,—паратонзиллярный, лечение 1055.
- Автономная Татарская Советская Социалистическая Республика, XIV годовщина 491.
- Агглютинины в моче, диагностическое значение 633.
- Азохлорамид, новый антисептик 958.
- Академия Всеукраинская психоневрологическая, работы ее 484,—тропической медицины в Вашингтоне 366.
- Acanthosis nigricans, сл. 1053.
- Акромегалия конституциональная 953.
- Алейкия геморрагическая Франка 407.
- Аллергия кожная в диагностике беременности 1020,—кожная и полиморфизм возбудителя туберкулеза 843,—и развитие носовых полипов 1055.
- Алкоголь, лечение им септицемии 787,—и эфир среди польских школьников 1067.
- Алкоголики, психотические состояния у них 125,—психостенические состояния у них 218.
- Альголагния — проявление истерии 760.
- „Алма-Арасан“, курорт, лечение женских болезней 77.
- Амилоид почек и обмен NaCl 1048.
- Amplituden Frequenz-Product — метод исследования работоспособности сердечно-сосуд. больных 398.
- Ампутация сакральная прямой кишки 470.
- Анамнез и внутренняя картина болезни 151.
- Ангина лакунарная, кровотечения при ней от разрыва ветвей art. carotis 951.
- Angina pectoris и потоотделение 1049,—, хлористый магний при ней 634.
- Анилин — источник профвредности 936,—лечение отравления переливанием крови 998.
- Антипирин, выработка в СССР 130.
- Антисептик — хлорированный раствор соляной кислоты 111.
- Ангиофиброматоз множественный 348.
- Анемии гиперхромные при заболеваниях pancreas 1048.
- Анемия пернициозная, наблюдение за эффектом лечения 349.
- Анестезия местная по Вишневскому в условиях участковой больницы 1017,— под давлением 111,— в практике хирургов и гинекологов 374.
- Анестезии спинномозговые 112,— современные данные 635.
- Анестезия Plex. brachialis, поражение нервов при ней 635.
- Аорта, интраперикардиальный разрыв 765,—симптоматология стеноза выхода 1002.
- Аппарат для измерения кровяного давления, новый 404,—пищеварительный, заболесания его (брош.) 204,—рентгеновский передвижной советской конструкции 131.
- Аппендэктомия, показания к ней 950.
- Аппендицит, дифференциальн. диагноз острого и хроническ. 635,—патогенез рецидивирующих признаков 1054.
- Аптетки для политотделов МТС 129.
- Арсенобензол, лечение им и нейролюэс 111.
- Arteria pulmonalis, послеродовая эмболия ее 1027.

- Артрит гонококковый черпаловидного сочленения 122.
Артропластика тазобедренного сустава 1214.
Аскарида в свободной брюшной полости 615.
Ассоциация краевая научная медицинская АТССР, пленум 351, — — — — —, заседания Кукморского филиала 360.
Астма бронхиальная, симпатэктомия и ваготомия при ней 212.
Асфиксия зубная, оперативное вмешательство при ней 717, — новорожденных углекислота при ней 415.
Атебрин 368.
Атероматоз art. coron. cordis. 478.
Атропин, действие на n. vagus 926, — лечение шизофрении 637.
Атофан, вливание его и билирубин 946.
Атрезия заднего прохода и прямой кишки, результаты лечения 470.
Ауксин и проблема роста растений 48'.
Аутогемотерапия субарахноидальная 217, — — при эпиделич. энцефалите 776.
Ацетилхолин при офтальмоскопической мигрени 637.

Б.

- Барьер гематоэнцефалический при паркинсонизме 778, — — проницаемость для различных токсинов 630, — —, проходимость его 217.
Бацилловыделители tbc без поражений 1210.
Бациллы туберкулезные в крови трупов 109.
Беременность внематочная, материалы клиники 732, — и лейкемия 1211, —, кожная аллергия в диагностике ее 1020, — маточная и внематочная одновременно 449, — многоплодная 955, — ранняя у животных, распознавание 482, — ранняя, биологическая диагностика 933, — ранняя и биологические реакции 218, — чрезмерно длительная 637.
Бехтерева В. и Н., братья, морфологическое сравнение их головного мозга 346.
Бешенство собачье, эпидемия в Эстонии 1064.
Билирубин и вливание атофана 946, — в сыворотке и жидкости пузырярей от кантаридина 631.
Бисмовероль при сифилисе 1137.
Блок нокаинановый нервов, воздействие на трофические расстройства тканей 426, — — — — —, лечение язв конечностей 6, — — — — влияние на течение костно-суставного туберкулеза 72, — — при острых воспалительных и гнойных процессах 564, — — при воспалении седалищного нерва 572, — — при гинекологических заболеваниях 1161, — —, руководство к пользованию им 920.
Боголюбов В. Л., профессор, 35-летие деятельности 227.
Болезнь Базедова, лечение 634, — — случ. излечения 467, — внутренняя картина ее и анамнез 151, — Кинбека 114, 1214. — Литтля 477, — язвенная желудка и duodenum проблема ее 241.
Болезни женские, лечение на курорте „Алма-Арасан“ 77, — душевные, гравиданотерапия 1115.
„Болезнь цивилизации“, брош. 1045.
Больница в Балаховке, открытие 225, — лучшая по конкурсу 485, — новая в Киеве 485, — — в Мехонском сельсовете (Урал) 129.
Брак в Югославии, предварительный медицинский осмотр 1063.
Бригады санитарные в Татарии 131.
Броннер В. М., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
Бронхоэктазы, смертельное кровотечение при них 110.
Бронхоадениты туберкулезные 834.
Бронхит гнилостный 684.
Бумага рентгеновская, производство ее 368.
Бутадиен, действие на организм 440.
Бухштаб Л. Б., проф., смерть его, некролог 1203.

В.

- Ванны маестинские, изучение влияния 1061, — облученные, лечение ими 638.
Взрыв во время операции в клинике 1063.
Вигантол советский 643.

Вирилизм и его причины 1208.

Вирус сыпнотифозный, культивирование его 1167.

Витамины А, получение сильного концентрата 483, — Д кристаллический, получение его 378,

Витамины, 1-я Всесоюзная конференция по ним в Ленинграде (отчет) 938, — проблема их в СССР 640, — химическая природа их 641.

Викторов К. Р., профессор; 30-летие его деятельности 125.

Висмут, лечение им сулемового отравления 187.

Вишневский А. В., профессор, к 35-летию деятельности 495, 227, — приращение звания заслуженного деятеля науки 370, — чествование его 370.

Вливание NaCl при чревосечениях 347.

Вода Казанского водопровода, опыт хлорирования 789, — питьевая, снабжение в г. Казани 936, — сероводородная, применение внутрь 350.

Водка, потребление в Германии 900.

Водообмен при шоке 631.

Воды сточные, сохранимость спор сибирской язвы в них 748.

Водянка головного мозга 117.

Возбудитель туберкулеза, полиморфизм его и кожная аллергия 843,

Воспаления гнойные и времена года 787.

Воспаление легких крупозное, лечение антидифтерийной сывороткой 679.

„Врач и больной“, брош. 945.

Врачи в Польше, перепроизводство и запрещение практики 1063, — помощь директоров заводов по санитарной части 129, — преподавание им хирургии 26, — эпидемиологи в Казани, первый выпуск 645.

Вреден Р. Р., проф., смерть его 226.

Вскармливание естественное 207.

Вячеслов М. Г., д-р, смерть его, некролог 364.

Вывих надколенника, терапия 348, — носа 123.

Вывихи стопы, лечение 209

Выготский Л. С. проф., смерть его 808.

Выпадение матки, удаление 1024.

Г. Н.

Газообразование послеоперационное в тканях 787.

Гамалея Н. Ф., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.

Гангрена легких, патогенез 1120, — спонтанная, неудачный результат применения новокаиновой инфильтрации по Вишневскому 361.

Гастроскопия 469.

Гастриты гиперацидные, лечение 294.

Гастрит, рентгенотерапия 216, — острый, деятельность желудка при нем 633.

Гемералопия 476.

Генетика медицинская 956.

Герцен П. А., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.

Гибридизация птиц 1002.

Hydrocele feminina cruralis communicans 787.

Гидрофильность кожи при кумысолечении 411.

Гипертиреоз и менопауза 1053.

Гипосульфит и соляная кислота, лечение чесотки 715.

Гипотонии, патогенез и классификация 44.

Гипофиз, содержание пролана в нем 634.

„Гипофиз“, брош. 1046.

Гипохлоремия 924.

Гипозергия и ее значение в течении инфекций 895.

Глаз, влияние урзола на соединительную оболочку 1073, — инородные тела в передней камере 791, — стафиломы его, лечение 87.

Глаза, травматизм их профессиональный 504.

Гликолиз и дыхание в почечной ткани и ее функция 741.

Глиома носа 122.

Голос, потеря его при малярии 90.

Гонококк, диссоциация его 1201.

Гоноррея, методология диагноза и терапии 935; — женская, лечение 935, — организация борьбы с ней 1201.

- Гормон передней доли гипофиза 118, — повышающий удой молока 957, — половой, выделенный из репчатого лука 366, — половой женский брош. 945.
Гормоны, влияние на рост опухолей 466.
Городок здравоохранения в Архангельске 368.
Госпитализация домашняя 368.
Гортань, лимфатическая система 123.
Гравидан, наблюдения над ним 218, лечение язв желудка и 12-перстной кишки 1090, — при разных внутренних заболеваниях 1094, — при сыпном тифе 1102, — при заболеваниях нервной системы 778.
Гравиданотерапия 923, 1078, — при душевных заболеваниях и наркоманиях 1105, — ушных заболеваний 1115.
Греков И. И., проф., смерть его 226.
Грипп, применение муравьиной кислоты для борьбы с ним 643, — и ото-риноларингологические заболевания 1212, — этиология 56.
Грузаев В. С., проф., — бессменное 33-летнее руководство акушерско-гинекологич. клиникой 808, — присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
Грыжа Meskel'eva дивертикула 723, — передняя мозговая, операция 1059.
Грыжесечения, функциональная пластика при них 786.
Грыжи паховые и бедренные, казуистика необычного содержимого 788.
Гуревич М. Г., назначение вторым заместителем Наркомздрава РСФСР 485.

Д. Д.

- Давление кровяное, влияние рака на него 349, — —, новый аппарат для измерения 404.
„Декада украинской медицины“ в Грузии 1218, — франко-советского научного сближения 484.
Делегация профессоров у Наркома здравоохранения РСФСР т. Каминского 367.
Дерматозы в толевом производстве 935, — лечение марганцово-кислым кали 1015.
Дермоид тазовой клетчатки 119.
„Детские болезни и борьба с ними“, брош. 780.
Дефектность при шизофрении 208.
Деформация носовой перегородки, лечение 121.
Diabetes insipidus traumaticus 317.
Диагностика психиатрическая 209.
Диатермия печени и обмен 946.
Диатез геморрагический, сущность его 538.
Дизентерия по материалам дет. клиники Каз. гос. мединститута 702.
Динитрофенол, внезапная смерть от него 948, 949, — токсикология его 783.
Duodenum, проблема язвенных заболеваний 241, — патогенез язвы 252, — язвы ее и хирургическая точка зрения 261, 357, — язвы ее и послеоперационные осложнения 27, 357 — резекция при язве 348.
Диспансер единый в Казани, строительство 226.
Диссоциация гонококка 1201.
Дифтерит, прививки против него 643.
Диетпитание, клиническая эффективность его 33.
Диета селезеночная при тbc легких 849.
„Дозиметр универсальный“ 643.
Дом санитарной культуры, проект структуры и работы 145.
Дома отдыха в Закавказьи 368, — — в ЦЧО для колхозников 369, — — в Гатарии 369, — — за полярным кругом 644.
Доноры, положение о них в Вене 959.
Дыхание, влияние различных типов на морфологию крови 476, — — — его на сосудистую систему носа 356, — и гликолиз в почечной ткани и ее функция 741, — опасность ретрофарингеальных процессов для него 471.
Дьяконов В. В., д-р, смерть его 218.

Ж.

- Железы эндокринные, заболевание у ребенка 446.
Желтуха внутрисемейная, случаи 330, — латентная, проба с метиленовой синькой 947.

Желудок, аутодезинфекция роданом 468, — резекция 470, — деятельность при остром гастрите 633, — одновременное заболевание с *lig. teres hepatis* 111, — язва его, успешность резекции 112, — кровотечения после операции на нем 112, — консерв. лечение язв 114, — оперированный, рентгенодиагностика 320, — рентгенодиагностика язв 317, — тотальная резекция 349, — проблема язвенных заболеваний 241, — патогенез язвы 252, — язвы его и хирургическая точка зрения 261, — осложнения послеоперационные 277, — перфоративные язвы 286, — гиперацидные гастриты и язвы, лечение 294, — лечебное значение отведения сока 300, — применение *ostina* при язве 307, — рентгенотерапия язв 310, — функция во время сна 468.

Желчь В, происхождение 469.

Живородившиеся в Европе 960.

Животноводство, лучи радия в его практике 956.

Жидкость плевральная, состав у здоровых 783.

3.

Заболываемость глазная в Каракалпакии 792.

Заболывания кожи, связь с расстройствами внутренних органов 706, — ринолар. отиатрические, применение хлора 356, — эпидемические в ТР, борьба с ними — 937.

„Заболывания пищеварительного аппарата“, брош. 204.

Заворот кишенника, легальный исход при домашних мероприятиях 361, — кишок, сл. 471.

Здравпункт под землей на шахте Метростроя 129.

Зд авпункты новые 485.

Здравоохранение в Татарии, ассигнования 226, — на селе в ТР — 919, — ТР во вторую пятилетку 918.

Зелень бриллиантовая, лечение ек ожогов 348.

Зоб, развитие в одной семье 467, — узловатый, случ. 474.

И. (J)

Иванов А. Р., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.

Ивашинце в Г. А., профессор, смерть его 131.

Идиосинкразия, случаи 1032.

Известь, изменения кожи при работе с ней 713.

Излучение митогенетическое крови раковых больных 180.

Изменчивость организма, управление ею 482.

Изопрен, действие на организм 440.

„Изучение высших форм нейродинамики ребенка“, брош. 629.

Икота, лечение новокаинов. блоком 478.

Илеус, оперативное лечение 113, — паралитический послеоперационный 1155.

Иммунобиология в клинике висцерального ревматизма 515.

Инвазии глистные, соотношения с вегетативной настроенностью и эозинофилией у детей 59.

Иннервация сухожилий собаки 778, — опухолей 782.

Инспекция гос. санитарная в РСФСР 366

Институт Всеукраинский экспериментальной медицины, организация его 225, — ветеринарный в Казани, 59-й выпуск врачей 485, — гос. Центральный усовершенствования врачей в Москве (ЦИУ), объявление краткосрочных курсов 960, — зооветеринарный Туркменский, первый выпуск 225, — им. Обуха, 10-летие его 129, — Казанский для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, работа его 131, — курортология в Москве, обследовательская работа 484, — медицинский в Архангельске, годовщина его 130, — офтальмологическ. им. Гиришмана 130, — медицинский в Казани, принятие шефства 226, — — —, принятие шефства над фабрикой им. Раэумова 485, — оптический, 15-летие его 485, — — в Ленинграде, 15-летие его 225, — патологии и гигиены труда Всеукраинский, 10-летие его 370, — Средневолжский микробиологии и эпидемиологии 1220, — травматологии, 10-летие его 643, — усовершенствования врачей в Казани, охват переподготовкой 226, — физических методов лечения в Севастополе, 20-летие его

- 807, — экспериментальной медицины Всесоюзный, открытие филиала в Москве 369.
 Институты н-иссл. по сан. технике, конференция 367.
 Инулин, изучение переваривания организмом человека 350.
 Инфекция, предрасположение к ней и менструальный цикл 788, — путь ее при заболевании пазух носа и т. д. 113.
 Инфекции, гипозергия в их течении 895.
 Infusum secale cornutum, изменение прописи 1030.
 Иод в струмозных опухолях яичников 78.
 Иодол, лечебное действие при наполнении матки и труб 788.
 Истерия мужская, проявляющаяся в виде альголагии 760.
 Источники минеральные на севере 808, — новые в Боржоме 645, — сероводородные в Татарии 225, — — в Киевской области 131.
 Ихтиол белый 1062.
 Ишиас, роль вегетативной нервной системы при нем 217, — патогенез 778, — прибор для определения его (ласегометр) 807.

К.

- Калорийность обедов, метод определения 938.
 Кальметт А. и туберкулезная проблема (вместо некролога) 222.
 Кальций, содержание его в диете и в молоке кормящей женщины 206, — связь обмена с пнеймонией 1048.
 Кампания весенняя посевная, медобслуживание ее 362.
 Кампании сельско-хозяйственные в Татарии, медико-санитарное обслуживание их 93.
 Канал мочеиспускательный, пластика его 1200.
 Кангелари В. А., назначение главным сан. инспектором РСФСР 367.
 Кантаридин, образование пузырей и содержание билирубина 631, — — — и холестерин 631.
 Кариез зубной у детей 1051.
 Катарры постгонорройные, лечение хинином 61.
 Катехины 207.
 Кетгут, импрегнация солями меди 112.
 Кисель А. А., профессор, 50-летие научной деятельности 131.
 Кислота муравьиная в борьбе против гриппа 643, — молочная в экссудатах и сахар крови в диагностике 785, — соляная и гипосульфит, лечение чесотки 715.
 Киста дермоидная яичника 361, — гигантская гидронефротическая 361, — — — средостения 328.
 Кишка прямая, оперативное лечение новообразований 189, — — —, ампутация сакральная 470.
 Кишки, механизм действия морфия на перистальтику 781, — толстые, регуляция деятельности 633, — — субтотальная резекция, результаты 577.
 Клетка, новый метод исследования 806, — живая, аппарат для операции в ней 806.
 Клиника акушерско-гинекологическая Казанского медицинского института, 100-летие ее 808, — восточной народной медицины, открытие при ВИЭМ — 1067.
 Кожа, гидрофильность ее при кумысолечении 411, — заболеваемость ее на медных рудниках 98, — применение ультрафиолетовых лучей при заболеваниях ее 958, — связь ее заболеваний с расстройствами внутренних органов 706, — изменения ее при работе с известью 713, — сохраняемость спор сибирской язвы при обработке ее 748.
 Койки стационарные, эффективность использования 511.
 Коллапсотерапия комбинированная 83.
 Колхозы, организация общественного питания в них 978.
 Кольцов Н. К., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
 Комбинат Всесоюзный детский лечебный, окончание строительства 225.
 Командировки медперсонала в районы Татарии 226.
 Конгресс антиревматический международный в Москве (отчет) 479, — IV антиревматический международный в Москве 226, — ветеринарный международный 1218, — военных врачей в Льеже 958, — международный по страховой медицине 1064, — I международный по внутренней секреции 483, — международн. химиков 483, — IV международный антиревматический в Москве, подр. отчет 792, — XV международный физиологов в 1935 г. 807.

- Кондиломы женск. полов. органов 118.
Конечности нижние утробного плода, сл. перелома 118.
Конкурс больниц областной на Урале 308, — на лучшую больницу 465, — на лучшего здорового ребенка 644.
Контрактура Dupuytren'овская и ход наследственности 951.
Кончаловский М. П., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
Кружок научный в Соликамске, отчет 476, — в Елабуге, первое заседание 477.
Ксантоматоз общий 633.
Ксантопротеин в крови, диагност. значение экстраренального накопления 991.
Кумысолечение при менструации 439, — гидрофильность кожи при нем 411.
Курорт Сочи-Мацеста, работы по благоустройству 131.
Курорты ВЦСПС в 1934 г. — 484, и курортные ресурсы в Татарской республике 801, — летний сезон в 1934 г. — 369, — в Сибири 1219, — на Камчатке 1219, — зимний сезон на них 1220, — в Татарии 131.
Курсы десятидневные для высших медкадров 361, — зубоврачебные вечерние 131, — лаборантов пищевой промышленности в Казани 226, — санитарии и гигиены для работников столовых 129.
Кюри - Складовская, М., смерть ее, 958, — — — — некролог 1066.
Конференция врачей Тетюшского района Татарии, организация филиала научной медицинской ассоциации АТ.СР — 1000, — международная по борьбе с малярией 483, — I молодых ученых в Москве 483, — молодых ученых в Ростове на Дону 1219, — Всероссийская микробиологов и эпидемиологов в Ленинграде 902, — патологов в Москве 367, — гистологов и эмбриологов 388, — Всероссийская урологов 468, — Всероссийская по усовершенствованию врачей 1217, — хирургов 15—18 октября 1934 г. — 1216, — Всесоюзная по неврологии и психиатрии в Харькове 485, — всеукраинская по болезням кожи 130, — Всесоюзная рентгенологов 130, — по борьбе с ревматизмом 130, — Всеукраинская рентгенологов, радиологов и онкологов 369, — I рентгенологов, радиологов и онкологов в Харькове 1—5 июля 1934 г., отчет 1193, — I-ая урологов, отчет 1200, — по витаминам 1-я Всесоюзная в Ленинграде 938, — в Ленинграде при Акад. наук, отчет 804, — научно-исследоват. ин-тов по сан. технике 367, — Всесоюзная рентгенологов и радиологов в Москве, отчет 214, — первая Всесоюзная по физиологической оптике 483, — по ревматизму в Казани, отчет 639, — травматологическая областная в Ленинграде 644, — Всесоюзная урологов 807, — урологическая 1-ая Всеукраинская 644.
Конференция врачей, научные межрайонные в Татарии, отчет 1058.
Корь, продромальный период 785, — профилактика неактивизированной сывороткой 1142.
Кость височная, структура 924.
„Крапивница, явления шока при ней“, брош. 945.
Краски анилиновые, лечение пиодермии 421, — действие на экспериментальные опухоли 609.
Кризис экономический и закрытие курортов в Австрии 1221.
Кровоизлияние в стекловидное тело глаза 354.
Кровотечение при лакунарной ангине 951, — спонтанные из тонзиллярной области 952, — смертельное при бронхоэктазах 110.
Кровотечения после операции на желудке 112, — водяной перец, как кровеостанавливающее средство 448, — гинекологические, патогенез и диагноз, лечение 636, — послеродовые 636, — —, терапия 1211.
Кровь белая. картина при операциях под местной анестезией 1151, — влияние типа дыхания на морфологию 476, — диагностическое значение экстракренально-накопления ксантопротеина 991, — кислотно-щелочное равновесие ее и регуляция (обзор) 452, — митогенетическое излучение при раковых заболеваниях 412, — переливание в деревне на уборочной кампании 1069, — переливание при лейкемиях 927, — раковых больных и здоровых, митогенетическое излучение ее 180, — трупная, переливание ее 22, — трупов, туберкулезные бактерии в ней 109, — хлориды в ней при ревматизме 674.

Л. Л.

- Лаборатория по изучению митогенетических лучей 368.
Лагери концентрационные в Австрии, антисанитарное состояние 1221.

- Лапаротомии, расхождение швов при них 933.
Ласегометр 807.
Легкие, выделение мышьяка ими при отравлениях 687, — жировая эмболия 603, — компенсаторная способность 631, — отложения послеоперационные их и микробная флора желудочно-дуоденальных язв 787, — острый отек и приступы потоотделения 1049.
Лейкемия и беременность 1211.
Лептоспироз 957.
Ligamentum patellae, разрыв 471.
Лизаты, гомоорганическое действие их 184.
Лизоцин в глазной жидкости при трахоме 791.
Лизоцин слезной жидкости при трахоме 926.
Лица с возрастом свыше 100 лет в Германии 960.
Личинки, лечение ими остеомиелитов 787.
Локализация инородных тел 1196.
Lupus erythematosus, сл. 477.
Лучи митогенетические, лаборатория по изучению их 368, — ультрафиолетовые, новое применение при заболеваниях кожи — 958.
Льготы для лиц, направляемых на работу в Дальневосточной и Восточно-сибирский края 1061.

М.

- Магний в плазме 1047, — хлористый при angina pectoris 634.
Майков П. Я., др., 35-летие деятельности 1202.
Малтаква — новый Всесоюзный курорт 644.
Малярия, антитела и начальная лихорадка при ней 1207, — борьба с ней в СССР 642, 959, — — — в Татарии 369, — научно-показательный музей по ней в Тифлисе 1066, — новый метод лечения д-ра И. З. Собельмана 483, — потеря голоса при ней 90.
Мартинов А. В., проф., смерть его 226.
Марциновский Е. И., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370, — смерть его 959, — некролог 1065.
Матка беременная, ранение 118, — перфорация ее 637, — удаление ее при выпадениях 1024.
„Мать и дитя“, брош. 781.
Медико-санитарное дело в СССР за первую пятилетку 799, — обслуживание сельхозкомандиров в Татарской Республике 973,
Медицина и растение 958.
Медицина фашистская, „последнее слово“ ее 1220.
Медь коллоидная, лечение проказы 807.
Meskel'ev дивертикул, грыжа 726.
Меланома злокачественная сл. 362.
Меланхолия, лечение слезоточивостью 110.
Менделеев Д. И., столетие со дня рождения 130.
Менингит эпидемический цереброспинальный 688.
Менопауза и гипертония 1053.
Медицина в СССР 618.
Менструация, кумыслечение при ней 439.
Менструации, цикл их и предрасположение к инфекции 788.
Метросальпингография, как диагностич. метод 932.
Метод биогенетический для психоневрологии 346.
Метод Огг'а, лечение гнойных поражений 929, — при лечении гнойных поражений скелета и мягких тканей 639.
Методика учета обследования соц.-бытовых условий детей и подростков 229.
Мигрень офтальмоскопическая, ацетилхолин при ней 637.
Микроманипулятор 806.
Microphthalmus cum cysta oc. dextra 856.
Минимум психологический в массовой школе 929.
Митогенетическое излучение крови раковых больных и здоровых людей 180.
Мозг головной В. и Н. Бехтеревых, сравнительная морфология 346.
Молоко, гормон, повышающий его удой 957.
Мольков А. В., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
Морфий, механизм действия на кишечную перистальтику 781.

- Моча, ферменты и агглютинины в ней, диагностич. значение 633, — хлориды в ней при ревматизме 674.
Мочезнурение несахарное с гипофизарным субнанизмом 1034.
Мужчины и женщины в Германии, численность 960.
Мышьяк, выделение легкими 687.
Мышца, обмен энергии в ней 101.

Н. Н.

- Надколенник, терапия вывиха 348.
Надсон Г. Я., акад., приглашение его на международный конгресс по радиобиологии 225.
Наркоз, профилактическое применение сыворотки при нем 950.
Наркомания, гравиданотерапия 1115.
Население в Берлине, серологическое обследование 1208. — Германии, статистика заболеваемости и смертности 128.
Настроенность вегетативная, соотношение с эозинофилией и глистными инвазиями у детей 59.
Наука медицинская в СССР 618.
Невралгия тройничного нерва, терапия 932.
Невриты ретроульбагные риногенного происхождения 122.
Невроз травматический 133.
Неврозы, психотерапия их 346, — учение о них 110.
Невропатология, атипичные случаи в ней 347.
„Невропатологические синдромы“ брош. 460.
Недержание мочи ночное, лечение фарадизацией 110.
Neuroloues и лечение арсенобензолом 111.
Неменов М. И., проф., приглашения его на международный конгресс по радиобиологии 225.
Неосапровитан, лечение им шизофрении и прогрессивного паралича 637.
Непроходимость кишечная вследствие дефектов брыжжейки 612.
Нерв, обмен энергии в нем 101, — седалищный, новокаиновый блок при воспалении 572.
Нервы, химические процессы, в них 803, — химический способ различия их 1178.
„Нервные болезни“ учебн. 464.
Нефриты, лечение их 110.
Нефротомия при туберкулезе почек 1211.
Никотин, роль в послеоперационном лечении 1211.
Новокаин при забоев. женской полов. сферы 934.
Новообразования прямой кишки, оперативное лечение 189.
Нос, казуистика остеома 332, — нормальное развитие 1056, — хлорома его 599.

О.

- Обезвреживание воды посеребренным песком 1220.
Обескровливание, вызванное супраенином 112.
Обмен водно-солевой 937, — кальция, связь с пневмонией 1048, — NaCl и амиллоид почек 1048, — тканевой у раковых животных, влияние воспалительного процесса 743, — углеводов, влияние на него пирамидона 784, — хлористый у больных крупозной пневмонией 161, — хлорный в организме 300, — энергии в мышце и нерве 101.
Оболочки птичьих яиц, применение в хирургии 635.
Образование медицинское. Всероссийское совещание по нему 614.
Обращение к врачам Татарии правления научной мед. ассоциации АТССР 373.
Обследование фабр. им. Разумова глазной клиникой мединститута 791.
Обух, В. А., смерть его, некролог 1064.
Общество патологов Всероссийское, организация его 369.
Ожирение с преждевременным развитием вторичных половых признаков 91.
Ожоги, лечение бриллиантовой зеленью 348, — лечение риванолом 427.
Окислы азота, отравление ими 936.
Оксиг углерода (СО), лечение отравления им переливанием крови 998.
Окраска спирохет сифилиса, гонококков, новый метод 1059.
Остип, применение при язве желудка 307.

- Операция Grigorigiu 934, — взрыв эфира во время ее 1063, — магнитная глаза 124, — Якобеуса при плевроальных сращениях 860, — Schanz'a 638.
Опиум в Манчжоу-Го 960.
Оплодотворение под микроскопом 806.
Образование медицинское в Чехословакии, ограничение его 1221.
„Ортопедия“, курс, брош. 1204.
Опухоли, влияние гормонов на их рост 466, — иннервация их 782, — злокачественные. влияние их ферментов на эластическую ткань 782, — лечение рентгеном и радием 215, — стромозные яичников, содержание иода в них 78, — экспериментальные, действие красок 609.
Опухоль гипофиза, удаление 1058, — сосудистая барабанной перепонки 119, — фактор, задерживающий рост ее 1208.
Орбита глазная, удаление опухоли 790.
Органы зрения, институт по изучению их в Москве 129.
Осложнения легочные при тонзиллэктомиях 113.
Остеома носа 122, 332
Остеомиелиты, лечение личинками 787, — лечение их 114, 115.
Остеохондропатия локтевой кости 470.
Отравления Hg. oxysuanati 783, — ртутью травматические 783.
Отравление каустической содой 1052, — трихлорэтиленом 1053, — окислами азота 936, — рыбным ядом и Pseudoileus при нем 94, — сулемовое, лечение висмутом 186.
Отросток червеобразный, удаление при тbc илеоцекальной области 211.
„Охрана материнства и младенчества в стране Советов“ брош. 944.

П. Р.

- Павлов И. П., акад., 85-летие его 1068, — к 85-летию его 1219.
Пазухи придаточные, хлорома их 599.
Палочки кислотофильные тbc 881.
Парагenez ишиаса и вегетативная нервная система 124.
Paragonitis phlegmonosa 950.
Паразитизм в гинекологии 350.
Паралич прогрессивный, лечение 953, — — лечение неосапровитаном 637.
Панариции рук сухожильные, лечение 471.
Паратиф „В“, замкнутая вспышка 1009.
Parasitas, гиперхромные анемии при ее заболеваниях 1048.
Пастеризация молока новым способом (стасанизация) 1063.
Педология, работа в ее области в Казани 392.
Первушин В. П., проф., 40-летие деятельности 1064.
Пеллагра 477, — в Шлезии 207, — наблюдения 952.
Переливание крови при острых отравлениях анилином и окисью углерода 998, — — в деревне на уборочной кампании 1069, — трупной крови 226.
Переломы костей, функцион. метод лечения 348, — ключицы, лечение 1215, — лодыжек 210, — кровавое лечение их 211, — позвоночника 591, — позвонков, лечение 78.
Пересадка оплодотворенных яиц 1062.
Перестройка высшего мед. образования 367.
Перец водяной (Polygonum hydropiper) как кровоостанавлив. средство 448.
Перикардит, этиология 349.
Перистальтика кишечная, механизм действия морфия 781.
Перитонит, серотерапия 347, — показания к серотерапии 348.
Pernoxton при эклампсии 788.
Печень, изменение сосудов при гипертонии 946, — сенсбилизация ее 947, — нарушение функции при инфекциях — 947, — действие усыпляющих средств 947, — разрыв ее и холецистит 947, — однокамерный эхинококк ее 532, — роль ее при сдвиге белковых фракций 926.
Перфорация матки, лечение 637.
Ру Эмиль, некролог 127.
Пилороспазм у детей, оперативное лечение 635.
Пилоропластика, отдаленные результаты 720, — при пилороспазме 348.
Пиодермия, лечение анилиновыми красками 421.
Пиодермиты, лечение KMnO₄ 935.

- Пирамидон, действие на углеводный обмен 781, —, выработка в СССР — 130, — при легочном туберкулезе 632.
- Письмо врачей Кукморского района Татарии врачам других районов республики 371.
- Питание общественное в колхозах 978, — диететические, клиническая эффективность 33.
- Пищевод, сифилис его 96.
- Пизмография внутривенная 1291.
- Плазма, магний в ней 1047.
- Пластика мочеиспускательного канала 1200.
- Пленум Научной медиц. ассоциации АТССР—351, — II ОК ВКП(а) и задачи мед-работников в ТР 954.
- Плод утробный, рентгеновские снимки 1057.
- Пломбировка при легочном туберкулезе 581.
- Пневмонии послеоперационные, причинная профилактика 922.
- Пнеймония крупозная, хлористый обмен при ней 161, — — лечение антидифтерийной сывороткой 679, — связь с обменом кальция 1048.
- Пнеймоторакс двусторонний одновременный 633, — осложнение эмболией 1210, — искусственный (обзор) 907.
- Пнеймоторакс травматический 891.
- Pneumosephalus corticalis 347.
- Пнеймопункция, воздушная эмболия при ней 762.
- Пнеймоплевриты, лечение бессолевой диетой и хлористым кальцием 1048.
- Повязки алебастровые 210.
- Погода и эмболия легких 787.
- Подготовка врачей, постановление ЦИК СССР 1061.
- Подростки, методика учета обследования 229.
- Позвоночник, переломы его 591.
- Позиограф 669.
- Полиартрит ревматический, аллергическая природа его (обзор) 1038.
- Polygonum hydropiper—см. перец водяной 448.
- Поликлиника в Ряжске, открытие 225, — новая в Мехонском сельсовете (Урал) 129.
- Polimyelitis в Калифорнии 1221.
- Полипы носовые, аллергия в развитии их 1055.
- Помощь скорая на самолетах 807, — первая в Голландии на улицах 1064.
- Поносы летние детские 928.
- Потоотделение как клинич. эквивалент грудной жабы и острого отека легких 1049.
- Поход им. XVII партсъезда, включение в него научных обществ 128.
- Почки, рентгеновское освещение 1201.
- Пузырь желчный, механизм опорожнения 946, — — бескаменный, лечение 948, — — обизвествление его стенки 1211.
- Пузырь мочевоы, повреждения при грыжесечениях 1200.
- Практика амбулаторная хирурга. 1181
- Прививки предохранительные против сыпного тифа 224.
- Привыкание к свинцу 20.
- Признаки вторичные половые и ожирение 91.
- „Проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека“, брош. 628.
- Проблема сифилис-раковая 349.
- „Проблема шизофрении“, брош. 345.
- Проказа, изучение 1221, — лечение взвесью меди 807.
- Пролан и фолликулин (обзор) 193.
- Пролан (обзор) 218.
- Пролан в гипофизе 634.
- Простата, рак ее 1055, — гипертрофированная 1201.
- Простатэктомии 1201.
- Профессия, изучение ее 3.
- Профессора и преподаватели в Болгарии 1221, — в Австрии увольнение на пенсию 1063.
- Профзаболевания в химиндустрии 212.

- „Профилактика—основа советского здравоохранения*—обращение к 1-му выпуску врачей санфака КГМИ 802, — зубов в Италии 1064.
Профпатология, оценка пылевого фактора 140.
Псевдоартроз предплечья 1214.
Псевдобутилен, действие на организм 440.
Pseudoleus при отравлении рыбным ядом 94.
Псоиты, новый симптом при них 931.
Психотерапия, новый метод 638.
„Психофизиологический эксперимент в клинике нервных и душевных болезней“ брош. 108.
Пучеглазие пульсирующее одностороннее ложное 355.
Пыль, роль в профпатологии 140.

Р.

- Работа хирургическая в противогасах 930.
Работоспособность сердечно-сосудистых больных, исследование 398.
Радий в практике животноводства 956.
Разрыв аорты интраперикардиальный 765.
Рак, биохимическая диагностика в ранних стадиях 366, — борьба с ними в ТР 92, — борьба с ним 1062, — влияние на кровяное давление 349, — динамика заболеваний г. Елабуге 954. — желудка, конституциональное предрасположение к нему 468, — изучение этиологии его 365, — легкого первичный 1205, — матки, результаты облучения 350, — микробная этиология, неоправдавшееся наблюдение 1051, — внутренних органов 1052, — применение инъекции лимфатическ. системы при операциях его 116, — простаты 1055, — тканевой обмен при нем у животных при воспалительных процессах 743.
Ранения промышленные, лечение риванолом 427.
Рационализация умственного труда врача 380.
Реакция Brauner и Soru при tbc с „синими“ палочками 847, — Вассермана при невролюзе 779, — зрачковая, соотношение с n. facialis, 471, — Кана при невролюзе 779, — Meinickl при сифилисе 65, — Zondek-Aschheim'a, ускорение путем облучения красным светом — — 1057.
Реакции биологические при ранней беременности 218, — преципитации при трихинозе 1207, — психогенные у лиц неполноценных 779, — серологические и биологические для распознавания эхинококка 112.
Ребенок, динамический учет личного прошлого его 235.
Ревматизм, аллергическая природа полиартритов 1038, — висцеральный, иммунобиология его 515, — острый, аллергические теории 524, — гиперергическая реакция 782, — борьба с заболеваниями в машиностроительной промышленности 808, — конференция по нему в Казани (отчет) 639, — международн. конгресс по борьбе с ними в Москве, отчет 479, — мышечный у детей 1051, — на жел.-дор. транспорте, статистическое исследование 657, — острый, изменения красной крови 1123, — —, клиника и патогенез 793, — — роль стрептококка 794, — сердца 796, — диетотерапия 796, — показания к бальнеологическому лечению 796, — влияние сероводородных и мацестинских ванн 798, — транспортников, горняков и металлостов 798, — профессиональные факторы на железных дорогах 651, — суставной, динамика по г. Казани 661, — у детей 928, — хлориды крови и мочи при нем 674.
Ревматизм, брошюры о борьбе с ним 808.
„Ревматизм, клиника его у детей“, брош. 1047.
Ревматизм, клиника и патология (обзор) 767.
Ревматизм у детей (обзор) 1187.
Резекция толстых кишек субтотальная, результаты 577, — тотальная желудка 349.
Рекурвация врожденная суставов 114.
Рентгенодиагностика язв желудка 307, — оперированного желудка 320, — рака желудка 1196, — туберкулеза 1196.
Рентгено-и радиотерапия злокачественных новообразований 1196, — воспалительных заболеваний 1196.
Рентгенотерапия язвы желудка 310, — — — и гастрит 216.

- Рефлекс коленный, тормозной тия 778, — хватательный стопы, диагностическое значение 419.
Ривацоль, лечение ожогов и промышленных ранений 427, — лечение им 474.
Ринит хронический гонорройного происхождения 121.
Родившиеся в Швейцарии, уменьшение числа 1064.
Родовспоможение в Татарии 933, 1057.
Рудокопы и силикоз 467.
Роды пятерней в Америке 1063.
Ртуть и ее производные, отравление ими 783,
Рудники медные, заболеваемость кожи на них 987.

С.

- Самоубийства во Франции, применение препаратов барбитуровой кислоты 1221. — профессора Р е й д 1221.
Санаторий для нервно-больных в Казани, открытие 226.
Санатории в Закавказьи 368, — новые 485, — летний сезон 644.
Санаторий туберкулезный в колхозе 1062, — им. Ворошилова в Сочах, открытие 1219, — костного туберкулеза в Свердловске 129.
Сахар крови, понижение его при деэтеривировании надпочечников 785, — — и молочная кислота в экссудатах, роль в диагностике 785.
Сверхчувствительность к белку экспериментальная 788.
Свинец, привыкание к нему 20, — пузырьно-уретральный 119.
Свищи околушной железы, терапия 348.
Секция акушерско-гинекологическая при Н. М. А. АТССР, отчет за 1932/33 г. и проект работы на 1933/34 г. 109, — глазная Н. М. А. АТССР отчет за 1932/33 354, — Н. М. А. АТССР, годовой отчет 354, — хирургическая Н. М. А. АТССР отчет работы за 1933/34 г. — 118, — психоневрологическая, отчет за 1932/33 г. 125.
Септицемия, лечение инъекциями алкоголя 787.
Сепсис лечение блокадой 475, — постангинозный 1213.
Селезенка, случаи удаления 786, — — полной экстирпации 473.
Сероводород в водах, применение их внутрь 350.
Серотерапия перитонита 347, — — показания к ней 348.
Силикоз у рудокопов 467.
Симптом Л а с е г а 807.
Симптомокомплекс Vanti 561.
Синдактилия полная двусторонняя 477.
Синдром абдоминальный при tbc легких 839.
Синузиты, диагностика и лечение 471.
Сирингомиелия, случай 450.
Система лимфатическая гортани 123, — нервная вегетативная, роль при ишиасе 217.
Сифилис пищевода 96, — бисмовероль при нем 1137, — осадочные реакции при нем 936, — реакция M e i n i c k e при нем 65.
Скарлатина, эпидемиология и сывороточное лечение 694.
Склеродермия, симптомы 779.
Слабость сосудистая церебральная 207.
Слезоточивость, лечение меланхолии ею 110.
Слепота, ин-т борьбы с ней в Москве 129.
Слесаря, введение физкультуры в их трудовой процесс 14.
Слет Всероссийский ударников здравоохранения 225, — ударников здравоохранения 362, — — медицинской науки 364.
Случаи несчастные из-за механиз. транспорта в Лондоне 129, — — и проф. заболеваний в химической индустрии 212, — атипичные в невропатологии 347.
С о б е л ь м а н И. З. д-р, предлож. нового метода лечения малярии 483.
Совещание первое Всеукраинское главных врачей 212, — Всероссийское по вопросам медобразования 644, — по медицинской генетике в Москве 483.
Сода каустическая, отравление 1052.
Сок желудочный, лечебное значение отведения 300.
Соловьев З. П., к 5-летию со дня смерти 219.
Сон, теории и исследования 922, — функция желудка во время него 468.

- Сосуды кровеносные, казуистика шва 190, — носа, влияние на них различных типов дыхания 356.
- С пер а н с к и й А. Д., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
- Спленомегалия, случ. 361.
- Спленэктомия, случаи 786.
- Спленэктомии, показания к ним 549.
- Споры сибирской язвы, сохраняемость их при обработке кожи и в сточных водах 748.
- Средостение, сл. дермоидной кисты 328, — лечения смещения после торакопластики 470.
- Стасанизация — новый метод пастеризации молока 1063.
- Стационар, акушерско-гинекологический, типовой 119.
- Стафиломы глаза, лечение 87.
- Стеноз выхода аорты, симптоматология 1002.
- Степени ученые, присуждение их выдающимся деятелям 1061, 1217.
- Стерилизация принудительная в Германии 129, — массовая в Германии 807, — иностранцев в Германии 1220.
- Стигмы интерсексуальные при душевных болезнях женщин 637.
- Столбняк, сл. 361.
- Стопа, лечение вывихов ее 209, — сохранение сводчатости 212, — диагностическое значение хватательного рефлекса 419.
- „Строительство Советского здравоохранения“ брош. 465.
- Стриктуры уретры гонорройные, клиника 1145.
- Субанизм гипофизарный, несахарное мочеизнурение при нем 1034.
- Супранения и обескровливание 112.
- Съезд акушеров и гинекологов Всеукраинский 1057, — врачей IV-й Татари 371, 645, 917, — Всесоюзный дерматологов, организация 1218, — международный психотехнический в Праге, доклад делегата СССР — 1067, — отчет по психигиене 1221, — по гастроэнтеростомии 1221, — рентгенологов в 1934 г. — 127, — республиканский в Эривани по борьбе с малярией 130, — хирургов второй в Белоруссии 130, — 23-й 369, — назначение на январь 1935.
- Сыворотка антидифтерийная, лечение ею крупозной пневмонии 679, — неактивированная, профилактика кори ею 1143.
- Сы с и н А. Н., присуждение звания заслуженного деятеля науки 370.
- „Сырая“ диета и регуляция тепла 1049.

Т.

- Табак, влияние на происхождение thromboangioitis obliterans 1211, — безникотинный, выращивание 1219.
- Таз карликовый 1057.
- Т а н д л е р, проф., арест его в Вене 1014.
- Татарская АССР, научно-исследовательская работа по санитарии и т. д. 1216.
- Тело стекловидное глаза, кровоизлияние 354.
- Тела инородные в передней камере глаза 791, — локализация 1196.
- Температура кожная, практическое значение 1049.
- Теория аллергическая острого ревматизма 524.
- Теплорегуляция и „сырая“ диета 1049.
- Тесты кожные в дерматологии 936.
- Тетания, казуистика 904.
- Тимол, обработка им операционного поля 1059.
- Тиф сыпной, предохранительные прививки против него 224, — ранний симптом его 477, — ранняя диагностика 759, — серопротифиликация 1132.
- Тифы в этиологии желтухи 330.
- Ткань почки, ее функция и ее дыхание и гликолиз 741, — структура ее в современном воззрении 954.
- Тонзиллы, кровотечения из их области 952.
- Тонсиллэктомия, легочные осложнения в связи с ней 113.
- Топография лимфатической нервной системы 474.
- Торакопластика, лечение смещения средостения 470.
- Травматизм профессиональный 124, — крестьянский, борьба с ним 210, — на гор. жел. дор. в г. Казани 473, — глаз профессиональный 504, — промышленный 789.

- Травмоневротики, профессиональная судьба их 133.
Травматологическая сеть в социалистическом сельском хозяйстве 981.
Трахома в школах 124, — обследование в колхозе 124, — аденотомия слезной железы при ней 790, — лизозин в слезной жидкости при ней 791, — лизоцим при ней 926, — международная лига по борьбе с ней 1221.
Трихинелоз, организация изучения в СССР 1216.
Трихиноз, реакция преципитации при нем 1207.
Трихлорэтилен, отравление им 1053.
Трофаллергия 334.
Труд, организация и оздоровление на заводах 129, — умственный, рационализация его 380.
Трудоспособность после заболевания и повреждения челюстей 432, — определение у туберкулезных больных 815.
Трудоустройство туберкулезных больных 822.
„Труды нервной клиники института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани“ брош. 778.
„Труды Казанского медицинского института“, т. 1—2 (XIII—XIV), 1934 г., выход из печати 1068.
Туберкулез, бацилловыделение без легочных поражений 1210, — биохимические свойства палочки при ее диссоциации 884, — борьба с ним TP—926, — — в деревне 809, — бронхоадениты при нем 834, — гематогенно-диссеминированные формы у взрослых 926, — заболеваемость в Швейцарии 1063, — костно-суставный, влияние на течение новокаинового блока нервов 72, — гортанный, лечение 83, — костный, борьба с ним в Татарии 831, — культура ультравируса 631, — легких, операция Якобуса при плевроальтерациях 860, — — отдаленные результаты френикоэкзереза 869, — — коллапсотерапия при нем 873, — —, определение трудоспособности при нем 815, — — абдоминальный синдром при нем 839, — —, операция пломбировки 581, — — селезеночная диета при нем 849, — — — новые достижения в хирургии его 852, — легочно-гортанный, ларингоскопия в диагностике его 877, — легких, рентгенодиагностика 216, — — пирамидон при нем 632, — — хирургия его 930, — мозга, экстирпация его 785, — на жел-дор. транспорте, статистика 657, — полиморфизм возбудителя и кожная аллергия 843, — почек 1055, — с „синими“ палочками, реакция Grauneger и Sogut при нем 847, — смешанная инфекция при нем, ацидофильные палочки 881, — трудоустройством больных им 822, — у рабочих пищевой промышленности в Нью-Йорке 1063, — фильтрующиеся элементы вируса 109, — tbc бациллы в крови трупов 109.
Тугоухость, случай 120.
Туляремия, эпидемиология и клиника 46, — новые данные 643.

У.

- Углеводы, их обмен и действие пирамидона 784.
Углекислота при асфиксии новорожденных 415.
Университет в Воронеже, 15-летие его 225, — Марксистско-Ленинский в Харькове 367, — массовый, рабочий здравоохранения на Украине, 3-летие его 367, — в Томске, 50-летие его 644.
Университеты культуры в Москве 485, — — изучение их работы 367.
Управление санитарной службе при Центросоюзе, организация 225.
Уремия внепочечная 923.
Уретра, клиника гонорройных стриктур 1145.
Уретриты негонорройные, лечение хинином 61.
Урсол, влияние на соединительную оболочку глаза 1073.
Условия социально-бытовые детей и подростков, методика учета обследования 229.
„Ученые записки Казанского госуд. университета им. В. И. Ульянова-Ленина“, столетие издания 130.
Учет динамический личного прошлого ребенка 235.
Учреждения лечебные новые в Москве и Москов. обл. 225.

Ф.

- Фактор пылевой, оценка роли его 140.
Факторы профессиональные ревматизма на железных дорогах 651.
Ферменты эрептические в моче, диагностическое значение 633, — злокачественных опухолей, влияние на эластическую ткань 782.
„Физиология нервной системы“, брош. 942.
Физиотерапия общая, введение преподавания в ветеринарных рузах 960.
Физкультура, внедрение ее в трудовой процесс слесарей 14.
Фитотоксины 958.
Флегмона в подвздошной кишке 961.
Флёрин Н. Ф., д-р, 80-летие его 226.
Флора микробная при язвах желудка, влияние на послеоперационные осложнения 787.
Фолликулин и пролан (обзор) 193.
Фонетика у человека, исследования рентген. путем и т. д. 472.
Формулы рецептурные, несовместимые 362.
Френикоэкзерезы 211.
Френикоэкзерез при tbc легких 869.
Функция желудка во сне 468.

Х. Ch.

- Характеристика клинико-профессиональная 3.
Хинин, лечение им постгонор. катарров и негонорройных уретритов 61.
Хирургия легочного tbc 852, — американская, успехи ее 950, — преподавание врачам 26.
Хирургия — наука и искусство (статья) 500.
Хлор, применение в р.-л.-отиатр. заболеваниях 356.
Хлориды крови и мочи при ревматической инфекции 674, — обмен в организме 300, — — их у больных крупозной пневмонией 161, — — их при амилоиде почек 1048.
Хлорирование воды в Казани 789.
Хлорома носа и придаточных пазух 599.
Хозрасчет в клинике 119.
Холестерин, содержание в сыворотке и пузырях от кантаридина 631.
Холециститы хронические, лечение 1050.
Холецистография ускоренная 1050.
Chorea minor, лечение ее 166.
Хромобластомикоз экзотический, гистопатология его 169.
Хрусталик глаза, подвывих его 362.

Ц.

- Церебральная сосудистая слабость 207.
Цимхес И. Л., избрание профессором в Архангельск 1064.
Цитотоксины, физиологическое значение 922.
Цукерман С. С., д-р, смерть его, некролог 803.

Ч.

- Череп человека, сопротивляемость механическому воздействию 123.
Чесотка, лечение по методу Демьяновича 715.
Чистота воздуха в городах, охрана ее 805.
Чревосечения, вливание NaCl при них 347.
Чувствительность болевая, метод определения 486, — к боли при операциях под местной анестезией 1165.

Ш.

- Шизофрения, атропин при ней 637, — гемоплацентарная терапия 953, — лечение стимулирующей терапией 953, — — инсулинным соком 346, — — неосан-привитаном 637, — проблема дефектности при ней 208, — характерологические особенности 208, — развития 208.
„Шизофрения, современные проблемы“ брош. 779.
Школьники, диетическая профилактика простудных заболеваний их 1051.

Шов кожный, погружной 111, — „кровеносных сосудов“ 190.
Шок гемолитический, механизм 925, — травматический, хирургическое пособие: 929, — — блокада нервов при нем 929.

Щ.

Щелочность резервная крови при различных типах дыхания 356.
Щербак А. Е., проф., 70-летие его и 45-летие деятельности 225, — — смерть его 485.

Э.

Эвипан 368.
Электролиз в асептических ранах 787.
Электрокардиография участников спартакиады в Казани 963.
Экзофтальм интермиттирующий 1185.
Эклампсия, перноктон при ней 788.
Экспертиза ларинго-отитическая 475.
„Экспериментальные исследования высшей нервной деятельности ребенка“: брош. 205.
Элемент химический новый 806.
Эмболия воздушная при пнеймопункции 762, — жировая легких 603, — легких и погода 787, — послеродовая легочной артерии 1027.
Эндокард, стенозирующие кольцевидные утолщения 1005.
Энергия, обмен ее в мышцах и нерве 101.
Энтеростомия, показания к ней 1155.
Энцефалит эпидемический, прививка 958.
Эозинофилия, соотношение с вегетативной настроенностью и глистными инвазиями у детей 59.
Эпилепсия, хирургическое лечение 637.
Эпителий желчного пузыря, функция его 1050.
Эфир и алкоголь в польской школе 1067.
Эхинококк печени однокамерный, распознавание биологическими реакциями 532.

Я.

„Ягодные витаминные заготовки и их применение в детском питании“, брош. 1046.
Яд рыбный, отравление им и Pseudoisoleus 94, — менструальный 1211.
Ядро окостенения добавочное в скелете стопы 951.
Язва желудка и 12-типерстной кишки, лечение гравиданом 1090, — duodeni, резекция при ней 348, — — — — — n duodeni, проблема болезни 241, — — — — — патогенез 252, — — — — — с хирургической точки зрения 261, 357, — — — — — послеоперационные осложнения 277, — — — — — перфоративная, клиника ее 286, — — — — — и гиперацидные гастриты, лечение 294, 357, — — — — — применение octin'a 307, — — — — — рентгенотерапия 310, 357, — — — — — лечение 469, — — — — — консервативное лечение 115, — duodeni, консервативное лечение 115, — — — — — рентгенодиагностика 317, — — — — — рентгенотерапия 216, — — — — — успешность резекции 112.
Язва сибирская сохраняемость спор при обработке кож и в сточных жидкостях 748.
Язвы конечностей, лечение новокаиновым блоком 67, — пептические у детей 785, — — — — — хирургическое лечение 1054, — дуоденальные, резекции при них 211, 212.
Яичник и вегетативн. нервная система 634.
Яичники, струמוзные опухоли их и содержание иода 78.

