

II
IV

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей и др. высших медицинских школ СССР.

Ответственный редактор проф. **В. С. Груздев.**

1927 г.

(Год издания XXIII).

№ 11.

Н о я б р ь.

(Вышел из печати 25 ноября).

Цена 65 коп. без прило-
жения, 85 коп. с прило-
жением.



При настоящем № подписчикам рассылается приложение:

Приват-доцент И. И. Русецкий.

**КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.**

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

СОДЕРЖАНИЕ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

	<i>Стр.</i>
Пр.-доц. А. И. Пучек (Астрахань). К вопросу о токсичности метиленовой синьки	1091
Н. А. Крамов (Казань). Туберкулез легких и морфология крови (с 10 диагр.)	1098
М. Голынно (Уфим. кант.) К лечению малярии по методу Ochsner'a . . .	1111
З. И. Вольфсон (Казань). Вакцинотерапия дизентерии и геморрагических колитов приемами вакцины per os (с 1 диагр.)	1118
Пр.-доц. С. А. Флеров (Казань). К вопросу о дегастроэнтеростомии	1128
Г. С. Топровер (Луганск. окр.). К вопр. о регенерации тканей при проникающих дефектах лица (с 2 рис.)	1133
Х. Г. Барский (Ленинград). К вопр. о выборе донора для трансфузии крови .	1136
А. А. Благодаров (Красноярск). К вопр. о туберкулезе гортани у беременных.	1139
М. И. Конухес (Ленинград). К образованию искусственного влагалища по способу Попова	1141
Пр.-доц. Г. М. Лопатин (Саратов). О заболевании дыхательных органов при аспирации инородных тел у детей	1145
Г. А. Максудов (Казань). Токсидемия рафании (эрготизма) в Уральской области в 1926-27 г.	1151
Б. С. Гранат (Казань). К вопросу о членовредительстве путем впрыскивания парафина	1166

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Л. Я. Иргер (Москва). Современное состояние вопроса о патогенезе сибирской язвы	1170
Рефераты по анатомии и физиологии, бактериологии, инфекционным болезням и иммунитету, туберкулезу, хирургии, офтальмологии, акушерству и гинекологии, невропатологии и психиатрии, сифилидологии и дерматологии, болезням уха, носа и горла (№ № 451—500)	1174
Рецензии	1184
Я. Дайховский (Казань). II Всеукраинский Съезд Терапевтов	1186
С. М. Эйбер (Артемовец). II Всеукраинский Съезд Хирургов	1189
Заседания медицинских обществ	1191
Хроника (№ № 226—252)	1198
Вопросы и ответы	1200
Письма в редакцию	1200
Спрос и предложение труда	1201

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей и др. высших медицинских школ СССР.

Ответственный редактор проф. **В. С. Груздев.**

1927 г.

(Год издания XXIII).

№ II.

Н о я б р ь.



КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит ТССР № 1563.

Заказ № 335.

Тираж 3500 экз.

Типография „Красный Печатник“ Татполиграффа, Казань, Казанская, 9.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Факультетской Терапевтической клиники Астраханского Мед. Института. (Директор проф. И. В. Мурашев).

Посвящается памяти Г. А. Захарьина по случаю 30-летия со дня его смерти.

К вопросу о токсичности метиленовой синьки¹⁾.

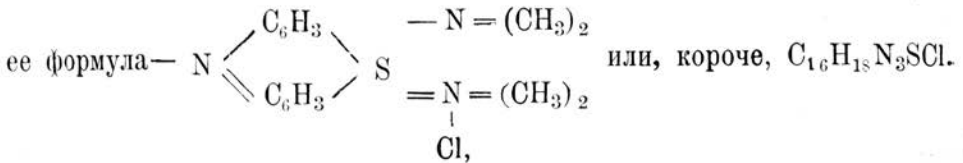
Ассистента клиники прив.-доц. А. И. Пучека.

Метиленовая синька была открыта химиком Сагеаи в конце XIX столетия. R. Koch, в 1882 году, впервые применил ее в микроскопической технике, работая с открытым им возбудителем туберкулеза. Позднее, в 1890 г., Ehrlich подметил сродство метиленовой синьки к нервной ткани и ее болеутоляющее действие. Через год она была предложена Gutmann'ом, а затем и Giemsa'ой для лечения малярии. С этого времени синька стала применяться для лечения самых разнообразных заболеваний и, как видно из литературы, с известным успехом, напр., при заболеваниях мочевых путей гонорройного характера, при дизентерии, возвратном тифе, при туберкулезе гортани, при новообразованиях, нефритах инфекционного порядка и пр. Применение синьки при упомянутых заболеваниях основывается, с одной стороны, на антисептических свойствах ее, доказанных рядом исследователей (Нечаев, Букоемский и др.), с другой — на избирательной способности синьки окрашивать различные микроорганизмы, чем вызывается, повидимому, их гибель. Особенно большое распространение получила в наше время метиленовая синька при лечении малярии, в качестве подсобного средства к хинину, а также при идиосинкразии к последнему, когда синька является чуть-ли не единственным действительным средством против этой болезни.

В большинстве случаев метиленовая синька употребляется внутрь в порошках, в комбинации с мускатным орехом — для предотвращения часто наблюдающихся при даче ее явлений дизурии. Применяется она также подкожно вместе с хинином (Кушев) и даже в виде внутривенных вливаний 2% раствора (Ляховецкий). В вашей клинике метиленовая синька применяется, главным образом, при малярии — или совместно с хинином, или одна, при чувствительности больных к хинину. Синька назначается обычно per os. Кроме того с большим успехом мы назначали ее в клизмах (в разведении 1:1000) при амёбной дизентерии (наблюдения ординатора клиники д-ра И. Г. Щеколдина).

¹⁾ Доложено в заседании Научной Конференции врачей Первой и Факультетской Терапевтической клиник Астраханского Медицинского Института 15/XI 1926 г.

По Кравкову химическая формула метиленовой синьки— $C_{16}H_{17}O_3S$. По Bernstein'y, впервые точно определившему ее химический состав,



На рынок выброшен целый ряд марок метиленовой синьки, но наибольшим распространением пользуется синька германских фирм Merck'a и Meister-Luzius, химически-чистая. Высшей дозой для приема внутрь, для взрослого, Кравков считает 1,5 pro die. Другие авторы, применявшие синьку на большом материале больных (Иванов, Тенфильев), определяют терапевтическую дозу синьки для взрослого от 0,5 до 2,0 pro die, а некоторые (Михайлов)—даже в 3,0, причем указанные авторы не дают достаточной мотивировки, почему они рекомендуют именно такие дозы. Это и понятно,—так как до сих пор еще нет единодушия в понимании действия метиленовой синьки на отдельные ткани и органы. Одни авторы, напр., Нефедьев, Михайлов, Combetal, испытавшие действие метиленовой синьки на довольно большом материале, как экспериментально на животных, так и терапевтически на больных, приходят к заключению, что метиленовая синька является довольно токсичным веществом, могущим вызвать дегенеративные процессы в важных для жизни органах. Другие (Тенфильев, Иванов), также ставившие эксперименты на животных, держатся иного взгляда. Так, Тенфильев в своей диссертации говорит, что метиленовая синька, вводимаяся кроликам внутрь в лечебных дозах в продолжении от 20 дней до 2 месяцев, не влекла за собой никаких неблагоприятных явлений при жизни и не вызвала никаких дегенеративных изменений во внутренних органах: печени, почках, сердце. Он полагает, что авторы, указывающие на сильную токсичность синьки, имели дело с препаратом плохого качества, содержащим примеси мышьяка и хлористого цинка. Считаем, впрочем, необходимым здесь несколько уточнить только что приведенные наблюдения Тенфильева. Последний упоминает, что у кролика № 8, получавшего синьку под кожу в количестве 1,0 в день (в переводе на вес взрослого человека) в течение 20 дней, и у кролика № 7, получавшего синьку внутрь в количестве 2,0 в течение 21 дня, были констатированы,— правда, в легкой степени,—явления мутного набухания эпителия почек, т. е. начало дегенеративного процесса в паренхиме этих органов.

Почти все авторы, работавшие с метиленовой синькой, отмечают, что она, при внутреннем употреблении, очень часто вызывает явления раздражения со стороны желудка (рвоту, тошноту, боли под ложечкой) и со стороны мочевого пузыря (дизурию и т. п.), которые обычно исчезают при прекращении дачи синьки.

Изучая вопрос о токсичности метиленовой синьки и довольно часто наталкиваясь в клинике на упомянутые выше явления раздражения желудка и мочевых путей, мы в отдельных случаях наблюдали, кроме того, и более серьезные последствия от длительного употребления метиленовой синьки в терапевтических дозах. У нескольких больных, прошед-

ших через клинику и долгое время лечившихся синькой, в дальнейшем можно было констатировать явления нефропатии.

Приведу кратко истории болезней этих случаев:

Случай I. Больной Г., молодой, человек, помощник командира парохода, 29 лет, поступил в клинику в декабре 1924 г. по поводу заболевания амёбной дизентерией. Больному, между прочим, была назначена метиленовая синька в клизмах из раствора 1:1000 (t° клизм 40° R., величина—5-6 стаканов); клизмы эти в начале делались два раза в день, а затем один раз. Во время лечения были явления дизурии, но моча отклонений от нормы не представляла. Всего больной получил приблизительно около 40 клизм и, затем, после дополнительного лечения эметинном выписался из клиники, чувствуя себя совершенно здоровым. Спустя 5 или 6 месяцев, мне пришлось, по просьбе его родственников, посетить Г. в одной из больниц г. Астрахани, где он лежал: у него в это время был в полном расцвете нефрозо-нефрит (белок, форменные элементы, красные кровяные тельца в моче). На основании вопроса самого больного и его родственников ближайшей причины развития воспаления почек установить было нельзя. Больной после выписки из клиники чувствовал себя вполне хорошо и лишь за 2—3 месяца до того, как я посетил его в больнице, стал замечать у себя отеки лица и ног, наконец, принужден был лечь в больницу. Никаких инфекций после выписки из клиники он не переносил.

Случай II. Больной С., 35 лет, наборщик, также лежал в клинике в 1925 году, в ноябре месяце, по поводу хронического колита (предполагалась амёбная дизентерия) и малярии; каких-либо изменений в почках тогда не отмечалось. Больной подвергся лечению метиленовой синькой в клизмах и, почувствовал облегчение после курса в 20—25 клизм, выписался. Вскоре, однако,—месяца через два,—он снова поступил в клинику по поводу отеков всего тела, причем у него были обнаружены явления нефроза.

Случай III. В амбулаторию клиники в 1925 году обратилась за советом больная А., 30 лет., домашняя хозяйка, по поводу тропической малярии. Малярией она страдала с детства, много лечилась, принимала хинин, но за последнее время он стал мало помогать, и потому больной было рекомендовано комбинированное лечение хинином и синькой. Она принимала последнюю ветчение 2 месяцев (в среднем по 1,0 синьки в день), и припадки малярии у ней сошли на нет. По поводу наблюдавшейся у больной, при лечении синькой, дизурии, у ней исследовалась моча, но с отрицательным результатом на какие-либо ненормальности со стороны почек. Спустя некоторое время (1½ месяца), больная опять обратилась в клиническую амбулаторию, но уже с другими жалобами,—ее стали беспокоить отеки лица. А. была положена в клинику, где у ней обнаружилось явления нефроза. Как и в первых двух случаях, за время после лечения синькой больная никаких инфекций не переносила, да и малярия ее за последнее время не беспокоила.

Случай IV. Больная Р., 37 лет, домашняя хозяйка, обратилась в амбулаторию клиники в январе тек. г. по поводу заболевания почек. Из вопроса пациентки удалось выяснить, что она перенесла ряд инфекций: в 1921 году болела сыпным и брюшным тифами, с 1922 г. и до последнего времени часто болеет малярией. После упомянутых заболеваний расстройств, характерных для заболеваний почек, у ней, однако, не наблюдалось. В 1925 году, будучи в Самаре, она обратилась на местную малярийную станцию, где ей проделали 8 внутривенных вливаний хинина с метиленовой синькой (4 дня по 1 вливанию в день и 4 дня—по 2 вливания в день). Через три дня после последнего вливания у больной развились отеки лица и живота, в моче появилось много белка, и лечивший Р. врач признал у нее острое воспаление почек. Вливания тогда были прекращены. Больная, отправившаяся вниз по Волге, принуждена была по дороге лечь в Сызрани в больницу, где врачи подтвердили, что у нее воспаление почек. Сделанное в нашей клинике исследование мочи также позволило определить у ней наличие нефрозо-нефрита.

Приведенные случаи дают нам некоторое основание думать, что почечная паренхима относится, видимо, безразлично к длительному введению метиленовой синьки. Хотя мы не можем с уверенностью сказать, что в наших случаях действительной причиной заболеваний почек являлась именно метиленовая синька,—за исключением, пожалуй, последнего

случая, где сама больная категорически утверждала, что у нее заболели почки только после внутривенного введения метиленовой синьки,—но все же можно думать, что та метиленовая синька, которая очень часто вызывает раздражение мочевыводящих путей, вредно влияет и на паренхиму почек. Если, быть может, введение в организм синьки на абсолютно-здоровую почку влияния и не оказывает, то на чувствительной почке, ослабленной чем-либо ранее, введение синьки отражается значительно сильнее, и, в конечном итоге, может повести к дегенеративным, даже воспалительным процессам, что, вероятно, и имело место в наших случаях.

Имея в виду разноречивость мнений, существующих в литературе по вопросу о токсичности метиленовой синьки, а также учитывая вышеприведенные случаи из материала клиники, мы решили заняться этим вопросом более подробно, проследив действие метиленовой синьки при помощи эксперимента на животных. Мы хотели проследить действие синьки на внутренние органы, главным образом на почки, вначале при введении больших ее доз, токсичных, а затем поставить ряд опытов с введением животным синьки в пределах терапевтических доз, при длительном их применении. Для своих опытов мы пользовались исключительно синькой фабрики Мерск'а, химически-чистой, которую получали от Астраханского Аптекоуправления, и только, в одном опыте, последнем, применили синьку Meister-Luzius'a, также химически-чистую. Синька вводилась нами животным подкожно в 1--1¹/₂ 0/0 стерильном растворе. Инъекции ее делались почти ежедневно. На месте впрыскиваний почти всегда получались болезненные инфильтраты, которые ни разу не доходили, однако, до абсцессов; в двух случаях на месте впрыскивания получился студенистый отек с гибелью эпидермиса, так что одному кролику пришлось прекратить введение синьки.

Первую серию опытов, т. е. введение синьки в токсических дозах, мы проделали на двух свинках и одном кролике.

Опыт № 1. Черная свинка весом 200,0. Было введено 16/V 1925 г. 0,03 метиленовой синьки (что для взрослого человека соответствует дозе в 10,0). Свинка в ночь погибла и 17/V была вскрыта.

Опыт № 2. Рыжая свинка весом 380,0. Введено 16/V 1925 г. зараз 0,03 метиленовой синьки (что для взрослого человека составит дозу около 5,0). Свинка прожила сутки. 17/V новое введение синьки в количестве 0,03. К полудню свинка погибла. Вскрытие.

Найденные нами на вскрытиях патолого-анатомические картины в обоих случаях были почти одинаковы: все внутренние органы по вскрытии их вскоре приняли резко выраженный синий цвет; серозные полости (брюшина, плевра) жидкости не содержат; сердце увеличено, дрябло, печень местами представляется жирно-перерожденной, почки увеличены в размерах, мочевой пузырь наполнен резко-синего цвета мочей. При микроскопическом исследовании ¹⁾ (окраска гематоксилин-эозином и по Van-Gieson'у) оказалось, что кровеносные сосуды сердца резко переполнены кровью, ядра клеток сердечной мышцы бледно окрашены, поперечной исчерченности не видно (мутное набухание). Печень: капсула не утолщена, соединительнотканые прослойки также не утолщены, кровеносные сосуды содержат умеренное количество крови, протоплазма самих печеночных клеток представляется мутной, многие печеночные клетки вакуолизированы, границы отдельных клеточных элементов плохо различимы, ядра бледно окрашены (мутное набухание и жировая дегенерация), в Глиссоновой капсуле, вокруг кровеносных сосудов, имеется небольшая

¹⁾ Изготовленные нами микроскопические препараты просматривались проф. Г. Г. Непряхиным и его ассистентом Н. И. Ермаковым, которым и приношу здесь свою признательность.

эмиграция форменных элементов крови. Почки: капсула не утолщена, соединительно-тканная основа представляется в виде тонких прослоек, сосуды в межтубулярной ткани почек расширены и содержат большое количество эритроцитов; капилляры и мелкие сосуды интерстициальной ткани также наполнены кровью (гиперемия почек), эпителий мочевых канальцев представляется набухшим, мутным, контуры отдельных клеточных элементов его плохо различимы, ядра некоторых клеток бледно окрашены (мутное набухание).

Опыт № 3. Кролик-самка в 2 кило весом. Вырыснута 14/VIII 1925 г. 0,075 метиленовой синьки. Кролик здоров, ест хорошо. На следующий день введено снова 0,1 метиленовой синьки (соответствует дозе в 3,2 для взрослого человека). В ночь произошли преждевременные роды (животное оказалось беременным). 16/VIII перерыв во введении синьки. 17/VIII новое введение 0,1 метиленовой синьки; кролик мало ест, беспокоен. 18/VIII вырыснута 0,1 метиленовой синьки, после чего опять преждевременные роды. 19/VIII перерыв во введении синьки. 20/VIII вырыснута 0,1 синьки, после чего в ночь живорождение 4-х недоношенных плодов. 21/VIII снова вырыснута 0,1 метиленовой синьки; кролик мало ходит, больше сидит. 22/VIII введено еще 0,1 метиленовой синьки; корм цел; в ночь кролик погиб и 24/VIII был вскрыт. Микроскопическая картина органов при вскрытии напоминала ту, какая встретилась у морских свинок в предыдущих опытах, только в полости брюшины у кроличихи было найдено небольшое количество синеватой жидкости, а желчный пузырь был растянут содержимым синего цвета. При микроскопическом исследовании печени была найдена резко выраженная жировая инфильтрация печеночных клеток. Почки представляли довольно значительные изменения: их капсула не утолщена, сосуды интерстициальной ткани, как крупные, так и мелкие, наполнены кровью. Мальпигиевы клубочки содержат некоторое количество эритроцитов, протоплазма клеточных элементов Мальпигиевых клубочков резко вакуолизована (жировое перерождение), клетки Баумановой капсулы набухли, во многих местах смущены, эпителий извитых мочевых канальцев представляется мутным, многие ядра бледно окрашены или совершенно отсутствуют, просвет канальцев занят белковыми массами, в некоторых канальцах можно отметить полную гибель клеток (острый паренхиматозный нефрит); со стороны интерстициальной ткани почек воспалительная реакция отсутствует.

Резюмируя результаты, полученные нами от первых трех опытов, с введением токсических доз метиленовой синьки, надо сказать, что мы обнаружили, несомненно, довольно значительные изменения как в печеночных клетках, — в виде жирового перерождения, — так и в почках, в особенности у кролика, который получал синьку более продолжительное время (9 дней), чем свинки; эти изменения в почках варьировали, начиная от мутного набухания эпителия извитых канальцев вплоть до гибели этого эпителия и жирового перерождения клеток Баумановой капсулы.

В дальнейшем мы стали вести наблюдения над действием метиленовой синьки, вводимой длительно в терапевтических дозах, причем доза эта определялась нами в 1—2 грм. синьки из расчета на взрослого человека (вес 64 кило). Указанные наблюдения мы провели на 4 кроликах, которые получали синьку от 18 до 63 дней, с некоторым перерывом.

Опыт № 4. Белый кролик - самка весом 1530,0. Синька вводилась в количестве 0,03 (что для взрослого человека составляет дозу в 1,5) в течение 18 дней с перерывом в 4 дня (с 12/XII 1925 г. по 1/I 1926 г.). У кролика на месте инъекций образовался студенистый отек, в силу чего пришлось дальнейшие инъекции оставить. 1/I животное было убито. Макроскопически во внутренних органах особых изменений не оказалось. Микроскопическое исследование почек обнаружило незначительное набухание и помутнение эпителия извитых канальцев и петель Henle. В печени можно было подметить лишь некоторое переполнение кровью центральных вен.

Опыт № 5. Белый кролик - самец весом 1724,0. Синька вводилась в количестве 0,05 (для взрослого человека 2,0) в течение 60 дней (с 12/I по 22/III 1927, 10 дней перерыв). Вначале кролик не обнаруживал никаких признаков токсического дей-

ствия синьки, но под конец опыта стал плохо есть, сильно худел, мало двигался. 22/III смерть. Вскрытие обнаружило синеватое окрашивание внутренних органов, главным образом печени; желчный пузырь был переполнен синим содержимым; серозные полости не содержали выпота; почки были растянуты, дряблы. Микроскопическая картина: в печени местами имеются резко вырезанные явления застоя крови в отдельных дольках, междольчатая соединительная ткань в отдельных участках обнаруживает явления мелкоклеточной разлитой инфильтрации, печеночные клетки слегка набухли (явления белкового перерождения), в протоплазме их во многих дольках заметно скопление мелких зерен желтоватого, с бурым оттенком, пигмента; почки: эпителий извитых канальцев, отчасти петель Непле и некоторых собирательных трубочек представляется несколько набухшим и мутным, вследствие чего просветы канальцев сужены, а в некоторых участках почти совершенно закрыты; ядра эпителия везде отчетливы, единичные из них красятся несколько пикнотически; некоторые из клубочков слегка увеличены в размерах, но везде клубочки проходимы для крови; сосуды разного калибра без особых изменений.

Опыт № 6. Белый кролик - самец весом 1122,0. Синька вводилась в количестве 0,016 (1,0 для взрослого человека) в течение 63 дней (с 12/I до 27/III 1927 г. с 12 днями перерыва). 27/III кролик убит; за последние дни он обнаруживал вялость. Вскрытие дало почти ту же картину, что и в опыте № 5. Микроскопическое исследование почек показало, что эпителий извитых канальцев в значительно большей степени набух и мутен, чем в предыдущем опыте; просветы канальцев всюду резко сужены и во многих местах отсутствуют; клубочки несколько набухли, увеличены в размерах, ядра клеток их слегка увеличены; сосуды мозгового слоя заметно растянуты кровью. В печени найдены такие же изменения, что и в опыте № 5.

Опыт № 7. Черный кролик - самец весом 1326,0. Синька, в количестве 0,018 (1,0 для взрослого человека), вводилась в течение 19 дней (с 12/I 1927 г. по 2/II с перерывом в 3 дня). К концу января животное стало заметно - вялым, плохо ело. 2 II ночью кролик погиб. При вскрытии оказалось, что большинство органов нормального цвета, за исключением незначительной синеватости желчного пузыря и мочевого пузыря; серозные полости не содержат выпота. Микроскопическая картина печени — та же, что и в опыте № 5; то же надо сказать и относительно почек, только дегенеративные изменения в них выражены менее резко, но за то более значительно выступают явления застоя.

Результаты произведенных нами опытов говорят, таким образом, что и при введении в организм терапевтических доз метиленовой синьки после целого ряда впрыскиваний наблюдается токсическое действие ее на паренхиму почек, выражающееся в повышенном кровенаполнении сосудов, и мутном набухании эпителия извитых канальцев и дегенеративных изменениях эпителия Баумановой капсулы, причем, чем менее долгое время вводилась синька, тем слабее выступали дегенеративные изменения, и наоборот. Обстоятельство это и приведенные выше клинические наблюдения заставляют нас рекомендовать известную осторожность при назначении метиленовой синьки для лечения тех или иных заболеваний. Во всяком случае лечение это надо проводить при условии самого внимательного и систематического исследования мочи на белок и форменные элементы, в особенности в тех случаях, где можно заподозрить подорванность сопротивляемости почек вследствие ранее бывших инфекций. Лечение метиленовой синькой требует от нас крайне внимательной индивидуализации каждого отдельного случая, и то оптимистическое отношение к этому средству, которое высказывает, напр., Генфильев, говорящий, что синька является совершенно индифферентным препаратом для наших внутренних органов, должно быть отброшено.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Иванов. Лечение малярии метиленовой синькой. Дисс. М. 1901.—
Laveran. Палюдизм Рус. пер. В.-Мед. Ж. 1901.—Нефедьев. Лече-
ние метиленовой синькой возвратного тифа. Об. Рус. Вр. в СПб.,
1896-97 г.—Тенфильев. К вопросу о метиленовой синьке при заразных
болезнях. Дисс. СПб. 1907.—Муффель. Лечение малярии. 1921.—
Кравков Фармакология, II ч. 1913.—Кушев. Лекции по малярии.
Саратов. 1924.—Кушев. Лечение малярии подкожными впрыскиваниями
хинина с метиленовой синькой. Вр. Дело, 1921, № 16—21.—Ляховец-
кий. Троп. Журн., 1924, № 2.

Туберкулез легких и морфология крови.

Ординатора **Н. А. Крамова.**

(С 10 диаграммами).

Когда ставится диагноз *tbc pulmonum*, то в обыденной практике предполагается, что больной обязательно страдает и малокровием, а если так, то назначение мышьяка и железа здесь считается обязательным. Диагноз малокровия без исследования крови ставится обычно для всех больных, страдающих туберкулезом, или подозрительных на *tbc*,—у всех, кто имеет бледные покровы и слизистые. Это особенно бросается в глаза при обзоре работы тубсанаторий, где 95—99% приезжающих больных не только сами говорят о малокровии, но и в сопроводительных картах имеют почти все диагноз анемии.

Такое представление об анемии, как непременно спутнике *tbc*, является результатом категорических заявлений старых авторов—с одной стороны и неисследования крови или исследования ее недостаточно-точными методами—с другой.

Исследованиям крови при инфекционных заболеваниях и в частности при *tbc* за последние два десятилетия посвящена обширная литература как за границей, так и у нас, но сопоставление результатов, полученных в этой области различными авторами, дает очень противоречивые картины. Последнее относится как к белой, так и к красной крови, причем главной причиной противоречивости данных является неоднородность методов исследования, неучитывание времени дня, приема больными пищи, движений, а также пользование при исследованиях несовершенными приборами. Так, количество лейкоцитов определяется нередко по камере *Thoma-Zeiss's*, где число элементов определяется над площадью только в 1 кв. мм.; формула крови выводится то по *Petersen's*, метод которого не дает истинных процентных отношений белых телец за счет слишком высокого процента лимфоцитов, то по *Schilling's*, но при сосчитывании только 100 элементов (*Панченков*), что, конечно, также ведет к ошибкам.

Желая проверить данные русских и зарубежных авторов по вопросу о морфологии крови у больных с *tbc pulmonum* при помощи проверенной в течение ряда лет в клинике проф. Горяева методики, мы произвели ряд исследований на материале *Шафрановских* кумысолечебных санаториев, а также на материале нашей клиники. Всего нами было произведено 431 исследование у 153 больных, которые по стадиям *tbc* распределялись так: А I—45 ч., А II—13 ч., В I—64 ч., В II—13 ч., В III—8 ч., С III—10 ч. Все исследованные нами больные имели солидный стаж туберкулезного лечения. Подавляющее большинство их составляли компенсированные и субкомпенсированные случаи с редкими повышениями t^0 ,

а главным образом с субъективными жалобами на сильную слабость, головные боли, головокружение, отсутствие аппетита, ночные поты, сухой и влажный кашель, боли в груди и т. п. Из анамнестических данных видно, что около 80% наших больных испробовали все возможные виды противотуберкулезной терапии, начиная с курортного лечения, мышьяка, железистых препаратов и кончая кальцием, туберкулином, а в более тяжелых случаях и пневмотораксом.

Красная кровь.

Сказанное выше о противоречивости имеющих в литературе данных относительно морфологии крови при тbc относится прежде всего к красной крови. „Анемия составляет один из постоянных симптомов туберкулеза“, — говорит проф. Яновский в своем труде „Туберкулез легких“; так же высказывается и Rieuch в „Traité d'haematologie clinique“. Этот распространенный взгляд в боль-

шинстве случаев принимается, однако, на веру, без исследования крови. Работы последних 10—15 лет (Steffen, Михайлов и др.) установили на большом материале, напротив, высокое количество эритроцитов у туберкулезных и лишь незначительно пониженный % гемоглобина. Так, Steffen на материале в 160 тbc больных, а Михайлов на 100 больных для нефебрильных случаев I, II и III стадий дают цифры E в 4,600,000 — 5,300,000 и только для лихорадящих тяжелых случаев с обильными потами—более низкие (в среднем около 4,600,000 для мужчин и 3,800,000 для женщин). Что касается гемоглобина, то Steffen для нефебрильных случаев I, II и III стадий в среднем определяет количество его в 80—87% для мужчин и 77—83% для женщин; Михайлов дает еще более высокие цифры—90—96% для мужчин и 80—90% для женщин; подобные же цифры E и Hb дают Катеров и Неворожкин для тbc детей. Эти данные не позволяют говорить о резко выраженном малокровии у тbc больных.

У наших больных исследования E и Hb, как и все прочие исследования, производились натощак, в 6—8 часов утра, при помощи ори-

Диагр. 1 (мужчины).

№ п/к т/г	AI	AII	BI	BII	BIII	СШ
6-650000	4					
55-600000	20	20	8			
5-550000	72	80	70	86	100	
45-500000						
4-450000	4		4	14		50
35-400000						25
3-350000						

Диагр. 1а (женщины).

№ п/к т/г	AI	AII	BI	BII	СШ
55-600000	4				
5-550000	20	20	4		80
45-500000	55	80	62	20	
4-450000					
35-400000	20		4		50
3-350000	6		4		

гинального коррегированного гэмометра Sahli, причем число эритроцитов сосчитывалось в камере Горяева - Pappenheim'a (не менее 160 мал. квадратиков в сетке).

Просматривая прилагаемую диагр. № 1, мы видим, что для случаев А I, А II, В I, В II у мужчин в 72—100% всех случаев мы получили нормальные цифры E, т. е. от 4,500,000 до 5,500 000; для женщин в тех же стадиях tbc количества E от 4,000,000 до 5,000,000 в 1 кв. мм. получились в 55—85%.

Диагр. 2 (мужчины).

% Hb	A I	A II	B I	B II	B III	C III
91-100	43	50	29	"		
81-90	59	25	51	50	25	
71-80	8	25	15	26	50	20
61-70			5	13	25	70
40-60						10

Цифры выше 6,000,000 для мужчин и выше 5,500,000 для женщин в нашем материале встретились лишь в 4 случаях (двое мужчин, две женщины). Незначительное понижение (ниже 4,500,000) для мужчин мы встретили только в 4—14%, для женщин ниже 4 000,000 только в 4—20% и ниже 3,500,000 в 4—5%. Таким образом говорить о наличии олигоцитэмии у tbc больных в компенсированных и субкомпенсированных стадиях

болезни нельзя. В случаях же декомпенсированного tbc (группа С III) цифры эритроцитов резко падают—до 3,000,000 и ниже, идя параллельно с общей кахексией.

Целый ряд авторов пытался объяснить причину столь высокого числа E у tbc больных с наличием тяжелых суб'ективных явлений (головокружение, слабость) и резкой бледности покровов. Dehio, Appelbaum видят эту причину в сущности крови, являющемся результатом потов, Graewitz—в выступлении плазмы крови в ткани на почве повышенной резорбции от инфекции, Naegeli видит в повышенном числе E при tbc pulmonum компенсаторное приспособление организма в результате „verminderte Atemoberfläche“.

Диагр. 2а (женщины).

% Hb	A I	A II	B I	B II	C III
91-100	18		22		
81-90	22	18	11	50	
71-80	52	64	56	50	
61-70	4	18	11		50
40-60	4				50

Наши наблюдения над течением легочной бугорчатки побуждают нас видеть в повышенном числе E компенсаторное приспособление в результате „verminderte Haemoglobin-

gehalt“ — уменьшенного содержания гэмоглобина в красных кровяных тельцах, так как улучшение процесса сопровождается в первую очередь повышением Hb и понижением повышенного числа E (что очень четко было отмечено нами при кумысолечении, и на что указывают также Катеров и Неворожкин, давая только другое объяснение этому факту), а при понижении Hb в результате тубинтоксикации организм покрывает недостаточный дыхательный об'ем крови повышением числе E.

Переходя к содержанию Hb, мы из диагр. № 2 видим, что для мужчин случаи компенсации и слабо выраженной субкомпенсации (А I, А II, В I) дают в подавляющем большинстве (75—92%) колебания между 81 и 100%, т. е. небольшое понижение против нормы; только в 5% всех случаев количество Hb было у нас ниже 80, но далее, с усложнением процесса, в стадиях В II и В III, количество это падает, достигая в С III 70—60% и ниже.

У женщин мы видим подобное же отношение: в группах А I, А II, В I Hb колеблется большей частью в пределах 71—80%, т. е. имеется небольшое понижение его против нормы, а затем, постепенно уменьшаясь параллельно тяжести процесса, Hb дает при декомпенсации резкое падение.

Не сопоставляя данных E и Hb, трудно судить о той или иной степени малокровия, почему определение G_i (цветового показателя) для выяснения этой степени дает больше, чем E и Hb, взятые в отдельности. Из диагр. № 3 видно, что G_i значительно ниже 1 как у the мужчин, так и у the женщин; при этом чем выраженнее процесс и чем сильнее туберкулезная интоксикация, тем ниже G_i, достигая при нормальном числе E (5,000,000 и выше) 0,70—0,60 и ниже в далеко зашедших случаях туберкулеза.

Комбинируя все вышеизложенное, говорить об обязательном малокровии у всех the больных, как это принято думать обычно, мы едва-ли можем.

Компенсированные случаи дают лишь незначительные отклонения от нормы, малокровие проявляется только в более выраженных субкомпенсированных и декомпенсированных стадиях процесса, усиливаясь соответственно тяжести последнего, причем отклонение от нормы идет главным образом не за счет уменьшения E, а за счет недостаточного количества красящего вещества крови (понижение % Hb). Таким образом

анемия при the легких принадлежит к группе гипохромных; наличие же нормальных, а иногда и повышенных цифр E, как компенсаторное приспособление для покрытия потребностей дыхания, заставляет предполагать, что эритропоэтическая функция костного мозга при the легких не нарушена, тем более, что патологических элементов (анизо-пойкилоцитоза, ядерных элементов и т. п.) со стороны красных телец мы не встречали. Улучшение легочного процесса, наряду с общим укреплением организма,

Диагр. 3 (мужчины).

	А I	А II	В I	В II	В III	С III
0,91-1	22		17	12		
0,71-89	62	25	58	38	50	
0,71-0,8	15	50	20	50	25	
0,6-0,7		25	5		25	

Диагр. 3а (женщины).

G _i	А I	А II	В I	В II	В III	С III
0,91-1	26		12			
0,81-0,90	46	26	24			
0,71-0,80	22	34	52	18		180
0,6-0,7	6			5		

дает и улучшение картины красной крови: Hb повышается, число же эритроцитов колеблется в пределах нормы, заметно не повышаясь, т. е. Fi увеличивается. Наоборот, в тех случаях, где низкий Fi не повышается, а даже падает, несмотря на некоторое увеличение числа E или нормальные цифры их, имеется обычно налицо ухудшение процесса. Для примера приведем две истории болезни:

I. Больная И-ва, общая слабость, одышка, плохой аппетит, головные боли, ознобы, ночные поты, резкое исхудание. Tbc pulmonum A II f. Исследование крови дало следующие результаты: 1/VI E—4,680,000, Hb—76, Fi—0.81, L—7,600, Ly—36, M—3.5, Sg—51.5, St—6.5, J—0, Bas—0.5, Eos—2, a 30/VI E—4,280,000, Hb—81, Fi—0.96, L—6,840, Ly—25, M—10, Sg—48, St—13.5, J—0, Bas—0, Eos—3.5. В результате месячного лечения наблюдались общее улучшение, прибавь в весе на 3 кило, улучшение аппетита и общего самочувствия; поты исчезли, одышка стала менее резко выражена. В крови установлены: повышение Hb и Fi при колебании числа эритроцитов в пределах нормы, уменьшение гиперлимфоцитоза, повышение числа моноцитов и эозинофилов при нормальном содержании лейкоцитов.

II. Больной Д-в, резкая слабость, кашель с мокротой, ночные поты, t° 37,8°—38,2°, в мокроте палочки Ко с h'a и эластические волокна. Tbc pulmonum C III exsud.-prod. Исследование крови 10/X: E—4,330,000, Hb—86, Fi—1, L—9,270, Ly—19, M—5, Sg—49, St—24, J—1, Eos—1, Rf—1. N со стороны красной крови, наличие гиперлейкоцитоза при повышенном % нейтрофилов и при пониженном % лимфоцитов и эозинофилов говорило здесь за сомнительный прогноз. Исследование 13/XI дало: E—4,100,000, Hb—80, Fi—0.98, L—18,250, Ly—15, M—4, Sg—51, St—29, J—1, Eos—0. Т. о. Hb упал, как и Fi, лейкоцитоз резко повысился, % нейтрофилов увеличился, лимфоцитов же уменьшился, Eos не оказалось. Вместе с тем ухудшение болезни продолжало прогрессировать. 29/XI исследование крови дало следующие цифры: E—3,110,000, Hb—57, Fi—0.92, L—14,544, Ly—13, M—6, Sg—31, St—44, J—1.5, Eos—0, т. е. Hb резко упал, Fi уменьшился, сдвиг влево увеличился, Eos по прежнему нет. Вместе с этим состояние больного резко ухудшилось, и вскоре он скончался.

Белая кровь.

Относительно общего числа белых телец при легочной бугорчатке в литературе существует также весьма разноречивые данные: одни авторы (Petersen, Julich) утверждают, что лейкопения характерна для tbc, не осложненного какой-либо иной инфекцией; другие (Pаскина, Steffen) не находят связи между лейкоцитозом и тяжестью tbc процесса; Naegeli, Erbmann, Rieux находят нормальное содержание белых кровяных телец при tbc без каверн, при кавернозном же tbc лейкоцитоз; Arneht, соглашаясь с последними авторами, говорит, что при кавернозном tbc лейкоцитоз идет за счет нейтрофилов; тоже говорит и Fulpius. Такое разноречие авторов по данному вопросу объясняется отчасти неоднородностью методики (о чем уже было говорено выше), отчасти же признанием за норму различных цифр лейкоцитоза; так, по Türck'y за норму считается 6,000—7,000 лейкоцитов в 1 куб. мм., по Schilling'y—от 6,000 до 8,000, по Arneht'y и Naegeli—5—6,000, по Parrenheim'y—от 5 до 10 тыс.

Мы при оценке результатов взяли за нормальные цифры 5,500—8,000; содержание лейкоцитов выше 8,000 в 1 куб. мм. мы считаем за гиперлейкоцитоз, ниже 5,500—за лейкопению. Так как литературные данные указывают на колебания числа лейкоцитов в зависимости от движений и времени приема пищи, то мы, с целью избежать возможных ошибок, исследовали у своих больных кровь утром от 6 до 8 часов, натощак, при полном покое больных. Исследование производилось камерой

Vürker'a, сосчитывалось число лейкоцитов над площадью в 9 кв. мм., в разведении 1:20 и 1:10 (у больных с лейкопенией).

Разбив весь наш материал по стадиям процесса и по лейкоцитозу, мы видим (диагр. № 4), что половина всех случаев групп А I, А II, В I представляет нормальные цифры лейкоцитоза, в четверти этих случаев имелась лейкопения и в четверти же — незначительно повышенный (до 10,000) лейкоцитоз (вернее — достигавший верхней границы нормы). В случаях В II отмечается уже определенная тенденция к повышению лейкоцитоза. Что касается случаев В III и С III с палочками Кош'а, то все они, за исключением единичных лейкопенических цифр для С III, дали в наших случаях гиперлейкоцитоз.

Таким образом отсюда можно сделать вывод: случаи компенсированные и имеющие склонность к компенсации дают нормальные цифры лейкоцитоза, процессы же субкомпенсированные, с более выраженной картиной, проявляют тенденцию к повышению лейкоцитоза; далее случаи, имеющие наклонность к декомпенсации, в подавляющем большинстве дают гиперлейкоцитоз, большую частью, впрочем, не достигающий тех высоких цифр, какие мы встречаем при острой инфекции (20—30,000 и более), а колеблющийся в пределах от 10,000 до 14,000.

Лимфоциты. Переходя теперь к лейкоцитарной формуле, ограничимся лишь несколькими литературными справками. Прежде всего остановимся на лимфоцитах (Ly). Здесь у авторов как будто имеется больше единодушия: большинство их определенно признает повышенное процентное содержание Ly характерным для начальных форм tbc и вместе с тем благоприятным для прогностики легочного процесса (Раскина, Панченков, Schilling, Rieux, Romberg и др.). Отсюда увлечение счетом Ly, которое привело некоторых авторов (Паскина, Steffen) к тому, что ими совсем не учитывались другие элементы, напр., нейтрофилы. В своих выводах авторы эти предлагали считать увеличение числа Ly за признак улучшения процесса, не учитывая исходного процента лимфоцитов, т. е. был-ли он 15, или 40%, между тем увеличение на 15—20% в течении болезни в этих случаях не означает одинаковых результатов.

Если мы теперь обратимся к нашим данным (см. диагр. № 5), то окажется, что для А I и А II в 55—67% всех случаев цифры лимфоцитов у нас были повышены, причем наблюдались колебания главным образом между 35% и 45%, и только в единичных случаях мы имели цифры выше 45%; нормальные цифры Ly (25—35%) у нас были в 33—39% всех случаев, понижение лимфоцитов в группах А I и А II — всего в 9—25%.

Просматривая далее эту диаграмму, можно видеть, как с усложнением процесса гиперлимфоцитоз уменьшается, и растет % случаев гипо-

Диагр. 4.

Лейкоциты	А I	А II	В I	В II	В III	С III
10-16000				34	50	76
8-10000	53	8	16	30	50	12
5500-8000	48	49	50	12		
3500-5000	2	43	24	24		12

лимфоцитоза с тем, чтобы в случаях резко выраженной тbc интоксикации (группы В III, С III, главным образом С III) гиполимфоцитоз стал резко выраженным (13, 11, 10% Lu и ниже).

Сопоставляя наши данные с данными упомянутых выше авторов (Панченков, Михайлов и др.), мы видим, что для начальных случаев тbc наши цифры соответствуют цифрам этих авторов, хотя нужно указать, что они все же несколько ниже последних—в среднем на 5—6%; в случаях же В I, В II, В III, С III наши цифры для Lu значительно ниже, и говорить здесь о лимфоцитозе, как то делают Панченков, Steffen, Weil и др., не приходится. Причина этой разницы лежит, как отмечено выше, в неточной методике вышеуказанных авторов.

Процент лимфоцитов и моноцитов выводился нами по счету в камере, где все форменные элементы распределялись более равномерно, и где мы были свободны от всяких случайных ошибок мазка, зависящих от толщины, места счета и т. п. Для выведения нейтрофильной формулы мы пользовались методом Schilling'a, считая не менее 400 элементов и попутно высчитывая % лимфоцитов, причем мы не видели резких отклонений от данных камеры. Эта методика, проверенная в клинике

Диагр. 5.

% Lu	А I	А II	В I	В II	В III	С III
36-45	52	67	37	43	16	
25-35	33	52	38	28		
10-25	0		25	20	54	100

проф. Горяева в течение ряда лет, дает нам истинную картину % отношений форменных элементов и освобождает от ошибок вышеуказанных авторов.

Если теперь мы просмотрим истории болезни более типичных по лейкоцитарной реакции больных и сопоставим их с числами лимфоцитов, то окажется, что ходячее мнение, будто-

бы повышение лимфоцитоза говорит за улучшение тbc процесса, нуждается в существенной поправке. Это положение верно только для случаев с пониженным % содержанием лимфоцитов, т. е. главным образом для фебрильных случаев. Напротив, в случаях с повышением % содержания Lu при улучшении процесса числа лимфоцитов в 64% нашего материала понизились почти до нормы, а в 36% колебались, но ни в одном случае улучшения мы не видели повышения этих высоких цифр. Из других наших случаев заслуживает внимания особенно один, который мы наблюдали в течение двух сезонов; в этом случае, несмотря на субъективное улучшение и прибыль больного в весе, течение процесса было очень вялое, наблюдалась повышенная t°, небольшой кашель с малым количеством мокроты, резкое исхудание, в легких, в области верхней доли,—рассеянные мелко-пузырчатые хрипы; Lu у этого больного в 1925 году в течение всего сезона (1—1½ месяца) колебались около 50%%. Эти стойкие высокие цифры Lu, несмотря на лечение, не падали, и это говорило, что в организме больного не произошло определенного поворота к лучшему.

Сказанным конечно не отрицается известное положение, что случаи с лимфоцитозом текут благоприятно, а гиполимфоцитозные случаи тbc дают сомнительный и плохой прогноз,—им лишь уточняется прогностическая оценка лимфоцитоза.

Нейтрофилы. Большинство авторов считает уменьшение % нейтрофилов (N) за признак доброкачественного течения tbc процесса, повышение же этого процента—указывающим на перевес токсических сил и недоброкачественное течение болезни (Brugsch, Julich, Romberg, Rieux, Михайлов, Панченков, Schulte, Eicke и др.). Лишь единичные авторы (Раскина) не придают значения % содержанию N у больных с легочной бугорчаткой.

Просматривая наш материал (см. диагр. № 6), мы видим, что случаи начального tbc с небольшим распространением при полной компенсации дают близкие к норме или нормальные цифры N (55—63%); случаи старого, но захватывающего большое протяжение в легких, доброкачественного tbc дают более низкий % нейтрофилов (45—48%); что же касается субкомпенсированных и декомпенсированных случаев, то, мы видим, как содержание нейтрофилов здесь медленно, но упорно идет вверх, достигая в большинстве случаев для В III 71—80%, а для С III—80—85% и выше и тем самым указывая на сомнительный, даже прямо на плохой прогноз. Здесь необходимо отметить, что, в отличие от острых инфекций, tbc pulmonum, несмотря на исключительно - тяжелое состояние организма, лишь в очень редких случаях дает число нейтрофилов выше 90%.

Диагр. 6.

% N	А I	А II	В I	В II	В III	С III
81-90						50
71-80			18	15	75	50
64-70	35	14	27	15	25	
55-63	35	30	36	30		
40-50	30	50	19	40		

Обращаясь теперь к дифференциации нейтрофилов, мы напомним, что в этом вопросе авторы (Schilling, Панченков, Братчиков и Гликман, Tanaka, Schulte) проявляют полное единодушие: начальные формы tbc, — утверждают они, — дают не большое повышение палочкоядерных — St (Stabkernige) с усилением же интоксикации

наблюдается значительное увеличение менее дифференцированных нейтрофилов (Stabkernige, Jugendliche) за счет сегментированных.

Наши случаи (диагр. № 7) показали, что: а) для начальных, вполне компенсированных форм tbc в 86% для А I и в 80% для А II число St бывает выше нормы, достигая в среднем 10—15 на 100 всех форменных элементов белой крови; б) что чем тяжелее процесс, тем выше % St, достигая 20—30% в половине всех случаев В III и 30—50%— в подавляющем большинстве случаев С III. Что касается молодых форм (Jugendliche), то мы их встречали только в тяжелых случаях tbc, и то в небольшом количестве—от 1 до 3%.

Эти данные, говорящие о повышении % нейтрофилов при недоброкачественном течении легочной бугорчатки, Naegeli, Julich, Лапшин, Rieux, Arneht объясняют смешанной инфекцией; лишь единичные авторы, как Eicke, Братчиков и Гликман, говорят, что повышение нейтрофилов при tbc является не выражением присоединившейся инфекции, а результатом токсического действия на костный мозг tbc заразы.

Мы думаем, что точка зрения этих последних авторов правильна, так как при легких формах легочной бугорчатки, когда еще нельзя говорить о смешанной инфекции, факт повышения процентного содержания палочкоядерных свидетельствует о патологической реакции костного мозга; это повышение % St растет с усилением интоксикации, повышая тем самым общий лейкоцитоз и достигая для С III 45—50% и выше общего числа нейтрофилов. К тому же нетуберкулезная инфекция, вызывая реакцию костного мозга, сопровождается, помимо высокого % St, значительным % метамиелоцитов, присутствием гигантских нейтрофилов, а иногда и миелобластов, с резким повышением лейкоцитоза до 30,000 и выше, а the pulmonum, как видно из наших случаев, сопровождается повышением St с менее значительным лейкоцитозом — в подавляющем большинстве случаев до 13—15 тыс.—и с малым % (1—3%) юных форм. Все это говорит за то, что привлекать для объяснения лейкоцитоза и нейтрофилии при the дополнительную смешанную инфекцию нет никакого основания.

Сопоставляя течение легочного процесса с изменением содержания нейтрофилов и лимфоцитов, мы должны дополнить формулировку авторов,

Диagr. 7.

% N	AI	AII	BI	BII	BIII	С III
30-50						5
20-30			9	7	50	25
16-20	14	20	27	23	50	
7-15	7	60	50	30		
4-6	7	20	9			
0-4	7					

оценивающих картину крови при the. Обыкновенно указывается, что повышение N и понижение Ly говорят за недоброкачественное течение. Это положение верно только для тех случаев, где числа N выше нормы, а Ly ниже, т. е. улучшение процесса сопровождается уменьшением повышенных цифр N и повышением низкого % Ly; в тех же случаях, где % N уменьшен против нормы до 45% и ниже, а % Ly повышен до 45% и выше, в результате улучшения легочного процесса бывают повышение %

N до нормы и понижение % Ly; здесь, таким образом, опять выдвигается положение, что для суждения о течении легочного процесса по морфологии крови должны приниматься во внимание исходные цифры N и Ly и их отношение к норме.

Эозинофилы. Колебание % числа эозинофильных клеток (Eos) в течение того или другого процесса еще в конце 90-х годов обратило на себя внимание авторов. Так, в 1898 г. Teichmüller, а позднее Julich, Ambrus, Rieux, Romberg, Weil и целый ряд других авторов указали на тесную связь увеличения Eos с улучшением процесса, и только единичные авторы, как Раскина, оставляют этот вопрос открытым, не устанавливая определенной связи между течением the и эозинофилией. Напротив, Пунин не только придает эозинофилии при the большое прогностическое значение, но, как и Ambrus, высказывает мысль о том, что эозинофилы являются носителями защитных бактерицидных и антитоксических тел.

Счет эозинофилов нами производился по D unger'y, в камере Bürker'a, над площадью в 9 кв. мм., при разведении 1:10. Дополнительно при подсчете по Schilling'y на 400 элементах выводился % эозинофилов, который в единичных только случаях отличался от данных по D unger'y.

Просматривая наш материал, мы видим значительные колебания % Eos—от 0,8 до 12% (глистные заболевания повторными исследованиями на яйца глист были исключены). Связать эти колебания с распространением процесса по Turban'y не удается, но с биологической формой процесса у эозинофилии существует тесная связь: общее укрепление организма и улучшенке легочного процесса дают не только нормальный, но и повышенный % Eos; наоборот, в случаях вяло протекающего процесса имеет место пониженный % Eos, не увеличивающийся в результате лечения; ухудшение, главным образом С III, не только дает падение Eos до 0,1—0,2%, но и полное исчезание их. Здесь можно вспомнить оценку эозинофилии, данную Schulte: „Anstieg der Eosinophilen—Morgenröte der Genesung“.

Эти колебания Eos идут параллельно с изменением %/о Lu и N, причем там, где ухудшается лейкоцитарная кривая, так в подавляющем большинстве случаев наблюдается и падение % Eos, и наоборот.

Данные эти, равно как литературные справки, дают нам право поставить колебания эозинофилов в ряд с нейтрофильно-лимфоцитозной кривой при прогностической оценке течения tbc.

Моноциты. Относительно происхождения этих клеток, равно как и о роли их в течении tbc, в литературе пока нет определенного взгляда. Против унитаристской (Максимов, Parrenheim) и дуалистической (Ehrlich, Naegeli) теорий происхождения форменных элементов крови в новейшее время выдвинута, как известно, триалистическая теория (Aschoff, Kyono, Schilling), согласно которой моноциты суть продукты ретикуло-эндотелиальной системы. Этим, по Schilling'y, и объясняются независимые от нейтрофилеза и лимфоцитоза колебания % моноцитов в течение того или другого процесса.

В зависимости от того, к какому лагерю принадлежит автор, различным образом оценивается и роль моноцитов в течении заболевания. Если Steffen, Weil, Schulte и Панченков (последний, вопреки установившемуся взгляду, почему-то считает моноцитов за отживших нейтрофилов и лимфоцитов) не придают никакого значения колебаниям моноцитов в течении легочного tbc, то другие авторы, как Decastello, Eicke, Fulpius, считают моноцитов за благоприятный симптом; отдельные же авторы, как Cunningham, Тапакa, напротив, уменьшение числа моноцитов считают за благоприятный симптом, а Cunningham даже выдвигает гипотезу о том, что моноциты—это жилища Кос'овских палочек, где последние размножаются, вызывая переход моноцитов в эпителиевидные клетки. Schilling, разбивая картину крови при доброкачественном течении инфекционного процесса за 3 фазы: нейтрофильную—фазу борьбы, моноцитарную—защитную фазу, или фазу преодоления, и лимфатическую фазу—фазу выздоровления, видит в увеличении числа моноцитов признак энергичного сопротивления организма.

Наш материал дает для компенсированных и субкомпенсированных случаев повышенный до верхней границы нормы % моноцитов, или

только незначительно превышающий норму (9—10%), причем в подавляющем большинстве случаев это повышение в течение заболевания совпадает с улучшением процесса; правда, единичные случаи тяжело протекавшего тbc иногда также дают повышенные цифры моноцитов, но это в большинстве случаев скорее исключение, чем правило,—так же, как это мы видели и с эозинофилами.

Здесь мы кстати должны указать на подмеченный Schlectom и подтвержденный нашими наблюдениями факт, что увеличение числа эозинофилов сопровождается увеличением и числа моноцитов.

Учитывая все это, мы полагаем, что более приемлема точка зрения Schilling'a на моноцитоз, как проявление защиты организма в борьбе с тbc инфекцией.

Базофилы. Счет в камере и на мазках (по Schilling'y) дал незначительные колебания их—от 0 до 1% как в легких случаях, так и в тяжелых; при этом установить какую-либо закономерность в их появлении нам не удалось.

Для иллюстрации того, что мы нашли при тbc pulmonum относительно белой крови, приведем несколько кратких историй болезни:

I. Больная Г-на, боли в боку, сухой кашель, плохой аппетит, общая слабость. Диагноз—тbc pulm. AI fibr. При исследовании крови 4/VII оказалось: E—4,950 тыс., Hb—74, Fi—0,79, L—4,950, Ly 19,8%, M—9, Sg—54,5, St—13,5, J—0 (N—68%), Eos—3. Здесь таким образом, несмотря на низкий % Ly, наличие высокого % Eos, нерезкий сдвиг влево без J и при наличии повышенного % Mop обещают благоприятное течение. 29/VII E—4,370 тыс., Hb—73, Fi—0,82, L—7,000, Ly—27, M—5, Sg, St, J—62,5, Eos—3,5, а 14/VII E—4,600 тыс., Hb—78, Fi—0,84, L—5,600, Ly—33, M—6,2, Sg—46, St—10, J—0 (N—56%), Eos—5, т. е. наблюдалось повышение Hb, Fi, Ly, Eos и понижение % N. Одновременно с этим наблюдалось резкое улучшение процесса.

II. Больной Д-ов, боли в боку, кашель с мокротой, ночные поты, t—37,3°, BK+ Диагноз—тbc pulm. В III f-pr. Кровь 2/VI: E—4,620 тыс., Hb—84, Fi—0,91, L—9,200, Ly—17, M—5, Sg—58, St—18, J—0 (N—76%), Eos—1,8. Т. о. здесь при малом % Ly, наличие Eos и нерезкий сдвиг влево обещали довольно удовлетворительное течение, что и подтвердилось впоследствии. 15/VII E—4,800 тыс., Hb—86, Fi—0,91, L—10,000, Ly—25, M—5, Sg—42, St—23, J—0 (N—65%), Eos—5. Здесь мы имеем увеличение % Ly и Eos и уменьшение % N, а в клинической картине резкое улучшение, прибавь в весе на 5,8 кило, кашля и потов нет, в легких резкое уменьшение хрипов.

III. Больной У-ов, плохой аппетит, утомляемость, головные боли, головокружение, общая слабость, сухой кашель. Диагноз—тbc pulm. AI f-br. Кровь: 2/VI E—4,883 тыс., Hb 81, Fi—0,84, L—8,400, Ly—42, M—5,7, Sg—42,5, St—7,5, J—0, (N—50%), Eos—2,4; 25/VI E—4,974 тыс., Hb—92, Fi—0,93, L—7,300, Ly—37, M—7,5, Sg—44, St—85, J—0 (N—52,5%), Eos—3; 15/VII E—4,750 т., Hb—93, Fi—0,99, L—5,700, Ly—39, M—9, Sg—40, St—7, J—0 (N—47%), Eos—5. Клинически к 15 VII наблюдались общее укрепление, прибавь в весе на 5,6 кило, но больной все же отмечал слабость, головокружения. Кровь за этот промежуток, за исключением повывсившегося Fi, осталась без резких колебаний: высокий % Ly не упал, % N не повысился.

IV. Больная П-ва, кашель, haemoptoe, ночные поты, резкая слабость, t—37,6°. Диагноз—тbc pulm. В I f-pr., BK+, эласт. вол+. 15/I E—4,100 т., Hb—78, Fi—0,95, L—5,850, Ly—34, M—13,5, Sg—32, St—19, J—0 (N—51%), Eos—1,6. Эта морфологическая картина, несмотря на тяжелое клиническое течение заболевания, обещала хороший прогноз: повышенный % M, Ly и нормальные цифры Eos. За время пребывания в клинике с 15/I по 20/II общее состояние больного резко улучшилось, ночных потов нет, аппетит удовлетворительный, кашель редкий, BK нет, ч° нормальна, в легких экссудативные явления отсутствуют. Кровь без резких перемен, но говорит о хороших защитных приспособлениях организма: E—4,300 т., Hb—82, Fi—0,95, L—7,300, Ly—33, M—12, Sg—37, St—16, J—0, Eos—2.

V. Больная Пе-ва, плохой аппетит, головные боли, резкое исхудание, ночные поты. Диагноз—тbc pulm. В II f-pr. 17/VII E—5,380 т., Hb—78, Fi—0,73,

Fi—3,240, Ly—53,7, M—7,2, Sg—33,5, St—3,5, J—0 (N—37%), Eos—3; здесь низкий Fi, % N и высокий % Ly при нормальном % Eos и отсутствии сдвига говорили за старый, но доброкачественный процесс. 26/VIII E—4,851 т., Hb—81, Fi—0,84, L—9,300, Ly—36,5, M—3, Sg—46, St—9, J—0 (N—55%), Eos—5,4. Клинически результаты лечения были хорошие, и параллельно с этим в крови наблюдалось повышение Hb, Fi, L, % Eos, N (с 37 до 55%) при падении высокого % Ly (с 53,7 до 36,5%).

V. Больной За-ов, боли в груди, кашель с мокротой, ночные поты, плохой аппетит, резкое исхудание. Диагноз—tbc pulm. В II f.-pr. Картина крови за время лечения: I/III E—5,310 т., Hb—83, Fi—0,79, L—6,000, Ly—45, M—3,2, Sg—39,5, St—10,5, J—0 (N—50%), Eos—1,3; 24/VIII E—5,300 т., Hb—81, Fi—0,78, L—5,849, Ly—47, M—8, Sg+St+J—44, Eos—1,3; 11/IX E—5,081 т., Hb—84, Fi—0,83, L—7,030, Ly—40,6, M—9, Sg—36, St—14, J—0 (N—50%), Eos—1. Субъективно больной отмечает улучшение, в легких же была прежняя перкуторно-аускультативная картина; кровь за 1½ мес. почти не изменилась: % Ly слишком высок, низок % N и Eos.

VII. Больной С-ий, головные боли, ночные поты, кашель с мокротой, насморком. Диагноз—tbc pulm. В II f.-pr., BK+, эласт. вол+. Тяжелой клинической картине соответствует и кровь: E—5,310 т., Hb—95, Fi—0,9, L—10,165, Ly—19,5, M—9,1, N—69,5, Eos—1,3 (высок % N, уменьшен % Ly и Eos при наличии лейкоцитоза).

VIII. Больной До-в, резкая слабость, боли в груди, спине, кашель с мокротой, ночные поты. Диагноз—tbc pulm. В II pr., BK+, эласт. вол+. Кровь: E—5,190 т., Hb—94, Fi—0,9, L—7,025, Ly—34, M—10, Sg—30, St—21, J—4 (N—55%), Eos—0. Несмотря на высокий % Ly (34) и M (10) отсутствие эозинофилов и резкий сдвиг с *Jugendliche* говорили за тяжелую интоксикацию и сомнительный прогноз, что подтверждалось и дальнейшим вялым течением болезни.

В Ы В О Д Ы.

1) Анэмия для компенсированных и субкомпенсированных форм tbc pulmonum—не обязательное, а скорее редкое явление.

2) Анэмия, нарастая с тяжестью tbc процесса, бывает более резко выражена в декомпенсированных формах tbc, причем имеет гипохромный характер, т. е. нарастает за счет падения % Hb и Fi (цветового показателя).

3) Число E (эритроцитов) большей частью во всех стадиях tbc легких бывает нормальным или близким к норме; только в случаях резкой декомпенсации оно падает ниже нормы, что и указывает на неблагоприятный прогноз.

4) % Hb и Fi, давая для компенсированных и субкомпенсированных стадий tbc нормальные или близкие к норме цифры, понижается соответственно тяжести процесса, резко падая в тяжелых, декомпенсированных случаях.

5) В прогностическом отношении при tbc наибольшее значение имеет определение Fi.

6) Морфология белой крови при бугорчатке легких имеет также большое прогностическое и диагностическое значение.

7) Число лейкоцитов, будучи нормальным при легких формах tbc pulmonum, обнаруживает тенденцию к повышению вместе с ухудшением процесса, достигая в субкомпенсированных и декомпенсированных стадиях гиперлейкоцитозных цифр (12—15—18 тыс.), но резко превышая последние.

8) Лейкоцитарная формула при оценке течения бугорчатки легких имеет большее значение, чем цифры лейкоцитоза.

9) Лимфоцитоз—признак доброкачественно протекающих хронических форм туберкулеза, лимфопения же свойственна фебрильным случаям бугорчатки легких и прогностически неблагоприятна.

10) Улучшение легочного процесса сопровождается для лимфопенических случаев повышением числа Ly, для случаев с лимфоцитозом—понижением его до нормы.

11) Колебания $\%$ нейтрофилов при легочном процессе прямо противоположны колебаниям числа лимфоцитов; доброкачественно протекающие хронические случаи бугорчатки легких дают пониженный $\%$ нейтрофилов, фебрильные и недоброкачественно протекающие—повышение этого $\%$; улучшение процесса сопровождается уменьшением $\%$ N—для недоброкачественных форм, повышенным числом N и увеличением $\%$ нейтрофилов—для форм доброкачественных с пониженным числом нейтрофилов.

12) Для тbc легких характерно увеличение $\%$ St (сдвиг влево), причем степень сдвига находится в зависимости от тяжести процесса.

13) В противоположность другим инфекциям тbc легких редко дает $\%$ нейтрофилов выше 86–90 $\%$ и содержание молодых форм нейтрофилов (Jugendliche).

14) Нейтрофилез, как и сдвиг влево, при бугорчатке легких—не проявление смешанной инфекции, а результат токсического действия тbc инфекции на костный мозг.

15) Эозинофилы при тbc имеют большое прогностическое значение, увеличиваясь в числе с улучшением процесса и уменьшаясь, даже исчезая—при недоброкачественном течении тbc pulmonum.

16) Моноциты находятся в менее тесной связи с течением процесса, но в общем с улучшением последнего замечается определенное увеличение их числа, свидетельствуя о „защитной фазе борьбы организма“ (Schilling).

17) В колебаниях числа базофилов у больных с тbc pulmonum трудно подметить какую-либо закономерность.

18) Исследование крови должно производиться четкими методами, освобождающими от возможных ошибок; в частности а) счет форменных элементов должен производиться в камерах Bürker'a, Türk'a, Горяева, но не Thoma-Zeiss'a, б) вычисление $\%$ лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов, эозинофилов дает более точные результаты при счете в камере, чем в мазках.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Катеров и Неворожкин. Наблюдения над изменением состава крови.—2) Михайлов. Изменения крови при тbc pulmonum. В. Туб., 1923, № 5.—3) Пунин. Эозинофилия при тbc pulmonum. Ibidem.—4) Пявченков. О картине белой крови. Ibidem.—5) Раскина. Лейкоц. формула в течении тbc pulm. В. Туб., 1926.—6) Хосроев. Краткое руков. клин. гэмат.—7) Яновский. Туберкулез легких.—8) Schilling. Картина крови и ее клин. значение.—9) Ambrus. M. m. W., 1924, № 44.—10) Arneht u. Albacht. Z. f. k. M., B. 94.—11) Eicke. Zeit. f. Tub., 1924.—12) Julich. D. m. W., 1925, № 10.—13) Cunningham. Journ. of A. M. A., 1926.—14) O. Meyer. M. m. W., 1924.—15) Naegeli. Blutkrankheit u. Blutdiagnostik.—16) Nagano. Zeit. f. Tub., B. 43, H. 4.—17) Romberg. Zeit. f. Tub., B. 34, H. 3—4.—18) Rieux. Traité d'haemat. clinique.—19) Schulte-Tiggés. Zeit. f. Tub., B. 40, H. 5.—20) Schlecht. Arch. f. kl. M., B. 98.—21) Steffen. Arch. f. kl. M., 1910.—22) Teilhaber. M. m. W., 1924, № 44.—23) Tanaka. Journ. of Am. M. A., 1926, v. 86.—24) Weil. Zeit. f. Tub., B. 29, H. 4.

К лечению малярии по методу Ochsner'a.

Зав. Чижминской больницей (Уфимск. кантона)

врача **М. Голынно.**

В настоящее время вопросы лечения малярии являются, можно сказать, живоирепещущими. Не только каждая клиника, но и каждая более или менее крупная больница рекомендует свой способ лечения этой болезни. Однако все они, как это впрочем обычно бывает при обилии способов, не дали возможности ни Второму Малярийному Съезду, ни Третьему признать хотя-бы один из них вполне верным средством в борьбе с малярией.

Способов лечения малярии,—как это совершенно справедливо говорит проф. А. А. К и с е л ь (Вр. Газ., 1924, № 18)—у нас более, чем достаточно, необходимо углубить изучение их и создать наиболее целесообразную их комбинацию. Этой задаче и посвящена настоящая работа, в которой я останюсь на проверке известного метода Ochsner'a.

Метод Ochsner'a заманчив тем, что он довольно прост, требует не более месяца для своего проведения, и при нем расходуется сравнительно небольшое количество хинина. Заключается он в следующем: вечером больной принимает 0,1 г хинина, а с утра следующего дня начинает принимать внутрь хинин по 0,15 в течение двух суток днем и ночью, через каждые 2 часа. Через 7 дней все лечение полностью повторяется. Каждый порошок хинина запивается стаканом горячей воды. В случае рецидива некоторыми авторами проводится лечение в третий и четвертый раз. Указанное лечение у самого Ochsner'a давало 20% рецидивов.

Взяв в основу этот способ, я во время хинизации делал одновременно инъекции 1% раствора мышьяка 2 раза в день с 8-часовым промежутком. В дальнейшем эти инъекции делались и после хинизации в течение 3 дней, причем ежедневно вводилось по 1,0 1% раствора раз в день. Далее, больному сначала на 7-й день вечером, считая со дня прекращения хинизации, а затем на 6-й, вечером же, давалось слабительное—касторовое масло, Na sulfuricum и т. п. С утра 7-го дня хинизации и инъекции мышьяка повторялись, причем во время этой второй хинизации я клал больному, с целью провокации приступа, на область селезенки ледяные компрессы, часто делал инъекции стрихнина или молока.

Мышьяк вводился мною потому, что комбинация хинина с мышьяком, по указаниям ряда авторов (Plehn, Müller, Werner, Dorendorf и другие), дает более энергичное действие. Инъекции его делались в течение еще 3 суток и после хинизации в тех видах, что хинин за эти 3 суток еще циркулирует в крови.

Провокация приступа при повторной хинизации предпринималась мною с целью ускорить превращение гамет в более молодые формы, легче поддающиеся действию хинина. Именно при повторной хинизации

провокационные методы применялись мною потому, что применять провокацию в самом начале лечения не было надобности, ибо лечение начиналось обычно при активной малярии с ясными колебаниями температуры; после же первого курса хинизации, когда борьба организма с болезнью переходила в стадию равновесия, и можно было ожидать, что в организме останутся хининорезистентные половые формы малярийных плазмодиев,—тогда-то повторную хинизацию я и комбинирую с провокационными методами.

Хинин, по 0,15 для взрослого, давался двое суток, начиная с 8 ч. утра, каждые 2 часа, днем и ночью. Так как нередко у маляриков при помещении в больницу от покоя и теплоты t° падала иногда и без всякого лечения, а также без всякого лечения улучшалось самочувствие, сокращалась селезенка, и приступы не появлялись даже при применении провокации, то лечение проводилось мною только на тех больных, на которых палатная обстановка никакого влияния не оказывала. Хинин принимался с небольшим количеством воды. Для наблюдения мною брались случаи, дававшие более или менее явно выраженные клинические симптомы малярии: знобы, интермиттирующую лихорадку, увеличенную селезенку, проливные поты. К этому побуждала меня также и невозможность исследовать кровь на плазмодии за отсутствием в условиях участковой работы микроскопа. После повторной хинизации лечение заканчивалось; если же наступал рецидив, то указанное лечение проводилось в третий раз, редко в четвертый.

Всего по указанному методу мною было проведено 45 случаев малярии. Длительность наблюдения колебалась от года до 2 лет. В 5 случаях имела место *malaria quartana*, в 40 остальных—*tertiana*. Больные по длительности заболевания распределялись так: более 1 года болезнь существовала у 14 человек, менее года—у 31, в том числе 15 страдали малярией не более месяца.

Из общего числа больных 2 курса хинизации получили 32, более 2 курсов—13. Рецидивы всего наблюдались в 12 случаях, что составляет 26,6%. Среди этих 12 больных семеро провели повторное лечение в виде одного или двух курсов хинизации с обычными инъекциями мышьяка и раздражениями селезенки. Среди этих семи человек в дальнейшем не дали больше рецидивов четверо, у троих же приступы малярии рецидивировали. Таким образом неизлеченными оказалось в нашем материале 8 человек, т. е. 17,7% общего числа подвергшихся лечению больных. Эта цифра не является окончательной и нуждается в дальнейшей детализации. Предварительно, однако, я приведу несколько кратких историй болезней, которые яснее всего покажут, в чем должна заключаться детализация. Истории болезней эти приводятся далее мною по группам—с давностью заболевания более полугода, более месяца, но менее полугода, и менее месяца.

Случай № 4. А-ва, 11 лет, больна больше года. Общее исхудание, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, селезенка выходит из подреберья на 4 пальца, плотна, безболезненна; печень у подреберья, болезненна. T° 5/IX вечером 38,6°; дана сернокислая магнезия. 6/IX утром 36,2°, вечером 39,3°, хинин по 0,15 через 2 часа, мышьяк подкожно по 0,5 через 8 часов два раза. 7/IX хинин и мышьяк. t° нормальна, селезенка прощупывается на 3 пальца. С 14/XI лечение повторяется; холодные компрессы на область селезенки. При выписке селезенка на полпальца выстоит из подреберья. Под наблюдением два года. рецидивов нет.

Случай № 25. П-в, болен год. Селезенка выстоит из подреберья на 4 пальца болезненна, тверда. 2/X днем t° 37,5°, веч. 39,2°. 3/X t° нормальна, вечером Na sulfuricum. 4 — 5/X хинизация, мышьяк подкожно. С 12/X лечение повторяется. T° все время нормальна. При выписке селезенка прощупывается на 2 пальца. Через пять недель положен опять в больницу по поводу рецидива; селезенка прощупывается на 3 пальца, болезненна, склеры желтушны. 21/XI веч. t° 38,0°. 22 XI ут. 37,0°, веч. 39,2°. Проледана дважды хинизация с недельным перерывом, холод на область селезенки, стрихнин подкожно. T° нормальная. При выписке селезенка прощупывается на 1½ пальца, безболезненна, склеры белые. Полтора года под наблюдением, здоров. До нашего лечения больной беспорядочно принимал большое количество хинина, чем, вероятно, и объясняется упорство приступов при лечении.

Случай № 35. Я-ов, болен 2 года, проделал один курс хинизации в больнице, а второй курс, через неделю, повторил дома, причем на инъекции мышьяка приходил в амбулаторию. Через три недели рецидив. Снова на дому назначена хинизация, а через 3 недели опять рецидив. Положен в больницу. Слабость, желтуха, бронхит, селезенка прощупывается на 3 пальца, безболезненна. 5/XI веч. 38,1°. 1/XI 36,5°. 7/XI утр. 37,3°, веч. 38,4°. 8/XI ут. 36,7°, веч. 37,2°. Дальше t° нормальная. Проледана три раза, с недельными перерывами, хинизация, инъекции мышьяка и стрихнина, холод на селезенку. При выписке селезенка прощупывается на 1½ пальца, желтуха исчезла. Назначена на дому хинизация в 4-й, а всего в 7-й раз. Через 2 месяца рецидив в виде нетипичных повышений t° .

Этот случай указывает, что, если рецидивы малярии наступают после 4-го курса хинизации, то дальнейшие курсы бесполезны, ибо созданы хининорезистентные формы. Инъекции стрихнина и холод на селезенку не спровоцировали приступов.

Приведенные истории болезней относятся к группе с давностью заболевания более полугода. Всего таких больных было у нас 14 чел., из них рецидивы дали 6 чел., что составляет 42,8%. При этом самые ранние рецидивы наступали через 3 недели (2 случая), в 1 случае рецидив наступил через 2 месяца, в 1—через 3, в 1—через 5 и в 1—через 8½ месяцев.

Ко второй группе следует отнести случай с давностью заболевания менее полугода. Вот краткие истории болезней некоторых из них:

Случай № 32. Ю-ов, болен полгода, приступы через день, протекают тяжело. Селезенка прощупывается на 2 пальца, t° в дни приступа подымается до 41°. На таких цифрах она держалась в больнице с 19/X по 28/X. В виду тяжести приступов проделано три курса лечения: 23—24/X, затем 1 и 2/XI и 10—11/XI; при третьем курсе инъекции стрихнина (по 1,0 0,1% раствора). Выписан в хорошем состоянии; однако через 1½ месяца обнаружился рецидив после рубки леса в морозный день. Назначены на дому слабительное и хинизация в 4-й раз. Через 2 месяца явился в амбулаторию по поводу бронхита, приступов малярии нет, селезенка не прощупывается, и в дальнейшем рецидива более нет.

Случай этот интересен тем, что, повидному, первая хинизация убила все молодые формы плазмодиев, вследствие чего установилось равновесие, при котором хининорезистентные формы, не убитые первым курсом лечения, не могли все же вызвать приступа малярии. Хинизация во второй и третий раз не оказала никакого действия на сохранившиеся формы. Попытки перевести их в более молодые формы и этим вызвать приступ — применением холода на область селезенки, и инъекциями стрихнина — не смогли нарушить равновесия. Следует считать, что второй и третий курсы лечения пропали здесь для организма без пользы. Естественная провокация — рубка леса в морозный день — оказалась более действительной, и после нее наступил рецидив, — появились, очевидно, снова молодые формы. На этот раз хинизация приступы малярии прекратила совершенно. Этим подчеркивается, что данный метод лечения оказывается действительным при наличии молодых форм плазмодиев.

Случай № 30. Г-ов, болен 2 месяца, лечился беспорядочно хинином, которого принял большое количество. Значительное исхудание, селезенка прощупывается на 2 пальца, болезненна. 28/X t° веч. 37,5°. 29—30/X t° нормальна. 31/X утр.

36,3°, веч. 39,2°. Прделана два раза хинизация: при второй хинизации, кроме мышьяка, стрихнин подкожно и холод на селезенку Со 2/ХI t° нормальная. При выписке селезенка не прощупывается. Через 2½ мес. рецидив, назначена хинизация в 3-й раз на дому; тем не менее больной потом обращался с рецидивами.

Неуспешность лечения в этом случае, возможно, зависит от того, что больной до настоящего лечения принял большое количество хинина и этим создал хининорезистентные формы, а также оттого, что дома инъекций мышьяка не делалось.

Случай № 29. III-ед, болен 2 месяца, приступы тяжелые, хинином не лечился. Два раза прделана хинизация, мышьяк подкожно, при второй хинизации холод на область селезенки и стрихнин подкожно. Через 2 года привез больного отца в амбулаторию, сам же здоров, причем после лечения приступов не было.

Всего ко второй группе больных относится в нашем материале 30 чел., из коих дал рецидив только один (сл. № 30). Результаты получились, стало быть, совершенно иные, чем в первой группе.

Среди тридцати случаев второй группы оказалось возможным выделить третью группу, с давностью заболевания не более месяца. Этот срок мною взят, как предельный, после которого, по указанию некоторых авторов, образуются гаметы. К этой третьей группе относятся 15 наших больных, результаты лечения у которых получились наиболее эффективные. Для иллюстрации приведу несколько случаев:

Случай № 5. Болен 2 недели, последнюю неделю получал ежедневно инъекции хинопирина, но приступы малярии не прекращались. Селезенка прощупывается на один палец, болезненна. 8/IX t° веч. 39,8°, дано слабительное. 9—10/IX хинизация, мышьяк, t° нормальная. 18—19/IX повторение лечения и холод на селезенку. При выписке селезенка не прощупывается. Под наблюдением 2 года, рецидивов нет.

Случай № 10. Больной П., 2 недели. Селезенка выступает на 2 пальца, болезненна. Первые дни t° дает размахи до 40°, после первого курса хинизации устанавливается на нормальных цифрах. Через неделю повторение лечения. При выписке селезенка не прощупывается. Под наблюдением два года, здоров.

В этом случае во время первой хинизации t° держалась высокая и упала лишь после первого курса,—вероятно, оттого, что инъекции мышьяка не делались.

Случай № 18. М-ва, больна 3 недели. Селезенка выходит из подреберья на 4½ пальца, весьма болезненна. Прделаны 2 курса хинизации, при выписке селезенка прощупывается на 4 пальца. Через год явилась на прием по поводу бронхита; приступов малярии не было, селезенка едва прощупывается, безболезненна.

В нашей третьей группе на 15 случаев не было ни одного рецидива, что дает 100% выздоровлений. Возможно, что при большем количестве наблюдений случаи рецидивов появились-бы, но, я уверен, процент их был-бы гораздо меньше, чем при других методах лечения. По крайней мере у нас все другие способы лечения, проводившиеся на стационарных и амбулаторных больных параллельно с методом Osler's pegs, — инъекции хинопирина, вливания неосальварсана, внутренние приемы хинина, — давали неизменно до 60% рецидивов.

В приведенных историях болезней обращают на себя внимание температурные данные в случаях №№ 4, 5 и 18. Из этих данных видно, что в конце недели, начиная с 6-го дня после прекращения первой хинизации, обычно совпадавшей с прекращением приступов, t° давала взмах вверх на несколько десятых градуса против предыдущих дней. Создается впечатление, что повторением хинизации в это время купировался начинавшийся приступ. Такие подьемы температуры отмечаются в трети всех случаев. Первое время я начинал повторную хинизацию с дачи слабительного на 7-й день вечером, считая со дня прекращения первой хини-

зации; в дальнейшем же повторную хинизацию я передвинул на день раньше и стал давать слабительное на 6-й день вечером, считая со дня прекращения первой хинизации. Этим же удалось почти совершенно прекратить такого рода поднятия 1°.

Из общего числа больных пятеро, как уже упоминалось выше, было с *malaria quartana*. Трое из них были больны более 1½-года, причем двое из них после лечения дали рецидивы. Остальные двое были больны менее полугода; оба они после двухкратной хинизации больше рецидивов не давали. Повидимому, и *malaria quartana* поддается лечению по способу *Ochsner's* с такой же закономерностью, как и *malaria tertiana*.

Основной вывод из приведенных историй болезней таков: чем давность заболевания меньше, тем эффект лечения по *Ochsner's* лучше. Из других историй болезни, которые я из-за недостатка места здесь не привожу, вытекает, что для успеха лечения необходима правильная работа кишечника, — очевидно, она способствует более полному всасыванию хинина. Имеет также значение, принимал-ли больной ранее большое количество хинина, или нет, так как беспорядочные приемы хинина в большом количестве создают хинорезистентные формы, и этим тормозится успех лечения по *Ochsner's*.

Как указано выше, мною для провокации малярийных приступов делались инъекции стрихнина, раздражение холодом селезенки и внутримышечные инъекции молока. В литературе имеются как сторонники провокации (*Mühlens, Sieber, Brauer, Brandt*), так и противники ее (*Ziemann, Mayer, Werner*). Надо отметить, что инъекции 0,1% раствора стрихнина в количестве 1 куб. сант. один, иногда 2 раза в день — ни разу приступа малярии у нас не вызвали и, повидимому, являются методом недействительным. Инъекции молока также приступов не вызвали. Более действительным оказалось длительное применение холодных компрессов на область селезенки: компрессы эти способствовали более энергичному и быстрому сокращению селезенки и нередко вызывали приступ, который обрывался хинизацией, причем последняя в таких случаях всегда давала хороший эффект.

Теперь возникает вопрос: можно ли считать случаи, которые год или полтора не дают рецидива, совершенно излеченными от малярии? Надо отметить, что наши больные в большинстве случаев после лечения тут же подвергались вредным влияниям в виде упорной, тяжелой физической работы, в виде дождя и ветра, в виде поездок по железной дороге и пр. Многие после выхода из больницы вскоре начинали купаться, многие работали по колени в воде, — и все же рецидивов не наступало. Далее, в августе и сентябре 1925 г. в нашем районе была новая значительная вспышка малярии, и в это время особенно много маляриков обращалось с рецидивами; однако леченные по методу *Ochsner's*, обращаясь на прием с разного рода заболеваниями, сообщали постоянно, что рецидива малярии у них не было и нет. Селезенка у них оказывалась пальпаторно и перкуторно не увеличенной. Все это говорит за стойкость клинического излечения малярии в наших случаях.

На возможность полного излечения от малярии указывает в новейшее время интересная работа проф. Савченко и д-ра Баронова, напечатанная в „Казанском Мед. Журнале“ за 1926 г. Предложенной ими реакцией связывания комплемента, оказавшейся строго-специфичной.

они переводили положительную реакцию у маляриков до лечения в отрицательную после тщательного лечения.

Здесь же к стати коснемся вопроса об иммунитете к малярии. Косч на основании того, что в Новой Гвинее, Восточной Африке, на острове Яве малярийные плазодии в крови были находимы тем реже, чем старше был исследуемый, считает взрослое население этих стран приобретшим иммунитет; у европейцев же, по Косч'у, вследствие лечения хинином естественное течение процесса иммунизации прерывается. Здродовский и другие признают лишь частичный иммунитет к малярии, имеющийся только при наличии в крови плазмодиев. Вполне вероятно, что стойкость иммунитета при малярии, если таковой вообще имеется, незначительна. Повидимому, иммунитет здесь имеет такой же характер, какой имеет он по отношению к туберкулезу (Neufeld, F. Klempner): иммунитет этот сохраняется, пока в тканях организма имеется возбудитель болезни (туберкулезная палочка, малярийные плазодии), а с их исчезновением исчезает и иммунитет. По отношению к нашим больным, год и более не дававшим рецидива, можно также сказать, что они иммунитет утратили. В таком случае у них возможна реинфекция, и, если через 1½ года кто-либо из них явится по поводу рецидива малярии, нельзя будет решить, есть ли это действительно рецидив, или вторичная инфекция. Длительность наблюдения более года утрачивает т. о. в значительной мере свою ценность.

Правда, я не имел возможности подтвердить свои данные исследованием крови, но, ведь, и данные крови не дают права окончательно сказать, что организм больного свободен от плазмодиев малярии. Выздоровели ли данный больной, или нет, — вопрос этот еще остается открытым. Во всяком случае, не предпрещая этого ответа, надо признать, что наших больных, год и полтора не дававших рецидивов, при хорошем самочувствии и нормальной селезенке, следует считать клинически вполне выздоровевшими.

В заключение следует отметить, что, несмотря на довольно высокую дозу хинина, вводимого за сутки (1,8) при лечении по способу Oschner'a, кроме шума в ушах и изредка незначительной тошноты, никаких серьезных побочных явлений у больных не наблюдалось, и лечение переносилось ими вполне хорошо. Уже после первого курса хинизации они обыкновенно чувствовали себя бодро, многих с трудом приходилось удерживать для повторения лечения, так как они считали себя вполне здоровыми.

На основании всего изложенного я позволю себе сделать следующие выводы:

1) Лучшими методами лечения малярии следует считать комбинированные методы, в частности, лечение хинином и мышьяком с одновременной провокацией приступов.

2) Метод лечения малярии, предложенный Oschner'ом и дополненный инъекциями мышьяка и раздражениями селезенки холодными компрессами, оказывается более действительным, чем оригинальный метод Oschner'a, и в свежих случаях *malariae tertianae et quartanae* является одним из лучших способов лечения.

3) После проведения указанного метода малярики, у которых давность заболевания была не более месяца, не дают вовсе рецидивов болезни.

4) Больные, страдавшие малярией более месяца, но не более полу-года, дают после лечения по описанному нами методу лишь небольшой % рецидивов (в нашем материале—6,6%).

5) Больные, у которых малярия длилась более полугода, дают после лечения уже значительный % рецидивов (у нас—42,8%).

6) Указанный метод значительно экономит хинин, требуя на весь курс лечения 7,5 его, редко 15,0.

7) Рецидивы малярии после этого метода лечения имеют склонность появляться на 6-й—9-й дни после первого курса лечения.

8) Для успешности лечения необходим правильно работающий кишечник.

9) Успешности лечения препятствуют предварительные обильные и беспорядочные приемы хинина.

10) Из методов провокации малярии инъекции стрихнина оказались у нас совершенно недействительными, молочные инъекции—мало действительными, а более действительными—холодные компрессы на область селезенки.

11) В упорно протекающих случаях малярии необходимо повторять лечение в третий и четвертый раз.

12) Селезенка в большинстве наших случаев сокращалась до нормы после первого же курса лечения.

13) Лечение по описанному нами методу особенно эффективно в тех случаях, когда повторная хинизация совпадает с моментом провокации приступа.

Из Клиники инфекционных болезней Казанского Гос. Университета.
(Директор проф. Б. А. Вольтер).

Вакциноterapia дизентерии и гэморрагических колитов приемами вакцины *per os*¹⁾.

Ординатора **З. И. Вольсона.**

(С 1 диаграммой).

Понятие дизентерии является в сущности чисто-клиническим. Этим именем обозначают острый гэморрагический катарр кишек с преимущественным поражением самого нижнего отрезка последних и с образованием в этой области язв. Такого рода заболевание может иметь самую разнообразную этиологию.

Вопрос об этиологии дизентерии и гэморрагических колитов имеет не только чисто-бактериологический интерес, но играет видную роль и в терапии этих заболеваний. В литературе имеется ряд указаний (Weil, Uhlenhuth, Hübener, Neukirch, Златогоров, Кулеша, Городкова, Каретникова и др.), что при дизентерии, несмотря на тщательные исследования и безупречную технику, все же в значительном числе случаев не удается выделить палочек дизентерии. В этих случаях, при типичной клической картине дизентерии, очень часто были выделяемы микробы или весьма близкие к дизентерийной группе (*bac. paradysenteriae*), или близкие к тифозно-кишечной группе (*bac. coli, paracoli, b. paratyphi B* и др.). В других случаях были выделяемы бактерии, более удаленные от означенных групп (*bac. proteus vulgaris, bac. pyocyaneus, streptococcus*, а также различные *protozoa*). Значение этих микроорганизмов в этиологии слизисто-кровавых колитов подтверждается не только частотой находок их и серологическими реакциями, но также и опытами на животных. Подробные литературные данные по этому вопросу приводятся в работах проф. Златогорова и его сотрудников Городковой и Каретниковой, а также Петерсона, Алисова и Веденяпина. Наиболее часто в этих случаях были выделяемы *bac. coli, b. paracoli* и *bac. proteus vulgaris*, которые приобретали патогенные свойства и являлись возбудителями кишечных заболеваний.

На роль *bac. proteus vulgaris* в кишечной инфекции указывал еще Мечников, который находил этого бацилла у детей, страдавших инфекционным колитом, в 93% исследованных случаев и, заражая полученными культурами человекоподобных обезьян, получал у них поносы. Точно также и по данным Циклинской *bac. proteus vulgaris*, выделенный от больных со страданием кишечника, обладает, как правило, значительной патогенностью для животных; выделенный же из кишечника здоровых людей бацилл этот не патогенен. Подобную же роль играют

¹⁾ Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете 24/V тек. г.

бациллы *coli* и *ragacoli* при заболеваниях кишечного тракта, на что указывал еще Габричевский и другие авторы (Abé, Bowman, Nägele, Григорьев, Яновский и др.).

Как *b. coli*, так и *b. proteus* могут либо самостоятельно вызывать заболевания дизентерией, либо, согласно работам школы Златогорова, усиливать токсичность и патогенность других кишечных бактерий. Таким образом является возможность говорить не только о разнообразной этиологии дизентерии, но и о комплексном возбудителе ее. Кроме этого многие авторы считают дизентерийную группу нерезко отграниченной от соседних групп, в частности от *bac. coli*. И целый ряд *bac. ragacoli* и *bac. paradysenteriae*, сближаясь друг с другом, стирает границу между двумя крайними видами—*bac. dysenteriae* и *bac. coli*. Этот переходный ряд так последователен и постепенен, что многие авторы (Hutt, Schmitz, Seligmann, Рогов и Златогоров) считают возможным даже говорить о переходе одного вида этих бактерий в другой.

Такое разнообразие этиологического момента и возможность комплексного вируса при дизентерии ставили целый ряд затруднений при проведении специфической профилактики и терапии дизентерии. Эти затруднения еще более увеличивались, благодаря сильной токсичности главного представителя дизентерийной группы—*bac. dysenteriae Shiga-Krusse*, который при подкожном введении вызывал сильную местную и температурную реакцию, а при значительных дозах—даже и параличи периферических нервных стволов. Вследствие этого подкожная вакцинация против дизентерии при помощи *b. Shiga* очень скоро была оставлена. За последние годы, после работ Ramon'a по превращению дифтерийного токсина в неядовитое состояние с сохранением его иммунизирующих свойств, был приготовлен такой же анатоксин и для дизентерийного токсина, и Ph. Lesbré и A. Verdeau предложили проводить предохранительную прививку против дизентерии таким же анатоксином; но и в этом случае иммунизация проводилась только лишь против одного из возможных возбудителей дизентерии. В последнее время особенное внимание исследователей и клиницистов привлекла также иммунизация *per os*, предложенная Безредкой.

Первый применил иммунизацию *per os Shiga* против дизентерийного токсина. В 1909 году Dopter и Rapaci иммунизировали *per os* кроликов и мышей, кормя их три дня вакциной, и на 10-й—12-й день получали иммунитет, длившийся до 30 дней. Точно также значительный иммунитет получил Chwostek, вводя кроликам большие дозы живых или убитых дизентерийных культур. Работами Безредки было установлено, что при самом разнообразном способе введения дизентерийных бациллов животным заболевание всегда обнаруживается в кишечнике, и после смерти животного из последнего удается вырастить введенные животному в кровь или подкожно бациллы. Таким образом оказалось, что дизентерийные бациллы обладают особым тропизмом к клеткам кишечной стенки. На основании этого Безредка, вопреки мнению Wrighta и др. авторов, полагает, что выбор путей введения вакцины является весьма важным, причем, так как чувствительные клетки к дизентерии и другим кишечным инфекциям находятся в слизистой кишечника, то, по мнению Безредки, скорее всего можно воздействовать на них, вводя вакцину *per os*.

Характерным отличием иммунизации *per os* является, по Безредке, отсутствие агглютининов и др. антител в крови иммунизированных животных; по его мнению здесь мы имеем дело с „местным иммунитетом“ только чувствительных к инфекции кишечных клеток. С последним положением Безредки, однако, несогласны некоторые авторы. Так, Otten и Kirschner находили в сыворотке кроликов и после иммунизации *per os* агглютенины и антитоксины. Глухов также при введении вакцины *per os* получил общий иммунитет с антителами в крови и утверждает, что появление или отсутствие этих антител в крови зависит лишь от количества введенного антигена. Возможность этого не отрицает и сам Безредка, но он не придает появлению антител в крови такого значения, какое он придает местной иммунизации самого кишечника. По Безредке у высоко организованных животных в борьбу между вирусом и организмом, кроме самого вируса, фагоцитов и антител, вступает еще четвертый фактор—воспринимающая инфекцию (рецептивная) клетка. Утрата последнюю восприимчивости к инфекции и создает т. наз. „местный иммунитет“.

Схематически развитие местного иммунитета по Безредке представляется в следующем виде: как известно, микробы состоят из белковой стромы и эндотоксина, собственно - вируса Безредки; при введении их в организм происходит фагоцитирование их лейкоцитами, которые отщепляют от бактерий их белковой ингредиент и выделяют его в плазму крови; эти белковые части бактерий являются, по Безредке, антигенами для образования противотел в крови (агглютининов, преципитинов). Другая часть бактериальных тел, собственно - вирус, подвергается особому видоизменению в фагоцитах и теряет свою токсичность, а равно и некоторые другие свойства. Подобное преобразование вируса получается также и в старых культурах, и этим видоизмененным культурам Безредка дает название „антивируса“. В дальнейшем вирус, обезвреженный фагоцитами, непосредственно или через ток крови направляется к своим рецептивным клеткам, с которыми и вступает в связь. При повторном введении микробов наступает момент, когда сродство рецептивных клеток к вирусу оказывается насыщенным полностью; дальнейшие порции вируса, освобожденные фагоцитами, не фиксируются на других клетках организма и циркулируют в крови вместе с антителами белковой стромы. Таким образом восприимчивые клетки кишечника с момента, когда они насытились видоизмененным вирусом, теряют дальнейшую способность фиксировать на себе как новые порции антивируса, так и активный вирус, и тем самым приобретают стойкость против токсина и бактерий, вызывающих дизентерийное заболевание.

Свою теорию о местном иммунитете кишечника Безредка применил к профилактическим прививкам против различных кишечных инфекций и в первую очередь против дизентерии. Он установил, что введением в кишечник *per os* вакцины из убитых дизентерийных палочек можно получить стойкий иммунитет у опытных животных против дальнейшего заражения их живыми культурами.

Опыт Безредки с местной иммунизацией кишечника приемами вакцины *per os* был проверен M. Nicol'em и Conseil'em на людях. Два человека получали *per os* убитую культуру дизентерийной палочки три дня подряд, а затем, спустя 15 дней, они и еще двое контрольных

приняли по 10 миллиардов живой дизентерийной культуры. Иммунизированные субъекты остались здоровы, контрольные же заболели, причем в испражнениях их были обнаружены бактерии дизентерии. Таким образом данный эксперимент подтверждает возможность получения иммунитета у человека при помощи принятой *per os* убитой дизентерийной культуры.

Метод Безредки, вакцинации *per os*, в виду высокого его практического значения, заинтересовал широкие круги исследователей и получил большое распространение, особенно по отношению к дизентерии, при которой, как было уже указано, подкожный метод иммунизации не оправдал возложенных на него надежд. С целью профилактической вакцинация населения *per os* производилась как за границей, так и у нас. Так, А. Gauthier в Греции во время эпидемии иммунизировал 30,000 беженцев, причем получил весьма благоприятные результаты. Антоновский, в 1924 г., в Петрограде, иммунизировал из 2,768 обитателей приюта имени Карла Маркса 1000 человек, тогда как остальные были оставлены в качестве контроля; заболеваемость среди невакцинированных составляла 3,11%, а среди вакцинированных—0,3%, т. е. в 10 раз меньше. Баскаков применял на Украине вакцинацию против дизентерии с профилактической целью и, сравнивая этот метод с другими мерами борьбы с дизентерией, нашел в нем большие преимущества.

Хорошие результаты, полученные при профилактической иммунизации против дизентерии по способу Безредки, вызвали желание испытать этот метод и для терапии дизентерийных больных, причем имелось в виду насытить сродство еще непораженных чувствительных клеток кишечника, сделать их иммунными против дизентерийной инфекции и таким образом ограничить дальнейшее распространение дизентерийного процесса. Такие попытки были сделаны Глуховым в Ленинграде, Бересневым в Иваново-Вознесенске и Alivasatos'ом в Юго-Славии. По предложению профессора Б. А. Вольтера мною также было приступлено к испытанию этого метода на дизентерийных больных Казанской Инфекционной клиники в течение летней эпидемии 1926 года. За это лето через клинику прошло 120 дизентерийных больных, из которых обследованы были бактериологически 90; из них 33 мужчины и 18 женщин, всего 51, из числа наиболее тяжелых, подверглись лечению вакциной. По возрасту они распределялись следующим образом: от $\frac{1}{2}$ до 1 года—5 чел., от 1 до 5 л.—7, от 6 до 15 лет—4, от 16 до 45 л.—31 и старше 45 лет—4 чел. Больные поступали в клинику, начиная со второго дня заболевания; в частности, поступивших между 2-м и 5-м днями заболевания было среди них 30 чел., т. е. около 60%, остальные поступили с 5-го по 20-ый день болезни, а один больной поступил под наблюдение даже на 47-ой день болезни. По клиническому диагнозу пациенты разделялись на дизентерийных—40 случаев и на больных с геморрагическим колитом—11 случаев. Клинический диагноз устанавливался по наличию таких признаков, как боль в животе, тенезмы, частый стул с кровью и со слизью, наличие спазма *S romani*. По частоте стула наши больные распределялись так: поминутно имели стул 9 чел., очень часто (20—25 раз в сутки)—5, остальные часто (10—15 раз в сутки). У всех был типичный стул со слизью и кровью.

Бактериологическое исследование испражнений производилось нами в лаборатории клиники, причем материал для исследования мы добывали

стерильными стеклянными трубочками с обилавленными концами; трубочки эти с обоих концов были заткнуты ватными пробками. Освободив один конец трубки от ватной пробки, я вводил трубку в прямую кишку и, по наполнении ее испражнениями, вынимал, после чего содержимое ее служило материалом для бактериологических посевов. Это давало нам 1) уверенность в отсутствии постороннего загрязнения материала через подкладные судна, использованные другими больными, 2) возможность получения кала в любой момент и 3) обеспечивало полную свежесть материала, который обычно засеивался еще в теплом виде. Посевы производились на среде E n d o. Культуры дифференцировались на цветных средах. Серологически проверялись штаммы перекрестной агглюцинации: сыворотка больного со штаммом того же больного и лабораторными штаммами, а также лабораторная агглютинирующая сыворотка со штаммом больного. Кроме того, кал всех больных обследовался микроскопически в теплом виде на присутствие Protozoa. В трех случаях хронической дизентерии нами были обнаружены амебы, по удалении которых эметическим процессе прекратился.

Результаты бактериологических находок у нас были таковы: палочка *S h i g a* была найдена 12 раз, *F l e x n e r ' a*—5 раз, *H i s s - R u s s e l ' a*—4 раза; далее, в 1 случае мы нашли палочку *S t r o n g ' a* и *p r o t e u s v u l g a r i s*, в 1—эту палочку и *b a c. a l c a l i g e n e s*, у остальных были найдены *b a c. c o l i* и *p a r a c o l i*. Процент положительных бактериологических находок дизентерийных палочек у нас был т. о., довольно высокий—43%, т. е. выше, чем у многих других авторов. У *З л а т о г о р о в а* во время ленинградской эпидемии 1920 г. процент этот равнялся 17, у *A l i v a s a t o s ' a*—31,5, в Боткинской больнице в Ленинграде—36. Высокий процент наших находок надо объяснить тем, что мы производили непопулярное исследование всех больных, поступивших в отделение, а отбирали самые тяжелые случаи, где заранее предполагали иметь положительный ответ.

Хотя эпидемия 1926 г. была невелика,—всего по Казани заболело 570 чел.,—но и на нашем материале мы могли подметить повышение процента положительных находок дизентерийных палочек во время разгара эпидемии и падение его—к концу последней.

Все обследованные нами больные (за исключением 3 с амебами) получали вакцину *per os*. При этом, считаясь с указанием многих авторов на разнообразие возбудителей дизентерийного процесса, мы решили воспользоваться комплексной пенто-вакциной, предложенной проф. *З л а т о г о р о в ы м*, ибо таким путем мы надеялись скорее и вернее достигнуть насыщения соответствующим вирусом восприимчивых клеток кишечника. Вакцина нами готовилась алкогольная, по *З а б о л о т н о м у*. Штаммы были получены из Мечниковского Института в Москве и Казанского Микробиологического Института и проверены нами на сахарных средах и серологически. Посев производился, как обычно, на агаровых пластинках. Двухсуточная культура смывалась физиологическим раствором, затем эмульсия прогревалась один час при 56°, по стандарту устанавливалось количество бактериальных тел, и прибавлялось 20% алкоголя с расчетом, чтобы в каждом куб. сант. вакцины содержалось 10 миллиардов бактериальных тел. Вакцина приготавливалась из каждого штамма в отдельности, перед дачей же ее больному отдельные вакцины смешива-

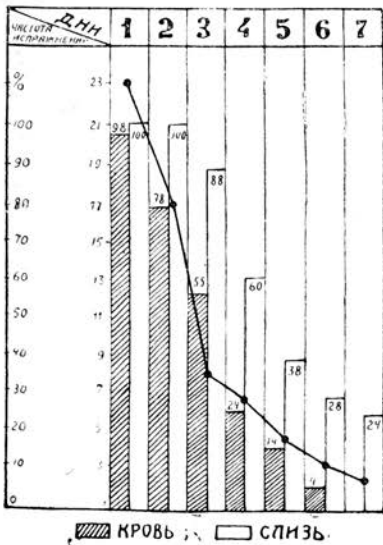
лись в следующей комбинации, принятой для пентовакцины проф. Златоговым в Харьковском Бактериологическом Институте: *b. Shiga*—30%, *b. Flexner*'a и *Hiss-Russell*'я—по 10%, *proteus vulgaris* и *coli*—по 25%. Пропорцию эту мы впрочем иногда меняли в зависимости от результатов бактериологического исследования испражнений больных. Зная содержание бактерий в единице объема, можно дозировать такую вакцину, просто отмеривая ее при помощи измерительного цилиндрика.

Подобные комплексные вакцины применяли и другие авторы. Так, *Alivasatos* с лечебной целью применял вакцину из штаммов *Shiga*, *Flexner*'a и *Hiss-Russell*'я; его способ приготовления вакцины отличается от обычного тем, что смытая бактериальная эмульсия высушивалась, разбавлялась затем физиологическим раствором и каплями (20—30 в день) давалась больным. Автор подчеркивает, что необходимо начинать лечить вакциной с первых же дней заболевания, и приходит к заключению, что при этой форме терапии % неудач меньше, чем при сывороточном лечении. Глухов и др. давали больным натошак таблетки, содержавшие по 100 миллиардов *b. Shiga* и *Flexner*'a, 4—5 дней по одной таблетке; они также применяли и алкогольную вакцину из тех же штаммов. Березнев, в Иваново-Вознесенске, применял таблетки из *b. Shiga*—30 миллиардов, *Flexner*'a, *Hiss-Russell*'я, *proteus vulgaris* и *coli*—по 17½ миллиардов (всего в таблетке было 100 миллиардов бактерийных тел; количество таблеток, получаемых больными, у него сильно варьировало,—от 12 до 93 таблеток за все время лечения. У обоих последних авторов вакцинотерапия дизентерии дала вполне ободряющие результаты.

Чтобы одновременно получить иммунитет кишечной стенки также и против токсинов дизентерийных бактерий, Глухов предложил пользоваться особой бульонной „формовакциной“, где получающийся при росте бактерии дизентерийный токсин превращается в анатоксин добавлением формалина по *Ramoni*'у.

Мы давали вакцину натошак утром и за час перед ужином, на пустой желудок. Продолжительность применения ее колебалась у нас от 3 до 8 дней, лишь четверо наших больных получали вакцину до 10-го—11-го дня. Обычная разовая доза для взрослых была 10—15 куб. сант., т. е. 100—150 миллиардов бактерийных тел, а в некоторых случаях доза вакцины повышалась до 50 куб. сант. за сутки. Детям до 7 лет вакцина давалась, начиная с 5 куб. сант. на прием. Вакцина принималась больными охотно, и не было случая, чтобы больной жаловался после приема ее на неприятный вкус или тошноту. Хорошо переносили вакцину и дети, у которых мы также ни разу не встретили в этом отношении каких-либо осложнений. В первый и второй день заболевания вакцину нам применить не удалось; начиная с 3-го дня болезни, вакцинотерапия была проведена у 4 чел., с 3-го дня по 6-ой день—у 24 чел., т. е. у 48% всех леченных больных; остальных мы начали лечить вакциной от 6-го до 24-го дня, а в одном случае—с 47-го дня заболевания. В некоторых случаях нам не удалось провести вакцинотерапии в чистом виде, так как при поступлении в больницу дежурным врачом назначался один прием касторового масла, но в дальнейшем течении болезни какого-либо особого результата от этого приема не отмечалось. После приема вакцины у боль-

шинства больных замечалось быстрое улучшение общего состояния; даже больные, находившиеся в очень тяжелом состоянии, быстро меняли свой вид; в особенности быстро уменьшалась частота стула.



Как видно из прилегаемой диаграммы, где приведена средняя частота стула на одного больного в сутки, уже на 3-й день лечения количество стула падало больше, чем наполовину, а на 5-й день оно достигало $\frac{1}{4}$ первоначального. Результаты окажутся еще убедительнее, если принять во внимание, что в счет вошли здесь и случаи со смертельным исходом, где применение вакцины было начато слишком поздно. С уменьшением количества стула шло также уменьшение тенезмов, исчезали из стула кровь и слизь, болезненные же ощущения в животе держались несколько дольше, хотя через несколько дней (3—4 дня) и они утихали. Вместе с общим улучшением у больных по-

нижалась и температура; только при позднем применении вакцины, когда были налицо сильная интоксикация и обширные анатомические изменения в кишечнике, падение температурной кривой задерживалось. Чем раньше было начато применение вакцины, тем скорее и лучше получался терапевтический эффект,—факт, подтверждаемый также Alivasatos'ом, Глуховым и Березневым.

На весь наш материал приходится всего три смертных случая, причем все эти трое больных поступили в клинику в очень тяжелом состоянии, и двое из них начали получать вакцину слишком поздно. Один начал получать ее с 47-го дня болезни (переведен из тифозного отделения в состоянии сильного истощения), другой поступил на 24-й день болезни с общей интоксикацией и кахектическими отеками; на действие вакцины в обоих этих случаях было трудно рассчитывать. Третий случай—грудной ребенок 7-ми мес., который поступил в очень тяжелом состоянии, с сильной интоксикацией, вместе с матерью, также заболевшей тяжелой формой дизентерии. Ребенок получил вакцину с 5-го дня болезни, но состояние его быстро ухудшилось, так как мать потеряла молоко, и он был переведен в жаркое летнее время на искусственное вскармливание; на 7-й день пребывания в больнице и на 4-й день искусственного вскармливания он погиб при явлениях упадка сердечной деятельности и прогрессирующей общей интоксикации, мать же выписалась здоровой.

Всего леченные вакциной дали нам 6% смертности. Такую же незначительную смертность при вакцинотерапии получили и другие авторы. Так, Alivasatos на 117 случаев имел один смертельный, Глухов и др. на 81 случай имели 3 смерти, Березнев на 20 случаев, леченных вакциной, не имел ни одного смертного.

Что касается в частности грудных детей, то они, как правило, поступали у нас после первой недели болезни, часто в безнадежном со-

стоянии; в таких запущенных случаях рассчитывать на магическое действие вакцины было трудно, и, несмотря на это, из грудных детей, леченных вакциной, погиб только один, тогда как леченные другими способами дали гораздо большую смертность.

Все наши больные выписались из отделения вполне поправившимися. В отношении особенностей течения болезни у наших больных можно указать на следующие случаи:

Случай № 11. Женщина 75 лет, пятый день болезни, стул без счета (бактериологически Shiga-K fuse), со слизью и кровью, общее состояние крайне тяжелое, — резкий упадок сердечной деятельности, аритмичный мягкий пульс, значительное расширение границ сердца, систолический шум на верхушке, очень резкая боль в животе. Применена вакцина, по 30,0 в день, в течение 10 дней. На 10-ый день пребывания в клинике кровь из стула исчезла, боли уменьшились, и вакцина отменена. Улучшение продолжалось. Через две недели подьем температуры — пневмония, затем плеврит. Несмотря на все это, больная выписалась совершенно поправившейся.

Случай № 21. Больная находилась в клинике по поводу дизентерии, лечилась обычными, общепринятыми методами. Выписалась с улучшением. Дома болезнь приняла хронический характер, и через 6 недель больная вновь поступила в клинику. Бактериологически — b. Flexner'a. Вакцина в течение 4 дней, после чего стул нормальный, дальнейших рецидивов нет.

Вообще отсутствие рецидивов заболевания при лечении вакциной является особой чертой этого метода, тогда как при других способах лечения в практике нашей клиники отмечались неоднократно или нешолное излечение, или повторное заболевание.

Случай № 4. Больная, судя по анамнезу, перенесла ранее какую-то нефропатию с общими отеками, поступила в клинику еще со следами отека на ногах. Стул без счета, со слизью и кровью, с гнилостным запахом. После 10 дней вакцинотерапии кровь, слизь и боли исчезли, стул стал каловым, 2—3 раза в день. Неделю спустя в моче появился белок до 5—7^{0/100}, гиалиновые и зернистые цилиндры и форменные элементы крови, отеки увеличились, появились гидроторакс и асцит. На 15-й день после последнего приема вакцины тяжелый уремический припадок и коматозное состояние. После кровопускания (200 куб. сант.) все явления быстро затихли, и больная выписалась в удовлетворительном состоянии.

В последнем случае напрашивается мысль: не сыграло ли здесь вредную роль продолжительное применение вакцины у больной с нефропатией? По этому поводу мы можем указать на экспериментальную работу Аливасатоса и Ивановича, которые указывают, что иммунизирующая доля вакцины у кроликов очень высока, почти совпадает с токсической дозой и потому может привести животное к смерти, а также, — что введенный в кишечник дизентерийный токсин быстро связывается, но через некоторое время может вновь освободиться и оказать свое губительное действие. Эти выводы очень важны для нас, свидетельствуя, что на вакцину нельзя смотреть, как на безразличное вещество. Теоретически можно полагать, что в каждом отдельном случае доза вакцины имеет определенную границу, выше которой переходить нельзя, практически же нужно помнить, что, назначая вакцину изодня в день, мы вводим в организм небольшими порциями токенин, который, накапливаясь в организме, может неожиданно оказать свое вредное влияние, усилив общую интоксикацию. Последнее может сделаться опасным, если мы имеем дело с больными, у которых уже существует поражение внутренних паренхиматозных органов, как то было в нашем случае № 4. В подобных случаях, повидимому, лучше применять видоизмененную анатоксическую вак-

цину, относительно которой уже имеется указание в литературе (Глухов).

Нам кажется, затем, что было-бы желательно при вакцинотерапии *per os* учитывать флору кишечника больного. Иной раз в чашках Petri имеются сплошь колонии *bac. coli*, и лишь кое-где можно бывает встретить подозрительные колонии дизентерии. В других случаях, наоборот, почти все чашки содержат преимущественно колонии дизентерийных палочек или других микробов. Смешивая поливалентную вакцину, мы полагаем, что будет целесообразно увеличить пропорционально дозу вакцины из тех микробов, которые преобладают в данном случае в кишечной флоре, т. е. индивидуализировать каждый случай. Хотя этим и усложняется метод лечения, но там, где это возможно провести, такая индивидуализация крайне желательна. Наш способ хранения вакцины,—каждого штамма в отдельности,—дает нам полную возможность легко проводить такую индивидуализацию. На второй—третий день после поступления больного мы уже можем установить, какова преимущественная флора кишечника у него, и, считаясь с этим, приготовить для больного соответствующую вакцину.

Сравнивая впечатления от лечения дизентерии другими методами (слабительные, масляные клизмы, препараты танина, *ol. vaselini*, атропин, кальций и др.) с теми, какие были получены нами при вакцинотерапии, приходится сказать, что наиболее благоприятные результаты получались все же при вакцинотерапии. За всю эпидемию 1926 года в Казани, по данным Татнаркомздрава, было 570 случаев дизентерии, давших 65 случаев смертности, что составляет $12\frac{1}{2}\%$. Если взять материал лишь нашей клиники, то из 80 случаев, леченных обычными способами, среди которых $\frac{3}{4}$ было очень легких, все же 7 (8,75%), имели смертельный исход, тогда как из 50 случаев, леченных вакциной, среди которых, как уже упоминалось, были только случаи более тяжелые, мы имели всего три случая смерти (6%).

Очень интересные в этом отношении данные приводит Глухов по Барачной больнице в Ленинграде, сравнивая смертность при различных методах лечения, проведенных в одну и ту же эпидемию на однородном материале.

Форма терапии	Количество больных	% смертности
<i>Natr. sulfuricum</i>	242	17%
Обычная	62	32%
Сыворотка	45	27%
Вакцина	39	7,7%

Если же выделить отдельно тяжелые случаи заболевания, то окажется, что леченные обычным способом дали в материале Глухова 58,7% смертности, тогда как леченные вакциной дали смертность всего в 15,8%. Из этих данных ясно вытекает, что метод вакцинотерапии дизентерии заслуживает полного внимания и должен быть введен в обиход наших больничных учреждений.

Наш материал слишком мал, чтобы делать из него категорические выводы. Здесь нужны массовые наблюдения, притом как в области энтеровакцинотерапии, так и в области профилактики, ибо механизм действия вакцины в обоих случаях один и тот же: вакцинотерапия—это иммунизация процесса заболевания, при ней иммунизируются клетки, уцелевшие еще от поражения, а при профилактической иммунизации страхуются все клетки эпителия толстой кишки. Все же и из наших наблюдений можно вывести некоторые заключения:

1) Вакцинотерапия *per os* хорошо переносится как взрослыми, так и детьми.

2) Точная дозировка вакцины требует дальнейшей экспериментальной разработки и массовых наблюдений.

3) Желательно применять поливалентную комплексную вакцину.

4) Весьма важно индивидуализировать состав вакцины в зависимости от кишечной флоры больных.

5) Раннее применение вакцины—необходимое условие для получения быстрого и прочного результата.

6) Отсутствие рецидивов является характерной чертой вакцинотерапии дизентерии.

7) Под влиянием вакцины частота стула быстро уменьшается, исчезают тенезмы, пропадают кровь и слизь в испражнениях, и улучшается общее состояние больного, тупые же боли в животе могут держаться на несколько дней дольше.

8) Вакцину следует продолжать давать в уменьшенной дозе вплоть до появления нормального стула.

9) В случаях поражения почек или других паренхиматозных органов необходимо соблюдать крайнюю осторожность в дозировке вакцины или применять нетоксическую вакцину (формовакцину).

10) Метод вакцинотерапии *per os* заслуживает полного внимания и должен быть введен в обиход наших больничных учреждений.

11) Для дальнейшей разработки вопроса необходимы массовые наблюдения в лечебных заведениях и иммунизация целых групп населения с целью профилактической.

В заключение приношу благодарность проф. В. М. Аристовскому за любезное предоставление нам дизентерийных штаммов и за ценные указания в настоящей работе.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Безредка. Местный Иммуитет. Париж, 1923.—2) Безредка. О местном иммунитете. Пр. Мед., 1927.—3) Берсенев. Проф. Мед., 1925, № 2.—4) Глухов. Проф. Мед., 1925, № 7.—5) Глухов, Волков, Ерусалимчик и Панина. Проф. Мед., 1926, № 7—8.—6) Глухов. Гиг. и Эпидем., 1927, № 2.—7) Баскаков. Гиг. и Эпидем., 1926, № 5.—8) Златогоров, Городкова и Каретникова. Вр. Газ., 1926, № 5.—9) Alivasatos. D. med. Woch., 1925, S. 1728.—10) Петерсон, Алисов и Веденяпин. Вр. Дело, 1924, стр. 1178.—11) Глухов. Проф. Мед., 1924, № 9—10.—12) Alivasatos and Jowanovic. Zbl. f. Bakt., Abt. I, 1926, S. 311.—13) Chwostek и Dopter. Цит. по Alivasatos'y.—14) Otten und Kirschner. Zbl. f. Bakt., Abt. II, 1927, S. 176.—15) Lesbré et Verdeau. Цит. по Глухову.

К вопросу о дегастроэнтеростомии¹⁾.

Прив.-доц. С. А. Флерова.

Вопрос о раз'единении желудочно-кишечного соустья является в настоящее время злободневным, а потому позволим себе высказаться по этому вопросу и привести, в качестве иллюстрации, следующий случай, наблюдавшийся в нашей клинике:

Больной П. С., рабочий, 30 лет, жалуется на желудочно-кишечные расстройства, существующие у него пять лет. Год тому назад ему участковым врачом была произведена задняя Г.-Э. с длинной петлей по поводу предполагавшейся язвы выхода желудка. После операции наступило облегчение: бывшие в подложечной области боли, исчезавшие при лежании, прошли, запоры, раньше упорные, теперь стали наблюдаться лишь изредка. Однако через 8 месяцев все прежние жалобы вернулись, после чего больной обратился в нашу клинику. У нас с помощью аускультации желудка по Rumpelberg'u и при рентгеновском просвечивании у больного были обнаружены значительное опущение и расширение желудка. Большая кривизна находилась почти у входа в малый таз. Желудочный сок оказался нормален.

27/1 27 г. проф. А. В. Вишневским под местной инфльтрационно-брыжеечной анестезией произведена лапаротомия. Спаек в животе не оказалось. Соустье в надлежащем месте и хорошо проходимо. Стеноза привратника нет. Никаких признаков язвы, или рубца, не обнаружено. Желудок сильно удлиннен и расширен, его стенки вилы. Произведена обширная резекция желудка по Billroth'u I, причем соустье предварительно отсечено вместе с примыкающим к нему небольшим сектором желудка; образовавшиеся отверстия в кишке и желудке зашиты. Через 4 месяца после операции больной приехал показаться. Самочувствие его хорошее, границы желудка нормальны.

Итак у данного больного первая операция, сделанная ему участковым врачом, Г. - Э., была произведена при наличии не распознанного гастро-колоптоза. Существовала-ли у него в то время, кроме того, и круглая язва желудка или 12-перстной кишки, конечно с уверенностью сказать нельзя, но в этом приходится сомневаться, так как никаких следов язвы не осталось. Поэтому приходится допустить, что в первый раз больному было сделано то, чего не нужно было делать.—не нужно было при гастроэктазии и гастроптозе производить Г.-Э. между тем, как по поводу самого гастроптоза не было сделано ничего.

Но раз нам пришлось считаться с уже совершившимся фактом, то на нас легла обязанность не только исправить данную ошибку, но и выработать линию поведения для подобных случаев и в дальнейшем, ибо надо думать, что данный факт—далеко не единичное и исключительное явление.

Итак рассмотрим по порядку те различные случаи, где мы будем вынуждены произвести разобщение анастомоза между желудком и тощей

¹⁾ Сообщено в Хирургич. секции О-ва Врачей при Казанск. У-те 2/III 27 г.

кишкой. В зависимости от особенностей случая и др. обстоятельств и способ нашего поведения должен быть различен.

Для приведенного случая, повидимому, наиболее целесообразным явился именно способ, примененный в нашей клинике: большой одновременно извлеклся и от ненужного ему соустья, и от опущения и расширения желудка. Восстановление связи культией желудка и 12-перстной кишкой по Billroth'y I является операцией более физиологичной, чем другие комбинации. Риск этой операции невелик, если применить местную инфльтрационную анестезию,—в связи, конечно, с соответствующей техникой самой операции, надлежащей подготовкой и уходом. Резекция желудка при сильном опущении, т. е., иначе говоря, при сильном удлиннении его, является вмешательством более надежным, чем совсем еще безупречная по своим отдаленным результатам операция гастропексии.

Гораздо сложнее будет обстоять дело, если при вторичной операции мы найдем пептическую язву тощей кишки, кроме той язвы, или оставшегося рубцового сужения выхода желудка, ради которых и была произведена Г.-Э. В этом случае наиболее показанными явятся: разобщение анастомоза плюс резекция язвенного участка тощей кишки и сшивание между собой концов последней плюс резекция желудка по Billroth'y I. В некоторых случаях может быть выполнено и менее травматическое вмешательство,—после резекции места анастомоза не резекция желудка, а пилоропластика. Можно-ли в таком случае, не прибегая совсем к резекциям желудка и кишки, обойтись операцией Вабсск'а-Богораз, т. е. сделать соустье между желчным пузырем и желудком, пока сказать нельзя, так как наблюдения авторов по поводу этой молодой операции еще недостаточно многочисленны.

За то мы совершенно не можем согласиться со способом, применяемым в подобных случаях Finsterer'ом. Последний производит две резекции—язвенного участка подшивтой к желудку кшечной петли и самого желудка, после чего зашивает верхние концы duodeni и дистального отрезка jejuni; затем дистальный отрезок jejuni он соединяет с желудком, по принципу конец желудка вбок кшкки, а проксимальный отрезок jejuni соединяет, несколько ниже, с подшитым к желудку дистальным отрезком, по принципу конец вбок. В результате получается игрекообразный анастомоз по Roux, от которого и сам Roux отказался, так как здесь слишком велики шансы для того, чтобы пептическая язва jejuni образовалась снова,—здесь как раз создаются те условия, которые в моих экспериментах на собаках давали возникновение искусственных хронических язв jejuni, а Mann'y, совместно с Williamson'ом,—хронических язв ilei, duodeni и желудка. Объяснение этому простое: желчь, а главным образом панкреатический сок, не в состоянии при этом забрасываться в желудок и нейтрализовать в нем избыток кислоты и пепсина.

Могут, далее, представиться случаи, где ни круглой язвы, ни сужения выхода из желудка нет, как нет и гастроптоза. В подобных случаях, очевидно, показания к Г.-Э. были поставлены ошибочно, и желудок вообще не нуждался в услугах оператора. Необходимо в подобных случаях раз'единить ненужный анастомоз и поискать другой причины субъективных жалоб со стороны больного.

Причиной расстройств после Г.-Э., сделанной по правильным показаниям, могут быть разнообразные дефекты в области соустья, зависящие

от неправильной техники, или несчастливо сложившегося рубцевания. Тогда могут выступить на сцену исправляющие мероприятия, вроде рассечения спаек, устранения странгуляции кишки в mesocolon'e, придания отводящему колону более правильного положения и т. д. Если такие дефекты устранены надежно, то этим можно и ограничиться; в случае же сомнений полезным добавлением может служить пилоропластика. Эта простая операция дает хорошую возможность желудку опорожняться, а желудочному соку—лучше нейтрализоваться при помощи Павловского-Болдыревского дуоденального забрасывания, чем чрез Г.-Э. отверстие.

Несколько слов еще относительно техники раз'единения анастомоза. В клинике бр. Мауо, по словам Вайфурга, это производится следующим образом: сзади от анастомоза проходят пальцем чрез mesocolon transversum, отделяют от последнего соустье, вытягивают чрез отверстие желудок и накладывают на последний клемму; клеммы кладут также на приводящее и отводящее колена jejuni; после этого крепкими ножницами разделяют анастомоз, держа линию рассечения слегка в сторону желудка; наконец, накладываются швы на желудок и на отверстие в кишке. Подобную технику у нас в России недавно рекомендовал д-р Успенский. Такая же техника была применена и у нашего больного.

Во всяком случае нужно сказать, что распутать клубок гораздо труднее, чем его завутать. Трехчасовые операции, как бы они ни были хорошо продуманы и выполнены, все же не в интересах ни хирурга, ни, тем более, самого больного. У нас, правда, такие операции пока единичны, но, напр., в клинике Мауо количество дегастроэнтеростомий достигло к 1925 году цифры в 343 случая. Поэтому является желательным, чтобы хирурги избегали ненужных Г.-Э.,—иначе мы, принося больному вред, можем дискредитировать и самую Г.-Э., дискредитировать и хирургию вообще.

Встает, следовательно, вопрос о профилактике наших хирургических ошибок в этой области.

В прошлом году проф. Вег, не найдя при операции предполагаемого почечного заболевания, обратился к аудитории, полушутя, со следующими словами: „Когда хирург оперирует по поводу язвы желудка и таковой не находит, он делает Г. Э.; когда же оперирует по поводу почечного заболевания и такового не обнаруживает, то делает декапсуляцию“. О бесполезных и даже вредных операциях на желудке упоминает Вабсок. Деаверг высказывается против неумеренного пользования Г.-Э. в тех случаях, когда язва не может быть продемонстрирована, так как это дает расстройство дигестивной функции. Хабегер предостерегает пользоваться Г.-Э. в тех случаях, когда при операции мы язвы не находим. Сп. Мауо говорит: „Мы имели дело с несколькими сотнями случаев, где Г.-Э. была произведена на основании лишь одних симптомов, так как присутствие язвы не было доказано... Хирурги часто производят эту операцию,—говорит далее он,—хотя язвы не имеется, а имеются гастрические расстройства, обязанные своим происхождением пилороспазму, вызванному заболеванием аппендикса, более часто—заболеванием желчного пузыря, реже—заболеванием поджелудочной железы“. W. Мауо заявляет: „Мы в своей клинике произвели несколько сот ненужных Г.-Э.“ Позволю привести еще мнение Раучет, который говорит, что, если язву нельзя видеть и ощущать, нужно искать изменений в других органах живота, а

если и там ничего не окажется, — зашить живот. „В хирургических больницах, — говорит он, — уже накануне операции висит объявление: „Г.-Э.“, без диагноза. Во время операции хирург, после быстрого осмотра, не найдя изменений, объявляет: „желудок опоражнивается плохо, есть спазм привратника, слизистая кровоточит, duodenum расширена, дренаж желудка облегчит больного, Г.-Э. показана“.

Вот краткая иллюстрация того, чему участниками и свидетелями были наши мировые хирурги. То, что осознали они, должно войти в сознание и каждого хирурга. Что касается нашей клиники, то проф. А. В. Вишневский всегда был осторожен в выборе случаев для Г.-Э. и, если ему приходилось делать последнюю при видимом как-бы отсутствии язвы, то только чрезвычайно редко и по особым, исключительным показаниям (повторные кровотечения).

Теперь спрашивается, в каких же случаях Г.-Э. является противопоказанной? Противопоказанной она является прежде всего при гастроптозе. При последнем подшитая кишечная петля своим весом усиливает птоз, а желудок, благодаря своей чрезмерной подвижности, производит на подшитую петлю натяжение, вызывает перегибы и стеноз (Sternberg).

Противопоказанной Г.-Э. должна считаться и при недостаточной деятельности поджелудочной железы вследствие заболеваний последней, когда поджелудочная железа не в состоянии вырабатывать достаточное количество щелочи и трипсина, дабы, забрасывая их чрез соустье в желудок, нейтрализовать там избыток кислоты и пепсина. В этом случае ни Г.-Э., ни другая какая-нибудь операция на желудке не помогут, — здесь нужно лечить поджелудочную железу, т. е. устранить аппендицит, холедохит и др. фокусы инфекции (С. Флеров).

Далее, Г.-Э. противопоказана в тех случаях, когда язва при операции не констатируется. Иногда хирурги, найдя перигастритические спайки, приходят к далеко не всегда правильному заключению, что эти - то спайки и суть результат невидимой и неощупываемой язвы. Но мы знаем, что перигастрит может быть результатом воспаления аппендикса, желчных путей, а иногда и просто результатом гастрита. Гастрит же, хотя и является почти постоянным спутником язвы, но, конечно, может быть и без наличия последней. Doberger в 1924 г. опубликовал 142 случая резекции желудка по поводу предполагавшейся язвы; все эти случаи без исключения были с перигастритом. причем оказалось, что только в 89 из них были найдена круглая язва, в остальных же 53 случаях язвы не найдено, а оказался гастрит, который и повел к перигастриту.

Не находят язвы при операции и тогда, когда топический диагноз был поставлен неправильно, когда, при субъективных ощущениях в области желудка, самый болезненный процесс находится где-либо в другом месте. Raucher по этому поводу говорит: „Хирург, который собирается оперировать по поводу язвы желудка, должен помнить, что на 10 больных, жалующихся на желудочные расстройства, может быть, найдется только один, который действительно одержим язвой, девять же представляют simplement des frubles reflexes.“. Г.-Э. не поможет, затем, если желудок вследствие растяжения и истончения стенок превратился в маложизненный вялый мешок, причем условия гидродинамики, т. е. направления струи содержимого (вихревой нити в гидродинамике), изменились во вредную

для стенок его стороны. В этих случаях показана резекция желудка (С. Флеров), что в нашей клинике и применяется с успехом проф. А. В. Вишневским.

Проф. А. В. Вишневский всегда был противником исключения привратника, а в последнее время сделал и дальнейший логический шаг, считая, что при сужении привратника Г.-Э. вообще не показана.

Моя работа по патогенезу круглой язвы вполне подтверждает такое мнение. Дело в том, что при сужении привратника не всегда, очевидно, можно рассчитывать на правильность забрасывания дуоденальных соков в желудок через соустье. Отсюда возникновение новой язвы—в jejunum. Одним из выводов моей диссертации является следующий: „Рациональным представляется при круглой язве не закрывать привратник, а открывать, т. е. прибегать в соответствующих случаях не к исключению привратника, а, напр., к пилоропластике“. Мотив здесь тот, что при исключении привратника нередко наблюдается возникновение вторичных, пептических язв jejuni (Ch. Mayo, Haberer, Hütten и др.). А если привратник исключен, хотя-бы и неполно, патологическим процессом (рубец, перити́б), условия для возникновения пептической язвы jejuni будут после Г.-Э., приблизительно, те же, как и при искусственном исключении привратника. В таком случае, если и позволительно делать Г.-Э., то не одну, а вместе с пилоропластикой, дабы дуоденальное забрасывание совершалось, если не через соустье, то через привратник.

Таким образом по отношению к желудочным операциям вообще и к Г.-Э. в частности необходим подход более осторожный и осмысленный. Отсутствие такого подхода и повело к тому, что в настоящее время возникла как-бы новая „болезнь“—„Gastroenterostomiekrankheit“. Во избежание ее „эпидемического“ распространения настоящее наше сообщение и имеет своей задачей посылить наметить схему и лечения, и профилактики против этой, во всяком случае, нежелательной „болезни“.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Богораз. Вр. Дело, 1924, № 11—12.—2) Болдырев. Рус. Вр., 1911, № 51.—3) Иозефович. Вр. Дело, 1927, № 3.—4) Павлов. Лекции о работе главн. пищеварит. органов. 1917.—5) Покотило. Рус. Кл., 1927.—6) С. Флеров. Каз. Мед. Журн., 1925, № 3, и диссертация, Казань, 1925.—7) Austermann. Ann. of surg., 1921.—8) Balfour. Ann. of surg., 1925.—9) Babcock. Ref. Surg., Gyn. and Obst., 1922.—10) Bolton and Goodhart. Lancet, 1922.—11) Finsterer. Die Methoden d. Localanästhesie. 1923.—12) Haberer. Surg. Gyn. and Obst., 1924.—13) W. Mayo. J. A. M. A., 1922.—14) Ch. Mayo. Ann. of surg., 1921.—15) Pauchet. Presse méd., 1925.—16) Sternberg. Zbl. f. Chir., 1927.—17) De Takats and Mann. Ann. of surg., 1927.—18) Walton. Brit. journ. of surg., 1915.

К вопросу о регенерации тканей при проникающих дефектах лица.

Д-ра Г. С. Топровера.

(С 2 рис.).

„Регенерация—самый могущественный союзник хирургии“.
Проф. С. С. Гирголав.

Прекрасные регенеративные свойства лицевых тканей при свежих повреждениях общеизвестны. Обилие анастомозирующих сосудов, значительная рыхлость и подвижность кожи лица при соблюдении асептики и гемостаза обуславливают хорошее и скорое заживление ран, как равно и приращение совершенно отделенных частей лица, пришитых своевременно и аккуратно. Форма лицевой раны и свойства ее краев часто представляют крайне невыгодные условия для заживления, и тем не менее последнее обыкновенно происходит первичным натяжением, которого никак невозможно было-бы ожидать в другом месте тела.

При ранах, проникающих в одну из полостей лица (ротовую, челюстную), еще очень важно чистое содержание полости, что достигается применением некоторых антисептических растворов в виде полосканий или промываний.

Для замещения больших дефектов на лице предпочтительнее прибегать к пластическим операциям, чем к простому натяжению подвижной кожи, в виду дальнейшего сморщивания рубца, ведущего к обезображиванию. Результаты операций в свежих случаях всегда бывают хороши.

Далеко не так блестяще обстоит дело, когда приходится замещать застарелые дефекты лица, окруженные большими рубцами, особенно же когда эти дефекты проникают в полость рта (напр., дефект щеки после номы), или в одну из придаточных полостей. Успех в таких случаях обуславливается еще двумя весьма важными обстоятельствами: 1) высокой пластической техникой хирурга, 2) долготерпением и социальным положением больного, так как лечение часто длится здесь много месяцев, складываясь из нескольких оперативных этапов, причем отдельные этапы могут не удаваться и требовать повторения. Такое оперативное лечение часто бывает непод силу рабочему, попадающему за длительностью лечения в инвалиды, и крестьянину, которому рабочий день дома особенно ценен.

По этим-то социальным показаниям хирург порой вынужден против своей воли оперировать проникающие дефекты лица насех, применяя минимум оперативного творчества и стараясь консервативно „зашить дыру“, дабы, пренебрегая косметическим эффектом, достичь функционального результата. Натяжение рубцовой ткани при этом редко сулит успех,—операция чаще не удается, и наступает status quo ante. Однако вызванные к жизни

небольшим вмешательством хирурга, находившиеся в потенциальном состоянии регенеративные процессы лицевых тканей могут успешно сделать то, чего не удалось оператору.

Приведу вкратце две истории болезни, из которых первая относится ко времени моей работы в Должанской хирургической больнице и потому приводится мной по памяти и согласно записи в журнале личных операций.

1. X. В-ко, 12 лет, крестьянка, поступила 12/III 1925 г. с жалобами на имеющуюся «дыру» на правой стороне лица, оставшуюся после бывшего 3 года назад воспалительного заболевания. Правая половина лица запавшая. В правой подглазничной и скуловой областях слабо подвижная рубцовая кожа покрывает кость. У основания правого нижнего века имеется обрубцованный по краям дефект, величиной $2,5 \times 1,5$ см., проникающий в челюстную полость. Через указанный дефект при надлежащем освещении легко осмотреть Гайморову полость, высланную бледно-красной слизистой, местами с гнойными налетами. Рот больная раскрывает свободно. До 17/III ежедневные промывания 3% борным раствором. 17/III под местной анестезией $\frac{1}{2}\%$ новокаином края окружающей дефект кожи освежены, отсепарованы кругом и стянуты швами до соприкосновения. Нижнее веко осталось невывернутым. На 6-ой день края раны разошлись; дефект несколько больше бывшего до операции. Больная по домашним обстоятельствам настояла на выписке, обещав явиться для вторичной, более сложной операции месяца через два. Через указанный срок она показалась со вполне заросшим дефектом. Рубец в области последнего был несколько нежнее окружающей рубцовой ткани, но достаточно плотен и слабо-подвижен. Под ним прощупывалось «окно» в Гайморову полость. По словам пациентки, по выписке из больницы рана припухла, а затем постепенно зажила. В настоящий момент больная чувствует себя хорошо. Случай этот явился для нас приятной неожиданностью. Жалко лишь было, что заживление здесь произошло не под наблюдением.

II. А. Г-ва, 12 лет, поступила в Кадиевскую больницу 23/VI 1926 г. с жалобами на „отверстие“ в левой щеке. В 1925 г. перенесла тиф (не знает точно,

какой), после которого образовался на левой щеке „парыв“, закончившийся образованием сквозной дыры. При осмотре оказалось, что у Г-вой имеется сквозной дефект левой щеки в 4×3 см. величиною, обрубцованный по краям (см. рис. № 1). Через отверстие видны были коренные зубы обеих десен. Открывание рта ограничено, но говорит больная внятно. Ест преимущественно правой стороной рта, причем жидкая пища вытекает через дефект левой щеки. Больная еще жалуется, что ей не дают покою на улице подружки и товарищи. В данном случае сначала была задумана пластика непосредственно Филатовским стеблем (а не лоскутом на стебле), взятым с левой передней локтевой области, в виду ее преимуществ перед другими способами (стебель не сморщивается, как лоскут, взятый по I s r a e l'ю, ибо при этом сразу подводится пластический материал, имеющий эпителий на внутренней и наружной поверхности, — материал притом хорошо питающийся; по сравнению с достойным внимания способом Милостанова этот спо-



Рис. 1.

соб кажется нам более простым). Такая пластика и была выполнена 30/VI 1926 г. под местной анестезией. Кожный мост для стебля был взят широкий (6—7 см.)—в виду

значительной ширины подлежавшего закрытию дефекта. Под стеблем рана оставлена для заживления вторичным натяжением. Стебель получился удачный, но рана под ним заживала долго. В виду этого 6/XI, по настойчивому требованию больной и, по нашему, несколько преждевременно, операция была повторена, именно, сделана пластика сквозного дефекта Филатовским стеблем, для чего край дефекта освежены, стебель перерезан у верхнего основания и несколько освежен по краям, левая рука подведена к голове, как в старинном итальянском способе Tagliacozzi, и фиксирована в этом положении 8-образной повязкой по Петрову. Пластика не удалась,—по снятию на 7-й день швов стебель отошел, и дефект щеки зиял еще больше. Можно было опасаться, что в дальнейшем последует инфекция со стороны еще гранулировавшей и близкой раны руки, или из ротовой полости. Намреваясь в дальнейшем повторить пластику по этому же способу, мы назначили больной перевязки стебля и раны 1—2 раза в неделю, а также полоскание рта слабым раствором марганцовокислого калия и местные промывания кольцевой раны дефекта 3% раствором перекиси водорода. При таком лечении дефект на наших глазах стал быстро закрываться, причем нарастающий рубец имел нежно-розовый цвет, и на нем весьма ясно выделялись капиллярные сосуды. К 29/IX весь дефект закрылся (см. рис. № 2). К 1/XI мы полностью ликвидировали Филатовский стебель. Рана на руке зажила. Подвижность в левом локтевом суставе сохранилась полная. Несмотря на недостаточный косметический эффект, больная была настолько довольна результатом в сущности неудавшейся операции, что заметно повеселела. Функция рта значительно исправилась,—Г-ва получила возможность свободно есть жидкую пищу.



Рис. 2.

Таким образом в обоих этих случаях мы имели самопроизвольное закрытие проникающих дефектов лица после освежения

их краев, причем в первом случае для лечения образовавшейся кольцевой раны местно не применялось никаких антисептических средств, а во втором применялись лишь весьма слабый раствор марганцовокислого калия (полоскание) и 3% раствор перекиси водорода (промывание раны).

Чему же в этих случаях следует приписать факт регенерации? В чем стимул вызванных к жизни регенеративных процессов? Уместно-ли будет после второго наблюдения свалить оба случая в отдел казуистики? Мы находим, что эти два наших случая подтверждают высказанный проф. Гирголавом на XVIII Съезде Хирургов взгляд по вопросу о причинных моментах, играющих роль в регенеративных процессах: „Факторы регенерации устанавливаются в наличии тех раздражителей, которые получают от гибели клеток и влекут за собой физико-химические изменения в тканях, проявляющиеся в склонности к размножению“ (Гирголав). Практически же нам кажется допустимым в случаях с социальными показаниями испытать закрытие сквозных дефектов щеки освежением краев дефекта и местным применением указанных antiseptica.

К вопросу о выборе донора для трансфузии крови.

Х. Г. Барского.

В истории развития и усовершенствования методов переливания крови следует отметить несколько периодов. Первый период, относящийся ко второй половине XVII столетия, когда для переливания бралась кровь животных, был очень непродолжителен, так как печальные результаты применения этого метода показали, что трансфузия крови животных человеку может привести не только к вредным последствиям для здоровья больных, но часто даже к смерти пациентов.

Второй период начинается с первой четверти XIX века, когда вновь был поднят вопрос о трансфузии крови, причем в это время уже было установлено, что для переливания крови человеку можно употреблять только человеческую же кровь, но не кровь животных.

В середине XIX века, еще до эпохи Lister'a, начинается третий период, когда было выяснено, что опасности трансфузии крови зависят главным образом от образования сгустков, почему взамен цельной крови стали употреблять дефибрированную. Однако в этот доантисептический период причины, от которых умирали пациенты после трансфузии крови, могли зависеть и от других условий, которые точно нам до сих пор неизвестны.

Затем введение в практику вливаний солевого раствора вытеснило трансфузию крови, и только в самое последнее время (первая четверть XX века) переливание крови вновь заняло почетное место среди лечебных методов. В настоящее время в литературе описано, как акушерами и гинекологами, так и хирургами и терапевтами, большое число случаев, где этот способ дал блестящие результаты, и притом там, где все остальные терапевтические средства оказывались бессильными.

Этот успех зависит главным образом от двух обстоятельств: 1) от усовершенствования техники как сосудистого шва, так и собственно переливания крови, 2) от серологического и гематологического изучения вопроса об изоаглютинациях и изогемолитинах человеческой крови.

Главная и наиболее важная заслуга этого последнего периода в истории переливания крови и заключается именно в изучении законов изоагглютинационной характеристики человеческой крови.

Исследованиями Landsteiner'a, Moss'a, Jansk'oro, Halban'a, Ottenberg'a и Kalliski, Herzfeld'a, Dungern'a и мн. др. установлено, что все люди по изоагглютинационным свойствам своей крови делятся на 4 группы, причем для переливания от одного человека к другому следует руководствоваться тем, чтобы избрать для пациента донора (лицо, дающее кровь) из той же группы, к какой принадлежит и сам больной, дабы избежать возможности образования сгуст-

ков в сосудистой системе пациента. Авторы, у которых имеется большое число случаев переливания крови, устанавливают, что люди, принадлежащие к I группе по Jansk'ому (IV группа Moss'a, $O\alpha\beta$) являются абсолютными донорами и могут дать свою кровь для переливания лицам, принадлежащим ко всем группам, так как эритроциты этой группы не агглютинируются сыворотками ни одной из прочих групп. То же обстоятельство, что сыворотка донора может агглютинировать эритроциты больного, большинство авторов не считает противопоказанием к применению крови этого донора, так как малое количество переливаемой крови в сравнении с общей массой крови пациента исключает опасность в смысле агглютинации эритроцитов пациента сывороткой донора.

Для определения изоагглютинационной характеристики человеческой крови предложено большое количество методов, которые можно разделить на две категории: одними способами группы определяются по имеющимся стандартным сывороткам II и III групп, так как Moss'ом доказано, что для определения неизвестной группы достаточно иметь только сыворотки этих 2 групп; другие методы предложены для определения взаимоотношения агглютинационных свойств двух кровей (Halban, Landsteiner, Epstein, Guthri и Huch, Nürnberger, Мандельштам). В практике переливания крови, где требуется *заранее* знать принадлежность донора к той или другой группе, привились, главным образом, методы первой категории, т. е. определяющие группы по стандартным сывороткам, — тем более, что в последнее время такие сыворотки имеются не только в Америке, где они впервые появились, но и в Европе, в частности, у нас в СССР (Ленинград, Москва, Днепропетровск¹⁾).

Из этих методов наибольшим распространением пользуется метод Vincent'a-Moss'a, благодаря своей простоте, быстроте, ясности и малому количеству потребности для реакции исследуемой крови. Способ этот тем более заслуживает внимания, что микроскопическое определение реакции изоагглютинации на основании современных данных следует признать наиболее правильными (Meyer и Ziskonen, Leone Latbes, Schiff, Nather и Oscher, Ottenberg и Kalliski и др.).

Наши собственные наблюдения также подтверждают это положение, и стоит приобрести некоторый навык (проделать примерно 100 исследований), чтобы очень легко отличать реакцию изоагглютинации от феномена образования монетных столбиков или феномена оседания эритроцитов, так, что микроскопом нужно бывает пользоваться лишь в самых редких случаях, ибо частое пользование им может даже привести к ошибкам (Meyer и Ziskonen, Nather и Oscher, Шапов и Еланский и др.).

При наличии донора однородной группы с пациентом вопрос о выборе лица, от которого-бы можно было взять кровь для трансфузии, разрешается очень легко. Другое дело, если такого донора не имеется под руками. В случаях, когда мы имеем донора $O\alpha\beta$ -группы (I по Jansk'ому), или больной принадлежит к АВ-группе (IV по Jansk'ому, т. е. в случаях так называемых Allgemeinspender'a (абсолютного донора) и Allge-

¹⁾ Из Австрии их можно выписать по адресу: Wien, IX, Zimmermannsgasse 3, Staatsliches Serotherapeutisches Institut. В Ленинграде они имеются во многих клиниках; между прочим и мы можем выслать их интересующимся (Ленинград, Кирочная 41, д-ру Х. Г. Барскому). В Днепропетровске (б. Екатеринослав) они имеются в Бактериологическом Институте, а в Москве в Туберкулезном Институте.

meinpflänger'a (абсолютного восприимчивого), следовало-бы, по нашему мнению, подходить к выбору донора более осторожно, особенно при наличии нескольких доноров, эритроциты которых, согласно схеме J a n s k 'o g o - M o s s 'a, не агглютинируются сывороткой пациента, а сыворотка которых агглютинирует эритроциты пациентов. Это важно помнить, главным образом, при трансфузии крови сильно обескровленным больным и новорожденным, так как у тех и других количество находящейся в сосудах больного крови может не во много раз превосходить количество крови, переливаемой от донора, и в силу этого может выступать опасность, если не смерти пациента, то, во всяком случае, осложнений с его стороны.

В подтверждение этого можно привести сообщение O t t e n b e r g 'a и K a l l i s k i, которые пользовались для трансфузии кровью абсолютных доноров и в 10% всех случаев наблюдали браживницу и гемоглобинурию. Правда, осложнения эти, по их мнению, не зависели от изоагглютинации, но, может быть, их следует отнести именно на счет агглютинации сывороткой донора эритроцитов пациента.

При выборе донора приходится быть тем более осторожным в указанных случаях, т. е. у лиц с очень тяжелыми потерями крови и у новорожденных, что агглютинационный титр у них сильно изменяется. В виду этого мы предлагаем, для практики переливания крови, при выборе донора, применять дополнительный метод к методу V i n z e n t 'a - M o s s 'a, — там, где, конечно, это окажется необходимым.

В учреждениях, где производится переливание крови, наряду со стандартными сыворотками II и III групп должно иметь взвеси эритроцитов II, III и IV групп, которые приготавливаются по одному из обычных способов. Во всех тех случаях, где возникает вопрос о доноре I группы, т. е. абсолютном, а равно и в тех случаях, когда для пациента IV группы (J a n s k i) трудно найти донора однородной группы (а это бывает очень часто, так как на основании всех современных работ о расовом индексе людей, принадлежащих к IV группе J a n s k 'o g o, очень мало), для выбора между несколькими донорами следует произвести следующую пробу: набрав в шприц с 0,15% Na citrici около 2 куб. сант. крови из локтевой вены донора, дают ей отстояться и на предметном стекле, по типу метода V i n z e n t 'a - M o s s 'a, определяют степень агглютинации сывороткой донора эритроцитов из взвеси той группы, к которой принадлежит пациент. Затем, произведя разведение сыворотки донора в 5, 10, 15, 20 и т. д. раз, определяют агглютинационный титр всех наличных доноров и из сочетания полученных данных о силе агглютинационной способности сыворотки доноров и на агглютинационном титре производят выбор того или другого донора.

Пробу эту следует предпочесть пробам с эритроцитами пациента, ибо здесь мы имеем определенную взвесь, и, следовательно, каждая капля разведения сыворотки донора смешивается с определенной величиной взвеси (напр., одна капля 5% стандартной взвеси эритроцитов).

Таким образом, благодаря предложенному нами дополнительному методу, можно уточнить показания к выбору донора, особенно в указанных нами выше случаях, когда из нескольких доноров надо избрать наиболее подходящих. Наряду с другими требованиями, которые должны быть предъявлены донору, этот способ может занять свое место и при наличии стандартных сывороток и взвесей эритроцитов II, III и IV групп. Предложенная нами реакция не требует большого времени и может быть произведена в течение того срока, пока больного готовят к операции.

К вопросу о туберкулезе гортани у беременных.

Д-ра А. А. Благодарова.

Сочетание заболевания туберкулезом гортани с беременностью, при довольно широком распространении бугорчатки дыхательных органов вообще, встречается все же не так часто. По статистике Монскеберга на 40,000 беременных, — среди которых было 300 с туберкулезом легких, — прошедших через акушерские клиники, число больных туберкулезом гортани оказалось всего 18. При довольно большом материале Красноярского Городского Родильного Дома, за последние годы под наше наблюдение попало всего 2 случая этого рода.

Встречаясь довольно редко, туберкулез гортани является заболеванием, чрезвычайно вредное влияние беременности на которое получило всеобщее признание с тех пор, как Hofbauer впервые указал на это, а Küttner, в 1901 году, выдвинул этот вопрос. Такое влияние совершенно понятно: Hofbauer при гистологическом исследовании гортани у беременных женщин (умерших) нашел сильное расширение сосудов, клеточную инфильтрацию подэпителиального слоя и глубоких соединительнотканых слоев, папиллярные разращения на задней стенке, истинных и ложных голосовых связках и всюду метаплазию эпителия. При родах эти изменения под влиянием напряжений еще более усиливаются, до появления капиллярных кровотечений и отека во всех слоях стенки гортани включительно.

При таких условиях немудрено, что туберкулез гортани считается одним из самых тяжелых осложнений беременности. Из 100 больных Küttner'a выжили только 7 женщин. Болезнь эта крайне вредно отражается не только на матери, но и на ребенке. В ста случаях Küttner'a до 1 года выжили только 10 детей, а 39 из них умерли сразу же после родов.

На основании накопившихся в достаточном количестве печальных наблюдений большинство современных авторов признает, что у каждой женщины, как только туберкулез гортани будет распознан, беременность должна быть прервана, если женщина попадает под наблюдение в первой половине беременности. При этом благоприятный результат может быть получен только в недалеких зашедших случаях; в случаях же далеко зашедших и прерывание беременности большого значения не имеет. Во второй половине беременности, напротив, прерывание беременности является уже бесполезным, так как операция не в состоянии предотвратить смертельного исхода.

После этих кратких предварительных замечаний перехожу к описанию тех 2 случаев бугорчатки гортани, какие наблюдались мною:

Случай I. Больная П., 29 лет, женщина-врач, поступила в родильное отделение 12/X 1926 г. Первые регулы 14-ти лет, последние—7/IV. 6 лет тому назад П. перенесла воспаление легких, в 1919 г.—брюшной тиф с осложнением в лег-

ких. В первые 2 месяца беременности рвота и отсутствие аппетита, за последнее время больная жалуется на кашель и сильную слабость. Объективно: сильное исхудание, туберкулез легких во второй стадии, туберкулез гортани в начальной стадии. По совету двух ото-ларингологов и интерниста произведено искусственное преждевременное родоразрешение при помощи метрейриза под скополамин-морфинным наркозом. Роды 16 X, родилась девочка 1000,0 весом, длиной 38 сант. Роды продолжались: первый период 44 ч. 25 м., второй—2 ч. 55 м. и третий—15 мин., всего 47 ч. 35 м. Т⁰ до поступления была нормальна, но накануне родов вечером повысилась до 37,7°, в дальнейшем же до 21/X повышалась по вечерам до 37,5°, а с шестого дня после родов стала повышаться и утром до 37,5°, вечером же доходила до 38,2°. Больная выписалась 27/X с т⁰ 37,5. По полученным сведениям она умерла 20/XII того же года. т. е. спустя шесть недель после родов.

Случай II. Больная II., 39 л., крестьянка, VI-gravida, поступила в родильное отделение 20/VI 1926 г. Первые месячные пришли 13-ти лет, последние были 27/IX 1925 г. Месяца за два до родов больная была прислана ото-ларингологом на консультацию в Родильный Дом, для решения вопроса о производстве искусственных преждевременных родов, в связи с наличием туберкулеза гортани. Надобность в преждевременных родах мною была отклонена. Объективно: больная сильно истощена, голос отсутствует совершенно, в легких активный туберкулез второй степени, бугорчатка гортани ясно выражена. Срочные роды 21/VI, продолжались 9 ч. 40 м. Состояние новорожденного удовлетворительное, вес 3300,0, длина 50 сант., т⁰ у матери при поступлении нормальна, 21/VI вечером—37,5°, 22/VI утром—норм., вечером—37,9°, 23/VI утром—37,2°, вечером—37,5°, 24/VI утром—37,2°, вечером—39,0°, 25/VI утром—37,6°, вечером—38,1°, 26/VI утром—39,0°, вечером—38,7°, 27/VI утром—38,2°, вечером—38°, 28/VI т⁰ 36,0°. Больная выписалась с ребенком. По полученным сведениям ребенок у нее умер через неделю, а через 6 недель умерла и сама больная.

Из приведенных историй болезни можно сделать следующие выводы:

1) Бугорчатка гортани во второй половине беременности дает 100% смертности.

2) Прерывание беременности во второй половине беременности при туберкулезе гортани является бесцельным и даже, в отношении плода, вредным вмешательством.

3) Имеющийся у матери туберкулезный процесс в гортани чрезвычайно неблагоприятно отражается на жизнеспособности плода.

4) Туберкулез гортани, к счастью, является очень редким осложнением беременности.

5) Роды и послеродовой период значительно ухудшают течение туберкулезного процесса в гортани, как при нормальном, так и при искусственном прерывании беременности, что сказывается прежде всего значительным повышением т⁰ в первые же дни после родов.

6) Одновременное наличие туберкулезного процесса в гортани и легких еще более ухудшает положение беременной, причем превалирующее значение все же остается за процессом в гортани.

Из Гинекологической клиники Ленинградского Института для усов. врачей. (Директор проф. Р. В. Кипарский).

К образованию искусственного влагалища по способу Попова.

Д-ра М. И. Конухеса.

Наблюдающееся в последнее время учащение оперативных пособий при полных атрезиях влагалища объясняется, конечно, сравнительно благополучными исходами вмешательств подобного рода. Благодаря этому, гинеколог, ранее сомневавшийся в успехе операции, теперь смелее решается на нее. В моей статье по этому вопросу, появившейся в печати в 1925 году¹⁾, я привожу 64 случая, оперированных по Попову и Schubert'y, и 107 случаев, оперированных по Baldwin'у и Mori. В настоящее же время мы располагаем материалом в 97 случаев, оперированных по Schubert'y, 22—по Попову и 169—по Baldwin'у-Mori.

Отсутствие строгого объективизма в сравнительной оценке этих методов дают нам основание еще раз затронуть указанный вопрос. Сначала, однако, позволю себе привести краткую историю больной, оперированной ассистентом клиники, пр.-доц Б. А. Козинским, в ноябре 1924 г.

Больная А. М., 23 лет, поступила в клинику вследствие отсутствия менструаций и невозможности жить половой жизнью. В раннем детстве заболеваний не отмечает. 8-ми лет болела корью и 2 года тому назад перенесла сыпной тиф. Какая-либо патологическая наследственность отсутствует; кроме нее, у родителей было 4 ребенка, все мальчики. Больная замужем 7 месяцев, с какого времени появились у нее периодические боли в пояснице и внизу живота. Половое влечение больная испытывает, но первые же попытки к половым сношениям, сопровождавшиеся сильными болями и кровотечением, оказались безуспешны и в дальнейшем были оставлены. Больная стала тяготиться своим дефектом, муж хотел ее оставить; все это и заставило ее обратиться за оперативным пособием.

Пациентка нижесреднего роста, мышечный тонус вял, отмечается незначительный сколиоз в области грудных позвонков. Слизистые оболочки бледны. Рост 60 см., длина ног 74 см., размеры таза—27, 25, 23, 18; форма грудной клетки готическая. По конституциональному типу М. приближается к астено-гипопластичкам. Сердце и легкие без изменений. Волосистость развита достаточно, по женскому типу. Грудные железы выражены плохо. Большие губы бедны жировой клетчаткой, малые губы, клитор и отверстие уретры без особенностей. При раздвигании малых губ обнаруживается гимен кольцевидной формы. Пальцем, введенным чрез кольцо гимена, удается установить на месте рукава небольшое углубление с рубцовым дном. При исследовании чрез прямую кишку в тазу, по средней линии, определяются тяжи, идущие к l. innominata, где они заканчиваются небольшими миндалевидными образованиями (рудиментарные яичники). Рентгеноскопия: щитовидная железа и thymus без изменений, снимок с гипофиза обнаруживает расширенный infundibulum. Цистоскопия: пузырь несколько расширен, слизистая

¹⁾ Конухес. К вопросу об образовании искусственного влагалища. Журн. Ак. и Ж. В., 1925, № 3.

его шейки складчата, оба отверстия мочеточников обнаруживаются явственно, что подтверждается и хромоцистоскопией. Исследование мочи, счет форменных элементов крови, лейкоцитарная формула, реакция оседания—ничего патологического не обнаружили.

Больная за 5 дней до операции получала исключительно простоквашу, несколько раз давалось ей легкое слабительное, а непосредственно перед операцией прямая кишка была обильно проспринцована раствором перекиси водорода.

Операция образования искусственного влагалища по способу Попова была сделана 11/XI, под общим хлороформно-эфирным наркозом, причем техника ее представлялась в следующем виде:

1) Иссечен гимен, сделан циркулярный разрез в области слизистой входа в рукав, клетчатка туго раздвинута вглубь на 3—4 см., и сделанный ход рыхло затампонирован.

2) При умеренном растяжении сфинктера сделан циркулярный надрез на границе слизистой и кожи, после чего кишка отсепарована от подлежащих тканей циркулярно на глубину 3 см. и закрыта Кошеговскими пинцетами; далее отсепаровка кишки велась лишь по задней полукружности ее, всего на глубину около 10 см. (проф. Кипарский советует отсепаровывать ее невысоко (до 9 даже до 8 см.), так как в дальнейшем кишка, т. е. новое влагалище, растягивается под влиянием половых сношений); на этой высоте, при введении ложкообразных зеркал в параректальное пространство, прямая кишка вскрыта между пинцетами по задней стороне; далее слизистая с *muscularis* передней стенки *recti* захвачена изнутри (через отверстие, которое вело в полость только что вскрытой кишки) Кошеговскими пинцетами, наложенными в 2 ряда, несколько выше и ниже предполагаемого разреза, и перерезана циркулярно; верхний край нижнего отрезка,—свод будущей вагины,—зашит двумя рядами катгутовых швов.

3. Пальцем со стороны входа во влагалище выше *m. levator ani* проделан ход к кишке, и нижний, анальный (отсепарованный уже раньше) отрезок ее втянут в образованный *introitus*, где и фиксирован к слизистой и коже шелковыми швами.

4. Нижний край верхнего отрезка *recti* освобожден от подлежащих тканей—во избежание чрезмерного натяжения, втянут в просвет сфинктера и фиксирован шелковыми швами к коже *anus'a*; после того в параректальное пространство введены турунды, в новообразованную вагину—смазанный вазелином кондом, рыхло выполненный марлей, в *rectum*—газоотводная трубка, обернутая марлей и смазанная вазелином, а в пузырь—катетер *à demeure*. Продолжительность операции 1 ч. 30 мин.

Послеоперационный период сначала протекал с повышениями температуры до 39°, с 14-го же дня температура стала держаться в пределах нормы. На третий день удалена газоотводная трубка, и снят катетер, а также извлечены турунды, причем показались гноевидные выделения в умеренном количестве; кондом был вынут на шестой день. На 7-ой день был стул после дачи слабительного, на 9-й день сняты швы с *introitus vaginae* и прямой кишки, причем обнаружилось незначительное отхождение последней от кожи, в дальнейшем зарубцевавшееся. Во влагалище оказались в небольшом количестве фекальные массы, и исследование пальцем установило наличие фистулы позади входа во влагалище; фистула эта вела в кишку и пропускала кончик пальца. Твердые каловые массы больная стала удерживать с 15-го дня, а жидкие—с 24-го дня. Больная была задержана в клинике в виду общей ее слабости и выписана лишь в феврале 1925 г. с тем, чтобы в дальнейшем, в случае нужды, подвергнуться зашиванию фистулы. Больная, однако, оказалась в клинику лишь в мае 1926 г. причем заявила, что половой жизнью она живет, *coitus* совершается без болей, давая удовлетворение и ей, и мужу. Жалоб нет. При осмотре оказалось, что вход в рукав пропускает свободно 2 пальца, глубина рукава 8 см., фистула закрылась самостоятельно.

При изучении литературы данного вопроса обращает на себя внимание оценка оперативных методов на основании ‰ смертельных исходов. По последним данным Рабинович определяет смертность для операции Baldwin'a в 12,2‰, для методов Попова и Schubert'a—в 9,6‰. Наиболее подробная статистика, приводимая им, однако, грешит значительными пробелами и неточностями. Привожу наиболее бросающие-

ся в глаза из них, основываясь на статье Рабиновича, помещенной в Zentralblatt f. Gynaekologie, 1926.

На стр. 1852 находим ссылку на Albrecht'a, яко-бы оперировавшего по Baldwin'y-Mori, между тем как на самом деле этот автор устроил искусственный рукав не из тонкой кишки, а из сигмовидной, причем последняя была выделена не путем лапаротомии, но по методу Schubert'a, с иссечением копчика. Далее подлежит исключению случай Fohr'a, описавшего случай операции искусственного влагалища, произведенной Kupferberg'ом по Baldwin'y-Mori с летальным исходом, ибо случай Kupferberg'a приводится в статистике отдельно. На следующей странице мы находим упоминание о двух случаях операции по Mori, приписываемых Hуgаmо, а ниже два случая, приписанные самому Mori; между тем это—одни и те же случаи, ибо в действительности Mori лишь описал два случая, оперированных по его методу японским хирургом Hуgаmо. Там же приводится случай Juвaгa, а на стр. 1854— случай Suвaгa; на самом же деле эти яко-бы два разных автора представляют одно и то же лицо, и речь здесь идет об одном и том же случае. Подлежит исключению из статистики Рабиновича и случай Schubert'a и Rosenstein'a, коим ошибочно приписано по одной операции устройства рукава из тонкой кишки. Далее следует исключить один летальный исход из двух операций, сделанных Wagner'ом, ибо смерть последовала лишь в одном случае. Рабиновичем не использована, далее, работа O. Steuding'a, где приводятся два случая Rüb-samen'a, оперированных по Baldwin'y-Mori с летальным исходом в обоих случаях. Если внести в статистику Рабиновича эти поправки, то окажется, что на 169 случаев операции, произведенной по Baldwin'y-Mori, имели смертельный исход 27, т. е. почти 16%.

Перейдя к обзору той части статистики д-ра Рабиновича, которая касается операции устройства рукава из толстой кишки, надо отметить крайнюю неполноту ее. Здесь опущен целый ряд авторов, как Trapl, Kahl, Schefzeck, Holdstein, Schubert, хотя их сообщения появились в печати до опубликования статьи д-ра Рабиновича.

Последний редуцирует, затем, смертельные случаи после операций по Baldwin'y-Mori, где смерть последовала не непосредственно в зависимости от операции, и таким образом получает смертность от нее всего 9,5%. Сравнивая эту цифру с общей смертностью операции Попова-Schubert'a, исчисляемую им в 9,6%, он удивляется, где же разница в проценте смертности, а между тем, если-бы Рабинович соблюдал полную объективность, он должен был-бы исключить из смертельных исходов после операции Попова-Schubert'a случаи Haima и Schubert'a, где вмешательство было предпринято при менструирующей матке, аналогично случаям Pitha, в которых операция была сделана по Baldwin'y-Mori, и которые были исключены д-ром Рабиновичем из числа смертей. Равным образом подлежит исключению и случай Döderlein'a, приводимый Benthin'ом. В итоге разница в проценте смертности окажется все же в пользу метода Попова-Schubert'a.

Небезинтересно привести мнения хирургов, оперировавших по тому и другому методу. Stoeckel, Wagner, Scipiades и некоторые

другие по разным соображениям предпочитают операцию из rectum. Frank также считает ее предпочтительнее quoad vitam. Ссылка д-ра Рабиновича на Grossman'a не точна, ибо второй случай его прошел гладко, и лишь трудности при третьей операции по Schubert'y заставили его сказать, что в дальнейшем он предпочитает иной метод. Все же он отмечает, что недостатки техники и анатомические особенности случая усложнили в этом случае операцию.

Изучая причины летальных исходов операции образования искусственного влагалища по Baldwin'u-Mori, мы в 13 случаях из 27 находим перитонит, развившийся вследствие омертвения кишки, втянутой для образования вагины, благодаря натяжению ее брыжжейки; в 4 случаях, далее, причиной смерти послужил ileus, в остальных же случаях причины смерти не находились в связи с самой операцией, или же не могли быть выяснены вследствие краткости сообщения. Таким образом в 7,5% всех случаев операция образования влагалища из тонкой кишки закончилась смертью при явлениях перитонита. Быть может, врожденная короткость брыжжейки у инфантильных особ, — а инфантильность ведь часто сочетается с пороками развития, — послужила здесь причиной сравнительно-большого процента неудачных исходов. Раз это так, то для подобных случаев, конечно, предпочтительнее устраивать рукав из rectum.

Редуцируя смертность при операции colporrhesis на основании последних данных литературы, мы должны определить ее в 11,8%¹⁾ для операции Baldwin'a-Mori и в 1% — для операции Schubert'a (вычисления процента смертности для операции Попова мы не считаем возможным делать, в виду ограниченного числа подобных операций — 22 с 2 смертями, причем обе неудачи были у одного и того же хирурга).

Не придавая абсолютного значения этим данным, мы считаем, что лишь накопление материала поможет нам совершенно точно разобраться в превосходстве того или иного метода. На основании же материала клиники проф. Кипарского, обнимающего 7 случаев²⁾, оперированных по Попову с 0% смертельных исходов, мы должны признать, сопоставляя проценты смертности при других методах операции, операцию образования рукава из толстой кишки по Попову или модификацию этого способа, принадлежащую Schubert'y, — операцией выбора у женщин с отсутствием рукава. Отметим еще в пользу этой операции, что во всех случаях ее, произведенных в нашей клинике, жом заднепроходного отверстия восстанавливался прекрасно.

¹⁾ Мы редуцируем, кроме случаев д-ра Рабиновича, случаи из клиники проф. Скробанского (№ 3), последовавшие вследствие ileus'a, и случай Родзевича, где смерть зависела от наркоза.

²⁾ Два из них описаны мною в «Журн. Ак. и Ж. Бол.» за 1925 г.; дальнейшие два случая, оперированные прив.-доц. А. Э. Мандельштамом, будут опубликованы отдельно, два случая, недостаточно еще прослеженные, будут также опубликованы в дальнейшем, и седьмой случай описывается в настоящей статье.

Из Клиники детских болезней Саратовского Университета (директор проф. И. Н. Быстренин) и Клиники носовых, горловых и ушных болезней (директор проф. М. Ф. Цытович).

О заболевании дыхательных органов при аспирации инородных тел у детей¹⁾.

Пр.-доц. Г. М. Лопатина.

Аспирация инородных тел в дыхательное горло обычно влечет за собой поражение органов дыхания. Это поражение может быть различной интенсивности и может локализоваться в различных отделах дыхательных путей или легких. Как интенсивность, так и локализация поражения могут зависеть от целого ряда причин и прежде всего от места нахождения инородного тела и его вида, а также от конституциональных особенностей организма и от многих других причин. Аспирированное инородное тело находят в трахее или гортани и почти так же часто в бронхах.

С развитием рино-ларинго-отитологии и с введением бронхоскопического метода диагностики и терапии, подобного рода больные, обращаясь к терапевтам или педиатрам, последними обычно направляются к представителям указанной специальности. По данным д-ра Николаева в Клинике носовых, горловых и ушных болезней Саратовского Университета за 10 лет, с 1914 по 1924 г., бронхоскопия была произведена по поводу аспирации инородных тел в 32 случаях. В литературе сведения по этому вопросу и вообще по вопросу об аспирации инородных тел имеются довольно большие, и это указывает на то, что аспирирование инородных тел наблюдается совсем нередко. Weist разработал статистический материал в 1674 случаев инородных тел в трахее и бронхах, Krieger упоминает о 1614, Düssert—о 775 случаях подобного рода. Преображенский вычислял смертность, исходя из цифры 770 случаев. Durcham насчитывал 554 случая.

Смертность при аспирации инородных тел очень велика, в особенности при консервативном способе лечения. По Преображенскому она равна 52%, по Durcham'y—43%, по Kühn'y—41,2%, по Gross'y—35% и по Weist'y—28%. При применении трахеобронхоскопии она снижается по Weist'y до 24%, по Kühn'y—до 29%, по Krieger'y—до 25%, по Gross'y—до 16%, по материалам Ольгинской больницы в Москве (Маркузон)—до 20%. В оперированных случаях смертность эта еще ниже, а именно, по данным Eicken'a равна всего 13,1%, а по более поздним материалам того же автора и по Khaler'y—9,6%, по Albrecht'y—7,1%, наконец, по Bistel'ю—5,5%.

¹⁾ Доложено в Педиатрической секции II Поволжского Съезда Врачей в Саратове 6 июня 1926 г.

По данным Николаева в клинике проф. Цытовича за 10 лет смертность оперированных случаев выражается в 9,37%.

Столь низкие % смертности оперированных случаев по сравнению с неоперированными красноречиво говорят в пользу оперативного вмешательства. При этом, чем раньше предпринято оперативное вмешательство, тем больше шансы на успех. Grünings в этом отношении все случаи аспирации инородных тел делит на острые, подострые и хронические; в двух последних категориях выжидание и откладывание оперативного вмешательства до более благоприятных обстоятельств допустимо, тогда как при острых случаях такое промедление может оказаться роковым (Воячек).

С другой стороны, не увенчавшаяся успехом операция, благодаря нанесенной травме, может обострить имеющийся воспалительный процесс, она обычно ухудшает течение болезни и даже нередко ведет к фатальному концу. Это объясняется отчасти тем, что слизистая дыхательных путей, в частности слизистая гортани у детей, весьма чувствительна ко всякого рода раздражениям. Тотчас после аспирации выхаркнутое инородное тело у детей может вызвать более сильную, чем у взрослых, набухлость слизистой оболочки подвязочного пространства, а кратковременное введение бронхоскопической трубки может у них вызвать, вместе с отеком слизистой, опасное сужение просвета гортани (Müller). Особенно чувствительны к верхней бронхоскопии дети до 7 и еще более—до 4 лет (Sehrt). Это обстоятельство и вместе с тем большая ответственность обязывают хирурга перед оперативным вмешательством тщательно обследовать больного, по возможности даже определить место нахождения инородного тела. Последнее удается легко при помощи рентгеноскопии или рентгенографии, если аспирирован металлический предмет, при аспиривании же других предметов определить местоположение инородного тела иногда бывает очень трудно. Правда, раннее появление локализованного бронхита и воспалительных очагов в том или другом легком иногда может указывать на локализацию инородного тела в бронхе пораженного легкого; но в этом отношении надо быть очень осторожным, так как ошибка в диагнозе может направить хирурга на ложный путь и повести к неприятным последствиям (Рейнус).

В виду того, что в большинстве случаев аспирируют инородные тела не взрослые, а дети, обследование большинства больных этого рода как до, так и после операции в клинике проф. Цытовича производилось педиатрами. В частности на мою долю выпало обследование здесь большинства детей, начиная с 1923/24 г.

Всего за 10 лет, с 1914 по 1924 г., по данным Николаева, в Клинике носовых, горловых и ушных болезней Саратовского Университета из 24 больных с инородными телами 17 были дети в возрасте от 1 до 5 лет и 4—в возрасте от 5 до 14 лет. Взрослых было всего трое. С 1923/24 года по настоящее время, т. е. за 4 года, по произведенному мною подсчету, чрез стационарное отделение той же клиники и Детской клиники проф. Быстрина прошло 25 детей, аспирировавших в дыхательное горло различные инородные тела. По возрасту они распределяются так: до 1 года—2 ребенка, от 1 до 2 лет—7, от 2 до 3 лет—5, от 3 до 4 лет—2, от 4 до 5 лет—2, от 5 до 6 лет—2, от 6 до 7 лет—2, от 7 до 8 лет—2 и 11 лет—1 ребенок. Таким образом самый частый

возраст, когда дети аспирировали в дыхательное горло инородные тела,— это возраст от 1 до 3 лет: в этом возрасте было 12 из 25 больных, т. е. около половины их. Сравнительно реже аспирирование инородных тел случается с детьми до 1 года, что, повидимому, объясняется большим вниманием, которое уделяется детям грудного возраста, и лучшим уходом за ними, как более беспомощными, тогда как более старшие дети, уже умеющие ходить, бывают более самостоятельны и чаще остаются без присмотра. Приведенные данные соответствуют данным Федынского, полученным по материалам Московской Владимирской больницы: в возрасте от 1 года до 3 лет аспирирование детьми инородных тел в дыхательное горло он встретил в 23 случаях из 44.

Из 25 детей, аспирировавших инородные тела, 18 в нашем материале были мальчики и только 7 девочек.

Дети могут аспирировать всевозможные предметы (Федынский), но чаще всего у нас в России они аспирируют семечки подсолнуха, арбуза или тыквы, а иногда только шелуху этих семечек. В нашем материале из 25 детей аспирировали подсолнечные семечки 9, т. е. 36%, арбузные семечки—6, т. е. 24%, и тыквенные—5 детей, т. е. 20%, остальные аспирировали горошины, кофейные зерна, кнопки, конфеты и даже булавку. По данным Николаева в 13 случаях из 23 при бронхоскопии были извлечены подсолнечные семечки, в 3—арбузные, в 1 случае—тыквенное семечко, в 1—сердцевина яблока, в 1—кукурузное зерно, в 1—металлическая скрепка для бумаг, в 1—иголка, в 1—куриный позвонок и в 1—монета (копейка). В материале Федынского большинство детей также аспирировали подсолнечные семечки, затем—арбузные семечки и др. предметы. По данным Ростовской клиники (Рейнус) на первом месте по частоте стоят, наравне с подсолнечными семечками, семена арбуза. Деленс же, из Киева, говорит, что самые частые инородные тела, которые аспирируются детьми,—это семена подсолнуха, тыквы и только отчасти арбуза. Эту разницу в характере аспирируемых тел можно объяснять влиянием географического расположения местности.

Деленс еще указывает на влияние времени года на характер инородных тел,—во вторую половину лета и осенью, напр., чаще аспирируются арбузные семечки.

У 25 наших больных детей профессором Цытовичем и его ассистентами, В. К. Трутневым, А. Т. Бондаренко и Н. А. Николаевым, были извлечены инородные тела непосредственно из подвязочного пространства гортани у 2, из трахеи—у 9, из правого бронха—у 8 и из левого—у 4. В одном случае инородное тело (арбузное семечко) вначале было трахеобронхоскопией обнаружено в правом бронхе, но извлечено не было и на другой день уже было извлечено из левого бронха; следовательно, оно под влиянием сильных кашлевых толчков перекочевало из одного бронха в другое. О подобном случае упоминает в своей работе и Деленс.

В двух наших случаях обнаружить инородное тело не удалось совсем. Дело в том, что в случаях, долго остававшихся без оперативной помощи, инородные тела могут плотно вросли в слизистую оболочку трахеи или бронхов, даже образовать вокруг себя грануляционную ткань, как это и имело место в нескольких наших случаях. Удаление таких инородных тел, является особенно трудным.

Клинические проявления последовательных заболеваний дыхательных органов после аспирации инородных тел в разбираемых нами случаях по характеру и интенсивности поражения были довольно разнообразны, анамнез же был, наоборот, однообразен. Тотчас после аспирации у детей наступали резко выраженное стенотическое дыхание, одышка и судорожный кашель; лицо краснело и даже иногда синело, особенно в тех случаях, где были аспирированы более крупные инородные тела. Мучительный судорожный кашель во многих случаях держался очень упорно, причем приступы его или несколько уменьшались с течением времени, или не прекращались вплоть до извлечения инородного тела. Вследствие напряжения при приступах судорожного кашля у детей развивалась одутловатость лица. Благодаря присоединяющемуся катарральному состоянию гортани, кашель принимал грубый оттенок, типичный для ларингита (лающий кашель). Тогда и голос делался хриплым, а иногда совсем беззвучным. В некоторых случаях было слышно хлопанье инородного тела в трахее. Такой шум хлопанья инородного тела и периодическое стенотическое дыхание *Voilà* у считает очень характерным симптомом для подвижного инородного тела, находящегося в трахее.

Катарральный процесс на почве аспирации инородных тел не ограничивался поражением гортани, а быстро захватывал трахею и бронхи. В таких случаях при выслушивании обнаруживались сухие или влажные хрипы различного калибра, в зависимости от глубины катаррального процесса. Обыкновенно у больных развивался бронхит—диффузный или ограниченный. При этом долго длившийся ограниченный бронхит позволял заподозрить местонахождение инородного тела в том или другом из бронхов. Проф. Цытович указывает, как на верный признак аспирации инородного тела, на ощущение шероховатости и царапания при пальпации грудной клетки с больной стороны; это наблюдается впрочем лишь при подвижном инородном теле; на той же стороне проэцируются и обильные хрипы.

Температура при сильном катарральном процессе в бронхах давала различные подёмы, причем кривая ее принимала или тип интермиттирующей лихорадки, или длительно держалась на субфебрильных цифрах, или, наконец, принимала неправильный характер. На вскрытии в тяжелых случаях находили резкие катарральные изменения в гортани, трахее и бронхах с обильным гнойным содержимым в них. С другой стороны наблюдались случаи, осложненные едва уловимыми явлениями бронхита, при нормальной или субфебрильной температуре.

Последовательные заболевания органов дыхания в более неблагоприятных случаях аспирации не ограничивались указанными поражениями дыхательных путей. Исключительно один бронхит, как последовательное заболевание при аспирации инородных тел, был отмечен нами лишь в 15 из 25 случаев. Кроме бронхитов, вторично, иногда поразительно быстро, развивались процессы в самой легочной паренхиме, особенно часто в нижних долях легких (в верхней доле легкого воспаление отмечено было нами только один раз, причем была поражена и нижняя доля).

Воспалительные процессы протекали по типу лобулярных, катарральных пневмоний, нередко распространявшихся на целые доли легкого. В разбираемых нами случаях аспирация инородных тел осложнилась во-

спалением легких в 9 случаях, т. е. в 36%, причем правосторонних пневмоний было 5 и левосторонних—3, а в одном случае была двухсторонняя пневмония. В одном из этих случаев, после аспирации конфеты „прис“, ребенок быстро погиб при явлениях отека легких (этот ребенок был типичный лимфатик). В другом тяжелом случае дело не ограничилось воспалением легких,—в центре инфильтрированного участка при вскрытии было обнаружено расплавление легочной ткани с образованием мелких полостей. В двух случаях пневмония сопровождалась фибринозным плевритом, обнаруженным также на вскрытии.

Продолжительность пневмонии у 4 детей была не более одной недели. Болезнь развилась у них в первые же дни после аспирации инородных тел, и все эти дети погибли. Затянулись пневмонии до 2 недель у 3 детей, из которых двое умерли и 1 выздоровел. Наконец, у 2 детей пневмонии развились спустя неделю после аспирации инородных тел и затянулись до 3 недель; оба эти ребенка в конце концов выздоровели.

При аспирации инородных тел в бронхи пневмонии развились в 5 случаях,—всегда в том легком, в бронхе которого застревало инородное тело. В 3 случаях бронхопневмонии развились при аспирации инородных тел только в трахею.

Пневмонии могут развиваться у детей при аспирировании различных предметов; так, в нашем материале у 4 детей они развились при аспирации подсолнечных семечек, в 2—арбузных, в 1—горошины, в 1—кофейного зерна и в 1—конфеты.

По литературным данным форма последовательных заболеваний при аспирации может зависеть от вида самого инородного тела. Металлические предметы, менее загрязненные и не подвергающиеся разложению, в этом отношении, повидимому оказываются наиболее благоприятными, они менее раздражают внутреннюю поверхность дыхательных путей, в особенности, если имеют гладкую поверхность. Будучи случайно аспирированы в бронхи, такие предметы иногда могут долго оставаться в них безнаказанно для больных (Воячек). В одном из наших случаев девочка 5 лет аспирировала в правый вторичный бронх булавку, которая пролежала там год, причем со стороны легких никаких патологических явлений при перкуссии и аускультации обнаружено не было. Булавка в этом случае была извлечена В. К. Трутневым.

Загрязненные предметы или предметы, способные к разложению, напр., различные семена, так часто аспирируемые детьми, гораздо легче, чем металлические предметы, могут вызывать тяжелые процессы в легких—пневмонии, абсцессы и даже гангрену легкого. Особенно опасно аспирирование семян бобовых растений, напр., гороха, бобов и др., так как они очень быстро разбухают и ведут к большей закупорке дыхательных путей и асфиксии. В одном из наших случаев ребенок 1 г. 4 м., аспирировавший шесть половинок горошин, погиб от пневмонии, прожив после аспирации всего 4 дня, несмотря на то, что горошины были у него извлечены.

Длительная потеря функции части легкого вследствие полной закупорки просвета бронха аспирированным инородным телом в одном из наших случаев вызвала ателектаз легкого. Подобные случаи описаны и Федынским. Им же описано эмфизематозное расширение легких при инородных телах в бронхах,—при условии неполной закупорки по-

следних, — даже развитие пневмоторакса. Такая эмфизема легких, кроме пневмонии, была установлена у двух из наших больных детей до 2-летнего возраста, причем наличие эмфиземы была подтверждена на вскрытии. Повидимому, эмфизематозное расширение легких при инородных телах встречается чаще, чем диагностируется при жизни. Тоже, пожалуй, можно сказать и относительно бронхоэктазий.

Наконец, в одном из наших случаев аспирация инородного тела с последовательным воспалительным процессом в легких активировала латентно протекавший у больного тbc, вызвав диссеминацию бугорков в одной из долей легкого и селезенке.

Относительно смертности должен отметить, что из 25 детей нашего материала погибли 6, исключительно дети более раннего возраста: 4 — от 1 до 2 лет и 2 — от 2 до 3 лет. Четверо из них аспирировали подсолнечные семечки, один (ребенок 1 г. 4 м.) — горошины и один (1 г. 2 м.) — конфету „прис“. Во всех, кончившихся летально, случаях развилась пневмония, — у троих больных правосторонняя, у двоих — левосторонняя и у одного — двусторонняя. У двоих детей, кроме того, на секции было обнаружено, как уже упомянуто выше, эмфизематозное расширение легких, у одного — образование полостей в центре инфильтрированного воспалительного участка и у одного, аспирировавшего конфету, при наличии воспаления легких, смерть последовала при явлениях отека легких и упадка сердечной деятельности (этот ребенок имел, кроме того, выраженный status thymicolymphaticus и лярингоспазм).

Во всех, закончившихся летально, случаях болезнь имела острое течение, — двое детей жили всего по 2 дня после аспирации инородного тела, один — 4 дня, один — 7 дней, один — 8 дней и один — 11 дней. У последнего на вскрытии были обнаружены расплавление легочной ткани с образованием полостей и свежая высыпь бугорков в легких и селезенке.

Вообще выделившееся самостоятельно или не удаленное оперативным путем инородное тело всегда может повести к пагубным последствиям, и нет гарантии, что ребенок, аспирировавший инородное тело, напр., подсолнечное семечко, в конце концов не погибнет от пневмонии, абсцесса или гангрены легкого, или от обострения тbc процесса.

Из профилактических соображений детей, особенно в возрасте от 1 до 3 лет, надо оберегать от того, чтобы они брали в рот семечки подсолнуха, арбуза и тыквы, т. е. те инородные тела, которые чаще всего аспирируются детьми.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) В о я ч е к. Вест. уш., гор. и нос. бол., 1915, № 3.—2) Д е л е н с. Жур. уш., гор. и нос. бол., 1924, № 1.—3) M ü l l e r. Zeit. f. Ohrenh., Bd. 68, H. 1.—4) Н и к о л а е в. Саратов. Вест. Здр., 1926, № 10—11.—5) Н и к о л а е в. Вест.-рино-ляр.-от., 1926, № 6.—6) Р е й н у с. Вест.-рино-ляр.-от., 1927, № 2.—7) S e h r t. Münch. med. Woch., 1913, № 27.—8) Ф е д ы н с к и й. Врач. Газ., 1908, № 46.
-

Токсидемия ¹⁾ рафании (эрготизма) в Уральской области в 1926—27 г.

Ординатора Г. А. Максудова ²⁾.

В декабре 1926 г. к нам в Клинику поступил больной с явлениями отравления спорыньей. Из распросов его, а также из ряда других — правда, неофициальных — источников, мы узнали, что в Уральской области имеются массовые случаи отравления спорыньей. При ознакомлении с соответствующей литературой и наблюдении над этим больным перед нами встал целый ряд вопросов, для разъяснения которых нам показалось рациональным лично отправиться на место токсидемии. По предложению моего глубокоуважаемого учителя, профессора А. В. Фаворского, Правление Университета возбудило ходатайство перед Главнаукой РСФСР о предоставлении денежной субсидии для этой поездки. Главнаука ассигновала 200 рублей, да Татнаркомздрав со своей стороны отпустил 100 рублей.

Не имея официальных данных (за исключением данных НКЗ о 100 случаях эрготизма в Мамадышском кантоне ТССР) ни о количестве жертв, ни о месте распространения токсидемии, так как и в НКЗ РСФСР в то время не было никаких сведений о наличии токсидемии, мы предварительно послали запросы в ряд местных отделов здравоохранения. Однако лишь Сарапульский Окргдравотдел отозвался на наш запрос, сообщив о массовых случаях отравления спорыньей. Получив эти сведения в середине марта, я и выехал прежде всего в Сарапул.

План моей работы, намеченный проф. А. В. Фаворским, был следующий: 1) выяснение размера токсидемии, 2) выяснение % содержания спорыньи в муке, которою питается население пораженных местностей, 3) возможно всестороннее клиническое обследование больных с применением ряда лабораторных исследований (моча, кровь, RW, люмбальная пункция и т. д.), 4) производство вскрытий и доставление патолого-анатомического материала в Клинику, 5) выяснение состояния здоровья лиц выздоровевших и считающих себя здоровыми, несмотря на употребление хлеба со спорыньей, 6) наблюдение за животными для выбора наилучшего объекта для экспериментов. Кроме того НКЗ'ом РСФСР было выражено желание выяснить ход борьбы с токсидемией,

¹⁾ Для обозначения массовых случаев отравления спорыньей в литературе до сих пор употребляется термин „эпидемия“. Так как термин этот, в виду отсутствия в данном случае инфекционного начала, неполно здесь подходит, то мы и сочли более правильным употребить слово „токсидемия“, желая этим обозначить массовый характер заболевания и токсическое его происхождение.

²⁾ Сообщено 24/V 1927 г. в Обществе Врачей при Казанском Университете.

принятые против нее меры, их результат и т. п.,—вообще санитарную сторону дела.

Во время моего пребывания в Сарапуле я работал, благодаря любезному разрешению заведующего Терапевтическим отделением врача М. Н. Державина, в местной Окружной больнице, где наблюдал за имевшимися больными, отравленными спорыньей, а также знакомился с историями болезней выписавшихся больных. Кроме работы в больнице я побывал во всех интересовавших меня окружных учреждениях, где мне всюду охотно представлялись все интересовавшие меня сведения, и в большинстве случаев давались копии наиболее важных для меня бумаг. В Сарапульском Окргздраве мне была предоставлена возможность ознакомиться со всей перепиской по делу о борьбе с отравлениями спорыньей. Кроме того мне удалось присутствовать на съезде районных врачей всего Сарапульского округа. Кроме личных бесед с районными врачами, от большинства из них я получил письменные ответы на ряд поставленных мною вопросов.

По окончании работы в Сарапуле я выехал в наиболее пораженный район округа, Бикбардинский, где при участковой больнице в селе Аряж и провел свою основную работу. Благодаря всемерному содействию и помощи врача А. А. Мельниковой, а также среднего и низшего персонала больницы, мне удалось за сравнительно короткий срок обследовать более 100 амбулаторных больных, а также провести наблюдения за 20-ю стационарными больными. Больница в селе Аряж, рассчитанная на 20 коек, включая родильное отделение, за 7 месяцев токсидемии пропустила 170 человек, отравленных спорыньей, со средним пребыванием в больнице 2—3 недели, а в отдельных случаях — от 2 до 3 мес. Во время моего пребывания 10—12 коек были заняты рафаниками, причем больные лежали даже в коридоре. Каждый день на амбулаторные приемы приходило от 30 до 40 рафаников или, как их там называют, „корченных“, из них 5—6 тяжело больных, нуждавшихся в госпитализации; общее же число амбулаторных больных достигало в день 150—160. Вопрос о белье и медикаментозном снабжении стоял довольно остро; напр., при мне в больнице не было KJ , $NaBr$, KBr , $t-rae\ valerianaе$ и т. п. Даже такое дешевое средство, как серноокислая магнезия, имелось в очень ограниченном количестве. Некоторую помощь в этом оказывала кооперация, куда больные и направлялись за такими средствами, как валериановые капли и пр. За время моего пребывания в больнице было 3 смертных случая от рафании. Все трое умерших были вскрыты, и от каждого трупа взяты кусочки различных органов и тканей. Вскрытия происходили в невероятно тяжелых условиях, т. к. не только патолого-анатомического, но даже и судебно-медицинского набора в больнице не было.

Благодаря наступившей оттепели и начавшейся распутице, я принужден был выехать из Аряжа ранее намеченного срока, и начатое мною обследование деревни Суюрки, к сожалению, осталось незаконченным. Распутица же помешала мне заехать в Мамадышский кантон ТССР.

По последней дороге, преодолевая местами зазоры, я уехал из Аряжа в г. Свердловск, центр Уральской области. Там в Облздраве мне было оказано возможное содействие в деле собирания интересовавших меня сведений, а также была оказана и материальная помощь в размере

100 рублей. Сс своей стороны я сообщил Облздраву все имевшиеся у меня данные о ходе токсидемии и борьбы с ней, в результате чего Облздрав признал необходимым перевести Сарапульскому Окргдраву 1000 р. на предмет открытия барачков для рафаников, в первую очередь в Аряже. Кроме того, я получил нужные мне сведения в Облзмотделе, местном Бактериологическом Институте, редакции местной „Крестьянской Газеты“ и др. учреждениях. Из Свердловска я отправился в Москву, причем по дороге остановился в Перми, где дополнил свои сведения еще рядом других, добытых в местном Окргдраве, Гигиенической Лаборатории Пермского Университета, в редакции местной газеты и в Областной Психиатрической Лечебнице.

В Москве мною было сделано 2 информационных доклада: 1) в Советствии врачей Санитарно-Эпидемического отдела НКЗ 30/IV и 2) в Советствии по вопросу о мероприятиях по борьбе со спорыньей при Санит.-Эпид. отделе НКЗ 6/V. На этих совещаниях были приняты постановления, долженствовавшие поставить дело борьбы с токсидемией на правильный путь.

В общем итоге моя поездка дала мне возможность выяснить размер токсидемии, ‰ содержание спорыньи как во ржи, так и в муке, и ход борьбы с этим бедствием, обследовать клинически ряд больных, выздоровевших и не считавших себя заболевшими, и, наконец, получить патолого-анатомический материал. В настоящем сообщении я сделаю лишь общий обзор токсидемии, клинический же и патолого-анатомический материал будет в дальнейшем обработан под руководством проф. А. В. Фаворского.

Причину массового развития спорыньи в Уральской области в 1926—27 гг., являются, по данным Станции защиты растений Урал. Обл. З. У., неблагоприятные метеорологические условия: холодная погода (t° весны и лета 1926 г. была ниже обычной на $0,5^{\circ}$ — $3,3^{\circ}$), повышенная облачность и избыточная влажность, воспрепятствовавшие развитию озимей. Цветение ржи началось в последнюю декаду июня, затянувшись в большинстве местностей на 2 декады. Так как заражение ржи грибом совершается именно в период цветения, то вполне понятно, что такое длительное и неравномерное цветение способствовало самой широкой инфекции. К этому надо добавить, что, вследствие пасмурной и влажной погоды и недостатка тепла в течение июля и августа, налив зерна протекал медленно,—к 11 августа лишь 58‰ ржи находилось в фазе желтой спелости, и началась уборка, затянувшаяся по отдельным районам до 20 сентября.

По данным Обл. З. У. органы Змотдела еще летом обратили внимание на зараженность хлебов спорыньей, и их обследования показали, что пораженность посевов на корню достигала весьма значительных размеров. Так, по Коми-Пермяцкому округу в 15 пробах обнаружено в среднем 3,1‰ спорыньи, по Пермскому в 14 пробах—16,3‰, по Кунгурскому в 120 пробах—5,1‰, по Свердловскому в 49 пробах—7,6‰. В Сарапульском округе, по данным агроперсонала, зараженность на корню выражалась следующими цифрами: в Осинском районе—15‰, в Усинском—20‰, в Черновском—25‰, в Еловском—74‰. Обл. З. У. отмечает, что нередко встречались случаи 100‰-ного поражения колосьев спорыньей, причем рожки большей частью были мелкие, очень часто величиной с зерно ржи.

По самым скромным подсчетам Обл. З. У. урожай спорыньи по всей Уральской области в 1926 г. определяется в 100,000 пудов, а в одном Сарапульском округе—в 30,000.

Количественное определение % спорыньи в ржаной муке было начато в конце октября и велось главным образом двумя лабораториями: 1) Гигиенической Лабораторией Пермского Гос. Ун-та, где исследования вел ассистент д-р С. П. Попов, и 2) Сан.-Гигиенической Лабораторией Свердловского Бактериологического Ин-та, где исследования вела д-р С. А. Иконникова. Обе лаборатории пользовались для своих целей преимущественно методом Нотманна.

Результаты исследований д-ра Попова приведены в таблице № 1. Из этой таблицы мы видим, что из 457 проб 17% были мукой безусловно негодной к употреблению, с содержанием спорыньи от 1—5%, а 45%—мукой с значительным содержанием спорыньи и также негодной к употреблению в чистом виде. В частности, в пробах, доставленных из Сарапульского округа, отрицательный результат был получен только в 9%, значительное количество спорыньи содержало 60% проб, а % безусловно негодной муки поднимался здесь до 31%. Что касается работы д-ра Иконниковой, то результаты ее по Сарапульскому округу приблизительно совпадают с полученными Поповым, напр., из 70 проб от 30/11 лишь в одном случае получен отрицательный результат, в 54 случаях содержание спорыньи определено от 0,2% до 0,9%, а в 15 пробах—от 1,7% до 4%. Спорынья встречалась и в яровом хлебе, напр., в пшенице—в количестве до 0,2%. При исследовании печеного хлеба на содержание спорыньи обычно находили последней 0,3%—0,5% и меньше, хотя в одном случае было обнаружено 9,2%.

ТАБЛИЦА № 1.

Место взятия пробы.	Пермский округ												
	Откуда мука по месту произрастания.	Перм. окр.	Другие окр. Ур. обл.	Сибирь.	Неизвестно.	Друг. места РСФСР.	Кунгурский окр.	Сарапульск. окр.	В. Камский окр.	Вотская обл.	Вятская губ.	Северо-Двин. губ.	ВСЕГО.
Результат исследов.:	Отрицат.	64	—	18	9	1	2	5	9	2	3	8	121
	Менше 0,05%	16	—	—	—	—	2	4	6	2	4	7	41
	Более 0,05%	44	1	6	12	1	4	4	5	5	3	2	87
	0,3%	26	—	—	6	—	4	7	8	1	—	1	53
	0,6%	21	—	—	1	1	15	18	16	3	—	1	76
	1—3%	23	—	—	—	1	16	11	—	3	—	1	55
	3—5%	6 ¹⁾	—	—	—	—	5	6	5	9	—	—	24
Итого	200	1	24	28	4	48	55	49	18	10	20	457	

¹⁾ Одна из них содержала спорыньи до 10%.

ТАБЛИЦА № 2.

	Сент. 26 г.		Октябрь		Ноябрь		Декабрь		Январь 27 г.		Февраль		Март		Итого				
	Количество заре- гистрированных из них госпита- лизировано. Из госпитализ. умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.	Зарегистрировано. Умеро.			
Пермский окр. 1)	39	172	56	130	50	81	13	46	5	38	15	2	8	514	140	3			
Кунгурский окр. 2)	51	232	7	266	—	136	—	60	—	77	—	—	40	862	—	10			
Кома-Пермяк. окр.	61	103	16	135	32	103	38	122	25	92	34	—	сводный нет	616	171	—			
Сарапульский окр.	1021	1142	237	1724	267	1373	195	1393	125	све деня не 1252	140	6	207	8112	1322	71			
Всего по 4 округам Уральской обл.	1172	1649	309	2255	349	1693	246	1621	155	8	1459	189	7	255	19	2	10104	1633	84
Глазовск. у. Вотоб.	23	65	—	64	—	98	—	195	—	3	71	—	1	сводный нет	516	—	11	—	—

1) По словам завед. Санэпидем. отделом Окргздрава сведения эти—неполные.

2) Сведений о числе госпитализированных—не имеется.

Районы Сарапульского окр.	Сент. 26 г.			Октябрь			Ноябрь			Декабрь			Январь 27 г.			Февраль			Март			Итого			
	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	Зарегистрировано	Из них госпитализировано	Из госпитализированных умерло	
Камбарский . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Княсовский . . .	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сарапульский . .	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Карауллинский . .	3	2	—	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Вотгинский . . .	42	13	1	32	31	1	51	18	2	68	7	2	39	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Фогинский . . .	73	20	—	44	17	3	38	18	2	48	28	—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Рябовский . . .	49	14	2	46	20	—	138	20	2	95	—	—	42	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Осинский	31	8	1	79	7	1	101	18	—	119	29	2	119	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Черноуский . . .	168	50	3	73	8	2	101	16	—	82	7	—	33	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Еловский	178	63	2	117	19	1	139	12	1	141	8	—	52	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Вардымский . . .	20	—	—	114	5	1	158	8	3	158	5	1	223	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Чаглинский . . .	222	111	2	234	75	—	284	68	4	140	32	2	175	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Усинский	49	20	—	139	25	2	384	52	1	320	64	4	264	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ринбардинский . .	171	38	—	262	30	2	328	37	5	194	15	—	409	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	1021	339	11	1142	237	13	1724	267	20	1373	195	11	1393	125	8	1252	140	6	207	19	2	8112	1322	71	

Единичные случаи отравления спорыньей в Уральской области появились уже в августе месяце, а с сентября отравление приняло массовый характер. Всего, как видно из нашей таблицы № 2, зарегистрировано до апреля 1927 г. по 4 округам области 10,104 больных. Так как, однако, сведения за февраль и особенно за март были далеко неполные, то более или менее правильное представление о числе жертв токсидемии мы получим, если будем оперировать с данными за первые 5 месяцев ее (сентябрь—январь). За эти 5 месяцев число заболевших по 4 округам области достигло 8,390 чел.; если же за те же 5 месяцев возьмем число зарегистрированных по округам, то видим, что в Пермском округе было зарегистрировано 468 чел., в Коми-Пермячком—524 ч., в Кунгурском—745 чел., а в Сарапульском—6,653 чел.; в остальных округах области число зарегистрированных случаев было незначительно. Надо, однако, заметить, что вообще регистрация заболевших от отравления спорыньей была недостаточно налажена; объясняется это тем, что в ежемесячных ведомостях движения заболеваний, представляемых врачами и окрздравами, не имеется специальной графы для этого рода больных, почему некоторые врачи сами вписывали такую графу и в ней указывали число отравленных, другие же в своих сведениях вовсе не указывали в отдельности больных этого рода. Лишь в наиболее пораженном Сарапульском округе регистрация рафаников, как госпитализированных, так и явившихся на амбулаторный прием, была поставлена наиболее точно (см. таблицу № 3). К сожалению, и по этому округу у меня сведения за февраль и март были неполные,—за февраль я достал сведения лишь об 11 районах, а за март—только об одном Бикбардинском. Интересно отметить, что число зарегистрированных почти с каждым месяцем увеличивалось: тогда как в сентябре их было 1,021, а в октябре 1,142, в ноябре это число поднялось до 1,724, в декабре несколько уменьшилось (1,373), а в январе опять повысилось (1,393); даже в феврале было зарегистрировано больше, чем в октябре,—1,252, хотя сведения были получены только по 11 районам округа. Если возьмем один Бикбардинский район Сарапульского округа, с населением в 36,000 чел., то увидим, что за 7 месяцев здесь было зарегистрировано 1,844 рафаника, что составляет 5,1⁰/₀ населения; из этих 1,844 отравленных 170 были госпитализированы; и из них 11 умерли в больнице.

Предполагая, что значительное количество больных ускользнуло от регистрации и желая выяснить хотя-бы приблизительно % заболеваемости рафанией населения, а также состояние здоровья лиц, выздоровевших и считающих себя здоровыми, несмотря на употребление хлеба со спорыньей, мною было предпринято поголовное обследование деревни Суюрки. К сожалению, распутица не дала мне возможности закончить это обследование, и мне пришлось ограничиться опросом, обследовать же удалось только 10 дворов. Результаты обследования таковы: из 600 чел. населения деревни 74 (12,3⁰/₀) заявили, что они считают себя больными,—что их корчило или еще корчит. В 10 обследованных мною дворах (из 120 дворов деревни) я исследовал 37 чел., из которых только трое считали себя больными „корчей“, остальные 34 считали себя здоровыми, несмотря на питание хлебом со спорыньей; при исследовании же оказалось, что 14 из них имеют объективные признаки отравления спорыньей, а 12 имеют и объективные, и субъективные признаки отравления. Только

8 чел. можно было признать вполне здоровыми. Таким образом из 37 человек 29, или 78% обитателей этих 10 дворов, были в той или иной степени жертвами токсидемии.

Если мы теперь сопоставим данные о числе зарегистрированных рафаников района Бикбардинского (5,1%) с данными, полученными при поверхностном опросе,— правда, населения только одной деревни,— то должны будем повысить этот процент до 12,3%, а на основании результатов поголовного объективного исследования хотя-бы всего 10 дворов процент этот должен быть еще более повышен. Во всяком случае, надо думать, общее количество пострадавших от спорыньи значительно выше числа зарегистрированных рафаников, и что более половины отравленных ускользают от учета. А если принять во внимание то обстоятельство, что больные „корчей“ никогда совершенно не выздоравливают, то можно судить о том, какое большое количество неполноценных людей было результатом токсидемии, особенно, если мы примем во внимание, что рафаней заболевают чаще дети и взрослые, старики же почти не заболевают.

Население в начале токсидемии совершенно не верило, что заболевание вызвано примесью спорыньи к хлебу. Одни считали это божьим наказанием, другие смотрели на рафанию, как на „поветрие“, заразную болезнь, третьи видели в ней результат простуды. Некоторые крестьяне указывали мне, что в голодный год им приходилось есть и лебеду, и древесную кору, и мякину,— однако корчи не было. Приходилось слышать и такие рассуждения: „Спорынья родится в самом хлебе, чтобы хлеб был спорый, а не для отравы“. В Сарапульском Окргдравотделе мне сообщили, что в Рябковском районе один крестьянин, желая доказать безвредность спорыньи, съел около стакана чистой спорыньи и— на другой день умер.

При обследовании д. Суюрки мной были получены от уполномоченного деревни довольно интересные сведения как об отношении крестьян к этому бедствию, так и об урожае и о начале токсидемии. По его словам урожай был очень плохой, спорыньи было очень много, почти одна пятая ржи, местные жители всю осень и зиму ели хлеб со спорыньей. Лишь с весны некоторые крестьяне начали отбирать спорынью в целях продажи. Первый случай „корчи“ появился через 3 дня после уборки хлеба; через 1—1½ месяца корча приняла массовый характер, и число заболевших все увеличивалось до нового года; затем число это стало уменьшаться, и с марта уже новых случаев корчи не отмечалось, старые же больные все еще продолжали страдать, хотя и временами. Отношение крестьян деревни к объяснению причин корчи уполномоченный выразил так: „Кто говорит от спорыньи, а кто от простуды, никто по правде не знает... Я сам ничего не признаю“. В доказательство он приводил то, что он сам с осени ест спорыньевый хлеб, а его вот не корчит. И в других деревнях особенно старики вели кампанию против признания примеси спорыньи к хлебу за причину заболевания корчей, мотивируя тем, что они едят такой же хлеб, а вот их не корчит.

По словам районных врачей Сарапульского округа только после широко проведенной санитарно-просветительной работы часть крестьян поняла и убедилась во вреде спорыньи, но большая часть до самого последнего времени оставалась при убеждении, что заболевание происходит

не от употребления спорыньевого хлеба, а от простуды. И еще в марте крестьяне продолжали местами питаться хлебом, содержащим спорыню.

Многими районными врачами отмечено, что, кроме употребления хлеба со спорыней, часто причиной отравления служило употребление кваса, пива, браги, а также самогона, приготовленных на солоде, содержащем спорыню.

Большинство жертв токсидемии падает на беднейшие слои крестьянства. Объясняется это, повидимому, с одной стороны тем, что бедняки питаются исключительно хлебом и квасом из той же ржи со спорыней, с другой — тем, что, не имея старых запасов хлеба, они принуждены тотчас же после уборки начинать питаться свежим хлебом, когда спорыня наиболее ядовита. Токсидемия поражала, затем, большей частью негрудных детей и взрослое население (женщин, может быть, несколько чаще, чем мужчин), грудные же дети и старики обычно щадились. При этом в одной и той же семье, несмотря на одинаковое питание, одни члены захваивали, другие нет (факт этот выставлялся крестьянами, как доказательство против зависимости болезни от примеси спорыньи к хлебу).

Большинство введённых мной больных относило начало своего заболевания к осени. Обычно через некоторый промежуток времени (несколько дней или месяцев) после начала употребления спорыньевого хлеба появлялись слабость, головокружение, головные боли, рвота, парестезии и т. д. Вскоре же, а иногда и сразу, наступали приступы „корчи“, — тонические судороги, преимущественно в мышцах конечностей и туловища, сопровождающиеся невыносимо-сильной ломотой (отсюда и название болезни „злая корча“). Приступы корчи длились иногда несколько суток подряд, не прекращаясь, иногда же встречались и abortивные формы корчи, выражавшиеся в судорожных сведениях пальцев и парестезиях, в виде колотья. При объективном исследовании у большинства больных отмечались симптомы, указывавшие на поражение двигательной, чувствительной, рефлекторной и трофической сфер. Очень часто наблюдались эпилептические припадки с глубокой потерей сознания. Часто наблюдались и психозы вплоть до буйных. Гангрена отмечалась лишь в единичных случаях, чаще к корчѣ присоединялись выпадение волос и ногтей.

Течение болезни было обычно ремиттирующее, со светлыми промежутками, длившимися от нескольких недель до месяцев. После этих промежутков, во время которых больные чувствовали себя относительно-хорошо, наступало опять обострение припадков, — хотя-бы больной уже не употреблял хлеба со спорыней, — и так по нескольку раз. Смертные случаи наблюдались гораздо чаще, чем попадали в регистрацию; объясняется это отчасти тем, что безнадежные больные выписываются обычно из больницы до смерти, в регистрацию же попадают только те случаи смерти, которые имели место в стенах больницы. Вообще же о прогнозе рафаний можно будет говорить только после поголовного обследования, или хотя-бы опроса, населения целого района, а также после повторного осмотра зарегистрированных больных через некоторый продолжительный промежуток времени. Теперь же могу лишь указать, что Jahrgmägker, осматривая больных рафанией по истечении десятков лет после их заболевания, пришел к выводу, что в результате отравления спорыней образуется особая конституция (Ergotismuskonstitution), которая остается на всю жизнь, а д-р Колотинский утверждает, что „эпидемия“ эрготизма в значительной степени способствует вырождению населения.

Вопрос о мерах борьбы с токсидемией в Уральской области впервые был поставлен на местах в середине сентября, когда выяснилось, что отравления начали принимать массовый характер, до этого же дело ограничивалось лишь появлением в печати отдельных газетных заметок и статей. Как это ни странно, первыми заговорили в газетах об отравлениях спорыньей агрономы, и лишь позднее начали появляться статьи и врачей. В видах борьбы с токсидемией участковые врачи и окздравотделы главное внимание обратили на санитарно-просветительную работу. В каждом районе при больницах и даже при всех сельсоветах было проведено огромное количество бесед, лекций, показательных очисток ржи от примеси спорыньи. Все заинтересованные окружные здравотделы издали соответствующие листовки, а Пермский окздрав издал брошюрку д-ра П о п о в а, которая была распространена и по другим округам. Кроме агрономов и врачей деятельное участие в разъяснительной кампании приняли учителя и селькоры, особенно тов. Виноградский, который неустанно посылал статью за статьей в центральную прессу.

С первых же дней токсидемии началась госпитализация наиболее тяжелых больных. Как видно из таблицы № 2, по 4 округам Уральской области было госпитализировано всего 1,633 больных, т. е. около 16% всех зарегистрированных, если же взять лишь Сарапульский округ, то этот % повысится до 17,5%. Специальные бараки для „корченых“ были открыты в Кунгурском округе в марте 1927 г. на 18 коек; кроме того при Сарапульской Окружной больнице было забронировано 2 места для „корченых“, и в Областной Психиатрической лечебнице в г. Перми было забронировано 10 коек; но последние очень слабо использовались за отсутствием на местах средств для отправки больных в г. Пермь. В районах госпитализация шла на обычных условиях, т. е. дополнительных коек или специальных бараков открыто не было.

Что касается лечения, то врачам приходилось бороться, конечно, с наиболее тяжелыми и мучительными для больных проявлениями отравления, а именно, с судорогами. Для этого вначале применялись различные средства, пока один из врачей Осинского района (Веденеев) не напал на вливания 25% раствора сернокислой магнезии по 5—10 куб. сант., каковой способ был затем рекомендован всем районным врачам Сарапульского округа. Вливания эти, оказалось, почти тотчас же купируют приступы корчи и т. о. освобождают больных от жестоких болей. Большая часть районных врачей, с которыми мне приходилось говорить в Сарапуле, осталась чрезвычайно довольна этим способом, лишь некоторые врачи такого эффекта от него не получали.

В сентябре 1926 г. Уралмедторгом, совместно с Облздравом, была объявлена скупка спорыньи сначала по 12—18 р. за пуд, затем в январе цена эта была поднята до 50 руб.; но последняя цена была опротестована закупающими организациями, и была установлена твердая цена в 28 руб. за пуд. При этом местами были сделаны попытки к правильной постановке скупки. Так, напр., в Пермской газете „Звезда“ от 19/X 1926 г. читаем: „Селькуестоюз заключил с Совпольторгом договор на поставку спорыньи в неограниченном количестве. По всем вызовым кооперативам разослано письмо с предложением закупать спорынью у крестьян. Условия сбора спорыньи достаточно выгодны для крестьян,—спорынья в зависимости от качества расценивается от 20 до 25 руб. за пуд.

Будет приниматься и неочищенный хлеб, причем взамен его можно будет получать чистую рожь с доплатой за спорынью". Дошло ли это объявление до населения, и каков его результат,— мне, к сожалению, неизвестно. По данным Уралобторга по всей области всеми закупающими организациями до декабря 1926 г. было скуплено около 100 пудов, а к середине марта—около 2,000 пудов спорыньи.

Впервые пробы для анализа муки с базара и др. мест стали брать в Пермском округе в октябре месяце, причем обнаружение спорыньи влекло за собой, в зависимости от ее %, или полное запрещение употреблять в пищу муку, или запрещение употреблять ее в чистом виде (рекомендовалось смешивать ее с картофелем). Эта мера во всей своей строгости могла, однако, проводиться только в г. Перми. Так, напр. в феврале 1927 г. Пермская Лесозаготовительная Контора закупила партию муки в несколько вагонов; при анализе мука была признана безусловно-негодной к употреблению и пошла на корм скоту. В Сарапульском округе пробы для анализа начали брать в декабре, на базаре г. Саранула. Частично исследования этого рода производились в местной окружной лаборатории, но большинство проб отсылалось в Пермь или Свердловск. Само собой разумеется, что о своевременном изъятии зараженного продукта при таких условиях не могло быть и речи, так как ответ из Перми и Свердловска приходил не ранее, как через 2 недели; в результате мука, от которой была взята проба, уходила из-под наблюдения тотчас же по взятии пробы. Анализы производились и в остальных округах области в местных лабораториях, или же пробы отсылались в Пермь или в Свердловск.

В октябре—ноябре 1926 г. в борьбу с токсидемией были втянуты окружные исполкомы, причем в большинстве округов была сделана попытка проводить новую меру борьбы, именно, запрещение помола ржи с большим содержанием спорыньи. В Кунгурском округе это постановление было опротестовано прокурором. В г. Сарануле окружной исполком непосредственно такого постановления не принял, представив это право районным комитетам; из последних три приняли постановление о запрещении помола, а одиннадцать оставили размол свободным. Там, где эта мера была принята, проведение ее в жизнь было вменено в обязанность мельникам, которые определяли %-ное содержание спорыньи в хлебе наглаз.

Кроме запрещения помола, в Пермском округе в октябре 1926 г. было принято постановление Окружного исполкома („Окрика“) о запрещении продажи муки, содержащей спорынью, а также выпечка из такой муки хлеба для продажи и общего употребления; частично в данном округе эта мера проводилась в жизнь, в остальных же округах она не применялась. Далее, в сентябре Пермский окрздрав указал районам на желательность предупреждать вывоз зараженного продукта на сторону; к сожалению, у меня нет данных, чтобы судить о том, как проводилось это в жизнь.

В декабре в работу по борьбе с токсидемией втягивается Облздрав и устраивает ряд совещаний, на которых вырабатывается проект обязательного постановления. Вот это постановление, принятое Облсполкомом:

„1) В целях борьбы с отравлением спорыньей обязать владельцев мельниц не принимать к помолу продовольственного зерна с содержанием спо-

рыны выше 0,2%. 2) Поручить Уралобторгу дать указания на места о способах очистки и установления % содержания спорыньи в зерне, а также популяризации указанных способов среди населения. 3) В целях повышения заинтересованности собственников зерна в очистке его от спорыньи повысить покупную цену за пуд рожков спорыньи до 50 руб. 4) Поручить Уралобторгу организовать закупку спорыньи не только через аптеки Уралмедторга, но и аптеки Облздравотдела, кооперативы, заготовительные пункты плановых заготовителей и при всех мельницах области. 5) Признать необходимым выпуск листовок и плакатов по борьбе с отравлением спорыньей, поручить Облздравотделу издать листовки и плакаты по борьбе с отравлением спорыньей, головней и другими вредными примесями в зерне, с привлечением к этому заинтересованных учреждений и организаций“.

В конце февраля 1927 г. Облздрав специальной докладной запиской довел до сведения НКЗ РСФСР о наличии токсидемии эрготизма по Уральской области, а также о всех принятых мерах борьбы. В марте Облздравом было отпущено 1000 руб. для открытия барачков в Кунгурском округе, а в апреле—1000 руб. для барачков в Сарапульском округе. В апреле же была выпущена листовка „Что нужно знать о спорынье“ в числе 10,000 экз.

Вот, в главных чертах, все, что было предпринято для борьбы с рафанней в Уральской области. Принятые меры, конечно, отразились на ходе токсидемии и значительно уменьшили число ее жертв, но, к сожалению, их все же оказалось недостаточно для полного прекращения токсидемии.

По официальным данным токсидемии эрготизма в Уральской области захватила более 10,000 чел. Такого значительного распространения „злой корчи“ за последние 50 лет в литературе не отмечалось. Чем же объясняется оно? Приходится констатировать, что это в значительной мере завсело от неудачной борьбы с этим бедствием. Как я указал уже выше, органам Земотдела о необычно-большом урожае спорыньи было известно еще когда рожь была на корню. Но, к сожалению, они не известили об этом своевременно ни органы здравоохранения, ни Окружной исполком, ни другие органы области и Центра, вследствие чего профилактические и другие меры и не могли быть вовремя предприняты.

Все пораженные округа вначале действовали самостоятельно, рассчитывая только на себя, на свой риск и страх, не обращая внимания областных органов на это бедствие, не ставя их в известность о ходе токсидемии и не испрашивая помощи и нужных средств для борьбы с нею. Конечно, сил для этой борьбы у местных органов власти не хватало. По словам заведующего Санитарным отделом Облздрава, д-ра Н. И. Иванова, только в конце октября и в начале ноября 1926 г. Облздрав получил первые сведения о наличии в области токсидемии эрготизма; первое заседание, посвященное вопросу о мерах борьбы с нею, могло состояться только в декабре, когда число жертв уже перевалило за 5,000. К организационным недочетам относится и то, что меры борьбы в различных округах не были в должной мере координированы; напр., в одном округе были открыты барачки, в другом проводился запрет продажи муки и т. д., а также не была предложена местам необходимая денежная помощь. Благодаря недостаточной налаженности связи, НКЗ

РСФСР только в конце февраля 1927 г. был извещен о наличии токсидемии в Уральской области, почему и помощь Центра своевременно не подоспела.

Разбираясь по отдельности в принятых мероприятиях и в том, как они проводились в жизнь, надо отметить, что санитарно-просветительная работа серьезного практического результата не дала в силу того, что все способы, которые рекомендовались для очистки хлеба от спорыньи, были сопряжены для крестьян с большими трудностями, а самое главное — чистый хлеб, которого крестьяне требовали иногда от своих лекторов, не мог быть им предоставлен.

Что касается скупки спорыньи, то результат ее — 2000 пудов к марту 1927 г. — нужно считать крайне недостаточным при общем урожае спорыньи в 100,000 пудов. При этом, хотя твердая цена была установлена Наркомторгом еще в 1925—26 г. в 28 руб. за пуд, почему-то наблюдались резкие колебания заготовительных цен, и в начале цена на спорынью была крайне низкой (12 руб.). Незначительные результаты скупки, может быть, и объясняются отчасти этим разбросом цен; кроме того организация скупки тоже не была свободна от недостатков, — население было плохо оповещено как о самой скупке, так и о пунктах ее: пунктов этих было недостаточно, особенно в начале; к этому делу можно было-бы привлечь сельсоветы и их уполномоченных, премируя лиц, особенно способствовавших скупке спорыньи, но этого сделано не было.

Так как специальных барачков для рафаников открыто не было, то госпитализация отравленных спорыньей привела к тому, что больницы заполнялись „корчеными“ больными в ущерб интересам больных других категорий, что, в виду вообще недостаточной больничной помощи (напр. в Бякбардинском районе имеется всего одна больница на 36,000 населения), вызывало большие затруднения. Какова была загруженность больницы, видно из примера той же Бякбардинской больницы, где 50—60% наличных коек были постоянно заняты „корчеными“.

Мне лично приходилось видеть десятки больных, которые безусловно нуждались в госпитализации, но, за отсутствием малейшей возможности быть принятым в больницу, получали отказ, несмотря на всякие доводы привезших их родственников о невозможности ухаживать за больным на дому, их слезы, мольбу и т. д., а также невыносимые муки больного. Надо думать, что и большинство районных больниц находилось приблизительно в тех же условиях. Весной, в связи с начавшимися полевыми работами, местные крестьяне стали особенно настойчиво требовать госпитализации своих больных родственников, так как уход за ними отнимал у них рабочее время и рабочие руки. Досадно, что своевременно не были отпущены средства для открытия барачков для рафаников, нужда же в открытии таких барачков была настоятельная почти во всех районах, где свирепствовала токсидемия. И опыт прежних токсидемий эрготизма учит, что обычно всегда при них приходилось прибегать к этой мере.

Производившиеся почти повсюду анализы муки на содержание спорыньи могли представлять только академический интерес. За исключением г. Перми, в других местах их значение практически свелось к нулю, так как до того, как результаты анализа становились известными, мука уже с’едалась, или, во всяком случае, уходила из-под наблюдения санитарного надзора. Из’ятия зараженного продукта не производилось,

да при таких условиях и не могло быть произведено. Для анализа нужно было организовать специальные пункты на местах, — на всех крупных базарах, мельницах и пр., чтобы результаты были известны в тот же день, и своевременно могли быть приняты соответствующие меры по изъятию зараженного продукта. К сожалению, организация таких передвижных лабораторий требовала больших средств и была неподлежна местам. Вероятно, поэтому же и не проводилось запрета продажи зараженной муки и выпечки из нее хлеба. Во всяком случае на всех базарах мука эта продавалась совершенно свободно. Может быть, выходом из положения могло-бы быть полное запрещение продавать на базарах муку и выпекать хлеб для продажи, оставив лишь специальные места, напр., кооперативы, где продавались-бы только заведомо-хорошая мука и хлеб с разрешения каждый раз лаборатории; на базарах же можно было-бы оставить продажу только ржи, и тогда часть потребителей, покупая рожь, начала-бы, может быть, отбирать спорынью—хотя-бы в целях ее продажи, особенно при наличии на каждом базаре скупки спорыньи.

К большим упущениям нужно отнести и то, что не был запрещен вывоз зараженного продукта из Уральской области.

Запрещение помола без разрешения лаборатории было-бы радикальной мерой, но в местных условиях мера эта была нежизненна, так как учреждать контроль при каждой крестьянской мельнице было невозможно, и приходилось % содержания спорыньи предоставлять каждому мельнику определять наглаз. Благодаря этому, оставалось много возможностей для обхода данного постановления как со стороны крестьян, так и со стороны мельников. Кроме того, лишь повсеместное запрещение помола такой ржи могло дать тот или иной результат; между тем крестьяне, недостаточно осознавшие вред от спорыньи и не желавшие утруждать себя очисткой ржи, могли свободно молоть ее в соседнем районе.

Широко рекомендованный на санитарно-просветительных лекциях, беседах, в газетах и пр. способ очистки ржи от спорыньи,—при помощи промывки в солевом растворе,—кроме большой хлопотливости вследствие необходимости смачивать рожь, потом смывать соль и сушить зерно, имел еще один недостаток, а именно, вместе со спорыньей отделялось много поломанной и мелкой ржи, что объясняется характером урожая 1926 г. На этот факт обратил внимание один агроном, писавший в „Пермской Газете“ от 28/IX: „Рожки спорыньи отделяются в солевом растворе (1 пуд соли на 4 ведра), но, так как зерно ржи нынешнего урожая легкое, то прежде рожь нужно отсортировать и по каждому сорту зерна делать раствор то сильнее, то более слабый, иначе с рожками спорыньи всплывает на решете и много зерен ржи“. Само собой разумеется, что возиться так с каждым пудом ржи крестьянину было совсем непод силу.

Тот же недостаток имелся в другом способе—вскруживании. Оба этих способа были крайне неудобны, непрактичны и невыгодны, механическая же очистка была неподлежна, так как сортировок было мало, а при большинстве крестьянских мельниц их и вовсе не было. Кроме того в силу легкости зерна сортировки работали весьма неудовлетворительно. Большею частью крестьяне прибегали к очистке зерна ручным способом, но насколько кровопотлив и труден этот способ,—ясно каждому. При этих условиях надеяться на то, чтобы запрещение помола без рациональной организации очистки, раздачи населению хорошей ржи взамен

пораженной, а также хорошо налаженной и усиленной скупки спорыньи могло быть проведено в жизнь,—не приходилось.

Как проводился запрет помола ржи со значительным содержанием спорыньи даже на оборудованных госмельницах, хорошо демонстрирует сообщение д-ра Щербиной на совещании, бывшем при Облздраве 17/ХII 1926 г. Она сообщила, что на госмельнице № 1 в г. Свердловске был случай отравления спорыньей трех работниц в элеваторном помещении, где анализами пыли было установлено наличие спорыньи. Даже хлебозаготовители, покупая рожь со спорыньей, невезде очищали ее; напр., в Сарапуле неочищенная рожь с содержанием спорыньи до 2% направлялась на винокуренные и солодовые заводы. Мне удалось взять одну пробу солода, где содержалось 0,2% спорыньи. Таким образом возникла опасность отравления от употребления солода, кваса и т. п.

К сожалению, мысль об организации общественных пунктов очистки ржи от спорыньи не была достаточно проработана и не была проведена в жизнь. Мера, предложенная Пермским Селькустсоюзом из коммерческих соображений, а именно, объявление крестьянам об обмене зараженной, неочищенной ржи на чистую рожь с доплатой за спорынью, также не проводилась достаточно широко в жизнь. Даже в Перми она прошла мало замеченной,—Окрздрав об ней совсем не знал, я же узнал случайно, просматривая газетные заметки. Между тем, будучи своевременно предпринята государством в широком масштабе, эта мера могла бы избавить страну от тяжелого бедствия, или, во всяком случае, значительно уменьшить число жертв токсидемии. При этом все расходы, которые пришлось бы при ней понести государству, с лихвою окупилась бы. При изъятии всего зараженного хлеба путем обмена, даже принудительного, мы, кроме спасения населения, 1) имели бы в своем распоряжении весь урожай спорыньи, а спорынья—экспортный товар, т. е. валюта; 2) сохранили бы расходы, ушедшие на госпитализацию больных; 3) не потеряли бы столько рабочих рук и рабочих дней. И эта мера была бы безусловно проведена в жизнь, если бы администрация области, а особенно Центр, были поставлены в известность о грозящей опасности в самом начале токсидемии, и если бы на последнюю было обращено внимание общества ¹⁾.

В заключение не могу не выразить свою искреннюю благодарность товарищам М. Н. Державину, А. А. Мельниковой и Е. Р. Клевезаль, а также Успенскому, Орлову, Иванову и Серебренникову, за предупредительное отношение и посильную помощь.

¹⁾ Считаю нелишним оговориться, что опыт токсидемии 1926—27 гг. учтен НКЗ'м РСФСР, который в своем циркуляре, опубликованном в № 15 „Бюллетеня НКЗ РСФСР“ за тек. г., предусматривает детально все стороны вопроса, начиная с предписаний административно-хозяйственного характера и кончая предложением широко организовать научно-исследовательскую работу по изучению токсидемии.

К вопросу о членовредительстве путем впрыскивания парафина.

Ординатора Б. С. Граната.

В настоящее время членовредительство с целью уклонения от военной службы встречается сравнительно редко, хотя, к сожалению, далеко еще не изжито совсем. Именно относительная редкость случаев членовредительства и может иногда для врача повести к затруднениям в диагностике членовредительств. Особенно следует это сказать относительно искусственных опухолей, вызываемых впрыскиванием в ткани парафина. В местах впрыскивания происходит разрастание соединительной ткани, окружающей и проростающей капли парафина, в результате чего образуются плотные опухоли, так называемые „парафиномы“, чрезвычайно симулирующие, на первый взгляд, настоящие новообразования. Такой именно вид членовредительства наблюдался в Казанском Военном Госпитале за последние 1½ года в числе 4 случаев.

*Случаи I и II*¹⁾. В апреле 1927 г. в Госпиталь поступили два красноармейца одного и того же полка, Г. и М., оба чуваша, оба родом из Ядринского уезда, с жалобами на опухоли в области левого голеностопного сустава. Анамнез у обоих совершенно одинаков: 8 месяцев один и 6 месяцев тому назад другой больной якобы ушибли себе ногу, после чего появились припухлость, болезненность и ограничение функции левого голеностопного сустава, а в дальнейшем на месте ушиба образовались опухоли. Оба больных были уволены врачебной комиссией в 3-месячный отпуск, который был им продлен еще на 3 месяца комиссией по месту жительства, а по истечении отпуска они были направлены на испытание в Казанский Военный Госпиталь, так как опухоли не исчезали. Объективные изменения у обоих также были совершенно одинаковы: в области левого голеностопного сустава, у наружной и внутренней лодыжки, на тыле стопы меж лодыжками и в нижней трети голени прощупывались плотные, безболезненные, ясно ограниченные, гладкие узлы, заложенные в толще кожи и подкожной клетчатки, с подлежащими тканями не спаянные и подвижные вместе с кожей, овальной формы, величиною от лесного ореха до сливы. Число узлов у каждого больного—4; расположение их у обоих было почти одинаковое; кожа над узлами была не изменена; рентгеноскопия изменений со стороны костяка не обнаружила.

Одинаковое страдание у двух больных из одной части, одной национальности и земляков, подозрительный анамнез и данные объективного исследования заставили нас сразу же заподозрить искусственную природу опухолей,—диагностировать т. наз. парафиному. Больным было указано, что их страдание искусственного происхождения, и в конце концов оба в этом сознались. Один из них объяснил, что купил себе „инструмент, которым делаются впрыскивания“, и сам впрыснул себе в область сустава в 4 местах деревянное масло, другой же показал, что впрыскивания ему были сделаны санитаром полка.

¹⁾ Эти два случая были демонстрированы в Хирургической секции Общества Врачей при Казанском Университете 11 мая 1927 г. и в Конференции врачей Казанского Военного Госпиталя—13 мая того же года.

У обоих больных была произведена пробная эксцизия узлов для производства патолого-анатомического исследования. Уже макроскопически было заметно, что ткань опухолей была пронизана пузырьками величиною от булавочной головки до просеяного зерна, просвечивавших наподобие саговых зерен; один из них, будучи раздавлен, оставил на бумаге масляное пятно. Наощупь, при проведении пальцем по иссеченным кускам опухоли, получалось впечатление, что в ткань как-бы заложены песчинки. Микроскопическое исследование было произведено в Кабинете патологической анатомии Казанского Университета при любезной помощи асс. А. В. Голяева, которому мы приносим глубокую благодарность. Приготовленные 2 серии срезов были окрашены: одна серия гематоксилин-суданом III, другая по Van-Gieson'u. При окраске срезов гематоксилин-суданом III оказалось, что, помимо нормального жира подкожной клетчатки, в срезах имеется еще большое количество окрашенных суданом в желтый цвет жировых капель. Кроме того, здесь найдено значительное число полостей правильно-круглой формы, различной величины, окруженных соединительнотканной толстой капсулой, частично содержащих в себе капли жира. Капсула оказалась состоящею из двух слоев, внутреннего и наружного, из концентрических слоев волокнистой соединительной ткани. При окраске по Van-Gieson'u можно было видеть в глубоких слоях крупные полости, окруженные плотной соединительной тканью, или же клеточные гнезда, в коих встречались различной величины мелкие пустоты круглой формы. Иногда было заметно, что капли жира окружена или захвачена протоплазматической массой с большим количеством ядер—гигантской клеткой инородного тела (Fremdkörperriesenzelle). Кроме этого в срезах можно было видеть большие глянцевитые красные шары с малым количеством ядер,—это участки на месте бывшей капли инородного жира.

Случай III. Весьма сходная картина наблюдалась и в третьем случае. Красноармеец Я., татарин, родом из Буинского кантона, поступил в Госпиталь 18 января 1926 г. с жалобами на болезненность и опухоль в области правого голеностопного сустава, как следствие бывшего в 1923 г. ушиба: большой будто-бы уронил тяжелый предмет на правую ногу. Объективно „в области внутренней лодыжки найдена бугристая опухоль плотной консистенции, спаянная с кожей. Наибольший узел, диаметром в 5—6 см., был расположен в области лодыжки, был равномерно-выпуклой формы. Кзади от него имелись еще несколько меньшей величины такого же характера узлов. В нижней трети голени по передней ее поверхности находился линейный рубец после операции удаления одного из узлов, расположенного в этом месте“. Иссечение узла и микроскопическое исследование было произведено в Ортопедической клинике Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. „Микроскопическое исследование кусочка опухоли подтвердило искусственный характер опухоли типа параффином с хроническим воспалением и богатым развитием соединительной ткани как в самом узле, так и в окружности проникавших опухоль сосудов; местами опухоль была глянцено перерождена; в ней встречалась масса ядерных соединительнотканых клеток, местами в стадии разволокнения; опухоль была интимно спаяна с кожей“ (из акта Ортопедической клиники).

Следующий случай интересен по локализации, излюбленной для параффином,— в мошонке:

Случай IV. 11 мая 1927 г. в Госпиталь поступил на испытание красноармеец Г., татарин, родившийся в 1904 г., ни одного дня в войсках не служивший, а все время с момента призыва проведенный в лечебных заведениях и в отпусках. Означенный больной предъявил жалобы на боли в мошонке и яичках, затрудненность ходьбы из-за увеличения мошонки и затрудненное мочеиспускание. По его словам, болен он 3 года,—сперва у него появилась резкая боль в яичках, а через 2 недели внезапно развились опухоли в мошонке и образования на коже мошонки, причем все эти явления держатся все 3 года без изменения. При объективном исследовании обнаружено: внутренние органы нормальны; паховые лимфатические железы увеличены, при ощупывании несколько болезненны; оба яичка нормальной величины и консистенции, оттеснены опухолями в заднюю часть мошонки; в правой половине мошонки определяются 2 опухоли, заложенные в подкожной клетчатке и могущие быть в ней свободно охвачены пальцами,—одна величиною с куриное яйцо, отчасти спаянная с кожей мошонки, другая—с голубиное яйцо величиною, с кожей не спаянная, связанная с первой опухолью. В левой половине мошонки, в подкожной клетчатке, найдена опухоль величиною с крупную сливу, удлинненной формы. Все три опухоли были плотной консистенции, бугристы, неправильной кон-

фигурации, малоблезненны при пальпации. На коже мошонки встречались, далее, участки овальной и круглой формы, величиною с серебряный пятиалтынник, где кожа представлялась утолщенной и рубцово измененной. Всех таких участков было 7, некоторые из них, повидимому, были связаны с опухолями; два из этих участков были резко гиперэмированы, в одном из них, расположенном по средней линии мошонки, на 3 см. ниже корня полового члена, в середине имелось отверстие, из коего выделялось серозно-гнионое отдделение. Во время нахождения больного в Госпитале это отдделение и гиперэмия на указанных участках кожи исчезли. Патолого-анатомическое исследование исеченного узла опухоли дало совершенно сходную с первыми двумя случаями картину. Макроскопически ткань опухоли была пронизана полупрозрачными пузырьками величиной от булавочной головки до просяного зерна; при раздавливании этих пузырьков на бумаге оставались жирные пятна. Микроскопически (окраска гематоксилин-суданом III) были найдены различной величины полости, окруженные капсулой описанного выше характера, и обильное количество жировых капель, окрашенных в желтый цвет.

Полученные нами в этих случаях микроскопические картины следует считать характерными для параффином. Имеющиеся в литературе описания гистологической картины последних в точности соответствуют тому, что было обнаружено нами. Особенно характерным было здесь обилие волокнистой соединительной ткани, между волокнами которой находились в большом числе различной величины кругловатые полости, окруженные концентрической соединительнотканной капсулой, состоящей, по Гаршину, из двух слоев—внутреннего клеточного и наружного волокнистого. Полости были частью выполнены жиром, частью пустые вследствие вытекания жира при приготовлении препарата. В некоторых полостях весь парафин был замещен соединительной тканью. По Гаршину в параффиномах встречаются также места скопления эпителиоидных и гигантских клеток, в центре коих лежат капли жира, а вокруг них—концентрическими слоями соединительная ткань. Иногда небольшие капли жира бывают в опухолях данного сорта окружены протоплазмой одной лишь гигантской клетки.

Помимо Гаршина такую же в общем картину описали Сарап, Колчин и Покровский. При этом в описании об'ективных клинических данных, получаемых при исследовании лиц с опухолями искусственного происхождения, все авторы сходятся. Обычной является здесь нижеследующая картина: опухоли обыкновенно находятся в подкожной клетчатке, чаще всего спаяны с кожей, подвижны вместе с нею, хотя в некоторых случаях, вследствие образования рубцов, могут спаиваться с подлежащими тканями. Кожа над ними в большинстве случаев нормальна. Консистенция их—обычно плотная, иногда хрящевая, но иногда в опухолях встречаются очаги нагноения, характеризующиеся флюктуацией и изменением покровов. Форма опухолевых узлов—большей частью закругленная, иногда неправильная, поверхность чаще гладкая, чем бугристая, величина разнообразная. Регионарные лимфатические железы обычно бывают не увеличены. От теплых процедур иногда опухоли меняют форму, иногда это достигается путем сдавливания пальцами.

Локализация разбираемых опухолей также до известной степени характерна: во-первых, просматривая литературу вопроса, можно отметить, что опухоли эти значительно чаще располагаются на левой половине тела; во-вторых, у носителей их наблюдается стремление симулировать то или иное освобождающее от военной службы страдание—*lymphadenitis tbc colli, elephantiasis scroti, tbc testis* и т. п. Наиболее частая локализация параффином—в мошонке (Колчин—7 случаев, Сарап,

Догадкин, Персон, Каманин, Кураев, Вертоградов, Янушевич—по 1 случаю, Küstner—2 случая), затем в подчелюстной области и на шее (3 случая Goldenberg'a, 3 случая Колчина, 1 случай Гаршина), Далее описаны случаи парафином на конечностях, чаще в области суставов.

Между прочим следует иметь в виду, что впрыскивания некоторых масел, напр. *ol. camphorae*, произведенные с терапевтической целью, могут вызвать аналогичную парафином картину, почему и следует обращать внимание на локализацию опухолей (необычное для терапевтических инъекций место, бедность подкожной клетчаткой места инъекций).

Еще несколько слов о судьбе парафином. Еще в 1904 году Покровский, из клиники проф. Дьяконова, на основании своих гистологических исследований пришел к выводу, что парафин рассасывается, замещаясь соединительной тканью, впоследствии рубцующейся. Того же мнения придерживается и Колчин. В 1927 г. Кутепов, из клиники проф. Цитовича, пришел к тому же выводу, что и Покровский в 1904 г.,—он полагает, что парафин вызывает клеточную инфильтрацию, а сам в то же время дробится на мельчайшие части путем инкорпорирования его клетками, которые его и рассасывают, после чего на месте парафина развивается соединительная ткань, впоследствии рубцующаяся. Инкапсулируются лишь относительно большие глыбки парафина, но и они в дальнейшем рассасываются. Консистенция парафина, т. е. степень его твердости, не играет большой роли в этом процессе,—от нее лишь зависит длительность рассасывания. Отсюда становится понятным уменьшение парафиновых опухолей, с течением времени, в объеме, каковое уменьшение мог констатировать Колчин, обследовавший некоторых из своих больных вновь через 1½ года. Это же обстоятельство может явиться и нежелательным фактором при парафинопластике, на что также указывают некоторые авторы.

Диагностика парафином в сущности нетрудна, если принять во внимание приведенные выше объективные данные и отношение исследуемого к военной службе. Однако широкие массы врачей мало знакомы с этим видом членовредительства. Поэтому-то мы и считаем нелишним поделиться с товарищами своим,—правда, небольшим,—опытом.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Кураев. В.-М. Журн., 1909, кн. 7.—2) Каманин. Там же, 1912, кн. 5.—3) Виолин. Там же, 1909, кн. 1.—4) Виолин. Там же, 1908, кн. 8.—5) Персон. Там же, 1910, кн. 12.—6) Догадкин. Там же, 1906, кн. 2.—7) Сарап. Там же, 1913, кн. 4.—8) Красницкий. Рус. Врач., 1913, № 4.—9) Колчин. В.-Мед., Журн. 1912, кн. 4.—10) Гаршин. Х. М. Ж., 1917, т. XXIII, № 1.—11) Кутепов. Ж. Ух. Г. Н., 1927, № 1.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из Московского Института инф. болезней им. Мечникова.
(Директор проф. С. В. Коршун).

Современное состояние вопроса о патогенезе сибирской язвы¹⁾.

Л. Я. Иргера.

Учение о патогенезе сибирезуспенной инфекции у человека и животных, казавшееся еще недавно совершенно законченным, обогатилось в последнее пятилетие новыми данными.

Впервые вопрос о механизме сибирезуспенной инфекции был поставлен на экспериментальную почву в связи с разыгравшимся между французской и немецкой школой спором об условиях возникновения эпизоотий сибирской язвы. «Проклятые» поля равнины Боса и «вредные» горы Оверни, служившие очагами сибирезуспенной инфекции, привлекли внимание Pasteur'a, и последний, в 1878 г., совместно с Chamberland'ом и Roux, на основании исследования почвы, пришел к заключению, что источником сибирезуспенных бацилл в почве служат трупы павших и зарытых животных. Непонятное на первый взгляд присутствие палочек на самой поверхности почвы Pasteur объясняет тем, что в земле имеются достаточно-благоприятные условия для спорообразования, и что обнаружение спор на поверхности почвы должно быть приписано дождевым червям, которые при наступлении дождливого времени года выползают на поверхность земли, инфицируя ее своими экскрементами, содержащими споры *b. anthracis*.

Это обстоятельство находится в согласии с эпидемиологическими наблюдениями о вспышках эпизоотий в дождливые времена года. Возможно, что вынесение спор на поверхность почвы обязано и некоторым видам улиток, как это показал Karliński. Однако Koch не согласился со взглядами французских авторов. Условия спорообразования в глубоких слоях почвы ему казались мало благоприятными, благодаря отсутствию достаточного количества кислорода и подходящей температуры. Равным образом он не убежден был и в том, что черви являются переносчиками спор на поверхность почвы. Koch утверждал, что причиной инфекции являются не закопанные в земле, а павшие и не убранные с поля трупы животных, а также экскременты как больных, так и здоровых животных, могущих быть носителями спор. Этот факт мог наблюдать и Pasteur у овец, которые выделяли споры сибирской язвы, оставаясь, однако, свободными от инфекции. Новейшие наблюдения Piazza и Brotz также показали, что споры выделяются экскрементами животных и птиц, мало восприимчивых к сибирской язве, напр., собак, кур и голубей.

Между Pasteur'ом и Koch'ом существовало разногласие и в том, каким образом бактерии проникают в животный организм: в то время, как Pasteur на основании своих экспериментальных наблюдений над кормлением животных пищей, содержащей колючки растений (листья чертополоха, усики ячменя), мог подтвердить установленный еще Toussin'ом факт, что входными воротами для спор является поврежденная слизистая верхнего отдела пищеварительного тракта, Koch отмечал, что весьма часто в случаях кожной формы сибирской язвы входными воротами является кожа, а при внутренней форме—кишечник; если споры, благополучно миновав препятствие в виде кислого желудочного сока, попадут в кишечник, то они быстро прорастают, размножаются и при помощи лимфатического аппарата кишек проникают в ток крови, вызывая смертельную септицемию.

¹⁾ Доложено на Научной Конференции Института 11 января 1927 г.

Таким образом внутренняя форма сибирской язвы, по мнению Kosh'a, есть кишечная инфекция. Это положение Kosh'а пытался, совместно с Gaffky и Löffler'ом, обосновать экспериментом, напоминая естественную инфекцию у животных: сырой картофель с помещенным в нем спорами проталкивался через пищевод непосредственно в желудок, чем исключалась возможность ранения слизистой верхнего отдела пищеварительного тракта. Результатом этих опытов, произведенных с пятью баранами, явилась смерть животных в течение 48 часов.

Таким образом учение французской школы временно было забыто. Взгляды немецких авторов были приняты всеми, и до настоящего времени этот опыт, известный в литературе под именем Darmmykosis—кишечного микоза, является исходным пунктом в учении о патогенезе внутренней формы сибирской язвы. Однако появившиеся недавно работы итальянского гигиениста и патолога Sanagelli показывают, что в вопросе о патогенезе внутренней формы сибирской язвы не все еще достаточно выяснено.

Sanagelli впервые подверг критике тот самый опыт Kosh'а, который является краеугольным камнем всего учения о патогенезе внутренней формы сибирской язвы. Против опытов Kosh'а, Gaffky и Loeffler'a было выставлено то основательное возражение, что бараны, служившие этим исследователям для воспроизведения кишечного микоза, являются жвачными животными, *свободательно, те самые споры, которые должны были непосредственно попасть в кишечник, не соприкасаясь со слизистой рта, при отрыгивании пищи снова попадали в рот, который мог стать местом внедрения инфекции.*

Это весьма убедительное возражение, ставящее под сомнение учение Kosh'а, заставило Sanagelli вновь обратить внимание на этот вопрос и путем целого ряда экспериментов доказать, что кишечник не может служить входными воротами сибирезавенной инфекции. Первые опыты Sanagelli были направлены к тому, чтобы доказать, что кислое содержимое желудочного сока и щелочная среда кишечника являются препятствием для размножения как вегетативных, так и спорных форм бактерий. Надо отметить, что наблюдения прежних авторов в этом отношении находятся в противоречии с данными, полученными Sanagelli. Так, Behring (1903 г.), вводя сибирезавенные бактерии в желудок морским свинкам, нашел, что последние в желудке не претерпевают никаких изменений; однако, Uffenheimer на большем материале не мог подтвердить наблюдений Behring'a. Результаты наблюдений других авторов, полученные при кормлении спорами различных животных, напр., свинок (Simoncini, 1896 г.), белых крыс (Коркунов, 1889 г.) и кроликов (Никольский, 1900 г.), также не соответствуют экспериментам Sanagelli, произведенным как *in vivo*, так и *in vitro*.

Sanagelli показал, что желудочный сок убивает бактерии в течение 5—10 минут, а бактерии, посеянные в кишечный сок новорожденных и взрослых кроликов, не размножаются в нем. Если ввести сибирезавенную кровь в толстую кишку через фистулу в червеобразном отростке, или анальным путем, то животное от этого не страдает. Что касается размножения спор в кишечном соке, то какова бы ни была его реакция,—щелочная или кислая,—роста не наблюдается. При прибавлении кишечного сока к бульону с последующим засеиванием спор *роста также не обнаруживается*, между тем, как проростание какого-нибудь другого микроба всегда удается. Из этих опытов вполне выясняется невозможность размножения сибирезавенных спор в кишечнике, чему также препятствует жизненная конкуренция этого микроба с другими бактериями, населяющими кишечник, главным образом, с кишечной палочкой.

Sanagelli утверждает, что там, где обитает кишечная палочка, нет места для проростания спор сибирской язвы. Доказательством служат следующие опыты: если одновременно посеять в кишечный сок *b. coli* и сибирезавенную палочку, то вырастает чистая культура лишь первой; на поверхности старых культур кишечной палочки, с которых был снят бактериальный налет, сибирезавенная палочка не растет; наоборот, кишечная палочка, посеянная на таких старых сибирезавенных культурах, дает обильный рост. Это антагонистическое действие кишечной палочки по отношению к сибирезавенным бактериям можно обнаружить и *in vivo*. Значительные дозы спор, введенные *per os* не только взрослым, но и новорожденным морским свинкам и кроликам, легко перевосются последними.

Следует отметить, что не только кишечная палочка, но и другие микробы, как *b. pyocyaneus*, *b. Friedländeri*, тифозная палочка и микробы гниения, обладают также антагонистическим действием по отношению к сибирезавенным бактериям. Это было установлено уже прежними авторами, а в новейшее время

(1920 г.) подтверждено наблюдениями Silberschmidta и Schocha при смешанной инфекции у морских свинок и мышей. Но в кишечнике мы встречаемся еще с другим фактором, также обуславливающим невозможность проростания спор сибирской язвы. Это—наличие углекислого ангидрида, составляющего 90% всех газов кишечника и являющегося, как показали Fraenkel и Skala, ядом как для вегетативных, так и для спороносных форм бацилл сибирской язвы. Поэтому Sanarelli приходит к заключению, что гипотеза Koch'a о кишечнике, как месте первичного внедрения бацилл сибирской язвы, потеряла всякое право на существование.

Правда, в некоторых случаях, по словам Sanarelli, удается установить, что молодые, а иногда и взрослые морские свинки и кролики после обильного кормления сибирезавенными спорами все же погибают, но и в этих случаях входных ворот не следует искать в кишечнике. И действительно, часто здесь можно бывает установить специфические для сибирской язвы изменения не в кишечнике, а в верхних отделах пищеварительного тракта, где и удается обнаружить повреждения со стороны слизистой оболочки, служившей, по видимому, местом проникновения бацилл. Sanarelli убивал животных через 45 минут после введения спор *per os*; эти споры были обнаружены им в гортани, слизистой трахеи, а также в паренхиме легких, причем из этих органов были выделены чистые культуры сибирской язвы. На этом основании Sanarelli полагает, что введенные *per os* споры путем дыхания проникли здесь в верхний отдел дыхательного аппарата и достигли легких, которые, по его мнению, и являются входными воротами инфекции.

В литературе по этому поводу, однако, нет единодушного мнения: в то время, как Buchner, Muskatblith, Erpinger и в новейшее время E. Fraenkel на основании экспериментальных и клинических наблюдений приходят к выводу, что легкие могут служить входными воротами для сибирезавенных бацилл, Hildedrandt, Чистович, Граматчиков и Baumgarten считают этот вывод еще неполно доказанным, в виду бактерицидных свойств легочной ткани. Поэтому нужны были проверочные опыты, направленные к тому, чтобы с помощью безкоризненной техники получить возможность вводить микробов в легкое, не поранив наружных покровов. Эта важная в техническом отношении проблема была выдвинута в 1921 году, благодаря работам Безредки.

Безредка показал, что кожа является единственным чувствительным органом к сибирской язве; поэтому, если избежать инфекции кожи, то можно безопасно вводить сибирезавенный *virus* животному в брюшину, легкое и в вену. Первые же проверочные наблюдения Balteano действительно установили у кроликов и морских свинок восприимчивость кожи и резистентность других органов. напр., брюшины, сердца и подкожной клетчатки. Чувствительность кожи и у крупных животных (быков и баранов) отметили Valée и Mazucchi.

С особой яркостью важность кожного покрова при заражении сибирской язвой выступает и в исследованиях Plotz'a. Этот автор пользовался специальной техникой, при которой сибирезавенный *virus*, помещенный в коллоидные или стекланные ампулки, вводился в искусственный карман под кожей. Затем через 2—3 дня, когда кожа зарубцовывалась окончательно, ампулки осторожно раздавливались, и палочки освобождались. Опыты этого рода показали, что сколько-бы *virus* не распространялся в подкожной ткани, животное от этого не страдает.

Теория Безредки нашла свое косвенное подтверждение в кожной вакцинации против сибирской язвы у лабораторных животных,—кроликов, свинок и крыс, какую вакцинацию с успехом проводили Balteano, Plotz, Brogg-Rousseau, Urbain, Hababou-Sala, Katzu, Wollman и другие. Такой же успех иммунизации у крупных животных,—лошадей, мулов и рогатого скота,—отметили Неведов, Tatin и Velu.

Следует впрочем отметить, что некоторые другие исследователи пришли в данном отношении к отрицательным выводам. Так, Gratia, Müller, Uschida, Tada, Sobernheim и Murata установили, что для получения сибирезавенной инфекции нет надобности в первичном заражении со стороны кожи. Надо упомянуть также о работе Combiesko, который показал, что сибирезавенные палочки, помещенные в ампулки, как это имело место в опытах Plotz'a, весьма скоро становятся авирулентными.

К работам с отрицательными результатами нужно отнести, между прочим, и наблюдения некоторых русских авторов, напр., исследования Благовещенского (на кроликах) о роли кожи при сибирезавенной инфекции, опыты Глузмана с иммуниза-

ацией морских свинок Харьковской сибиреязвенной вакциной, затем работы Кричевского и Брусина, которым удалось вызвать смертельную сибиреязвенную инфекцию у морских свинок. Равным образом и Выгодчикову не удалось сообщить иммунитета кроликам и морским свинкам, иммунизированным при помощи сибиреязвенной вакцины или внутрикожной инъекции сибиреязвенных палочек.

Из этих работ мы видим, что вопрос о том, является ли кожа единственным органом, чувствительным к сибирской язве, или существуют также и другие органы, мало резистентные по отношению к этой инфекции, остается пока не вполне решенным. Большое значение для решения этой проблемы имеют исследования, где безукоризненная техника позволяла воспроизвести опыт при условиях полного отсутствия ранения кожных покровов. Sanağelli удалось при помощи специально выработанной им техники вводить в легкое через носовое отверстие эмульсию сибиреязвенных спор, причем, если в дозе содержалось около 50 тысяч спор, животное оставалось в живых, двойная же доза (100 тысяч спор) всегда вызывала сибиреязвенный сепсис. В первом случае споры становились добычей фагоцитов легких, во втором—фагоцитарные силы оказывались недостаточными, в результате чего некоторые споры размножались и вызвали сибиреязвенную инфекцию. Далее Sanağelli показал, что уже через минуту после введения спор в трахею кролика удается обнаружить их в периферической крови. При этом, если доза введенных в легкое спор была ниже летальной, то споры обнаруживались в течение 6 часов в крови, откуда они поступали в другие органы и ткани, где и продолжали оставаться в течение нескольких дней.

Впрочем не исключена возможность, что некоторые споры, внедрившиеся во внутренние органы, при определенных условиях могут освободиться от влияния лейкоцитов, размножиться и служить причиной сепсиса. Опыты Sanağelli показали, что путем введения в паренхимы селезенки различных цитолитических субстанций, ядовитых для лейкоцитов, но индифферентных для спор, действительно можно вызвать сибиреязвенную инфекцию. Такими веществами служили у него мышьяк, хинин, молочная кислота, *natrium nucleicum*, *natrium hyposulfurosum*, пептон, кровь, глюкоза, молоко, дистиллированная вода, живые и убитые культуры кишечной палочки. Тот же результат получался и тогда, когда цитолитические вещества вводились не только в селезенку, но и в печень, почки, кишечную стенку, подложную клетчатку или в вену. Также и физические агенты, напр., пребывание кролика при $t^{\circ} 37^{\circ}$, способствуют понижению сопротивляемости клеток, в результате чего споры освобождаются, и наступает инфекция.

Подтверждением высказанного Sanağelli взгляда служат работы Мечникова, которые показали, что полученные любым путем иммунитет у кролика и резистентность кур к сибирской язве покоятся на одном и том же принципе. Оба эти состояния являются функцией гистиоцитарного клеточного аппарата, т. е. ретикуло-эндотелиальной системы, выполняющей двойную роль: с одной стороны она является местом, где разыгрываются процессы иммунитета, а с другой—убежищем для бактерий, которые при благоприятных условиях могут размножаться внутри клеток. Блокада ретикуло-эндотелиальной системы ведет у иммунного животного к понижению иммунитета, а у резистентного—к ослаблению устойчивости, благодаря чему животное погибает от сибиреязвенной септицемии.

Из всего того, что было сказано, а главным образом на основании того, что сибиреязвенная палочка не в состоянии размножаться в кишечнике, следует также, что кишечные изменения, наблюдаемые при сибирской язве, суть гематогенного происхождения, но не энтерогенного, как думали раньше. Из лабораторных животных эти изменения наиболее резко бывают выражены у молодых собак; менее интенсивны они у белых крыс и весьма слабо выражены у морских свинок и кроликов. У последних реакция со стороны кишечника ограничивается лишь гиперемией, хотя иногда у зараженных под кожу свинок находят весьма глубокие изменения в виде геморрагических и некротических очагов со стороны слизистой оболочки кишечника. Эта картина напоминает т. наз. «спонтанную» сибиреязвенную инфекцию, описанную у человека и животных под названием «кишечной пустулы», которая и дала повод многим авторам утверждать, что кишечник является входными воротами для проникновения сибиреязвенных палочек в кровь.

Анализ патолого-анатомических изменений, имеющих, главным образом, геморрагический характер, говорит за гематогенное происхождение сибирской язвы. Гистологическая картина поражения также указывает, что излюбленный путь палочек—кровеносная система, главным образом мельчайшие капилляры, где

палочки размножаются, вызывая гэморрагии и отек прилежащей ткани. Это и является причиной некрозов, более или менее распространенных, сопровождающихся потерей вещества и деструкцией покровного эпителия слизистой. Нередко под микроскопом можно бывает проследить весь путь выступления бацилл из стенок капилляров и проникновение их в периваскулярную клеточную ткань, где они образуют как-бы муфту, сопровождающую весь сосуд. Отсюда они распространяются дальше, образуя иногда очаги.

Таким образом и патолого-анатомическая картина поражения также говорит в пользу взгляда Sanarelli на патогенез внутренней формы сибирской язвы. В конечном итоге результаты его опытов могут быть кратко резюмированы следующим образом: вегетативные формы сибирской язвы не в состоянии бывают преодолеть препятствия со стороны кислого желудочного сока, споры не могут размножаться в кишечнике, из полостей рта и носа они проникают в легкие, а отсюда в ток крови; в фагоцитах споры находятся в латентном состоянии, если количество *virus'a* ниже смертельного, бациллы могут размножаться при воздействии цитолитических веществ и физических агентов, наконец, у зараженных под кожу животных можно обнаружить такие изменения со стороны кишечника, которые вполне напоминают естественную инфекцию.

В конце концов на основании всех приведенных опытов и мнений надо полагать, что патогенез сибирской язвы не может считаться окончательно установленным. Опыты Безредки впервые заставили подвергнуть критике прежнее учение о патогенезе этой болезни, а именно—ее кожной формы, и вопрос этот в настоящее время находится в стадии детального пересмотра; опыты же Sanarelli с внутренней формой сибирской язвы, без сомнения, заставят углубить вопрос о механизме заражения этой болезнью. Хотя опыты эти являются пока единственными, но факты, им полученные, и логические выводы его настолько красноречивы, что, безусловно, побудят многих исследователей к подобным работам, дабы проверить правильность его взглядов¹⁾.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Sanarelli. Annali d'igiene, 1926, № 4; Annales d'Inst. Pasteur, 1925, p. 197.—2) R. Koch. Gesammelte Werke, Bd. I, S. 174.—3) Kolle u. Wassermann. Handbuch d. pathog. Mikroorg., Bd. III, 1912.—4) Poppe. Ergebnisse der Hygiene, Bd. V.—5) Bezredka. Ann. d'Inst. Pasteur, 1921, p. 421; C. rendus d. la Soc. de Biol., 1923, tome 89.—6) Tada. Centr. f. Bakt., Bd 91, S. 477.—7) E. Fraenkel. Virchow's Archiv, Bd. 254, S. 363.—8) Balteano. Ann. d'Inst. Pasteur, 1922, p. 895.—9) Singer. Zeit. f. Immunitätsforschung, Bd. 45, 1926.—10) Глузман. Врач. Дело, 1923, № 16/17.—11) Вигодчиков. Zeitsch. f. Immun., Bd. 42, 1925.—12) Кричевский и Брусин. Труды Микробиологич. Института НКЗва, т. I.

Рефераты.

а) *Анатомия и физиология.*

451. К анатомии артериальной системы тела человека. На основании изучения артерий тела человека д-р А. П. Геннадиев (доклад в Физиол. секции Об-ва Врачей при Казанском У-те 18/III 1927) приходит к заключению, что артериальная система отдельных областей тела человека строится по типу двух видов артерий: артерий с быстрым расходом энергии полученной энергии движения крови и артерий, где эта энергия расходуется более постепенно. Артериальное русло путем различного характера ветвления своих стволов (быстрого и постепенного расходования энергии) осуществляет распределение энергии движения крови,

¹⁾ Настоящая статья была уже написана, когда в печати (Centr. f. Bakter., Bd. 102, N. ⁴/₅) появилась работа, вполне подтверждающая взгляды Sanarelli на патогенез сибирязвенной инфекции.

полученной из центра,—срpсо среднее поступление крови,—сообразно с особенностями васкуляризируемого участка. Принимая во внимание это обстоятельство, можно думать, что нет надобности, при нормальном состоянии сердца и артерий, в существовании на периферии постоянного действующего аппарата, активно принимающего участие в перемещении крови по артериям в дистальном исправлении. С.

452. *Оживление мумифицированного уха кролика.* Опыты Б. Д. Морозова (Ж. Эксп. Биол., 1927, № 17) свидетельствуют, что высушенное изолированное ухо кролика, даже потерявшее от 77,14 до 91,25% воды и оставшееся в высушенном состоянии несколько месяцев, может быть оживлено, если его сначала размочить в парах воды при комнатной t° , а затем погрузить в раствор Ringera: после такой обработки кровеносные сосуды его начинают реагировать на различные, пропускаемые через них, фармакологические препараты. Губительно действует лишь очень длительное высушивание (70—119 дней), а также высушивание при слишком высокой t° , напр., при 50° С. Р.

453. *Влияние t° на свертываемость крови.* По исследованиям И. Г. Клебанского (Ж. Эксп. Биол., 1927, № 17) свертывание крови у теплокровных животных происходит с постоянной скоростью при определенной t° , оптимум которой близок к t° тела животных. При низких температурах свертывание крови чрезвычайно замедляется, но не ускоряется. Р.

454. *Влияние автономной нервной системы на всасывание из брюшной полости.* E. Stahnke (Arch. f. klin. Chir., Bd. 146, H. 1) наблюдал при перерезке п. splanchnici ускорение всасывания из брюшины, перерезка же блуждающего нерва при опытах с KI вначале дает ускорение, а потом замедление; наконец перерезка п. splanchnici, и блуждающего нерва при перитонитах замедляет всасывание. Из этих опытов видно, насколько неправилен существующий взгляд, будто при перитонитах причиной ускорения всасывания из брюшины является гиперемия. И. Циммерс.

455. *О движениях червеобразного отростка.* L. Aschoff и O. Pokorny (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 203—204), исследуя в рингеровской жидкости 23 оперatively удаленных червеобразных отростка и 19—взятых из трупов, установили, что сильные, особенно химические раздражения ослабляют подвижность червеобразного отростка. Вообще последняя наблюдалась ими в меньшей степени, чем это видел Kössle. В частности настоящую перистальтику отростка авторы видели столь же редко, как и Kössle. И. Циммерс.

б) Бактериология, инфекционные болезни и иммунитет.

456. *Иммунитет, инфекция и анафилаксия, как проявления функции ретикуло-эндотелиальной системы.* В статье под таким заглавием Н. М. Николаев и Д. Д. Тихомиров (Ж. Эксп. Биол., 1927, № 18) сообщают результаты своих опытов, на основании которых они приходят к следующим положениям: 1) Проблема инфекции есть проблема межтучного белкового обмена. 2) Адсорбция, пролиферация и ассимилирующая функция ретикуло-эндотелиальных клеток являются следствием физико-химических изменений в их протоплазме под влиянием антигена. 3) Данные Линтварева и Збарского а также наблюдения авторов, указывают на важное значение красных кровяных телец, как адсорбентов токсинов и продуктов распада бактерий. Р.

457. *К этиологии и профилактике кори.* А. Е. Бурова и С. П. Наследышева (Ж. Эксп. Биол., 1927, № 18) при исследовании крови и фильтратов слизи носоглотки коревых больных раннего периода болезни с большим постоянством обнаруживали мелкого кокка, располагающегося парно и цепочками, строго-анаэробного и способного к прохождению через фильтр Chamberland'a L 5. Микроб этот патогенен для молодых кроликов, вызывая у них заболевание, похожее на экспериментальную корь кроликов, а также для обезьян, у которых он также вызывает похожее на корь заболевание. В начальной стадии развития микроб этот сходен с микробом Caenia. По опытам проф. С. И. Златогорова (ibidem) он дает у людей ряд иммуно-биологических реакций, указывающих на близость его к коревой инфекции. Приготовленная из культуры этого микроба вакцина вызывает, оказалось, при внутрикожном введении реакцию, говорящую как об аллергии, так и об нейтрализации токсических продуктов его антитоксинами

организма. Насколько вакцина эта обладает профилактическим эффектом,—сказать еще нельзя, но предварительные наблюдения дали проф. Златогонову обнадеживающие результаты.

Р.

458. *Бактериэмия при дифтерии.* Со времени открытия дифтерийной палочки Klebs'om и Löffler'om и дифтерийного токсина—Roux и Yersen'om установился взгляд, что дифтерийная палочка, попадая преимущественно на слизистые оболочки, остается в месте заражения, не проникая внутрь организма. Весь симптомокомплекс, наблюдавшийся при заболевании дифтерией, относили исключительно за счет действия вырабатываемого палочкой токсина. Заражая дифтерийными палочками морских свинок, Я. Ю. Либерман и Н. П. Иванов (Микр. Ж., 1927, вып. 1) нашли, однако, что, как-бы ни производилось заражение,—подкожно, внутривенно или внутрибрюшинно,—и при жизни животного, и посмертно можно обнаружить бактерии дифтерии в крови и внутренних органах. При этом бактерии появляются здесь уже в первые часы после заражения, и вирулентность их, благодаря пассированию через животных, не ослабевает.

Р.

459. *Продолжительность инкубационного периода при бешенстве у человека.* Б. Колдаев (Проф. Мед., 1927, № 7) сообщает данные о продолжительности инкубации при бешенстве на основании материала Киевского Бакт. Института (99,361 чел. привитых, 346 заболевших бешенством). Из 345 заболевших (в одном случае продолжительность периода инкубации осталась неизвестной) у наибольшего числа (34,2%) болезнь проявилась через 21—30 дней после укуса, у 18,55%—через 11—20 дней, у 1,45%—позже 250 дней. Наибольшая продолжительность периода инкубации равнялась 3 г. 25 дням (у одной 42-летней женщины, укушенной собакой в кисть руки). Дети в общем заболевали раньше взрослых, укушенные в лицо раньше, чем укушенные в верхние и особенно в нижние конечности (у укушенных в лицо чаще всего—в 41,71%—болезнь развивалась через 21—30 дней, среди укушенных в верхние конечности заболели через 21—30 дней после укуса лишь 27,61%, а среди укушенных в нижние конечности большинство—25%—заболело через 41—60 дней после укуса).

Р.

6) Туберкулез.

460. *К патологической анатомии тbc.* Движков и Мазуровский (Вопр. Туб., 1927, № 10), изучая патолого-гистологические изменения у животных, иммунизированных В. С. Г. и затем зараженных вирулентными тbc палочками, нашли, что 1) при последующем введении вирулентного штамма характер процесса становится более продуктивным, экссудативные изменения значительно изменяются и часто сходят на нет, но прогноз у животных остается тяжелым; 2) что подобное превалирование продуктивных изменений при указанных условиях наблюдается во всех органах, но резко оно бывает выражено в лимфатических железах и печени, слабее—в легких и селезенке; 3) что двукратное заражение вирулентным штаммом тbc палочек (с промежутком в 8—10 мес.) дает чрезвычайно тяжелые изменения в органах.

М. Ойфебах.

461. *Сахар в крови при тbc.* Иванова и Манучарян (Вопр. Туб., 1927, № 8), исследуя содержание сахара по Hagedorn'у-Iensen'у в крови 57 больных с различными формами тbc, констатировали, что уровень сахара держится у туберкулезных больных, независимо от стадии и характера процесса, на нормальных цифрах; так, для группы А I он равен 99 мгр %, для В II—97 мгр %, для В III—94 мгр % и для С III—96 мгр %. Эти данные расходятся с выводами Штернберга и Опеля, которые при прогрессирующем тbc наблюдали тенденцию к понижению уровня сахара в крови.

М. Ойфебах.

462. *К диагностике тbc* Iessen (Beitr. z. Kl. d. Tbc., В. 65, Н. 1) предлагает новый метод одновременного обнаружения в одном и том же препарате палочек Косля и эластических волокон. Метод этот основан на принципе насыщения с дополнительной окраской гэматоксилином и насыщенным раствором углекислого лития, причем палочки окрашиваются в красный, а эластические волокна—в серовато-синий цвет.

М. Ойфебах.

463. *Двусторонний пнеймоторакс.* Бодунген (Вопр. Туб., 1927, № 7) на основании оценки 10 случаев искусственного двустороннего пнеймоторакса приходит к выводу, что последний научно обоснован и вполне показан во всех случаях, где односторонний искусственный пнеймоторакс осложнен свежим забо-

леванием другой стороны. В подобных случаях двусторонний пнеймоторакс, уничтожая интоксикацию, дает возможность организму мобилизовать иммуно-биологические силы для борьбы с инфекцией. Для затихания процесса иногда достаточно бывает небольшого числа вдуваний. Одновременное вдвухвание в обе стороны имеет преимущество перед поочередным. Пнеймоплеврит при двустороннем пнеймотораксе встречается столь же часто, как и при одностороннем, и не представляет непосредственной опасности для больного. Раннее вмешательство в указанной форме имеет все преимущества перед длительным выжиданием, в особенности при прогрессирующем двустороннем процессе.

Ойфебах.

464. *Санокризин при тbc.* Scholz (D. m. Woch., 1927, № 19) у 57 больных с тbc III ст. применял санокризин в дозах от 0,01 до 1,0 через 4—5 дней, в зависимости от реакции. При этом в 11 случаях получилось значительное улучшение, в 24—улучшение, 11 больных остались без перемен, и у 12 наблюдалось ухудшение (в 3—4 сл.—в непосредственной зависимости от применения санокризина). В заключение автор указывает, что применение препарата в свежих случаях тbc с резко выраженными явлениями интоксикации ускоряет наступление излечения и закрепляет результат общего лечения, противопоказан же санокризин у больных с изменениями со стороны кишечника и почек, где он дает побочные явления. Лечебный эффект санокризина S. сводит к неспецифической «Reiztherapie».

М. Ойфебах.

465. *К вопросу об олеотораксе.* Годлевский (Вопр. Туб., 1927, № 9), разобрав литературу вопроса о применении олеоторакса (вливание масла в плевральную полость), приводит 3 собственных случая, где было влито ol. olivatum для закрытия плевро-пульмональных перфораций с удовлетворительным результатом. Введение до 1200 куб. см. масла в один прием переносилось больными без осложнений. Метод этот, по автору, дает возможность в некоторых случаях избежать применения тяжелого хирургического вмешательства (торакопластики и плевротомии).

М. Ойфебах.

466. *Применение аутоиммунотерапии при тbc.* Навганек (Zentr. f. Chir., 1927, № 27) на основании как экспериментальных исследований, так и клинических наблюдений предостерегает от применения при бугорчатке этого способа лечения, в свое время предложенного Макай: он убедился, что этот способ вызывает реинфекцию бугорчатки и выводит из равновесия ослабленный организм.

И. И. Цимхес.

467. *Эффект туберкулина.* Трахтман (Вопр. Туб., 1927, № 10) провел у 243 больных 299 наблюдений (598 реакций) над сравнительным действием Алт-туберкулина Кос'а и туберкулина В. С. Г., причем наблюдения эти привели его к следующим заключениям: 1) Действие обоих туберкулинов на кожу тbc больных в общем одинаково. 2) Чем сильнее концентрация туберкулинов, тем % совпадения реакций выше, доходя до 93—100% при концентрации $\frac{1}{1000}$. 3) При учете результатов по признаку образования папулы % положительных реакций выше, чем по признаку гиперемии. 4) Отставание положительных результатов с туберкулином В. С. Г. автор объясняет или различным происхождением культур, или более низким содержанием азота в штамме В. С. Г. (3,21% против 3,37%).

М. Ойфебах.

г) Хирургия.

468. *К вопросу о раке грудной железы.* По данным проф. Я. В. Зильберберга (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 30), болезнь эта уносит у нас огромное количество жертв. Единственно верным и испытанным средством для борьбы с нею является операция, которая и должна быть применяема не только в ясных, но и в подозрительных случаях (труднее всего отличить рак грудной железы от фиброматоза последней и кистозного ее перерождения). За 21½ г. автор имел 368 случаев этой болезни, в большинстве случаев запущенных; несмотря на то, послеоперационная смертность,—автор оперировал исключительно по Коснегу,—оказалась очень небольшая: погибли от операции всего 5 больных.

Р.

469. *О значении ненормальных истечений из соска.* По А. И. Кожевинову (Нов. Хир., 1927, № 7) ненормальные истечения из сосков (не зависящие от физиологических состояний грудных желез) указывают на наличие или злокачественных опухолей, или доброкачественных процессов, но могущих дать

злокачественное превращение. В частности переход серозных истечений в кровянистые нередко является признаком рака. Поэтому в громадном большинстве случаев наличие ненормальных истечений показывает оперативное вмешательство. Лишь при диффузном доброкачественном поражении грудных желез (болезнь Reclus) у молодых женщин можно, ничего не предпринимая, ограничиться наблюдением за больными.

470. *Опухоль брыжжейки поперечно-ободочной кишки.* М. А. Подгорбунский (Нов. Хирургия, 1927, № 6) на основании трех случаев подобных опухолей считает характерными для них: 1) высокое положение опухоли в брюшной полости, 2) легкую смещаемость ее вверх, 3) респираторную подвижность и 4) связь с поперечно-ободочной кишкой. Для распознавания таких опухолей рекомендуется прибегать к раздуванию желудка, раздуванию кишек по R u n e b e r g 'y и рентгенографии с обведением опухоли со стороны кожных покровов металлическими кольцом и одновременным введением в лоханку мочеточникового катетера, снабженного металлическим проводником.

И. Цицмгес.

471. *Бактериальная флора рук хирурга и операционного поля во время асептических операций.* Л. Я. Шостаков (Нов. Хирургия, 1927, № 6), при исследовании посевов с рук и операционного поля в различные моменты подготовки к операции и при производстве последней, наблюдал, что данные посевов с операционного поля тождественны с данными с рук после операции. Операции никогда не производятся ни вполне стерильными руками, ни при вполне стерильном операционном поле. Добиться первичного заживления, по мнению автора, можно не разработкой новых методов очищения рук, а изучением вопроса об иммунизации организма к гноеродной инфекции.

И. Цицмгес.

472. *О некоторых упущениях в асептике при хирургической работе.* А. С. Рабинович и Д. Б. Коган (Нов. Хирургия, 1926, № 6) провели ряд исследований воздуха в операционной, перевязочной и палатах, а также проверили стерильность рук хирургического персонала, перевязочного материала, инструментов и стерильных растворов. На основании полученных данных авторы считают желательную строгую изоляцию гнойных больных. Необходимо также иметь в хирургических больницах специальные помещения для выздоравливающих и посетителей. Хирургические палаты нуждаются в капитальной уборке каждые 2—3 месяца, а для операционной и перевязочной этот срок должен быть еще короче. Все перевязки должны производиться исключительно в перчатках, и только при соблюдении этого условия врач имеет право оперировать чистые случаи, не надевая перчаток. Хранения початого физиологического раствора и перевязочного материала в течение нескольких дней не должно иметь места в хирургических учреждениях. Количество людей в перевязочной должно соответствовать помещению.

И. Цицмгес.

473. *К технике операции зоба.* Welti (Presse méd., 1927, № 2) рекомендует за 2—3 месяца до удаления экзофтальмического зоба производить у больных предварительную перевязку верхних артерий щитовидной железы (aa. thyroideae superiores), причем и эта перевязка должна быть производима в 2 приема, с промежутком в несколько дней. Цель этого приема—ослабить послеоперационную реакцию. Особенно показана предварительная перевязка при диффузных паренхиматозных и сосудистых зобах у молодых субъектов с сильно выраженными явлениями гипертиреоза. Применив этот прием, автор получил снижение смертности от операции зоба ниже 10%.

474. *Закрытие свищей околоушной железы.* Проф. П. Г. Лукомский (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 2) успешно применяет для этой цели видоизмененный способ K a u s c h 'a: игла с толстой шелковой нитью вводится через наружное отверстие в свищевой ход через толщу щеки в полость рта, затем наружный конец нити надевается на другую иглу, также большую и некрутую, последняя вводится в свищ сейчас же под кожей, проникает в стенку свищевых хода и проводится под кожей к углу рта, где выводится в полость рта. Таким образом оба конца нити выводятся на слизистую щеки,—один ближе к отверстию стеноза протока, другой ближе к углу рта, после чего концы эти завязываются. Ежедневно следует тянуть за эти концы и таким образом как-бы бужировать новообразованный ход. Нить следует оставить на срок не менее 4—5 недель.

И. Цицмгес.

д) *Офтальмология.*

475. *Возбудитель трахомы.* Noguchi (по реф. Вр. Дело, 1927, № 19) выделил у 4 из 5 трахоматозных школьников индейской школы в шт. Новая Мексика маленькую, плеоморфную, Gram-отрицательную, подвижную палочку, растущую лишь на специальной среде (полутвердая среда с примесью свежей животной сыворотки и гемоглобина). Чистая культура этой палочки была введена в конъюнктивальный мешок обезьянам, причем у последних получилась типичная человеческая трахома с ее последствиями и осложнениями. Р.

476. *Климактерий и катаракта.* Gallus (Arch. f. Augenheil., Bd. 92) на основании своих наблюдений утверждает, что у женщин старческие катаракты встречаются значительно чаще, чем у мужчин. Кроме того в 80% случаев ранних катаракт он мог установить раннее наступление климактерия. Это дало ему основание признать предрасполагающим моментом для возникновения катаракты у женщин наступление климактерического периода со свойственной ему инволюцией половых органов. Подтверждение своего взгляда автор видит и в том, что его попытки терапевтического воздействия на катаракты, путем назначения яичниковых препаратов, дали в некоторых случаях хорошие результаты: наблюдалось заметное рассасывание хрусталиковых помутнений с последующим повышением зрения. В. Адамюк.

477. *Лечение искусственным светом глазных болезней.* Д-р Zuckermannova-Zislova (Casopis lék. ceskych, 1927, № 37) описывает итоги лечения ею, за последние 5 лет, некоторых глазных болезней х-лучами и ультрафиолетовыми лучами (кварцевая лампа и лампа Jessionek'a). Для лечения экзематозных керато-конъюнктивитов она применяет лампу Jessionek'a, освещая ею больных целиком, голыми, причем обычно получается полное излечение, без возвратов. Освещение тою же лампою всего тела применяется ею и против бугорковых поражений увеального тракта, но в сочетании с местным употреблением х-лучей; результаты весьма удовлетворительны. Для chalazion'ов и блефаритов, чешуйчатых и язвенных, она считает наилучшими методами лечения применение х-лучей, ибо всем иным способам эти хронические недуги сопротивляются крайне упорно. Эпителиома век в 80% излечивается теми же х-лучами; последние дают довольно хорошие результаты и при опухолях гипофиза и головного мозга. К сожалению, автор не приводит точной статистики леченных случаев. С. С-в.

478. *Дионин при болезнях глаза.* Д-р Замковский (Арх. Офт., 1927, т. III) выдвигает дионин, как лечебное средство при заболеваниях заднего отдела глаза—в то время, как прежние сторонники этого средства применяли его главным образом при поражениях передних отделов глаза. Автор настаивает, затем, на применении дионина не в каплях, а в виде подконъюнктивальных инъекций. Им были произведены наблюдения над 70 больными, причем употреблялись растворы дионина в 5% и 10%, а доза при 5% была от 0,2 до 0,5, при 10%—от 0,15 до 0,3. На основании этих наблюдений д-р З. приходит к заключению о несомненно-благоприятном влиянии такого лечения на больных с заболеваниями заднего отдела глаза. Наилучшие результаты были получены им при хориоретинитах и хорвиоидитах, при отслойке же сетчатки—незначительные. Эффект субконъюнктивального введения дионина, по З., значительно превышает тот эффект, который получается от применения его в виде капель; равным образом эффект этот выше получаемого при других рассасывающих средствах, как синий свет, инъекции NaCl, пивки и пр. В 7,9% автор, однако, при лечении дионином наблюдал понижение тонуса глаза и поэтому рекомендует в случаях стойкой гипотонии применять подконъюнктивально 0,3—0,6 атропина ($1/1000$), возвращаясь к дионину лишь по восстановлении нормального тонуса глаза. В. Адамюк.

479. *Нужно-ли накладывать повязки после операций на глазу?* Д-р Е. Г. Лазарев (Рус. Офт. Ж., 1927, № 10) отвечает на этот вопрос отрицательно. Личный опыт убедил его, что оперирование без наложения повязок вполне допустимо, особенно в более или менее благоустроенных больницах. Послеоперационный период протекает при этом не хуже, если не лучше, чем при повязках. Особенно выгодно не применять повязок в тех случаях, где можно ждать, во время операции, инфекции из конъюнктивального мешка: в подобных случаях риск от операции при неупотреблении повязок уменьшается. Далее, под повязкой кожа

может мацерироваться и давать чешуйки, которые могут раздражать глаз и вызывать зуд. Наконец, уход за оперированным глазом при отмене повязки чрезвычайно упрощается. Р.

е) *Акушерство и гинекология.*

480. *Этиология и терапия неукротимой рвоты беременных.* Sieger (Therapie d. Gegenw., 1927, N. 3.), из клиники Oritz'a, причиной неукротимой рвоты, как равно и других токсикозов беременности, считает одностороннее питание материнского организма, обусловленное симбиозом матери и плода. Такой взгляд находит себе подкрепление в том факте, что клинические явления при токсикозах весьма сходны с таковыми же при отеках у голодающих, как это было выяснено во время мировой войны (одинаковые изменения в капиллярах, одинаковые изменения кровяного давления, солевого и водяного обмена, повышение кислотности крови, уменьшенное выделение мочевины при повышенном выделении N в виде NH₃). Исходя из этих соображений, автор рекомендует следующую терапию неукротимой рвоты: при полном покое в постели голодание в течение 3 дней, энтерально или парэнтерально кальций в Ringe'ровском растворе, наконец небольшие дозы брома для успокоения раздраженной нервной системы. Результаты получаются хорошие, и прибегать к прерыванию беременности приходится редко. А. Тимофеев.

481. *К этиологии эклампсии.* Lougos (Arch. f. Gyn., Bd. 129, 1927) предполагает, что первичное расширение сосудов в области матки может привести к повышению кровяного давления на периферии тела женщины, причем это расширение сосудов зависит от преобладающего влияния n. vagi или вследствие его раздражения, или вследствие паралича sympathici. С целью доказать это автор в одной серии опытов вводил кроликам подкожно ацетилхолин, клавипури (эрготоксин) и гистамин, после чего измерял кровяное давление при помощи особой манжетки. При подкожном введении в этих случаях всегда получалось падение кровяного давления; наоборот, при интраперитонеальном введении в область матки — повышение давления. В другой серии опытов автор обнажал аорту и нижнюю полую вену и при подкожном введении указанных препаратов наблюдал явное сокращение последней. Если же яд накапывался непосредственно на сосуды, получалось, как и при внутрибрюшном введении, повышение кровяного давления, аорта же и v. cava заметно расширялись. Этим опытами доказывается вышеприведенное основное положение L. Далее, автор показал, что под влиянием сильного раздражения n. vagi происходит сокращение v. hepaticae, в результате чего получаются геморрагические некрозы, как при эклампсии. L. полагает, что преобладание vagi над sympathicus зависит от нарушения обмена веществ, причина которого лежит в плодном яйце. Получается т. о. как-бы заколдованный круг между обменом веществ и вегетативной нервной системой. И другие токсикозы беременности, по L., стоят в связи с ваготонией. В этом смысле и надо понимать роль конституции в этиологии эклампсии, ибо ваготонические женщины предрасположены к последней. Вызвать эклампсию у животных экспериментально можно, по L., только в том случае, если удастся у них вызвать длительное раздражение vagi. А. Тимофеев.

482. *Рациональное лечение эклампсии,* по мнению Wilson'a (по Berich. u. d. g. Gyn., Bd. XII), основанному на химических исследованиях крови, должно заключаться в усилении способности последней связывать CO₂. С этой целью он рекомендует внутривенозные вливания раствора соды и глюкозы. В среднем приходится, — в зависимости от случая, — ввести 6—15 грм. двууглекислой соды (в 3—5% растворе) и 12—75 грм. глюкозы (в 10% растворе). А. Т.

483. *К этиологии трубной беременности.* Кок (Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, 1927) приписывает главное этиологическое значение при возникновении трубной беременности спазму трубной мускулатуры, который в особенности имеет место у женщин с лиальной вегетативной нервной системой. Если спазм этот имеет длительный характер, он может послужить и причиной бесплодия. А. Т.

484. *К диагнозу внематочной беременности.* Rizzacasa (Clin. ostetr., 1927), приведя ряд случаев, где внематочная беременность не была распознана, указывает на значение т. н. phrenicus-symptom'a, выражающегося появлением боли в межлопаточной области. Симптом этот обычно указывает на значительность

внутреннего кровотечения и является сигналом к немедленной операции. Известное значение R. придает также признаку Pestalozza, сущность которого заключается в том, что при трубной беременности матка, будучи смещена со средней линии, поворачивается таким образом, что край ее, соответствующий беременной трубе, обращается кпереди. Благодаря этому обстоятельству, при ампулярной беременности, напр., pars isthmica tubae образует резкий угол с беременной частью трубы. А. Тимофеев.

485. *Ручное удаление остатков последа*, по Caspar'y (Münch. med. Woch., 1927, № 33) было произведено в Нюрнбергском Родильном доме, с 1922 г., на 7027 родов 37 раз (несколько более 1/2%). В 24 из этих случаев дело шло о перво- и в 13—о многоплодиях. У 28 родильниц ни анамнез, ни исследование половых органов не дали ничего особенного. В 9 случаях были анамнестически установлены прежние заболевания половой сферы. У 5 женщин роды были закончены искусственно. Послед был из-за послеродового кровотечения, которое не поддавалось гипофену, в 20 случаях удален посредством давления на брюшную стенку, в том числе 12 раз по Credé. Время извлечения остатков было от 1/2 до 4 1/2 часов после родов. Температура у родильниц была перед вмешательством во всех случаях ниже 37,5°. Самое вмешательство проделывалось при очистке и обескровливании рукой, как для чревосечения, причем на вводимую руку надевалась длинная резиновая перчатка. Перед введением руки пациенткам впрыскивалось 1 ампула гипофена для повышения тонуса маточной мускулатуры. Во время вмешательства они находились в глубоком ингаляционном наркозе. С. С—в.

486. *Горячий воздух при гоноррее у женщин*. Н. Fieser (Münch. m. W., 1927, № 3) производит лечение женской гонорреи при помощи прибора Föp и стеклянного зеркала. Сеанс длится сначала 5—10 секунд, потом до 2 мин. Результаты очень хорошие. С. С—в.

487. *Консервативная терапия мочевого фистулы при помощи электрокоагуляции*. Уже давно Stoeckel безрезультатно пытался лечить небольшие фистулы прижиганиями со стороны мочевого пузыря. Ottow'y (Zentr. f. G., 1927, № 6) в одном случае удалось добиться излечения небольшого послеоперационного свища путем однократной электрокоагуляции с помощью цистоскопа. Считаая весьма важной консервативную терапию свищей, О. подчеркивает, что круг ее применения ограничивается лишь определенными случаями небольших свищей, окружность которых не подверглась рубцовым изменениям. При коагуляции следует захватить не только край фистулы, но также и ее канал. После прижигания на 10—12 дней вводится постоянный катетер, благодаря чему пузырь спадается, и стенки свища более плотно прилегают друг к другу. А. Тимофеев.

488. *Лечение лучами раков маточной шейки*. Проф. Н. Martius (Klin. W., 1927, № 20) подводит итоги современному состоянию вопроса о лечении рака маточной шейки лучами Röntgen'a и радия. При 5-летнем сроке наблюдения, лечение это дает, по различным авторам, от 40,5 до 55,6% стойких излечений в операбельных случаях и от 10,2 до 16,6%—в неоперабельных. Таким образом результаты этого лечения не уступают результатам оперативного лечения (коренная операция Wertheim'a дает от 37,8 до 56,1% выздоровлений, в зависимости от более или менее раннего применения). Наиболее рекомендуется комбинированное лечение х-лучами и радием. Увеличение силы освещения ради укорочения длительности лечения действует неблагоприятно; равным образом ухудшает результаты и предшествующая экскохлеация. Поднятие общего состояния ради содействия вторичной соединительнотканной реакции по разрушению раковых клеток удваивает виды на полное выздоровление, практикуемое же некоторыми гинекологами предварительное лечение х-лучами загнивших раков никакого существенного понижения смертности не дает, —12% против 14%.

С. С—в.

ж) *Невропатология и психиатрия.*

489. *Родовая травма и центральная нервная система*. Dollinger (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) из 70 детей с врожденной или приобретенной психической недостаточностью у 21 мог доказать, в качестве этиологического момента, родовую травму. Патолого-анатомические исследования Schwartz'a вполне подтверждают это. Новорожденные весьма склонны к кровотечениям, и

внутричерепные кровоизлияния на почве родовой травмы должны у них встречаться сравнительно часто. Клиническая картина родовой травмы может быть весьма различной, причем она развивается или тотчас после родов, или спустя несколько дней. Различают две формы ее—легкую и тяжелую, которая протекает при явлениях раздражения и паралича продолговатого мозга и быстро ведет к смерти. Чаще всего при родовой травме выступают явления со стороны дыхательного и вазомоторного центров и центра блуждающего нерва. Дыхание бывает обычно замедлено или, напротив, ускорено, часто—поверхностно. Наблюдаются, хотя и непостоянно, судороги, спазмы, приступы Jackson'овской эпилепсии. Пена у рта. При кровоизлияниях в спинной канал наблюдаются сведения затылка и спинальные явления раздражения. Прогноз тем хуже, чем раньше наступают тяжелые явления. Наиболее опасными являются роды в тазовых и головных разогнутых положениях. Профилактика должна заключаться в возможно бережном проведении родов. Опасны ручные приемы для извлечения головки, неправильно проведенная защита промежности, а также назначение средств, усиливающих схватки, в слишком больших дозах. Осторожно наложенные выходные щипцы Stern считает менее опасными, чем длительное стояние головки в выходе таза. Терапия в свежих случаях состоит в люмбальной прокале, пункции родничков и желудочков и в самом тщательном уходе. Особенную надежду автор возлагает на пневмоcephalus. Трепанации, наоборот, он придает мало значения.

А. Тимофеев.

490. *Реакция Takata-Ara при исследовании спинно-мозговой жидкости.* Техника этой реакции, предложенной двумя японскими авторами, Takata и Ara, в 1926 г., заключается в том, что к 1 куб. с. жидкости прибавляют 1 каплю 10% раствора Na carbonici и 0,3 свежеприготовленной смеси из равных частей 0,5% раствора сулемы и 0,02% раствора фуксина (некислого). Смесь хорошо встряхивается и оставляется в пробирке, причем осматривается сейчас после встряхивания, через $\frac{1}{4}$ ч., через $\frac{1}{2}$ ч. и через 24 ч. Испытыва эту реакцию у 60 больных, Д. К. Богородицкий (Совр. Психон., 1927, № 5—6) нашел, что она является весьма тонким индикатором состояния центральной нервной системы, а именно, если жидкость в течение 24 ч. сохраняет полную прозрачность, имея сине-фиолетовую окраску, то это свидетельствует о здоровом состоянии последней; напротив, седиментирующие свойства liquor'a указывают на патологическое состояние нервной системы, причем преобладание фиолетового цвета в осадке говорит о поражении мозгового вещества (и воспалительного, и дегенеративного характера), а появление красного оттенка в смеси (безразлично, с наличием осадка, или без него) свидетельствует об участии мозговых оболочек в патологическом процессе, в смысле воспалительного заболевания их.

Р.

491. *К симптомопатологии эпилепсии.* Г. О. Гольдблат и Р. И. Раскина (Совр. Психон., 1927, № 5—6) обращают внимание на два характерных признака, встречающиеся при тяжелых формах генуинной эпилепсии, а именно, на постоянную дизартрию—в смысле не только запинания речи с характером дрожания, но и нарушения произношения, доходящего до спотыкания на слогах, и наличие у больных поднятия вверх угла рта или наружной части верхней губы. Кроме того, авторы часто наблюдали у эпилептиков характерную пастозность кожи лица и большое количество угрей.

Р.

492. *К лечению головной водянки.* Как известно, Kreuter'ом было предложено, с целью лечения гидроцефалии, производить вшивание мочеточника (почечного конца) в твердую мозговую оболочку спинного мозга. Этот оригинальный метод был экспериментально разработан Heile (Zentr. f. Chir., 1927, № 30).

И. Циммерс.

493. *К диагностике центральных параличей.* Пр.-доц. И. Раздольский (Сов. Псих., 1927, № 9) открыл феномен, сущность которого заключается в непроизвольном поднятии брови и наморщивании кожи соответствующей половины лба при давлении на внутренний край глазницы или надбровной области на противоположной стороне. Вызывать этот феномен можно либо надавливанием большим пальцем на внутреннюю половину глазницы,—лучше всего в области прохождения n. supraorbitalis,—либо проведенным пальцем по верхнему краю орбиты от средней линии наружу. По наблюдениям автора феномен этот никогда не наблюдается у здоровых, а также и у больных с периферическими параличами лицевого нерва; напротив, при центральных параличах этого же нерва он наблюдается в большей части случаев (60—65%).

Р.

з) Сифилидология.

494. *Гистология сифилидов у кроликов.* Гистологический анализ разнообразных проявлений сифилиса у кроликов убедил проф. П. С. Григорьева и К. Г. Ярышеву (Кл. Ж. Саратов. Ун., 1927, № 4—5), что в реакции тканей кроликов на бледную спирохету многое идентично тому, что мы привыкли видеть у человека, но многое и существенно различается. В частности, гистологическая картина молодой первичной сифиломы у кролика совершенно аналогична таковой же у человека, но уже 2-недельная сифилома по своему строению отличается от человеческой, именно, отличается ранним массовым распадом клеток инфильтрата, наличием в последнем многочисленных полинуклеаров, резко выраженными панваскулитами, обширными экстравазатами и отчетливым слизистым перерождением стромы. Что касается, далее, строения папулезных сифилидов, то у кролика оно отличается от строения человеческих папул лишь второстепенными особенностями (изменения в сосудах—иногда до полной облитерации и обильные экстравазаты). Большое сходство, если не тождество, представляют и изменения, наблюдающиеся при сифилитической алопеции у кроликов, с тем, что мы встречаем в подобных же случаях у человека. Напротив, при изучении третичных сифилидов у кроликов авторы ничего подобного гуммам у человека не видели,—не встречали ни типичных гигантских клеток, ни скоплений эпителиоидных элементов: в сифилидах этой стадии бросались в глаза лишь развитие периваскулярных инфильтратов, явления облитерирующего панваскулита и очаги слизистого перерождения, причем как в этих очагах, так и в инфильтрате попадалось множество спирохет. Р.

495. *Кровотечения после сальварсана.* К числу неблагоприятных побочных последствий, наблюдающихся после вырскиваний сальварсана, относятся кровотечения—из носу, из десен, почечные, легочные и пр. Причина их лежит в проходимости стенок капилляров для эритроцитов, обусловливаемой у лиц, через чур чувствительных к сальварсану, раздражением центральной нервной системы. В качестве средства против этого осложнения Neuburger (Deut. med. Woch., 1926, № 44) рекомендует индивидуализированное лечение малыми дозами висмута. В. С.

и) Дерматология.

496. *Эпиляция волос при грибковых заболеваниях уксуснокислым таллием* предложена Buschke, Langerom и Schayerom (M. m. W., 1926, № 20). Авторы употребляли для этой цели thallium aceticum фабрики Kahlbau'm'a. Доза 8 mgr. на кило веса, прием однократный. Через 16—18 дней происходит полная эпиляция волос. Одновременно необходимо проводить обычное антипаразитарное лечение. Каких-либо побочных явлений препарат не вызывает. Н. Яснитский.

497. *Уксуснокислый таллий при грибковых заболеваниях волос.* У Kleinmann'a (Derm. Woch., 1927, № 15) было под наблюдением 114 детей с различными грибковыми заболеваниями, леченных таллием, причем они получали по 7—8 mgr. таллия на кило веса. Выпадение волос начиналось уже на 7-й день, полная алопеция—через 14 дней; при этом волосы легко и безболезненно удалялись слабым подергиванием. Через 6 недель после приема таллия замечался рост волос, а в течение ближайших 2 месяцев волосяной покров восстанавливался вполне. Интересно отметить, что у всех детей на границе волосистой части головы оставалась при алопеции узкая кайма сохранившихся волос. Систематически и повторно у всех больных производилось исследование крови, причем отмечался лимфоцитоз и эозинофилия. Эти изменения состава крови начинаются уже через 2 недели после приема таллия и держатся около 3 недель. Почти в половине случаев при исследовании желудочного сока было обнаружено резкое понижение его кислотности. Изменений со стороны почек автор не наблюдал, за исключением одного случая, где появилась временная альбуминурия. Никаких побочных явлений, а равно симптомов отравления таллием, автор также не видел. Яснитский.

к) Жлезни уха, носа и горла.

498. *К лечению гнойных отитов.* Испробовав в ряде случаев лечение гнойных отитов антивирусом по Безредка, проф. П. А. Дайхес (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 3—4) получил весьма удовлетворительные результаты, но только в тех

случаях, где заболевание было вызвано кокковой инфекцией. Там, где в основе его лежит заражение другими микробами, принцип местной иммуно-терапии в чистом виде является неприемлемым, и к вакцине надо прибавлять дезинфицирующие средства. Р.

499. *К вопросу о гайморитах.* На основании огромного материала (1,500 случаев) проф. М. Ф. Цытович (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 3—4) приходит к следующим выводам по данному вопросу: 1) Воспаление придаточных полостей носа, и в первую очередь Highmоr'овых полостей, является причиной хронических ринитов с их последствиями. 2) Хронические катарральные воспаления Н. полостей по своим местным и общим влияниям на организм отличаются от эмпиемы лишь количественно, да и то в незначительной степени. 3) Гаймориты должно рассматривать с точки зрения их общего, а не местного влияния: на сердце и сосуды (in p'imo—сосуды мозга), центральную нервную систему, бронхи и, по всей вероятности, желудочно-кишечный тракт. 4) Первичное поражение Н. полости должно быть отнесено к первым годам жизни под влиянием одной из инфекций детского возраста (корь, скарлатина, инфлюенца). 5) Гаймориты, как правило, обоюдосторонни. 6) Лечение хронических воспалений Н. полостей должно быть оперативным; при этом т. наз. радикальная операция по L u c-S a l d w e l l'ю, а тем более по D e n k e r'у, показана лишь при поражении костных стенок полостей (caries с образованием секвестров, фистул и т. д.); в остальных случаях вполне достаточно обоюдостороннего эндоназального вскрытия полостей с резекцией переднего конца нижней раковины; одновременно следует выжигать лакуны миндалик. 7) Операция гайморита является наиболее целесообразной профилактической и лечебной мерой, зачастую совершенно перерождающей организм. Р.

500. *К оперативному лечению гайморитов.* Б. С. Шендер (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 3—4) рекомендует при хронических, затянувшихся гайморитах прибегать к радикальной операции, которая производится под местной анестезией следующим образом: в угол рта вводится сложенная в несколько раз полоска марли— для выведения затекающей крови, затем проводится разрез от складки верхней губы над зубом мудрости, заходящий на 1 сант. за уздечку, мягкие части отодвигаются кверху распатором, отслаивается мукоза нижней и боковой стенок нижнего носового хода, между отслоенной мукозой и костной стенкой вводится смоченная в растворе кокаин-адреналина полоска марли, долотом пробивается отверстие в области fossae caninae, и через него осматривается мукоза Highmоr'овой полости; отечная, уплотненная или полипозно разросшаяся часть ее выскабливается, затем полость тампонируется смоченной в растворе кокаин-адреналина марлей, сдвливается боковая костная стенка носа (причем остается нетронутым proc. frontalis), введенная между слизистой и боковой костной стенкой носа марля удаляется, из открывшейся слизистой носа со стороны Highmоr'овой полости выкраивается 4-угольный лоскут и заворачивается внутрь полости, откуда предварительно удаляется положенный туда тампон; затем полость заполняется со стороны носа виоформными тампонами, и рана со стороны рта зашивается наглухо. Таким образом при этой операции сохраняются полностью вся слизистая носа, нижняя носовая раковина, а также остаются нетронутыми передний край aperturаe pyriformis и canalis nasolacrimalis. Р.

Рецензии.

Handbuch der Röntgendiagnostik. Под ред. проф. L e v y-D o r n'a (Berlin). Изд. W. K l i n k h a r d'a в Лейпциге.

Настоящее руководство представляет собою первый отдел III тома об'емистого издания, выпущенного в память 80-летия со дня рождения R ö n t g e n'a, и распадается на 3 отдельные части: 1) общую рентгенофизику, рентгентехнику и рентгенодиагностику, обработанную L e v y-D o r n'ом, 2) методы измерения рентгенографических данных, главным образом при локализации инородных тел, изложенные L. D ü n n e r'ом, 3) рентгенодиагностику уха, носа, зева, горла, полости рта и зубов в обработке S o n n e k o l b'a и B e u e r'a. Все вопросы разработаны специалистами, и, несмотря на отсутствие описания новейших аппаратов и установок, систематическое, подробное изложение предмета и методов рентгенодиагностики является прекрасным курсом для усовершенствования врача.

Handbuch der Röntgentherapie. Под ред. проф. Р. Краузе (Мюнстер).

Это руководство является вторым отделом упомянутого выше издания и заключает в себе 8 выпусков: 1) Рентгенотерапевтический инструментарий—проф. Martius'a, 2) основы дозиметрии рентгеновских лучей—д-ра Н. Schreus'a, 3) действие лучей на растения—проф. М. Коернике, 4) рентгенотерапию в гинекологии—проф. Н. Martius'a, 5) рентгенотерапию с точки зрения патологии—проф. Р. Рум'а, 6) рентгенотерапию кожных заболеваний—д-ров К. Хабегман'а и Schreus'a, 7) рентгенотерапию ушных, носовых и горловых заболеваний—проф. К. Аmersbach'a и 8) рентгенотерапию хирургических заболеваний—д-ра Н. Holfelder'a. Данный отдел руководства на 990 стр. обьемистее первого. Особенно исчерпывающим образом изложена в нем хирургическая и гинекологическая рентгенотерапия. Вышедшее в свет отдельными выпусками втечение 1922 и 1925 г. г. прекрасное издание это вполне отражает в себе ход развития идей и методов общей и частной рентгенотерапии.

Р. Я. Гасуль.

A. Hasselwander. Atlas der Anatomie des menschlichen Körpers im Röntgenbild. Verlag. J. Bergmann. München. 1926.

Прекрасно изданный атлас этот, представляющий нормальную костную систему взрослого человека и ребенка в различных стадиях развития скелета в рентгеновских изображениях, является ценным вкладом как в остеологию, так и в методику рентгенодиагностики. Рентгеновский метод всегда стоял позади анатомии, черпая свою мощь из нормальной и патологической анатомии. Теперь же он стал основой для той же анатомии. Известный Эрлангенский анатом Hasselwander еще в 1909 г. делал попытки расширить анатомические представления студента при помощи рентгенограмм. Этот метод Н. считает необходимым для того, чтобы будущий рентгенолог мог точно уяснить себе анатомическую картину в преломлении на рентгеновской пластинке или на экране. В культивировании рентгено-анатомического метода, начиная с первых студенческих лет, лежит залог безошибочного толкования рентгеновских картин. И автор действительно дает пластическую картину статки и динамики человеческого скелета. Изображения в атласе четки, снабжены пояснительными схемами. Кроме 199 рентгенограмм на 82 стр., атлас содержит еще 24 стереограммы для стереоскопа. Труд этот имеет не одно лишь академическое значение, но и практическое, являясь настольной книгой для специалиста-рентгенолога.

Р. Я. Гасуль.

S. Hirsch. Physikalisch-technische Grundlagen der Röntgentherapie. В обработке G. Holzknecht'a и Spiegler'a. Изд. I. Springer'a, Wien, 1927. 223 стр. 131 рис. и 46 таблиц. Цена 15 марок.

Если Holzknecht решил перевести и обработать книгу известного Нью-Йоркского рентгенотерапевта Seth Hirsch'a, то это означает, что в богатой немецкой рентгенологической литературе не оказалось подобного физико-технического руководства. И действительно, в этой сравнительно кратко написанной книге (223 стр.) имеется все, что должен твердо помнить каждый рентгенотерапевт. Общий уклон книги—физико-технический и притом нелишенный американизма, который особенно сказывается при изложении тонких опытов помощью различных точных приборов и в многочисленных таблицах с кропотливыми цифровыми вычислениями зависимости доз от коэффициента поглощения, спектра, степени ионизации, поля освещения и др. факторов. В первой главе книги излагаются данные относительно трансформаторов, кривых токов высокого напряжения, рентгеновских установок, мер защиты, вычислений волны и кривой напряжения и, наконец, конструкции трубок. Во второй главе мы находим изложение электронной теории рентгеновых лучей, теории и практики спектрометрии и спектрографии, теории фильтрации и методики стандартной дозиметрии. В третьей главе содержатся физическая и биологическая дозиметрия и терапевтическая техника (по методу Holzknecht'a). Редкий учебник дает столько ясных и нужных технических сведений по рентгенотерапии.

Р. Я. Гасуль.

B. Walter. Die physikalischen Grundlagen der medizinischen Röntgentechnik. Verlag Vieweg. Braunschweig. 1926. IV издание. 328 стр. 89 рис. и табл.

Настоящее руководство является расширенной переработкой главы о физических основах рентгеномеханики в книге Albers-Schoenberg'a «Рентгено-техника». В IV издании его Walter развил лишь главу о волновой природе рентгеновских лучей; в остальном его книга сохранила ту же прекрасную конспективность и то же ясное изложение теоретических (главным образом) и практиче-

ских основ рентгенодиагностической и терапевтической техники. Систематичность изложения и форма обработки материала явились предметом подражания для авторов многих руководств у нас и за границей. Особенно хорошо изложена глава о природе рентгеновских лучей и о рентгеновских трубках (206 стр.). Книга является полезным справочником именно по этому отделу. *Р. Я. Гасуль.*

Groedel, Liniger und Lossen. Materialien-Sammlung der Unfälle und Schäden in Röntgenbetrieben. Дополн. XXXVIII том к Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgensr., вып. II, 1927. Изд. G. Thieme, Leipzig. 119 стр. Цена 11 марок.

Настоящий сборник материалов по вопросу о рентгеновских повреждениях представляет внушительное *mento mori* для всех рентгенологов, особенно рентгенотерапевтов. Без всяких прикрас авторы подробно повествуют об ошибках со стороны медицинского и технического персонала, врачей-рентгенологов, а также самих больных,—ошибках, повлекших за собою серьезные, иногда даже и смертельные повреждения. *Nomina sunt odiosa*, и авторы ошибок несут лишь свои инициалы, но и по этим последним пороку нетрудно бывает угадать даже очень видных рентгенотерапевтов. *Errare humanum est*, и германский гражданский и уголовный кодекс карает лишь при доказанности наличия «злого умысла» или «преступной небрежности». Но приводимым в книге данным из 101 повреждения 5 были от электрического тока, 22—от диагностических ожогов, 70—от терапевтических ожогов. Смертельный исход при диагностических ожогах наблюдался в 6,3%, при терапевтических—в 13,6% всех случаев; 38 ожогов произошли по вине врачей-неспециалистов. Наиболее частыми причинами ожогов являлись: 1) слишком мягкая трубка, 2) малое фокусное расстояние, 3) неопределенное время освещения, 4) отсутствие фальтра, 5) недостаточные паузы и 6) неучтенные факторы в характере заболевания и характере больного. Приводимые в книге подробные истории болезни очень поучительны. Материал этот лег в основу доклада, представленного рецензентом, по предложению НКЗ, на I-Всесоюзную Конференцию рентгенологов 26/IX 1927 г. в Москве, и принятой здесь резолюции. *Р. Я. Гасуль.*

Проф. В. Н. Молчанов. *Растройство роста и развития у детей.* С 22 рис. Изд. М. и С. Сабашниковых. Москва, 1928 г. 80 стр. Ц. 1 р. 25 к.

Книжка проф Молчанова имеет целью ознакомить широкие врачебные круги с основными фактами из учения о расстройствах роста и развития у детей. Как справедливо указывает автор, дети, страдающие подобными расстройствами, встречаются очень часто, но не обращают на себя достаточно внимания врачей. Автор делит рассматриваемые заболевания на основании клинических признаков, а не по этиологическому принципу, так как этиология в большинстве случаев сложная. Растройства роста рассматриваются отдельно от растройств развития и разделены на формы, характеризующиеся ненормально-малым ростом (нанизм), и на формы с ненормально-большим ростом (гигантизм). В каждой из этих групп различаются пропорциональное и непропорциональное растройства роста. Аналогичное деление проведено и в отделе, трактуемом о растройствах развития (отсталость развития, преждевременное развитие). Предлагаемая группировка вносит значительную ясность в классификацию растройств роста и развития. Изложение ведется очень живо и часто иллюстрируется весьма интересными случаями, взятыми из богатого личного опыта автора. Внешность издания (бумага, шрифт, рисунки) также очень хороша.

Разбираемая книжка, несомненно, может служить прекрасным введением в учение о растройствах роста и развития, и ей следует пожелать самого широкого распространения среди врачей—тем более, что на русском языке до сих пор не было подобной оригинальной работы. Профессор *Е. М. Ленский.*

II Всеукраинский Съезд Терапевтов.

Д-ра Я. Дайховского.

Пронсходивший с 9 по 15 сентября т. г. в Одессе II Всеукраинский Съезд Терапевтов оказался весьма многочисленным: зарегистрированных участников Съезда было 1170 чел., из них 587 иногородних.

Внешняя обстановка сыграла немалую роль в успешном проведении работы Съезда; Одесса, как город, окруженный рядом курортов, благоприятное время года, прекрасная организация Съезда и, наконец, выбор местом работы Съезда большого театра им. Луначарского—дали возможность делегатам Съезда провести работу в исключительно деловой и благоприятной обстановке. Всего на Съезде было заслушано 43 доклада, из них 38 иногородних. В прениях участвовало больше 100 человек.

Съезд был открыт Наркомздравом УССР т. Ефимовым, который в краткой речи охарактеризовал научную, общественную и политическую роль Съезда и отметил воспитательное значение его. Вслед за избранием почетного и делового президиума Съезда академик Ф. Т. Яновский, один из членов почетного президиума, во вступительном слове вкратце остановился на истории развития терапевтического мышления и, обратив внимание Съезда на необходимость более глубокого изучения клинических проявлений болезней, которые зачастую отнесаются на задний план, благодаря увлечению лабораторными методами исследования, подчеркнул необходимость ближе наблюдать больного.

Первый день работы Съезда был посвящен программному вопросу *о висцеральном сифилисе*. О *клинике кардио-васкулярного сифилиса* докладывал проф. Д. Д. Плетнев (Москва). „Salus populi suprema lex“—так начал свой доклад проф. Плетнев. Умение рано распознавать болезнь способствует в значительной мере осуществлению этого девиза древнего Рима. Сифилис сердечно-сосудистой системы встречается гораздо чаще, чем мы его распознаем, причем увеличение случаев сифилитического поражения внутренних органов зависит оттого, что больные только лечатся, либо вовсе не лечатся. Сифилис поражает сердечно-сосудистую систему во всех стадиях болезни. Экспериментальная спирохетомиа имеется налицо еще до появления первичного шанкра, и экспериментальное животное является сифилитиком без первичного шанкра. Далее докладчик остановился на сифилитических поражениях сердца во вторичном периоде, когда в сердце развиваются острые процессы в виде поражения миокарда—с коронарными сосудами в одних случаях и без поражения сосудов в других; в этом же периоде поражаются и периферические сосуды в виде облитераций и эктазий. Поражение сердца в третичном периоде сводится к гуммозному, склерогумозному и склеротическому процессам. Докладчик обратил внимание, что не все симптомы сердечно-сосудистого характера у человека с *lues*’ом в анализе должны быть отнесены за счет последнего; необходимо иметь в виду не только моноэтиологию у таких больных, но чаще встречающуюся плоризтиологию сердечно-сосудистых симптомов.

Проф. П. И. Файншмидт (Харьков) в докладе *о сифилисе легких* указал, что это заболевание занимает одно из последних мест среди сифилитических заболеваний других внутренних органов, но все же оно встречается чаще, чем его распознают. Трудность диагностики заключается в отсутствии резко очерченной клинической картины и частой комбинации с другими заболеваниями легких, главным образом с *tbc*. В каждом случае необычного течения легочного *tbc* докладчик рекомендует подозревать сифилис.

Проф Р. А. Лурия (Казань) поставил проблему: *сифилис и желудок*. Желудок уже рано страдает при сифилитической инфекции. Надо различать поражение желудка не только тогда, когда оно дает грубые анатомические изменения, но и когда имеются только лишь изменения функционального характера в результате интоксикации организма сифилитическим вирусом. Эти функциональные расстройства желудка являются как ранним заболеванием желудка, так и сопутствующими сифилитическому заболеванию во всех стадиях инфекции. Изучая изменения желудочной секреции на большом материале, докладчик поднял вопрос о „поведении“ желудка у сифилитических больных. Сифилитическое заболевание желудка не имеет строго установленной клинической картины, и распознавание его основывается на изучении не только явлений со стороны желудка, но и всего организма больного в целом. Докладчик предложил новую классификацию сифилитического поражения желудка, облегчающую понимание характера изменений, наступивших в этом органе под влиянием сифилитической инфекции.

О *сифилисе эндокринных желез* докладывал на Съезде прив.-доц. В. М. Боган-Ясный (Харьков), который установил, что это—довольно частое заболевание. По мнению докладчика сифилис не может поражать внутренние органы, оставляя непораженными железы внутренней секреции, которые принимают самое активное участие в жизни всего организма. Сифилис поражает ту из желез, кото-

рая является locus minoris resistentiae организма. О *влиянии специфической терапии на течение сифилитических артритов* докладывал М. Х. Мгеров (Одесса).

Второй день Съезда был посвящен программному вопросу о *колитах*. Об *этиологии колитов* докладывал проф. С. П. Златогоров (Харьков), который главную роль в этиологии колитов приписывает микробной флоре кишечника. Проф. М. Д. Стражеско (Киев) исчерпывающе изложил *клинику колитов*. Клиническая картина последних определяется локализацией процесса, состоянием тонких кишек, конституциональными особенностями, экзогенными и эндогенными моментами. Усиление перистальтики, сегментарные и местные спазмы, изменение характера испражнений—вот чем характеризуется клиническая картина колитов. Проф. М. М. Губергриц (Киев) дал тонкий анализ *нереным заболеваниям кишек*. Невроза кишек, как отдельного заболевания, не существует,—есть нарушение равновесия в нервной системе вообще и в вегетативной ее части в частности. Неврозы кишек могут возникать вследствие изменения коллоидного состояния тканей организма, с которым связана вегетативная нервная система в смысле развития возбуждения или изменения характера возбуждения. Возникновение невроза того или иного органа зависит от случайного стечения обстоятельств или от Organbereitschaft. Неврозы кишек бывают сенсорные, моторные и секреторные. Доклады проф. М. И. Певзнера (Москва) и М. О. Вихерта (Москва) были посвящены изучению процессов *пищеварения в кишечнике*. *Рентгенология колитов* нашла отражение в докладе д-ра Р. И. Хармандарьяна (Харьков), который продемонстрировал ряд показательных рентгеновских снимков. За недостатком места ограничился лишь перечислением остальных докладов, заслушанных в этот день и имеющих отношение к заболеванию кишечника. Сюда относятся доклады: д-ра А. В. Федулова (Ташкент)—*О значении простейших в этиологии кишечных заболеваний*; проф. П. Н. Кавалерова (Сталин)—*О пищевых энтеритах*, как профессиональном заболевании рабочих горячих цехов; проф. В. И. Виноградова (Москва)—*К методике исследования тонких кишек при помощи кишечного зонда*; д-ра Е. Я. Фишлензона (Винница)—*о собственных наблюдениях при colopathia mucos membranacea*; д-ра Д. А. Кириенблата (Тифлис)—*О тяжелых хронических колитах* по материалам Тифлисской жел.-дор. больницы за 1924—27 гг.; д-ра Я. Т. Воробьева (Тифлис)—*О кокцидиозе человек*; д-ра Л. С. Харитоновна (Харьков)—*О лечении поносов* и д-ра Я. И. Дайховскаго (Казань)—*О клинико-экспериментальных наблюдениях над пептоно-терапией при поносах*.

Вечернее первой половины 3-го дня Съезда были организованы экскурсии для ознакомления иногородних членов Съезда с Одесскими курортами и санаториями, а также с лечебно-профилактическими учреждениями Одессы. В вечернем заседании Съезда был заслушан доклад наркомздрава Украины Д. И. Ефимова: *Очередные задачи развития здравоохранения на Украине*, вызвавший интересные выступления профф. Д. Д. Плетнева и Р. А. Лурья.

Четвертый день был посвящен программному вопросу о *заболеваниях суставов*. Роль *бальнеотерапии при хронических заболеваниях суставов* осветил в своем программном докладе проф. Е. М. Брусиловский (Одесса), который поделился своим 45 летним опытом. Отметив наиболее благоприятное действие лиманного лечения, докладчик рекомендовал метод комбинированного лечения. Вопросы *клиники и классификации суставных заболеваний* осветил в своем докладе проф. К. П. Пенкославский (Днепропетровск). Проф. И. М. Дитерихс (Краснодар), говоря о *суставных осложнениях при заболеваниях внутренних органов*, считает заболевание суставов одним из проявлений заболевания всего организма. Сравнительно *мало изученные формы суставных заболеваний* нашли полное освещение в докладах проф. П. Я. Винокурова (Одесса) и проф. Г. Я. Гуревича (Смоленск). О *зимнем грязелечении* докладывает д-р И. Б. Серебрянник (Одесса). О *поздних сифилитических артритах* докладывает проф. М. П. Слоним (Ташкент). *Значение рентгена в диагностике суставных заболеваний* иллюстрировал демонстрацией ряда снимков д-р Лемберг. О *хронических анкилозирующих артритах у детей* докладывал проф. А. А. Кисель (Москва). На *влиянии физических методов лечения на вегетативную нервную систему при заболеваниях суставов* подробно остановился проф. Е. А. Черников (Харьков). После прений по докладом было оглашено поступившее в президиум заявление, за подписью 400 членов Съезда, о необходимости отметить в пленуме заслуги «Врачебного

Дела» по случаю 10-летия его существования. С оценкой заслуг «Врачебного Дела», по поручению президиума С'езда, выступили проф. Р. А. Лурья и Д. Д. Плетнев. С'езд постановил отправить приветственную телеграмму редакции журнала и Совнаркому УССР; вслед затем С'езд тепло приветствовал присутствовавших на С'езде редакторов «Врачебного Дела». С ответной речью выступил один из редакторов журнала, прив.-доц. В. М. Коган-Ясный. После закрытия вечернего заседания состоялось, под председательством проф. Бардаха, траурное заседание, посвященное памяти академика Л. А. Тарасевича. В своих речах профф. Бухштаб, Плетнев и Златогоров охарактеризовали Л. А. Тарасевича, как крупнейшего ученого и общественника.

В пятый день работы С'езда был заслушан ряд отдельных докладов. Часть из них была посвящена вопросам сердечной патологии. Так, об *электрокардиографии умирающего сердца* докладывал д-р Л. П. Фогельсон (Москва), который на основании своих экспериментальных наблюдений устанавливает, что после клинической смерти сердце еще в течение некоторого времени, иногда до часу, продолжает сокращаться. Д-р В. М. Гольдштейн (Харьков) коснулся вопроса о *мерцании и трепетании предсердий*, как признаках тяжелого поражения сердца. Проф. Я. С. Шварцман (Одесса) предложил, для *оценки тонуса сердечной мышцы*, выслушивать сердце во время физического напряжения больного (растягивание резинового жгута). Прив.-доц. Я. Ю. Шпирт (Одесса) коснулся *диагностики склероза венечных сосудов*, уточнив симптоматику этого страдания. *Классификация хронических заболеваний сердечной мышцы* предложил д-р И. Г. Гельман (Москва). Об *изменении жизненной емкости легких при заболеваниях сердца* сделал доклад д-р М. А. Ясиновский (Одесса). Ряд докладов этого дня был посвящен также изучению деятельности желудка и его секреции при различных заболеваниях. Сюда относится доклад проф. К. В. Пунина (Смоленск) о *секреторных и эвакуаторных нарушениях желудка при свежих рубцовых язвах привратника и двенадцатиперстной кишки*, вызвавший еживленные прения. Д-р А. И. Шапиро сообщил о *связи секреторных типов Зимницкого с эвакуаторной функцией желудка*, определяемой по методике проф. Пунина при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Д-р И. Н. Шефтель (Киев) говорил о *значении крови в желудочном содержимом* при исследовании тонким зондом Д-р З. В. Михальченко (Киев) докладывал о *липолитическом ф-менте желудочного сока* и соотношении между липазой желудка, 12-перстной кишки и крови (у тbc больных). Проф. С. С. Зимницкий (Казань) в своем докладе *Инсулин в терапии пептических язв* отметил прекрасные результаты применения инсулина при лечении язвы желудка, исходя из представления об ацидозе тканей, играющем роль в этиологии этого страдания. Прив.-доц. С. О. Ромм (Киев) поделился результатами экспериментального наблюдения над *функциональными изменениями сосудов сердца и почек при хроническом отравлении адреналином или никотином*. Последним был заслушан доклад д-ра Беленького (Одесса) на тему *Современные проблемы постановки больничного дела*.

Подводя итоги С'езда, председательствовавший проф. Р. А. Лурья в обстоятельной и яркой заключительной речи охарактеризовал работу С'езда и подчеркнул исключительную организованность его и предупредительное отношение Одесских Советских организации и Курупра, создавших благоприятную обстановку для плодотворной научной работы. III Всеукраинский С'езд Терапевтов постановлено созвать в Киеве в 1929 году.

II Всеукраинский С'езд Хирургов ¹⁾.

С'езд состоялся в Киеве, с 10 по 14 сентября тек. г., и собрал 512 членов, в том числе 391 иногородных. Почетным председателем его был проф. Н. Волкович (Киев).

Проф. Н. Волкович выступил и докладчиком по первому программному вопросу—о *лечении хирургического тbc*. В своем докладе он, исходя из положения, что тbc того или иного органа является местным проявлением общей инфекции, рекомендовал привлекать на помощь операции целительные силы природы. Осо-

¹⁾ По отчету члена С'езда, д-ра С. М. Эйбера (Артемовск).

бенно молодые врачи, работающие на селе, должны использовать все доступные им из окружающей природы средства консервативного лечения. Возможно, что при этом они получат не худшие результаты, чем какие дает операция в руках даже искусного хирурга.—Эта основная мысль проф. Волковича была поддержана большинством остальных докладчиков и участников в прениях. Среди них С. Трегубов (Харьков), указывая, что в УССР имеется до 50,000 больных костным тbc, требовал, чтобы были построены мощные санатории для лечения и изучения этого страдания. Только почечный тbc, по С. Ратнеру (Киев), представляет исключение в виду слабого эффекта, получаемого при этой болезни от туберкулина, гелио-, фото- и термотерапии,—здесь показана нефректомия, дающая свыше 70% стойкого выздоровления.

Вторым программным вопросом были *хирургические и биологические способы лечения остро-гнойных процессов*. Согласно заключениям программного докладчика Н. Петрова (Ленинград) лечение фурункулов должно заключаться в применении гиперемии и разрезе, карбункулов—в полном удалении омертвевших тканей и вприскивании в края инфильтрата до 100,0 риванола (1:1000), метод же выдавливания необходимо оставить; при костных процессах и артритах показана резекция.—Из других методов лечения остро-гнойных процессов особенно выдвинута была А. Киселевым (Харьков) аутогемотерапия, которая при карбункулах и фурункулах ослабляет боли, уменьшает инфильтрат, способствует выделению некротических тканей и благоприятствует заживлению—благодаря тому, что при ней вырабатываются антитела, и повышается лейкоцитоз.

В докладах *о послеоперационных тромбозе и эмболии*, между прочим, было указано, что смертельный исход от эмболии легочной артерии наблюдается 1 раз на 300 лапаротомий, и что особенно предрасположены к этому осложнению пожилые люди—в возрасте 50—70 л. Из предохранительных мер против тромбозов и эмболий М. Юкельзон (Киев) отметил полный покой—физический и душевный, устранение кашля и метеоризма и глубокую дыхательную гимнастику, а П. Логвинский (Киев)—подготовку сердца, соответственный наркоз, асептику, тщательную перитонизацию и гемостаз, далее—непродолжительность положения по Trendelenburg'u, раннее движение оперированных в кровати, массаж конечностей и активацию сердечной деятельности.

Следующим программным вопросом на С'езде был вопрос *о судьбе трансплантатов тканей и органов*. Программный докладчик, В. Покотило (Одесса), указал, что для понимания био-химических особенностей пересаженной ткани важно различать собственно-пересадку, при которой трансплантат получает кровоснабжение от окружающих тканей, причем клетки его способны жить собственной жизнью, от вживления, при котором трансплантат окружается соединительнотканной капсулой или прорастается соединительной тканью. Чем более дифференцирована ткань, тем менее она способна к пересадке. Лучше всего удается аутопластика, гомопластика дает успех редко, а гетеропластика—никогда. При выборе материала для гомопластики можно руководиться геммагглютинационными группами, которые у донора и реципиента должны быть одинаковы.—Ш. Хохутов (Киев), в разбираемой области, получил блестящий анатомический и функциональный эффект от пересадки кости в патологически измененные лжые суставы.

Чрезвычайно интересный доклад был сделан на С'езде д-ром Н. Болярским (Винница) по вопросу *о повреждениях сельскохозяйственными орудиями*. Оказывается, механизация в сельском хозяйстве дает свыше 40% таких повреждений, причем смертность от получающихся при этом травм доходит до 40%, а последующая инвалидность—до 70%. Особенно часто они наблюдаются у подростков до 16 лет, почему докладчик настаивал, чтобы к обслуживанию сельскохозяйственных машин не допускались лица моложе 15—17-летнего возраста.

С. Федоров (Ленинград) исчерпывающим образом разобрал программный вопрос *о семиотике болей при заболеваниях органов брюшной полости*, причем отметил, что органы эти неодинаково реагируют на различные раздражения: тогда как уколы, напр., дают незначительную боль, растягивание и разможнение—весьма интенсивную. Огромное значение имеют здесь и конституциональные, а также расовые особенности. Боли висцеральных органов, и в частности брюшины,—сосудистого происхождения, ибо к сосудам подходят сегментарно длинные афферентные нервные волокна.

Вопрос *об аппендиците* был на С'езде широко затронут В. Милостановым (Харьков), указавшим, что болезнь это часто встречается и в детском

возрасте, представляя здесь свои особенности, затрудняющие точный диагноз. Для установки последнего важное значение имеют феномен Рауега и мышечный признак Волковича. Для лечения острого аппендицита необходима возможно ранняя операция. Что касается техники последней, то у современных хирургов все более и более сказывается тенденция к применению глухого шва — даже в случаях остро-гнойного воспаления отростка и перитонита; лишь наличие анаэробной флоры (зловонный экссудат, иخور, разлитое вагнозное) является противопоказанием к закрытию раны наглухо. Чрезвычайно большие услуги оказывает здесь применение перманентных капельных вливаний в прямую кишку раствора поваренной соли.

По Г. Быховскому (Киев), который выступил на Съезде с докладом *о раке прямой кишки*, последний по своей частоте занимает второе место среди хирургических раковых заболеваний (на первом месте стоит рак грудных желез у женщин). Начальные стадии этого заболевания, к сожалению, часто просматриваются, будучи принимаемы за геморрой, почему необходимо тщательное обследование подозрительных больных при помощи таких методов, как ректоскопия.

П. Дейч (Киев), посвятивший свой доклад *консервативной терапии спонтанной гангрены и родственных ей заболеваний*, указал, что в этиологии их, несомненно, первую роль играет отравление никотином. Оттого-то болезни эти чаще наблюдаются у мужчин, чем у женщин; оттого же для успешного терапевтического эффекта больные прежде всего должны немедленно отказаться от курения. Из собственно-лечебных мер на первом плане стоят ионо-,—электро-,—фото-—и осмотерапия, дающие быстрое развитие коллатерального кровообращения в пораженных конечностях. В запущенных случаях и при обширных поражениях методы эти способствуют развитию демаркации, что делает возможным более раннюю и успешную операцию с наибольшим сохранением пораженной конечности.

Целью дня Съезда, именно пятый, был посвящен вопросам ортопедии. В этот день были, между прочим, заслушаны доклады *о венозном вращении* (Н. Фрумин и А. Фрумина, Киев) и *кровачом лечении* (М. Ситенко, Харьков) *врожденных вывихов бедра, о плоскостопии* (М. Куслик, Ленинград, и С. Повицкий, Киев) и др.

Детально были освещены на Съезде и многие другие, важные для хирургов, вопросы, как вопрос *о применении лучистой энергии и ионтофореза при хирургических заболеваниях, о хирургическом лечении панкреатитов, о подкожных разрывах мышц и сухожилий, о стебельчатой пластике по Филатову, об опекативном лечении пептических язв кишек* и пр., и пр. Напряженное внимание всего Съезда привлек также доклад Наркомздрава Украины, т. Ефимова, *о положении дела хирургической помощи в УССР*. Из этого доклада наглядно выяснилось, как недостаточна эта помощь и как много в этом направлении еще остается сделать: оказывается, что здесь на 10 тыс. населения приходится всего 3 специалиста-хирурга, тогда как в С. Ш. Америки—13, в Англии—10, в Германии—6. Особенно плохо обстоит дело в округах с сельским населением, где 1 хирург приходится на 220—250 тыс.; лучше хирургическая помощь поставлена в промышленных районах, напр., Артемовском.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 18/X.

Д-р М. С. Венецианова-Груздкова: *К вопросу о гистогенезе т. наз. „миоцитов“ в мышце сердца*. Современн Fischer'a известно, что раны сердца могут заживать при помощи грануляционной ткани, которая по одним авторам—соединительно-тканного происхождения, по мнению других часть ее клеточных элементов в сердце—мышечного происхождения. Клетки последнего рода характеризуются своеобразным распределением хроматина ядра в виде зубчатой полоски. Однако мышечное происхождение таких клеток, названных Аничковым «миоцитами», признается не всеми. Для решения этого вопроса автор исследовал грануляционную ткань сердца при его ранении на прижизненно-окрашенных трипановой синью животных. Продолжительность жизни животных была 7—12 дней.

Оказалось, что часть миоцитов грануляционной ткани содержала значительное количество зерен и глыбок сини. Этот факт дал возможность автору отождествить эти клетки с обычными гистиоцитами (полибластами) соединительной ткани и таким образом признать их соединительнотканную природу.—В прениях по докладу принимали участие профессор П. П. Васильев и В. М. Соколов.

Проф. Р. А. Лурия: *Сифилис и желудок*. Докладчик указал, что сифилис желудка, хотя является и редким заболеванием, но за последнее время вызывает у всех терапевтов большой интерес. Разобрав литературу этого вопроса и дав критический обзор существующих классификаций сифилитических поражений желудка, докладчик большую часть своего доклада посвятил разбору своей классификации этого заболевания.—Доклад вызвал весьма оживленные прения, в которых участвовали профессор В. Л. Боголюбов, М. Н. Чебоксаров, А. В. Вишневский, П. П. Васильев и Н. В. Соколов и прив.-доц. С. А. Флеров и Н. Н. Русецкий.

Заседание 1/XI.

Д-р А. В. Голяев: *Отчет о Всесоюзном Съезде Патологов в г. Киеве*.

Д-р Л. Рахлин: *К патогенезу полиурии при diabetes insipidus*. Докладчик, разбирая вопрос о патогенезе полиурии при diabetes insipidus, на основании клинического наблюдения и исследования трех случаев этого заболевания пришел к выводу о гистиогенном происхождении полиурии при последнем.—В прениях проф. Р. А. Лурия отметил, что наблюдения докладчика ставят под сомнение гипофизарную теорию происхождения полиурии при diabetes insipidus. Проф. А. Ф. Самойлов указал, что экспериментальные данные английских физиологов заставляют признать большую роль гипофиза в происхождении полиурии при данном заболевании.

Секретарь А. Вылегжанин.

Хирургическая секция.

Заседание 19/X.

Д-р М. С. Знаменский демонстрировал двух больных с *пендинской язвой* (красноармейцев из Туркестана). Язвы в области кистевого сустава. Заболевание относится к группе лейшманиозов. Длительность—чаще $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ года. В половине случаев неосальварсан действия не оказывал. В последнее время предложено замораживание язв хлор-этилом.

Проф. Н. В. Соколов демонстрировал больную после операции (резекции слепой и восходящей ободочной кишек) *по поводу хронической инвагинации* с неясными клиническими симптомами.

Д-р П. А. Никифоров демонстрировал два случая *спондилоза после операции удаления парацитовидных желез*. Предъявлены были трое больных с болезнью Strümpel-Marie. Одному из больных операции еще не было. Другой больной оперирован 10 дней тому назад, с заметным улучшением: подбодок поднялся, колени согнуты менее, у этого больного отмечено появление болей в тех суставах, где впоследствии наступает улучшение. Третий больной оперирован весной, также с улучшением: поднимает руку. Так как эпителиальные тельца малы, и рассмотреть их не всегда возможно, то операция заключалась в удалении всей клетчатки в области расположения этих телец.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов, Н. В. Соколов, М. О. Фридланд и д-ра А. Н. Рыжих и А. Г. Гринбарг. Проф. М. О. Фридланд обратил внимание на чрезвычайную ломкость костей у таких больных (как стекло) и демонстрировал препарат позвоночника с переломом позвонка. У этих же больных часто встречается status thymicolymphaticus.

Прив.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал больных с *пластическими операциями на лице*. Пластика по Филатову. Одна больная, после рваной раны лица, еще в процессе пластики. Другая больная, после номы,—с почти законченным закрытием щеки, части губы и крыла носа.—Прения: профф. А. В. Вишневский, В. Л. Боголюбов и д-р А. Н. Рыжих. Отмечены терпение и выдержка, которые требуются со стороны хирурга по отношению к подобного рода больным.

Прив.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал больного с *переломом зубо-видного отростка* 2-го шейного позвонка. Больной упал с лошади под мост. Паралич одной стороны и парез другой, которые в настоящее время (спустя месяц) прошли. Крепитация осталась. Рентгенограмма.

Д-р М. С. Знаменский: *Аппендицит в красной армии.* В последнее время отмечается рост заболеваний аппендицитом вообще и в красной армии в частности. В войсках Приволжского округа заболеваемость аппендицитом повысилась раза в четыре. Максимум заболеваний падает на лето, минимум — на осень и зиму. Из возможных этиологических моментов грипп придется исключить, так как бывшая «испанка» на частоте заболевания аппендицитом не отразилась. Во время войны и голода аппендицит встречался реже.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов, прив.-доц. С. А. Флеров и д-ра С. М. Курбан-Галеев, Б. В. Огнев и А. Н. Брусаяин. Прив.-доц. Флеров отметил дороговизну и недоступность для красноармейцев фруктов и овощей. Непривычная, почти без витаминов, однообразная военная пища ведет к колитам, а далее уже один шаг и до аппендицита, тем более, что и возраст красноармейцев для аппендицита наиболее подходящий, так как отросток еще не облитерировался, но уже находится в начале своей инволюции.

Заседание 11/XI.

Д-р М. А. Романов: *Демонстрация больной после спленэктомии по поводу травматического разрыва селезенки.* У демонстрированной больной с момента травмы (побой) до наступления бурных явлений внутреннего кровотечения протекло 20 дней. В анамнезе малярия. Селезенка увеличена втрое, частично окружена салынком.—Прения: профф. А. В. Вишневецкий, В. Л. Боголюбов, прив.-доц. В. А. Гусынин и д-р А. Н. Брусаяин. Прив.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал две селезенки, удаленные по поводу травматических повреждений.

Д-р М. В. Швалев: *К вопросу о гинекомастии.* Два случая: юноша и мужчина. Оперативное удаление. Под микроскопом сецернирующих молоко клеток не найдено.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р А. Н. Рыжих: *К вопросу о хронической артерис-мезентериальной непроходимости.* Собственное, весьма редкое наблюдение. Больная, девица 16 лет, страдала с рождения периодическими припадками сильных болей в области желудка, сопровождавшимися обильной желчной рвотой. На операции обнаружено сдавление 12-перстной кишки корнем натянутой брыжейки *ici*, причем весь тонкий кишечник располагался в полости малого таза. Желудок умеренно расширен, стенки гипертрофированы, 12-перстная кишка резко растянута. Передняя G.-E. по Wölfler-Vgаиn'у. Выздоровление. Докладчик, приведя новейшие литературные данные, предлагает строго различать первичную и вторичную артерию-мезентериальную непроходимость *duodeni*.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов, прив.-доц. С. А. Флеров и д-р С. М. Алексеев. Прив.-доц. С. А. Флеров в числе причин хронической относительной непроходимости у места перехода *duodeni* в *jejunum* отмечает четыре момента: 1) когда подвижная *colon ascendens* тянет вниз корень брыжейки, 2) анатомические уклонения на месте перехода *duodeni* в *jejunum*, 3) растройство деятельности в этом месте сфинктеробразной мускулатуры и 4) пептические язвы *jejunum*. Результатами такой хронической непроходимости являются извращение и недостаточность функции печени и поджелудочной железы.

Секретарь секции прив.-доц. С. Флеров.

Секция Венерологов и Дерматологов.

Торжественное заседание 26/X, посвященное чествованию проф. М. С. Пильнова по поводу 30-летия его научной, врачебной и педагогической деятельности.

Появление юбиляра в переполненной аудитории Университетской Дерматологической клиники было встречено продолжительными аплодисментами. Заместитель председателя секции, прив.-доц. Н. Н. Яеницкий, приветствовал юбиляра от Секции, отметив в краткой речи его научные заслуги. От Правительства Татарской Республики с приветствием выступил наркомздрав д-р Еналеев. Приветствие от Народного Комиссариата Просвещения было оглашено зам. наркома т. Тагировым. Адрес от Народного Комиссариата Здравоохранения был зачитан д-ром Биккениным. Оглашено приветствие от Венсекции Наркомздрава РСФСР. От О-ва Врачей при Казанском Университете приветствовал юбиляра председатель Общества, проф. В. М. Аристовский. Оглашена приветственная телеграмма Ректора Казанского Университета, проф. А. И. Луньяка. От Правления Университета приветствовал проф. А. Н. Миславский. Адрес Медицинского Факультета был зачитан деканом проф. М. Н. Чебоксаровым. От Института для

усовершенствования врачей им. В. И. Ленина выступил с приветствием директор Института, проф. Р. А. Лурья. От Союза работников Просвещения принес поздравление проф. К. Р. Викторов. От Секции Научных работников приветствовал проф. В. В. Чирковский. Приветствие от Бюро Врач. Секции и Правления Союза Медсантруд было оглашено д-ром Казанцевым. С приветствием от Исполбюро студенчества выступил т. Ненилин. Оглашена приветственная телеграмма от б. директора Кожно-венерической Клиники Казанского Университета, проф. В. Ф. Бургсдорфа. Адрес от этой Клиники был зачитан д-ром М. Н. Ашаниным. Адрес от Кожно-венерического отделения Института для усов. врачей был прочитан д-ром С. Я. Голосовкером. От среднего и младшего персонала Университетской Кожно-венерической Клиники был прочитан адрес старейшими служащими, т.т. С. А. Колокольниковой и Н. И. Рузайкиной, поднесшими юбиляру, по исконному русскому обычаю, хлеб-соль. От среднего и младшего персонала Кожно-венерического отделения Института приветствовал т. Прохоров. От прикомандированных к Институту врачей приветствовал д-р Чихирев. Далее были оглашены телеграфные и письменные приветствия от клиник Казанского Университета и Института для усов. врачей, от Казанского Вендиспансера, больницы Татнаркомздрава, от клиник Саратовского и Северо-Кавказского университетов, Кубанского и Астраханского Медицинских Институтот, от Госуд. Венер. Института в Москве и ряда учеников юбиляра и частных лиц.

Заседание 3/XI.

Д-р Батунин демонстрировал больного с *распространенным vitiligo*; не поражены были только голова, лицо, шея, головка члена, правая ладонь и область коленных суставов.

Д-р Колоколов демонстрировал больного с *lues maligna (impetigo syphilitica)*.—Прения: д-р Вайнштейн несогласен с диагнозом *lues maligna*, считая данный случай заслуживающим названия рефрактного сифилиса по отношению ко всем антисифилитическим средствам; рекомендует применить здесь неспецифическую терапию. Д-р Голосовкер считает, напротив, случай злокачественным сифилисом и рекомендует различные виды неспецифической терапии. Д-р Я. Печников указывает, что предшествующая достаточная неспецифическая терапия при продолжении ее может дать реакцию угнетения, и рекомендует улучшить гигиенические и диететические условия в дальнейшем режиме больного. Д-р Ашанин рекомендует для лечения в данном случае *aurum-kalium суапатум*. Проф. Пильнов говорит, что нет строго ограниченных признаков для характеристики злокачественного сифилиса; в виду рефрактности демонстрируемого случая по отношению к целому ряду антисифилитических средств было-бы полезно испробовать применение старого средства, декокта Zittman'a, и внутривенные вливания иодистого Na.

Д-р Кондратьев демонстрировал трех больных с *спиндинскими язвами*.—В прениях по докладу участвовали проф. Пильнов и д-ра Вайнштейн, Миркин и Ашанин.

Д-р Я. Печников демонстрировал больного с *polyarthritis et osteoperiostitis claviculae dextrae gonorrh.* Случай интересен с точки зрения хороших результатов, полученных при применении диатермии на простату.—В прениях участвовали проф. Пильнов и д-ра Ротштейн, Голосовкер и Батунин.

Секретарь д-р Я. Д. Печников.

Ото-рино-ларингологическая секция.

Заседание 28/V 1927.

Заседание было открыто речью проф. В. К. Трутнева о значении и задачах секции, после чего произведены выборы Бюро секции. В Бюро вошли проф. В. К. Трутнев (председатель), д-ра Б. С. Голанд, С. П. Яхонтов, Д. Н. Матвеев, Б. П. Лебедевский, Л. В. Алексеева и В. А. Чудновсоветов.

Д-р Г. С. Черных сделал сообщение: *Neuritis optica, как результат поражения Нидморовой и решетчатых пауз.* В основу сообщения лег случай развившегося остро неврита зрительного нерва, сопровождавшегося поражением Нидморовой паузы и решеток справа. Через три дня после вскрытия паузы по способу Luck-Caldwell'я больная, у которой зрение в правом глазу равнялось лишь 0,005, свободно читала, а через 8 дней visus у ней был равен 1.0. Докладчик рекомендует всех больных, страдающих невритом зритель-

ного нерва, обследовать в трех клиниках: глазной, нервной и ото-рино-ларингологической, так как, дабы предупредить развитие атрофических явлений в нерве, очень важно как можно раньше распознать поражение придаточных полостей и лечить его.—В прениях по докладу приняли участие проф. Трутнев и д-ра Микаэлян, Сызганов, Черных, Авдаков, Яхонтов, Веселовский, Пономаренко и Матвеев.

Д-р Б. Н. Лебедевский: *Состояние верхних дыхательных путей и ушей по данным Клиники болезней носа, горла и ушей Казанского Университета за 1/2 года.* Влияние заболеваний носа, горла и ушей на общее состояние организма весьма велико. Распространенность этих заболеваний также велика, что подтверждают следующие цифры: среди 3,672 больных клиники отмечено 73,4% страдавших ринитами, чаще атрофирующимися (44%), причем оказалось, что у женщин заболевания слизистой носа встречаются чаще, в особенности озена (в 4 раза чаще); татары по сравнению с русскими, как известно, широкоозены, почему они чаще заболевают атрофирующими и атрофическими формами; с возрастом частота поражений слизистой носа возрастает. Искривление перегородки было отмечено в материале клиники в 41,8%,—чаще вправо, причем татары дали больший % искривлений. При средней частоте поражения пазух в 13%, правые пазухи, оказалось, заболевают чаще левых, причем пол и национальность заметной разницы не дают. Треть всех обратившихся в клинику страдали хроническим лакунарным тонзиллитом, а 17% имели адениты. С возрастом частота заболеваний миндалик падает; национальность не дает заметной разницы; что же касается пола, то у женщин миндалики оказались больны чаще, чем у мужчин. Острых заболеваний уха было в материале клиники 6%, хронических—34,5%. случаев глухоты—5%, осложненных гнойных отитов—28,7%. Среди татар хроников оказалось больше, случаев же гнойных отитов меньше; с возрастом количество хроников и тугоухих повышалось. В материале клиники отмечено, далее, значительное количество страдавших бугорчаткой гортани (11%) и 1 случай респираторной склеромы.—Прения: д-ра Пономаренко, Лебедевский, Груздкова, Громов, Голанд, Альбицкий, проф. Трутнев.

Д-р Б. Н. Лебедевский продемонстрировал большую *с опухолью под глоссовыми связками.* Опухоль обнаружена посредством трахеоскопии. При микроскопическом исследовании преобладающей в ней оказалась лимфатическая ткань, которая, по видимому, от времени до времени набухла и тем обуславливала затрудненное дыхание.—По поводу этого случая сделали замечания д-р Голанд и проф. Трутнев.

Д-р С. П. Яхонтов сделал сообщение *о пластике носа*, целью которого было—привлечь внимание широкого круга ринологов к косметическим операциям на носу, имеющим большое общественное значение. После кратких исторических заметок об этих операциях и описания техники их, докладчик более подробно остановился на вопросе о судьбе парафина и кости, пересаживаемых под кожу носа в случаях искривления седлообразных носов, причем привел наблюдаемый в клинике случай парафиномы 13-летней давности. Случай этот, с сохранением дешо чистого парафина, позволяет думать, что, при наблюдаемом обычно довольно скором рассасывании парафина, в отдельных случаях части его довольно долго могут сохраняться без изменения. Кроме того, случай этот свидетельствует, что соединительная ткань, образующаяся на месте парафина, всегда является надежным протезом для носа, и с течением времени последний может деформироваться. В конце доклада д-р Я. привел истории больных, оперированных с косметической целью в клинике Казанского Университета.—Прения: д-ра Матвеев, Яхонтов, Громов и проф. Трутнев.

Заседание 29/V.

Д-р В. А. Чудносоветов описал *два случая бронхиальной астмы*, в которых на основании анамнестических и эмпирических данных удалось установить непосредственную зависимость приступов бронхиальной астмы от заболевания носа.—Прения: д-ра Черных, Голанд и проф. Трутнев.

Д-р П. Д. Буев: *К вопросу о лечении тbc гортани солнцем.* Докладчик привел 9 случаев этого рода—с видимым выздоровлением в 8 случаях и с неопределенным результатом—в 1. Отмечая примитивность и дешевизну данного лечебного способа, докладчик рекомендовал широко популяризировать его, как метод доступный и в участковой обстановке. Описывая технику способа, д-р Б. остановился на частоте и продолжительности сеансов и в заключение разобрал

показания к применению гелиотерапии. — Прения: д-ра Сызганов, Черных, Голанд, Вольфсон, Яхонтов, Матвеев и проф. Трутнев.

Д-р Д. Н. Матвеев: *Содержание Са в крови в зависимости от характера дыхания.* Докладчик исследовал содержание Са в крови у 41 больного при затрудненном носовом дыхании (большие аденоидные разращения, искривление носовой перегородки, полипы, новообразования, гипертрофия раковин и др.); у 20 из этих больных была произведена операция для восстановления носового дыхания, после чего Са исследован повторно; в 5 случаях исследование произведено при атрофическом катарре носа и носоглотки. На основании полученных результатов докладчик пришел к выводу, что характер дыхания, несомненно, отражается на течении биохимических процессов в организме, именно, содержание Са в крови при затруднении носового дыхания повышается. — Доклад вызвал ряд вопросов и замечаний со стороны д-ров Лебедевского, Вольфсона, Чудносовцова, Альбицкого, Черных и проф. Трутнева.

Заседание 30/V.

Д-р Н. Н. Благовещенский сделал сообщение на тему: *О применении принципов местного иммунитета к лечению озы.* Докладчик развил мысль о роли микроба *Löwenberg's-Abel's* в патогенезе озы. Им было исследовано бактериологически 20 случаев последней, причем В. Л.-А. была обнаружена 19 раз и В. Peretz'a — в 2 случаях. Принимая во внимание местный характер болезненного процесса при озе, докладчик отдает предпочтение местному лечению этой болезни антивирусом пред общей вакцинотерапией. Антивирус был приготовлен из бацилл Л.-А. и инкорпориран в ланолин для применения у больных в виде мази. Препарат применялся в клинике после подробного испытания его превентивной способности на лабораторных животных. Эффект от одной неспецифической обработки бульоном бывает ничтожным.

Д-р М. С. Венецианова-Груздкова сообщила свои впечатления от *лечения озы вакцинотерапией и антивирусом по Безредка.* Докладчицей было проведено 12 случаев вакцинотерапии, — 4 с определенно-хорошим результатом и 8 — лишь с некоторым улучшением. Лечение антивирусом было подвергнуто 17 больных. После предварительной очистки носа на слизистую накладывалась подогретая мазь из антивируса, приготовленная д-ром Благовещенским. Эффект получался очень быстрый и хороший. Докладчица продемонстрировала 2 леченных таким образом больных — одного с запущенной озой, другого с озой 4-летней давности; у больных не замечалось ни запаха, ни корок. О длительности эффекта докладчица высказываться пока еще не может в виду кратковременности наблюдения. — Прения: д-ра Фигуровский, Пономаренко, Черных, Вольфсон и проф. Трутнев.

Заседание 31/V.

Д-р Б. Н. Лебедевский: *Результат обследования верхних дыхательных путей у воспитанников детдомов гор. Казани.* Как известно, проф. Цытович ставит в связь скарлатину и болезненное состояние миндаляков. С целью выяснения этой связи докладчиком было произведено обследование состояния верхних дыхательных путей воспитанников детдомов г. Казани, причем оказалось, что патологические изменения в носу, в той или иной степени, были найдены почти у каждого из обследованных. У каждого второго были, далее, отмечены отклонения от нормы со стороны ушей и у каждого двух из 5 — большие миндалики. Все же по сравнению с результатами аналогичного обследования произведенного в Саратове, оказалось, что частота заболеваний слизистой носа у нас меньше; причина, видимо, лежит в климатических условиях. Татары, в силу своих расовых особенностей (широкий нос), оказались более предрасположены к заболеванию атрофическими и переходными к атрофии формами ринита. От какого-либо заключения по основному вопросу доклада, относительно зависимости между скарлатиной и миндаляками, докладчик воздержался — главным образом вследствие отсутствия среди обследованных скарлатинозных больных. — Прения: д-ра Груздкова, Лебедевский, Яхонтов, проф. Трутнев.

Д-ра И. Д. Буев и М. Утробин: *Влияние радикальной операции Нидготовой полости на пульпу зубов.* Тесная анатомическая связь Нидготовой пазухи и жевательного аппарата верхней челюсти позволили некоторым авторам (Хинчук, Amersbach) думать о вредном влиянии радикальной операции на пульпу. Клинические исследования докладчиков, произведенные на 21 случае, доказали необоснованность этого положения, так как во всех случаях

пулына зубов после радикальной операции живо реагировала на индукционный ток.—По докладу были сделаны вопросы и замечания д-рами Лебедевским, Тимофеевым и проф. Трутневым.

Д-ра Д. М. Матвеев и Каменцева-Царевская сделали доклад *о влиянии ультра-фиолетовых лучей на операционные и послеоперационные кровотечения*. Работа выполнена на 27 больных, подвергнутых различным операциям после предварительного облучения лампой Вач'а. Оказалось, что после курса облучения кровотечения наблюдались в меньших размерах, чем обычно. Попутно докладчики произвели также определение свертываемости и вязкости крови перед и после курса освещения.

Заседание 23/Х.

Д-р Н. А. Бобровский: *Случай бронхиальной астмы риногенного происхождения*. Больная 32 лет., с осени 1926 г. страдает приступами удушья по ночам.—вначале легкими, быстро проходящими, повторяющимися не чаще 1 раза в месяц. С течением времени приступы участились, удлинились, значительно усилились и к моменту поступления в клинику стали повторяться каждую ночь. Больная была помещена в клинику с диагнозом бронхиальной астмы. При осмотре был найден двухсторонний гайморит, и предложена радикальная операция. Больная была прооперирована с обеих сторон. В правой полости был найден гной, в левой—полипозное утолщение слизистой. После операции все явления приступов исчезли и не наблюдались больше.—В прениях проф. В. К. Трутнев отметил необходимость связи различных клиник между собою, чем будет облегчена правильная диагностика, а, следовательно, и терапия многих запутанных болезней.

Д-р Б. Н. Лебедевский: *Случай мембраны гортани травматического происхождения*. Больная—девица 19 лет, жалуется на потерю голоса в течение 5 лет, что связывает с травмой в области гортани, полученной при падении. В переднем отделе голосовой щели, в подсвязочном пространстве, найдена рубцовая, белого цвета мембрана, оставлявшая свободным лишь задний отдел щели. RW отрицательна. Предполагаемое лечение—удаление мембраны эндоларингеальным путем.—Прения: д-р Голанд, несмотря на отрицательную RW, склонен считать эту мембрану за лютетическое образование; проф. Трутнев указывал на редкость заболевания и хорошие результаты, достигнутые при лечении электролизом.

Д-р Д. Н. Матвеев: Демонстрация *инородных тел, извлеченных из трахеи и бронхов* в Клинике болезней носа, горла и ушей Института для усовершенствования врачей.—Прения: д-р Голанд указал на возможность зависимости аспирации инородных тел от состояния нервной системы; д-р Лебедевский, ссылаясь на литературу, отметил значение перкуссии и аускультации при диагностике инородных тел в дыхательных путях; Проф. Трутнев рекомендует у детей производить трахеобронхоскопию без наркоза и трахеотомии, т. е. верхнюю трахеобронхоскопию, отмечая с одной стороны узкость дыхательных путей, а с другой—осложнения последующего течения после наркоза и трахеотомии.

Д-р Л. В. Алексеев: *Случай опухоли левой половины носа у 4-летнего мальчика*. Болезнь началась около 5 месяцев назад с изъязвления на левом крыле носа. Первые 2 месяца опухоль медленно увеличивалась, а за последние 3 месяца дала быстрый рост и в настоящее время заполнила всю носовую полость слева. С самого начала до настоящего времени опухоль безболезненна. Кровотечения не наблюдалось. Предполагаемый диагноз—саркома.

Д-р П. Д. Буев: *Демонстрация редкой гематомы regionis tonsillarum I*. Случай касается ребенка 8 лет с большой опухолью на месте левого миндалика, быстро развившейся; после пробного надреза боковой стенки глотки выделились сгустки крови. Ребенок, до этого тяжело дышавший, с явлениями асфиксии, стал поправляться под влиянием проводимой терапии (ингаляции).—Прения: д-р Матвеев, проф. Трутнев и др.

Д-р О. А. Васильев: *Случай тяжелого внутричерепного осложнения отогенного происхождения*.

Б. С. Голанд: *О поверхностной анестезии в ото-рино-ларингологии*. После разбора анестезирующих средств докладчик, переходя к вопросу о поверхностной анестезии, рекомендовал применять 2% раствор кокаина с карболовой кислотой—вместо обычного 10%—20% раствора.—В прениях приняли участие прикомандированные врачи, а также д-ра Громов, Яхонтов, Огнев, Лебедевский и Матвеев. Проф. Трутнев отметил желательность и целесообраз-

ность уменьшения концентрации %о кокаина в ото-рино-ларингологической практике, но указал на невозможность такой замены во многих случаях.

Проф. В. К. Трутнев сообщил о желании стоматологов присоединиться к Ото-рино-ларингологической секции. Желание это единогласно принято.

Секретарь *Матвеев*.

Хроника.

226) Председателем Ученого Совещания при Татнаркомздраве (см. № 206 «Хроники») избран проф. В. С. Груздев, его заместителем—проф. В. М. Аристовский, секретарем—д-р А. Г. Терегулов.

227) Приступлено к организации в Казани Туберкулезного Исследовательского Института (см. № 192 «Хроники»). Директором Института назначен проф. Н. К. Горяев.

228) В текущем ноябре в Перми должно состояться чествование двух выдающихся питомцев Казанского Университета: профессора Детских Болезней и директора Педиатрической клиники Пермского Университета Павла Ивановича Пичугина—по случаю 25-летнего его юбилея и профессора Бактериологии в том же Университете, основателя и бессменного директора Пермского Бактериологического Института Владимира Михайловича Здравосмылова—по случаю 30-летнего юбилея его научной и общественной деятельности. Редакция «Казанского Медицинского Журнала» шлет обоим юбилярам свои самые сердечные приветы с пожеланием еще долгие годы продолжать их плодотворную деятельность на славу воспитавшего их старого Казанского Университета.

229) 13 ноября тек. г. состоялось чествование директора Гос. Института для усов. врачей в Ленинграде и Гос. Физиотерапевтического Института, проф. С. А. Бруштейна, по поводу исполнившегося 30-летия его научно-преподавательской и общественной деятельности. Редакция «К. Мед. Ж.» просит глубокоуважаемого Сергея Александровича принять и от нее сердечные поздравления.

230) Орготделом НКЗ'ва РСФСР разработано положение об институте интернов или врачей-практикантов, предусматривающее подготовку специалистов в различных отраслях медицины. Срок интернатуры устанавливается в 3 года для отдельных случаев—в 2 года. В интернатуре преимущественно будут допускаться участковые врачи не старше 35 лет с 3 годичным стажем работы на участке. Вакансии интернов будут учреждены при различных институтах НКЗ'ва, при кафедрах и в специализированных лечебных учреждениях на периферии. Интерны будут получать по 90 руб. ежемесячно. По окончании интернатуры врач будет использоваться здраворганами по специальности. (В. Совр. М., № 20).

231) В Медицинской Методической Комиссии Главпрофобра заслушано сообщение проф. Броннера о рационализации структуры медфаков. Окончательно установлено на последних 26 основных кафедрах и 3 межфакультетских (физика, химия и общая биология). Кафедра инфекционных болезней остается лишь в 5 медвузах (2 Московских, 2 Ленинградских и Казанском У-те). Количество ординаторов в клиниках устанавливается из расчета один на 20 коек. (В. Совр. М., № 20).

232) Совнарком РСФСР постановил усилить меры борьбы с трахомой, причем органам здравоохранения предоставлено право принудительного освидетельствования лиц, у которых подозревается трахома, и принудительного лечения—тех, у которых имеется трахома в заразном периоде (Кр. Тат., 1927, № 249).

233) Верховный Суд разъяснил, что аборт можно производить и в частном врачебном кабинете, с соблюдением, однако, санитарной обстановки. (Лен. М. Ж., 1927, № 6).

234) Ученый Совет НКЗ'ва признал допустимой выработку дельфиньего жира для лечебных целей (вместо рыбьего жира). Исследования показали, что жир этот приближается к тресковому, имея некоторые преимущества в отношении запаха, вкуса и длительности хранения.

235) НКЗ'м РСФСР разработаны меры воздействия на врачей, оканчивающих ординатуру и не выполняющих взятых на себя обязательств по отслуживанию за ординатуру.

236) Наркомздравом утвержден проект грандиозного профилактория в Ленинграде с пропускной способностью до 5,000 чел. в день. В здании профилактория будут размещены: громадная поликлиника, физиотерапевтические кабинеты, все профилактические учреждения для женщин и детей, рентгеновские кабинеты,

ночной санаторий, диспансер, диететическая столовая и санитарно-просветительные учреждения. (Бюлл. НКЗ'ва РСФСР, № 18).

237) В Киеве с осени тек. г. открывается Психоневрологический Институт.

238) Втечение настоящей зимы в Крыму будут функционировать: санаторий Таласса для костно-туберкулезных больных в Евпатории, санатории в Алушке, Ялте и Ливадии (для крестьян), Институт физических методов лечения в Севастополе с санаторием на 150 коек, Бобровский детский санаторий в Алушке. Туберкулезный Институт в Ялте; на Кавказе, в Кисловодке, на зимний сезон развертываются 550 коек, причем будут функционировать Кардиологическая клиника, Новые нарзанные ванны и гостиница Гранд-Отель. (Бюлл. НКЗ'ва РСФСР, № 18)

239) Комиссия, обследовавшая лечебно-санитарную сеть Южного берега Крыма, установила, что землетрясением вся эта сеть приведена в полную негодность.

240) Первый в СССР крематорий должен был открыться в Москве 2 октября.

241) В Ленинграде 1 августа тек. г. открыт новый Стоматологический Практический Институт, директором которого избран д-р З. Б. Пирятинский, заведующим учебной частью—проф. И. П. Львов.

242) По сообщению проф. М. Г. Курлова в Забайкалье открыто 189 углекислых источников, среди которых встречаются превосходящие по богатству угольной кислотой знаменитый Нарзан в Кисловодке. (Омск. М. Ж., 1927, № 2—3).

243) Из числа окончивших в текущем году Военно-Медицинскую Академию врачей 37%—члены ВКП, 3%—комсомольцы. (Вр. Г., № 20).

244) X Съезд Терапевтов в Ленинграде переносится на май будущего 1928 г. Программные вопросы остаются те же (см. «Хроника» в № 9 «Журнала»).

245) В Кисловодке, от кровоизлияния в мозг, скончался, в возрасте 74 лет, один из последних непосредственных учеников С. П. Боткина, бывший профессор В-Мед. Академии, академик Михаил Владимирович Яковский.

246) 12/X тек. г., во время приема больных в амбулатории Казанского Гос. Института для усов. врачей, на врача Клячкина набросился, с ножом в руке, некто Кацаев с криком «Крови хочу!» К счастью, врач увернулся от удара. Пришлось вызвать наряд милиции, чтобы связать насильника, повидимому, находившегося в нетрезвом состоянии. На происшествие это обращено внимание прокуратуры.

247) В Москве недавно был привлечен к судебной ответственности врач-стажер П. М. Комаров за отказ ехать на работу в провинцию. К. специализировался втечение около 1½ лет в Гос. Институте Стоматологии и Одонтологии, причем получил за это время около 1000 руб. стипендии. В народном суде он пытался оправдать свой отказ болезнью отца, но суд признал, что он уклоняется от выполнения своих обязательств без достаточных оснований, и приговорил его к принудительным работам сроком на 3 мес. Губсуд, куда дело перешло по жалобе осужденного, оставил приговор нарсуда в силе.

248) В Харькове г-ка Кочетова убила ж.-врача Эстерман. Последняя лечила 4-летнего ребенка Кочетовой, причем, несмотря на совершенно правильное лечение, ребенок умер. Тогда Кочетова явилась на квартиру Эстерман и застрелила ее из револьвера. На следствии преступница заявила, что «поступила так, чтобы в дальнейшем Эстерман никого не лечила».

249) В свое время (см. «Хроника» № 12 за 1926 г.) мы уже сообщили о случае в Канавине, где председатель страхкасы Кашеев, по жалобе работницы Михайловой, подверг освидетельствованию врачей Юркина и Полищука, заподозренных им в том, что они были пьяны и в таком состоянии признали Михайлову трудоспособной. У врачей был выкачан желудочный сок, исследование которого не обнаружило в нем присутствия алкоголя. Местный губсуд, в который подали жалобу потерпевшие, оправдал Кашеева, но Верховный Суд признал действия последнего издевательскими и постановил приговор губсуда отменить.

250) Меньше всего из европейских стран смертность от тbc в Дании—9,2 на 10 тыс., затем идет Голландия—9,9, потом Англия—10,4, из внеевропейских стран наименьшая смертность от тbc в Новой Зеландии—5 на 10,000. (В. Совр. М., 19 7, № 19).

251) В Северо-Кавказском крае с 28 августа по 3 сентября зарегистрировано 6 случаев чумы, из которых 3 кончились смертью.

252) В Норвегии, согласно результатам всенародного голосования, решено отменить алкогольный запрет. (В. Совр. М.).

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ*).

27) Имея случай выхождения из послеоперационной раны брюшной стенки двух мертвых аскарид, прошу редакцию сообщить, как часто бывают подобные осложнения, а также—какая литература имеется по данному вопросу.

Врач *Добролюбов*.

Ответ: Сведения по этому вопросу Вы найдете в статье д-ра Цимхеса „К хирургической патологии аскаридоза“, помещенной в нашем журнале за 1925 г., № 4, стр. 422.

Ред.

28) Прошу не отказать в сообщении ответов на след. вопросы: 1) Какая имеется в настоящее время литература по вопросу об определении беременности, срока ее и времени наступления родов? 2) Каковы научные перспективы в этом вопросе?

Д-р *Петропавловский*.

Ответ: Краткий ответ на поставленные Вами вопросы невозможен. Обратитесь к руководствам по акушерству. В частности, на русском языке Вы можете ознакомиться с диагностикой беременности по моему «Курсу акушерства и женских болезней», часть II (акушерство), том I, Берлин, 1922 (там найдете и список русских трудов по этому вопросу до 1921 г.). Из иностранных источников рекомендую Вам новейшее обширное руководство Halban'a и Seitz'a «Biologie und Pathologie des Weibes», том VI, часть 2, где имеется монография Eufinger'a по вопросу о диагнозе беременности со списком иностранной литературы (преимущественно немецкой).

Проф. *В. Груздев*.

29) Какие делаются инъекции при лечении алкоголизма, и где можно найти об этом сообщения?

Подп. № 2571.

Ответ: Хотя вопрос и поставлен крайне неопределенно, так как при лечении алкоголизма издавна применяется несколько средств в виде инъекций (напр., Вам, вероятно, известны инъекции стрихнина), но думаю, что спрашивающий скорее всего слышал что-либо о применении за последнее время,—в Москве главным образом,—подкожного введения кислорода при лечении наркоманий и хочет узнать именно об этом способе. Смысл этого лечения в том, что кислород, как могучий окислитель, улучшает состояние наркоза, повышает общее питание и улучшает самочувствие наркомана. У лиц, привыкших к наркотикам, когда они остаются без них, развиваются слабость, подавленное настроение, раздражительность, и они вследствие этого вновь стремятся наркотизировать себя. Уменьшая эти стороны абстиненции, кислород дает возможность более легко и успешно проводить психотерапевтическое лечение наркоманий. Вводится обычно 200—800,0 кислорода под кожу, в область epigastrii или под лопаточную область по l. axillaris post., на уровне VI—VIII ребра, при посредстве особого прибора проф. Протопова, или приспособленного для этого аппарата Боброва, к которому присоединяется еще одна 2 или 3-горлая склянка. Инъекции делаются 5—10 раз через 1-2 дня, и одновременно проводится психотерапия (см. статью Т. М. Богомоловой „Лечение наркоманов подкожным введением кислорода“, Моск. Мед. Ж., 1925, № 10).

Проф. *Т. Юдин*.

Письма в редакцию.

Д-р А. Акопджанц (Баку, Водовозная, 10—12) просит всех авторов, печатавших где-либо на русском языке статьи по вопросам неврологии, психиатрии и смежных областей за 10-летие с 1918 по 1927 г.г., выслать ему по одному оттиску этих статей или сообщить письменно: 1) фамилию с инициалами авторов, 2) заглавие работы и 3) место, где напечатана последняя (если в журнале, то название журнала, год и №, если отдельным изданием, то год и место издания). Материал этот необходим для составления сборника-перечня русской психоневрологической литературы за указанное 10-летие.

*) *От редакции.* Некоторые из подписчиков, обращаясь к редакции с вопросами, подобными помещаемым здесь, просят дать им ответы письменно. Редакция совершенно лишена возможности делать это, и все ответы на подобные вопросы будут даваться, по мере возможности, исключительно печатно, в разделе «Вопросы и ответы».

Ред.

В статье проф. Полякова «Картина смерти от действия молнии», помещенной в апрельской книге „Каз. Мед. Журнала“ за тек. г., сказано: «Не только в наших трех случаях, но и в случаях, сообщенных нам другими врачами, не наблюдалось того древовидного разветвления „хода“ молнии, о котором говорится в учебниках. Возможно, в некоторых случаях подобное разветвление и встречается, но в большинстве случаев не будет-ли это «разветвление» результатом обычных трупных изменений, гнилостного характера, в подкожных венах?».

В печатных записках, составленных Жбанковым по лекциям проф. Склифасовского, по которым учился весь наш курс 1879 г., сказано: «При легком ударе молнии, или когда удар произошел недалеко от человека, на теле его получают ожоги, причем ход молнии обозначается зигзагообразными линиями красноватого цвета. Отчего зависит такой неправильный ход молнии,—*неизвестно*, но, может быть, он соответствует разветвлениям сосудов».

В 1912—13 г.г. у меня был на приеме казак (Оренбург. каз. войска), жаловавшийся на ушиб и ожог молнии. Помнится, у него были красноватые зигзаги на правой стороне. Но это был живой человек! Врач *Петр Жасминко*.

От Московского Общества Детских Врачей.

Московское Общество Детских Врачей решило приступить к изучению рахита, на первое время поставив вопрос о распространении и формах проявления этой болезни у детей в СССР. Для получения однородного, более удобного для обработки материала Комиссия при Обществе выработала две анкеты. Одна из них, краткая, может служить для использования старого, хорошо собранного материала и для менее углубленных исследований, вторая, подробная,— для новых, более тщательных исследований. Обе анкеты приняты IV Съездом Детских Врачей в Москве. В будущем, если явятся соответствующие указания, анкеты могут быть изменены. Для научных целей необходим хорошо собранный материал; поэтому Комиссия считает нежелательными массовые многочисленные исследования и пригласает на это дело только врачей, исключительно интересующихся рахитом, желающих внимательно и тщательно производить обследование, хотя-бы по одному случаю в день, или даже по одному случаю в неделю. Дети для обследования должны браться без выбора. Комиссия просит все сделанные работы присылать в Москву, на имя председателя Общества проф. А. А. Киселя (Москва, 10, Пальчиков пер., дом № 1, кв. 11). Каждый автор не лишается права публиковать свою работу отдельно. На каждом очередном всесоюзном съезде педиатров Комиссия будет делать сообщение о ходе работ по затронутому вопросу. Через каждые 5 лет силами Комиссии будут подведены научные итоги произведенной на местах работы.—Желающие могут ознакомиться с обеими анкетами в конторе редакции нашего журнала.

Спрос и предложение труда.

Ходжентский Окружной Здравоотдел объявляет конкурс на замещения следующих врачебных должностей при открываемой в г. Ходженте поликлинике: 1) окулиста, зав. Отделением; 2) специалиста по болезням уха, горла и носа, зав. Отделением; 3) психо-невролога; 4) терапевта; 5) венеролога; 6) гинеколога; 7) бактериолога-лаборанта; 8) хирурга, зав. Отделением. От всех кандидатов требуется специальный клинический стаж не менее 3 лет, или 5 лет работы в крупных лечебных учреждениях. Оклад жалования каждому 300 руб. в мес., подъемные в размере месячного оклада, оплата 5 пуд. багажа и железнодорожного билета по фактической стоимости. От каждого кандидата требуется присылка краткого жизнеописания, научных трудов и копии диплома. Желательно также приложение рецензий и отзывов научных авторитетов.

Кроме того приглашаются: 1) санврач в г. Ходжент—оклад 150 р.; 2) школьно-санитарный врач в г. Ходжент—оклад 150 руб.; 3) судебно-медицинский эксперт в г. Ходжент—оклад 150 руб. Заявления направлять в г. Ходжент, Окргздравотдел.

„КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА“

проф. Е. М. ЛЕПСКОГО.

Издание 2-е, исправленное и дополненное. Цена 50 коп.

„Первое издание этой брошюры разошлось в течение нескольких месяцев; это указывает, что существует большая потребность в пособиях такого рода“... (Из пред.).

Высылается наложенным платежом без задатка. Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

Требования и деньги направлять по адресу редакции:

г. Казань, Акушерско-Гинекологическ. Клиника Университета.
ПРОСПЕКТЫ ВЫСЫЛАЮТСЯ БЕСПЛАТНО.

ПОСТУПИЛИ в ПРОДАЖУ:

Д-р В. Б. БЛАНК,

зав. Центр. Лабораторией Гос. Инст. для усов. врачей им. Ленина в Казани.

==== **Vademecum** =====

по лабораторной технике.

„...КНИЖКА ЭТА ИМЕЕТ ЦЕЛЮ ПОМОЧЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ БЫСТРО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В МЕТОДАХ и ТЕХНИКЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ...“ (из предисловия).

Цена 75 коп.

„Амбулаторная книжка для записи больных“.

СОДЕРЖИТ 240 ЛИСТОВ ДЛЯ ЗАПИСИ БОЛЬНЫХ ОБЫЧНОГО КНИЖНОГО ФОРМАТА, КРОМЕ ТОГО, АЛФАВИТ И ЛИСТЫ УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ, ОТПЕЧАТАНА НА ОЧЕНЬ ХОРОШЕЙ БУМАГЕ И ЗАКЛЮЧЕНА В ИЗЯЩНЫЙ КОЛЕНКОВОРОВЫЙ ПЕРЕПЛАТ.

Цена 3 рубля.

Высылаются наложенным платежом, без задатка. ■■ Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

С требованиями обращаться в редакцию „Казанского Медицинского Журнала“, г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1928 г.

XXIV год

издания

XXIV год

издания

Издание Общества Врачей при Казанском Госуд. Университете
под редакцией проф. В. С. Груздева.

В „Журнале“ принимали и принимают участие следующие профессора, преподаватели и врачи-писатели:

Адамюк В. Е. (Казань), Алякритский В. В. (Смоленск), Аристовский В. М. (Казань), † Бенинг К. В. (Казань), Боголюбов В. Л. (Казань), Божовский В. Г. (Тобольск), Болдырев В. Н. (Битти-Крик, Америк. Соед. Штаты), Борман В. Л. (Омск), Бродский Я. И. (Берлин), Бруштейн С. А. (Ленинград), Бургсдорф В. Ф. (Тифлис), Быков С. Г. (Саратов), Викторов К. Р. (Казань), Вишневский А. В. (Казань), Вольтер Б. А. (Казань), Галант И. (Москва), Глушков П. А. (Казань), Горизонтов Н. И. (Томск), Горяев Н. К. (Казань), Гросман И. Б. (Астрахань), Груздев С. С. (Братислава, Чехо-Словакия), Гузынин В. А. (Казань), Жбанков Д. Н. (Москва), Зимницкий С. С. (Казань), Кисель А. А. (Москва), *Klemperer F.* (Берлин), Клячкин Г. А. (Казань), Коган-Ясный В. М. (Харьков), Козлов И. Ф. (Омск), Красин П. М. (Казань), Кулябко А. А. (Москва), Курлов М. Г. (Томск), Левин А. М. (Баку), Лепский Е. М. (Казань), Лидский А. Т. (Астрахань), Линберг Г. Е. (Смоленск), Лозинский А. А. (Пятигорск), Лурия Р. А. (Казань), Меньшиков В. К. (Казань), Милославский В. В. (Казань), Миславский А. Н. (Ка-

зань), Миславский Н. А. (Казань), Михайловский И. П. (Ташкент), *Mühlens P.* (Гамбург), Николаев П. Н. (Казань), Опокин А. А. (Томск), Парин В. Н. (Пермь), Пильнов М. С. (Казань), Подъяпольский П. П. (Саратов), Попов П. И. (Казань), Разумовский В. И. (Саратов), Ратнер Л. М. (Свердловск), Русских В. Н. (Свердловск), Руткевич К. М. (Киев), Савченко И. Г. (Краснодар), Самойлов А. Ф. (Казань), Смородинцев И. А. (Москва), Соколов В. М., Соколов Н. В. (Казань), Софотеров А. К. (Самара), Степанов-Григорьев И. И. (Свердловск), *Strauss H.* (Берлин), Сухов А. А. (Ленинград), Телятников С. И. (Астрахань), Терновский В. Н. (Казань), Тимофеев А. И. (Казань), Тушнов М. П. (Казань), Фаворский А. В. (Казань), Фридланд М. О. (Казань), Чалусов М. А. (Самара), Чебоксаров М. Н. (Казань), Чирковский В. В. (Казань), † Чистович Н. Я. (Ленинград), Чистович Ф. Я. (Ленинград), Шварцман С. Я. (Одесса), Щербakov С. А. (Казань), Эдельберг Г. (Ярославль), Якобсон С. А. (Москва), Яснитский Н. Н. (Казань).

В предстоящем 1928 году

«Журнал» будет выходить, как и в 1927 году, ежемесячно, книжками, каждая не менее 7 листов (112 стр.) убойистой печати. При этом редакция по-прежнему будет стремиться, чтобы «Журнал» в состоянии был удовлетворить научным и практическим потребностям провинциального врача, не имеющего возможности тратить на выпуск дорого стоящих специальных изданий, и позволил ему иметь возможно полное представл. обо всех главн. этапах прогресса научн. медиц. мысли в России и загр. В соответствии с этими задачами «Журнал» будет состоять из 2 отделов:

ОТДЕЛ I будет включать оригинальные статьи по всем отраслям теоретической и практической, лечебной, профилактической и общественной медицины (не менее 12—15 в каждом №).

ОТДЕЛ II — обзоры по наиболее интересным и важным для врача вопросам, рефераты важнейших работ из русской и заграничной печати (не менее 50 в каждой книжке), рецензии и библиографические заметки о вновь выхо-

дящих медицинских книгах, отчеты о поездках за границу с учебною целью, отчеты о главнейших врачебных съездах, о заседаниях медицинских обществ Казани, Свердловска и др. городов Восточной России, хронику медицинской жизни и пр.

Наконец, в 1928 г. подписчики получат бесплатно несколько приложений, которые будут выходить под названием „МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ“ и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного, практического характера.

Подписная цена на „Журнал“ (с приложениями) остается прежняя, т. е. 6 руб. на год (12 №№), 3 руб. 50 коп. на 1/2-года (6 №№). Для годовых подписчиков допускается рассрочка в два срока (при подписке — и к 1 июня — по 3 руб.) и три срока (при подписке — к 1 апреля и к 1 августа — по 2 руб.).

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

приготовленная по способу профессора д-ра БЮХНЕРА. ■ Доза для внутреннего употребления 20—30 капель до 3-х раз в день.

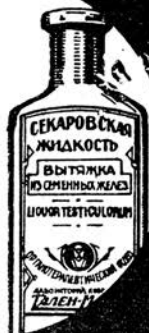
ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

Имеется в продаже во всех аптеках и магазинах санатории и гигиены СССР.

Почтой из главного склада высылается не менее 4-х флаконов при получении задатка 25 проц.

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА
№5
ГЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы — 3 р. 50 к.
 { 6 ампулл — 6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален



Москва