

15 библиогр. Отдел.

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 ХХIII).

№ 12.

Декабрь.

(Вышел из печати 20 декабря).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

СОДЕРЖАНИЕ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

	<i>Стр.</i>
Э. Р. Люцендорф (Казань). К анатомии п. phrenici	1205
Проф. А. А. Сухов (Ленинград). Учет исторических мemento для эволюции эндокринотерапии	1207
А. Б. Хавкин (Харьков). К семиотике аортального стеноза	1210
В. Ф. Якимов (Казань). О щелочном запасе (резервная щелочность) при за- болеваниях почек (с 5 диагр.)	1216
Пр.-доц. Н. М. Рудницкий (Ленинград-Самара). О способе действия токов высокого напряжения (статическое электричество и токи d'Arsonval'a)	1223
В. А. Астраханский (Самара). Радикальная операция паховой грыжи по спо- собу проф. П. А. Праксина (с 2 рис.)	1229
С. И. Эйбер (Артемовск). К вопросу о варикозном расширении вен нижней конечности	1241
Г. С. Лиорбер (Казань). К учению о xerosis conjunctivae essentialis	1246
Л. Цапкин (Бузулук, Самар. губ.). Некоторые экспериментальные данные по вопросу о перевязке молоточников	1250
А. Д. Нудашев (Казань). Опыты применения гипноза в акушерстве и гине- кологии	1253
Адо-Агафонова (Казань). Наблюдения над реакцией Schick'a у скарлати- нозных и коревых больных	1264
И. Б. Галант (Москва). Рефлексы половой сферы женщины	1269
С. С. Аксельруд (Зиновьевск). К вопросу о грибковых заболеваниях воло- сяистой части головы	1273

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Проф. Т. И. Юдин (Казань). Проблемы и методы современной психиатрии	1277
Рефераты по физиологии, общей патологии, инфекционным болезням и имму- нитету, туберкулезу, внутренним болезням, хирургии, офтальмологии, акушерству и гинекологии, педиатрии, невропатологии и психиатрии, дерматологии и болезням уха, носа и горла (№№ 501—550)	1287
Рецензии	1297
Заседания медицинских обществ	1300
Хроника (№№ 253—268)	1303
Вопросы и ответы	1304
Титульный лист, оглавление и предметный указатель XXIII тома	I—XXV

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 медицин-
ских школ СССР,

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

1927 г.

(Год издания XXIII).

№ 12.

Декабрь.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит СССР № 1750.

Заказ № 808.

Тираж 3500 экз.

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

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Института Нормальной Анатомии Казанского Гос. Университета.
(Директор проф. В. Н. Терновский).

К анатомии п. phrenici.

Ассистента Э. Р. Люцкендорфа.

(С 4 рис.).

Целью настоящей работы является описание нескольких случаев анастомозов п. phrenici с симпатическим и со спинномозговыми нервами, каковыми анастомозами и объясняется чувствительный характер диафрагмального нерва, который долгое время считался чисто-двигательным нервом грудобрюшной преграды.

Случай I (рис. 1). Женский труп. N. phrenicus sin. отходит от C₄, имея в длину 27 см. На расстоянии 12 мм. от места выхода он отдает анастомотическую ветвь к gangl. cervicale medium, длиною в 30 мм. На расстоянии 35 мм. отдает нисходящий анастомоз к C₅ длиною в 15 мм. На расстоянии 45 мм. от места выхода принимает анастомоз из C₅ длиною в 20 мм.

Случай II (рис. 2). Труп новорожденной девочки. N. phrenicus dex. начинается от C₄, имея в длину 8 см. На расстоянии 10 мм. от места выхода он дает анастомоз к gangl. cervicale inferius длиною в 9 мм., проходящий под a. cervicalis ascendens.

Случай III (рис. 3). Женский труп. N. phrenicus dex. берет начало из C₄ имеет в длину 25 см. На расстоянии 30 мм. от начала он дает анастомоз к C₅ длиною в 30 мм. N. phrenicus sin. отходит от C₄, имеет в длину 29 см. На расстоянии 9 мм. от места выхода дает анастомоз к C₅ длиною в 18 мм.

Случай IV (рис. 4). Мужской труп. N. phrenicus sin. имеет в длину 28 см., отходит от C₄. На расстоянии 10 см. получает анастомоз из C₅ длиною в 9 см., проходящий под a. et v. cervicales superficiales, пересекающий сверху v. subclavian и вступающий в п. phrenicus на уровне между I и II ребрами.

Присутствие симпатических волокон в диафрагмальном нерве впервые было установлено Aoyagi, а затем Felix'ом. Последний описывает анастомозы п. phrenici с gangl. cervicale medium et inferius и с gangl. thoracale I, каковые анастомозы вместе с ветвями четырех нижних шейных и одного грудного спинномозговых нервов образуют plexus supra-pleuralis, после чего достигают п. phrenici.

После прободения диафрагмы ветви п. phrenici опять вступают в соединение с симпатическим сплетением, образуя plexus phrenici. На правой стороне Luschka описал gangl. phrenicum, Felix же описывает целый ряд ганглиев и адреналовых телец, главным образом в поясничной части диафрагмы. Центральная часть последней получает чувствительные волокна симпатического характера в то время, как чувствительность периферической части обуславливается ветвями нижних межреберных нервов. Боль диафрагмы ощущается лишь в ее реберных частях в то время, как повреждение центральных частей ее и раздражение ствола п. phrenici воспринимаются в виде болей в плече, столь часто

наблюдаемых хирургами при некоторых болезнях печени, а гинекологами— при кровонзлияниях в брюшную полость в зависимости от разрывов беременной трубы.

Что касается моторной иннервации диафрагмы, то она главным образом выполняется диафрагмальным нервом, но, повидимому, не исключительно им. Изолированная перерезка спинномозговой части *n. phrenici*, т. е. части его до впадения симпатических волокон, дает понижение тонуса и неподвижность диафрагмы; перерезка симпатической его части

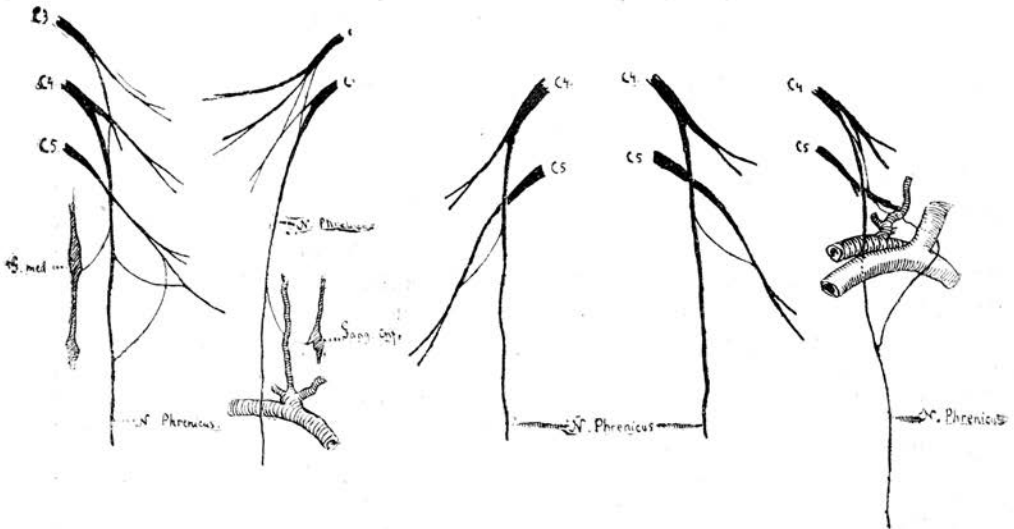


Рис. 1.

Рис. 2.

Рис. 3.

Рис. 4.

также даст понижение тонуса, и лишь совместная перерезка обеих частей ведет к полной потере тонуса.

Ken Kuré и Shimbo указывают на трофическое значение симпатических волокон *n. phrenici*: они получали при перерезке симпатической части последнего высокую степень жировой и гиалиновой дегенерации и соединительнотканное перерождение мышечного слоя грудобрюшной преграды; при перерезке же спинномозгового начала *n. phrenici* такой дегенерации не получалось. Нельзя, однако, на основании этих опытов всецело приписывать трофическое влияние одному симпатическому нерву, так как дегенерация могла здесь явиться результатом неизбежных при подобных опытах вазомоторных нарушений.

Тот интерес, который уделяется в литературе данному вопросу, и побудил нас поделиться своим скромным материалом.

Учет исторических memento для эволюции эндокринологической терапии.

Проф. А. А. Сухова (Ленинград).

История органотерапии—ровесница истории человечества, но некоторые этапы перехода ее на рационально-научную базу представляют большой интерес и для современной эволюции органотерапии. Особенно своевременно вспомнить теперь о почти забытых работах наших соотечественников, проф. А. В. Пеля и проф. И. Р. Тарханова, касательно соотношения между радио—и рентгенотерапией и органотерапией и возможности усилить гормонотерапевтическое действие органопрепаратов радиоактивизацией их.

Еще в 1903 г. эти авторы (Журн. мед. хим. и органотер., 1905, № 34—35) произвели ряд опытов с целью испытать, насколько различные органопрепараты способны активироваться под влиянием лучей радия. Опыты производились со спермином, церебрином, оварином, маммином, тиреоидином, невротетинином, кардином, гепатином и др. После воздействия на них в течение 8 дней лучей радия, испытывалась способность этих органопрепаратов вызывать свечение флюоресцирующего экрана; производилось также испытание их с электроскопом и с фотографической пластинкой. Обработанные таким путем органопрепараты обнаружили, при известных условиях, свойство влиять через стекло и бумагу на защищенную от света фотографическую пластинку. Наиболее активным в этом отношении оказался маммин, затем тиреоидин, гепатин, церебрин и т. д.

Далее проф. А. В. Пель проделал эксперименты с переносом эманации радия с радиоактивной ваты на органопрепараты. Погружая, напр., радиоактивную вату в ампулы с растворами органопрепаратов и оставляя ее там до $\frac{1}{2}$ часа, он добился фиксации эманации на органопрепарате. После таких экспериментов проф. Пель выработал способ радиоактивирования органопрепаратов для целей подкожных инъекций с соблюдением всех требований асептики. Как говорят проф. Пель и проф. Тарханов, радиоактивированные органопрепараты можно рассматривать, как аккумуляторы биологического действия лучей; применение таких специфических радиоактивных органопрепаратов дает возможность направлять эманацию радия именно на желаемый орган; так как, кроме того, действие лучей радия на физико-химические процессы установлено, то это дает возможность подойти и к пониманию терапевтического эффекта физиологических катализаторов. Таким эффектом проф. Тарханов (Журн. мед. хим. и орган., 1908, № 36—37) объясняет профилактические терапевтические влияния предварительной или одновременной сперминизации организма при длительных рентгенизациях, когда, в зависимости от последних, обмен веществ засоряется такими токсинами, как нейрин и холин, угнетающие центральную и периферическую нерв-

ную систему. Предварительная сперминизация ослабляет указанную вредность длительной рентгенизации вследствие того, что спермин, благодаря своему сильному катализирующему действию, окисляет нейрин, превращая его в более невинные соединения.

Работы проф. Пеля и проф. Тарханова с усилением терапевтического эффекта органопрепаратов путем радиоактивации их до настоящего времени никем не продолжены, но подтверждаются позднейшими работами (Норга, Ludwig'a и др. авторов) о влиянии на животный организм питательных веществ, подвергнутых действию рентгеновских лучей; при этих работах оказалось, что рентгеновские лучи в сильных дозах, в противоположность ультрафиолетовым лучам, действуют разрушительно на активные антирахитические элементы питания, в слабых же дозах лучи эти действуют сходно с ультрафиолетовыми, именно, антирахитически и усиливая рост.

Сопоставление современных проблем органотерапии с некоторыми этапами истории ее содействует, далее, раз'яснению некоторых форм патологии. Так, напр., в проблеме спазмофилии трудами проф. В. А. Оппеля и его школы доказано почти специфическое значение паратиреоидного лечения вообще или в формах выравнивания Са-солевого уровня в крови. Этой же школой, а также работами пр.-доц. Я. А. Ратнера, пр.-доц. Р. Я. Голанта и др. авторов выделена из кучи т. н. генуинной эпилепсии та часть „эпилептического диатеза“, которая связана со спазмофилией. Для некоторых форм эпилепсии профф. М. П. Никитин и В. К. Хорошко доказали, далее, почти специфический терапевтический эффект препаратов нервной ткани. Эти исследования профф. Никитина и Хорошко возрождают положения проф. Пеля и его школы о терапевтическом значении церебринна вообще.

В проблемах последнего времени выступают, затем, выводы проф. Оппеля и его учеников о значении расстройства адреналовой системы в патогенезе цынги, гиперадреналового артериоза, болезни Raupaud, status hypoadrenalinaemicus¹⁾ и, в связи с этим, о профилактике и терапии указанных форм эндокринопатологии, а исследования Dizaz'a (Kl. W., 1926, № 4) доказывают специфическое лечебное действие интравенозных инъекций адреналина при chorea minor у детей. Между тем по поводу сущности действия общих катализаторов (спермина, адренала) проф. Пель еще в 1908 г. установил интересные и для нашего времени данные, а именно, что адренал обычно находится и действует внутри клетки; если же его ввести в тканевые соки, то его каталитическая сила проявляется не на своем месте, чем и может быть объяснено его ядовитое действие при введении в кровь. Не растворяясь в щелочной среде, адренал выступает из клетки только при пониженной щелочности крови. Интересно, что моча при таких нарушениях обмена в состоянии действовать на фотографические пластинки, что может быть использовано, как подспорье, для диагностических целей. Таким образом сопоставление выводов проф. Пеля о механизме действия адренала с данными проф. Оппеля и Dizaz'a позволяет глубже приблизиться к пониманию патогенеза перечисленных патологических форм и к выработке путей консервативно-рациональной гормонотерапии при них.

¹⁾ Иначе—status lymphaticus, st. thymico-lymphaticus и т. п.

История органотерапии и в особенности спермина Пеля может служить подспорьем в разяснении и общих проблем эндокринологии. Как доказывал проф. Пель и как подтвердил в самое последнее время проф. А. В. Репрев, выделенный Пелем в химически-чистом виде гормон, спермин, представляет из себя несомненно таковой и притом со следующими интересными особенностями: он свойствен обоим полам, находится во многих органах, образуясь главным образом при распаде лейкоцитов, и представляет из себя общий катализатор. Следовательно, учение некоторой части современных эндокринологов о резко обособленной и полной дифференциации всей гормональной цепи мужского организма от женского колеблется работами проф. Пеля, как и проф. Репрева и др. авторов.

Таковы примеры из истории органотерапии, являющиеся поучительными для дальнейшей эволюции гормонотерапии. Будущее последней,— как говорит акад. В. Я. Данилевский,—заключается в искании химически-чистых гормонов, но с максимальным действием гормонов живого организма, которые органотерапия должна будет градуировать и стандартизировать. Этим путем и идет теперь рациональная эндокрино-химическая органотерапия, уже выделив адренал, спермин, инсулин и приближаясь к выделению других гормонов. Но этого мало,—ей нужно возможно усилить или, точнее говоря, варьировать гормонно-целебные силы опопрепаратов другими силами природы, в частности разработать намеченные профф. Пелем и Тархановым пути радиоактивации органопрепаратов и профилактической органотерапии при рентгенизации и аналогичных процедурах.

К семиотике аортального стеноза¹⁾.

Д-ра мед. А. Б. Хавкина (Харьков).

Аортальный стеноз, в частности чистая его форма, вне сочетания с недостаточностью аортальных клапанов, является наиболее редким из внеутробных пороков сердца,—настолько редким, что, как подчеркивает проф. С. С. Зимницкий, в статистике некоторых авторов „этот порок вовсе не фигурирует“. Действительно, в статистике Schnitta, а также в приводимой Külb'sом статистике Guttman'a, равно и в собственной статистике Külb's'a, stenosis ostii aortae совершенно обходится молчанием. Hirschfelder²⁾ находил этот порок лишь в 3% всех своих случаев, и то всегда в комбинации с аортальной недостаточностью. У Gerhardt'a на 300 случаев разбираемый порок был отмечен 19 раз. Romberg приводит статистические данные двух своих клиник—Мюнхенской и Лейпцигской; в первой на 399 случаев различных пороков сердца аортальный стеноз в сочетании с аортальной недостаточностью был обнаружен у 4 больных, а во второй наблюдалось 5 случаев такой же комбинации и 1 случай чистой формы при общем числе всех пороков 462. По моим данным (Вр. Дело, 1925, №№ 22—23) на 203 случая пороков сердца у лиц призывного возраста, исследованных в течении одного года, аортальный стеноз мог быть диагностирован в чистой форме лишь у 2 больных и у 1—комбинация обоих аортальных пороков, что дает общую цифру 1,5%. Цифру эту я, однако, все же не считаю вполне соответствующей действительности, так как за 6 лет заведывания Терапевтическим отделением Главного Харьковского Военного госпиталя, в частности в годы гражданской войны, с непрестанными мобилизациями и демобилизациями, т. е. с бесконечными испытаниями, освидетельствованиями и переосвидетельствованиями, я на материале, превышающем 5 тысяч сердечных больных, по сохранившимся у меня записям, мог отметить аортальный стеноз всего у 9 человек и 1 случай наблюдаю теперь.

Повидимому, именно редкостью разбираемого порока могут быть объяснены те разногласия в описании его клинической картины, которые мы находим в литературе: вероятно, кроме того, еще значительную роль здесь играет та или иная степень соучастия аортальной недостаточности, аортита и миокардита, в силу чего в той или иной мере и видоизменяется симптомокомплекс аортального стеноза.

Особенно велики расхождения в описании данных наружного осмотра, в частности силы и локализации сердечного толчка. Одни авторы (Dieulafoy, Jaccoud, Eichhorst, Mackenzie, Arneht) не дают относительно силы толчка при stenosis aortae определенных указаний.

¹⁾ Доложено в научном совещании врачей Пропедевтической Терапевтической клиники Харьковского Медицинского института.

²⁾ По Külb's'y.

другие (Graube, Rosenstein, Котовщиков, Клепперер, Kunze, М. В. Яновский) рисуют сердечный толчок ослабленным вне зависимости от моментов общего характера, могущих обуславливать его ослабление, каковы: ожирение, эмфизема легких, скопление жидкости или воздуха в перикарде, сердечная слабость. Так, Graube¹⁾ полагал, опираясь на теорию Gutbrod-Skodы, что слабость и даже отсутствие сердечного толчка при аортальном стенозе зависят от медленного опорожнения сердца. По Rosenstein'у толчок ослаблен, так как „вследствие большого округления верхушки, обуславливаемого преобладающей здесь гипертрофией, верхушка не так удобно может выпячивать межреберный промежуток“. Котовщиков слабость толчка объясняет тем, что при стенозе аорты недостаточно уплощается дуга аорты, так как в нее попадает меньшее количество крови. По М. В. Яновскому „для того, чтобы толчок был сильным, требуется, чтобы удар сердца о грудную клетку совершался быстро, вдруг, а при стенозе аорты этого не происходит, потому что сокращение сердца идет очень медленно, по мере вытеснения крови через узкое аортальное устье“. Третья группа авторов, наоборот, указывает, что при stenosis aortae толчок усилен. Так, Bamberger, выделяя более частую форму аортального стеноза, сочетающуюся с превалирующей над стенозом аортальной недостаточностью, причем обнаруживается очень мощный толчок, и более редкую — значительное сужение с незначительной клапанной недостаточностью или вовсе без нее, т. е. чистую форму, говорит, что при второй форме сердечный толчок, хотя и менее сильный, чем при первой, но более приподымающийся. По Sahli, Külbs'у, Strümpell'ю, Трахтенбергу, Чистовичу — толчок при данном пороке усилен. „Le choc est net et violent“ — отмечают Bernheim и Laurent. Matthes характеризует его, как медленно приподымающийся, Sahli, Schmidt и Lüthje — как усиленный, приподымающийся, Schrumpf — как „кажущийся более продолжительным“, Зимницкий — как удлиненный, Vaquez — как куполообразный („choc en dôme“); эту последнюю форму толчка Г. Ф. Ланг считает более типичной для эксцентрической гипертрофии.

Относительно местоположения толчка при разбираемом пороке имеются также различные указания: по Rosenstein'у и Sahli он не смещен, по Vaquez'у — смещен вниз, по Bamberger'у, Romberg'у, Яновскому, Strümpell'ю — смещен влево, по Külbs'у, Лангу, Arneht'у, Schrumpf'ю — смещен вниз и влево.

Есть разногласия и касательно данных перкуссии: по одним авторам (Romberg, Arneht, Яновский, Зимницкий) здесь имеется увеличение поперечника сердца влево, по другим (Rosenstein, Чистович и др.) — влево и вниз.

Систолический шум на аорте, при данном пороке, по общему признанию, — громкий, резкий; по Külbs'у — он скребущий, парашающий, по Rosenstein'у — пилящий, свистящий; Romberg считает его самым громким по сравнению с шумами при других пороках; по Geigel'ю — он тем грубее, чем больше сужение. Что касается 2-го тона аорты, то Dieulafoy, Eichhorst, Mackenzie, Geigel, Чистович не говорят о нем ничего; Sahli считает, что при аортальном стенозе сер-

¹⁾ По Rosenstein'у и Sahli.

дечные тоны вообще не представляют собой ничего характерного; по Vaquez'u и Schrumpf'u 2-й тон здесь или нормален, или усилен; другие авторы подчеркивают, что этот тон не только не усилен, но, наоборот, резко ослаблен (Rosenstein, Jaccoud, Gerhardt и др.), может даже вовсе отсутствовать (Bamberger, Romberg, Трахтенберг, Arneht); при этом Romberg изменение 2-го тона в сторону ослабления его считает очень характерным для аортального стеноза.

Особых разногласий относительно свойств пульса при аортальном стенозе—*rarus, parvus, tardus*—не имеется. Jaccoud считает основой для диагноза данного порока контраст между гипертрофией левого желудочка и малым пульсом. Mackenzie подчеркивает значение для распознавания его анакротического пульса, говоря, что, кроме последнего, замедления ритма и систолического шума, рассматриваемый порок не обнаруживает ничего характерного. Roentgen'ологическая картина аортального стеноза варьирует в различных описаниях соответственно данным перкуссии: сердце представляется увеличенным то влево, то влево и вниз, то только вниз.

Таким образом мы видим, что аортальный стеноз в известной и притом большей части его признаков изображается прямо-противоположными штрихами.

Наблюдавшиеся мною случаи аортального стеноза как в чистой форме (4), так и в сочетании с аортальной недостаточностью (6), относятся к молодому возрасту—от 19 до 28 лет; анамнез 6 больных дает указание на эндокардит (острый суставной ревматизм, скарлатина, ангина), у остальных этиологический момент не установлен; реакция Wassermann'a у этой группы больных, а также у четверых из первой группы, у которых исследовалась кровь на RW, была отрицательной. Только четверо из моих больных были резко бледными, у двух окраска кожи была розовой, здоровой, у остальных кожа бледноватая. Лишь двое больных жаловались на частые обмороки, на головокружение указывали шестеро, у двух никаких жалоб вообще не было. Среди 10 больных семеро наблюдались стационарно, остальные амбулаторно, причем и эти последние исследовались мною неоднократно.

Результаты исследования представлены мною в нижеследующей таблице (для сокращения я опускаю в ней данные Roentgen'овского исследования, у всех 10 больных совпадавшие с данными осмотра и перкуссии, и также данные относительно пульса, который во всех случаях чистого стеноза характеризовался, как *pulsus rarus, parvus, tardus*).

Как видно из этой таблицы, во всех моих 10 случаях как чистого стеноза, так и комбинированного с аортальной недостаточностью, сердечный толчок был *усилен* и *замедлен*; в этом усилении и замедлении выявляется та сила, с которой левый желудочек преодолевает сопротивление, обуславливаемое стенозом. Во всех моих случаях, далее, толчок был смещен влево и вниз, каковое смещение при комбинированном пороке (сл. 4 и 10) может быть резче, чем в случаях чистого стеноза (сл. 1, 2, 3 и 6) Этот характер сердечного толчка, а также данные перкуссии и рентгена говорят о гипертрофии левого желудочка, то более концентрической—при чистом стенозе, то более эксцентрической—при сочетании сужения и недостаточности. Что касается II тона на аорте, то в части моих случаев он был ослаблен (чистый стеноз), в остальных же—вместо тона выслу-

№№	Возраст	Сердечный толчок		Перкуссия (абсол. туп.)	Аскультация		I тон на верхушке
		Место	Сила		систола	Аорта диастола	
1	24 л.	Лев. соск. лин., VI межреб. . . .	Медл., усл.	Увелич. влево и вниз	Грубый шум	Тон ослаблен	Не изменен
2	21 »	Кнаружи на палец от этой линии, VI пром.	Резист.	»	»	»	Ослаблен
3	19 »	Соск. лин., VI межреб.	»	»	»	»	Нормал.
4	28 »	VII промел., на 2 пальца кнаружи от соск. линии	Резист., разлитой	»	»	Резкий шум	Очень ослабл.
5	22 »	VI промеж., кнаружи на 2 пальца	»	»	»	»	»
6	23 »	VI пром., по соск. линии	Резист., огранич.	»	»	Тон ослаблен	Нерезко ослаблен
7	22 »	VI пром., на 2 пальца за соск. лин. влево	Разлит., усилен.	»	»	Явствен. шум	Заметно ослаблен
8	21 »	VI межреб., на палец влево от соск. лин.	»	»	»	Нерезкий шум	Немного ослаблен
9	21 »	То же	»	»	»	Явствен. шум	Слабый
10	25 »	VII пром., 2 пальца кнаружи от соск. линии	»	»	»	Резкий шум	»

ивался типический для аортальной недостаточности диастолический шум. Ослабление II тона, я полагаю, может объясняться с одной стороны меньшей подвижностью парусов аорты в случаях, где недостаточность клапанов еще ненастоять велика, чтобы выявить себя шумом, и сводится лишь к меньшей подвижности парусов; с другой же стороны, как подчеркивает Яновский и др., причиной ослабления II тона на аорте является незначительность кровяного давления в этом сосуде вследствие небольшого поступления крови при каждом сокращении левого желудочка. I тон на верхушке при аортальном стенозе у двух больных я нашел ослабленным (сл. 2 и 6), причем у них можно было констатировать большее увеличение поперечника сердца, чем у двух других больных, имевших чистый стеноз, и это ослабление возможно объяснить за счет увеличения диастолического объема левого желудочка, resp. его некоторой дилатации. Ослабление I тона на верхушке является т. о. по своему генезу тем же симптомом Trousseau, который всегда имеет место при *insufficiencia v. v. aortae* и который наблюдался и в приводимых мной случаях сочетанных аортальных пороков.

В конце концов мои 10 случаев аортального стеноза и комбинации его с аортальной недостаточностью позволяют в картине данного порока подчеркнуть следующие симптомы: 1) смещение и усиление сердечного толчка, 2) увеличение поперечника сердца влево и вниз, 3) наличие на аорте грубого систолического шума и ослабленного или замещенного шумом II тона, 4) характерный пульс—*rarus, parvus, tardus*. Поэтому я считаю, что положение Jaccoud, приведенное выше, можно изменить так: основой для диагноза аортального стеноза является, при наличии систолического шума на аорте, несоответствие между гипертрофией левого желудочка, resp. резистентным сердечным толчком—с одной стороны и указанными выше свойствами пульса плюс ослабление II тона на аорте—с другой.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Котовщиков. Рук. к клин. методам исследования вн. бол. Казань, 1890.—2) Rosenstein. Болезни сердца. Ziemssen's Hdb. Рус. пер. Харьков, 1881.—3) Bernheim et Laurent. *Traité pratique de médecine*. T. IV. Paris, 1895.—4) Bamberger. *Lehrb. d. Krankheiten d. Herzens*. Wien, 1857.—5) Romberg. *Krankheiten d. Herzens u. d. Blutgefäße*. Stuttgart, 1921.—6) Geigel. *Lehrb. der Herzkrankheiten*. Münch. u. Wiesb., 1920.—7) Sahli. Уч. клин. методов исслед. Рус. пер., вып. I. СПб., 1911.—8) Eichhorst. Рук. практ. медицины. Рус. пер. Москва, 1900.—9) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*. T. II. Paris, 1883.—10) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*. T. I. Paris, 1897.—11) Gerhardt. *Herzklappenfehler*. Wien u. Leipz., 1913.—12) Schnitt. *Statistische Mitteilungen über Herzklappenfehler*. Iena, 1893.—13) Guttman (по Külbs'y). *Zur Statistik d. Herzklappenfehler*. Diss. Breslau, 1891.—14) Vaquez. *Болезни сердца*. Рус. пер. Лен., 1927.—15) Arneth. *Leitfaden d. Perkussion u. Auskultation*. Iena,

- 1924.—16) Чистович. Курс частной пат. и тер. вн. бол. Т. I. Лев.
1927.—17) Зимницкий. Лекции по сердечн. бол. Каз., 1923.—18)
Ланг. Исследование орг. кровообр. Осн. кл. диагн. под ред. Левина
и Плетнева. Москва, 1922.—19) Яновский. Курс диагн. вн. бол.
Лев., 1922.—20) Külbs. Болезни сердца и кровеносн. сосудов. Рус.
пер. Петер., 1911.—21) Schrumpf. Болезни сердца. Рус. пер. Киев,
1925.—22) Mackenzie. Болезни сердца. Рус. пер. СПб, 1911.—23)
Strümpell. Hdb. d. inner. Krankh. Berl. 1922.—24) Schmidt u.
Lüthje. Klinische Diagnostik u. Propäd. inner. Krankheiten. Leipz, 1919.
25) Игнатовский. Клин. семиотика и симптоматич. терапия, Берлин.
Изд. „Врач“, 1925.—26) Matthes. Lehrb. d. Differenzialdiagnose
inner. Krankheiten. Berl., 1921.—27) Huchard. Die Krankheiten d.
Herzens und ihre Behandlung. Нем. пер. Leipzig, 1909.—28) Lüthje.
Med. Kl., 1906, № 17.—29) Pick u. Hecht. Клинич. семиотика, Рус.
пер. СПб, 1910.—30) Brugsch u. Schittenhelm. Lehrb. klinischer
Untersuchungsmethoden. Berl., 1914.—31) Трахтенберг. Лекции по
болезням сердца. Харьк., 1897.
-

О щелочном запасе (резервная щелочность) при заболеваниях почек.

Ассистента клиники В. Ф. Якимова.

(С 5 диагр.).

Для сохранения своего кислотно-щелочного равновесия организм обладает сложным регуляторным механизмом. Реакция крови, сдвинутая несколько в щелочную сторону, колеблется в очень узких пределах. Даже при усиленной выработке кислых продуктов обмена отклонение от нормальных колебаний этой индивидуально-постоянной величины или вовсе не имеет места, или бывает очень незначительно. Более сильные отклонения Ph крови в ту или другую сторону несовместимы с жизнью (Gollwitzer-Meier, Klin. Woch., 1926, № 171).

Все процессы как экзогенного, так и эндогенного характера, последствием которых может быть изменение реакции соков организма, в первую очередь будут сказываться на щелочном запасе, и только при условии недостатка последнего и нарушения регуляторного механизма Ph крови и соков компенсированный ацидоз переходит в некомпенсированный.

В механизме регуляции кислотно-щелочного равновесия принимают участие три главных фактора: А—буферная система крови, главной частью которой является бикарбонатная смесь,—сочетание углекислоты и бикарбоната,—фосфаты и протеины (углекислота находится в организме в такой концентрации, что она автоматически обращает в бикарбонаты все основания, не фиксированные другими кислотами, в силу чего бикарбонаты представляют излишек оснований,—щелочной запас,—и служат для непосредственной нейтрализации других случайных кислот; В—легочный фактор, при помощи которого удаляется из организма излишек CO_2 , и таким образом поддерживается постоянство нормальной реакции, изоония H-ионов в крови; С—почечный фактор.

Роль почек в деле сохранения кислотно-щелочного равновесия организма сводится к выделению нелетучих фиксированных кислот. Эта функция почек стоит в тесной связи с широко колеблющейся реакцией мочи. Ph мочи колеблется между 4,7 и 7,4, что зависит от худшей, в сравнении с кровью, буферной системы мочи, каковой является сочетание первичного и вторичного фосфатов натрия ($\text{N H}_2 \text{PO}_4$ и $\text{Na}_2 \text{HPO}_4$). При излишке кислых Valenzen в крови моча бывает более кислой ре-

акции от кислого монофосфата— NaH_2PO_4 , при излишке в крови оснований фосфорная кислота появляется в моче с двойным количеством оснований, в виде дифосфата Na_2HPO_4 , при одновременной щелочной реакции мочи.

Нормально функционирующая почка, приспособляясь к запросам и потребностям организма, у здоровых людей выделяет суточную мочу с закономерными колебаниями реакции, зависящими от рода пищи и от своеобразного уклонения обмена (более кислая реакция мочи бывает ночью,—моча покоя). При поражении почек эта регуляторная функция их, независимая в легких случаях нарушения от других парциальных функций—солевой и азотистой, может быть нарушена, как это доказали *Вескманн* и *R. Meyer*²⁾ экспериментально на животных, а *Кемпманн* и *Menschel*³⁾—на больных с нарушенным обменом воды. Большая почка теряет способность быстро применяться к потребностям организма, широта колебаний реакции суточной мочи суживается, кривая Рн суточной мочи при сильных нарушениях фиксируется на одном уровне, и в результате может явиться нарушение кислотно-щелочного равновесия организма. С другой стороны работы *Nasch'a* и *Benedict'a* (прив. по *Delore'y*⁴⁾, *Ambard'a* и *Schmidt'a*⁵⁾ указывают, что почка, кроме вышеуказанной функции выделения подвозимых к ней кислот, сама нейтрализует кислоты вырабатываемым ею из мочевины крови аммиаком. Этот последний, будучи сильною щелочью, нейтрализует кислоты и тем самым сохраняет резервную щелочность организма.

Из сказанного ясно, что всякое болезненное состояние почек может вести к нарушению регуляторной функции их, что в конечном итоге не может не отражаться на щелочном запасе.

Значительное понижение щелочного запаса при азотэмическом нефрите находили *Rathery* и *Bordet*⁶⁾, *Marrack*⁷⁾ в своей работе „*Alkalideficit in nephritis*“ также указывает на часто встречающееся у пациентов с тяжелой недостаточностью почек значительное понижение щелочного запаса крови. Более определенно по вопросу о почечном ацидозе высказывается *Delore*. Во всех случаях нефрита с азотистой задержкой, с едва заметными клиническими симптомами уремии, этот автор находил понижение щелочного запаса. Определению последнего у нефритиков он придает большую прогностическую ценность, в виду имеющегося, по его мнению, частого соотношения между клиническим ухудшением и понижением щелочного запаса.

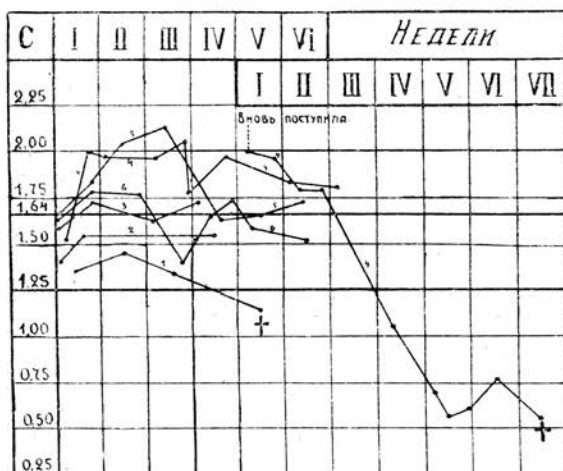
Ознакомившись с методом *Rohonyi* определения карбонатного числа плазмы крови, каковое может быть показателем щелочного запаса организма⁸⁾, установив норму этой величины у здоровых, мы, по предложению глубокоуважаемого профессора П. Н. Николаева, провели ряд систематических наблюдений этой величины (С) у почечных больных, прошедших за три года через нашу клинику. Результаты наших наблюдений систематизированы в прилагаемых к данному сообщению диаграммах (см. диагр. №№ 1, 2, 3 и 4). На абсциссе каждой диаграммы отмечено время пребывания больного в клинике под наблюдением, в неделях, на ординате—величины карбонатного числа; дни, в которые исследовалась кровь, обозначены точками. Каждому больному соответствует отдельная кривая. Прежде, чем рассматривать диаграммы, укажем, что

величина *C*, для здоровых людей колеблющаяся в довольно широких пределах, как это установлено *Robony* и подтверждено нашими исследованиями (о. с.), индивидуально для каждого данного субъекта является величиной постоянной. Предел колебаний ее в норме — от 1,24 до 1,64, причем величины, близкие к 1,24 и ниже, говорят за превалирование в плазме крови кислотных субстанций и уменьшение щелочного запаса.

Всего у нас под наблюдением было 24 человека, которые по клинической картине довольно четко разбиваются на 4 группы соответственно прилагаемым четырем диаграммам.

Одного взгляда на последние достаточно, чтобы уловить известную закономерность в колебаниях карбонатного числа для каждой группы и, в то же время, отличия одной группы от другой в отношении этих колебаний. Так, диаграмма № 1 показывает, что *C* здесь располагается ближе к верхней границе нормы и имеет сильную тенденцию к повыше-

Д И А Г Р А М М А № 1.



Nephroso-nephritis chronica с преимущественным поражением тубулярного аппарата; исключение составляют кривые двух случаев, закончившихся летально, в которых, особенно в случае № 4, за месяц до летального конца наблюдалось неуклонное падение кривой. По клинической картине вся эта группа больных без исключения укладывается вполне в рамки хронического нефрозо-нефрита с преимущественным поражением тубулярного аппарата. Громадные отеки подкожной клетчатки и скопление трансудата в полостях, нормальное кровяное давление, большое количество белка и обилие форменных элементов в осадке с единичными эритроцитами у некоторых, малярия в анамнезе с присутствием паразитов ее в крови у 4 больных, у одного *lues* и у одного активный *tbc* легких и кишечника — вот самое главное в объективной картине случаев этой группы. Из этих случаев позволим себе несколько подробнее остановиться на случае № 4.

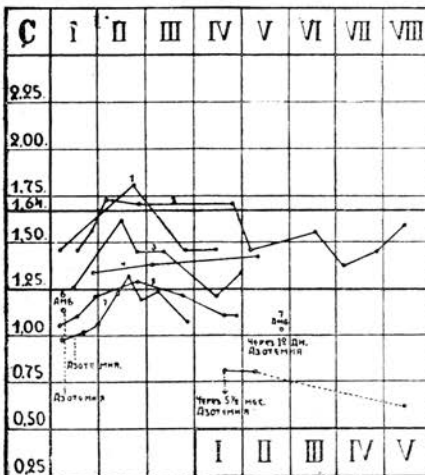
Большая Б-на, 23 лет, с весны 1923 г. целый год страдала малярией. Начала отекать два месяца назад. *Menses* отсутствуют с момента заболевания малярией. *Anasarca*, асцит, расширение относительной тупости сердца вправо на 3 пальца от *lin. stern. dex.* Кровяное давление нормально. В моче: Б—7%, форменные эле-

менты, гематурии нет. Первое время в клинике—приступы малярии, отеки нарастают, диурез понижен, поносы. С третьей недели отеки начинают спадать. Наростание отеков идет с повышением карбонатного числа, которое затем постепенно падает, но не доходит до верхней границы нормы. На 7-ой неделе больная в хорошем состоянии выписывается из клиники, хотя отеки на нижних конечностях у ней еще держатся; величина С выше нормы. Дома отеки то усиливались, то уменьшались, но окончательно не исчезали. Через три месяца больная снова поступает в клинику—в таком же состоянии, как и в первый раз: одышка, понос, anasarca, ascites, расширение сердца вправо и влево, в моче idem, карбонатное число на прежних высоких цифрах. Через две недели вместе с появившимся ухудшением в состоянии больной, на почве пневмонии, карбонатное число начинает падать параллельно с нарастающей адинамией и слабостью сердечной деятельности. Exitus при чрезмерно-малом карбонатном числе. Результат вскрытия: nephroso-nephritis chr. (большая белая почка).

Такую же тенденцию к падению карбонатного числа, в связи с ухудшением общего состояния мы видим и во втором случае данной группы, также закончившемся смертью — № 1, где epicrisis по отношению к почкам был: nephroso-nephritis chr., praecipue nephrosis. Что касается других больных этой группы то можно видеть, что с улучшением общего состояния перед выпиской больных величина С устанавливается на верхней границе нормы.

Сравнивая диаграмму № 2 с первой, мы видим, что здесь все кривые сдвинуты вниз, причем часть из них располагается в нормальных пределах, часть же,—и это является очень характерным для больных данной группы,—пеликом идет во все время наблюдения ниже нижней границы нормы, с уменьшением карбонатного числа, т. е. с понижением щелочного запаса. Обращаясь к клинической картине больных этой группы, мы находим у них типичную картину хронического процесса в почках с преимущественным поражением клубочкового аппарата: anasarca, гипертрофия с рдца, стойкая гипертония, гематурия—характерны для всех больных данной группы. Кроме того, та часть этих больных (сл. № № 5, 6 и 7), у которых карбонатное число все время было ниже нормы, давала картину хронического нефрозо-нефрита с недостаточной функцией почек. Повидимому, изостенурические почки у этих больных настолько потеряли функцию выделения кислот, что организму для нейтрализации последних пришлось затрачивать большую долю своего щелочного запаса, в силу чего в организме таких больных и развивался компенсированный ацидоз. Двое из этих больных (сл. № № 5 и 7) проявляли типичную картину хронически протекавшей азотемической уремии с временными то ухудшением, то улучшением в ее проявлениях в зависимости от диетического режима. Остаточный азот крови, который мы определяли в сл. № 7 четыре раза, как в период хорошего самочувствия больного, так и во

Д И А Г Р А М М А № 2.



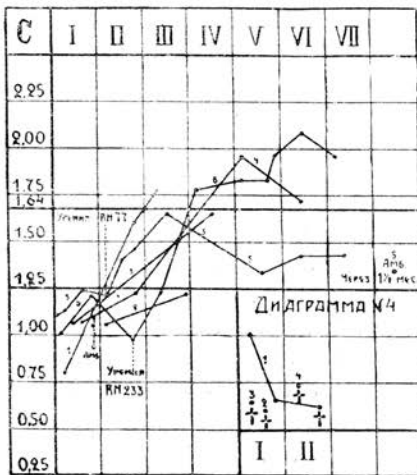
Nephroso-nephritis chr., praecipue nephritis.

ского нефрозо-нефрита с недостаточной функцией почек. Повидимому, изостенурические почки у этих больных настолько потеряли функцию выделения кислот, что организму для нейтрализации последних пришлось затрачивать большую долю своего щелочного запаса, в силу чего в организме таких больных и развивался компенсированный ацидоз. Двое из этих больных (сл. № № 5 и 7) проявляли типичную картину хронически протекавшей азотемической уремии с временными то ухудшением, то улучшением в ее проявлениях в зависимости от диетического режима. Остаточный азот крови, который мы определяли в сл. № 7 четыре раза, как в период хорошего самочувствия больного, так и во

время плохого, давал почти одну и ту же величину (91 mgr., 91 mgr., 97 mgr., 84 mgr) при поразительно - низком карбонатном числе—0,8 и 0,68. В случае № 5 RN крови как вначале наблюдения, так и через полгода равнялся 78 mgr., причем последнее определение было при ясно выраженной картине уремии (определение RN крови производилось ассистентом клиники пр.-доц. А. П. Бреннигом, которому за разрешение воспользоваться данными его исследований приношу искреннюю благодарность). Такое количество RN само по себе не должно было-бы давать еще плохого прогноза, но стойкое понижение щелочного запаса заставило нас с осторожностью подойти к этому вопросу. Действительно, больной в случае № 5 через пять месяцев снова поступил в больницу с тяжелой уремией, и через 3 дня у него наступил exitus. Совершенно другой прогноз можно было поставить у больной этой же группы № 4, у которой также наблюдались одно время симптомы азотемии, где RN крови был 132 mgr., но запас щелочей был в пределах нормы, и больная быстро оправилась при соответствующем диетическом режиме. Мы знаем, как далек еще от разрешения вопрос патогенеза „истинно-азотемической“ уремии, знаем также, что перегрузка тканей кислотами может играть немаловажную роль в развитии уремии (Lax, Staub, Schlayer). Кривые остальных больных этой группы колеблются в нормальных границах и при улучшении состояния больных приближаются к средней нормальной величине.

Перейдем к рассмотрению диаграммы № 3. Здесь мы видим резко бросающуюся разницу в ходе кривых карбонатного числа всех больных данной группы в сравнении с первыми двумя диаграммами. Характерен

ДИАГРАММЫ № 3 и № 4.



Nephritis acuta. Сулемовая почка.

здесь довольно крутой подъем кривых с низких цифр: в первые две недели наблюдения у всех больных данной группы карбонатное число значительно ниже нижней границы нормы, с улучшением же общего состояния больных число это круто поднимается, заходя у некоторых за верхнюю границу нормы. Клинически данная группа обнимает случаи острого диффузного заболевания почек с поражением сосудов и канальцев (nephritis acuta). Давность заболевания колеблется от 4 дней до месяца. У всех больных имеется anasarca,—то более, то менее выраженная,—гематурия и цилиндры в осадке, белок до 5%, кровяное давление

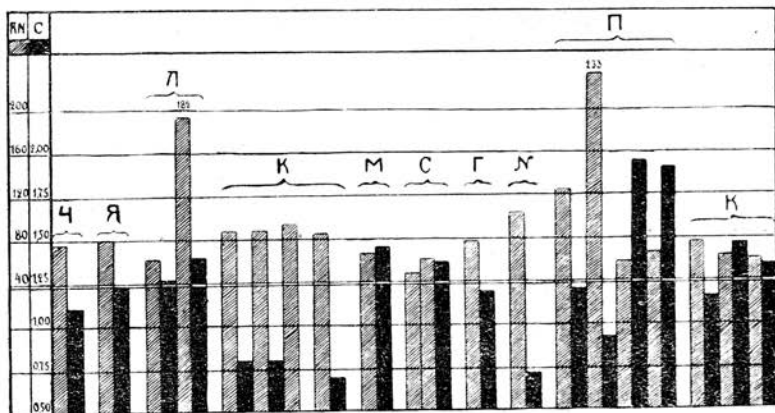
у больных с давностью заболевания до недели в пределах нормы, у остальных—высокое. У одной больной данной группы (№ 4), кроме воспалительного процесса в почках, на уменьшение щелочного запаса оказала, видимо, влияние беременность (V месяц), которая, как известно, сама по себе может протекать с ацидозом. Здесь интересно отметить, что после

преждевременных родов, происшедших на первой неделе пребывания в клинике, карбонатное число увеличилось и пришло к нормальной величине, хотя гематурия и цилиндрурия у больной остались. У двух больных данной группы, — №№ 5 и 6, — наблюдалась уремия, совпадавшая, как и во второй группе, с пониженным запасом щелочей крови, — у больного № 5 экламптического типа с RN крови 77 мгр., у больного в сл. № 6 — истинная с RN в 126 и 233 мгр. В течении болезни больных этой группы, как и больных первых двух групп, можно было наблюдать закономерное соответствие между клиническим улучшением и неуклонным повышением запаса щелочей. Довольно демонстративным доказательством клинического улучшения может служить падение веса за время пребывания в клинике четверых больных из группы острого нефрита. Сравнивая кривые падения веса с кривыми карбонатного числа, мы видим почти математическую закономерность обратного отношения этих кривых, — с падением одной повышается другая.

Диаграмма № 4 представляет карбонатное число четырех случаев сулемовой почки. Все больные этой группы были доставлены в клинику в стадии анурии с желудочно-кишечными явлениями (рвота с кровью, кровавистый стул). Трое из них погибли в течение первой недели, одна — в начале второй. Без дальнейших объяснений ясно, что здесь нарушены и уничтожены все функции почек, что, конечно, резко отражается на запасе щелочей, — величина С у больных этой группы ничтожна.

Остановимся еще вкратце на вопросе о соотношении между RN крови и щелочным запасом, каковое соотношение представлено на диаграмме № 5. Общій фон диаграммы таков, что здесь имеется известное

Д И А Г Р А М М А № 5.



соотношение между указанными величинами, а именно, мы можем видеть, что с повышением RN крови карбонатное число всегда понижается ниже нижней границы нормы, хотя строгой пропорциональности между этими изменениями и нет. Так, иногда при значительном понижении щелочного запаса наблюдается сравнительно незначительная задержка мочевины крови (случаи Ч и К), и наоборот, при значительной задержке RN крови величина щелочного запаса остается нормальной или почти нормальной (случаи Л и П диаграммы). Это отступление от вышеуказанного соотно-

нения мы считаем необходимым подчеркнуть, ибо дальнейшее наблюдение клинической картины в этих случаях,— правда, очень немногочисленных,— показало нам прогностическую ценность определения щелочного запаса у азотемиков: оказалось, что у нефритиков с небольшой сравнительно азотемией, но ясно выраженным, стойким ацидозом, дело быстро идет к летальному исходу; там же, где большая задержка RN крови сопровождалась близкими к норме щелочным запасом, равновесие организма быстро выравнивалось, и больные становились работоспособными. На эту стойкость нефритиков с большим RN крови, доходящим до 4,5—3,5 и держащимся в течение нескольких лет, с одновременным почти нормальным щелочным запасом, указывает и Delore.

Заканчивая данное сообщение, мы, в виду малочисленности своих наблюдений, считаем себя вправе лишь с известной осторожностью указать, что 1) регуляторная функция почек, в смысле сохранения кислотно-щелочного равновесия, при хронических заболеваниях клубочкового аппарата и в начальном периоде острого нефрита значительно нарушается, в силу чего эти формы протекают под знаком ацидоза с пониженным щелочным запасом; 2) клиническое улучшение болезни идет всегда параллельно с нарастанием щелочного запаса; 3) стойкое понижение щелочного запаса при сравнительно-незначительной задержке RN крови у азотемиков является плохим прогностическим признаком.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Gollwitzer-Meier. *Klin. Woch.*, 1926, № 17.—2) Beckmann und R. Meyer. *Zeit. für die ges. exper. Med.*, 1922, 27.—3) Kempmann und Menschel *Klin. Woch.*, 1924, № 5 —4) Delore *Presse med.*, 1925, № 4.—5) Ambard et Schmidt. *Arch. des mal. des reins et des organes gen.-urinaires*, 1922, № 2.—6) RATHERY et BORDET. *Paris méd.*, 1921, № 19.—7) Marrack. *Lancet*, 1923, № 5221.—8) Якимов. *Каз. Мед. Журн.*, 1926, № 8.—9) Д. Л. Рубинштейн. Введение в физико-химич. биологию.

О способе действия токов высокого напряжения (статическое электричество и токи d'Arsonval'я¹).

Прив.-доц. **Н. М. Рудницкого** (Ленинград-Самара).

1. Статическое электричество.

С точки зрения электронной теории под статическим электричеством следует понимать известную массу электронов, сосредоточивающихся в определенном месте и оказывающих отсюда известное воздействие на окружающую среду; этим оно и отличается от гальванического и переменного электричества, где электроны постоянно находятся в движении²). Другое важное его отличие от этих токов—то, что оно обладает высоким напряжением.

В противоположность другим видам электричества статическое электричество, как лечебное средство, издавна вызывало к себе скептическое отношение. Так, еще основоположник научной электротерапии *Duchenne* высказывался против этого метода, и лишь авторитет *Charcot* восстановил во Франции его репутацию, особенно после того, как (*Vigoux*) сообщил о многочисленных успехах, полученных от его применения при истерии. В Германии *Roszbach* равным образом совершенно не признавал франклинизации, а в новейшем издании известного руководства *Kowarschik*'а последний высказывается в том смысле, что франклинизация „есть совершенно лишний метод лечения“. Между тем наши наблюдения над этим видом электротерапии по тем результатам, которые от него получаются, отнюдь не могут в наших глазах умалить значение этого метода, не говоря уже о том бесспорном его преимуществе, что больного можно пользоваться им без раздевания.

Чем же, однако, объяснить такое отрицательное отношение к этому методу со стороны других, и притом весьма авторитетных, авторов? По-видимому, главной причиной этого является то обстоятельство, что авторам, как формулируется тем же *Kowarschik*'ом, было непонятно, „каким физическим или химическим путем происходит от него улучшение“. Для нас это обстоятельство не имеет значения, ибо из того, что мы не знаем, как действует или как может действовать тот или иной лечебный агент, вовсе не следует, чтобы мы перестали его употреблять, раз мы с очевидностью наблюдаем от него известный терапевтический эффект. Не будем, конечно, отрицать для этого метода известного влияния внушения (боль-

¹) Избранные места из подготавливаемого к печати „Руководства по физиотерапии“.

²) Переход, существующий между статическими и гальваническим электричеством, можно усмотреть в том, что, если соединить оба проводника машины, то получится непрерывное течение электричества от положительного к отрицательному полюсу.

шой, сложный аппарат, таинственный треск, световые пучки по кондукторам, искры, поднятие волос и чувствительные раздражения кожи); однако сводить здесь весь лечебный эффект на внушение, как то делают некоторые электротерапевты,—никоим образом нельзя. Более того,—пелый ряд соображений решительно говорит не только против исключительного, но даже и против особо-существенного действия здесь внушения. Чтобы доказать это, попытаемся набросать очерк того, каким образом можно себе представить причину лечебного действия франклиннизации.

Прежде всего укажем, что известное действие статического электричества на животный организм является несомненным, не говоря уже о старых опытах Sch wand'a и др., из недавних опытов Цветков ой и особенно Уграмова. В опытах первой статическая ванна у кроликов давала увеличение числа лимфоцитов, причем от применения катода реакция крови от процедуры получалась сильнее, чем от применения анода. Наблюдения же Уграмова над действием тока высокого напряжения говорят за благоприятное влияние статических ванн на развитие головастика и о повышении t^0 тела после ванны на 2—3⁰.

Конечно, от этих данных до объяснения терапевтического действия—двистанция огромного размера, и поэтому мы будем базироваться на других соображениях. Ища объяснения для данного действия, мы прежде всего должны остановиться на том феномене, который имеет место при наиболее распространенной франклинновской процедуре—статической двуполярной ванне, и который особенно бросается здесь в глаза,—мы имеем в виду дуновение или ветер, который исходит от машины к телу (обычно к голове пациента). Здесь невольно приходит на мысль следующее соображение: когда нас обвеивает легкий (теплый) ветерок, мы обычно испытываем весьма приятное состояние (эйфория). Есть ли это просто субъективное ощущение, или оно является результатом адекватных объективных изменений в определенных органах и тканях нашего организма? За второе предположение говорит целый ряд данных, которые приведены нами в другом месте ¹⁾, и из которых мы здесь напомним лишь про опыты Могеля, воспытававшего морских свинок на ветру и без него, причем оказалось, что первые развивались гораздо лучше. Слабая интенсивность ветерка при франклиннизации не только не должна нас смущать по, наоборот, является важным моментом, если мы вспомним про опыты Grützigera и Heidenhaina, которые на или, что минимальные кожные раздражения („обдувание“) могут вызывать значительное повышение кровяного давления, тогда как часто сильные кожные раздражения не дают этого эффекта и даже понижают кровяное давление. Что способ действия здесь—рефлекторный, это, конечно, вряд ли подлежит сомнению. Во всяком случае Bordier было доказано, что данный электрический ветер обладает режимом сосудодвигательным действием.—большим, кстати сказать, от отрицательного ветра.

Однако одним этим моментом действие статического электричества не исчерпывается, ибо приведенное толкование могло бы объяснить нам эффект статического душа, но не той униполярной ванны, где ветерка нет, и где тело больного непосредственно заряжается электричеством через проводник. Сущность этого другого, оказывающего здесь действие,

¹⁾ Вода, воздух и климат и т. д. Ленинград. 1926.

момента, — повидимому, более важного, чем выше рассмотренный, — остается для нас совершенно гадательной; можно только в числе прочих предположений сделать здесь и следующее, основывающееся на том факте, что статическое электричество распространяется обычно по поверхности тела: статический ток, сосредоточиваясь в верхних слоях крови, раздражает здесь, в числе прочих тканей, и кожные сосуды. Если же вспомнить, что действие гальванического и фарадического токов можно свести на раздражение кожных сосудов, то стремление к аналогии или вообще к принятию монистического принципа явилось-бы шансом в пользу принятия предположения, что и действие статического электричества заключается в том же; разница лишь та, что способ проникновения тока к этим сосудам здесь иной, и что раздражение сосудов здесь будет несравненно нежнее. Последним, кстати сказать, и объясняется возможность воздействия этого тока на поверхность всего тела, что для гальванического и фарадического тока является немислимим и возможным лишь через посредство еще другой среды, напр. в ванне. Дальнейшее действие тока на сосуды, — или, точнее, на оплетающие их стенки нервные сплетения, — сводится здесь, как и там, на рефлекторные влияния, в чем-бы последние не заключались. Напомним по этому поводу, что за рефлекторную природу действия франклинизации уже высказывались некоторые авторы, как, напр., Добротворский.

Что касается действия местных франклиновских процедур, то рефлекторная природа получающегося здесь терапевтического действия еще менее вызывает сомнение. — безразлично, идет ли при этом речь о дуновении из остря, дающем самую легкую степень раздражения крови, или о резком искровом разряде.

В частности, относительно действия франклиновских искр мы имеем следующие данные: во-первых, Bordier было доказано повышение t° на месте, подверженном действию искры, а равным образом сосудодвигательное действие (сначала бледность, потом краснота, а если раздражение продолжается в одном месте несколько минут, то даже и экссудативные явления); во-вторых, франклиновская искра вызывает сокращение мышц, которое может быть или посредственное — когда электрод, соединенный с одним из кондукторов, непосредственно приложен к коже, причем искра, значит, будет между шарами кондукторов, или непосредственное — когда искра извлекается из кожи больного; непосредственное возбуждение менее энергично, но зато и менее болезненно.

II. Токи *d'Arsonval's*.

Прежде, чем обратиться к рассмотрению способа их действия, уместно будет в нескольких строках коснуться их свойств.

С точки зрения физики токи большой частоты представляют от обыкновенных переменных токов следующие три отличия:

1) Они вызывают крайне интенсивные явления индукции, а именно электродвижущая сила индукционного тока в проводнике, находящемся вблизи индуктирующей системы, равняется произведению из интенсивности тока на частоту. Так, допустим, что число периодов данного тока — 500 тыс. в секунду, и что средняя сила тока — 1 ампер; тогда электродвижущая сила индукции в одном обороте будет такая же, как в том случае, если-бы ток в 100 ампер, частота которого — 500, циркулировал в 10 оборотах спирали.

2) Токи большой частоты дают явления резонанса (на чем и основано Оудин'овское приспособление).

3) Эти токи одинаково хорошо циркулируют в замкнутой и разомкнутой цепи, на чем и основано однополюсное местное их применение; объясняется это свойство,—подобно тому, как это имеет место в статическом электричестве,—высоким напряжением данных токов.

В отношении физиологического действия об этих токах можно до известной степени сказать то же, что и о предыдущем виде электричества высокого напряжения, т. е. остатическом электричестве: в то время, как для гальванического и фарадического токов авторы все время ищут физиологическое основание их терапевтического действия, токам высокого напряжения стараются все-цело или частично отказать в каком-бы то ни было физиологическом действии на организм. Так, по поводу общих процедур токов d'Arsonval'я (клетка, конденсаторная кровать) Frankenhäuser высказывает сомнение, „оказывают-ли эти способы какое-либо действие, кроме внушения“. Равным образом Kowarschik склонен считать, что „с введением диатермии роль названных общих процедур можно считать законченной“. Что же касается непосредственного применения этих токов в виде искр, получаемых от конденсаторного электрода, за которым и Frankenhäuser признает физиологическое действие, то последнее рисуется им следующим образом: „эти искры действуют подобно всякому другому электрическому сотрясению, как раздражение протоплазмы; с другой стороны, они производят чисто-механическое раздражение, и действие их ощущается, как удар кнута“. Но если они действуют „подобно всякому электрическому сотрясению“, то тогда, значит, их можно заменить, скажем, фарадическим током, а между тем опыт с несомненною показывает, что последний часто (напр., при невралгиях) остается бесполезным там, где местная д'арсонвализация дает хороший эффект. Что же касается второй стороны их действия, как она представляется Frankenhäuser'у, т. е. „чисто-механического раздражения, как удар кнута“, то и это толкование не может быть принято, ибо в таком случае действие данной процедуры можно было бы заменить механической процедурой, напр., вибрацией, чего, однако, опыт также не позволяет сделать. Правильнее будет искру считать за раздражение не механическое, а sui generis, и действие, производимое ею, отождествить с действием искры от статической машины, равно как и тот „эффлувий“, который можно получать при применении известных электродов (см. ниже), отождествить с истечением из франклиновского острия.

Таким образом на действии местной д'арсонвализации вряд-ли нужно долго останавливаться.—это действие сводится к местному раздражению и аналогично в данном отношении, не говоря о только что упомянутой местной франклинизации, действию других раздражающих процедур, напр., горчичников, мушек и пр., с той особенно-тью, что действие это гораздо более нежное (для „эффлувия“, для мелких искр), почему и может быть применяемо там, где другие, более грубые приемы раздражения противопоказаны.

Что токи d'Arsonval'я действительно оказывают местное раздражающее влияние на кожу, это показывают опыты Breinert'a и Weil'я, где после сеанса местной д'арсонвализации (45 сек. при искре

в 3—5 мил.) у кролика на биопсии сосуды кожи как периферические, так и глубокие оказались переполненными кровью.

Тем большее внимание нужно уделить общим процедурам применения токов d'Arsonval'я. Главной причиной скептического отношения авторов к ним служат следующие фактические данные:

1) Переменный ток высокой частоты не дает никаких раздражений ни двигательных, ни чувствительных нервов. Объясняется это след. образом: по данным Neersta's раздражение от электрического тока равно $\frac{i}{\sqrt{n}}$, где i —сила тока, а n —частота; ясно, что, если n велико, т. е. равно сотням тысяч, то раздражение будет минимально, и ergo сокращения не получится.

2) В то время, как токи d'Arsonval'я в медицине особенно были рекомендованы в случаях повышения кровяного давления, опыты Vergonié, Broca и Ferrier, произведенные в высшей степени тщательно и с полной гарантией их точности, показали следующее: из 39 измерений кровяного давления после сеансов д'арсонвализации 4 раза было обнаружено понижение кровяного давления, 10 раз—повышение и 21—раз никакого изменения; влияние же их на температуру тела и обмен веществ выражалось лишь в повышенной отдаче тепла.

3) Вопреки утверждению d'Arsonval'я, Bordier, Lecomte'a об изменении обмена веществ в клетке, опыты их не встретили подтверждения.

Пусть, однако, токи d'Arsonval'я не действуют на двигательные и чувствительные нервы, равно как и на состояние кровяного давления и обмен веществ. Значит ли это, что они не могут обнаружить терапевтического действия в определенных случаях? Что эти токи во всяком случае имеют физиологическое действие,—это вряд ли теперь можно отрицать, как-бы противоречивы ни были прежние сообщения. Так, за последнее время в Севастопольском Сеченовском Институте опытами на животных было доказано, что данные токи вызывают эмиграцию лейкоцитов из сосудов, длящуюся в течение часа (Цветкова), что они временно понижают гальваническую возбудимость, а равно вызывают повышение содержания крови (Щербак), наконец, что приложение этих токов к области печени и селезенки дает повышение лейкоцитоза и изменение лейкоцитарной формулы (Сургучев).

Конечно, мы приводим эти данные вовсе не для того, чтобы базировать на них, как это склонны делать некоторые, терапевтическое действие. В самом деле, если видеть причину терапевтического действия в увеличении числа лейкоцитов, которое считается некоторыми доказательством подъема защитных сил организма, то в том же Сеченовском Институте Пригоровский и Глинка обнаружили „значительное нарастание числа белых шариков“ и от световых ванн. Понятно, что если-бы терапевтическое действие токов d'Arsonval'я, напр., при некоторых болезнях сердца, зависело от повышенного лейкоцитоза, то при тех же болезнях должны были-бы помочь и световые ванны, или же кварцевое освещение, результатом которого также является увеличение числа лейкоцитов (Ашкевич и Стояновская). Однако этих процедур мы не будем применять при данных болезнях.

Итак, если токи d'Arsonval'я могут оказывать известное физиологическое действие, то уже a priori нельзя отрицать за ними возможности и те-

терапевтического действия. Как представлять себе это действие? Если иметь в виду два главных показания, выработанных опытом для клетки d'Arsonval'a—повышение кровяного давления и неврастению, если принять также в соображение и тот мыслимый субстрат неврастения, который был нами в свое время предложен (изменение кровообращения в тех или иных центрах головного и спинного мозга, то наиболее вероятным предположением является, — что действие их происходит через влияние на сосуды. Если это принять, то тогда можно усмотреть явную аналогию или даже тождество их действия с действием общих франклиновских процедур, как оно выше представлено, причем кстати будет указать на близость токов статических и д'арсонвалевских в их сущности. Другой вопрос, конечно, — действуют ли эти токи непосредственно на стенки патологических сосудов, на их *vasa vasorum* или на центры последних. Решить это — дело будущих исследований. В такой концепции нас не должно смущать то обстоятельство, что опытными данными, как это выше уже было указано, нельзя было доказать определенного влияния данных токов на сосуды ибо опыты эти производились в физиологических условиях, между тем как сейчас речь идет о терапевтическом действии; а нам известно, что патологическая ткань отвечает на такое минимальное раздражение, которое на здоровую ткань никакого влияния не обнаруживает. Насколько условия терапевтического действия отличаются от физиологического влияния и вообще являются темными, видно из примеров, взятых из других отраслей данной дисциплины: известно, напр., что кварцевое освещение при ортогликемии, вызывающее понижение количества сахара в крови, при гипогликемии вызывает повышение его. Вообще за последнее время все более и более накапливаются наблюдения, что терапевтические воздействия влияют не в том грубо-физиологическом смысле, что они повышают то, что понижено, но в том также, что они понижают то, что повышено, т. е. действуют регулирующим образом. В этом смысле мы и должны понимать выражение старых авторов „альтервирующее влияние“ и пока нам еще неясно интимное действие токов d'Arsonval'a в общем их применении, мы можем ограничиться именно представлением об их „альтервирующем“ действии на кровообращение, предоставляя дальнейшим работам выяснять детали такого действия.

Я не могу, конечно, не сознавать, что обоснованность данного представления чрезвычайно невелика, но в вопросах подобного рода более, чем где-бы то ни было, применима житейская поговорка: „лучше что-нибудь, чем ничто“. Это нужно понимать след. образом: необходимым условием для научного прогресса в той или иной области является — иметь т. наз. рабочую гипотезу, без которой дальнейшие исследования или невозможны, или обычно бесплодны; пусть эта гипотеза в дальнейшем не оправдается, но, пока она есть, она служит могучим импульсом к исследованию вопроса и оправданным пунктом для него. Принимать же за рабочую гипотезу надо то мнение, которое имеет за себя больше всего данных и против себя — меньше всего возражений. С нашей точки зрения предложенное здесь понимание именно и является таковым, а именно, хотя само по себе, как то можно видеть, оно имеет очень слабую базу, но все же меньшую, чем другие методы; зато с другой стороны оно имеет пред последними то преимущество, что не встречает против себя возражений. Вот почему мы и считаем уместным предложить наше понимание, хотя-бы затем оказалось, что оно должно быть отброшено или дополнено.

Радикальная операция паховой грыжи по способу проф. И. А. Праксина¹⁾.

Ассистента **В. А. Астраханского.**

(С 2 рис.).

Как известно, для лечения паховых грыж предложено весьма много различных способов грыжесечения, и хирургу приходится выбирать из них такой, который бы давал минимум рецидивов и операционных травм, представляя в то же время наибольшие выгоды в функциональном отношении и наиболее соответствуя конституциональным условиям данного больного. Что выбор этот далеко нелегок, видно уже хотя бы из того, что, напр., Крымов предлагает применять при паховых грыжах комбинацию различных способов: Kocher'a и Bassini, или Kocher'a и Lucas-Championnière'a, да еще с дополнением по Girard'y и т. д. Михалкин пишет, что для применения того или иного способа грыжесечения необходимо индивидуализировать каждый случай, принимая во внимание возраст больного, свойство его тканей, давность и величину грыжи и пр.

Не вдаваясь в критику отдельных способов, упомяну лишь о том, что такой распространенный способ, как способ Bassini, представляет по меньшей мере десяток существенных недостатков отмеченных в работе Тиле, из которых особенно обращают на себя внимание травма семенного канатика, перемещение его на новое ложе, нарушение функций яичка и т. д., а проф. Мартынов упоминает даже о двух случаях атрофии яичка после операции по Bassini. На I Съезде Российских Хирургов, в 1900 г., покойным проф. Бобровым было отмечено, что главное дело здесь не в способе, а в анатомических условиях той области, где развилась грыжа: есть случаи, где возврат получается, по какому-бы способу ни оперировать ее.

Конечно, анатомические условия играют большую роль в результатах всякой операции, в том числе и грыжесечения. Однако мы видим, с другой стороны, что, каковы-бы ни были эти условия, несовершенство некоторых способов, напр., того же способа Bassini, остается неизменным. В этом нас убеждают частые жалобы оперированных больных на тяжесть в паху, боли в области яичка и семенного канатика после операции, произведенных *lege artis* по данному способу.

Все это и побуждает нас обратить внимание хирургов на способ операции паховой грыжи, в свое время предложенный покойным проф. И. А. Праксиным, — способ, в основу которого положена мысль удовлетворить

¹⁾ Доложено 30 марта 1927 г. в Обществе Врачей г. Самары.

по возможности всем требованиям анатомии и физиологии, детально подражая самой природе.

Прежде, чем говорить об этом способе, позволю себе вкратце коснуться тех аналого физиологических особенностей пахового канала, которые имеют значение в производстве грыжесечения по этому способу.

Учитывая значение структуры апоневроза наружной косой мышцы для крепости паховой области, Крымов, Яшинский, Венгловский и др., в зависимости от толщины соединительнотканых волокон апоневроза и обилия прослоек между ними, различают апоневроз „крепкий, средней крепости и слабо развитый“. На своем материале мы, однако, убедились, что эти названия неполно точно определяют структуру апоневроза: в последней имеют значение не только толщина и количество соединительнотканых пучков и их прослоек, но и степень натянутости апоневротических волокон. По нашим наблюдениям на одном сантиметре поперечника апоневроза может помещаться приблизительно от 8 до 13 соединительнотканых пучков и на единицу меньше видимых между ними прослоек. Когда на 1 см. поперечника апоневроза мы имеем до 9 волокон, мы говорим о слабо сформированном апоневрозе, при наличии от 10 до 11 их—речь идет об апоневрозе средней крепости, крепким же мы называем апоневроз, содержащий от 12 до 13 и более волокон. Напряжение волокон в одних случаях бывает резко выражено,—они напряжены, почти как натянутая струна, в других же случаях апоневроз легко бывает захвачен анатомическим пинцетом и даже оттянут сверху вниз и снугри снаружи. Это состояние апоневротической ткани в некоторых случаях позволяет нам удваивать ее слои, что, конечно, очень важно. Поэтому к вышеупомянутым определениям мы добавляем: туго натянут, слабо натянут.

Большое значение имеет также расположение мышечных элементов брюшной стенки. Нижние волокна внутренней косой и поперечной мышц, начинаясь у Роирагт'овой связки и направляясь к прямой мышце живота, образуют паховый промежуток для семенного канатика. У грыжевых больных этот промежуток имеет форму треугольника, границами которого служат: снизу—Роирагт'ова связка, снаружи—наружный край прямой мышцы. О верхней границе пахового промежутка Крымов пишет, что она представляет собой соединенный край внутренней косой и поперечной мышц, причем мышцы эти трудно делимы и могут быть рассматриваемы, как один слой. На своем материале мы убедились, что верхняя граница упомянутого треугольника может представлять 3 разновидности в зависимости от расположения вышеуказанных мышц: 1) если внутренняя косая и поперечная мышцы имеют одно направление, и последняя не выступает из-под первой, то верхней границей будет нижний край обеих мышц; 2) если же поперечная мышца проходит выше внутренней косой, и ее совсем не видно из-за последней, то границей будет нижний край только одной внутренней косой мышцы; 3) когда, наконец, волокна поперечной мышцы идут ниже волокон внутренней косой,—что в нашем материале встречалось далеко нередко,—то верхней границей треугольника будет нижний край поперечной мышцы. В этом случае получается как бы два треугольника, вложенных один в другой и имеющих одно основание—Роирагт'ову связку. Первый треугольник, с меньшей площадью, является в собственном смысле паховым промежутком, второй же, с большей пло-

щадью, в верхнем своем отделе имеет покрытие сзади засчет волокон поперечной мышцы. Такую третью разновидность во взаимном расположении мышц наблюдал и проф. Венгловский, но только в 2 случаях, что является для нас крайне удивительным, ибо мы на своем материале встречали ее приблизительно в 25—30% всех грыжесечений.

Паховый канал, как известно, имеет наружное и внутреннее отверстия. Их размеры и длина канала точно определяют длину кожного разреза в нашем способе. Размеры наружного пахового кольца, по исследованию различных авторов, различны. Нас интересуют у грыжевых больных главным образом средние цифры—в 4—5 см. Длина пахового канала также определяется различно; средняя величина ее равна 3—4 см. На нашем материале мы наблюдали, что при сильно расширенных паховых отверстиях длина пахового канала значительно меньше этих средних величин. Особенно это имеет место в тех случаях, когда внутреннее паховое кольцо почти соответствует по месту проекции наружному. В подобных случаях вместо длины пахового канала имеет значение высота пахового промежутка со средними цифрами 3—4 см. Диаметр внутреннего пахового кольца в среднем определялся у нас в 2 см. Поэтому, чтобы вскрыть паховый канал на всем его протяжении, длина кожного разреза должна быть не менее 10—12 см.

Обращаясь теперь к описанию способа проф. Праксина, отметим, что способ этот был предложен еще в 1890 году, в бытность его автора ассистентом проф. В. А. Раимова. В Госпитальной Хирургической клинике Казанского Университета, которою заведывал проф. Праксин, этот способ нашел постоянное применение с 1897 года и назывался способом Праксина Ferragi, т. к. оба автора предложили его почти одновременно и независимо друг от друга. В печати он был впервые описан д-ром Трещиным в его диссертации: „Радикальная операция паховой грыжи“ в 1898 г. При этом д-ром Трещиным были отмечены лишь основные отличия данного способа от способа Bassini, но не указаны существенные этапы операции. Не приведены в диссертации Трещина и статистические данные, достаточные для того, чтобы судить о ценности способа, а описаны лишь вкратце 23 случая его применения. Поэтому, имея материал, обнимающий 322 грыжесечения, мы и считаем уместным, даже необходимым описать этот способ подробнее, пояснив его рисунками.

Нащупав пальцем наружное отверстие пахового канала, мы проводим разрез в паховой области на $1\frac{1}{2}$ —2 см. выше Poupart'овй связки и параллельно ей, длиной 10—12 см, по направлению к названному отверстию. Длина этого разреза является точным выражением вышеуказанных анатомических величин. Рассекая кожу с подкожной жировой клетчаткой и поверхностной фасцией, доходим до апоневроза наружной косой мышцы, после чего, разведя края кожной раны крючками, тщательно очищаем апоневроз от ареолярных тканей, осматриваем его структуру и вскрываем его из наружно-верхнего угла раны параллельно его волокнам по зонду Косхег'а или желобоватому, рассекая наружное отверстие пахового канала. Далее мы захватываем края апоневроза пинцетом Réaп'a и туго отслаиваем их от подлежащей мускулатуры. Отслаивание это производится снаружи и книзу до обнажения Poupart'овой связки вплоть до прикреплений к симфизу. При этом мышцы и

связки тщательно очищаются от покрывающих их ареолярных тканей. Между разведенными краями вскрытого апоневроза ясно виден бывает паховый промежуток с вышеописанными границами, выполненный грыжевым мешком с его содержимым и семенным канатиком с покрывающими их оболочками: *tunica cremasterica* и *tunica vaginalis communis testiculi et funiculi spermatici*.

Заслуживает при этом некоторого внимания степень выраженности кремастера: у молодых субъектов мы находим его обыкновенно хорошо выраженным, у стариков же — в виде беловатых полос, спускающихся в мошонку. Значительный интерес представляет собой также расположение семенного канатика по отношению к грыжевому мешку: вопреки литературным данным, мы убедились на нашем материале, что *funiculus spermaticus* обыкновенно распластан по грыжевому мешку, тогда как Курьмов, напр., отмечает лишь единичные случаи веерообразного распределения элементов канатика на поверхности мешка¹⁾.

Вывав, буде это возможно, содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, мы приподнимаем двумя анатомическими пинцетами указанные выше оболочки и рассекаем их по направлению волокон кремастера вблизи внутреннего отверстия пахового канала на протяжении 5—6 см., подходя таким образом к грыжевому мешку, отличительными признаками которого являются его перламутровый блеск и малая способность имbibировать кровь. Мешок этот слегка захватывается пинцетом Рéан'а, после чего, осторожно потягивая его из брюшной полости, мы сдвигаем с него в стороны вскрытые оболочки и семенной канатик пальцем, обернутым марлей.

Если грыжа не велика, то, отделив весь грыжевой мешок от оболочек до внутреннего пахового отверстия, мы вскрываем его, причем в тех случаях, где раньше была травма или ущемление, из него выходит обычно различное количество грыжевой жидкости. Нередко грыжевой мешок оказывается снаружи сильно обросшим жиром предбрюшинной клетчатки, что является несомненным механическим защитным прислосблением. Если мешок этот пуст, то, выгнав его по возможности из брюшной полости, прошиваем шейку его прочной двойной лигатурой, концы которой завязываются на обе стороны, и отсекаем избыток мешка, причем культи его уходит в брюшную полость.

В тех случаях, где грыжа спускается в мошонку, по рассечении грыжевых оболочек мы обходим мешок кругом, надвигая его на указательный палец, обернутый марлей, и отводим оболочки в стороны. Под обойденный кругом грыжевой мешок проводим марлевую ленту, вскрываем его и по осмотре перерезаем над лентой, после чего с центральным концом мешка поступаем так, как было описано выше, а на периферический конец накладываем лигатуру с предварительным прошиванием. Таким образом семенной канатик остается на своем месте и почти не травмируется.

Когда это сделано, мы закрываем паховый промежуток путем сближения мышечного слоя и Роиранг'овой связки, накладывая на них, в зависимости от величины промежутка, 3 или 4 прочных шва в

¹⁾ Подобное мнение создается, очевидно, потому, что на грыжевых мешках без содержимого эта распластанность семенного канатика бывает не так заметна.

шелка или кэтуга. Вкалывание иглы в мышечные слои мы производим при этом под контролем Ко с н е г'овского зонда или указательного пальца. В данном этапе операции могут быть 4 возможности, зависящих от положения мышц в паховом промежутке: 1) когда внутренняя косая и поперечная мышцы идут по одному направлению,—мы легко подводим обе их к Роурагт'овой связке и обе берем в шов, притягивая к связке так, что для семенного канатика остается отверстие, пропускающее лишь конец указательного пальца хирурга; 2) когда поперечная мышца резко вылается из под края выше отошедшей внутренней косой, т. е. тогда, когда в паховом промежутке ясно видны два треугольника,—мы берем в шов только одну поперечную мышцу и подводим ее к Роурагт'овой связке, как указано выше; 3) если, далее, поперечной мышцы совсем не видно, т. е. если она проходит выше нижнего края внутренней косой мышцы, то мы пришиваем к связке нижний край одной внутренней косой мышцы, как опять-таки указано выше; наконец, 4) когда обе мышцы сильно расслаблены, мы собираем волокна той и другой на иглу в возможно большую массу и без всякого труда подшиваем к связке.

При указанном отношении к этому моменту операции, мы в своем материале никогда не видели большого натяжения мышечной стенки при подведении ее к Роурагт'овой связке. Поэтому нет необходимости под-

секать мышцы с внутренней стороны, как это делает проф. Венгловский, и еще меньше нужно прибегать к подсечению прямой и поперечной мышц с наружной стороны, как то делают другие авторы. Наложённые таким образом швы закрывают паховый промежуток до нормально-анатомических размеров, причем семенной канатик мало травмируется и остается в своем прежнем ложе.

Апоневроз наружной косой мышцы мы зашиваем тремя способами: 1) когда апоневроз хорошо сформирован и туго натянут, мы накладываем на него 8—10 узловатых швов, приводя его волокна в плотное соприкосновение и избегая интерпозиции тканей, особенно другой привоэы; 2) если, далее, апоневроз слабо выражен и слабо натянут, мы накладываем то же количество швов, набирая его волокна на иглу до выраженной натянутости; наконец, 3)

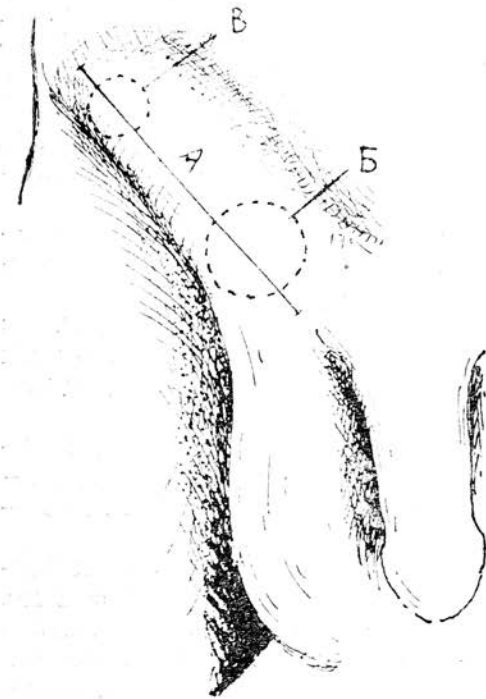


Рис. 1. А—разрез кожи. Б—наружное отверстие пахового канала. В—внутрен. отверстие пахов. канала.

если апоневроз хорошо выражен, но очень обилен и, стало быть, очень слабо натянут (что часто бывает при больших грыжах), то мы устраиваем дубликатуру апоневроза: край его со стороны связки далеко подшиваем

под край апоневроза на брюшной стенке. а край с брюшной стенки пришиваем несколькими стежками к очищенной fascia lata ниже связки и к lamina cribrosa superficialis. Затем следуют швы на кожу (см. рисунки).

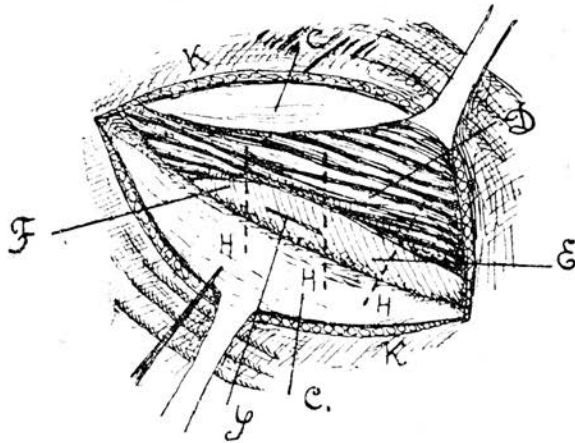


Рис. 2. С и С₁—апоневроз нар. кос. м-цы и Рои раг'ова связка. Д—внутр. косая и поперечная м-цы живота. Е—грыжа, покрытая tunica cremasterica. Г—внутр. отв. пах. канала. Г—разрез в оболочках, через который освобождается грыжевой мешок. Н—швы на мышцы и Рои раг'ову связку. К—кожа.

Проф. М. А. Чалусов предложил для соединения мышечной стенки с паховой связкой и для соединения апоневроза аутогенный шов из волокон самого апоневроза; этим швом мы пользовались в нашем материале и остались довольны его результатами.

В Факультетской и Госпитальной хирургических клиниках Самарского Университета за последние пять лет паховые грыжи были оперированы исключительно по описанному способу.

Мой материал, легший в основу настоящей работы, обнимает, как уже упоминалось выше, 322 операции на 274 больных, среди которых было 233 мужчин и 41 женщина. Больные распределялись по роду занятий так: крестьян было — 138, рабочих—77, служащих—33, домашних хозяек—26. По возрасту наши больные распределялись следующим образом: до 5 лет—14, от 6 до 10 лет—4, от 11 до 15—11, от 16 до 20—12, от 21 до 30—49, от 31 до 40—39, от 41 до 50—75, от 51 до 60—44, от 61 до 70—22, от 71 до 80—4.

Здесь кстати заметим, что в отношении малолетних больных большинство авторов рекомендует оперировать не раньше, как с 2 лет. В нашем материале молодых пациентов до 5 лет было 14, из них пятеро были моложе 2 лет. Грудных детей мы оперировали в тех случаях, когда по тем или другим причинам нельзя было воспользоваться липким пластырем или другими консервативными мероприятиями, причем смертных случаев или каких-либо осложнений в этой группе нашего материала мы не наблюдали. Относительно больных пожилого возраста нужно заметить, что смертных случаев здесь у нас тоже не было, а были лишь иногда небольшие поверхностные нагноения (о чем речь будет ниже) и незначительные осложнения: в 3 случаях отек мошонки и реліс'а,

в двух—вторичные кровотечения из раны. Упомянутые осложнения, однако, быстро прошли, и все больные выписались здоровыми.

Из 322 паховых грыж мы имели 27 врожденных, 19 рецидивных, 6 искусственных и 3 после операции в паховых областях, но не по поводу грыж. Правосторонних грыж было 147, левосторонних—79, двусторонних—48, прямых—73, косых—249, с одновременным существованием пупочной грыжи—3, с грыжей белой линии—9, с бедренной грыжей—1, с hydrocele—8, ущемленных—19, неправильных—34, свободных—269, спускавшихся в мошонку—137 (в том числе свободных—106, неправильных—31), спускавшихся в большую срамную губу—3, так называемых herniae perinaeae—32, из коих 28 были величиной с детскую голову и 4—величиной с голову взрослого человека и больше.

Наружное паховое кольцо свободно пропускало 1 палец в 57 случаях, $1\frac{1}{2}$ пальца—в 34, 2—в 49, $2\frac{1}{2}$ —в 17, 3—в 26, $3\frac{1}{2}$ —в 4, 4—в 5, и в одном случае размер наружного пахового кольца был 15×4 см.

В грыжевых мешках мы находили: сальник в 47 случаях, сальник с тонкой кишкой—в 46, тонкие кишки—в 86, липомы—в 2, слепую кишку с appendix'ом—в 5; из последних случаев в 4 была произведена, в виду наличия аппендицита, одновременно с грыжесечением аппендэктомия с последующими введением выпускника, а в одном случае, при наличии обширного нагноения в аппендиксе, была сделана только аппендэктомия без радикальной герниотомии.

Взрослых и юношей мы оперировали всегда под местной анестезией, а детей до 8-летнего возраста—под общим эфирно-хлороформным наркозом. В исключительных случаях, впрочем, уступая настойчивому требованию некоторых больных, мы и у взрослых применяли иногда общий наркоз. Всего под общим наркозом, включая детей, было прооперировано только 29 человек. Для местной анестезии мы употребляли 2% раствор новокаина, или 1% раствор кокаина с адреналином. Количество первого раствора на одного больного не превышало 20 куб. см., количество второго—15 куб. см. За полчаса до операции, кроме того, мы вводили взрослым больным 1—1,5 куб. см. 1% раствора морфия, а детям— $\frac{1}{2}$ куб. см.; грудным детям морфия не вводился.

В послеоперационном периоде почти у всех больных мы наблюдали повышение температуры до $37,5^{\circ}$ в течение 1—2 суток, после чего температура опускалась до нормы. На второй день после операции, как правило, мы разрешали больным сидеть, а на третий—ходить. Снятые швы обычно мы производили на 6 й или 7 й день после операции; в 5 случаях, однако, (у детей) швы были сняты на 5-й день, а у пожилых субъектов с ослабленным питанием в 44 случаях швы были сняты на 8-й день и в 5—на 9 й.

Отмечая в условиях раннего вставания больного после операции исключительно-благоприятные стороны и учитывая необходимость наибольшего оборота больничных коек, что при массовом контингенте грыжевых больных имеет большое значение, выписку больных из клиники мы производили обыкновенно в день снятия швов, или на следующий день. В частности, на 6 й день после операции было выписано 26 чел. (дети), на 7 й—33 чел., на 8 й—63, на 9-й—54. Несколько позже выписывались нами больные пожилого возраста, имевшие большие грыжи и страдавшие ре-жим упадком питания: на 10-й день было выписано таких больных 24, на 11-й—15, на 12-й—17, позднее 12 дней—40.

На 322 грыжесечения умерло у нас двое оперированных, оба от крупозной пневмонии: мужчина 51 года на 14-й день после операции и мужчина 50 лет—на 9-й день. Т. о. послеоперационная смертность равняется у нас 0,6% в то время, как у других авторов мы имеем следующие цифры: Скворкин (1909 г.) на 289 грыжесечений имел 3 смерти, т. е. 1,04%, Введенский (1926 г.)—на 3060 грыжесечений 58 смертей, т. е. 1,9%, Радкевич на 704 грыжесечения—4 смерти, т. е. 0,6%, Трофимов (1905 г.)—на 70 грыжесечений не имел смертных случаев. Обширный сборный материал Pott'a и Coley'я дает 1% смертности. Fröelisch, оперируя детей после 2 лет, имел 4% смертности; в нашем материале детской смертности не было, хотя мы оперировали детей и моложе 2 лет. Михалкин, в 1903 г., на 120 грыжесечений имел 5 смертей, т. е. 4,1%, причем во всех случаях смертельные исходы относились у него исключительно к 30 ущемленным грыжам; в нашем материале на 19 радикальных грыжесечений при ущемленных грыжах смертности не было.

Из осложнений, имевших у нас место, отметим прежде всего пневмонию в 9 случаях, т. е. 2,7%. Два из них, как упомянуто выше, окончились смертью. По времени появления пневмонии относятся у нас к зимним и осенним месяцам, к периоду дровяного кризиса. В работе д-ра Заржецкого (из клиники проф. Вельяминова) на 169 грыжесечений отмечается 3,5% пневмоний, в клиниках Боброва и Mikulicz'a пневмония наблюдалась в 8%.

Переходя теперь к вопросу о нагноениях, мы должны отметить следующее: в 8 наших случаях операционные раны наглухо не зашивались,—это были 5 случаев гнойного аппендицита в грыжевом мешке, 2 случая ущемленной грыжи и 1—с обширными спайками грыжевого мешка с содержимым и окружающими тканями после бывшего ущемления с нагноением. Во всех этих 8 случаях в раны вставлены были выпускники. Из остальных случаев в 13, т. е. в 4,3%, наблюдалось поверхностное нагноение в швах кожи, не повлиявшее, впрочем, на состояние глубоких швов. Но здесь нужно упомянуть, что 10 из этих больных были в преклонном возрасте и имели очень большие двусторонние грыжи, а остальные трое были сильно истощены, т. к. долгое время страдали малярией. В литературе процент нагноения после грыжесечения у разных авторов и в разное время колеблется довольно сильно: Трещин (1898) на 67 операций по Bassini в клинике пр. Ратимова с 1890 по 1897 г. отмечает их в 29%, Спасокукоцкий (1898)—в 10%. Красинцев (1898)—в 31,3%, Kosher (1897)—в 8,7%, Михалкин (1902), оперируя преимущественно по Bassini,—в 10%, Coley, оперировавший в перчатках и употреблявший нити кенгуру и кэтгут (1902),—в 0,5%, Самоходский (1904)—в 11,9%, Кузнецкий (1904)—в 11,2%, Заржецкий (1908) на 169 операций в клинике проф. Вельяминова—в 28,2%, Михалкин (1926) на 2903 операции по Bassini—в 8,6%, Микули (1926) на 876 операций—в 4%.

Кроме нагноений, мы имели в 9 случаях, т. е. в 3%, небольшие гематомы, исчезавшие через несколько дней. В этих случаях иногда мы накладывали на 3-й или 4-й день после операции дополнительно по 1—2 шва, причем получали первое натяжение. Из этих 9 случаев в 3 нами был отмечен отек мошонки и penis'a, скоро исчезнувший. Профилактически,

во избежание отека мошонки, мы применяли в своих случаях возможно высокое подбинтование мошонки при наложении повязки. У одного больного, при заживлении раны первичным натяжением, мы наблюдали скопление серозной жидкости в мошонке, каковая жидкость была выпущена троакаром, после чего больной был выписан на 7-й день здоровым. В 2 случаях мы имели небольшой поверхностный инфильтрат в области шва, рассосавшийся через несколько дней; оба больные были выписаны на 9-й и 12-й день здоровыми. Наконец, в одном случае имела место флегмона на плече после впрыскивания морфия, причем операционная рана зажила первичным натяжением.

У Заржецкого на 169 грыжесечений образование гематомы наблюдалось в 17 случаях (10%), инфильтрат пахового канала—в 1 случае, отек мошонки—в 2 случаях, опухание яичка—в 4 случаях, водянка семенного канатика—в 1 случае, инфильтрат семенного канатика—в 4, прочих осложнений было 16 случ.—9,4%. В нашем материале мы осложнений со стороны семенного канатика и яичка не наблюдали ни разу.

Надо заметить, что условия нашей работы несравнимы с условиями хорошо оборудованных клиник и больниц, в особенности заграничных, т. к. мы работаем в помещении старой Центральной Губернской Советской больницы. Если Coley мог работать в перчатках, пользоваться нитями кэнгуру и т. п., то нам в годы голода и разрухи приходилось экономить каждый клочек марли, каждую каплю спирта и иодной настойки, каждое полотенце, простыню и т. д. При этих повстине убогих условиях процент нагноений и прочих осложнений у нас нужно считать достаточно низким.

Интересно теперь затронуть вопрос о рецидивах после грыжесечений. Работы Pott'a и Coley'a показали, что 71% рецидивов бывает в первый год после операции, 20%—втечении 2-го года и только 9%—по прошествии 2 лет. Из наших больных за 4 года никто не предъявил нам жалоб на рецидивы.

Проф. М. А. Чалусов, работавший в Казанской Госпитальной Хирургической клинике вместе с проф. Праксиным и проследивший 432 грыжесечения по вышеописанному способу за время с 1897 по 1911 г., отмечает не более 1,5—2% рецидивов в условиях того времени, причем относит их за счет легкой работы молодых ординаторов. Около сотни грыжесечений по способу проф. Праксина, произведенных в период работы Самарской Хирургической клиники в местном военном госпитале, были прослежены проф. Чалусовым втечении 5 лет, причем из них не зарегистрировано было до сих пор ни одного рецидива. Всего, следовательно, мы имеем 800 с лишним грыжесечений, давших минимальное количество рецидивов.

Литературные данные о рецидивах после грыжесечений весьма различны: проф. Разумовский, при с'емных швах, на 52 больных имел 7 рецидивов, т. е. 13,2%; Самоходский при погружных швах на 306 больных—65 рецидивов, или 21,1%, а при выводных швах—4,7%; он же в 1904 г. на 78 операций по Bassini имел 5 рецидивов (6,4%); сам Bassini (1890) на 262 грыжесечения по своему способу имел 8 рецидивов (3%); у Трещина (1898) на 66 грыжесечений по Bassini был 1 рецидив (1,5%); Galeazzi (1901) на 601 грыжесечение по Bassini имел 36 рецидивов (5,9%), Goldner (1902) на

466 по Bassini—35 рецидивов (7,5%), Михалкин (1903) на 90 по Bassini—3 рецидива (3,3%), Coley (1903) на 917 по Bassini—10 рецидивов (1%), Баратынский (1904) на 54 по Bassini—5 рецидивов (9 2/3%), Хрущев (1904) на 40 по Bassini не имел рецидивов, Сатрапинский (1904) на 87 по Bassini—4 рецидива (4,5%), Дзирне (1904) на 62 по Bassini—1 рецидив (1,6%), Filipini (1907) на 871 по Bassini—32 рецидива (3,6%), Bull-Coley (1907) на 1185 по Bassini—9 рецидивов (0,7%), Кузнецкий (1904) на 192 операции по Lucas-Championnière—7,3%, сам Lucas-Championnière (1909) на 1035 операций имел 43 рецидива (4,1%), Daiches (1904) на 508 операций по способу Kocher'a—23 рецидива (4,5%), Galeazzi (1904) на 239 операций тоже по Kocher'y—12 рецидивов (5%), Дзирне (1904) на 324 операции по Kocher'y 2 рецидива (0,6%), Спасокукоцкий (1904) на 102 операции по Kocher'y—5 рецидивов (4,9%), Сатрапинский (1904) на 125 операций по Kocher'y—7 рецидивов (5,6%), Hahn (1902) на 46 операций по Kocher'y—2 рецидива (4 8/10%), Самоходский (1904) на 25 операций по Kocher'y—6 рецидивов (24%), Хрущев (1904) на 48 операций по Kocher'y—5 рецидивов (10,4%), Earr (1927) отмечает 10% неудач при операциях по Bassini, Созон-Ярошевич, в 1926 г., на последнем съезде хирургов на основании материала в 1700 грыжесечений по способам Roux, Боброва, Girarg'a и Bassini отмечает 5% рецидивов. Козлов на том же съезде упоминает о 5% рецидивов на 415 операций по разным способам, И. А. Бобров в заседании Русского Хирургического Общества Пирогова 27/1 1926 г. отмечает 2,6% рецидивов на 953 операции, преимущественно по способу Roux-Опеля, с повторным рецидивированием в 11,1%.

Таким образом процент рецидивов после грыжесечений у столичных авторов является чрезвычайно разнообразным. На отсутствие рецидивов в нашем материале, повидимому, влияли следующие причины:

Во-первых, при способе проф. Праксина мы восстанавливаем почти нормальные анатомические и физиологические отношения паховой области. При укреплении ее мы подводим внутреннюю косую и поперечную мышцы на их прежнее место к Рои-рарт'овой связке, принимая во внимание взаимное расположение упомянутых мышц. Семенной канатик мы оставляем на своем месте и почти не травмируем его. Для большего укрепления дефекта паховой области мы пользуемся вдобавок резистенцией апоневроза наружной косой мышцы, доводя последний до состояния нормальной натянутости. Недаром д-р Абрамович на последнем хирургическом съезде, в 1926 г., указал, что паховый канал есть орган, имеющий анатомическое строение и физиологическую функцию. „Заплаткой делу не поможешь.—заметил он.—Надо операцией восстановить функционирующий орган из всех тканей, участвующих в его построении,“ т. е. как раз то, что мы имеем в способе проф. Праксина.

Вторая причина, гарантирующая минимум рецидивов при разбираемом способе, кроется к технике сшивания, обуславливающего безукоризненную прочность сшиваемых элементов. При сшивании, как уже было указано, мы тщательно очищаем апоневроз, Рои-рарт'ову связку

и мышцы от покрывающих их ареоларных тканей. В подтверждение необходимости такой манипуляции мы можем сослаться на новейшую экспериментальную работу А. Р. Коонтц'а, который, вопреки мнению некоторых других авторов, утверждает, что мышца соединяется с фасцией (герп. апоневрозом) при помощи фиброзных компонентов мышцы, т. е. эпимизия, перимизия и эндомизия. Крепость этого соединения зависит от витимности соприкосновения апоневроза с указанными компонентами. Поэтому, прежде чем сшить входящие в шов части, Коонтц рекомендует тщательно очистить и мышцу, и апоневроз от окружающих их ареоларных тканей. В этой работе нельзя не видеть существенного корректива к выводам тех авторов, на которых базируется проф. Мартынов. Прочность сращения между мышцами и Роупарт'овой связкой подтверждается также экспериментальными работами Заржецкого и Крымова. Последний, напр., указывает, что требуется значительная сила, чтобы оторвать пришитые мышцы от Роупарт'овой связки. Наш клинический материал и вышеупомянутые работы, в особенности эксперименты Коонтц'а, как нельзя лучше, подтверждают выгоды нашей техники, и мы думаем, что указанные приемы очистки входящих в шов элементов вместе с восстановлением анатомических и физиологических особенностей паха в значительной мере обуславливают стойкое излечение по нашему способу.

Кроме того, учитывая индивидуальные особенности грыженосителей в смысле расположения мышц паховой области и в смысле структуры апоневроза, мы предусматриваем, до известной степени, те конституциональные моменты, о которых говорят проф. Москаленко, Созон-Ярошевич, Абрамович, Троповер и др.

Способ проф. Праксина, не будучи описан ни в одном руководстве по хирургии¹⁾, передается, так сказать, по преданию. В Казани проф. А. В. Вишневецкий оперирует им в 86% (из 365 грыжесечений 331 сделано по Праксину). В Иркутске проф. Синакевич применяет его в 95% (из 208 грыжесечений—198 по Праксину). Д-р Воробьев, в Орехово-Зуеве, пользуется им в 96% (из 348 герниотомий—334 по Праксину) и т. д. Вообще можно думать что способ этот имеет в практике более широкое применение, чем это можно было бы предполагать. В 1926 г., на последнем съезде хирургов, уделено было достаточно внимания критике существующих способов пахового грыжесечения. Между прочим проф. Б. Е. Линберг на основании 20,000 случаев, собранных от 54 русских хирургов, отметил, что весьма распространенный способ Bassini начинает уступать место „более простым способам“. Большинство уже начинает говорить, что при грыжесечениях нет надобности производить в паховой области искусственные сооружения, трансплантации и т. п. процедуры, когда вопрос решается проще. Однако рассчитывать на один лишь апоневроз наружной косой мышцы, как то предлагает, напр., проф. А. В. Мартынов, все-таки не приходится, так как эмбриологические работы Венгловского, Вратманпа и Klatsch'a и др. показывают, что в процессе ослабления паха, в преобразовании грыжевых ворот страдают больше всего мышеч-

¹⁾ Для бедренных грыж впрочем он описан Крымовым в его «Учении о грыжах».

ные элементы брюшной стенки. Поэтому мы полагаем, что, кроме мышечной стенки и апоневроза наружной кривой мышцы, ничто не укрепит паховой области и не будет противостоять внутрибрюшному давлению в достаточной мере так, как создала природа.

Итак, на основании 800 радикальных грыжесечений по данному способу мы вправе рекомендовать товарищам этот последний и сделать следующие выводы:

1. Способ радикального грыжесечения по Праксину в описанном нами виде, отвечая максимуму требований анатомии и физиологии, должен именоваться анатомио-физиологическим.

2. Он применим при всех видах паховых грыж.

3. Обладая минимумом операционных травм, способ этот может быть с успехом применяем у больных любого возраста.

4. Способ проф. Праксина, при сравнительном изучении результатов грыжесечения по другим способам, дает желаемый минимум рецидивов и пр. осложнений.

5. Способ этот удовлетворяет, до известной степени, конституциональным требованиям.



К вопросу о варикозном расширении вен нижней конечности.

С. И. Эйбера (Артемовск).

Наблюдения всегда делаются для того, чтобы увидеть и доказать, т. е. чтобы контролировать и проверять.
Cl. Bernard.

Варикозное расширение вен нижних конечностей относится к циклу тех распространенных заболеваний, которые с трудом поддаются как консервативному лечению, так и оперативному воздействию. Указанное заболевание, причиняя больным тяжкие страдания, лишая их работоспособности и не давая надежды на быстрое и стойкое восстановление потерянных жизненных сил, несмотря на большую давность в истории развития хирургии, еще и по настоящее время не располагает точно разрешенными, обоснованными методами лечения. Обстоятельства эти и послужили для меня стимулом к проработке 124 случаев, прошедших за последние 5 лет в заведываемом мною хирургическом отделении Рабочей больницы Донбасса (г. Артемовск).

Интересуясь топографо-анатомическим расположением *v. saphenae magna*, я во время операций мог выяснить, что впадение ее в бедренную вену, на границе средней трети *Poupart*'овой связки, встречается чаще одним стволом (70%), — двойной ствол ее был найден всего лишь в 4 случаях (3,1%). Применяя операцию удаления узлов по *Madelung*'у, я мог отметить, что от этой вены на голени отходит огромное количество мелких веточек, отличающихся своею капризной ветвистостью. У мужчин с хорошо развитой мускулатурой нетучных эти веточки ясно видимы и хорошо препарируются, у женщин же со слабой мускулатурой и достаточным жировым слоем — наоборот. Рассматривая препараты иссеченных венозных узлов на протяжении, я в состоянии был найти клапаны как раз на месте узла, причем, как деталь, интересно отметить, что, чем больше был рост больного, т. е. чем длиннее была нога, тем клапаны (3—5) располагались дальше друг от друга; у тучных и низкого роста больных клапаны были сосредоточены близко один от другого.

Для объяснения этиологии данного заболевания предложено много теорий, которые легко систематизируются в виде следующей сводки:

Автор.	Фактор.	Мой материал.
В а л я ш к о.	Топографо-анатомические условия при функциональной недостаточности соединительнотканного аппарата.	Мужчины высокого роста, мускулистые, с длинными ногами (18).

Автор.	Фактор.	Мой материал.
Virchow, Weber, Ziegler, Татаринов.	Механические причины.	Лица тяжелого физического труда—носильщики, курьеры, уборщицы (41).
Delbet, Trendelenburg, Гессе и Шаак.	Постепенно нарастающая недостаточность клапанов.	Венный узел широк, центральные клапаны недостаточны (4).
Кремер.	Врожденная недостаточность клапанов.	—
Grünfeld, Tillmans, Никифоров.	Местные функциональные нарушения эмбрионального происхождения.	—
Löwenstein, Kocher.	Врожденная или приобретенная склонность к эктазиям.	(3).
Томашевский.	Общий флебосклероз, как следствие неправильного обмена веществ.	(6).
Moreau.	Ревматизм.	(13).
Schwarz, Quenu.	Трофические расстройства из-за поражения периферической нервной системы.	(4).
Klapp.	Нарушения общего тканевого обмена, вследствие тяжелых растройств кровотока.	Домашние работницы, ламповщицы (7).
Lesage.	Хеммо- и бактериотоксикозы.	Потаторы, куряльщики (15).
Fischer, Thoma, Konazki.	Острые инфекционные болезни.	Сып, паратиф, пневмония (8).
Randorf.	Совместное влияние туберкулезной и стрептококковой инфекции на всю толщу венозной стенки—эндоартериит и эндофлебит.	(5).

Из этой сводки видно, что механические инсульты, биологические факторы, хеммо- и бактериотоксикозы имеют превалирующее влияние в этиологии данного страдания. На 6,018 стационарных хирургических больных варикозное расширение вен нижней конечности было найдено у 124 (2,1%), среди которых было 99 мужчин и 25 женщин. Разбирая возраст больных, я мог установить, что мужчины чаще всего (79%) заболели в 30—40 лет. Что касается женщин, то интересно отметить, что все они заболели после перенесенных родов, в том числе 11—после повторных. Личные мои впечатления складываются, далее, в пользу большей частоты заболевания у лиц высокого роста, т. е. с длинными ногами.

Частота развития варикозного расширения вен с той или другой стороны определяется в нашем материале следующими данными:

Сторона поражения.	Мужчины.	Женщины.
Левая	55	9
Правая	35	5
С обеих сторон	9	11
Итого	99	25

Отсюда видно, что двухсторонние заболевания встречаются чаще у женщин, у которых преобладают системные факторы, а не статические, как у мужчин. Выяснилось, затем, что огромное значение здесь имеет также положение тела при выполнении работы. В нашем материале оказалось:

Работающих стоя (коногоны-чернорабочие)	28
Работающих сидя (мастера)	8
Работающих лежа или согнувшись (шахтеры)	11
Находящихся в движении пешком (десятники, черно- рабочие, курьеры)	19

Что касается распределения варикозных расширений по внешнему виду, то, придерживаясь классификации Weber'a, мы могли установить следующие формы их:

Расширение по виду.	Мужчин.	Женщин.
Цилиндрическое	23	4
Змеевидное	48	13
Многокамерное	9	3
Смешанного типа	19	5
Итого	99	25

Тот или другой характер расширения является весьма существенным в вопросе о выборе метода операции.

В клинической картине заболевания у наших больных нередко встречались осложнения, возникавшие на почве расстройства питания тканей и кровообращения:

Осложнения.	Количество.
Экзема	3
Отек	1
Язвы	2
Атрофия	1
Повторные кровотечения	2

Указанные сопутствующие осложнения, являясь вторичными заболеваниями, уже в силу этого испытывали воздействие со стороны основ-

ного радикального лечения, — обыкновенно они исчезали через 2—3 недели после операции.

Вопрос о лечении самих варикозных расширений вен нижних конечностей еще и по сие время недостаточно точно разрешен. Удаляя расширенные узлы, мы не устраняем причины их возникновения, а вызываем такие изменения в условиях кровообращения, которые в дальнейшем исключают возможность значительного давления в сосудах, — в этом цель любого оперативного способа при расширении вен. Из многих предложенных способов я остановился на следующих:

Автор.	Показания.	Способ операции.	Число
Madelung.	Отдельные разбросанные узлы.	Удаление узлов препаровкой.	18
Babcoq.	Узлы v. saphenae magnaе на бедре.	Удаление вены посредством проволоки.	27
Madelung и Babcoq.	Комбинац. первых двух страданий.	См. выше.	25
Cutchmeek.	Небольшие узлы на бедре и голени.	Чрезкожное прошивание и завязывание узлов над тупфером.	20
Cutchmeek и Babcoq.	Комбинация узлов на бедре и голени.	См. выше.	34

При всех указанных операциях обязательна предварительная перевязка v. saphenae magnaе у места впадения ее в бедренную. Из отдельных деталей техники важно: 1) при операции по Babcoq'у проводить проволоку из нижнего окошечка вверх по вене; в обратном направлении она часто застревает, благодаря клапанам, и, если извлечь ее одним быстрым, решительным движением, то она потянет за собой всю фиксированную швом вену; 2) при операции по Cutchmeek'у прошивание вены должно быть частое, — один узел от другого должен отстоять не более, как на 2 сант.; завязывать швы над тупфером надо с достаточной силой, и тогда получается множественное, полное закрытие просвета вены.

Послеоперационный период (12 дней в постели, возвышенное положение ноги) обычно протекал у нас нормально. На 13-й день по снятии швов больные делали ванны, и разрешались небольшие прогулки. На 15-й—16-й дни они выписывались с предупреждением воздерживаться от тяжелой работы и носить туго наложенный бинт в течение 2—3 недель.

Для оценки результатов, полученных от операции по Cutchmeek'у, нами в одном случае, спустя 4 недели со дня операции, был удален участок кожи до фасции с пятью точечными рубцами на месте швов. Тщательное микроскопическое исследование этого участка показало полную облитерацию вены.

Желая проверить ближайшие результаты операций, я применял также пробу Delbet с ходьбой: больному в верхней трети бедра накладывался жгут, и он ходил с ним 2—4 минуты. Набухания вен после

этого не замечается, что особенно было заметно в случаях, оперированных по Сutchmeek'у.

Отдаленные результаты операции были прослежены в 63 случаях при помощи анкеты, причем во всех случаях ответившие отмечали восстановление работоспособности, отсутствие болей, заживление экзем, язв и пр. и отсутствие рецидива.

В конечном итоге наши наблюдения позволяют нам сделать следующие выводы:

- 1) Распределение вен ноги крайне разнообразно.
 - 2) Образованию венозных расширений способствуют условия чрезмерного отягощения венозной сети (механическая теория).
 - 3) Разбираемое заболевание наблюдается чаще в молодом рабочем возрасте, преимущественно у мужчин.
 - 4) Наиболее проста, несложна и технически легко выполняема операция по Вавсос'у и Сutchmeek'у, дающая быстрый, надежный и стойкий эффект. В этом направлении и должны идти дальнейшие изыскания и клинические наблюдения.
-

К учению о *xerosis conjunctivae essentialis*¹⁾.

Ассистента Г. С. Лиорбера.

За последнее время в иностранной литературе появился целый ряд экспериментальных и клинических работ, изучающих этиологию *xerophthalmiae essentialis*. В виду важности этого вопроса как с теоретической, так и с практической точки зрения, особенно для нас, — окулистов, работающих в местностях, пораженных трахомой, — мы позволим себе поделиться и своими некоторыми наблюдениями в этой области.

В течение 1925-26 гг. мы имели возможность наблюдать у воспитанников и воспитанниц Трахоматозного Детдома и Интерната для беспризорных русских девочек в г. Казани многочисленные случаи *xerosis conjunctivae essentialis*. В Трахоматозном Детдоме мы видели у детей в возрасте от 4 до 14 лет 28 случаев *xerosis conjunctivae*. По полу это были 20 мальчиков и 8 девочек, по национальности — 13 русских, 14 татар и один чувашин. Все они страдали трахомой различной степени интенсивности, причем у них были найдены следующие стадии трахомы: *trachoma I* — у 13, *tr. II* — у 12, *tr. III* — у 1 и *trachoma in suspectu* — у 2; у одной 13-летней девочки был отмечен и *rannus tenuis*. Помимо явлений *xerosis conjunctivae*, у 11 детей в возрасте от 7 до 14 лет наблюдалась *hemeralopia essentialis*, а у 4 были отмечены осложнения со стороны роговицы. Последние в 3 случаях окончились благополучно, и только оставшиеся облачные помутнения свидетельствовали о бывшем заболевании роговицы; четвертый случай имел злокачественное течение: в 2 дня на наших глазах у русского мальчика 9 лет, плохого питания, со скрофулезным *habitus* и *trachoma II*, вся роговица левого глаза была гнойно инфильтрирована, каковое заболевание закончилось потерей глаза. По времени наблюдения наши случаи распределялись так: 7 из них были отмечены в августе 1925 г. (трое из этих больных страдали и гемералопией, а один, уже упомянутый выше, — гнойным кератитом), 16 — в сентябре (в том числе в 7 случаях имела место *hemeralopia essentialis* и в 1 — правосторонний кератит), 2 — в октябре, 2 — в декабре (оба этих больных страдали и обоюдосторонним кератитом) и 1 — в марте 1926 г. (у этого больного найдена была и гемералопия). Продолжительность течения заболевания колебалась от 12 дней до 2 месяцев и 17 дней. Так как нас интересовал, между прочим, вопрос о влиянии *xerosis conjunctivae essentialis* на течение трахомы, то мы обратили особенное внимание на эту сторону заболевания, но только в 7 случаях могли наблюдать

¹⁾ Сообщено в Офтальмологической секции О-ва Врачей при Казанском Университете 31/V 1927 г.

усиленную гиперэмию конъюнктивы век и переходных складок с частичным увеличением размера фолликулов, которые с исчезновением ксероза уменьшались; в остальных случаях ксероз на течение трахомы влияния не оказал.

Помимо этих случаев мы, при одном из осмотров глаз у питомцев детдомов, в апреле 1926 г. обнаружили среди 59 воспитанниц Интерната беспризорных русских девочек в возрасте от 15 до 17 лет 19 случаев, т. е. 32,2%, ксероза конъюнктивы, причем в 13 случаях заболеванию сопутствовала *hemeralopia essentialis*. Продолжительность течения ксероза у этой группы детей была от 2 до 6 недель. Вообще в нашем крае *xerophthalmia* представляет частого спутника трахомы в последних ее стадиях, причем дифференциальная диагностика *xerophthalmiae essentialis* от *xer. symptomatica* представляет нередко затруднения.

Хотя воспитанники обоих детдомов как будто представляли различные группы: одни были поражены трахомой, а другие (в Интернате) свободны от нее, все же мы считаем возможным все наши наблюдения над *xerosis conjunctivae*, в количестве 47 случаев, объединить, так как мы имеем все основания полагать, что и у наших 28 трахоматозных детей ксероз был типа *epithelialis* или *essentialis*.

Клинически ксероз конъюнктивы, как у воспитанников Трахоматозного Детдома, так и у питомцев Интерната представлялся в виде типичных пятен *Bitôt* на обоих глазах, различной степени интенсивности. Дно глаз особых изменений не представляло. Что касается причин, вызвавших появление *xerosis conjunctivae* и *hemeralopiae essentialis*, то они у больных из обеих групп были, на наш взгляд, как будто одни и те же: норма питания в обоих детдомах была тогда одинаковая, а именно, на каждого питомца приходилось в сутки хлеба черного—600,0, хлеба белого—200,0, мяса—100,0, подсолнечного масла—150,0, крупы—200,0, ландрина—15,0, соли—20,0. В среднем эта норма питания содержит 94,0 белков, 28,0 жиров и 565,0 углеводов, что составляет 2,975 калорий. Если полагать, что для нормального питания человека достаточно 50,0—100,0 белков, 30,0—50,0 жиров, 410,0—430,0 углеводов, всего 2,400—2,600 калорий, то вышеуказанная норма должна была бы считаться удовлетворительной. Однако имевшие место заболевания детей ксерозом и эссенциальной гемералопией в упомянутых детдомах заставили нас анализировать эту норму питания и с точки зрения содержания витаминов. Оказалось, что этих последних и в частности витамина А в ней было крайне недостаточно: только в хлебе и крупе имеются следы витамина А и неособенно много витамина В, да в мясе немного витамина В; остальные продукты питания вышеозначенной нормы витаминов не содержат. Когда норма питания в обоих детдомах, по нашему указанию, была видоизменена и дополнена молоком, яйцами, коровьим салом, овощами и другими продуктами, богатыми витамином А, то заболевания ксерозом и гемералопией стали исчезать. С февраля 1926 г. в Трахоматозном Детдоме применяется следующая норма питания, по стоимости мало отличающаяся от прежней: черного хлеба—400,0, пеклеванного—400,0, мяса—100,0, жиров—20,0, крупы—400,0, молока—70,0, яиц— $\frac{1}{8}$ штуки, картофеля—600,0, капусты или свеклы—200,0, луку или моркови—30,0, подболотской муки—20,0, сахару—20,0, соли—20,0, лаврового листа—0,02. Эта норма в среднем содержит 106,0 белков, 37,0—жиров, 661,0—углеводов, всего 3,480 калорий (валовых), т. е. на 505 валовых калорий больше прежней. Впрочем

мы полагаем, что тут дело не в одном увеличении числа калорий, — только введение в организм пищевых продуктов, содержащих витамины, в частности витамин А, как яйца, молоко, морковь и др., могло оказать терапевтическое и профилактическое действие на заболеваемость ксерозом и гемералопией воспитанников упомянутых детдомов.

Вопросу об этиологии *xerosis conjunctivae* и *hemeralopiae essentialis* в нашей довоенной литературе посвящено много работ. Проф. Е. В. Адамюк думал, что куриная слепота вызывается особой заразой (мвизматическая теория), действующей подобно малярийной. Щепотьев приписывал метеорологическим влияниям роль этиологического фактора. Николюкин полагал, что долгота дня — здесь главный этиологический момент, недостаточное же питание и изнуряющий физический труд — лишь побочные условия возникновения разбираемых заболеваний. Русанов видел в куриной слепоте одно из выражений расстройства общего питания. Многие авторы считают недостаточное питание, — в частности, жирами (Савельев и Топоров), мясом (Лавров), — главной причиной, вызывающей появление куриной слепоты. Уже самая многочисленность теорий, объясняющих этиологию ксероза и эссенциальной гемералопии, показывает, чтобы вопрос еще не решен и требует дальнейшего изучения. Современное учение о витаминах, на наш взгляд, проливает некоторый свет на истинную природу разбираемых заболеваний. Goldschmid, Frank, Freise, McCollum и др. экспериментально показали, что, если крыс кормить пищей, достаточной в калорийном отношении, но лишенной витамина А, то у них развиваются патологические изменения со стороны роговицы, аналогичные кератомалиции у людей. Если к этой пище, бедной витамином А, прибавить немного молока или рыбьего жира, то кератомалиция не наступает, а существующая в начальной форме излечивается. Bloch, в Копенгагене, мог видеть, как в тех детских отделениях больниц, где давалось снятое молоко, дети заболевали ксерозом конъюнктивы и кератомалицией, там же, где больным детям давалось полноценное молоко, этих заболеваний не наблюдалось. Bloch предложил дать этим заболеваниям название *dystrophia alipogenetica*. Gralka, в Бреславльской клинике, наблюдал значительное повышение заболеваний кератомалицией в марте, апреле и мае 1922 г., причем в течение одного года он видел 30 случаев этой болезни. Его наблюдения показали затем, что матери заболевших детей во время беременности и кормления питались пищей, бедной витамином А. Birnbacher, основываясь на материале Венской клиники, полагает, что *xerosis conjunctivae*, *hemeralopia essentialis* и *keratomalacia* суть проявления одного и того же заболевания организма, вызванного кормлением пищей, бедной витамином А. Наиболее легкая форма — это функциональная гемералопия, а наиболее тяжелая — это кератомалиция. Чем моложе организм, тем чувствительнее он к отсутствию витаминов и в частности витамина А; оттого эссенциальный ксероз конъюнктивы и встречается чаще у детей. Названный автор у детей до 10 лет, страдавших гемералопией, встречал ксероз в 77,2%, во втором десятилетии жизни — в 51,4%, в возрасте же старше 20 лет у мужчин ксероз встречался в 30,6%, а у женщин — в 18,5%.

Большинство авторов, наблюдавших эссенциальную ксерофтальмию, отмечают, что чаще всего это заболевание встречается весной. В отношении кератомалиции Bloch, Bleuwud и др. объясняют это тем, что

весной коровье молоко более бедно витамином А, а рост молодого организма, наоборот, более усилен, и потребность в витаминах повышена. Но при этом трудно будет объяснить, почему ксероз и гемералопия и у взрослых чаще встречается весной. Наши наблюдения как будто стоят в некотором согласии с наблюдениями Birnbacher'a, — они также указывают, что эти заболевания встречаются и в осенние месяцы, причем не стоят в тесной зависимости от долготы дня.

Резюмируя вышеизложенное, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) Основной этиологический фактор, вызывающий ксероз конъюнктивы и эссенциальную гемералопию, — это недостаточное питание, бедное витаминами, в частности витамином А; помимо этого фактора имеются еще и другие этиологические моменты, которые нам еще неизвестны.

2) При явлениях хергсис конъюнктивae у детей, пораженных трахомой, необходимо искать причины и в авитаминозе.

3) Профилактика данной болезни в детдомах должна основываться на введении пищи, богатой витаминами, в частности витамином А.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Адамюк. К учению о куриной слепоте. — *Bitôt. Gaz. hebdom.*, 1863, p. 284. — *Birnbacher. Die epidemische Mangelhemeralopia. Berlin*, 1927. — *Bondi. Kl. Mon. für Aug.*, Bd. 69, 1922. — *Funk. Витамины.* — *Левина. Арх. Офт.* I, ч. 3. — *Меньшиков. Каз. Мед. Журн.*, 1925, стр. 868, 977. — *Лавров. В. Офт.*, 1904, стр. 831. — *Николюкин. В. Офт.*, 1903, стр. 494. — *Nida. Ann. d'oculistique*, 1927, p. 423. — *Русанов. Врач.*, 1885, № 16. — *Steppa. Zentr. f. Opht.*, Bd. VI, N. 9. — *Щепотьев. Врач.*, 1892, № 44.

Некоторые экспериментальные данные по вопросу о перевязке мочеточников.

Д-ра Л. Цапкина (Бузулук, Самар. губ.).

Если некоторые вопросы современной оперативной гинекологии можно отнести в группу пограничных областей с хирургией, то особенно это надлежит сказать о хирургии мочеточников. Сам по себе столь несложный орган, как мочеточник, требует в высшей степени разнообразного ассортимента операций. Многие из них всецело составляют удел хирургии и лишь как исключение могут встретиться в практике гинеколога, напр., операции по поводу камней мочеточника. Но относительно перевязки мочеточников, повидимому, справедливо будет заметить, что этот вопрос более всего подлежит компетенции гинекологов. Даже в таком солидном труде, как „Хирургия почек и мочеточников“ проф. Федорова, этому вопросу почти не уделяется внимания. Как видно, у хирургов не было повода заняться детальной разработкой вопроса о перевязке мочеточников, и, наоборот, для гинеколога вопрос этот приобретает особую остроту.

Будучи часто поставлен перед необходимостью считаться с фактом нарушения целостности мочеточника, гинеколог принужден изыскивать пути наиболее удачного разрешения указанного вопроса. Иногда можно попытаться восстановить целостность поврежденного мочеточника путем сшивания его концов, в ряде случаев будет целесообразношить его в мочевоый пузырь, в некоторых случаях нет иного выхода, как пересадить мочеточник в толстые кишки, наконец, можно удалить соответствующую почку и т. д. О достоинствах и уместности всех этих мероприятий можно сказать многое за и против, но нельзя отрицать и того, что в ряде случаев наиболее выгодным будет прибегнуть не к этим операциям, а к перевязке мочеточника.

По поводу способов этой перевязки надо сказать, что вопрос этот еще далек от окончательного разрешения во всей своей полноте. Как на наиболее старый и, в то же время, наименее удовлетворительный способ этого рода, можно указать на простую перевязку одной или двумя лигатурами; в результате такой перевязки часто получаются свищи и мочевые затеки. В способах Stöckel'я I и II мочеточник сначала укладывается в складки и потом закрепляется лигатурами. Эта операция побудила ученика Stockel'я Kawasoue сделать еще шаг вперед—перейти к перевязке узлом без каких-либо скрепляющих лигатур, а Брауде, разрабатывая далее способ Kawasoue, предложил завязывать мочеточник двумя и даже тремя узлами, причем полученные им результаты можно считать вполне удовлетворительными.

Однако было-бы ошибочно думать, что этими операциями вопрос о перевязке мочеточников окончательно разрешен. Достаточно указать

на случаи, когда мочеточник оказывается сильно измененным в сторону дилатации (атония мочеточника), или гипертрофии,—когда он слишком короток,—когда освобождение его от окружающих тканей затруднительно и пр. Такое разнообразие патологических состояний этого органа заставляет все более расширять круг операций, ставящих своей целью закрытие его просвета.

Повидному, особенно затруднительною является перевязка гипертрофированного мочеточника, когда последний достигает толщины мизинца взрослого человека, при наличии нормального просвета, и к тому же оказывается лишенным эластичности. В таких случаях едва-ли можно будет применить узел Kawasoye или узлы Брауде. Очевидно, здесь не останется ничего другого, как остановиться на одном из старых способов—перевязать мочеточник лигатурой или вшить его в кожу. Но относительно простой лигатурной перевязки уже было сказано, что она может вести, благодаря прорезыванию лигатур, к образованию мочевого свищей и мочевого затека; в лучшем случае в окружности перевязанного конца мочеточника образуется маленькая, хорошо ограниченная полость, содержащая мочу.

Учитывая эти недостатки лигатурного способа перевязки мочеточников, я поставил себе целью внести экспериментальным путем некоторые коррективы в данный способ, чтобы он давал лучшие результаты. Я исходил при этом из того соображения, что для достижения стойкой непроходимости мочеточника эпителий его должен быть уничтожен на протяжении 2—3 сант., причем это проще всего можно выполнить выжиганием кислотами. Кроме того, лигатуры должны лечь на какую-либо ткань, которая защищала бы стенку мочеточника, предотвращая прорезывание лигатур; мы избрали для этой цели листок из апоневроза. Наконец, культю мочеточника надо вывести межмышечно ближе к поверхности кожи, чтобы, в случае неудачи, иметь дело с кожным свищем или поверхностным мочевым затеком.

По этому способу нами были оперированы две собаки,—одна весом 35 фунт., другая 25 фунтов,—причем техника операции была такова: центральный отрезок мочеточника взят на эластический зажим, в канал его вырыснута несколько капель эфира, чтобы удалить остатки мочи, и затем в просвет введено ничтожное количество азотной кислоты (к сожалению, отсутствие подходящих инструментов и узость мочеточника у таких мелких животных лишили нас возможности ввести кислоту на желаемую глубину); после этого из апоневроза прямых мышц была взята пластинка в 5 сант. длины и 2 сант. ширины, один конец пластинки пришит к концу мочеточник, а другой конец фиксирован на протяжении последнего, мочеточник завернут в эту пластинку, как в футляр, и перевязан двумя лигатурами; получившаяся культя оставлена свободно лежать в брюшной полости, так как недостаточная подготовка ближайших участков кожи лишила нас возможности вывести ее межмышечно.

В обоих этих случаях, как мы видим, не были полностью соблюдены отдельные моменты, предусмотренные в плане операции; тем не менее мы получили вполне удовлетворительные результаты, о чем свидетельствуют данные вскрытия животных. Надо оговориться, что одно из опытных животных погибло на четвертые сутки, что, может быть, в известной мере заставляет и самые выводы поставить под знак вопроса. Однако для нас данные, добытые при вскрытии этого животного, оказа-

лись все же достаточно убедительны. При вскрытии в брюшной полости было найдено минимальное количество прозрачной жидкости, в окружности культи образовались незначительные спайки, сама культя плотна, размерами в два кедровых ореха, прорезывания лигатур не отмечалось, диаметр мочеточника приблизительно в два раза больше нормального, в просвете его, как и в почечной лоханке, содержится прозрачная моча, стенка мочеточника в целом утолщена, слизистая не представляет изменений; почка в целом немного увеличена, при разрезе ее можно подметить начало гидронефроза.

Второе животное было убито на 15-й день, и вскрытие его дало, приблизительно, ту же картину, что и у предыдущего животного, только явления гидронефроза и гидроуретера были здесь выражены еще более значительно; содержимое почки и мочеточника составляла мутная моча.

Я не хотел-бы обойти молчанием еще один способ перевязки мочеточников, который также был мною испытан на двух собаках и дал положительные результаты. Способ этот заключается в закрытии конца мочеточника путем инвагинации. Работая над техникой мочеточникового шва на мочеточниках мертвых баранов и телят, я обратил внимание на то, что мочеточник очень легко инвагинируется, и это побудило меня испытать инвагинацию в целях перевязки перерезанных мочеточников. Инвагинация эта была произведена мною на двух собаках, весом около 30 фунтов каждая, с помощью следующих приемов: взяв шелковую лигатуру с двумя изогнутыми, тонкими кишечными иглами на концах, я прошивал конец мочеточника, тотчас у края разреза, этой лигатурой изнутри киружи; затем, потягивая мочеточник за лигатуру, я вводил в просвет его желобоватый зонд, по зонду вводил иглы на глубину 3—4 сант., и выкалывал через стенку мочеточника; далее я накладывала на конец мочеточника последовательно два или три кисетных шва, в полусантиметровом расстоянии друг от друга, и после того уже приступал к инвагинации, которая осуществлялась очень легко путем последовательного завязывания кисетных швов при одновременном легком потягивании за первую лигатуру; после закрытия мочеточника лигатура эта удалялась, и, так как в местах, где она была проведена, наблюдалось просачивание мочи, то я слегка массировал эти места, что вело к закрытию вколов. Следует отметить, что мне было очень нелегко закрыть путем инвагинации очень тонкие мочеточники животных. Культи мочеточников в обоих опытах были прикрыты листком брюшины.

Оба животных были убиты на десятый день. При вскрытии были найдены у одной собаки незначительные явления слипчивого перитонита, у другой — экссудативный перитонит. Культи мочеточников были плотны, размерами приблизительно в один кедровый орех. В почках и мочеточниках констатировались те же изменения, что и у предыдущих двух животных.

Переходя к оценке полученных результатов, я должен сказать, что, по моему мнению, результаты эти достаточно удовлетворительны, и там, где почему-либо неприменимы узлы Kawasoye-Брауде, следует подумать об описанных двух способах, особенно о первом.

Заканчивая этим настоящим сообщением о своей небольшой экспериментальной работе, я хотел-бы еще раз подчеркнуть, что и в таком, на первый взгляд простом, вопросе, как вопрос о перевязке мочеточников, далеко не все еще выяснено.

Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии.

Ординатора **А. Д. Кудашева.**

За последнее время в медицинской литературе, как русской, так и иностранной, все чаще и чаще стали появляться сообщения о применении для обезболивания, а также для лечения различных заболеваний, гипно-суггестии,—средства далеко ненового, но, благодаря некоторым обстоятельствам, давно забытого и мало исследованного как экспериментально, так и клинически.

Как известно, в прежние времена гипнотизм был окутан мистической завесой, он находился в руках большею частью невежественных, не имевших никакого отношения к науке людей, и заниматься им считалось просто легкомыслием. Впоследствии, однако, благодаря исследованиям таких видных представителей психиатрии, как Braid, Liébault, Beauni, Bernheim, Moil, Forel и мн. др., а также экспериментальным работам русских ученых, академиков И. П. Павлова и В. М. Бехтерева, проф. В. Я. Данилевского и др., гипнотизм был окончательно выведен из пределов мистики и, получив физиологические обоснования, твердо встал на широкую научную дорогу.

Среди многочисленных явлений гипноза наиболее привлекали врачей, особенно специалистов, понижение и даже полное исчезновение чувствительности во внушенном сне. Попытки использовать это свойство искусственного сна с практическими целями в медицине существовали уже давно. Еще в 1829 г. хирург Cloquet удалил в гипнозе грудную железу у женщины. Позже другие французские хирурги производили таким образом ампутацию бедра, а английский врач Esdaile произвел во внушенном сне до 300 различных операций (цит. по Данилевскому).

Мощный рост хирургического пособия в гинекологии и всем известные отрицательные стороны всякого наркоза, не говоря уже о полной невозможности применения его у некоторых больных, совершенно естественно, настойчиво заставляют врачей-гинекологов стремиться к отысканию наименее вредных средств для обезболивания. Что касается акушерства, то здесь врачу приходится сталкиваться со странным, на первый взгляд, явлением—болезненностью при родах, этом в других отношениях физиологическом акте, являющимся *conditio sine qua non* размножения. Болезненность эта становится еще более загадочной, если принять во внимание различную интенсивность болей, которую приходится наблюдать у постели рожениц. Всякий врач-акушер подтвердит, что боли при

родах иногда бывают весьма незначительны, в большинстве же случаев достигают столь сильной степени, что недаром именуется родовыми муками. С другой стороны мы видим, что все прочие физиологические отправления здорового организма совершаются у человека совершенно безболезненно. А если прибавить к этому почти полную безболезненность родов у животных и представительниц некоторых диких народностей, то нельзя не согласиться с мнением проф. К. И. Платонова о бессмысленности страданий женщины при родах. „Очевидно“, говорит он, „родовые боли не являются обязательным атрибутом акта рождения человека, и отсутствие болей, повидимому, не препятствует правильному течению родового акта“.

Вот почему здесь,—так же, как и при операциях,—с давних пор пробовали применять различные narcotica и hypnotica в самых различных комбинациях. Средства эти, однако, далеко не всегда вели к цели, а если и обезболивали родовый акт, то, во всяком случае, вредно отражались и на организме матери, и на плоде, почему вскоре же после введения их оставлялись.

В своих стремлениях вперед наука, как это мы часто наблюдаем, обращается прежде всего к своему прошлому. Она выискивает там то, что когда-то, может быть, мало оценивалось, так как не было достаточно обосновано, но становится ценным при современных ее достижениях. Заново перерабатывая вопрос, ставя опыты и наблюдения, отбрасывая все ненужное и лишнее, совершенствуя методы, она присваивает им права гражданства. Оттого-то и вопрос о применении гипноза при операциях и родах вновь выплыл из тумана прошлого и в настоящее время живо обсуждается на страницах печати, причем здесь раздаются все больше и больше голосов в пользу применения его для целей обезболивания, так как безвредность его в этих случаях не подлежит сомнению.

Как показывают наблюдения самого последнего времени, еще большую, пожалуй, роль играет гипноз в деле лечения различных функциональных страданий—заболеваний преимущественно психогенного характера. Такого рода болезни, повидимому, довольно часто встречаются в амбулаториях и стационарах всех клиник вообще и акушерско-гинекологических в особенности. Весьма вероятно, что благоприятствующим обстоятельством для возникновения их у гинекологических больных служат связанные с конституцией психологические особенности женщины, которые характеризуются тремя основными чертами: эмоциональностью, концентрацией на половой сфере и чувством малоценности. Может быть здесь играют роль и какие-либо другие свойства женской психики. Во всяком случае факты говорят, что у значительного числа гинекологических больных, являющихся на прием с жалобами на боли внизу живота, пояснице, пахах и другие расстройства,—при исследовании нельзя бывает зачастую подметить никаких более или менее серьезных отклонений от нормы. Нередко бывает, однако, и наоборот,—резко выраженные анатомические отклонения от нормы мы обнаруживаем совершенно случайно, при отсутствии каких-либо жалоб со стороны больных. В случаях первого рода трудно бывает избрать какую-либо терапию, в случаях второго рода—чрезвычайно опасно осведомлять больных о ненормальностях их половой сферы, так как этим путем легко можно вызвать симптомокомплекс болезни, ранее отсутствовавший.

Из вышеизложенного вытекает совершенно справедливое утверждение гипнологов и психотерапевтов, что там, где нет органических основ для жалоб больных, или там, где эти основы слабо выражены и не могут объяснить тяжести страданий, единственным средством для облегчения женщины служит внушение, в какой-бы форме оно не применялось. Одновременно этим путем можно провести дифференциальный диагноз заболевания, так как известно, что в случаях, связанных с органическими страданиями, гипноз или вовсе не дает результата, или последний бывает далеко неполным.

Все вышеизложенное побудило меня, по предложению моего глубокоуважаемого учителя, проф. В. С. Груздева, заняться изучением гипноза и лечения внушением, применив их практически на материале Казанской Акушерско-гинекологической клиники. Задачей настоящего сообщения и является—описать мои первые опыты в этом направлении и те впечатления, которые на основании их можно было вынести.

Опыты касались применения гипноза для обезболивания при некоторых гинекологических операциях, родовом акте, а также с целью дифференциально-диагностической и терапевтической. Всего мною было подвергнуто гипнозизации 45 больных, из которых 5 не имеют никакого отношения к акушерско-гинекологической специальности (алкоголики).

Прежде, однако, чем перейти к описанию своих наблюдений, скажу несколько слов о той обстановке, в которой производилась моя работа. Обстановка эта была слишком непохожа на обстановку *Wetterschtranda*, которую так ярко обрисовывает в своем прекрасном сочинении проф. *Fogel*, и за счет которой он относит немалую долю успехов этого гипнотизера. В моем распоряжении была маленькая, душная комната в проходном коридоре клиники, загроможденная ненужной для моих целей мебелью, где в течение целого дня ясно был слышен шум от сотен студентов, амбулаторных больных и пр., проходивших по коридору. Такая обстановка, мешая гипнотизированию вообще, не позволяла мне широко применять массовый гипноз, а это обстоятельство отнимало у меня много времени, заставляло рожениц подолгу находиться в мучительном ожидании сеанса и таким образом, как мне кажется, отчасти понижало их внушаемость.

Вызывание условно рефлекторного сна мною производилось по методу фиксации с одновременным словесным внушением. В некоторых упорных случаях применялся метод *Vogt'a*. Для определения степени анальгезии в некоторых случаях я применял прокол складки кожи на радиальном крае тыла кисти. Из 40 лиц, подвергшихся гипнотизированию, сон удалось вызвать у 37, у 3-х же попытки вызвать его остались безуспешными. 24 пациентки спали более или менее поверхностно (I и II ст. *Fogel'я*). Сон III ст. *Fogel'я* наблюдался мною в 13 случаях, из которых в 4 имел место мгновенный сомнабулизм, во всех остальных последний развился только в течение ряда сеансов.

После этих предварительных замечаний перейду к изложению полученных мною результатов, причем коснусь сначала случаев применения гипноза при операциях, затем остановлюсь на случаях применения его при родах и, наконец, опишу случаи, где этот способ применялся мною для лечения некоторых заболеваний.

Как средство для анестезии при гинекологических операциях, гипноз был применен мною всего лишь в 4 случаях, причем только в 2 из них

он дал вполне положительные результаты; из двух остальных больных у одной на предварительном сеансе вообще не удалось вызвать сна, другая же на предварительных сеансах сна достаточно глубоко, но к моменту операции была настолько сильно ослаблена и истощена болезнью, что попытка вызвать перед операцией глубокий сон оказалась совершенно безуспешною. Этот последний случай все же представляет большой интерес с точки зрения лечебного эффекта гипноза, почему и будет описан в дальнейшем. Теперь же опишу наиболее успешный случай данной группы.

Больная Л. Н., 21 г., русская, окончившая гимназию. В детстве—корь, скарлатина, коклюш. Первые регулы на 14-м году, приходят через 4 недели, по 7 дней, без болей. Замужем всего несколько месяцев, беременна на IV месяце, в виду наличности активной формы тbc легких нуждается в прерывании беременности. При объективном исследовании обнаружена беременность соответственно 3 месяцам. Больная сильно боится операции, желает провести последнюю в гипнозе, для чего направлена ко мне проф. В. С. Груздевым. Четыре предварительных сеанса выясняют, что пациентка легко засыпает, сон III степени Г. (сомнабулизм) с полной внушенной анестезией и анальгезией. 23/V 1927 г. за 1/2 часа до операции больная в дежурной комнате фельдшериц была быстро погружена в сон, во время которого, как и раньше, хорошо реализовала все внушения. Когда все было готово к операции, пациентке было дано приказание перейти в операционную и лечь на операционный стол, что она тотчас же и исполнила. Внушена нечувствительность нижней половины тела, что-бы с ней не делали, и спокойный сон—отдых. Операция состояла в том, что цервикальный канал был расширен до № 14 дилататоров Негарга, после чего плодное яйцо вместе с плодом, по величине соответствовавшим почти четырем лунным месяцам беременности, извлечено абортангом, и матка выскоблена. Во время введения последнего расширителя пульс и дыхание больной несколько участились, наметилась легкая реакция, почему тотчас же была внушена красивая галлюцинация, которая, повидному, хорошо реализовалась; дыхание и пульс снова пришли в норму, и спокойный сон продолжался. По окончании операции пациентка в сонном состоянии была перевезена в палату, где через 1/4 часа разбужена с внушением хорошего самочувствия и амнезии. По пробуждении амнезия, прекрасное самочувствие, просит разрешения пить и есть. Послеоперационный период без осложнений. Выписана 26/V.

Во втором случае резко выраженного инфантилизма, с ригидной шейкой, расширившейся с большим трудом, совершенно безболезненно произведена дилатация по Fehling'sy.

Эти два случая с совершенною очевидностью показывают, что внушением в гипнозе можно пользоваться в качестве обезболивающего средства при операциях. Не менее интересными и поучительными оказались и наши опыты применения гипноза при родах. Здесь так же, как и при операциях, роженицы подготовлялись рядом сеансов,—от 4 до 13, причем в первые 1—2 сеанса внушений касательно родов в большинстве случаев не делалось: сеансы эти служили с одной стороны для успокоения пациенток, с другой—для определения степени их внушаемости; во время остальных сеансов в гипнозе роженице внушались спокойное отношение к родам и безболезненность их, как акта нормального, физиологического.

С целью обезболивания родов гипноз был применен мною в 14 случаях, из которых положительный результат наблюдался в 6 случаях, а в 2—отрицательный; остальные 6 рожениц были вполне подготовлены мною для родов в гипнозе, но роды не могли быть проведены мною—отчасти потому, что они произошли вне клиники, и мне не было об этом сообщено, отчасти вследствие других, не зависевших от меня, обстоятельств. Из случаев, где гипноз при родах дал желаемое обезболивание, привожу наиболее характерный:

Беременная Е. Е., 21 г., учащаяся, замужем первый год, беременна в первый раз. Телосложение правильное, питание хорошее. В детстве—корь, дифтерит, малярия. Первые месячные на 15-м году, приходили через 3 недели, продолжались по 3—4 дня, были без болей. Последние регулы 23/III 1926 г. Движение плода впервые почувствовала 9/VIII. Таз нормальный, положение плода продольное, предлежание II затылочное, передний вид. Аппетит и сон хорошие. Много работает, слегка устает, изредка болит голова. Настроение подавленное, часто хочется плакать: «Боюсь родов, так как все женщины говорят, что роды сопровождаются сильными болями». В первый раз обратилась ко мне 16/XII с просьбой провести роды под гипнозом, о котором читала и в который верит. Во время первого сеанса—сомнабулизм, все внушения хорошо реализует. Роды решено провести в бодрственном состоянии, для чего сделано соответствующее постгипнотическое внушение. 17/XII—второй сеанс, в течение которого внушения безболезненности родов повторены. 18/XII, в 4 ч. утра, принята в клинику, в виду появившихся с вечера 17/XII с. г. периодически повторяющихся болей в пояснице. В 5 ч. 30 м. утра усыплена, внушения подкреплены. В 8 ч. 30 м. у. совершенно спокойно, схватки редкие, на вопрос: «Как Вы себя чувствуете?» отвечает: «Хорошо, пока никаких болей не чувствую, сомневаюсь, что идут роды». Исследована регрессия, открытие на 2 пальца, пузырь не определяется. В 2 ч. 30 м. дня схватки стали чаще и сильнее, но без болей. В 3 ч. роженица переведена в родильный покой, так как началась потуги; роженица молча, спокойно тужилась, в промежутках между потугами она то дремала, то оставалась бодрой и, смеясь, разговаривала со мной. Через некоторое время принимающие роды врач и акушерка подметили, что потуги стали реже. Папуганские предыдущим опытом (первый опыт проведения родов под гипнозом в клинике незадолго перед тем был сделан врачом-психиатром, причем родился мертвый ребенок), они тревожно переговаривались между собой о том, что потуги стали слабее и реже, и роды затягиваются. Роженица не спала, слышала эти разговоры. Потуги действительно стали реже. В промежутках пациентка говорила мне: «Как долго, а верно уж не рожу»..., но более все же не ощущала. На лицах присутствующих была заметна тревога, они то и дело выслушивали сердцебиение плода, которое, по их мнению, стало замедляться. Между тем головка плода лишь на высоте потуги едва показывалась из половой щели. Наконец акушерка заявила мне, что нужно готовить щипцы, и тотчас начала хлопотать с инструментами. Видя это, роженица с некоторым отчаянием сказала мне: «Ну, вот, видно я не рожу, уж готовят ножки, будут меня резать». Соответствующим внушением мне едва удалось рассеять ее опасения на этот счет. Я сказал ей, что все, что делается, ее не касается, что роды идут нормально и безболезненно, и она может быть спокойна. После этого снова началась потуги—как будто более частые, но все же, по мнению принимающих, слабые и недостаточные. Вырыснут питуэтрин 0,6 к. с. Через 2-3 минуты после этого потуги стали сильнее, и в 7 ч. 15 м. веч. родился мальчик в 3910,0 веса, в легкой асфиксии, из которой скоро был выведен обычными приемами. Во время прорезывания как головки, так и плечиков роженица оставалась совершенно спокойною, не издав ни одного крика. Тотчас после рождения ребенка она была погружена в глубокий сон, так как последовый период я решил провести в гипнозе. Сон наступил почти мгновенно. Внушено во время схватки во сне несколько раз хорошо и легко потужиться. На мои вопросы: «Спокойно-ли Вам?»—отвечала: «Мне спокойно»:—«Отдыхаете ли Вы?»—«Отдыхаю». Через 22 м. все признаки отделения последа были налицо. Роженица слегка потужилась, и после этого, при легком надавливании рукой на брюшную стенку, вышел совершенно целый послед. Кровотечения не было. Спокойный сон продолжался. Осмотрена промежность, которая оказалась целой,—только с левой стороны на слизистой была трещина; последняя смазана йодом, что не вызвало ни малейшей реакции со стороны родильницы. Внушены бодрость, хорошее самочувствие, безболезненность послеродового периода и амнезия, после чего пациентка разбужена. Самочувствие прекрасное, очень довольна, ничего не помнит. Послеродовой период протек без осложнений. Самочувствие родильницы все время очень хорошее. Благодарит, просит адрес,—«Может быть, придется еще родить, я непременно приду к Вам».

В 2 случаях, где гипноз при родах не дал желаемого обезболивания, обе пациентки готовились мною в течение 10—13 сеансов, во время которых сон был достаточно глубокий (I и II ст. F), и реализовались некоторые внушения в гипнозе. Во время же схваток сна вызвать у них не удалось, и родовый акт сопровождался болями.

Остальные 6 случаев применения гипноза при родах, как я уже сказал, не были прослежены мною до конца, а потому описание их я считаю излишним. Отмечу только, что часть беременных этой группы после нескольких сеансов прекратила посещать их. Причиной этого, как я узнал впоследствии, были настойчивые убеждения родственников и близких, приводивших, между прочим, такие аргументы: „Мы вот сколько детей народили без всякого гипноза, а ты одного не хочешь родить, как следует...“

Просматривая описанные случаи родов под гипнозом, можно отметить несколько фактов.

1) У всех моих пациенток я наблюдал улучшение общего самочувствия. 1—2 сеанса совершенно успокаивали пациенток, возвращали им бодрость духа, силы и энергию. Последнее приятно поражало самих беременных, и они охотно ходили на сеансы гипноза, дожидаясь их временами по 2—3 часа.

2) Для наиболее успешного гипнотизирования вообще и проведения родов в гипнозе в частности, повидимому, имеет большое значение соответствующая обстановка. В особенности важна подготовка и выдержка принимающего персонала и всех окружающих роженицу. В этом отношении интересны наши случаи I и V. В первом из них роженица бодрствовала, по временам дремала, словом, находилась в состоянии наибольшей восприимчивости к внушениям. Поэтому все разговоры о неблагоприятном течении родов, которые она слышала вокруг себя, действовали на нее, как контр-внушения. Во втором случае ни на чем не основанный рассказ студентки вызвал эмоцию страха у роженицы и этим испортил течение всего подготовительного сеанса, а впоследствии, повидимому, неблагоприятно отразился на течении родового акта. Еще более убедительны в этом отношении некоторые из непрослеженных до конца случаев. Часть пациенток, как я уже сказал, прекратила посещение сеансов и отказалась от родов в гипнозе исключительно из-за противовнушений со стороны близких и родственников к ним лиц. Насколько мало были обоснованы эти противовнушения, можно видеть из приведенного примера, но они исходили от лиц, доверие к которым трудно оспаривать врачу, а потому запечатлевались ярко и прочно.

3) Как мы видим, количество подготовительных сеансов и степень сна беременных в приведенных выше случаях были различными: в некоторых случаях для подготовки их было достаточно всего 2 сеансов, в других и 10—13 сеансов не дали желаемого результата. При глубоком сне роды протекали лучше, чем при поверхностных степенях его, но все же и при этих последних, и даже в бодрственном состоянии, под влиянием постгипнотических внушений родовый акт обезболивался. В значительной мере это зависит, повидимому, от внушаемости пациенток. Нет ничего удивительного в том, что у легко внушаемых лиц роды могут быть проведены и без подготовительных сеансов. Такие случаи были, между прочим, описаны проф. Платоновым. Отсюда нужно полагать, что количество подготовительных сеансов нужно индивидуализировать, и что степень сна в обезболивании не играет большой роли.

4) Как видно из нижеследующей таблицы, гипноз не влияет отрицательно на продолжительность родов и не приносит вреда плоду.

№ сл.	В каком состоянии происходили роды.	Продолжительность родов.				Примечания.
		I п.	II п.	III п.	Всего.	
1.	В бодрств. сост. . .	13 ч. —	4 ч. 15 м.	50 м.	18 ч. 5 м.	Роды безболезн. Асфиксия плода.
2.	В дремоте.	15 ч. 30 м.	1 ч. —	20 м.	16 ч. 50 м.	Безболезн.
3.	В бодрств. сост. . .	35 ч. 5 м.	50 м.	15 м.	36 ч. 10 м.	Безболезн.
4.	В дремоте.	39 ч. —	1 ч. 55 м.	30 м.	41 ч. 25 м.	Безболезн.
5.	В дремоте.	8 ч. 30 м.	1 ч. 35 м.	23 м.	10 ч. 28 м.	Безболезн.
6.	В дремоте.	16 ч. —	30 м.	25 м.	16 ч. 55 м.	Безболезн.
7.	В бодрств. сост. . .	6 ч. —	1 ч. 15 м.	15 м.	7 ч. 30 м.	Роды с болям.
8.	В бодрств. сост. . .	127 ч. —	2 ч. 45 м.	1 ч. 10 м.	130 ч. 55 м.	С болями.

В представленной таблице общая продолжительность родов, а также длительность отдельных периодов, как при родах в бодрственном состоянии, так и во сне, колебалась в пределах нормы. Во всех случаях, за исключением сл. I, родились живые нормальные дети. В случае I ребенок родился в легкой асфиксии, причины которой, однако, нельзя искать в гипнозе, так как роды протекали в бодрственном состоянии роженицы. В последнем случае (сл. VIII) родовой акт значительно затянулся, причем роды протекали в бодрственном состоянии, и ребенок родился живым.

5) Из успешно проведенных случаев родов в гипнозе необходимо отметить сл. III и V, где момент прохождения головки плода был безболезненным. Такую болезненность, мне кажется, следует объяснить разрывом промежности, анестезии которой на предварительных сеансах не внушалось. Это положение мною в дальнейшем будет проверено.

6) Наконец, при родах во внушенной дремоте можно было наблюдать иногда страдальческое выражение лица у рожениц, но по пробуждении они заявляли, что никакой боли не ощущали.

Что касается неудачно протекавших случаев родов в гипнозе, то здесь в одном из них (сл. VII) можно отметить длительные перерывы в течении подготовительных сеансов, в другом (сл. VIII) причины неудачи для меня совершенно непонятны.

С терапевтическими целями гипноз был применен мною в 22 случаях. В 15 из них лечебный эффект был положительный, в 5 — отрицательный, и в 2 лечение не было закончено, так как больные после 1—2 сеансов исчезали из-под наблюдения. Что касается рода заболеваний, то в 2 случаях гипноз был испробован при маточных кровотечениях. Привожу один, наиболее характерный, из этих случаев.

Больная П. С., 29 л., дом. хоз., замужняя с 17 л. В детстве корь. Менеса на 14-м г., через 3—4 нед., по 5 д., с болями перед кровями внизу живота. Беременна была 2 раза, оба раза родила в срок живых детей; 1 роды на 19-м г., вторые 9 л. назад. Больна 4 года.—появились боли внизу живота и пояснице. Крови с год, как начали усиливаться и за последнее время приходят через 17—18 дней, продолжаясь по 7—8 д. Больная сильно ослабела, худеет. Объективно: матка в ретроверзии, плотна, увеличена, несколько бугристая; имеется небольшая болезненность в заднем своде. Диагноз: *uterus fibromatosus*. 6/IV 1927 г. произведено пробное выскабливание, после которого вложен радиий (30 mgr.) на сутки. Полость матки

гладка. Кровотечение уменьшилось, но не прекратилось. Назначены препараты спорыньи, и больная на 6-й д. выписана. 5/V она, однако, снова обратилась в амбулаторию клиники с жалобой, что через несколько дней после ухода из клиники кровотечение у ней снова усилилось и продолжается без перерыва 3-ю неделю. Все время усиленно принимала *extr. secalis cornuti*. Думает, что у ней рак матки, и ничто, кроме операции, ей не поможет. Настроение сильно подавлено. Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено. Предложен гипноз. В 3 сеанса (соп II ст. F.) больной сделаны внушения общего успокоительного характера, а также относительно отсутствия у ней заболевания раком и прекращения кровотечения. Последнее действительно прекратилось. Самочувствие хорошее, больная спокойна, о раке больше не думает.

Далее, гипноз был испробован мною у 3 больных при первичной аменорее—с целью вызвать крови и установить их на определенный срок. Одна из этих больных после 2 сеансов прекратила лечение и исчезла из-под наблюдения, в остальных 2 случаях результат был отрицательный. Несмотря на это, история болезни одного из них все же представляется интересной.

Больная Б. А. 21 г., татарка, телефонистка, обратилась в клинику 1/II 1927 г. Болезней, бывших в детстве, не помнит. Замужем 1 г., беременна не была, жалуется на полное отсутствие кровей; неделю тому назад появились боли в пахах и внизу живота. Об'ективно: рукав нормален, матка в патологической антефлексии, притянута влево, мала, подвижна, несколько болезненна при исследовании; в сводах, особенно в левом, прощупываются увеличенные и болезненные придатки. Диагноз: *infantilismus, s.-oophoritis duplex*. Назначено рассасывающее лечение, и предложен гипноз. В первый же сеанс—сомпабулизм; больная точно реализует все внушения как во время гипноза, так и постгипнотические, до отрицательных галлюцинаций включительно. Затем в течение 5 сеансов у нее, наряду с внушениями общеуспокоительного характера, вызывалась менструация на 15-ое число каждого месяца, продолжительностью в 3 дня. По пробуждении—полная амнезия. Пациентка охотно посещала сеансы гипноза, т. к. чувствовала себя последних бодро и даже весело, что, по ее словам, замечали и ее близкие и родные. С 2/III т. г. она, однако, исчезла из-под наблюдений и явилась вновь лишь 18/IV, причем рассказала, что 16/III (на день позже, чем полагалось по внушению) утром она заметила у себя кровавые пятна на рубашке; выделение крови продолжалось также 17/III и закончилось к вечеру 18/III. Болей в это время нигде не было. После менструации пациентка чувствовала себя очень хорошо и легко, у ней появился хороший аппетит. 16/IV снова ждала менструаций, но они не появились, и самочувствие опять ухудшилось, — „как-то тяжело ходить, болит голова“. Втечении ряда последующих сеансов были вновь сделаны попытки вызвать менструацию. Самочувствие больной снова стало хорошим, но *menpes* не наступали. 15/V больная заявила, что она, вероятно, беременна. Прослежена до конца мая, причем объективно беременности не установлено. Наблюдение временно прекращено.

В 3 случаях гипноз был, с терапевтической целью, применен мною при дисменорее и в 1 сл.—при болях в спине, неприятных ощущениях в мочевом пузыре и бессоннице без резких анатомических изменений со стороны половой сферы. В этом последнем случае внушения в гипнозе дали положительный результат.

В 2 следующих случаях,—зуд и неловкости в наружных половых частях,—лечение гипнозом дало отрицательный результат. В одном из них впрочем оно было не закончено, так как больная исчезла из-под наблюдения, а в другом не удалось получить даже поверхностного сна.

При рвоте беременных в одном случае от гипноза наступило улучшение, а в другом—сна вызвать не удалось.

Интересны попытки использовать гипноз при задержках мочеиспускания после больших гинекологических операций. Из 5 больных этой группы 4-м внушение производилось на 1-й—3-й дни после операции,

причем три больных помочились тотчас по пробуждении после первого сеанса и с тех пор мочились самостоятельно; у четвертой больной задержка мочеиспускания продолжалась, и мочу пришлось выпускать катетером (больная эта на 7-й день после операции умерла). Пятый случай, представляющий исключительный интерес, таков:

Больная К. К., 44 л., замужняя с 23 л., крестьянка, поступила в клинику 7/XII 1926 г. Menses на 15-м г., через 3 н., по 4 д., с болями перед кровями внизу живота. Последние крови с. 5/XII, идут теперь. Беременна была 1 раз, родила нормально в срок на 29-м году, после родов не хворала. Больна 3 года.— после тяжелой работы появились сильные боли внизу живота и в крестце, месячные усилились и стали болезненны. Больная склонна к постоянным запорам. 19 лет тому назад страдала ушибом позвоночника со смещением позвонков. Вечении 8 мес. у нее была задержка мочи, которая после лечения постепенно прошла. Объективно: матка в ретроверзии, притянута вправо, плотной консистенции, бугристая, увеличена в объеме до размеров мужского кулака, подвижность ее ограничена, в сводах справа и сзади плотный тяж, слева и сзади тумор с голубиное яйцо величиной, плотный, спаянный с задней стенкой матки. Диагноз: myomatosis uteri, res. s.-oophorit. dex, sactosalpinx sin. 10/XII операция—экстирпация матки per abdomen с удалением придатков с обеих сторон. В послеоперационном периоде небольшое повышение t° и полная задержка мочи в продолжение 14 дней. Применение салала, уротропина per os и в вену и тепла—эффекта никакого не дало. Мочу ежедневно пришлось спускать катетером. 24/XII применен гипноз. В первый же сеанс—сомнабулизм. Внушены—отдых, спокойствие, укрепление нервной системы, а также возможность легко и свободно помочиться по пробуждении. Пробуждена, после чего тотчас сообщила, что не может встать с дивана, так как хочет мочиться, и даже часть мочи утерала непроизвольно, затем хорошо помочилась. В следующие 3 сеанса внушения подкреплены, а также внушен ежедневный стул. Самочувствие хорошее. Мочится свободно и легко, приблизительно через 5—6 часов, стул ежедневно без клизмы. Выписалась и уехала на родину. 22/V прислала письмо, в котором пишет, что тотчас по приезде на родину легла в больницу, так как заболела воспалением мочевого пузыря и нагноением в швах. Лечили льдом и промыванием пузыря. Несмотря на это мочеиспускание нормально, испражняется хорошо, самочувствие прекрасное.

Интересными оказались также опыты применения гипноза - отдыха с попутным устранением самых разнообразных болезненных симптомов у 5 женщин, страдавших неврастениями. Во всех этих случаях результат был хороший. Приведу здесь кратко 2 наиболее интересных истории болезни.

Случай I. Больная Г. А., 32 л., учительница, замужем с 23 лет, не болела. Menses на 15-м году, через 4 нед., по 5—6 д., без болей. Последние месячные 12/VI тек. г. Беременна была 6 раз; первая, третья и четвертая беременности окончились срочными родами живых детей, при остальных сделаны искусственные выкидыши; последний выкидыш 30/XII 1926 г., без осложнений. Через месяц после аборта, на танцевальном вечере, во время танцев вдруг почувствовала сильную боль в крестце, и появились крови, длившиеся 4—5 дней. С этого времени начала чувствовать слабость и недомогание, стала страдать белыми. По поводу этих расстройств обращалась к врачам, которые признали ее нетрудоспособной вследствие заболевания психо-неврастениями, катарром верхушек легких, анемией, неврозом сердца и воспалением яичников. Несмотря на лечение слабости и недомогание усиливались, исчез аппетит, начали появляться мурашки перед глазами, больная совершенно потеряла способность к труду, лишившись возможности заниматься даже домашним хозяйством. За последнее время пациентка слегла в постель, так как ходить не может, — „сильно бьется сердце“. Объективно, кроме учащения сердцебиения и небольшого увеличения правых маточных придатков, повышения голенных рефлексов и tremor digitorum, ничего отметить не удалось. На первый сеанс больную привезли на извозчике и подруги ввели в комнату. Сон наступил быстро (2 ст. Г.) Внушены отдых, укрепление нервной системы, возможность ходить. На следующий сеанс больная сама пришла пешком, пройдя значительное расстояние, а после 6 сеансов все явления исчезли, паци-

ентия чувствует себя хорошо, по моему совету начала купаться. Последние сведения об Г. имею от 1/IX т. г.,—она чувствует себя хорошо, здорова, купается, работает по дому.

Случай II (упомянутый при описании случаев применения гипноза при операциях). Больная М. А., 27 л., замужем с 17 л., беременна была 4 раза, причем 3 беременности закончились естественными абортами, а четвертую пациентка доносила до конца, но ребенок, по ее словам, умер за 2 часа до рождения и извлечен искусственно в августе 1923 г. С этого времени страдает пузырно-влагалищными фистулами. Перенесла 6 операций (5 фистулоррафий и одну операцию по поводу параметрита), но без успеха. Обратилась в клинику 1/X 1926 г. с двумя свищами, чрезвычайно трудными для зашивания, так как почти вся передняя стенка вагины была рубцово изменена, и уретра уничтожена; 6/X произведено зашивание свища с хорошим результатом. 5/XI зашит второй свищ, и восстановлена целостность уретры, но без успешного результата. После вторичной операции больная потеряла всякую надежду на выздоровление, у нее появились головные боли, упадок сил, бессонница, сердцебиения. Направлена к невропатологам, которые диагностировали неврастению и невроз сердца. Прописанные бром с валерьяной и порошки (фенацетин, пирамидон, антипирин, кофеин) не помогли. Применен гипноз,—проведено 4 сеанса сна-отдыха (II ст. Г.) с одновременным внушением исчезновения всех болевых и неприятных ощущений; после сеансов последние почти полностью исчезли. В дальнейшем больной необходимо было промывать пузырь. Так как в бодрственном состоянии это промывание причиняло пациентке сильные страдания, то оно производилось в гипнозе: нижним конечностям придавалось соответствующее положение, внушалась катаlepsия их, и, при спокойном сне, больной производилось промывание пузыря. Впоследствии состояние больной резко ухудшилось вследствие заболевания воспалением легких, пнев—и паранефритом. Вместе с истощением постепенно ослабевала способность воспринимать внушения. 19/I 1927 г. у ней была произведена нефрэктомия. Перед операцией сделана попытка внушить сон, но вызвано было только дремотное состояние, от которого больная очнулась по дороге в операционную. Операция произведена под местной анестезией. Больная поправилась и 22/III выписалась.

Как видно из вышеизложенного, и в деле лечения гинекологических заболеваний гипноз и внушение оказывают иногда ценные, даже незаменимые услуги. И здесь так же, и у рожениц, прежде всего бросается в глаза улучшение общего состояния гипнотизируемых, что является особенно ценным при тяжелых и длительных гинекологических страданиях. Внушая больным бодрость духа, хорошее самочувствие, надежду на выздоровление и благополучный исход предстоящей операции, а также обезболивая внушением в гипнозе такие манипуляции, как промывание мочевого пузыря и пр., мы тем самым можем оказать им больше услуги.

Представленный здесь материал слишком мал и недостаточно полно прослежен, чтобы можно было сделать из него какие-либо выводы. Дать выводы препятствует мне также и то, что мною не применялись комбинированные методы обезболивания операций и родов (гипнонаркоз и наркогипноз), которые, по мнению многих, преимущественно немецких, авторов дают еще лучшие результаты. Не было также у меня опыта комбинации гипноза с другими методами психотерапии при лечении женских болезней. Это и не входило в пределы моей скромной задачи—поделиться своими первыми опытами гипноза. Вышеописанные факты говорят только за то, что гипноз и лечение внушением должны иметь права гражданства в акушерстве и гинекологии, и права даже большие, чем некоторые другие лечебные мероприятия.

При этом необходимо тщательно и систематически изучать и разрабатывать данный метод, так как, несмотря на точные научно-теоретические обоснования, он еще недостаточно привился в клинике.

Следует также возможно шире применять гипноз,—как в частом виде, так и в комбинации с наркотиками,—при операциях и родах, ибо никакие другие способы обезболивания не являются такими безвредными, как этот.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Bernheim. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Одесса, 1887.—2) Бехтерев. Общие основы рефлексологии человека. ЛГР, 1923.—3) Геринштейн. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Ж. А. и Ж. Б., 1924, кн. 3—4.—4) Он же. Психотерапия в акушерстве и гинекологии. Ж. А. и Ж. Б., 1925, кн. 6.—5) Данилевский. Гипнотизм. Харьков, 1924.—6) Краерелин. Введение в психиатрическую клинику. 1923.—7) Молл. Гипнотизм и его теоретические основы и практическое применение. СПб., 1909.—8) Павлов. 20-летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Петр., 1922.—9) Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. Харьков, 1925.—10) Платонов и Шестопап. Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии. 1925.—11) Пырский. К вопросу психотерапии в акушерстве и гинекологии. Ж. А. и Ж. Б., 1927 г. кн. 2.—12) Подъяпольский. Случаи применения гипнотического внушения в лазаретной практике. Ж. им. Корсакова, 1916, кн. 2.

1035
938

Наблюдения над реакцией Schick'a у скарлатинозных и коревых больных.

Д-ра Адо-Агафоновой.

В настоящем сообщении мы приводим результаты, полученные нами при обследовании при помощи реакции Schick'a скарлатинозных и коревых больных Заразной больницы Татнаркомздрава за 1924 и 1926 гг. Такое обследование инфекционных больных на восприимчивость к дифтерии является необходимым в виду сравнительной частоты одновременного заболевания скарлатиной и дифтеритом и легкости присоединения дифтерии к скарлатине, а также тяжести течения дифтерии, наблюдаемой у коревых больных.

Для производства реакции мы пользовались токсином, изготовленным Краевым Микробиологическим Институтом в г. Казани и любезно предоставленным нам в необходимых количествах в соответствующем разведении ($1/40$ Dlm в 0,2). Реакция производилась нами как с активным токсином, так и с грым в течение 10 минут при 75° . Обычно инъекция токсина делалась в предплечье той и другой руки.

В скарлатинозном отделении нами было обследовано 262 больных. У некоторых из них, именно, у 121 чел., реакция была сделана по одному разу, у 85—по 2 раза и у 56—по 3 и более раз.

Больные, находившиеся на излечении в скарлатинозном отделении, принадлежали к т. наз. „домашним детям“, т. е. детям, живущим в семьях, и лишь небольшое число их было из детдомов и Дома Охраны Матмлада. Что же касается их материального положения, то большинство из них были дети бедняков, живущих скученно и в сравнительно плохих гигиенических условиях.

Так как знак реакции Schick'a резко изменяется в зависимости от возраста обследуемых, то мы для правильности суждения о полученных нами результатах и для удобства сравнения с данными других авторов, распределили свой материал по возрастным группам (см. таблицу I).

При просмотре этой таблицы видно, что процент положительных реакций, полученный нами, значительно превышает обычно наблюдаемый другими авторами у лиц, принадлежащих к той же возрастной группе. Для сравнения приводим в таблице II процент положительных реакций Schick'a, полученных различными авторами.

Здесь мы должны оговориться, что в таблицу эту помещены только те исследования, которые производились над детьми одной категории с нашими, т. е. домашними детьми. Если же брать % положительных реакций Schick'a, полученных авторами (Благовецкий,

Ульянов, Коршун и Спирина) при обследовании детей приютов, то разница сравнительно с нашими результатами будет еще разительнее. Так, напр., д-р Благовещенский, работавший с детьми казанских детдомов, получил положительную реакцию Schick'a в возрасте от 1 до 3 лет в 56,1% (у нас 75%), а в возрасте от 5 до 6 лет—в 18,5% (у нас 70%).

Частота положительных реакций Schick'a у скарлатинозных больных не раз и раньше отмечалась различными авторами. Так, Скроц-

ТАБЛИЦА I.

Возраст.	Реакция Schick'a.		Всего случаев.
	+	—	
0—6 лет	50%	50%	2
6—1 »	75%	25%	8
1—3 »	75,8%	23,9%	38
4—6 »	70%	30%	75
7—10 »	49,4%	49,6%	54
11—15 »	19%	79,9%	49
16—20 »	37%	62,2%	16
свыше 20 лет	40%	60%	20

кий получил их у здоровых детей в возрасте от 4 до 6 лет в 23%, а у скарлатинозных—в 48,7%. На то же явление указывает и Zinger. Сделав отсюда заключение о влиянии скарлатины на учащение положительных реакций Schick'a, однако, был-бы преждевременно,—наши

ТАБЛИЦА II.

Возраст.	Проф. Коршун.	Скроцкий.	Zinger.	Schick.
0—6 лет	23%	28%	56,6%	—
6—1 »	66,6%	46,2%	87%	57%
1—3 »	77%	57,9%	83%	37%
4—6 »	44%	23%	53,6%	} 50%
7—10 »	32%	13,4%	34,1%	
11—15 »	31%	13,4%	24,7%	—
16—20 »	30%	14,8%	18,1%	—
Свыше 20 лет	—	—	—	—

исследования противоречат этому предположению. Объяснение этого факта скорее всего следует искать в том параллелизме, какой наблюдается между проявлениями реакции Schick'a и реакции Dick'a. В скарлатинозное отделение попадают, видимо, главным образом лица, имеющие в крови недостаточное количество дифтеритного антигена.

Что касается течения реакции Schick'a у скарлатинозных больных, то разницы в ее проявлении как в периоде экзантемы, так и по исчезновении сыпи нами не наблюдалось. Самая яркая сыпь не мешала проявлению положительной реакции разной силы и лишь несколько затрудняла ее чтение. При этом положительная реакция Schick'a наблюдалась приблизительно в одном и том же % случаев как у больных с яркой сыпью, покрывавшей все тело, в том числе и место инъекции, так и у больных с едва заметной экзантемой, располагавшейся на отдельных участках.

Большинство полученных нами положительных реакций Schick'a относится к слабо-положительным, обычно обозначаемым знаком +, т. е. реактивная краснота была не более 1 ст. Резко-положительные реакции Schick'a, обозначаемые тремя плюсами (краснота более 3 см.), наблюдались нами лишь несколько раз, причем в одном случае в центре возвышенной красноты отмечалась везикулезная сыпь.

Желая определить, не имеет ли влияния на проявление реакции Schick'a период болезни, как это наблюдается, напр., при реакции Pirquet'a, нами был предпринят ряд повторных исследований Schick'овской реакции у больных в разные периоды болезни. Кроме того, желая

ТАБЛИЦА III.

Тяжесть заболевания.	Реакция не изменила своего знака в течен. бол.		Реакция изменила свой знак.	
	+	—	— на +	+ на —
Легкие случаи	43,1%	39,5%	12%	5%
Средние „	30,3%	46,9%	15,1%	9%
Тяжелые „	35,7%	50%	14,3%	—

проверить, не может ли тяжесть заболевания повлиять каким-либо образом на проявление данной реакции, мы разделили обследованные нами случаи на тяжелые, средние и легкие (по классификации Moseg'a). Полученные нами при этом результаты представлены в таблице III.

Таким образом при повторных исследованиях реакции Schick'a у скарлатинозных больных обнаружилось, что довольно большой % реакции изменяет свой знак в течение болезни. В частности, положительная реакция сменялась у нас отрицательною, в среднем, в 7% случаев, причем в половине этих случаев она из положительной сначала переходила в ложную и только затем уже в отрицательную. Ближайшие дни, в которые наблюдался переход + реакции в —, были 10-й и 14-й; в 4 случаях изменение реакции имело место на 4-й неделе, между 22-м и 28-м днями болезни, и 2 раза такая перемена наблюдалась на 7-й неделе (повторные инъекции делались с интервалами в 1—2 недели). В большинстве случаев подобные явления наблюдались у больных в возрасте от 10 до 15 лет, т. е. в том возрасте, когда трудно провести строгую изоляцию больных в виду большой подвижности и любознательности детей этого возраста. Возможно, что эти больные приобрели иммунитет за время пребывания в больнице, так как в отделении встречались случаи носительства дифтерийных палочек без каких-либо клинических

проявлений дифтерии. Этому объяснению не поддаются только два наших случая, где переход $+$ реакции в— обнаружился на 10-й—14-й день болезни, ибо приобретение иммунитета в такой короткий срок не представляется возможным. Что же касается случаев, где изменение реакции наблюдалось на 4-й и особенно на 7-й неделе болезни, то подобные случаи наблюдались и у здоровых детей. Так, напр., проф. Коршун, совместно с Мауэрманом и Давыдовым, отмечает у детей Московского детдома при повторном исследовании лиц, реагировавших положительно, переход реакции из $+$ в — через $1\frac{1}{2}$ —4 мес. в 11,3% случаев. Таким образом при повторном исследовании реакции Schick'a при scarlatine мы получили лишь небольшой % перехода реакции из положительной в отрицательную—меньший, нежели какой мог-бы получиться у здоровых детей, находящихся в таких же условиях.

Переход отрицательной реакции Schick'a в положительную наблюдался нами, в среднем, в 14% случаев, причем в этом переходе играла, повидному, некоторую роль тяжесть заболевания, так как больший % падал на случаи средней и значительной тяжести, а меньший % имел место в случаях легких. Далее, здесь играет, повидному, роль период болезни: значительно большее число случаев, реагировавших отрицательно на 1-й неделе болезни, давало $+$ в период реконвалесценции, причем ближайшим днем перехода реакции был 14-й день. У здоровых детей такого частого перехода — реакции Schick'a в $+$ не наблюдается,—обычно при повторном исследовании лиц, реагировавших отрицательно, получается от 2 до 4 % перехода реакции в положительную, причем переход этот обыкновенно относят отчасти на колебание содержания в крови дифтеритного антитоксина, а отчасти на неточность самой реакции (Zinger, Коршун). Всех случаев перехода реакции из — в $+$ мы наблюдали 19, в том числе в 2 случаях переход произошел в момент присоединения краснухи, в 1—во время осложнения пневмонией и, наконец, 2 случая наблюдались при нефрите, причем реакция перешла из — в $+$ только по прекращении выделения белка в моче и по исчезновении отеков. В остальных случаях каких-либо особых условий, которые могли-бы повлиять на изменение реакции, кроме самой инфекции, мы не наблюдали. Идет-ли здесь дело о понижении реактивной способности кожи в разгар заболевания, или об общем ослаблении иммунитета под влиянием продолжительной и тяжелой болезни,—мы не можем высказаться, так как нами не были предприняты необходимые исследования определения антитоксина в крови.

В коревом отделении нами было обследовано по Schick'y 163 больных, из них 118—по одному разу и 45—по 2 и более раз. Полученные результаты, расположенные по возрастным группам представлены в таблице IV.

Наши результаты здесь близко подходят к тем, какие получаются у здоровых детей того же возраста, причем % положительно реагировавших был у нас в этой группе значительно меньше, нежели у scarlatinных больных, хотя по экономическому положению больные обеих групп принадлежали к одной категории. Присутствие сыпи не отражалось на проявлении реакции, — % положительных реакций в случаях с яркой и бледной сыпью был приблизительно одинаков.

При повторном исследовании коревых больных изменение реакции Schick'a наблюдалось нами только 2 раза. Один раз это была больная, у которой впервые + реакция Schick'a наблюдалась на 3 й день краснухи; вторичное исследование было сделано через 8 дней и дало отрицательный результат; третья инъекция была предпринята на 1-й день высыпания кори и вновь выпала положительно, а через 8 дней после этого реакция перешла в отрицательную. В данном случае обе инфекции влияли одинаково, и приписывать изменение реакции влиянию кори не приходится. Второй случай наблюдался у ребенка с тяжелой корью, осложненной воспалением легкого и воспалением среднего уха. Здесь положительная реакция перешла в дальнейшем в отрицательную, что можно объяснить состоянием анергии организма под влиянием тяжелого заболевания.

ТАБЛИЦА IV.

Возраст.	Реакция Schick'a.	
	+	—
0—6 лет	62,5%	37,5%
6—1 »	45,8%	54%
1—3 »	57%	43%
4—6 »	65%	35%
7—10 »	17%	81%
11—16 »	33%	66,5%
15—20 »	—	100%
Свыше 20 лет	—	100%

Наш незначительный материал не позволяет нам сделать каких-либо категорических заключений о влиянии скарлатины и кори на реакцию Schick'a, но некоторые выводы здесь все же возможны:

1) Процент положительных реакций Schick'a у скарлатинозных больных значительно выше, нежели у здоровых лиц того же возраста.

2) Это явление, повидимому, можно отнести к известному параллелизму в проявлении иммунитета к обеим инфекциям, а не к влиянию скарлатинозной инфекции, как таковой.

3) При скарлатине наблюдается довольно большой процент (14%) случаев перехода реакции Schick'a, бывшей в первые дни болезни отрицательной, — в положительную в дальнейшем течении болезни (14-й—50-й дни).

4) При кори процент положительных реакций Schick'a соответствует обычно наблюдаемому у лиц данной возрастной группы.

5) Таких изменений знака реакции, какие наблюдались при скарлатине, при кори нам отметить не удалось.

6) Присутствие даже обильной экзантемы, как коревой, так и скарлатинозной, кроме некоторой маскировки, влияния на проявление реакции Schick'a не оказывает.

Рефлексы половой сферы женщины.

Д-ра И. Б. Галанта (Москва).

Придерживаясь здесь, как и раньше¹⁾, той точки зрения, что понятие рефлекса в неврологии и невропатологии не следует, — главным образом из практических соображений, — распространять чуть-ли на все явления невропсихической жизни, мы разберем здесь лишь те явления в половой сфере женщины, которые по своей природе действительно соответствуют основному понятию рефлекса, состоящему в переносе раздражения с чувствительного на моторный нейрон.

Рефлексы половой сферы женщины стоят в связи главным образом с процессами полового акта, беременности, родов и послеродового периода.

Первым по очереди рефлексом является, таким образом, *рефлекс эрекции похотника* (*reflexus erectionis clitoridis*), который соответствует рефлексу эрекции penis'a у мужчины. Рефлекс этот получается, благодаря внезапному сильному притоку крови к богато снабженным сосудами гениталиям. Иногда этот рефлекс появляется вследствие прямого механического раздражения похотника, напр., при онанизме или других манипуляциях с гениталиями, иногда же одни лишь представления либидинозного характера являются уже достаточной причиной, чтобы вызвать эрекцию клитора (психогенный рефлекс).

Что касается *эйякуляционного рефлекса*, то он, если даже и допустить его существование, у женщин не так характерен, как у мужчин, и не играет той весьма важной роли, каковую играет эйякуляция у мужчины. Известно, что во время полового акта, как и при сильных сексуальных возбуждениях, у женщин выделяется слизеобразный секрет в рукав, но можно-ли назвать это усиленное выделение слизи у женщин во время coitus'a эйякуляцией, — остается вопросом, который многими авторами разрешается впрочем в положительном смысле.

Весьма важное значение имеют, как при половом акте, так и при разных других эмоциях и вообще при всевозможных переживаниях сексуального или другого характера, — при менструации, беременности, родах и т. д., — *рефлекторные сокращения матки*. Получаемый при половом акте у женщины оргазм есть результат такого рефлекторного сокращения гладкой маточной мускулатуры. Dahl, изучавший тщательно нервные процессы в половой сфере женщины, приходит именно к этому заключению¹⁾.

Настоящим сексуальным рефлексом является, далее, *эрекция сосков*, наблюдающаяся не только при сексуальных возбуждениях женщины, но и в разных других случаях, напр., при прикладывании ребенка к груди.

¹⁾ См. «Казанский Мед. Ж.», XX, № 6; XXI, № 7; XXII № 8; XXIII, № 3.

¹⁾ Dahl. Die Nervenversorgung der weiblichen Geschlechtsorgane (L. R. Müller's Die Lebensnerven, Berlin, 1924).

В обоих указанных случаях рефлекс этот является в полном смысле сексуальным, ибо удовольствие, переживаемое матерью при кормлении ребенка грудью, вряд-ли существенно отличается от сладострастия чисто-сексуального.

Более патологический, а отчасти даже чисто-патологический характер носят следующие рефлексы половой сферы женщины: 1) рвотный рефлекс беременности, 2) „рефлекс на исследование“ Кермаунера (Kermauner's Untersuchungsreflex) и 3) вагинизм.

Рвотный рефлекс беременных связывают обыкновенно с раздражениями, которые исходят от беременной матки. Какого рода эти раздражения,—с точностью не установлено, и на этот счет существуют различные мнения. Joulin (Traité complet d'avortement, Paris, 1867, p. 1125) думает, что рвота беременных получается оттого, что матка и брюшина во время беременности растут непропорционально, вследствие чего получается постоянное раздражение брюшины, вызывающее рвоту. Turner (West. Ind. Quart. Mag., august, 1861), наоборот, был того мнения, что давление увеличивающейся матки на сосуды является причиной vomitus'a gravidarum, а Holladay (Med. age, 1886, № 11; Zentr. f. Gyn., 1887, S. 55) считал дальнейшее развитие желтого тела, продолжающееся до четвертого месяца беременности, причиной рвот беременных.

В новейшее время, когда начали изучать рвоту беременных с точки зрения рефлексологической, наши взгляды на это явление несколько изменились. Ph. Klee (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 128, H. 3/4) произвел ряд экспериментов с кошками, у которых был удален оперативно большой мозг, и установил, что раздражение vagus'a на шее у этих кошек вызывает типичные рвоты. Рвота, вызванная раздражением центрипетальных волокон блуждающего нерва, составлялась из четырех следующих стадий: 1) закрытие pylorus'a, 2) торможение перистальтики, 3) сокращение препилорной части и наполнение дна желудка, 4) открытие cardiaе и наполнение пищевода. Модификации этого первоначального эксперимента доказали необходимость для вызывания рвотного рефлекса раздражениям vagus'a наличия неповрежденного splanchnicus'a и функционально-пригодной шейной части спинного мозга. При перерезывании splanchnicus'a и при повреждениях шейной части спинного мозга рвотный рефлекс при раздражении vagus'a не получался,—при таких обстоятельствах раздражение блуждающего нерва приводило к переходу содержимого желудка в кишечник, перерезывание же phrenicus'a приводило к недостаточному наполнению пищевода, благодаря чему и сама рвота останавливалась, так сказать, на полдороге. Рефлекторное замыкание pylorus'a, которое, будучи вызвано раздражением vagus'a, проходит через splanchnicus, является предварительным условием для обычного течения рвоты. Открытие cardiaе зависит от неприкосновенности пути vagus'a.

Таким образом мы видим, что рвота находится всецело во власти симпатической и парасимпатической нервной системы. Нет поэтому никакого сомнения в том, что рвота беременных вызывается раздражением симпатической системы, исходящим из матки. Нужно только разрешить вопрос, имеем-ли мы здесь дело с каким-нибудь механическим раздражением, напр., давлением увеличивающейся матки на симпатические нервы, или же с действием на расстоянии, с каким-нибудь специфическим биохимическим воздействием матки на нервную систему,—может быть,

даже на рвотный центр в продолговатом мозгу. Есть основания думать о специфических веществах (гормонах), которые из беременной матки попадают в кровь и с потоком последней разносятся по всему организму, действуя при этом на нервную систему в смысле вызывания рвоты.

Тот факт, что рвота беременных, поскольку она не представляет собою тяжелой патологической формы, неукротимой рвоты, появляется обычно по утрам (*vomitus matutinus*), говорит за то, что непосредственная причина рвоты беременных есть местное давление матки на симпатические нервы. Утром давление беременной матки на *sympathicus* должно быть особенно интенсивным из-за переполнения мочевого пузыря и прямой кишки, отесняющих матку кверху. Однако и другая гипотеза, объясняющая рвоту действием гормонов беременной матки на рвотный центр, не может быть совершенно исключена, особенно при *hyperemesis gravidarum* или при *vomitus gravidatum perniciosus*. Решать окончательно вопрос в ту или другую сторону не входит в нашу непосредственную задачу (решающее значение могли-бы здесь иметь нервно-физиологические эксперименты с беременными животными). Все же одно остается верным приобретением науки,—рвота беременных есть рвотный рефлекс, вызываемый раздражением симпатической и парасимпатической нервной системы при действии на нее беременной матки. Каким образом это раздражение совершается,—остается для нас в настоящее время совсем выясненным.

*Рефлекс Кермаунера*¹⁾ состоит в том, что во время гинекологического исследования женщины уже при первом прикосновении руки врача к половым губам получается рефлекторное сокращение мышц ног, ягодиц, тазового дна и брюшных покровов. Иногда рефлекторная судорога распространяется при этом на мышцы шеи и гортани, а также и лица. Я получал рефлекс Кермаунера при исследовании рожениц, причем получавшееся при этом рефлекторное сокращение мышц обычно ограничивалось мышцами ног, таза, иногда и брюшных покровов. У рожениц, как я неоднократно имел возможность установить, имеется повышенная рефлекторная возбудимость нервной системы. Наличие рефлекса Кермаунера у них говорит за то, что этот рефлекс есть явление повышенной рефлекторной возбудимости у женщин.

Рефлекс, известный под названием *вагинизма*, состоит в непроизвольной судороге *m. constrictoris cunni*, к которому обычно присоединяется таковая же и остальной мускулатуры тазового дна, а в особенно тяжелых случаях—и целого ряда других мышц туловища и конечностей. Рефлекс этот устанавливается обыкновенно перед *coitus*'ом, делая этот последний совершенно невозможным. Было сделано наблюдение, что в основе вагинизма лежит нередко какая-нибудь психическая причина, напр., отвращение к мужу, чувство страха перед первым *coitus*'ом и т. п. На основании этого *Jaschke*³⁾ и некоторые другие гинекологи смотрят на вагинизм, как на „психический рефлекс“. В моей статье *Ueber den Begriff*

¹⁾ Kermauner, Reflex bei der gynäkologischen Untersuchung. Wiener klin. W., 1924, № 23.

²⁾ Галант. Der Kermauner'sche Untersuchungsreflex bei Gebärenden. Zentr. f. Gyn., 1926, № 25.

³⁾ Глава «Erkrankungen der Vagina» в «Handbuch der Frauenheilkunde» von Menge u. Opitz, 1922.

„Psychischer Reflex“ (Zentr. f. Gynaekologie, 1924, № 26) я доказываю, однако, что вагинизм не может быть назван психическим рефлексом уже по одному тому, что мы имеем при нем дело с соматическим, а не психическим явлением. Если в основе какого-нибудь соматического процесса лежит какая-нибудь психическая причина, то мы говорим о *психогенном*, а не о психическом рефлексе.

Психогенный вагинизм, как свидетельствуют те обстоятельства, при которых этот рефлекс появляется, есть патологический рефлекс. Вагинизм поддается лечению (психотерапия) иногда с большим, иногда с меньшим успехом. Встречаются случаи его, не поддающиеся никакому лечению.

Я подчеркиваю еще раз большое значение у женщин маточных рефлексов, состоящих в рефлекторных сокращениях мышц матки. При coitus'e маточные рефлексы играют огромную роль, так как именно сокращения матки необходимы для получения нормального оргазма при coitus'e. Со середины беременности, когда матка не может больше принимать участия в coitus'e, у женщин отмечается при последнем слабый оргазм, или последний отсутствует совершенно, почему беременная женщина и начинает избегать coitus'a¹⁾.

Таким образом из семи описанных нами у женщин рефлексов половой сферы три ирритный рефлекс, рефлекс Кегнелера и вагинизм патологичны, остальные четыре—нормальны. Интересно отметить тот факт, что все рефлексы половой сферы женщины—не исключительно половые рефлексы. Очень часто эти рефлексы устанавливаются у женщины независимо от половых возбуждений и не сопровождаются никаким половым чувством (напр., сокращения матки при родах), и тогда мы, конечно, неправы говорить о „половых рефлексах“.

¹⁾ См. по этому вопросу: Галант, Ueber die Dyspareunie der Schwangeren. Zeit. für Geb. und Gyn., Bd. 89.

К вопросу о грибковых заболеваниях волосистой части головы¹⁾.

Зав. кабинетом д-ра С. С. Аксельруда.

Грибковые заболевания волосистой части головы за последние годы дали значительный рост во всем нашем Союзе, причем в особенности пораженной оказалась Украина: за последнее время здесь наблюдается настоящая эпидемия трихофитии и favus'a. Наш город и округ не отстали от других в этом отношении: за сравнительно небольшой период времени,—с 1 мая 1924 г. по 1 сентября 1925 г.,—через заведомый мною кабинет прошло 870 больных этими заболеваниями.

По возрасту громадное большинство наших больных составляли дети. Если разделить весь наш материал на 5 возрастных групп,—от 3 до 6 лет, от 7 до 12, от 13 до 16, от 17 до 20 и старше 20 лет,—то из общего числа больных на возраст от 7 до 12 лет придется 568, т. е. несколько больше 65%, на возраст от 3 до 6 лет—145 (приблизительно 17%), на возраст от 13 до 16 лет—138 (приблизительно 16%), на возраст от 17 до 20 лет—11 больных и на возраст старше 20 лет—всего 8 больных, т. е. обе последние группы составят всего 2% больных, причем больные эти были главным образом favotики, страдавшие с детства.

Что касается, далее, распределения наших больных по национальностям, то до последнего времени принято было думать, что стригущим лишаем и favus'ом заболевают преимущественно еврейские дети. В нашем же материале евреев было 386, т. е. менее половины, русских—401, украинцев—70, поляков—7, немцев—5 и 1 румын. Такое большое количество заболеваний среди нееврейских детей объясняется тем, что годы империалистической и гражданской войны, общей разрухи и голодовки одинаково коснулись всех, независимо от национальности. Дети еврейской бедноты всегда страдали от хронического недоедания и жили скудно в антисанитарных условиях, что постоянно подрывало их слабый детский организм. Когда же годы общей разрухи и голодовки и антисанитарные условия коснулись также детей нееврейского населения, что в значительной степени ослабило их детский организм, то оказалось, что и они также легко поражаются грибковыми заболеваниями. Отсюда видно, что одними из главных факторов в заражении детского организма трихофитией и favus'ом являются плохое питание и антисанитарные условия.

По отношению к полу оказывается, что мальчики всегда заболе-

¹⁾ Доложено в Зиновьевском Медицинском Обществе 6/III 1926 г. и в Секции Рентгенологов Одесской Научной Ассоциации Врачей 13/IV 1926 г.

вают грибковыми болезнями несколько чаще, чем девочки. Объясняется это тем, что для проникновения инфекции необходимы, так сказать, входные ворота. Так как мальчики более шаловливы и более бойки, чем девочки, то они легче подвергают кожу головы различным травмам и ранениям. Кроме того, мальчики ниже и чаще стригут волосы, чем девочки, что опять-таки способствует у них поранениям кожи. В нашем материале больных мальчиков было 506, т. е. 58%, а девочек—364, т. е. около 42%.

Три четверти всех наших больных составляли дети из детдомов и лишь около четверти—дети, жившие с родителями.

Громадное большинство заболеваний падало в нашем материале на трихофитию—726 случаев (83 $\frac{1}{2}$ %); больных favus'ом было у нас 136 (15 $\frac{1}{2}$ %), микроспорией—6, и двое больных страдали псориазисом волосяной части головы: один из них, 44 лет, был прислан с диагнозом трихофитии, и ему дана была эпиляциянная доза; в другом случае, хотя здесь и был правильно диагностирован псориазис, тем не менее я применил лечение, подобное рентгенотерапии трихофитии, причем результат получился довольно хороший,—хотя явления псориазиса по всему телу не прошли, но на коже головы сыпь исчезла и не наблюдалась в течение 9—10 месяцев.

Итак наибольшее количество заболеваний дала у нас трихофития, причем главный контингент страдавших ею составляли дети до 13—14 лет. Стригущий лишай встречался главным образом в детских домах, favus же, наоборот, у детей, живших в семьях. Это и понятно: дело в том, что трихофития—гораздо более заразительное заболевание, чем favus. Для распространения последнего часто бывают необходимы целые годы совместного пребывания. Мне удалось выявить две семьи, дети которых лечились по поводу парши; в одной семье было четверо больных детей, в другой—трое; после того, как дети закончили лечение, матери их также подверглись рентгенизации, так как оказалось, что они больны паршей с самого раннего детства (одной из них было 40 лет). В противоположность favus'у microsporia встречалась у нас в самом раннем возрасте,—у детей от 3 до 6 лет.

Переходя теперь к технике рентгенизации, применявшейся мною, отмечу, что последняя за указанный короткий период времени несколько раз видоизменялась. Вначале я освещал по пятипольной системе, т. е. голова делилась на пять участков, причем одной трубкой освещался только один больной, и для каждого больного, таким образом, необходимо было пять сеансов облучения. По этой системе нами было подвергнуто рентгенизации 297 больных (несколько больше 34%). Результаты, в смысле эпиляции и последующего нарастания волос, всегда получались прекрасные.

Однако, в виду большого роста грибковых заболеваний не только у нас в Союзе, но отчасти и на Западе, давно уже назрела мысль ускорить процесс рентгенизации, и в Германии д-р Altmann предложил способ лечения, благодаря которому получается возможность одновременно освещать одной трубкой три головы сразу. Способ этот получил название „triplex“. При нем голова делится, кроме того, не на 5 участков, как при пятипольной системе, а на 4. Таким образом получается двойная экономия во времени: во-первых, в отношении количества голов, освещаемых одновременно одной трубкой, во-вторых, в отношении коли-

чества сеансов, получаемых каждым больным. В виду этого я также стал применять способ Altman'a, и по этому способу мною было проведено 293 случая, что составляет $33\frac{1}{2}\%$ нашего материала. Эпиляция в этих случаях всегда получалась также хорошая.

Не довольствуясь этим, я, чтобы достигнуть еще большей экономии времени, видоизменил данный способ, а именно, стал применять triplex по трехпольной системе, т. е. вместо 4 участков головы стал освещать только 3 участка. По этой модификации мною было лечено до 1/IX 1925 г. 280 больных (свыше 32%). Эпиляция получалась при этом ничуть не хуже, чем при 4-польном триплексе.

Подвергая рентгенизации наших больных, я вначале не пользовался фильтрами. В моем материале 297 больных (34%), леченных мною в одиночку по пятипольной системе, освещались без всяких фильтров. Результаты в отношении дальнейшего течения всегда были прекрасные: почти на 300 случаев у меня не было ни одного случая невыпадения волос, ни одного послерентгеновского дерматита и, наконец, ни одного неостотания волос в дальнейшем. Наоборот, как правило, всегда наблюдался более пышный рост волос, чем это было до применения рентгена.

В последнее время, однако, в рентгенотерапии замечается вообще тенденция всюду применять фильтрованные лучи, в том числе и для лечения грибковых заболеваний волосистой части головы. Особенно рекомендуется фильтрованные лучи при освещении по способу triplex. Начавши для массовой рентгенизации применять последний, я также стал употреблять фильтры в 0,3—0,5 мм. алюминия. Таким образом мною было пользовано 573 больных, т. е. около 66% . Но здесь получился очень интересный казус: оказалось, что после оеищения по триплексу фильтрованными лучами стало иногда наблюдаться стойкое неостотание волос с появлением на облысевших участках отдельных седых волос. Это в высшей степени неприятное явление меня сильно озадачило. Само собою разумеется, причину его я сначала стал искать в передозировке. Однако я тщетно старался подметить другие признаки последней в виде дерматитов,—таковых не было.

Чем же объяснить такого рода явление? Я полагаю, что одною из главных причин его является именно применение фильтров, хотя-бы и очень легких. Нам известно, что фильтрованные лучи в сравнении с нефилтрованными значительно удлиняют время, в течение которого получается необходимая для лечения грибковых заболеваний доза. Объясняется это тем, что, отфильтровывая более мягкие лучи, мы качественно и количественно изменяем состав лучей: эпиляционная доза при этом получается от действия жестких лучей без примеси мягких, соответственно чему сеанс удлиняется. Если, напр., жесткие лучи совместно с нефилтрованными мягкими дают эпиляционный эффект в течение 10 минут, то те же самые жесткие лучи после фильтрования их дают тот же эффект лишь в 15 минут. И я полагаю, что, заставляя рентгеновские лучи воздействовать более длительное время на волосные сосочки, мы, быть может, вызываем в некоторых случаях более длительную и стойкую атрофию последних, а это в свою очередь влечет за собою впоследствии неостотание, а также поседение волос.

Возможно, конечно, что здесь играют роль и другие моменты, напр., колебания тока в первичной цепи, возникновение вторичных лучей

от соприкосновения между собою голов и пр. Во всяком случае, исходя из вышеприведенных соображений, я решил впредь, освещая по способу triplex, применять исключительно нефилтрованные лучи. В смысле эпидемии у нас уже имеются при этом хорошие результаты; а дерматитов мы, умело пользуясь нефилтрованными лучами, можем так же избежать, как и при употреблении филтрованных лучей.

В заключение хочу еще в нескольких словах коснуться повторных заболеваний. Рецидивы у нас имеются, да и вообще они наблюдаются в известном проценте при самой тщательной рентгенизации и хорошем последующем лечении. Особенно неминуемы они в условиях нашей работы,—если принять во внимание условия жизни в наших детдомах. Здесь уместно будет вспомнить слова профессора С о б о л е в а, что для успешной борьбы с трихофитией, помимо всего прочего, необходимы еще горячая вода и мыло, мыло и вода!

Проблемы и методы современной психиатрии.

Профессора Т. И. Юдина.

(Речь, произнесенная в заседании Совета Казанского Государственного Университета 18/5 ноября 1927 г. в день 123-й годовщины).

Совсем недалеко еще то время, когда все психические явления объяснялись только как проявление бессмертной, независимой от тела души. Недалеко еще то время, когда на душевную болезнь смотрели, как на результат поселения в теле пациента злого духа, овладевшего его душой, а лечение душевных болезней сводилось к изгнанию этого злого духа молитвами и заклинаниями. Специалистами-психиатрами были тогда духовные лица, а местом лечения душевных болезней—монастыри. Там, где лечение не удавалось, оставался только один способ избавиться от злого духа: сжечь, уничтожить тело, ставшее ему жилищем. И еще в 1865 г. известен случай в Западной Европе, когда «святые мужи»,—секта, основанная сапожником Voigt-ом,—уговорили двух матерей убить своих детей, так как дети были одержимы злым духом. Еще в 1749 г. Медицинский Факультет в Бюрдбюрге присоединился к Теологическому, присудившему одну колдунью к смертной казни. Еще в тридцатых годах XIX столетия Friedreich'y приходилось самым серьезным образом опровергать господствовавшую тогда моралистическую теорию душевных болезней, утверждавшую, что помешательство есть следствие распутства и греха.

Только с конца XVIII века началось, хотя и чисто-внешнее, но все же научное описание психических заболеваний, как обычных, а не сверхъестественных явлений. Но долгое время, вследствие крайней сложности психических явлений, это научное изучение сводилось лишь к внешнему описанию наблюдавшихся проявлений—симптомов болезни: ученые психиатры лишь любовно коллекционировали живописный материал психопатологических явлений без всякой пока попытки глубже проникнуть в его биологическую сущность. Еще долго ученый психиатр с жизне-радостным восторгом юного естествоиспытателя лишь фиксировал внешнюю картину психозов, стремясь охватить своим взором все пышное разнообразие причудливых психопатологических явлений; классификация сводилась лишь к систематическому перечню явлений.

Это был период т. наз. *симптоматологической* психиатрии. Длился этот период очень долго, так как поставить проблему душевных болезней, как биологическую проблему, можно было только в связи с целым рядом сложных и многообразных проблем жизни человеческого организма, для решения которых долгое время не было достаточных научных данных. Однако симптоматологическая психиатрия, установив объективно внешнюю картину психозов, распределив их по их оттенкам, тональностям и звучностям, тем самым в дальнейшем облегчила возможность вйти к познанию их структуры и генеза.

Эпоха целлюлярной патологии, с ее успехами в области анатомического изучения всех органов, которыми ознаменовалась вторая половина XIX столетия, патолого-анатомическим и гистологическим изучением строения нервной системы, положила первый камень к основанию прочного биологического базиса в изучении душевных болезней. Стремление Wernicke создать чисто-анатомическую классификацию душевных болезней было лучшим отражением этой эпохи. Отдавая дань своему времени, Wernicke и душевные болезни думал построить на чисто-статистическом представлении о строгой локализации психических функций в нервных центрах, тесно связанных с определенной анатомической территорией мозга. Блестящие исследования Hitzig'a, Meinert'a, Weigert'a, Nissl'я и многих других ученых предоставили современной психиатрии колоссальной ценности материал, давший возможность дальнейшего прогресса нашей науки.

Одновременно с этим успехи клинического изучения течения и исхода душевных болезней,—изучения не отдельных симптомов, а сложного их сочетания и значения этих сочетаний для хода болезни,—мало-по-малу вели к созданию т. наз. *нозологического* направления в психиатрии. Начавшись еще в начале XIX сто-

летия со знаменитого наблюдения Esquirol'я: «L'embarras de la parole est une signe mortelle», подготовленное работами Kahlbaum'a, Hecker'a и др., это психологическое направление достигло своего высшего развития в руках Kraepelin'a, сумевшего создать стройную систему клинической психиатрии. Игнорируя несущественные детали, выделяя наиболее важные для клиннки симптомы, Kraepelin создал схемы основных групп душевных болезней, благодаря которым в дальнейшем получилась возможность глубже проникнуть в биологию психопатологических явлений. Kraepelin'овское направление, охватившее в конце концов почти весь психиатрический мир, наметив основные опорные пункты в предказании течения и исхода психоза, поставило опознавательные вехи для разработки объективных мерил не только статических, но и динамических сущностей психопатологических явлений.

Возвратившееся после многих патолого-анатомических изучений в клинику внимание исследователей психологической школы, искусившееся уже в точных определенностях лабораторного эксперимента и в закономерных повторяемостих микроскопической аутопсии, внесло и в ряды клинических исследований те же методы, которыми пользуется всякое научно-направленное объективное исследование: измерение и эксперимент. Оно не отказывалось и от дальнейших патолого-анатомических исследований, только более тесно связывало и объединяло эти исследования с клиническими фактами (исследования сотрудников: Kraepelin'a—Alzheimer'a, Spielmeyer'a и др.), стремясь найти в них подтверждение и объяснение уже обнаруженной клиникой своеобразностей течения болезни. Для объективной и экспериментальной оценки формы и качества клинических явлений психологическая клиническая психиатрия обращалась не только к анатомии, но ко всем развивающимся биологическим дисциплинам: и к физиологии, и к физиологической химии, эндокринологии, экспериментальной психологии и т. д., а все эти дисциплины как раз в это время начали широко развиваться.

Психология, уже значительно отошедшая к этому времени от схоластических, философских построений, стремилась также со времен Feshner'a найти объективную, математически определяемую оценку психических явлений. Выработанные экспериментальной психологией методы нашли применение и в клинической психиатрии, механизмуя ее приемы исследования и давая возможность количественной оценки многих психопатологических явлений. Сам Kraepelin, будучи учеником Wundt'a, был одновременно и блестящим, гениальным клиницистом, и превосходным психологом-экспериментатором.

Клиническое изучение микседемы, кретинизма, евнухоидизма и пр. связало психиатрию с учением о железах внутренней секреции. В конце концов постепенно выяснилось, что система эндокринных желез является филогенетически одним из самых первых элементов объединения всего организма в замкнутую целостную систему; эндокринные железы являются анализаторами химической энергии, действующей в организме,—так сказать, органами внутреннего химического чувства. Выяснилось, что, регулируя интенсивность и особенности ассимиляции и диссимиляции потребных для жизни веществ, эндокринная система тем самым определяет и тонус работы нервной системы, а прежде всего особенности эмоциональной жизни, что очень ярко за последнее время было подтверждено и экспериментальными исследованиями Cannon'a и его школы.

Этими исследованиями подводился все более обоснованный теоретический, биологический базис для понимания отдельных психологических форм, как своеобразных эндокринных систем, хотя подававшие одно время большие надежды исследования с ферментной реакцией Abderhalden'a, пытавшиеся дать объективно качественный анализ эндокринных изменений, и оказались неполно оправдавшимися.

Психологическое направление хотело своеобразно приспособить для обоснования биологической обоснованности выделенных психологических форм и учение о наследственности. С самых древних времен, еще со времен Библии и индийских священных книг, конечной причиной душевных болезней, «la cause des causes» по выражению Dejerine'a, считалась наследственность. В связи с общепсихологическим учением об эволюции, главным образом в связи с учением Buffon'a и Lamarque'a, во второй половине XIX столетия психиатры в лице Morel'a, Morel'a и d'Esquirol'a, в дальнейшем Féré, Dejerine'a и др., стали говорить о душевных болезнях, как об особой форме регрессивной эволюции. «Душевная болезнь является результатом постепенного вырождения, проходящего через ряд поколений»,—говорит Morel. В первом поколении появляются, вследствие тяжелых

условий жизни, нервный темперамент и нравственная несостоятельность, во втором—тяжелые неврозы, в третьем—психические расстройства, в четвертом—идиотизм, уродства и, наконец,—бездетность, гибель рода. Все психозы одинаково, по Моголею, суть следствие постепенного вырождения, и в роду они не только могут, но и постепенно заменяют друг друга. Несходство даже характерно для вырождающихся семей. «В то время, как сходство потомства является правилом в семьях нормальных людей и представляет одно из главных условий жизни вида, в семьях вырождающихся царит несходство, являющееся результатом ослабления живучести»,—говорит Моголь.

Точные исследования нозологической школы, произведенные с соблюдением правильного подбора материала, показали, однако, что в подавляющем числе случаев (до 75% у братьев и сестер) психозы, если их расценивать с нозологической точки зрения, являются сходными в одной и той же семье,—что прогрессивного вырождения типа Моголя не существует, и детей-идиотов у душевно-больных родителей почти никогда не бывает. Надо различать повреждение зародыша во время его развития всевозможными ядами (сифилисом, алкоголизмом и т. п.), вследствие которого рождаются уроды и идиоты, и эндогенные, стойко наследуемые психозы: dementia praecox и маниакально-депрессивный психоз прежде всего. Эти психозы зависят от особенностей организации, а не от вырождения. Заболевающие этими психозами—люди особой породы.

Этим, как и особенностями эндокринной организации, нозологическая школа думала биологически обосновать не только клиническое, но и биологическое своеобразие выделенных ею основных форм. Течение и исход психоза роковым образом предопределялись его причислением к той или иной нозологической группе и оказывались мало зависящими от внешних факторов.

Правда, наряду с эндогенными психозами нозологическая школа занималась и изучением психозов при инфекциях и отравлениях; однако здесь уже давно выяснилось, что одной причине соответствует не единый симптомокомплекс, а несколько (при алкогольных психозах, напр., бред, галлюцинации, Корсаковский симптомокомплекс, обыкновенное и патологическое опьянение), и разработка этих психозов, хотя и шла вперед, но чисто-симптоматологически, хотя резкое, определенное отграничение этих экзогенных психозов от эндогенных и было одной из заслуг нозологической школы.

Успешнее шла разработка клиническим, чисто-патологическим и серодиагностическим путем прогрессивного паралича, где его единообразная этиология окончательно была установлена. Много было сделано и в разграничении сифилитических заболеваний мозга, а также артериосклеротических психозов, но и здесь индивидуальные особенности течения психоза оставались неразъясненными.

Вообще *интегральное* учение Краепелина не давало возможности для выяснения конструкции душевного мира обособленной конкретной личности, и потому вполне естественно, что уже издавна возникали течения, пытавшиеся дать индивидуальную конструкцию психопатологических построений. Необходимо было пополнить схему Краепелина изучением значения индивидуального склада в проявлении душевной болезни, изучением значения переживаний, окружающей среды и т. п.

Одним из первых крупных уклонов в сторону такого индивидуального исследования в психопатологии бесспорно следует считать учение Фреуда о подсознательных психических факторах и комплексах, получившее в руках Юинга, с его ассоциативным экспериментом, и известные объективные мерита.

Однако нельзя забывать, что содержание психики больного, т. е. изучение последовательного ряда его переживаний, могло выяснить конструкцию душевного мира только обособленной конкретной личности, а не те групповые особенности, которыми определяется ее психопатологическая и общевыводная оценка; оно неспособно выяснить как раз те закономерности, которыми обуславливается форма этих переживаний, их взаимоотношений и наслоений. Лишь в связи с нозологическим истолкованием эти формы индивидуального изучения переживаний, в руках Блеуера, а позднее Кретшмера, получили плодотворное объективное, а не метафизическое развитие.

Между тем успехи биологических наук,—развитие генетики в связи со вторичным открытием законов Менделя, успехи биологической химии, успехи физиологии нервной системы, в особенности в связи с исследованиями Шеррингтона и Павлова, изучение симпатической нервной системы, изучение—в связи с эпидемией летаргического энцефалита—значения подкорковых ганглиев и стриопаллидарной системы, наконец, накопление колоссального материала психических изме-

лений в связи с переживаниями в военное и революционное время,—значительно видоизменили как основную биологическую базу наших представлений о психических явлениях, так и расширили наш клинический опыт.

Естественно, что и психиатрическая мысль пришла в движение, и упрочившееся, было, здание психологической психиатрии должно было перестраиваться. И, если колоссальные успехи многих отделов биологических знаний давали возможность более солидного биологического обоснования выдвигавшихся и раньше вопросов, то в то же время их крайняя, еще ярче выявившаяся теперь сложность создавала нередко и массу всякого рода сомнений. В Западной Европе, где в связи с войной, в особенности в странах побежденных, возникли вообще мрачные мысли о ходе нашей культуры,—вспомним хотя бы книгу О. Spengler'a «Закат Европы»,—эти сомнения получили особенно яркое выражение. И особенно, пожалуй, ярко это течение сказалось в побежденной Германии, откуда мы, русские, особенно часто черпаем наши научные знания. Появился целый ряд работ талантливых психиатров,—Kronfeld'a, Schilder'a, Hildebrandt'a, K. Schneider'a, более осторожного Jaspers'a,—которые говорят о невозможности биологического понимания психопатологических процессов, говорят об освобождении психиатрии от «неврологического рабства», о «церебральной мифологии», о понимании сущности болезни путем «интуитивного проникновения в переживания больного» и о возможности только симптоматической психиатрии, как науки не «естественной, а «умозрительной».

Течение это было настолько широко, что на 88 С'езде Немецких Естествоиспытателей и Врачей в Инсбруке, в 1924 г., потребовались два доклада, Kleista и Вилке, доказывающих—и притом с большими уступками в сторону противников—необходимость естественно-научной психиатрии. Несомненно, в отдельных критических замечаниях, в отдельных положениях авторов и этого направления найдутся некоторые интересные и полезные для развития психиатрии, как естественной науки, мысли. Как и у Freud'a, особенно увлекательным здесь является стремление не ограничиваться установлением типа, формы болезни, но найти ее связь со всеми индивидуальными особенностями переживаний, связать ее с жизнью отдельного индивидуума. Эти изучения связи содержания психоза с окружающей средой увлекают, повидимому, и некоторых наших российских материалистических психиатров на путь чисто Freud'овской, Jaspers'овской и даже Kronfeld'овской психиатрии. Но нельзя забывать, что наука в гуще деталей ищет прежде всего общую закономерность, и эту общую, а не индивидуальную закономерность надо искать и в отношениях личности и среды.

Но военные события повели не только к этим пессимистическим, метафизическим построениям,—у многих послевоенное состояние вызвало, наоборот, сознание необходимости усиленной работы во всех областях. Материал, доставленный войной и голодом и колоссальными социальными сдвигами, давал много нового. И вот, начинается расцвет и биологических исследований, появился ряд новых биологических течений. Возвратимся к ним.

Прежде всего остановимся на данных генетики. Начатое Rüdin'ым, продолженное Hofmann'ом, Kann'ом и другими исследователями приложение Менделеевских законов к изучению наследственности душевных болезней дало много нового и интересного. Оно прежде всего рассеяло те недоумения, которые оставались у лиц, занимавшихся изучением наследственности в психиатрии прежними методами.

В 1904 г. Strohmeyer писал: «Мы твердо сознаем, что существуют какие-то наследственные отношения в передаче душевных болезней, но является вопросом, что составляет правило и что исключение,—что должно и что может быть унаследовано, где прекращается наследственность. Мы видим, как в одном поколении сила заболеваемости достигает ужасающей высоты, но в ближайших к нему поколениях без видимой причины заболевания сводятся на нет. В семьях, которые в целом ряде поколений не давали психозов, вдруг, как молния, появляется душевная болезнь и опять быстро исчезает. От брака психопатических личностей рождается душевно-здоровое потомство, душевно-здоровые дают больных детей».

Открытие того, что большинство душевных болезней наследуются, как рецессивный признак, применение законов расщепления при исследовании потомства двух неодинаковых родителей в достаточной степени объясняли причину исчезновения и нового появления психозов в одной и той же семье. Но самым интересным в современном изучении наследственности в психиатрии было то, что это изучение

повело к установлению самой тесной связи между душевными болезнями и особенностями характера, не являющимися явно-патологическими, и к возможности выделения ряда биологически обособленных типов характера. Здесь больше всего фактов дало изучение наследственности шизофрении. Rudi'n'ым было установлено, что шизофрения наследуется, как дигенный рецессивный признак. Раз это так, то, помимо лиц, не содержащих вовсе признаков шизофрении, и помимо шизофреников, содержащих оба шизофренических гена, имеются лица, обладающие только одним из шизофренических генов. И все эти генетические типы должны встречаться, по закону расщепления, в семьях, где оба родителя видимо здоровы, а среди детей имеются шизофреники. Что же они из себя представляют?— вот вопрос, который прямо ставился генетическим исследованием и повел к большому обращению внимания на изучение особенностей немалого числа «своеобразных», но еще не душевно-больных людей, встречающихся в семьях шизофреников. — повел к более тщательному изучению тех особенностей характера, которыми обладают и сами шизофреники до наступления заболевания. Ряд исследователей выделил, в конце концов, так называемый шизоидный характер (не психоз, а характер), который впоследствии так блестяще был описан Kretschmer'ом. Генетика более точно установила таким образом тот «нормальный» фон, на котором развивается душевная болезнь, шизофрения, биологически. Генетика дала биологическое понимание чувствовавшимся уже раньше связям особенностей еще «нормального» характера и психоза; она уточнила понимание того, от каких именно видимо-здоровых людей может произойти больное потомство.

Много нового для понимания генеза психозов дали и успехи в изучении физиологии нервной системы, в изучении анатомии подкорковых ганглиев. Разработанные за последнее время Cherrington'ом законы „реципрокных“ сложных рефлексов, законы динамического взаимоотношения действия центров спинного мозга с «индукцией» от одного центра к другому, с торможением и раздражением последовательного ряда центров друг от друга без нового внешнего раздражения, вследствие чего получается от однократного раздражения сложное, но единое движение,—показали, что даже спинной мозг представляет далеко не простой агрегат отдельных сегментарно расположенных центров,—что нервная система обладает способностью внутренней регуляции, как единое целое.

После клинического изучения летаргического энцефалита, после работ Z. и O. Voch't'ов и др. авторов о функциях стрио-паллидарной системы, учения Langley'a о нервной-гипофизарной системе, объединяющей железы внутренней секреции и вегетативную нервную систему, образующую вместе с подкорковыми центрами вторую «глубинную» (помимо корковой) личность субъекта,—для нас стало более понятным представление об основных, наследственно передающихся особенностях темперамента субъекта.

Изучение изменений темперамента после летаргического энцефалита сделало особенно ярким понимание зависимости известной части психических особенностей от подкорковых центров. В системе «глубинной» личности заложены сложные двигательные механизмы, которые определяют, соответственно с особенностями биохимических приспособлений к среде, очень сложные и целесообразные для организма ответы на эти биохимические условия, определяют его стремления (Triebe) и инстинкты, которые внутри организма переживаются, как эмоции, как чувства удовольствия или недовольства, как импульсивные влечения.

Таким образом в настоящее время, говоря о морфологической основе психической деятельности, мы не можем ограничиться морфологией одной коры головного мозга и даже нервной системы вообще, но должны считаться с изменениями всех органов, всего организма. При рассмотрении психопатических особенностей, психозов мы должны иметь в виду, что это — не только болезни коры полушарий мозга, как то думали Meinert и Griesinger, а общее заболевание всего организма. В связи с этим становится понятным и то направление в психиатрии, о котором мы будем говорить дальше, и которое так широко развивается за последнее время,—направление, стремящееся найти связь между психикой и телосложением вообще; становится понятной и идентичность психической и соматической личности.

Не отдельные мозговые центры, а вся сложная био-химическая организация определяет характер, психику человека.

Над этими «глубинными» механизмами надстраивается система корково-мозговых анализаторов, воспринимающих не только грубые и непосредственные физико-химические воздействия окружающей среды, но и воздействия более слож-

ные и отдаленные, а корковые эффекторные пути при посредстве сложной системы переключений, тесно связанных со всеми привычками и переживаниями, становятся способными к самым тонким ответам на мельчайшие изменения окружающей среды.

Над массовым пластом стойких, врожденных рефлексов (инстинктов) с их законами взаимной индукции, законами т. наз. «внешнего торможения», — образуется еще целый ряд «условных рефлексов», изучение законов которых составляет заслугу школы проф. И. П. Павлова. Взаимодействие аппаратов условных рефлексов устроено таким образом, что мозг все время представляет из себя постоянно меняющуюся «мозаику» возбужденных и заторможенных пунктов и управляемых ими аппаратов, причем мозаика эта меняется от мгновения к мгновению, в зависимости от меняющихся раздражителей внешнего мира, и действительно дает возможность «схватывать действительность во всех ее формах».

Но вся эта изменчивость условных рефлексов, как уже сказано, базируется на более стойких «безусловных» рефлексах, благодаря чему достигаются одновременно и устойчивость организма, и изменчивость его реакции по отношению к окружающему миру.

Эта намеченная здесь в самых грубейших чертах схема построения личности, данная успехами современного анатомо-физиологического изучения, дала возможность к разрешению целого ряда психиатрических проблем и к постановке новых. Мы различаем теперь, с одной стороны, те механизмы, которые ведают нашей эмоциональной и инстинктивной жизнью, быстротой химических превращений организма, создают темп его психической жизни. Эти механизмы наследственны, устойчивы. Их выявление самым тесным образом связано со всей соматической организацией. Их перво-эндокринный центр помещается в стволовых ганглиях.

Kleist к стволовым причисляет следующие психонатологические симптомы: навязчивые состояния, ипохондрические, экспансивные состояния, параноидальные состояния, аффективные синдромы мании и меланхолии, расстройства сна, сумеречные состояния, гиперкинезы и акинезы.

Таким образом получается, что все эндогенные психозы связываются с „глубинной“ личностью и подкорковыми центрами, тесно связываются с эндокринной системой и общим строением организма. Вполне естественным становится, что они являются наследственными и непосредственно обусловленными своеобразным функционированием всей системы организма.

В связи с этим становится понятным и то увлечение, с которым было встречено психиатрами учение Kretschmer'a о связи телосложения и характера. И „глубинная“ психическая личность, и весь телесный наш склад в его целом одинаково определяются древними, в течение долгих веков развития образованными механизмами, которые объединены эндокринной системой и симпатической системой и которые имеют, свои высшие центры в стволовых ганглиях: здесь центр темпа и психической жизни, и физической жизни. Правда, учение Kretschmer'a намечало лишь два, новидимому, наиболее выраженных и часто встречающихся типа: тип астенического (лептозомного) телосложения („все в длину“), связанного с шизоидным характером, и тип пикнического (широкого) телосложения, связанного с циклоидным (маниакально-депрессивным) характером, но основные принципы в книге Kretschmer'a были намечены так талантливо, изложены так блестяще и ярко, что в дальнейшем наместили здесь путь для многих исследований, стремящихся найти, исходя из тех же принципов, и другие многообразные типы и телосложения, и характеров¹⁾.

В связи с учением о темпераменте, как выражении особенностей всей соматической организации, становится понятным и то увлечение, с которым сейчас ведутся многими психиатрами (Wuth, Koffka, Allers и др.) био-химические исследования по вопросу об особенностях обмена веществ при различных болезнях и вообще по изучению различных соматических особенностей душевно-больных (особенностей их сердечно-сосудистой системы и т. д.).

Эти течения все больше сближают психиатрию с общей медициной; психиатрическая точка зрения целиком включает теперь и точку зрения интерниста. За последнее время появляются даже работы психиатров, которые усиленно подчер-

¹⁾ Д-р М. П. Андреев в нашей клинике выделяет, напр., феминальное телосложение у мужчин, связывающееся очень часто с параноидным характером, и т. д.

кивают, что нередко особенности психической жизни, и ее изменения могут служить легко и рано отмечаемым признаком того или иного соматического заболевания, — нередко признаком даже более тонким, чем обычные клинические методы интентивов. Уже давно, напр., отмечено, что имеется целый ряд психических признаков, свидетельствующих о раннем артериосклерозе (колебания настроения, быстрая утомляемость, органическая благодушная психика со склонностью, однако, к раздражительности, при легких симптомах выпадения корковых функций — памяти и т. п.).

С другой стороны мы считаем, что над „глубинной“ личностью стоит кора, регулирующая все высшие функции и ставящая их работу в соответствие с реальной действительностью. Органическое поражение коры, связанное с поражением воспринимательных анализаторов, вызывает нарушение ориентации, распад понятий, разные виды деменций, в случаях же раздражения коры — галлюцинации, спутанность.

Вполне понятно поэтому, что при *острых* поражениях коры, вызываемых интоксикациями и инфекциями, прежде всего возникают именно галлюцинозы и аменции. Von Höfer называет этот вид психических реакций „экзогенным типом реакций“. Вполне понятно, что тип „экзогенных“ психических реакций совпадает с корковыми реакциями. Кора, наиболее позднее в филогенетическом ряду образование, не так непосредственно связанное с эндокринной системой, защищающей организм от вредных химических влияний, действительно, повидимому, легче всего поддается различным химико-биологическим повреждениям, если только они сумели достигнуть коры.

Но эндогенный тип корковых реакций, как это указал Kraepelin, развивается только при быстрых и острых реакциях, при хронических же, затрагивающих весь организм болезнях кора обычно реагирует обширными симптомами выпадения, и это сказывается прежде всего освобождением и резким проявлением наружу стволовых особенностей, которые до того времени сдерживались и контролировались корой. Хронические поражения дают поэтому всегда картины, окрашенные чертами эндогенных психозов.

Из невропатологии мы знаем, что выпадение высших аппаратов ведет не только к превращению их собственных функций, но и к гиперфункции нижележащего аппарата, оказавшегося в условиях „патологической изоляции“. Даже по этой гиперфункции нижележащего аппарата мы прежде всего узнаем о поражении высшего аппарата. И действительно, и в области психической при обширных хронических поражениях коры начинают сильно и без соответствия с действительностью выявляться те особенности глубинных механизмов, которые существовали и раньше, но сдерживались высшими аппаратами. Шизоидные, циклоидные, астенические механизмы переходят в состояние гиперфункции, и получается соответствующая окраска психозов и в случаях поражения коры.

Особенно ярко это видно при прогрессивном параличе — заболевании с несомненным поражением коры. Pernet нашел, что у лиц с депрессивными чертами характера до паралича прогрессивный паралич течет в виде депрессии, у эйфорических людей — в виде экспансивной формы. Kalb в 28 семьях с шизофреническим отягощением нашел во всех тупую, дементную форму паралича, а в 10 семьях с маниакально-депрессивным отягощением — аффективные формы.

Однако, следует сказать, что такая гиперфункция «глубинных» аппаратов выявляется не только при органическом поражении коры. То же случается, если возможность быстрых переключений высших механизмов парализована либо чрезмерным раздражением одного какого-либо ее аппарата в обычном ходе ее текущей работы („комплекс“ Freud'a, „доминанта“ Ухтомского, внутреннее торможение Павлова), либо вследствие недоразвития высших механизмов.

Обычная работа коры — эта работа возбуждения и торможения условных рефлексов, эта работа приспособления высших психических аппаратов к каждому данному моменту окружающей жизни, это наши размышления, переживания высшего порядка. И вот, чрезмерно сильное одностороннее переживание, вызывая торможение остальных аппаратов условных рефлексов, ведет к гиперфункции глубинных механизмов.

Так мы подходим к физиологическому объяснению значения переживаний в возникновении психопатических вспышек. Очень картинно роль высших механизмов в этих вспышках изображена в теории происхождения истерии Kretschmer'a и в теории Storch'a о шизоидных механизмах, как механизмах «древних», «примитивных». Kretschmer полагает, что в те моменты, когда человек не имеет воз-

возможности путем разумного рассуждения и волевого действия (т. е. путем работы высших механизмов коры, путем переключения условных рефлексов) найти защиту по отношению к внешним раздражениям, не может выйти из затруднительного положения, он переходит к примитивным реакциям. Тогда высшие психические аппараты начинают диктовать свои требования поступкам, давая им свою окраску, свое направление. «Во время войны истерические привадки служили часто,—говорит K r e t s h m e r,—предохранительным клапаном на случай чрезмерного давления у лиц с пониженной сопротивляемостью, так как последние, благодаря им, избавлялись от нагрузок, до которых они не доросли».

У человека психически-здорового примитивные реакции возникают только в исключительно-тяжелых случаях,—в панике, когда высшие душевные функции мгновенно парализуются чрезмерным раздражением, в очень тяжелых жизненных положениях, когда размышление никак не может спасти. У лиц, остановившихся на инфантильной ступени развития,—у малокультурных, у женщин, у психопатов,—они возникают и при более слабых раздражениях, в обыденной жизни.

Немало психиатров во время войны видели не только истерические вспышки, вспышки т. наз. травматических неврозов вследствие тяжести войны, но и вспышки быстро проходивших шизофрений, параноидные вспышки и т. д.

Наблюдения тюремных психозов также показали, что и здесь, под влиянием тюремных переживаний, возможны и шизофренические, и депрессивные, и агрессивные эпилептоидные и параноидные вспышки психозов, которые при благоприятных условиях кончаются выздоровлением.

Таким образом получался вывод, разрушающий до известной степени основы нозологической психиатрии: исход психоза, его течение зависит не от формы психоза,—есть излечимые острые вспышки и шизофрения,—а оттого, в каком соотношении находятся все механизмы личности. Там, где высшие механизмы стойко повреждены, там «примитивные механизмы» надолго остаются господствующими, там же, где недейтельность высших механизмов была временной, соответственной требованию данного момента, там по истечении некоторого времени все патологические явления исчезают.

В известных условиях, впрочем, «бегство в болезнь», выявившееся в тяжелых условиях, неожиданно для самого больного оказывается полезным и в обыденной жизни, и тогда кора овладевает и этим, обычно скрытым, слишком резким и «примитивным» выявлением высших механизмов, и они (примитивные вспышки) могут появляться по желанию. Так создаются учащенные бурные вспышки гнева у травматических невротиков, если они видят, что эти вспышки вызывают к ним сочувствие, или страх перед ними, и помогают достижению их желаний.

Здесь то и важно поставить подобных субектов в такие условия жизни, где наиболее полезна для них будет обыкновенная разумная, рабочая жизнь, а не «болезнь». В Германии развившаяся после войны эпидемия травматического невроза и истерии была побеждена тем, что травматические невротики в их вспышках не признавались немняемыми, истерики не попадали на страховое обеспечение. Им тогда оказывалось невыгодным болеть, и они выздоравливали.

Таким образом мы видим, как неврологическое направление в психиатрии сливается с наследственным, сливается с направлением конституциональным, с изучением всего соматического организма и считается с моментами переживаний и окружающей среды. Создается единая стройная концепция. Мы видим, как постепенно все направления все больше приводят нас к необходимости изучать не только резко выраженные дефекты психики, не только психозы, но и особенности характера,—мы видим, как, исходя из выделенных путем клинического наблюдения нозологической психиатрией основных форм, мы мало-по-малу доходим до понимания, так сказать, нормального психиатрического склада, характера, до понимания острых психотических вспышек.

Уже несколько лет многие психиатры говорят об особенной важности «*psychiatria extra muros*»—психиатрия вне стен психиатрической больницы. «*Heraus aus dem Thurm, hinaus in das Leben*»—звонит психиатров S t r a n s k y.

В самом деле, когда основные механизмы резко уже разрушены, что здесь делать медицине? Что было-бы с внутренней медициной, если-бы интернистам представляли для лечения лишь случаи явно безнадежные, где процесс разрушения уже окончательно уничтожил важнейшие органы, а пациент стал развалиной и неспособным настолько, что это видно и каждому не-медику?

А ведь психиатры долгое время были поставлены именно в такое положение: в психиатрические больницы помещались только случаи или уже хронические,

или из острых только те, где отмечалось самое тяжелое и резкое расстройство всего поведения. Между тем, конечно, надо, чтобы отмечались и возможно раньше попадали к психиатрам случаи, где проявления болезни не зашли еще далеко, где проявляются только первые симптомы болезни.

И вот, за последнее время все больше говорят о необходимости создания психиатрических больниц, совершенно открытых, которые не были-бы переполнены наводными вполне понятным ужас, потерявшими человеческий облик хрониками, — в которые обращались-бы со всеми самыми легкими психическими недомоганиями, — куда направлялись-бы лица со всеми, хотя-бы и легко-патологическими, особенностями характера.

В различных формах т. наз. неврастения психиатры все чаще видят начальные, abortивные формы тех же психических особенностей, которые резко выявляются и в тяжелых психозах, а отсюда составляется мнение, что только сведущий в психиатрии врач сумеет и в случаях неврастения и поставить надлежащий диагноз, и назначить надлежащее лечение. Истерические реакции целиком связаны со всеми особенностями психической личности и потому подлежат только ведению психиатра.

Винке в своем реферате XV Съезду Немецких Невропатологов в Касселе, в 1925 г., „О ревизии вопроса о неврозах“ прямо говорит: „Es gibt keine Psycho-neurosen mehr“. Были когда-то болезни истерия, ипохондрия, неврастения, но они исчезли. На место болезни остался синдром, а структурный анализ болезненную картину стремится объяснить на основе различных наследственных психических предрасположений и влияния внешних факторов — «переживаний, сомато-психических особенностей в их целом».

Все больше оживает в психиатрии и терапевтическая мысль, базирующаяся на понимании сущности болезни и ее структуры. Все больше говорят психиатры о необходимости выбора занятий соответственно особенностям характера, о значении переживаний, утомления и т. д. Психическая гигиена становится более оформленной дисциплиной с конкретными содержанием. Возникает обширное психогигиеническое движение. В 1909 г. Клуфордом Веером, в С.-Американских Соединенных Штатах, был создан «Национальный Комитет психической гигиены», который с 1916 г. стал официальным государственным учреждением. В 1923 г. учрежден такой же комитет в Англии, здесь же постановлено открыть особый госпиталь (имени Maudsley) для лечения самых ранних проявлений психопатий. В 1920 г. во Франции открыта «Лига гигиены и профилактики душевных болезней». Такое же движение существует и в других странах, и всюду в большинстве случаев стремятся при общих (не-психиатрических) больницах организовывать открытые отделения для легких случаев душевных болезней, понимаемых в самом широком смысле, как это думает понимать современная психиатрия.

Так от единой метафизической души, от злого духа, уравниющего во время психоза всем телом по своему капризу, через любопытствующее навизе описание внешней картины душевных заболеваний, — психиатрия постепенно пришла к познанию всей сложности и закономерности работы всего человеческого организма и пониманию психического, как результата работы всех несчисленных частей всего организма в его целом. Психическое и физическое сливаются в одной закономерной гармонии.

Для старой психологии психика складывалась из отдельных элементарных психических процессов. Даже к самому понятию личности ассоциативная психология подходила так же механически, определяя ее, как систему связанных между собой чисто-механической связью психических элементов. Новые немецкие психологи — K uler, Wertheimer, Koffka, создавшие под именем Gestaltpsychologie новое научное течение в психологии, исходят из того, что психика представляет собой целостный, неразложимый процесс, целостную и неделимую на элементы систему. Конечно, при искусственном анализе всегда можно разложить целое на отдельные его части, но тогда мы тем самым потеряем своеобразие целого. Сущность психического в том и состоит, что в организме, путем приспособления к окружающей среде, образуется такая сложная, целостная, замкнутая система, которая соответствует данной ступени развития живых организмов. И именно в целостности всей системы и заключается психическое.

Поэтому-то и познание различных типов построения психики возможно только, если исходить не из отдельных элементов и их сочетания, а если охватывать все строение организма, как сложное целое естественное поведение, что и делает современная психиатрия, выделяя сложные типы шизоидных, циклоидных, параноидных, тревожно-мнительных и др. типов характера.

Психическое „я“ организма—выражение всей его конструкции в целом, а не одной только его первой системы или еще какой части. Всякое изменение „я“ есть изменение,—динамическое или статическое,— всей его структуры в целом.

Таким образом мы видим, как психиатрия превращается постепенно в область медицины, для понимания которой необходимо самое углубленное изучение всего решительно организма. Мы видим, как те проблемы, которые ставит себе психиатрия, могут быть разрешены только в самой тесной связи с биологией вообще и со всеми отраслями медицины в частности. Эта связь современной психиатрии с остальными науками о человеке должна быть особенно подчеркнута.

Долгое время психиатрическая клиника и практическая психиатрия стояли особняком от остальной медицины. Наступила пора их связать самым тесным образом. Методы психиатрии в настоящее время—это методы изучения человека, свойственные и всем другим, изучающим человека, дисциплинам, каковы гистология, физиология, химия, генетика. Соматическая медицина во всех ее сторонах, а не одно изучение мозга, должна лежать в основе изучения психиатрии. Но и врачам-интернистам надо помнить, что психиатрия ставит часто такие вопросы, которые весьма важны для всей медицины, которые важны и для интерниста.

Совершенно понятно, напр., почему в вопросах о конституции, о наследственности психиатрия идет во главе остальной медицины. Давно уже известно, что надо лечить не болезни, а больного человека. К гаус говорит, что нет болезней отдельных органов, а есть только болезни личности, как целого. И здесь пренебрежение со стороны соматиков психическими симптомами, являющимися выражением личности прежде всего, есть, несомненно, только плохой пережиток старины.

„Психическая реакция на заболевание,—говорит проф. Г а н и у ш к и н,—должна учитываться каждым врачом независимо от его специальности; многие врачи стараются эмансипироваться от всякого психического воздействия со стороны своих больных, они боятся под влиянием этого воздействия недооценить или переоценить соматическую,—по их мнению, единственно важную,—сторону болезни.. Знахари и шарлатаны имеют успех не только вследствие невежества и некультурности масс,—они имеют успех и в культурных странах, потому что они обращают внимание (правда, часто неправильное, считающиеся не с интересами самого больного) на психику своих пациентов. Правильное понимание, правильный учет психической реакции—требуют от всякого врача знаний психиатрии. Истерик, психастеник, шизоид, циклоид—все они каждый по своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную болезнь и поведет врача по совершенно ложным следам, часто создаст не существующие у него болезни; психастеник будет преувеличивать, сангвиник-циклоид—преуменьшать и даже отрицать свое заболевание, шизоид—то создавать совсем мнимые картины болезни, то не замечать и отрицать самое явное и т. д. По отношению к каждому из них врач должен точно уметь установить тот плюс, тот добавок, который должен быть отнесен за счет психики больного; только тогда может быть намечена им правильная линия поведения.

Не следует думать, что все это касается тех редких, а, стало быть, и неважных случаев, когда дело идет о соматических заболеваниях у выраженных психопатов,—вовсе нет. Так называемые психически-нормальные люди имеют каждый свой характер, свои психические особенности,—и изучение этих особенностей и есть область современной психиатрии.

Правильный соматический диагноз возможен только при знании психиатрии. Правильное понимание душевных болезней возможно только при достаточном соматическом изучении больного.

Методы и проблемы всей медицины едины, и это прежде всего и подчеркивается всем направлением современной психиатрии.

Указав на все это, я, в конце концов, позволю себе указать, что психиатрическое понимание личности важно не только для врача, но и для каждого человека. Надо помнить, что современная психиатрия лечит не только «сумасшедших», но изучает особенности поведения каждого, отмечает все его слабые и сильные стороны. Без психиатра все больше и больше не могут обойтись ни педагог, ни криминалист, ни даже социолог.

Проблемы современной психиатрии—актуальнейшие проблемы жизни вообще, а ее методы—методы биологического учета, учета окружающей среды, переживания, методы материалистического изучения жизни вообще.

Рефераты.

а) Физиология.

501. *Эпителиальные тельца и их значение для организма.* Влшш (по Ver. ii. d. g. Gyn., Bd. XII) целым рядом новых исследований доказывает уже ранее высказанный им взгляд, что эпителиальные тельца вырабатывают гормон, циркулирующий в крови, а во время лактации переходящий в молоко. Выключение этого гормона при удалении эпителиальных телец приводит к понижению содержания кальция в крови и вызывает тетанию. Наступающее после удаления эпителиального аппарата падение содержания кальция в крови и связанные с ним нарушение питания и судороги, ведущие к смерти, не могут быть предотвращены ни усиленным введением кальция, ни чисто-молочной или мясной пищей. Мясная пища для подобных животных является даже настоящим ядом. „Защитной пищей“, с применением которой можно сохранить животных даже после наступления тяжелых изменений, оказалась пища, состоящая из крови, к которой прибавлена четвертая часть молока. При неполном удалении эпителиальных телец животное может выжить и без „защитной пищи“. В отдельных случаях животные переносят даже и полную экстирпацию эпителиального аппарата, что указывает на возможность замены их гормона другими внутрисекреторными источниками. Способность сопротивления к потере эпителиальных телец понижается при голодании и при беременности. Так как ни кормление веществом эпителиальных телец, ни введение различных экстрактов из них не влияют на падение содержания в крови кальция и на тетанические симптомы, следует признать, что защитные вещества активируются лишь в крови.

A. T.

502. *Влияние работы на желудочную секрецию.* Исследовав, при помощи тонкого зонда, желудочный сок у 4 взрослых людей в покое и после напряженной мышечной работы, Delhongue (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 150) нашел, что после нее и желудочная секреция, и содержание HCl в желудочном соке значительно повысились (последнее—с 0,43—0,49 до 0,6%). Автор рассматривает это повышение, как результат сдвига реакции крови в кислую сторону. Умственная работа (в течение 1½ часов), напротив, никакого изменения кислотности в желудке не дала.

P.

503. *О специфичности полового гормона.* Magnus Hirschfeld и Scharigo (Deut. med. Woch., 1927, № 32) получили новый препарат из яичек путем быстрого высушивания сока последних при низкой температуре. Препарат этот, получивший название „тестофортана“, будучи применен в форме таблеток (с примесью некоторых других органов внутренней секреции и кальция) внутрь и одновременно, в виде экстракта, подкожно, дал из 186 наблюдавшихся авторами случаев человеческой импотенции в 80% улучшение или полное исцеление.

H. Пучков.

б) Общая патология.

504. *Влияние лучистой энергии на белковую молекулу.* По исследованиям И. П. Мищенко (Ж. Эксп. Биол., 1927, № 17) лучистая энергия действует на белковую молекулу, расщепляя ее на простейшие составные части, т. е. разрушая ее. При этом солнечные лучи и лучи с короткой волной,—Röntgenовские и лучи радия,—действуют на молекулу одинаково, разница здесь лишь количественная. Важно еще, что х-лучи вызывают изменения в главной составной части клеток, белковой, тотчас после своего воздействия, ибо химические изменения здесь обнаруживаются немедленно.

P.

505. *„Гистологический index злокачественности“ раков.* Нүрег и Schmitz (Stralenthherapie, Bd. 24, H. 4, 1926) для гистологической характеристики рака выдвигают 9 факторов: 1) специальный тип карциномы, 2) величину ядер раковых клеток, 3) форму ядер, 4) ясность клеточных границ, 5) функциональную деятельность клеток, 6) величину клеток, 7) форму их, 8) способность ядер к окраске и 9) число митозов. Каждый из этих факторов оценивается определенным числом, а сумма всех чисел и представляет „гистологический индекс злокачественности“, причем наивысший index соответствует наибольшей клинической злокачественности, и наоборот. Индекс колеблется между цифрами 10 и 40. На основании 3-летних наблюдений над 58 случаями рака шейки матки авторы убедились, что, чем

ниже степень клеточной дифференцировки и чем сильнее выражены анапластические изменения, тем выше индекс злокачественности; при более же зрелых клетках и слабо выраженных анапластических изменениях индекс ниже. Авторы полагают, что, пользуясь индексом и учитывая клиническое распространение рака, можно ставить более точный прогноз этого заболевания.

А. Т.

506. *О множественных первичных опухолях, особенно злокачественных.* Šikl (Casopis lek. ceskych, 1927, № 35) сообщает, что на 9371 вскрытий, произведенное с 1920 по 1926 гг. в Патолого-анат. Институте проф. Kířla в Праге, при общем числе случаев злокачественных опухолей 1.123 (11,98%), обнаружено было 14 множественных раков; выключая 4 случая, в которых первичное происхождение опухолей представляется сомнительным, остается 10 случаев (0,107% всех вскрытий и 0,89% злокач. опухолей), где первичная множественность может считаться достоверной или, по меньшей мере, весьма вероятной. Эти 10 случаев распределяются так: а) 2 рака в одном и том же органе—2 эпителиомы желудка—1 случай, 2 эпителиомы пищевода—1 сл., 2 эпителиомы кишок—3 сл.; б) 2 рака в различных органах, принадлежащих к одной и той же системе,—эпителиома желудка и кишки—2 случая, эпителиома желудка и Vater'ова соска—1 сл.; в) 3 рака в различных органах одной и той же системы—2 эпителиомы желудка и 1 кишки—1 случай; д) две опухоли в различных органах: саркома легкого и эпителиома кожи—1 случай. В 6 случаях из этих 10 имелась, кроме множественного рака, одна или несколько доброкачественных опухолей, что можно считать, по Rössle, за признак общего предрасположения к новообразованиям.

С. С-в.

б) Инфекционные болезни и иммунитет.

507. *Внутрикожная реакция при брюшном тифе.* Применив внутрикожную пробу брюшнотифозным токсином у значительного числа больных, страдавших как брюшным тифом, так и другими острыми лихорадочными заболеваниями, Алисов и Морозкин (Микроб. Ж., 1927, т. IV, вып. 1) пришли к выводу, что реакция эта в диагностическом отношении равновесна реакции Widal'я, превосходя последнюю скоростью обнаружения и большею технической простотой.

Р.

508. *К вопросу об уничтожении брюшнотифозных палочек в молоке.* Опыты, поставленные В. Н. Матвеевым и Е. К. Креслингом (Гиг. и Эпид., 1926, № 12), убедили их, что не все расы брюшнотифозных палочек одинаково чувствительны к высокой t°: из 14 культур их 4, при нагревании молока до 75° С, остались жизнеспособными, 10 же были убиты. Таким образом не только американская пастеризация, но и немецкая биоризация,—кратковременное нагревание молока до 75° С,—не гарантируют полного обезвреживания молока, и защита населения от распространения брюшного тифа с молоком должна быть направлена не на распространение пастеризации последнего, а на охрану его от загрязнения палочкой Eberth'a.

Р.

509. *Лечение брюшного тифа сывороткой реконвалесценто́в.* П. Д. Давыдов Сов. М. на С. Кавк., 1927, № 5) получил в 11 случаях хорошие результаты,—в смысле обрывания брюшного тифа или перевода его в более легкую форму,—от впрыскивания больным сыворотки лиц, перенесших брюшной тиф. Кровь для получения этой сыворотки лучше брать через 2—3 недели после падения t°, ибо содержание антител в ней в это время достигает максимума. Сыворотка вводится подкожно в количестве 5—15 куб. сант.—в зависимости от тяжести случая, возраста и времени болезни. Если через 2 дня не будет заметного улучшения, впрыскивание можно повторить. Введение сыворотки реконвалесценто́в с профилактической целью благоприятных результатов автору не дало.

Р.

510. *Стрептококки в чешуйках кожи скarlaтинозных больных.* По наблюдениям М. И. Каневской (Микр. Ж., 1927, вып. 3) из чешуек кожи шелушащихся скarlaтинозных больных во многих случаях даже после предварительной тщательной очистки кожи удается высеять гэмолитического стрептококка. Особенно часто последний высевается в первые дни шелушения. Какого-либо параллелизма между частотой обнаружения гэмолитических стрептококков в кожных чешуйках—с одной стороны и в слизи из зева—с другой автору подметить не удалось.

Р.

511. *К вопросу об экспериментальной блено-гоноррее кроликов.* По опытам А. В. Прибылева и Е. Т. Павлова (Микр. Ж., 1927, вып. 3) эк-

спериментальную бленоррею удается получить лишь у молодых кроликов, причем не каждый штамм человеческого гонококка дает здесь положительный результат. В дальнейшем первыми генерациями гонококка, выделенного от кролика, можно заражать других кроликов почти безошибочно, тогда как в последующих генерациях вирулентность культуры падает. Иммунитета экспериментальная бленоррея не дает, так как кролики могут быть заражены повторно. Р.

г) Туберкулез.

512. *К патогенезу легочной чахотки.* Как известно, принято думать, что смертельная легочная чахотка у взрослых развивается обычно из т. наз. верхушечного процесса. Redeker (Deut. m. W., 1927, № 3) утверждает, однако, что это бывает лишь в исключительных случаях. Исходным пунктом смертельной легочной чахотки у взрослых, в том числе и галолирующей, является обыкновенно „ранний инфильтрат“—как его называет R.—располагающийся чаще всего в подключичной области или в средней части легкого. „Равный инфильтрат“ этот зачастую просматривается, так как он не дает зачастую никаких субъективных признаков. Дальнейшая судьба его различна: он или рассасывается, или подвергается индурации, или, наконец, подвергается центральному размягчению с дальнейшим аспирационным распространением процесса. Р.

513. *Табачное производство и тbc.* Обслеживая заболеваемость бугорчаткой у рабочих I Гостабачной фабрики в Одессе (1100 чел.), д-р М. А. Хува (Гиг. Тр., 1927, № 8) пришел к заключению, что влияние профвредностей табачного производства на заболеваемость и развитие тbc занимает второстепенное место. Автор соглашается с немецкими гигиенистами, что заболеваемость и развитие тbc зависят здесь главным образом от конституции организма и социально-бытовых условий и лишь в последнем счете—от профессии. Р.

514. *Сифилис и тbc.* Кан (Вопр. Туб., 1927, № 9), изучив клиническое течение тbc легких у люэтиков, нашел, что сочетание обеих инфекций встречается нередко (на 1300 больных 64 раза, т. е. в 5%), причем тbc, присоединяющийся к старому третичному сифилису, протекает с склонностью к фиброзу, присоединение же сифилиса к имеющемуся тbc ухудшает течение последнего и отягощает прогноз. Если, далее, у сифилитика тbc присоединяется во вторичном периоде, то это ведет к хроническому прогрессированию тbc процесса. Автор обращает, затем, внимание на наличие гипертонии при открытых формах тbc и несоответствие в реакции оседания эритроцитов,—то и другое должно заставить клинициста подумать о наличии, наряду с тbc, еще другой хронической инфекции.—чаще всего сифилиса. Что касается лечения, то, по Кану, надо соблюдать особую осторожность при лечении фтизиков от lues'a, в виду возможности ухудшения со стороны тbc очагов в легких. М. Ойфебах.

515. *Искусственный пнеймоторакс.* Вульфович (Вопр. Туб., 1927, № 8), анализируя свой материал в 196 случаев искусственного пнеймоторакса, прослеженных автором от 6 месяцев до 11 лет, устанавливает, что в 8% у него получилось клиническое выздоровление и в 65%—улучшение с частичным восстановлением трудоспособности, т. е. в 73% искусственный пнеймоторакс оправдал свое применение. Подкожные эмфиземы наблюдались 12 раз, пнеймоплевриты—в 25% (из них в 6 случаях с гнойным экссудатом), спонтанный пнеймоторакс—1 раз. Небольшой % пнеймоплевритов автор отчасти объясняет тем, что возможность широкого пользования рентгеном (необходимым для распознавания небольших плевритов) он получил лишь за последние годы. У 57 больных, т. е. 29% всего материала, автору наложить пнеймоторакс не удалось из-за плевральных сращений. М. Ойфебах.

д) Внутренние болезни.

516. *Реакция Roffo.* В свое время Roffo, для распознавания рака, была предложена реакция, основанная на том, что раствор известной краски Neutralrot различным образом реагирует с кровяной сывороткой здоровых субъектов и раковых больных. Техника этой реакции такова: к 2 куб. сант. чистой, свободной от гемоглобина сыворотки прибавляют 5 капли 1% раствора Neutralrot; нормальной сыворотка принимает при этом желтоватую окраску, сыворотка же раковых больных—красноватую. Проверив эту реакцию, Н. Hilariovicz и W. Jancko-

w ska - Hilario wicz (Zentr. f. Chir., 1927, № 24) нашли, что она является неспецифической для злокачественных новообразований и значения для раннего распознавания рака не имеет.

И. Цимхаес.

517. *О значении овощей в диете больных.* В течение 6 лет наблюдения над действием соков овощей (капусты, свеклы, цветной капусты, синей капусты, картофеля) на секреторные функции желудка у 20 людей со здоровыми желудками, у 61—с больными желудками и у 1 собаки с желудком, изолированным по Heidenhain-Павлову, проф. Orłowski (Presse méd., 1927, № 31) пришел к выводу, что соки эти усиливают отделение желудочного сока и повышают в нем общую кислотность, содержание свободной HCl и пепсина, причем усиление работы желудка стимулируется исключительно химическим раздражением со стороны азотистых (небелковых) веществ, содержащихся в овощных соках. Исходя из этих данных, автор, в противоположность другим (Boas, Wegele и Javorski), рекомендуя употребление овощей в случаях гиперхлоргидрии и язвы желудка, считает показанными овощные соки при болезнях желудка на почве гипохлоргидрии, при катаррах кишечника, сопровождающихся поносами вследствие ослабления секреторной деятельности желудка, и других заболеваний, связанных с потерей аппетита в результате недостаточности психической секреции, а также при тbc легких. При желудочно-кишечных заболеваниях автор рекомендует давать овощные соки в сушках или пюре перед едой.

И. Тарнопольский.

518. *К этиологии и терапии хронических язвенных колитов.* На основании многочисленных наблюдений проф. А. Г. Алексеев (Клин. Мед., 1927, № 17) приходит к выводу, что хронический язвенный колит—микробное неинфекционное заболевание, часто наслаивающееся на бывший до него язвенный процесс (острая бациллярная дизентерия и др. инфекционные колиты). В жарком климате болезнь эта может возникать без предшествовавшего острого поражения кишечника, на почве спастических запоров. Специфической терапии при хроническом язвенном колите быть не может. Симптоматическая терапия в тяжелых случаях оказывается безуспешной, и тогда задача врача заключается в повышении общего состояния больного, что может быть достигнуто путем климатического и санаторного лечения.

Р.

519. *Лечение желудочных кровотечений.* Strauch (Deut. m. W., 1927, № 4) при остром кровотечении рекомендует покой физический и душевный, воздержание от морфия, капельные клизмы из поваренной соли или виноградного сока, в течение 3 дней полное воздержание от пищи, при надобности 10% вырскивания NaCl и в случае нужды сердечные средства а позднее—эскалин или висмут с белададоной наряду с питательными клизмами, осторожное питание по Leube или Lehartzу, раннее лечение вторичного малокровия вырскиваниями мышьяка или переливанием крови. Спустя около 3 недель, производится возможно точная установка причины кровотечения (х-лучи!). При повторных кровотечениях всего целесообразнее хирургическое вмешательство, для чего необходимо возможно раннее совещание терапевта с хирургом. Из операций наиболее подходит здесь резекция язвы, только не обширная; лишь при невозможности ее или у пожилых и слабых больных уместна гастроэнтеростомия.

С. С—в.

520. *К лечению гелиминтиаза.* С. Куракин (Вр. Г., 1927, № 18) в 88 случаях (в 50 сл. при bothriocephalus latus и в 38—при thaenia) произвел изгнание глистов при помощи дуоденального зонда. Накануне больному, после ужина, давалось 40,0 inf. sennae salin., утром ставилась клизма, и натошак вводился дуоденальный зонд—сначала в сидячем положении больного, сант. на 45—50, а затем больной укладывался на правый бок, причем ему предлагалось глубоко дышать и не закусывать зонд зубами. Зонд автоматически, перистальтикой желудка, проходил через pylorus и попадал в duodenum, о чем можно было судить по реакции отсасываемой шприцем жидкости, по получению прозрачной золотистой пробы или по цветной пробе (молоко, метиленовая синька). Удостоверившись, что зонд попал в 12-перстную кишку и обождав еще 5—10 мин., автор вводил посредством 10-граммового шприца 25,0 inf. sennae, потом 1,5—2,5 extr. filicis maris aether. (чтобы экстракт. был не очень густ, автор прибавлял к нему предварительно эфир, в количестве 1½—2 куб. сант. на 5,0 экстракта) и сразу же—еще порцию inf. sennae в 25,0. Из 88 случаев автора положительный результат при

таким способе изгнания глистов получился в 83, отрицательный—в 4, сомнительный—в 1. Описанный способ был применен автором и для изгнания других глистов, а именно, аскарид (17 сл., из них в 15 был введен сантонин и в 2—о. непороди; положительный результат в 11 сл.), власогилава (3 сл., в каждом из них вводился дважды водный раствор тимола по 1,0; результат во всех случаях сомнительный) и остриц (1 сл., с успехом). P.

е) Хирургия.

521. *Новое местно обезболивающее средство.* O. Winterstein (Zentr. f. Chir., 1927, № 44) испытал новое средство для местного обезболивания—S. F. 147 и нашел, что оно хорошо растворяется в воде, растворы его не изменяются при стерилизации кипячением, действие их усиливается от прибавки адреналина. S. F. 147 в 3,2 раза менее ядовит, чем кокаин, но в 2—2,5 раза ядовитее новокаина; по токсичности этот препарат приближается т. о. к туокаину. Автор применил его, в 0,2—0,3% растворе с адреналином, в 700 случаях, причем повреждения тканей от этого средства он не наблюдал. И. Цимхес.

522. *Обезболивание поясничного сплетения.* Klarfeld (Zentr. f. Chir., 1927, № 43) сделал 19 паховых, 2 бедренных грыжесечения и одну аппендэктомию под местной анестезией поясничного сплетения по методу Busch'a. Техника: за 20—25 мин. до операции вводят 0,01 морфия под кожу, больной кладется здоровой стороной на операционный стол, ноги его приводятся к животу, и ошупываются Ретіговский треугольник и подвздошная кость, после чего игла шириной глубоко вкалывается через медиальную сторону треугольника по направлению кнаружи вплоть до боковой поверхности позвоночника; после того игла чуть выводится и вновь глубоко вкалывается более наружно—до получения парестезий. Тогда через нее вводится 80—100 к. с. 0,5% раствора новокаина с адреналином. И. Цимхес.

523. *К вопросу о пересадке эндокринных желез.* На основании как клинических наблюдений, так и экспериментальных данных А. И. Оболенская и И. А. Голяницкий (Вр. Г., 1927, № 13—14) пришли к заключению, что попытки лечить недостаточное развитие, атрофию и недостаточную деятельность эндокринных желез путем обычной пересадки аналогичных желез от другого человека или от животных основаны на теоретически-неверном положении, и совершенно естественно, что они либо вовсе не дают никакого результата, либо дают лишь кратковременный эффект. Особенно нерациональны эти попытки в тех случаях, где атрофия или анлазия эндокринных желез являются выражением гибели определенных центров в головном или спинном мозгу. Напротив, при периферическом происхождении их возможно восстановление эндокринной железы, но путем присоединения ее к новому артериальному руслу и снабжения ее нервом, имеющим нормальные центры. P.

524. *О переливании крови.* Изучив литературу вопроса, д-р Я. М. Крицкий (Лен. М. Ж., 1927, № 7) пришел к заключению, что переливание крови есть один из лучших способов борьбы против дезоксидации и стаза крови, а также против падения кровяного давления, причем наилучший эффект от него получается тогда, когда от начала растрояв прошло не более 1—2 ч. В пред—и послеоперационном периоде оно нередко является необходимою мерою, увеличивающею шансы на успех операции. Особенно необходимо переливание крови при операциях по поводу злокачественных новообразований, а также при травматических повреждениях, связанных с большою кровопотерей. Целью его является повышение свертываемости и вязкости крови, уменьшение токсичности, увеличение гидратации клеток и аэрации крови. За то аутоотрансфузия, по собранным д-ром К. данным, не может быть оправдана ни с теоретической, ни с практической точек зрения. При гемофилии переливание крови является паллиативным средством, не могущим устранить основного патологического процесса, но—наилучшим из всех паллиативных средств. При злокачественной анемии и хлорозе оно не дает эффекта, при хроническом же малокровии вследствие инфекционных болезней дает хорошие результаты. При интоксикациях экзогенного происхождения переливание крови дает эффект в тех случаях, где происходит отравление крови, и требуется восстановить ее аэрацию, причем в случаях отравления различными газами лучше предварительно сделать больному кровопускание, а потом уже перелить ему большое количество крови. При интоксикациях эндогенного происхождения (эклампсия,

диабет и пр.) оно является лишь вспомогательным средством, при тяжелых формах ожога дает хорошие результаты, наконец, является большим подспорьем и при инфекциях. Р.

525. *Размягчение рубцов.* Stoelzner (Münch. m. W., 1926, № 50) на основании теоретических соображений и экспериментов пришел к выводу, что наилучшим средством для размягчения рубцов является насыщенный раствор мочевины с прибавкой роданистого калия. Вывод этот был подтвержден клиническими исследованиями Stoye (там же), который нашел, что действительно указанный раствор вызывает сильное набухание соединительнотканых волокон и размягчение рубцовой ткани (по реф. Вр. Г., 1927, № 20).

526. *Оперативное лечение pruritusani.* Vorschütz (Zentr. f. Chir., 1927, № 45) сообщает о двух случаях сильного зуда в области заднего прохода, не поддававшихся консервативному лечению. Иссечение экзематозного участка также не имело успеха. Тогда автор произвел циркумпизию вокруг заднего прохода, глубинною до фасции и мышц, причем после заживления ран вторичным натяжением оба больных избавились от своего страдания. Таким путем автор, очевидно, прервал проводимость чувствительных нервов данной области. П. Цимхес.

ж) Офтальмология.

527. *К этиологии глаукомы.* Производя ряд исследований над субвитальными процессами в изолированном глазе, проф. С. С. Головин (Р. Офт. Ж., 1927, № 7) получил данные, которые вполне подтверждают давно уже высказанные им мысли, что функция регуляции внутриглазного давления принадлежит сосудистым стенкам, и что глаукома есть болезнь, характеризующаяся расстройством компенсации внутриглазного давления вследствие изменения физических и физиологических свойств сосудистых стенок. Р.

528. *Лабораторная диагностика трахомы.* Г. Б. Степанов (Проф. Мед., 1927, 8—9) сообщает о результатах исследования на наличие тельца Гоуазек'а 786 случаев, из числа которых в 655 был исследован соскоб с трахомой конъюнктивы, в 58—содержимое фолликулов от трахоматозных больных и в 73 случаях—соскоб конъюнктивы нетрахомных больных. Соскоб брали с конъюнктивы верхнего вывороченного века, ребром плотного покровного или тонкого предметного шлифованного стекла. Взятый материал размазывался на стекле, затем ему либо давали высохнуть на воздухе, затем в течение 5—10 мин. фиксировали абсолютным спиртом, либо влажный мазок фиксировали в течение 1—2 мин. метиловым спиртом. В заключение мазок окрашивался в течение 1—2 ч. краскою Giemsa (1 капля на 1 куб. с. воды). При этом протоплазма эпителиальных клеток окрашивалась в светло-голубой, ядро—в красно-фиолетовый, ядрышки—в светло-голубой (интензивнее протоплазмы) или синий цвет, тельца Гоуазек'а—в такой же цвет, как и ядрышки. В наибольшем % (76,2%) тельца эти были обнаружены в случаях ранней трахомы, вторая стадия трахомы дала 65,2%, а рубцовая трахома—лишь 19%. В содержимом фолликулов тельца не были обнаружены ни разу, в конъюнктиве нетрахомных больных они были встречены в 4 сл. из 73 (5,5%), в том числе в 3 случаях острого конъюнктивита и в 1—фолликулярного. Таким образом, не будучи сами возбудителями трахомы, тельца Гоуазек'а имеют несомненное значение в диагностике этой болезни. Р.

529. *Новый метод фиксации глазного яблока.* Dantrelle (Ann. d'ocul., t. 164, 1927), не удовлетворяясь уздечным швом на мышцу при операциях на глазном яблоке, предлагает новый метод фиксации последнего, состоящий в следующем: соответственно тому месту, где обычно фиксируют пинцетом глазное яблоко за конъюнктиву, автор проводит шов через поверхностный слой роговицы, близ лимба, захватывая роговицу на протяжении 2—3 мм.; нитка завязывается петлей, за которую и фиксируют глаз пинцетом во время производства разреза. Фиксировать надо возможно ближе к роговице. Автор никогда не наблюдал при этом способе никаких осложнений; но, конечно, при этом надо тщательно избегать перфорации роговицы. После операции шов снимается. В. А.

530. *Молочная терапия при орбитальной флегмоне.* Heesch (Klin. Mon. f. Aug., Bd. 78, 1927) сообщает о развившейся после экстирпации слезного мешка орбитальной флегмоне (операция в этом случае сопровождалась сильным кровотечением и отрывом сильно измененного слезного мешка при входе его в костный канал). Молочная терапия совместно с местной (1% оптохиновая мазь, ком-

прессы), дала через несколько дней полное излечение. Расчет количества введенного молока производился по Stargardt'у (10 куб. с. на 120 фунт. веса больного). В. А.

з) *Акушерство и гинекология.*

531 *Искусственное оплодотворение.* Macías de Torres (по Verich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) для искусственного оплодотворения считает пригодными случаи, где препятствие лежит в шейке, или оно неизвестно, а также случаи impotentiae secundi. Автор допускает, что стенозы шейки являются механическим препятствием, которое сперматозоиды преодолеть не в состоянии. При цервикальном метрите причина бесплодия зависит от химических условий. Техника оплодотворения: после дезинфекции полового члена с помощью H_2O_2 сперма собирается в сосуд с 10 к. с. физиологического раствора $NaCl$, в котором сперматозоиды могут жить до 48 часов, хотя уже после 6 часов некоторые из них перестают двигаться. Очень важно делать повторные инъекции, начав их через 8 дней после менструации и повторяя через 4 дня до наступления следующих регул или до предполагаемой беременности; количество вводимой жидкости должно равняться 1—1½ к. с. Т. к. гарантии в стерильности жидкости быть не может, то автор, во избежание попадания ее в трубы, предостерегает от применения сильного давления на поршень шприца при инъекции. А. Т.

532. *Лечение бесплодия.* Samuel (Deut. m. Woch., 1926, № 50), разбирая причины бесплодия, отмечает, что часть случаев с неясной этиологией зависит от сперма-иммунитета. В одной трети случаев бесплодных браков муж является непосредственным виновником бесплодия, в другой трети он косвенно служит причиной бесплодия (передача гонорреи жене), и только в одной трети случаев причина бесплодия лежит в самой женщине. Поэтому следует говорить о бесплодном браке, а не о бесплодии женщины. У женщины стерильность чаще всего зависит от недостаточного развития половых органов, обусловленного конституциональными аномалиями или расстройствами в эндокринной системе. Здесь нередко помогает органотерапия; так, напр., у женщин с недостаточностью щитовидной железы и дисфункцией яичников хороших результатов можно достигнуть малыми дозами тиреоидина. Инфантилизм яичников может иметь своим следствием повышенную кислотность влагалищного секрета, лучшим средством против которой автор считает спринцевания содой. Чтобы побудить инфантильную матку к росту, предложено много способов, из которых S. наиболее верным считает метод Fehling'a, состоящий в длительном расширении цервикального канала стеклянной трубкой после предварительного соскабливания слизи. Существенным шагом вперед в лечении бесплодия автор считает продувание труб и трансплантацию яичников. Собственный инструментарий S. позволяет контролировать результаты пертубации самому оператору без помощи ассистента, что значительно ее упрощает. При трансплантации яичников важно предварительное определение групповых особенностей крови. Для некоторых случаев бесплодия автор считает показанным искусственное оплодотворение и предлагает особую канюлю, которая надевается на любой Рекорд'овский шприц и позволяет без давления ввести сперму к самым трубным устьям. Автор имел 3 удачных случая искусственного оплодотворения. А. Т.

533. *Новый признак беременности* описывает Lorincz ((Münch. med. Woch., 1927, № 38). С целью диагностики ранней беременности он вводит женщине внутривенно 1 к. ст. питуизана. В случае беременности через 10—20 сек. при бимануальном исследовании легко определяется резкое сокращение матки, которое держится от 1 до 5 мин, после чего матка начинает опять размягчаться. В виду того, что небеременная матка на питуизан не реагирует, автор рекомендует этот способ также и при неполных абортгах для решения вопроса о том, содержит-ли матка еще остатки плодного яйца, или нет. Какого-либо вредного влияния на организм женщины питуизан, по заявлению L., не оказывает. Нужно заметить, что с этой же целью Höhne и Zorn еще раньше предлагали (Zbl. f. Gyn., 1926, № 20) вводить внутривенно питуландол, который также вызывает резкое сокращение беременной матки. А. В.—н.

534. *Искусственное вызывание маточных схваток.* Ostrcil (по Verich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII, H. 4), разбирая способы искусственного вызывания маточных схваток у рожениц, отмечает, что механический метод Gauss'a мог-бы быть заменен электрическим стулом Bergonié или проктейринтером. Метод

Stein'a (касторовое масло, питуитрин), который дал автору положительные результаты лишь в 50 %, О. считает не лучше, чем метод вызывания схваток хинином. Кстати сказать, при применении этого последнего нередко наблюдается мекониальная окраска вод, свидетельствующая о том, что хинин переходит к плоду и вызывает у него нарушение кровообращения. Из средств, предложенных для вызывания маточных схваток, автор на основании своих фармакологических исследований останавливается на стрихnine, который тонизирует маточную мускулатуру и делает ее более чувствительной к последующему применению питуитрина. Лучшим методом автор считает комбинацию стрихнина с питуитрином или хинином. Техника применения их такова: 1—3 раза, через каждые $\frac{1}{2}$ часа, вводится $\frac{1}{3}$ ампулы стрихнина (0,00033 г), в виде азотнокислой его соли, подкожно; через 2 часа после последней инъекции стрихнина производится капельная внутривенная инъекция питуитрина до появления схваток; если в течение следующих $\frac{1}{2}$ часа не установятся хорошие схватки, то остальные $\frac{1}{2}$ куб. сант. питуитрина вводятся интрамускулярно. При комбинации с хинином после последней инъекции стрихнина дают 0,15 хинина и затем каждые полчаса—по 0,1 до общей дозы в 1,0. Вредного влияния ни на мать, ни на плод при этом ни разу не наблюдалось. Так как и питуитрин, и стрихнин повышают кровяное давление, то указанный метод автор считает непригодным при эклампсии и преэклампсических состояниях.

А. Тимофеев.

535. *Новые взгляды на этиологию миом* высказывает Castano (по Berich. ii. d. ges. G., Bd. XII, H. 11). На основании клинических и патолого-анатомических исследований 300 миом С. приходит к заключению, что единственной причиной миом, приемлемой с научной точки зрения, является сифилис. За это говорят следующие соображения: наступление созревания у миоматозных больных протекает при явлениях гипотиреозидизма и гиперфункции яичников и гипофиза; эта врожденная дистрофия,—т. н. neuroarthritismus, или конгестивный дватез,—в действительности есть врожденная сифилитическая дистрофия. В 100% всех случаев у больных с миомами матки автор мог доказать наличие наследственно-сифилитических заболеваний со стороны отца или матери. Работами Pillier и Claiss'a доказано далее, что фиброматозные узелки образуются в капиллярах с эндо- и периваскулярными изменениями аналогично начальным стадиям атероматозных бляшек в аорте. Подобные изменения сосудов вызывают в стенке матки ишемию, которая благоприятствует фиброматозному превращению. В эндометрии при миомах находят диффузный склероз, как у сифилитичек. Из 300 случаев War была положительной в 60%, а в 70% наблюдался значительный лимфодитоз. Специфическая терапия при миомах матки дает улучшение общего состояния и восстанавливает нарушенное эндокринное равновесие. Хотя до сих пор спирохэт в миомах не находили, но это так же мало говорит против сифилитической природы заболевания, как отсутствие их при спинной сухотке и прогрессивном параличе. (Взгляд на миомы, как на последствия сифилитической инфекции, много лет назад высказывался представителем русской гинекологии, покойным проф. В. В. Владимировым. Реф.).

А. Тимофеев.

536. *Прогностическое значение скорости оседания эритроцитов при раке матки*. Caffier (Zentr. f. Gyn., 1927, № 7) на материале клиники Stoessel'a подтверждает указания других авторов, говорящие, что с наступлением рецидива рака скорость оседания эритроцитов увеличивается. Установившаяся постоянная скорость оседания после лечения рака является признаком благоприятным. Наоборот, постепенное увеличение этой скорости весьма подозрительно в смысле рецидива,—такие больные требуют тщательного наблюдения, и у них при наличии подозрительного инфильтрата, даже если не будет с несомненностью доказана его раковая природа, рекомендуется немедленно применить повторное облучение.

А. Т.

и) Педиатрия.

537. *К вопросу о рахите*. Д-р Ф. Я. Фельдман (Ж. по из. ран. дет. возр., 1927, № 2), исследовав, в детской городской консультации в Одессе, 1,403 детей в возрасте до 1 года, нашел у них в 46% рахит и в 20%—craniotabes. По его наблюдениям социальные факторы,—плохие жилищные условия и т. п.,—в патогенезе рахита заметной роли не играют, способ же вскармливания детей играет заметную роль: в материале автора заболеваемость рахитом при грудном вскармливании оказалась равною 43%, при смешанном—64% и при искусствен-

ном—77%. Будучи редким заболеванием в первые 2 мес. жизни, рахит постепенно прогрессирует, начиная с 3-го месяца, причем заболеваемость им достигает своего максимума к концу 1-го года. Зимой рахит развивается чаще, чем летом. P.

538. *Бронхоэктазии у детей.* Schick (Die Tuberc., 1927, № 7) описывает 30 случаев бронхоэктазий в детском возрасте, наблюдавшихся в детской клинике проф. Kleinschmidta в Гамбурге. Для диагноза заболевания он считает важными диссоциацию между перкуторными и рентгеновскими данными с одной стороны и постоянными обильными хрипами в легких—с другой, а также наличие изменения пальцев (форма барабанных палочек) и ногтей (форма часового стекла). Некоторое значение имеют для диагноза также отсутствие или слабая туберкулиновая реакция и медленное оседание эритроцитов. Вливаяю подпина и лейкодола автор не придает большого практического значения в виду сложности техники метода, в особенности у детей. Плохой прогноз болезни он ставит лишь в далеко зашедших случаях. M. Ойфбих.

539. *Лечение кори элинином.* Проф. А. Н. Федорович (Вр. Г., 1927, № 13—14) считает возможным abortивное лечение кори путем назначения больным хинина в обычных дозах (от 0,03 до 0,3, смотря по возрасту больного). Лечение это дает смягчение всех признаков болезни, причем эффект его тем резче, чем раньше оно начато. Отсюда необходимость возможно раннего распознавания данной болезни. Для такого распознавания автор рекомендует обращать внимание на один, установленный им, признак кори, именно, на острый фолликулярный конъюнктивит нижнего века с характерной микроскопической картиной выделений конъюнктивального мешка (гигалиново перерожденные клетки эпителия конъюнктивы, большое количество коревых микробов и скопления их в лейкоцитах). P.

540. *Антитоксическая сыворотка при скарлатине.* С. Г. Штейн (Вр. Г., 1927, № 18) применял в 40 случаях скарлатины автитоксическую сыворотку, приготовленную Мечниковским Институтом в Москве, и пришел к заключению, что сывороточное лечение скарлатины должно быть применяемо во всех тяжелых и средней тяжести случаях как токсической, так и смешанной формы болезни. При этом сыворотку надо вводить возможно раньше,—не позже 3-го дня. Отрицательной стороной применения антитоксической скарлатинозной сыворотки является вызываемая ею сывороточная болезнь, которую автор в своем материале наблюдал у 45% больных, леченных сывороткой. P.

к) Эвбратология и психиатрия.

541. *Прогрессивный паралич и конституция.* Из 106 прогрессивных паралитиков, обследованных Е. С. Фридманом (Об. Псих., Невр. и Рефл., 1927, № 2), у 84, т. е. в 79,24%, оказались определенно выраженными пикнические черты, в том числе у 54 больных оказалась смешанная пикнико-атлетическая и у 30—чистая пикническая конституция. Это заставляет автора думать, что пикнизм имеет какое-то средство к прогрессивному параличу. P.

542. *Вледная спирохета при спинной сухотке.* Д-р Л. Гершкович (Совр. Псих., 1927, № 9) подверг микроскопическому исследованию сок (лимфу) паховых лимфатических желез, добытый у 20 табиков, и у 7 случаях обнаружил в нем вледную спирохету. Добывание сока производилось им обыкновенным 2-граммовым шприцем, игла которого вводилась под углом в 45°, на 1½—2 сант. вглубь в точку, отстоящей на 1½ сант. кнутри и ½ сант. книзу от середины расстояния между Sp. il. ant. sup. каждой стороны и лбом. P.

543. *Новейшая терапия neuroluet'a.* Wagnere-Jauregg (ref. Zentr. f. N. u. G., B. 23, N 1/2), теоретически и практически разработавший лечение neuroluet'a прививкой малярии, мыслит новейшую терапию его, как соединение специфических средств (сальварсан, Bi, Hg) с неспецифическими, среди которых главную роль играет прививка малярии и возвратного тифа. Особенно хорошие результаты получаются при прогр. параличе и в liquor-позитивных латентных стадиях lues'a—в смысле профилактики метасифилиса. Еще не является окончательно решенным вопрос, можно-ли рекомендовать неспецифическую терапию при истинных сифилитических заболеваниях головного и спинного мозга. Автор предлагает также сифилологам высказаться по вопросу, считают-ли они необходимым лечить малярией и рекурренсом и формы раннего сифилиса. A. Вайнштейн.

544. *Людоедство на Украине.* Проф. Д. Б. Франк (по рец. в Сов. Психол., 1927, № 5—6), обследовавший, по поручению НКЗ'ва Украины, психическое состояние голодающих в Приднепровье, в 1922 г., изложил результаты своего обследования в книге, носящей заглавие „Людоедство“, так как он описывает в ней 45 констатированных им здесь случаев каннибализма в разных формах (трупоедство, торговля человеческим мясом и пр.). Виновыми в людоедстве в 25 сл. оказались женщины, в 20—мужчины. Среди них 17 чел. были с ясно выраженными психотическими состояниями (шизофрения, параноя, слабоумие, циклотимия и эпилепсия, остальные—интеллектуально-отсталые и морально-слабоумные, а часть—профессиональные преступники. Р.

л) Дерматология.

545. *Лечение хронических язв голени инсулином.* Лечение хронических язв голени (варикозных) представляет собою и до настоящего времени неблагодарную задачу для врача, т. к. все существующие методы не дают достаточно удовлетворительных результатов и не предохраняют от рецидивов. Fischer (Derm. Woch., 1927, № 15), на небольшом материале (6 случаев испытал новый метод лечения этих язв, предложенный Adelsberg'ом и Perutz'ом, получившими якобы хорошие результаты при язвах от инсулина: на язву наносится 30 капель последнего, затем накладывается повязка с вазелином. Во всех своих 6 случаях автор не мог подметить какого-либо влияния инсулина на течение процесса.

Ленитский.

546. *Вторичная анэмия после применения уксуснокислого таллия.* Уксуснокислый таллий в настоящее время широко применяется в практике в качестве эпилептического средства при паразитарных заболеваниях волос, несмотря на то, что фармакологическое действие его, чрезвычайно сложное, не может считаться вполне изученным. Szentkirályi (Derm. Woch., 1927, № 31) полагает, что эпилепсия обуславливается действием таллия на эндокринную resp. вегетативную систему, и что она является лишь одним симптомом общего симптомокомплекса расстройств в эндокринной resp. вегетативной системе, еще непонятно изученных. Автор этот наблюдал побочное действие таллия, не описанное до сих пор в литературе, именно, развитие резкой вторичной анэмии у мальчика 13 лет с паршей головы после приема 0.296 таллия. В виду возможности таких последствий S. настойчиво рекомендует соблюдать значительную осторожность при назначении таллия и обязательно производить при лечении им систематическое исследование крови.

Н. Ленитский.

547. *Лечение чесотки.* Д-р И. В. Маркон (Лен. М. Ж., 1927, № 6) горячо рекомендует для этой цели способ, принадлежащий Basi'у, при котором излечение достигается уже в течение каких-нибудь 3—4 часов. Прежде всего вся одежда и белье больного дезинфицируются в камере высокой температурой. Далее, у больного во все излюбленные чесоточным клещом места втирается щетками зеленое мыло, больной сажается в горячую (30°) ванну, здесь ему опять втирается зеленое мыло—уже во все тело, а затем во все же тело, и тоже щетками, втирается мазь след. состава: Fl. sulfuris 20.0, K carbonici 10.0, ахунгае ригси 20.0, vaselini amer. 100.0. Подвергнутый обработке этой мазью больной остается завернутым в простыню 2—3 часа, после чего мазь смывается у него под душем. Р.

м) Голезки уха, носа и горла.

548. *К лечению хронических воспалений среднего уха.* Проф. Дахейс (Вест. Р.-Л.-О., 1927, № 3—4), проведя в 144 случаях лечение гнойных воспалений среднего уха по способу Безредка, пришел к выводу, что кокковые инфекции успешно излечиваются исключительно фильтрат-бульон-вакциной, при смешанных же инфекциях необходимо к последней прибавлять слабые растворы дезинфицирующих веществ. Из 144 случаев автора в 61% получился положительный результат, в 18%—слабо-положительный, в 16,6%—отрицательный, и в 6 случаях лечение не закончено.

О. Васильева

549. *Состояние верхних дыхательных путей и слуха у рабочих табачных фабрик.* Проведя обследование верхних дыхательных путей и органа слуха у рабочих Донской Гос. Табачной фабрики, д-р Круквер (Вест. Р.-Л.-О., 1927, № 3—4) нашел атрофическое состояние слизистой у 95% обследованных. При-

чина этого, по мнению автора, лежит в травме слизистой нилевыми частицами и действии на нее никотина. Со стороны ушей автор наблюдал резкое укорочение костной и воздушной звукопроводимости, вследствие отравления слухового нерва никотином и повышенного кровяного давления, постоянно наблюдаемого у рабочих табачного производства.
Н. Бобровский.

550. *К патологической анатомии гайморитов.* Д-р С. Н. Семенов (Вест. Р.-Л.-О., 1927, № 4—5), исследовав гистологически 40 препаратов, полученных при операции, и 32—добытых от трупов, нашел, что заболевания гайморовых пазух встречаются чаще, чем это указывается в литературе, — что в пазухах отмечаются при гайморите изменения не только со стороны слизистой, но и со стороны кости, и что в мукозе при этом превалирует продуктивный процесс.
Ник. Трутнев.

Рецензии.

Частная патология и терапия внутренних болезней под ред. проф. Г. Ф. Ланга и Д. Л. Плетнева. Т. II, вып. I. *Болезни полости рта и пищевода* проф. Н. А. Свенсона и *Болезни желудка*—проф. Н. Д. Стражеско 212 стр. 1927. Ц. 2 р. 75 к.

ГПЗ прислал мне для рецензии 2 выпуска „Частной патологии и терапии“, и я большим удовольствием принял на себя предложенную задачу, так как мне хотелось 1) подробнее изучить имеющийся в этом руководстве материал и 2) познакомиться с коллективным творчеством наших русских терапевтов. Я с большим интересом прочел отдел болезней полости рта. Этот отдел, которому в обычных руководствах уделяется почему-то очень небольшое внимание, изложен с большим мастерством: так подробно и так кратко, что, действительно, можно сказать: *pop multum, sed multa*. Очень содержателен отдел об опухолях и болезнях сложных желез.

Отдел о болезнях пищевода изложен кратко, красиво и рельефно, производя прекрасное впечатление своей скомпонованностью и отсутствием излишних деталей. Все вышеупомянутое изложено на 94 стр. и закончено приведением рецентов (для болезней пищевода) и кратким видеком литературы (7 источников).

Приятно поражают читателя хороший, четкий язык и стиль, точность в определениях и отсутствие ошибок и описок. При самых внимательных поисках в этом направлении, мне удалось отметить лишь одну неточность (стр. 50: «верхняя граница пищевода находится соответственно 6 *спинному* позвонку»,—здесь, конечно, дело идет о позвонке *шейном*).

Таким образом, подводя итоги, я должен высказать полное удовлетворение от отдела, написанного коллегой Н. А. Свенсоном; все удобоприемлемо и понятно даже для студента.

В этой же книге имеется отдел желудочных заболеваний, написанный известным Киевским клиницистом, проф. Н. Д. Стражеско (95—119 стр.). Изложению вопроса предшествуют предварительные замечания анатомо-физиологического и исследовательского характера, где, правда, порой кратко, но все же достаточно ясно и четко очерчено положение вопроса. Некоторая краткость отмечается и в отделе изучения химизма желудочного содержимого и методики исследования зондом.

Изложение частной патологии болезней желудка не оставляет желать ничего лучшего,—здесь виден большой опыт клинициста и лектора, хотя есть некоторые положения, с которыми можно и не согласиться, напр., автор пишет, что «минеральные воды не нарушают химизма пищеварения» (стр. 133). Всегда ли это так и так ли это в действительности? Весь лечение ими имеет определенную цель изменить патологический характер секреции, устранить вредные моменты (напр., катарральное состояние, слизь и т. д.) и способствовать таким образом обратимости в секреторной работе желудочных клеток. Дал е, в отделе о язве желудка автор пишет, что развитие язв есть следствие раздражения в определенных органах и участках брюшины. Для нас эта субординация в явлениях менее понятна и приемлема, чем их координация на почве дистонии вегетативной нервной системы с уклоном к ваготонусу, спазмофилии, изменению среды, изменению равновесия ионов и т. д. В отделе лечения язв почти не уделено внимания методике *Sirru*.

Конечно эти наши расхождения касаются очень небольших деталей и имеют лишь принципиальный характер. Общее впечатление от содержания, формы изложения, стиля остается великолепным. Видно, что автор старался в сравнительно небольшом объеме дать концентрат вопроса, и нужно признаться, что этого он прекрасно достиг. В конце этого отдела имеется список рецептов, полезных в практическом обиходе, и приведена вкратце литература вопроса.

Проф. С. С. Зимницкий (Казань).

1. *Boas. Диететика болезней желудка и кишок* — G. Kelling. *Диететика и последующее лечение при операциях желудочно-кишечного тракта*. Пер. со II дополненного нем. издания с предисловием и под редакцией прив.-доц. В. М. Коган-Ясного. 242 стр. Изд. «Научной Мысли», 1927. Харьков. Цена в папке 3 р. 25 к.

Приятно, садясь за чтение книги, прежде всего видеть хорошее издание, красивый прифт, а еще более приятно читать хороший перевод,—это уже неоспоримый плюс ко всему остальному.

За последнее время, когда вопрос о диететическом питании стал актуальным не только в клиническом, но и даже в государственном масштабе, появление этого перевода книги известных немецких специалистов особенно интересно и должно быть приветствуемо. Знать диететику болезней желудка—значит уметь лечить их, так как диета, неоспоримо, есть альфа и омега в деле рационального лечения,—это доказывать не приходится; естественно, что хорошо составленная, обработанная и углубленная по своему содержанию в сущность затрагиваемого вопроса книга должна стать своего рода настольным справочником для каждого врача.

Прежде всего первый отдел книги, написанный проф. Boas'ом, дает нам общие принципы и знакомит нас с условиями целесообразности и правилами диететического лечения болезней желудочно-кишечного тракта, а затем касается вопросов частной диететики. Автор правильно отмечает, что существует принципиальное различие между питанием здорового и больного человека, т. е. ставит вопрос рационально, не стремясь к новшествам, как, напр., это пытается неудачно сделать М. Певзнер в своей книге «Основы диететики». В кратких предварительных замечаниях по физиологии обмена веществ Boas дает основу вопроса о норме питания для различных профессий и состояний, о калорийности пищевого рациона, отмечает значение витаминов, затем подчеркивает значение анамнеза в отношении питания, толерантности, определяет понятие о сытности пищи, о количественной и качественной норме, о диететическом лечении щажением и тренировкой и т. д.

Отдел диететики и последовательного лечения при операциях желудочно-кишечного тракта принадлежит перу проф. Kelling'a. В первой главе автор дает план стратегического подхода к больному и разбирает все факторы, имеющие решающее значение в деле операционного подхода и исхода касательно вопроса питания. Изложив общие вопросы в исчерпывающей форме, отметив противопоказания к хирургическому вмешательству и возможные меры к их устранению, автор излагает далее частности, причем, говоря, напр., о подготовке к операции больного с диабетом, подчеркивает важное значение инсулиновой терапии и диететики, на которой останавливается подробно. Далее автор отмечает необходимость учитывать недостаточную функциональную работоспособность печени, ибо операции при этих условиях обычно бывают с печальным исходом. Для установления функциональной способности печени автор останавливается на функциональных пробах и вкратце касается терапии. Затем излагаются способы экстрабуккального питания (вопрос о питательных клизмах, подкожных вливаниях etc, вплоть до переливания крови). После всего этого автором затрагивается кардинальный вопрос диететической подготовки больных к брюшным операциям, очень интересный для хирургов и не лишенный значения и для терапевтов. В этом большом отделе изложен ряд диететико-терапевтических обслуживаний больных после различных операций на желудочно-кишечном тракте и его придатках. В заключение автор излагает общие принципы питания в периоде выздоровления и долгое время после операции.

Я не мог вдаваться в очень подробный анализ вопросов, затронутых Boas'ом и Kelling'ом, но я должен призвать, что редко получал такое полное удовлетворение от прочитанного. Здесь все планомерно и глубоко охвачено как с теоретически-научной, так и практически-прикладной точки зрения. Погрешности тонут, как малая капля, в великом море знания и опыта. Эта книга, как верно отмечает редактор перевода прив.-доц. В. М. Коган-Ясный, сама найдет себе дорогу и не нуждается в особой рекомендации. Нужно пожелать, чтобы она стала настольной книгой и клинициста, и врача-практика, ибо здесь действительно есть чему поучиться.

Проф. С. С. Зимницкий (Казань).

Особенное внимание автор посвящает вопросу стратегии диеты, под чем надо разуметь планомерную разработку и проведение диеты при болезнях вплоть до перехода к нормальной диете. Форма, техника предписаний диеты и радиональность кухни, по мнению автора, должны играть большую роль в деле лечения болезней желудка. Наконец, Воас в кратких чертах останавливается на правилах диеты для желудочных и кишечных больных, говоря о погрешностях в диете, о значении ¹⁰ пищи и питья, о гигиене рта, о пережевывании, о распределении пищи во времени и т. п. Этим заканчивается первая часть труда Воас'а.

Во второй части излагается уже частная диететика болезней желудка и кишек и прежде всего—диета при острых катаррах желудочно-кишечного тракта. Воздержание от пищи до появления аппетита у больного, медленный переход к обычным блюдам и употребление легких блюд в смысле переваривания и усвоения—вот основной принцип диеты.

В главе о диете при хроническом катаре желудка с явлениями *subaciditas* и при *achylia gastrica* проводится принцип бережения и возбуждения рабочих желудочных клеток. Очень хорошо написана здесь глава о диете при повышенной кислотности.

В деле лечения пептической язвы (желудка и 12-перстной кишки) автор не считает метод Леубе подходящим и благоприятные результаты его применения объясняет побочными факторами. По его мнению этот метод не соответствует основным принципам: 1) поднятию сил больного и устранению малокровия и 2) не дает максимального щажения больного органа. Горячие припарки могут обуславливать появление кровотечений. Автор говорит о лечении молоком, углеводами (v. Bergmann'a). О диете проф. А. И. Яроцкого в книге нет ни слова. Много места и внимания уделено диете Lenhartz'a и мало диете Sippy. Хотя автор не пробовал применять к клинике методов кормления больных через зонд по Einhorn'u, однако «он не может подавить в себе сомнения относительно этого метода». В заключении этой главы автор советует при лечении язвы не увлекаться чрезмерно хирургией, которая не обеспечивает больных от рецидивов.

Диета при атонии разобрана детально и хорошо, равно как и при гастроклопотозе и сужениях привратника и 12-перстной кишки. Всюду даны рецептные формулы диеты, что очень облегчает задачу практика и дает ему руководящую идею.

Очень тщательно изложены вопросы о диететике рака желудка, нервной диспепсии, при запорах и геморрое, при хронических поносах, бродячьей диспепсии, колите, аппендиците, сужениях и закупорке кишек, новообразованиях ободочной и прямой кишки (при раке) Во всех этих отделах выгукло освещаются различные «стратегические» пункты диеты, указаны питательные вещества и их комбинации *ad hoc tempus* лечения болезни, и это сделано с таким мастерством и знанием дела, в такой строгой последовательности и планировке, что всюду врач-практик найдет в этом руководящую нить для своего деятельного вмешательства в дело питания каждого подобного случая. Одним словом, книга эта дает определенные планы и правильный стратегический подход к делу диететического лечения болезней желудочно-кишечного тракта. Проф. С. С. Зильницкий (Казань).

Vonknebel. *Die Malariabehandlung der Frühstadien*. Berlin, 1927. 56 стр.

Автор, ассистент проф. Нейска в Мюнхене, в своей небольшой монографии подробно останавливается на новом методе, который только начинает прокладывать себе дорогу при лечении раннего сифилиса,—искусственной прививке малярии. Под его наблюдением было 200 больных первичным серопозитивным, ранним вторичным и латентным серопозитивным сифилисом; все они были заражены одним штаммом *malariae tertianaе*, который таким образом проделал 200 человеческих пассажей путем внутривенного введения крови последовательно от одного больного к другому. (С таким методом искусственной прививки малярии, кстати сказать, принципиально нельзя согласиться, ибо обмен кровью между ранними сифилитиками при еще нерешенном вопросе о двойственности сифилитического *virus'a* является рискованным. В этом отношении наиболее удобным, по многим соображениям, является метод прививки европейского возвратного тифа штаммом проф. Аристовского, о чем подробнее см. журнал «Венерология и Дерматология», 1926, № 6. *Рез.*). Автор придерживался при этом методики Kugler: больные сначала получали 3,0 Neo и 10,0 бисмогена, затем следовала прививка малярии; после 5—6-дневной инкубации больные проделывали 9—12 приступов, после чего получали дополнительно 6,0 Neo и 25,0 бисмогена.

Наблюдая за своими больными 2 года и проведя всем неднократные исследования крови и liquor'a, автор приходит к следующим выводам: 1) малярийная терапия у ранних сифилитиков не представляет никакой опасности для больных; 2) при первичном серопозитивном и раннем вторичном сифилисе излечение (отсутствие клинических и серологических рецидивов) достигает при этом способе 100%; такой же результат получается в этих стадиях сифилиса и при нескольких энергичных салварсано-бисмутовых курсах по Hoffmann'у, но преимущество малярийной терапии—в том, что при ней требуется только один курс; 3) наилучшие результаты от данного метода получаются в латентных серопозитивных случаях сифилиса: в ранней латенции излечимость равна 90,5%, в поздней—73,5% (соответственные цифры при обыкновенной специфической терапии—70% и 40%); 4) малярийная терапия является методом выбора и незаменимой в латентных liquor-позитивных случаях, особенно у тех 8—10% больных, которые плохо поддаются специфической терапии и являются кандидатами в табо-паралитики.

Дав исчерпывающую картину искусственной прививки малярии и ее гемограму, автор в заключение подробно останавливается на механизме действия малярийной терапии, приводит все существующие теории и считает, что она сыграет существенную роль в профилактике neuroluet'a.

Небольшая монография Vonkenpela с интересом будет прочитана сифилитологом, интересующимся новейшими проблемами терапии сифилиса.

А. Вайнштейн.

С. Х. Бабаяев. *Новой конструкции, портативный аппарат для наложения искусственного пневмоторакса.* Одесса. 1927.

Языком изданная брошюрка на протяжении 8 страниц и при помощи 6 рисунков иллюстрирует модель автора, в которой, по видимому, действительно имеются существенные преимущества перед другими аппаратами подобного рода (Fogliani, Brauer, Migalt'a, Kohler'a, Качкачева и др.). Благодаря остроумно примененной идее коромысла, прибор Б. дает, при малом объеме и весе (около 5 фунтов с футляром), возможность: 1) автоматического переключения сосудов, 2) неограниченного накачивания воздуха, 3) введения газа вместо воздуха, 4) обратного отсасывания воздуха из полости плевры, путем простого переключения крана. Последнее, весьма ценное свойство прибора делает его весьма желательным в наборе хирурга, как инструмент, помогающий бороться с травматическими (resp. оперативными) формами пневмоторакса. При всех своих достоинствах аппарат Б. отличается еще малой стоимостью, что должно облегчить его широкое распространение среди врачей.

Проф. М. Фридланд.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 15/XI.

Проф. А. И. Тимофеев и др. В. В. Дьяконов: *Материалы к учению о послеродовой инфекции.* Авторы разработали материал Акушерской клиники Каз. Гос. Университета за время с 1900/01 уч. г. по 1925/26 уч. г. включительно и материал Абушерской клиники Гос. Института для усов. врачей за время с 1920 г. по 1926 г., чтобы выяснить количество пuerперальных заболеваний в различные периоды деятельности клиник. Весь материал был разбит на две группы: первая группа обнимает период времени с 1900 до 1919 г., вторая—с 1920 г. до настоящего времени. Оказалось, что количество пuerперальных заболеваний с началом мировой войны стало увеличиваться, и, несмотря на усиление мер асептики при родах, это увеличение продолжается и до последнего времени.

Проф. А. Ф. Самойлов: *Памяти W. Einthoven'a.* Докладчик дал научную характеристику умершего недавно на 67-м году жизни профессора физиологии Лейденского Университета W. Einthoven'a. Как всякий крупный ученый, Einthoven нашел уже рано свою линию в области физиологических исследований. Обладая талантом физиолога и физика, он сумел создать ту методику исследования токов животного происхождения, которая помогла электрофизиологии сразу

выйти на широкую дорогу. Дотоле чисто академическая, кабинетная, замкнутая в тесном круге явлений, далеко стоящих от общего течения физиологических изысканий, электрофизиология, благодаря „струнному гальванометру Einthoven'a“, пробивает себе путь, как важный фактор исследования, не только в большинстве отделов физиологии возбуждимых образований животного тела, но завоевывает себе свое законное место и в клинике. Здесь учение о животном электричестве на почве методики Einthoven'a оказало особенную услугу в области сердечных заболеваний. Запись электрического тока, развиваемого сердцем человека, — „электрокардиограмма“, — сделалась основой совершенно новой главы в кардиологии. В круг электрофизиологических исследований вошли дальше функции мышц, нервов, сетчатой оболочки. Имя Einthoven'a пользовалось особенным вниманием и почетом. Его работы представляют образец продуманности, мудрого, осторожного отношения к исследуемому вопросу и совершенно исключительной, ему одному в такой мере свойственной точности и изящества методики. В 1925 г. W. Einthoven был награжден премией Nobel'a. Докладчик, связанный с покойным в течение многих лет личной дружбой, дальше дал характеристику W. Einthoven'a, — этого открытого, благожелательного, безгранично преданного своему делу человека, который сумел сохранить до конца дней своих и свой природный живой характер, и свой активный темперамент, и теплое чувство, когда дело касалось того, что он считал истиной и правдой. Он ставил знамя науки очень высоко; он видел в ней не только почву, на которой острый ум, завоевывая тайну природы, находит для себя удовлетворение, — он видел и особенно ценил в ней ту все превосходящую силу, которая ведет человечество вперед, которая создает ценности на благо человечества. Einthoven был враг всякой позы, всякой фразы, и в его устах слова заботы о благе человечества звучали особенно сильно и искренно. Он всей своей научной жизнью заслужил право быть причисленным к кругу тех выдающихся деятелей науки, труды которых оказали сейчас же пользу страдающему человечеству.

Внеочередное заседание 22/XI.

Prof. O. Vogt (Berlin): *Die Lokalisationslehre in architektonischer Vertiefung*. — После лекции, сопровождавшейся демонстрацией многочисленных диапозитивов и собравшей полную аудиторию слушателей, проф. А. Ф. Самойловым была произнесена приветственная речь по адресу лектора. Председатель собрания, проф. В. С. Груздев, в теплых выражениях благодарил проф. Vogt'a за прочтение лекции.

Заседание 29/XI.

Д-р В. Пшеничников: *Случай распространенной спонтанной олеогранулемы*. Докладчик демонстрировал больную 32 лет, из клиники проф. А. В. Вишневского, с очень сложной клинической картиной. В частности, в подкожной жировой клетчатке у ней имелись узелки упругой и твердой консистенции, величиною от конопляного зерна до большого лесного ореха, появившихся осенью 1925 г. на левой руке и к весне 1926 г. распространившиеся по всему телу за исключением головы и шеи. По заключению проф. И. П. Васильева узелки представляют собою т. наз. спонтанную олеогранулему в различных периодах ее существования, образовавшуюся вследствие очагового некроза жировой ткани с хроническим воспалением и рассасыванием собственного жира. Кратко изложив подразделение олеогранулем и их гистологическую картину, докладчик продемонстрировал микроскопические препараты данного случая. — В прениях участвовали профф. Вишневский, Соколов, Горяев, Васильев, прив.-доц. Флеров и д-р Дрягин.

Д-ра А. Рыжих и Л. Ф. Фиман: *Экспериментальное обоснование функциональной пробы печени S. Rosenthal'a*. Авторы поставили опыты на 41 собаке с целью выяснения специфического сродства фенолтетрабромфталена к паренхиме печени. На основании этих опытов они делают следующие заключения: 1) В нормальных условиях введенная в организм животного краска в весьма значительной своей части захватывается паренхимой печени и выводится желчью. 2) Выведение краски желчью начинается через 17 минут, быстро увеличивается и оканчивается через 30—40 часов. 3) При перевязке общего желчного протока задержка краски в крови постоянно держится на высоких цифрах. 4) Участие RES в выведении краски весьма незначительно. 5) В норме почками выделяется немного более 5% введенной краски; при значительном нарушении функции печени почки принимают на себя главную роль в выведении краски 6) Слизистой обо-

лочкой желудка краска не выделяется.—В прениях участвовали проф. В а с и л ь е в и Гор я е в.

Проф. В. М. Соколов: *О действии ядов на изолированные органы.* Докладчик сконструировал прибор, при помощи которого достигается постепенное вхождение яда в изолированные органы. Благодаря такому изменению методики, результаты действия ядов на изолированные органы изменяются. Докладчик произвел по этой методике наблюдения над действием пилокарпина на сосуды изолированного уха кролика. Оказалось, что пилокарпин по методу проф. Соколова расширяет сосуды, что согласуется с общим действием этого яда на организм. Докладчик упомянул также о работах своих сотрудников с этой методикой, как-вые работы показали, что некоторые яды при применении новой методики оказывают действие несходное с действием их по старой методике.—В прениях участвовали проф. В и ш н е в с к и й и д-р Р у с с е ц к и й.

Секретарь А. Вылегжанин.

Офтальмологическая секция.

Заседание 22/X.

Д-р Л. А. Дымшиц демонстрировал больного с *кольцеобразным помутнением хрусталика* У школьника после ушиба правого глаза, без нарушения целостности оболочек глазного яблока, наступило кровоизлияние в переднюю камеру. Втечение 8—10 дней кровь рассосалась. При офтальмоскопическом просвечивании в этот период обнаружено темное, на красном фоне дна, замкнутое кольцо, связанное с передней капсулой или же с поверхностными слоями линзы. При исследовании щелевой лампой Gullstrand'a это кольцо оказалось состоящим из ряда мелких отложений на передней капсуле линзы; самая же капсула и вещество линзы были без каких-бы то ни было изменений.

В. И. С в я д о щ демонстрировала больного с *двусторонним пигментным ретинитом, осложненным в левом глазу глаукомой.* Подобное сочетание глаукомы с пигментным ретинитом как показывают статистические данные, представляет чрезвычайную редкость: в среднем встречается один случай на 60,000 больных. Докладчица сделала обзор литературы по данному вопросу и поделилась имеющимися в литературе взглядами на патогенез чрезвычайно редкого сочетания этих двух болезненных форм в одном глазу.—По поводу обеих демонстраций сделали замечания проф. В. В. Чирковский и д-р Л. А. Дымшиц.

Д-р Р. Х. Микаэлян: *Обзор применения антивируса в офтальмологии.* Обзор этот будет напечатан в журнале полностью.—Прения: д-ра Е. М. Неминский и В. И. Рошин и проф. В. В. Чирковский.

Д-р Г. С. Ливорбер: *К вопросу об аутогематертии при осложненных трахомах со стороны роговицы.* Доклад будет напечатан в журнале.—В прениях докладчику был задан ряд вопросов д-рами А. А. Щегловой, Л. Н. Дымшицем и В. И. Рошиным.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Заседание 16/XI.

Д-р Н. Н. Чукалов демонстрировал случай *редкого врожденного уродства типа asphalus-acardiacus*, имевшего место у одного из однояйцевых двойней, родившихся на VI мес. беременности.—В прениях проф. А. И. Тимофеев отмечая редкость уродств подобного рода, подчеркнул типичность случая, этиологию которого, несомненно, следует трактовать в смысле Schatz'a, относя ее за счет тех динамических нарушений в т. н. третьем круге кровообращения, благодаря коим у уродливого плода создается обратный ток крови, и собственное кровообращение прекращается. С биологической точки зрения случаи подобных уродств интересны в том отношении, что они являются как-бы переходными формами между однояйцевыми двойнями и сросшимися (неразединенными) близнецами. Проф. В. С. Груздев, отметив также редкость демонстрированного уродства, указал на необходимость детального патолого-анатомического обследования внутренних органов урота.

Д-р М. Г. Давлет-Кильдеева: *К вопросу об осложнениях после операции Doléris.* Докладчица, сообщив случай внематочной беременности после произведенной по поводу retroflexio uteri операции Doléris, указала на необходимость, в виду значительного распространения этой операции, обращать при ней

внимание на длину брызжейки трубы, т. к. при незначительной ее длине создаются благоприятные условия для резкого пригиба трубы при протаскивании круглых связок через брюшные стенки.—В прениях д-ра Чукалов, Лейбчик и Дьяконов, отметив возможность подобной этиологии внематочной беременности, указали, что при производстве операции у больной были обнаружены значительные воспалительные изменения в придатках, что могло служить неменьшей причиной развития внематочной беременности. При исследовании канала трубы, однако, воспалительных изменений в нем, по сообщению проф. Тимофеева, обнаружено не было, почему является более вероятным, что в этиологии внематочной беременности играл здесь роль тот момент, который указан докладчицей, именно резкий перегиб трубы.

Д-р Ю. А. Лейбчик: *Лечение гинекологических заболеваний комбинированными грязевыми процедурами*. Докладчик сообщил результаты лечения различных воспалительных заболеваний женской половой сферы комбинированным грязевым лечением, в виде сидячих грязевых ванн и вагинальных грязевых тампонов, проведенным на 160 больных на Серноводском курорте. Результаты были весьма благоприятные: около 80% больных получили различной степени объективное и субъективное улучшение.—В прениях приняли участие проф. Груздев и д-ра Чукалов, Дьяконов, Черноярва, Гарло, Маненков и Собакина, высказавшиеся за необходимость более научного подхода к изучению данной формы грязелечения. Секретарь Н. Сидоров.

Хроника.

253) По отчету декана медфака Казанского Университета, к 28 ноября тек. года на I курсе этого факультета числилось 165 студентов, на II—204, на III—248, на IV—244 и на V—273.

254) В заседании 28/XI учебный совет медфака Казанского Университета единогласно признал трудом высокой научной квалификации работу д-ра В. Н. Воробьева „Наблюдения над атимированными животными“. В отзывах разбиршей эту работу комиссии и заслушанном в заседании отзыве проф. В. К. Меньшикова были отмечены выдающиеся научные достоинства труда В. Н., потребовавшего от автора массы времени и усилий, но за то бросающего свет на один из самых темных вопросов эндокринологии. Редакция со своей стороны не может не поздравить автора с полученными им достижениями.

255) Чествование проф. Р. А. Лурья, о котором упоминалось в зам. № 208 „Хроники“, откладывается до 18/XII, когда ожидается приезд в Казань НКЗ'ва Н. А. Семашко.

256) По сообщению Наркомздрава РСФСР т. Семашко, к концу 5-летнего перспективного плана предполагено довести ежемесячную оплату врачебного труда до довоенного уровня (200 руб.), причем жалованье городских и сельских врачей будет одинаково.

257) В Томске учрежден Госуд. Институт для усовершенствования врачей, имеющий своей задачей усовершенствование врачей как Сибирского края, так и прилегающих к нему республик и окраин. Учебный год начнется с 1 января 1928 г. Количество курсантов для начала определено в 100 чел., но в дальнейшем это число предполагено увеличить до 300 чел.

258) В Москве предполагается организовать специальный Институт охраны здоровья детей и подростков.

259) 6/XII т. г. исполнилось 30-летие существования Медицинского Института (бывш. Женского) в Ленинграде.

260) В ноябре т. г. исполнилось 30-летие учено-клинической работы нашего сотрудника, проф. А. А. Сухова (Ленинград), а 10 декабря—30-летие профессора Иркутского Университета и редактора „Иркутского Медицинского журнала“ А. А. Мелких. Редакция „К. М. Ж.“ шлет обоим юбилярам свои сердечные приветствия.

261) В Москве с 8 по 15 тек. декабря созывается VI Всесоюзный Съезд по курортному делу; здесь же с 12 по 16 декабря созывается II Всесоюзный Съезд Физиотерапевтов.

262) В Москве закончено испытание печей для крематориев. Во время испытания было сожжено 62 трупа.

263) Убийца врача Эстерман (см. № 248 „Хроники“) Кочетова судом приговорена к 5 годам заключения со строгой изоляцией.

264) Скончались в Ленинграде директор местного Туберкулезного Института проф. А. Я. Штернберг и проф. акушерства в Ленинградском Мединституте А. В. Марковский.

265) В конце мая тек. г. в Варшаве, оказалось, состоялся I Всеславянский Медицинский Конгресс. Программными вопросами Съезда были: 1) Риносклерома, 2) Скарлатина, 3) Организация здравоохранения в славянских землях. Съезд собрал около 500 участников (были-ли, интересно, в этом числе врачи из СССР? Ред.). Следующий Съезд состоится в мае 1928 г. в Праге.

266) В Давосе (Швейцария) предполагается устройство всемирного университета, дипломы которого будут пользоваться признанием во всех странах. По основным предметам преподавание будет в этом университете вестись на немецком и французском языках, по второстепенным—на языке тех наций, на средства которых будут созданы кафедры этих предметов. На организацию этого университета пока собрано около 12 милл. франков.

267) Во Фрейбурге (Баден) строятся новые университетские клиники, рассчитанные на 1100 коек, т. е. впятеро больше, чем сколько коек имеют факультетские клиники у нас в Казани.

268) По данным Международного Статистического Бюро в Гааге население земного шара за последние 15 лет увеличилось на 400 милл. и в настоящее время равняется 2 миллиардам. Население Америки за последние 20 лет увеличилось на 260%, а Европы—только на 30%.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

30) Прошу сообщить технику вправления вывиха плеча по способу Джанелидзе, о котором говорится в статье Г. А. Ильина (№ 3 „Каз. Мед. Журнала“).

Подп. № 2571.

Ответ: Больной укладывается на бок вывихнутой стороны таким образом, что рука свисает за край стола. При этом нужно обратить внимание на то, чтобы на край стола приходилось место, где края *m. pect. maj. et latissimi dorsi* подходят к плечу. Голова б-го поддерживается помощником. В свешенном вниз положении рука остается 1—2 минуты, в течение коих расслабляется мускулатура плечевого пояса. Затем хирург становится с лицевой стороны б-ого, сгибает его руку в локте и, держа своими обеими руками предплечье б-ого, производит давление прямо вниз по оси плеча, слегка в то же время его ротируя попеременно кнаружи и внутрь. В громадном большинстве случаев свежего (а часто и не очень застарелого) вывиха плеча происходит, благодаря описанным манипуляциям, вправление (Джанелидзе, В. Хир., т. I, кн. 3, стр. 37—47). Проф. М. Фридланд.

31) Где мне можно найти подробный отчет с подробной разработкой материала по консультации для беременных, а если имеется,—и по патронажу беременных и родильниц? Прошу также указать исчерпывающую статью о консультациях для беременных.

Подп. № 2465.

Ответ: Какие имеются отдельные издания, на русском языке, по данному вопросу,—об этом можете узнать из каталогов, выпускаемых издательством „Охрана Материнства и Младенчества“ при НКЗ'ве РСФСР (Москва, М. Черкасский пер., д. 2/6). В нынешнем году выпущен каталог № 3. Существуют по этому вопросу отдельные статьи и в журналах,—укажем, напр., на ст. М. А. Тереминской-Поповой „О значении консультаций для беременных в профилактике заболеваний рожениц и родильниц“ (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1925, кн. 1). Р.

ПОПРАВКА. В статье д-ра Эйбера, напечатанной в настоящем №, вместо фамилии *Cutchmeek* надо *Kuzmik*.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

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

ТОМ XXIII.

1927 г.

КАЗАНЬ.
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Оглавление XXIII тома.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Абуладзе Д. А. (Киев). К учению о т. наз. межтучной беременности	215
Авров Е. Н. (Елабуга). Чрезмерно-длительная задержка доношенного плода в полости матки	1038
Адо-Агафонова (Казань). Наблюдения над реакцией Schick'a у скарлатинозных и коревых больных.	1264
Аксельруд С. С. (Зиновьевск). К вопросу о грибковых заболеваниях волосистой части головы	1273
Ансянцев М. И. (Казань). О специфических и неспецифических липолитических ферментах крови при tbc.	778, 875
Алексеев Е. С. (Казань). К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости при различного рода раздражениях	982
Альперин М. М. (Одесса). О номенклатуре различных форм и стадий туберкулеза в связи с учением о циклическом течении последнего	188
Алякритский В. В. проф. и Дыхно М. А. (Смоленск). К вопросу о закупоривающем тромбозе аорты	17
Астраханский В. А. (Самара). Радикальная операция паховой грыжи по способу проф. И. А. Праксина (с 2 рис.).	1229
Барский Х. Г. (Ленинград). К вопросу о выборе донора для трансфузии крови.	1136
Барский Х. Г. (Ленинград). О наследственности изоагглютинационных свойств крови и судебно-медицинском значении изогэмагглютинации при установлении отцовства	105
Bielschowsky M. проф. и Rose M. (Берлин). Значение обнаружения окислительных и редуцирующих тканевых ферментов для вопросов локализации в мозгу	613
Благовещенский Н. Н. (Казань). Материалы к вопросу о реакции Dick'a и активной иммунизации против скарлатины. Сообщение I. Результат обследования по Dick'у детей г. Казани и Свяжска.	325
Благовещенский Н. Н. (Казань). Материалы к вопросу о реакции Dick'a и активной иммунизации против скарлатины. Сообщение II. Национальные различия в иммунитете к токсину Dick'a и скарлатине	933
Благодаров А. А. (Красноярск). К вопросу о туберкулезе гортани у беременных	1139
Блюмштейн З. Н. (Казань). О содержании иода в воде Ижевского минерального источника	569
Боголюбов В. Л. Проф. (Казань). Василий Иванович Разумовский (с портретом).	3
Боголюбов В. Л. проф. (Казань). Joseph Lister и его значение в хирургии (с портр.).	491
Боголюбов В. Л. (Казань). О предварительной перевязке селезеночной артерии при удалении селезенки.	646
Богораз Н. А. проф. (Ростов н/Д). О пересадке щитовидной железы при помощи сшивания артерий от базедовой больной микседематозной крысине (с 2 рис.).	58

Богущ Н. Ф. (Н. Новгород). Хирургическая борьба против рака матки по материалу более 300 случаев расширенной операции Wertheim'a за пятилетний период (с 1921 по 1925 г.).	430
Божовский В. Г. проф. и Туревский И. И. (Тюмень). Гипноз при родах.	226
Больш В. М. (Астрахань). К клинике ложных аневризм	414
Бондарев Н. И. (Ленинград). К вопросу о психопрофилактике и психогигиене.	725
Бородатова Т. С. (Казань). К вопросу о получении и сохранении преципитирующих сывороток.	952
Борухин М. Л. (Баку). Облитерация или инволюция червеобразного отростка (с 2 рис.).	1010
Борцов П. Д. (Бежецкий у., Тверской губ.) К технике эмбриотомии.	422
Бусыгин Н. В. (Казань). О кератопластике	1030
Вануленко М. В. (Уфа). К технике ринопластики	78
Венецианова М. С. (Казань). К вопросу о парасакральных смешанных опухолях	409
Вишневский А. В. проф. (Казань). К хирургии опухолей спинного мозга (с 3 рис.).	649
Вольфсон З. И. (Казань). Вакцинолечение дизентерии и геморрагических колитов приемами вакцины per os (с 1 диагр.).	1118
Вармс В. В. проф. и Разумовский В. И. проф. (Саратов). Памяти проф. Алексея Александровича Панормова (с портр.).	269
Ворошилов В. К. (Казань). Профессор Алексей Эвасильевич Фаворский (с портр.).	607
Гаврилов И. (Арский кант. ТР). К физиологии носового дыхания	442
Галант И. Б. (Москва). Новая система конституциональных типов женщины	547
Галант И. Б. (Москва). Рефлексы половой сферы женщины	1269
Галант И. Б. (Москва). Рефлексы с черепной покрышки	332
Герасимова Н. А. и Кочев Н. И. (Казань). Плоскостопие как профессиональное заболевание печатников	949
Гехтман Г. Я. (Ленинград). К вопросу о диагностике и терапии язв желудка и 12-перстной кишки	885
Голосовкер С. Я. и Клебанов Г. Я. (Казань). К лечению сифилиса русскими препаратами висмута.	335
Гольдштейн М. Н. (Казань). К вопросу о лечении злокачественных новообразований кожи рентгеновскими лучами.	941
Гольцно М. (Уфим. кант.). К лечению малярии по методу Ochsner'a.	1111
Гранат Б. С. (Казань). К вопросу о членовредительстве путем впрыскивания парафина	1166
Гросман С. А. и Браиловский М. М. (Одесса). К клинике инфицированных язв желудка и 12-перстной кишки	516
Груздев В. С. проф. (Казань). Грыжа беременной матки в рубце после аппендэктомии (с 2 рис.).	658
Груздев В. С. проф. (Казань). К учению о женской гипоспадии	321
Грязнов С. Д. (Ульяновск). Наблюдения над лечением ультрафиолетовыми лучами ртутно-кварцевой лампы в Ульяновском Тубдиспансере	509
Гусев А. Д. пр.-доц (Казань). К вопросу об эритропреципитинах и гемоглобинпреципитинах.	833
Гусев А. Д. пр.-доц. (Казань). Реакция Манойлова в свете современной критики.	562
Гусев А. Д. пр.-доц. (Казань). Случай смерти вследствие поранения внутренней титечной вены.	1051

Дейч Б. М. (Ташкент). К клинике сужения легочной артерии у детей (morbus coeruleus).	1041
Демьянов Г. С. (Краснодар). О скрытой форме малярии	47
Дмитриев В. Р. (Казань). К методике получения стойких кристаллов гемоглобина.	292
Зйбер С. И. (Артемовск). К вопросу о варикозном расширении вен нижней конечности	1241
Зйбер С. М. (Артемовск). К статистике грыж	311
Эмдин П. проф. (Ростов н/Д.). Энцефалография путем пункции задней цистерны мозга (ЗР).	663
Зайцев М. А. (Одесса). К вопросу о туберкулезе почек	1018
Затворническая З. А. и Зимницкий В. С. (Казань). К вопросу об изменениях в щитовидных железах при авитаминозе В.	500
Захаров Н. М., Кудряшев Н. П. и Ансянцев М. И. (Казань). Опыт сравнительного изучения иммуно-биологических реакций в клинике тbc.	992
Зенин А. С. (Саратов). К вопросу о лечении экземы внутривенными вливаниями бромистого натрия	558
Зибенгар (Голо-Карамыш). К вопросу о лечении Richter'овской формы ущемленных грыж.	204
Знаменский М. С. (Свердловск). К вопросу о легочных грыжах	532
Зюков А. М. пр.-доц. (Киев). О влиянии грязевого лечения на функцию почек.	295
Иванченко А. И. (Днепропетровск). К вопросу о послеоперационном лечении геморроя	1013
Ильин Г. А. (Ташкент). О вправлении вывихов плеча по способу проф. Ю. Ю. Джанелидзе	303
Кавецкий Н. Е. пр.-доц. и Промахин Н. С. (Самара). К вопросу о диетическом лечении язв желудка и гиперацидных катарров.	1003
Насогледов В. и Браул Я. (Петрозаводск). К вопросу о судьбе поздних эктопических беременностей.	927
Клячкин Г. А. проф. и Клячкин Л. Н. (Казань). Лечение экстрапульмонального тbc ультрафиолетовыми лучами.	641
Конухов М. И. (Ленинград). К образованию искусственного влагалища по способу Попова	1141
Карабельников И. Д. (Одесса). К вопросу о применении пенициллина при лечении острых нагноений	199
Крамов Н. А. (Казань). Туберкулез легких и морфология крови (с 10 диагр.)	1098
Красинская Э. М. (Смоленск). К вопросу о травматических подкожных разрывах почки	74
Красовитов Н. П. (Ржев). К вопросу о применении неосальварсана при сибирской язве.	798
Крестникова С. В. (Казань). К вопросу о лечении сулемовых отравлений висмутом.	292
Кроль М. Б. проф. (Минск). Тонические рефлексы при гиперкинезах	686
Крылов Т. К. (Казань). К вопросу о расстройствах двигательного аппарата глаза травматического происхождения	208
Кудашев А. Д. (Казань). Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии	1253
Кушев Н. Е. проф. (Саратов). Малярия и нервные болезни.	179
Кушев Н. Е. проф. (Саратов). Увлечения терапии в прошлом и настоящем.	869
Лаврентьев Б. И. (Казань). Окончания волокон блуждающего нерва в сердце млекопитающих.	622

Ланде Т. Л. (Казань). Состояние тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях	898
Левин И. А. (Н. Новгород). К клинике и патогенезу кожных рентгеноповреждений	93
Левит М. М. (Казань). Роль консультации для детей грудного возраста в диспансеризации населения	231
Лиорбер Г. С. (Казань). К учению о xerosis conjunctivae essentialis	1246
Лопатин Г. М. пр.-доц. (Саратов). О заболевании дыхательных органов при аспирации инородных тел у детей	1145
Lorente de No (Мадрид). О проявлении лабиринтных рефлексов во время свободных движений животных (с 4 рис.)	624
Люцендорф Э. Р. (Казань). К анатомии n. rhénici (с 4 рис.)	1205
Магазанин Г. А. (Одесса). Лечение диабетической комы	787
Максудов Г. А. (Казань). Токсидемия рафании (эрготизма) в Уральской области в 1926—27 гг.	1151
Малинин А. И. (Саратов). К вопросу о менотоксикозах и лечении их аутогэмотерапией	543
Миркин А. И., Могилевский Э. Р. и Рабинович Д. Б. (Казань). Определение хлоридов желудка, как метод изучения функциональной деятельности его (с 9 кривыми)	168
Миртовский Н. В. пр.-доц. (Саратов). К вопросу о содержании кальция в крови при эпилепсии	701
Миславский Н. А. проф. и Сергиевский М. В. (Казань). К вопросу о торможении	387
Морозов Н. М. (Казань). О татуировке роговой оболочки по способу К n a p p'a	801
Назаров Н. Н. (Саратов). К дифференциальному диагнозу при остром апендиците	66
Назаров Н. Н. (Саратов). Метод смачивания артериальных стволов 80% алко-голем вместо операции Le g i s c h e'a	912
Невядомский М. М. проф. (Москва). Механизация процессов патологической жизни, как метод клинической работы	396
Непрыхин Г. Г. проф. (Астрахань). К вопросу о перикардиальных дивертикулах	775
Николаев П. Н. проф. (Казань). О венозном давлении при артериальных и «обособленных» венозных гипертониях	632
Омороков Л. И. проф. (Томск). К вопросу о Ма g n u s-K l e y n'овских рефлексах при органических поражениях центральной нервной системы (с табл. рис.)	677
Опокин А. А. проф. и Зелинская А. И. (Томск). К вопросу об appendicopathia oхуngica	524
Осокин Н. Е. проф. и Ершов В. А. (Саратов). К клинике комбинированных системных заболеваний спинного мозга (миэлозов)	713
Павлов А. А. (Уральская обл.). Новый вариант лечения острых ангина	947
Покровский А. Ф. (Коканд). О лечении острых перитонитов серой	816
Поляков А. Н. (Казань). Из наблюдений над гемоглибином голубиной крови. I. О содержании фосфора в гемоглобине голубиной крови. II. О полиморфизме кристаллов гемоглобина голубиной крови (с табл. рис.)	273
Поляков Н. Л. проф. (Ленинград). Картина смерти от действия молнии (с 3 рис.)	446
Полякова (Казань). Опыт изучения слюны беременных женщин	317
Попов Н. И. (Казань). F o e r s t e r'овская гипервентиляция и эпилепсия	705

Предтеченский А. М., Гурвич Л. И. и Пермяков Ф. К. (Казань). Инсулин и функция желудка	406
Пучек А. И. пр.-доц. (Астрахань). К вопросу о токсичности метиленовой синьки.	1091
Россолимо Г. И. проф. (Москва). К вопросу о несовершенствах экспериментально-психологического исследования	720
Ротштейн Ц. Ю. и Миркин М. И. (Казань). Некоторые данные о провокации гонококка при мужской гоноррее.	828
Рудницкий Н. М. пр.-доц. (Ленинград Самара). О способе действия токов высокого напряжения (статическое электричество и токи d'Arsonval'я)	1223
Русецкий И. И. (Казань). К вопросу о патогенезе парциальной эпилепсии (с 2 кривыми)	697
Руфимский В. В. (Казань). Материалы по вопросу о взаимоотношении гормонов и экстрактов из эндокринных желез	771
Самборский В. С. (Уржум, Вятской губ.). Прямокишечный эфирно-масляный полунаркоз.	791
Сурков А. Д. (Москва). К учению об аномалиях конституции. „Симптомокомплекс шейных ребер“	672
Сухов А. А. проф. (Ленинград). К вопросу об эндокринном патогенезе злокачественных новообразований	506
Сухов А. А. проф. (Ленинград). К изучению реакции осаждения эритроцитов в кринопатологии.	988
Сухов А. А. проф. (Ленинград). Учет исторических memento для эволюции эндокриотерапии.	1207
Сухова Е. В. (Казань). К вопросу об инкубационном периоде при neuroluet'e.	1046
Сухова Е. В. (Казань). К характеристике сифилитических явлений, предшествующих neuroluet'у.	440
Терновский В. Н. проф. (Казань). F. Riisch в анатомическом театре Казанского Университета.	765
Тимофеев А. И. проф. (Казань). К клинике внематочной (трубной) беременности	82
Топровер Г. С. (Луганский окр.). К вопросу о регенерации тканей при проникающих дефектах лица (с 2 рис.)	1133
Тушнов М. П. проф. (Казань). Новый способ т. наз. „омоложения“ организмов	33
Уточникова Н. С. (Уфа). О лечении воспалительных заболеваний женской сферы понтоторезом.	425
Флеров С. А. пр.-доц. (Казань). К вопросу о дегастроэнтеростомии.	1128
Фоменко Б. Н. (Ленинград). Внематочная беременность после продувания труб.	1036
Фрайман С. А. (Москва). К вопросу о разрыве пузовины.	810
Фридланд М. О. проф. (Казань). Новый способ артродеза плечевого сустава (с 2 рис.)	79
Хавкин А. Б. (Харьков). К семиотике аортального стеноза.	1210
Цапкин Л. М. (Бузулук, Самар. губ.). Некоторые экспериментальные данные по вопросу о перевязке мочеточников.	1250
Цапкин Л. М. (Бузулук, Самарской губ.). Попытка образования искусственного мочевого пузыря из прямой кишки.	817
Чебоксаров М. Н. проф. и Малкин З. И. (Казань). Надпочечниковая липаза, ее отношение к ядам и клиническое значение	284
Чебоксаров Н. М. проф. и Малкин З. И. (Казань). Отношение надпочечников к иммунитету	29
Чекалов Ф. И. (Гюстрома). О лечении легочного тубс внутривенными вливаниями хлористого марганца	404

Черноярова В. Д. (Казань). О зависимости развития плода от продолжительности менструального периода у матери	534
Четвериков Н. С. (Серпухов). К лечению невралгий седалищного нерва ревматического характера.	795
Чирновский В. В. проф. и Дымшиц Л. А. (Казань). Экспериментальные данные к вопросу о местном иммунитете оперированного и неоперированного глаза кролика.	653
Чуловский К. И. (Омск). К этиологии послеоперационных пневмоний.	903
Чуловский К. И. (Омск). О патолого-гистологических изменениях в пересаженных мужских половых органах.	23
Швагер Р. И. пр.-доц. (Москва). Клинические особенности болезни Боткина (инфекционной желтухи) у детей.	822
Шварц А. Л. (Ташкент). К вопросам о лечении амебной дизентерии и о токсическом влиянии эметина.	999
Шипачев В. проф. (Иркутск). Болезнь Кашина-Бека.	162
Щербанов С. А. пр.-доц., Дмитриев В. Р. и Кибяков А. В. студ. (Казань). К вопросу о колебаниях солей крови. Сообщение I. Колебания концентрации при некоторых условиях раздражения.	277
Щербанов С. А. пр.-доц. и Кибяков А. В. студ. (Казань). К учению о зубной железе.	157
Юдин Т. И. проф. (Казань). Наблюдения над лечением прогрессивного паралича прививкой культур спирохеты Obermeier'a.	716
Юртайкин М. К. (Саратов). К этиологии последовых и послеродовых кровотечений.	920
Якимов В. Ф. (Казань). О щелочном запасе (резервная щелочность) при заболеваниях почек (5 дней).	1216

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

1) О б з о р ы .

Аристовский В. М. проф. и Николаев П. Н. проф. (Казань). Специфическая профилактика и иммунитет при туберкулезе (прил. I).	
Блитштейн Л. Б. (Казань). Местная анестезия в зубохирургии.	115
Боголюбов В. Л. проф. (Казань). Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на современную хирургическую науку.	340, 450
Бушмакина М. П. (Иркутск). Продувание фаллопиевых труб и другие новые методы диагностики и терапии их заболеваний.	577
Гремячкин М. Н. проф. (Самара). Впечатления из научной командировки во Францию.	119
Девриен В. Г. (Москва). Об ядовитости фенолфталеина.	1061
Жилин И. Н. (Казань). Проблема изучения моторики в связи с особенностями телосложения и психики.	735
Иргер Л. Я. (Москва). Современное состояние вопроса о патогенезе сибирской язвы.	1170
Онулов А. М. (Казань). Лечение кожных болезней внутривенными инъекциями растворов CaCl_2 и NaBr	458
Парин В. В. (Казань). Новые взгляды на механизм действия сердечных нервов.	1054
Рафальнес С. (Москва). Существует ли русская наука?	361
Роцин В. П. (Казань). Краткий очерк современного состояния вопроса о патогенезе глаукомы.	839

- Русецкий И. И.** пр.-доц. (Казань). Клинические методы исследования вегетативной нервной системы (прил. II). 239
- Сухов А. А.** проф. (Ленинград). О влиянии гипофиза на функции и развитие организма. 239
- Флеров С. А.** (Казань). О дефектах и достижениях при паховом грыжесечении. 959
- Флеров С. А.** пр.-доц. (Казань). О предоперационной подготовке больного. . . 571
- Фридланд М. О.** проф. (Казань). Новое в вопросе о заболеваниях эпифизов. . . 729
- Юдин Т. И.** проф. (Казань). Проблемы и методы в современной психиатрии. . 1277

2) Рефераты.

- а) Анатомия. 740, 1174
- б) Физиология. 123, 244, 348, 1175, 1287
- в) Фармакология 244
- г) Общая патология 123, 462, 964, 1287
- д) Общая терапия. 462, 845
- е) Физиотерапия. 463, 740
- ж) Бактериология, инфекционные болезни и иммунитет 124, 583, 1175, 1288
- з) Туберкулез. 125, 465, 584, 846, 1062, 1176, 1289
- и) Малярия. 349
- к) Внутренние болезни 125, 244, 348, 465, 741, 965, 1063, 1289
- л) Хирургия. 126, 246, 350, 467, 585, 742, 846, 966, 1065, 1177, 1291
- м) Ортопедия 247, 468
- н) Офтальмология 127, 248, 353, 587, 743, 1167, 1179, 1292
- о). Акушерство и гинекология 128, 249, 354, 469, 588, 744, 849, 968, 1067, 1180, 1293
- п) Педиатрия. 129, 357, 746, 972, 1294
- р) Невропатология и психиатрия 130, 252, 747, 851, 971, 1069, 1181, 1295
- с) Венерология и дерматология 131, 252, 358, 749, 852, 853, 1070, 1071, 1183, 1296
- т) Гоноррея. 471, 592
- у) Урология. 854
- ф) Болезни уха, носа и горла. 253, 359, 472, 593, 855, 973, 1183, 1296
- х) Стоматология. 743, 849
- ц) Судебная медицина 132, 974
- 3) Рецензии 133, 254, 360, 473, 594, 751, 856, 975, 1071, 1184, 1297

3) Деятельность медицинских обществ и съездов.

- а) Общество Врачей при Казанском Университете.
- аа) Общие заседания 144, 258, 364, 475, 751, 860, 1079, 1191, 1300
- бб) Физиологическая секция. 364, 476, 595, 753, 861
- вв) Хирургическая секция 144, 259, 365, 477, 596, 862, 1192
- гг) Офтальмологическая секция 366, 597, 753, 862, 1080, 1302
- дд) Акушерско-гинекологическая секция 145, 478, 1081, 1302
- ее) Венерологическая секция. 1082, 1193
- жж) Гигиеническая секция. 369, 863
- зз) Ото-рино-ларингологическая секция. 1194
- б) Общество Невропатологов и Психиатров при Казанск. Университ. 260, 370, 598, 754
- в) Научные Собрания Врачей Гос. Института для усов. врачей в Казани 146, 599, 1082
- г) Из Ленинградских медицинских обществ. 147
- д) Научный Кружок при Рыбинской Врачебной Секции. . . 148, 260, 371, 480, 758
- е) Пензенское Научное Медицинское Общество 479

ж) Бугурусланский Научный Кружок врачей.	480
з) Конференция врачей тубдиспансеров г. Казани	863
и) Всесоюзный Съезд Глазных Врачей в Москве (отч. Р. А. Батарчукова)	136
к) VII Областной Съезд врачей Татареспублики (отч. И. А. Казанцева)	371
л) II Съезд Хирургов Северо-Кавказского края (отч. С. М. Эйбера)	481
м) XIX Съезд Российских Хирургов (отч. проф. Н. В. Соколова)	857
н) II Поволжский Научный Съезд Врачей (отч. проф. В. С. Груздева)	976
о) I Всеукраинский Съезд Акушеров и Гинекологов в Киеве (отч. пр.-доц. С. П. Виноградовой)	1073
п) II Всеукраинский Съезд Терапевтов (отч. Я. Дайховского)	1186
р) II Всеукраинский Съезд Хирургов (по отч. С. М. Эйбера)	1189
5) Хроника.	148, 261, 381, 485, 601, 758, 864, 978, 1084, 1198, 1303
6) Некрологи.	152, 487, 603
7) Вопросы и ответы.	264, 487, 604, 760, 865, 979, 1086, 1200, 1304
8) Письма в редакцию.	154, 265, 488, 761, 980, 1200
9) Спросе врачебного труда.	152, 383, 488, 761, 981, 1201

Предметный указатель XIII тома.

А.

- Аборт, его последствия 258, 1076,—регенерация маточной мукозы после него 264,—
гнойный перитонит после него 264,—повреждения матки при нем 283, 1081,—
терапия его 590,—показания к нему 1068,—осложнения при нем 1075,—
техника его 1076, 1198,—с социальной точки зрения 1076,—септический,
его лечение 746.
- Аборты, рост их 282,—в Казани 601.
- Абсцессы мозга, их лечение 859.
- Авитаминоз В 477, 500.
- Аднексит гонорройный острый, его лечение 593.
- Адреналин, действие его на слюнные железы 477,—как причина диабета 743,—
реакция сердца на него 861.
- Академия Военно-Медицинская в Ленинграде 1199.
- Актиномикоз, ионтофорез при нем 1071.
- Алкоголизм, лечение его 1200.
- Алкоголь, инъекции его 247, 859,—смачивание им артериальных стволов 912,—
отмена запрета его в Норвегии 1199.
- Аллонал 1069.
- Амблиопия от хинина 248.
- Аменоррея при сифилисе 1069.
- Амигдалит и зуб 254.
- Амнион, функция его 849.
- Амниотическая перетяжка плеча 145,—жидкость, ее значение 1078.
- Ampullatio interileo-abdominalis 247.
- Ангина острая, ее лечение 947.
- Аневризмы ложные 414.
- Анемия пернициозная, ее лечение 125, 741, 1065,— — и the 466.
- Анестезия местная в зубоврачебной практике 115,— — маточной шейки 591,— —
при экстирпации грудных желез 966,— — в оториноларингологии 1197,— —
новое средство для нее 1291,—спинномозговая 481,— — смертность от нее 966.
- Антивирус, применение его в офтальмологии 1303.
- Антитела специфические, условия их действия 476.
- Аппендэктомия, кровотечения после нее 586,—швы при ней 587,—и грыже-
сечение 967.
- Appendicorathia oхуrica 524.
- Appendix, заболевания его у гинекологических больных 971.
- Аппендицит 1190,—лечение его 484,—и пилороспазм 484,—острый, дифференциаль-
ный диагноз его 66.
- Артерии, распределение их в человеческом теле 1174.
- Артериосклероз, его лечение 126, 348,—экспериментальный 348.
- Артерия селезеночная, перевязка ее 646,—легочная, сужение ее у детей 1041.
- Артрит гонорройный, лечение его вакциной 472,—при lues'e 1033.
- Артроз плечевого сустава 79.
- Асептика в хирургии, упущения ее 1178.
- Аскариды, миграция их 465, 1200.
- Аспиранты при клинических кафедрах 602,—штатные 1084.
- Аспирация инородных тел у детей 1145.
- Астма бронхиальная 1195,— — ее лечение 966,— — риногенного происхождения 1197.
- Атрофия зрительного нерва, ее лечение 865.
- Аутогэмотерапия, техника ее 127, 1303,—в офтальмологии 127, 1303,—при душевных
и нервных болезнях 130,—при менооксикозах 543,— при гнойных процессах
на лице 586,—при желудочных кровотечениях 1066.
- Аутогэмотерапия 350,—при tbc 1177.
- Аутосеротерапия рака 845.
- Ацидоз послеоперационный 352.

Б, В.

- Бактерии, влияние х-лучей на них 740,—рук и операционного поля 1178.
- Бальзам перувианский, действие его на раны 467.
- Барий хлористый, действие его на сосуды печени 364.

- BCG 752.
 Бели, их лечение 129.
 Бэр К., 125-летие со дня рождения его 383.
 Березнеговский П. И., смерть его 481.
 Беременность, распознавание ее 128, 250, 354, 588, 850, 1293,—слона при ней 145, 317,—выслушивание живота при ней 250,—токсикозы ее 589, 745,—определение срока ее 604,—обмен веществ при ней 968,—и tbc 846,—цервикальная 264,—внематочная 82, 481, 483, 1081,—повторная 1079,—межлужочная 215, 1081,—прервавшаяся, ее диагностика и симптоматология 478,—этиология ее 589, 1180,—диагноз 1180, 1200,—интрамуральная и ангиомиома 599,—поздняя 927,—и маточная 970,—после пертубации 1036,—после операции Doléris 1302.
 Бесплодие, лечение его 1293.
 Бешенство, инкубационный период при нем 487, 1176,—частота его в РСФСР 760.
 Блеяния в хирургии 483.
 Бленнорея проликов экспериментальная 592, 1288.
 Болезни внутренние, клиника их 256,—дающие право на лишнюю комнату 261,—заразные в Казани 382,—кожные, их лечение 458,—нервные и верхних дыхательных путей и ушей 1195,—детские, физиотерапия при них 747,—женские, их профилактика 851,—верхних дыхательных путей профессиональные 973.
 Болезнь Кашина-Бека 162,—Боткина у детей 822.—Strümpell'a - Marie 1192.
 Боли при заболевании брюшных органов 1190.
 Больницы в Соед. Штатах 152,—новые в РСФСР 602, 864, 978.
 Больные венерические, принудительное освидетельствование их 261, 602.
 Бронхоэктазии у детей 357, 747, 1295.
 Бронхопневмония, вакцинация ее 972.
 Бронхоскопия, ее применение 145.
 Бруштейн С. А., юбилей его 1198.
 Брыжейка, опухоли ее 1178.
 Брюшина, всасывание из нее 1175.
- В, V.**
- Ванны сернистые, влияние на дыхательные пути и орган слуха 856,—грязевые, всасывание солей кожей при них 980.
 Варикозные расширения вен, их лечение 967.
 Вена титечная, смертельное ранение ее 1051.
 Вены нижних конечностей, расширение их 1241.
 Вирус антирабический, хранение его 865.
 Висмут при отравлении сулемой 292,—лечение сифилиса его препаратами 335,—поражение почек при лечении им 750.
 Витамины 369, 371, 972.
 Vitiligo 1194.
 Влагилице, флора его 128, 249,—секрет его 354, 972,—и течение пузырняка 861,—искусственное 1141.
 Вливания внутривенные при кровопотерях 350.
 Воды околоплодные, замена их 850.
 Водянка головная, ее лечение 1182.
 Волчанка красная, патогенез ее 854.
 Воробьев В. Н., работа его 1303.
 Воспаление химическое 964.
 Впрыскивания водистые, влияние их на маточную мукозу 1078.
 Врачи, смертность их в России 150.—беженцы русские во французских колониях 263,—число их в Германии 264,—нападения на них 383, 487,—число их у нас 383,—глазные, усовершенствование их 753,—прошедшие стаж, оставление их в университетских центрах 759,—санитарные в РСФСР 159,—научные командировки на 759,—жалованье им 1303.
 Вредности профессиональные глаз 141.
 Вузы медицинские, прием в них 381.
 Вульво-вагинит гонорройный, лечение его у детей 593.
 Вывихи плеча, их вправление 303, 1304.

Г, Г.

- Тайморит 1184,—лечение его 1184, 1196,—neuritis optica при нем 1194,—патологическая анатомия его 1297.
- Gangraena spontanea 477, 1191.
- Гастралгии, алкогольные инъекции при них 859.
- Гастроэнтеростомия, осложнения после нее 478,—непеченочная язва после нее 479,—кровотечения после нее 586.
- Гастроитоз, его хирургическое лечение 351.
- Тэмагома *reg. tonsillaris* 1197.
- Гемиплегия, вегетативные нарушения при ней 252.
- Гемоглобин голубиной крови 273, 476, 477,—содержание его в крови надпочечников 364,—получение стойких его кристаллов 392.
- Гемоглобинпреципитины 833.
- Гемолиз, влияние на него химического состава соли 462.
- Геморрой, послеоперационное лечение его 1013.
- Гигантизм 462.
- Гиганты L a n g h a n s'овские, их происхождение 124.
- Гимнастика врачебная 133.
- Гинекомастия 1103.
- Гипертония у молодых субъектов 965.
- Гипноз при родах 226,—в акушерстве и гинекологии 1253.
- Гипоспадия женская 145, 321.
- Гипотония глаза реактивная 753.
- Гипофиз, влияние его на организм 239.
- Гипофизия при почечных камнях 126.
- Глаз, расстройства двигательного его аппарата 208,—фиксация его при операциях 1292.
- Глазница, опухоли ее 481.
- Глаукозан 1067.
- Глаукома, патогенез и этиология ее 142, 537, 839, 1292,—лечение ее 143, 354,—содержание Са в крови при ней 754.
- Глисты ленточные, их изгнание 245, 1290.
- Гляз, исследование ее 368.
- Головокружение 1069.
- Голодание при острых дерматозах 132.
- Гонобленноррея, терапия ее 249.
- Гонкокки, их провокация 828.
- Гоноррея, лечение ее 761,—прививкой малярии 1069 — — горячим воздухом 1181,—хирургических ее осложнений 593,—женская, вакцина при ней 472, 1079.—у мышей восходящая 1078.
- Гормоны сердечные 123,—желтого тела 128,—изменчивость их специфического действия 244,—и экстракты эндокринных желез 753, 771.
- Городок клинический в Саратове 150.
- Госпиталь Военный Казанский, деятельность хирургического отделения его 477.
- Грибки, кожные поражения ими 853.
- Грибы, отравление ими 966.
- Грипп, этиология его 124,—у детей 747,—эпидемия его 383.
- Грудь, истечение из них 1177.
- Грыжа R i c h t e r'овская, лечение ее 204,—диафрагмальная 260, 480,—легочная 532,—беременной матки 597, 658.
- Грыжесечение паховое 959.
- Грыжи, статистика их 311,—паховые, операция при них 587,—у детей, их лечение 972.
- Грязелечение женских болезней 1302.

Д, Д

- Давление венозное при гипертониях 632,—прибор для определения его 147,—кровяное повышенное и запоры 349,—внутричерепное и внутриглазное 369,—и климатерий 469,—воздушное в носу 855.
- Девнация матки 1077.
- Дегастроэнтеростомия 366, 1128.

- Дело судебное д-ра Лапшиной и сестры Краснопевцевой 151, — врача Мешковой и акушерки Власенковой 151, — д-ра Усольцева 263, — Мясницкой Лечебницы 383, — д-ра Готлиба 383.
- Dementia praecox, патогенез ее 749, — эндокринные органы и мозг при ней 749, — анатомические изменения при ней 852.
- День рабочих в лечучреждениях 1085.
- Дерматозы, голодная диета при них 132, — зависимость их от конституции 853.
- Дермографизм, его территория 146.
- Дети, их подкидывание в СССР 485, — медицинских работников, освобождение их от платы за учебу 485, — увечные, помощь им 594, — растройства их развития 1186.
- Деторождения, число их в Германии 865.
- Дефекты, их пластическое закрытие 1066, — лица проникающие, регенерация тканей при них 1133.
- Диабет, синталин при нем 245, — полиурия при нем 1192, — травматический 1063, — сахарный 1082, — лечение его новазуролом 244.
- Диагностика микроскопическая в гинекологии 133, — клиническая 975.
- Диатермия при каверните 253, — при инфекционных заболеваниях мочевых путей 854, — при гонорее 1083.
- Дивертикулы перикардальные 775.
- Диететика при болезнях желудка и кишок 1298, — после желудочно-кишечных операций 1298.
- Дизентерия, лечение ее вакциной 861, 1118, — эметином 999.
- Дионин при глазных болезнях 1179.
- Диплегии лицевые кортикального происхождения 851.
- Диплококк *A. sch'a* 592.
- Дисменоррея, лечение ее 591.
- Диспансеры в Казани, конференции врачей их 863.
- Дюретин, его действие 463.
- Дифтерия ран в отохирургии 359, — наружного уха 472, — бактериэмия при ней 1176.
- Донор, выбор его 1136.
- Доценты Казанского Университета 485, — Казанского Института для усов. врачей 485.
- Дренаж сальниковый мозговых желудочков 126.
- Душевнобольные, уход за ними 149, 260.
- Дыхание носовое 442.

Е. Э.

- Eberth, смерть его 264.
- Егунова ж.-врач, смерть ее 1085.
- Эзофагоскопия 145.
- Einthoven W. 1300.
- Экзема, патогенез ее 132, 253, — лечение ее 558, — вегетативная нервная система при ней 1071.
- Экламсия 969, — лечение ее 745, 850, 969, 1180, — этиология ее 1180.
- Эксудат плевральный, клеточные элементы его 752, 982.
- Экстирпация матки химическая 356.
- Электричество, амбулаторное лечение им 481.
- Электропельвитерм 1078.
- Электротерапия 856.
- Эмболия центральной артерии сетчатки 367.
- Эмбриотомия 422.
- Эметин, его токсичность 999.
- Эндокардит затяжной, его возбудитель 349.
- Эндокринология, литература ее 256, — в хирургии 857.
- Эндокринотерапия 1207.
- Эндометрит бугорчатый 478.
- Эндоферментозитоз 476.
- Энцефалит у беременных 745, — острый, лечение его 1069.
- Энцефалография 663.
- Эозинофилия при экссудативном диатезе 130, — при раке местная 356, — при опухолях тканевая 462, — при раздражении 965.

- Эпилепсия, веронал при ней 130,—гипервентиляция при ней 371, 705,—парацетамол, патогенез ее 599, 697,—Са в крови при ней 701,—и беременность 745,—люминал при ней 971,—симптоматология ее 1182.
 Эпилептики слабоумные, двигательные феномены у них 749.
 Эпинефректомия при раке 462.
 Эпителиома лимба роговицы 368.
 Эпифизы костей, их заболевания 597, 729.
 Эритро-гемоглобино-преципитины 595.
 Эритропреципитины 833.
 Эстерман ж. врач, убийство ее 1199, 1304.
 Эфедра, препараты ее 244, 1064.
 Эхинококк печени 260,— — разрыв его 1083,—брюшной стенки 599,—легких, самоизлечение его 600,—поддиафрагмальный, нагноение его 1083.

Ж.

- Жаба грудная 1063,— — диатермия при ней 741,— — патология ее 1064.
 Железа грудная, причины ее роста 1068,—зобная 157,—щитовидная, пересадка ее 58,— — изменения ее при авитаминозе В 500,— — профессиональные заболевания ее 859,— — влияние кормления ею на кровь 861.
 Железы слюнные, торможение их секреции 595,—эндокринные, их пересадка 1291.
 Женщины-врачи в Англии 152.
 Желудок, определение хлоридов его 168, 599,—топография его 740,—заворот его 743,—деятельность его при заболеваниях головного мозга 971,—лечение язв и катарфов его 1003,—кровотечения из него 1084,—болезни его 1297.
 Желудочки мозга, салыниковый дренаж их 126.
 Желчегонные 1083.
 Жидкость спинномозговая, исследование ее 135,— — происхождение ее 252,— — бактерицидность ее 252,— — при пuerперальных заболеваниях 1078,—цери-toneальная, цитологическое исследование ее 585,—околоплодная, бетан при ней 588,—Klinger'a, влияние ее составных частей на ткани 477.
 Жизнепроявление большого человека, его механика 396, 473.
 Жилищный вопрос в Казани 146, 370,— — на Бондюжском заводе 370.
 Жир дельфиний вместо трескового 1198.
 Журнал Центральный Медицинский 978.

З.

- Заболевания первичные 758,—грибковые волосистой части головы 1273,—послеродовые, их статистика 1300.
 Завод медицинского оборудования 1085.
 Заворот кишек 481.
 Законы о семье и браке 381.
 Запоры и повышенное кровяное давление 349.
 Заслонка Ваулиньева, ее недостаточность 859.
 Заматие, время его 128,—средства против него 134, 604, 744.
 Здравосмыслов В. М. проф., юбилей его 1198.
 Зеленая малахитовая для стерилизации кэтгута 846.
 Землетрясение в Крыму 1199.
 Зоб, бактериология его 124,—оперативное лечение его 247, 587, 1178,—и амигдалит 254.
 Зонд желудочный, насильственное введение его 1086.
 Зуд заднего прохода, лечение его 1292.

И, I.

- Изоагмагглютинация, наследственность ее 105,—в судебно-медицинской практике 974.
 Икота, пирамидон при ней 1065.
 Иммунизация местная по Безредка при послеродовых болезнях 356,— — — в хирургии 742,— — — при беременности 1075,— — — глаза 142, 653.
 Impetigo syphilitica 1194.
 Импотенция, лечение ее 1287.
 Инвагинация хроническая 1192.
 Индекс злокачественности гистологический 1287.

- Институт Физиотерапевтический в Ленинграде 147, — в Сталинграде 262, — в Томске 263, — в Нижнем-Новгороде 602, — студентов-выдвиженцев 150, — для усов. врачей в Одессе 150, — для лечения внушением 150, — Украинский Психиатрический 262, — Центральный курортологии 262, — по изучению детства в Ленинграде 760, — охраны матллада в Ташкенте 760, — исследовательский туберкулезный в Казани 864, 978, 1198, — социальной гигиены в Казани 864, — для усов. врачей в Хабаровске 864, — интернов 1198, — Психоневрологический в Киеве 1199, — Стоматологический 1199, — для усов. врачей в Томске 1303, — охраны здоровья детей и подростков 1303.
- Институт для усов. врачей, заявки на места в них 261, — — — — командировки в них 481, — исследовательские при Казанском Университете 485.
- Ивуэли и функция желудка 406.
- Инфекция пупереральная, лечение ее 971.
- Иод, фабрикации его в Баку 760, — при глазных болезнях 1067.
- Ионтофорез при воспалительных заболеваниях ж. пол. сферы 425, — при актиномикозе 1071.
- Иридоциклит, его диагностика 743.
- Исследование акушерское наружное 355, — ректальное 1075, — внутреннее роженни и дохильный секрет 355, — экспериментально-психологическое 723, — клиническое 751.
- Источник Ижевский, содержание иода в нем 569.
- Источники минеральные в Забайкалье 1199.
- Ихтиол при кожных болезнях 750, — при глазных операциях 1067.

К, С.

- Кавернит, лечение его диатермией 253.
- Календарь медицинский 254.
- Кальций в крови 364, — беременных и родильниц 1078, — в зависимости от характера дыхания 1196, — в слюне 365, — хлористый при гонорройных заболеваниях 252, — при септических заболеваниях 1077.
- Каштегер проф., его самоубийство 264.
- Камнедробление у детей 859.
- Камни желчные, их оперативное лечение 743, 847, — почечные, гипофизин при них 126, — мочевые 148.
- Катаракта, ее лечение 353, 588, — этиология 587, — в климактерий 1179.
- Катермометр 369.
- Кафедры университетские медицинские, их замещение 381, 485, 864, — биологической химии вакантные 978.
- Квартиры врачей, их оплата 1085.
- Кератит паренхиматозный 754.
- Кератодермия гонорройная 592.
- Кератоластик 599, 1030, 1082.
- Кесарское сечение 1079, — роды после него 970.
- Кэтгут, его стерилизация 846.
- Квишечник, огнестрельное ранение его 365, — непроходимость его 859.
- Кишка толстая, резекция ее 246, — левостороннее положение ее 1082, — прямая, лечение ее выпадений 365, 596.
- Клетки, влияние на них лучистой энергии 600.
- Климактерий и кровяное давление 469.
- Клиника эндокринологическая 978.
- Клиники Казанского Университета, вечерние приемы в них 601, — Фрейбургского Университета новые 1304.
- Клитор, гипертрофия его 604.
- Колит 465, 1188, 1290.
- Colporrhaphia mediana 1077.
- Кома диабетическая, ее лечение 787, — ее диагноз 862.
- Комаров д-р, дело его 1199.
- Комитет для усов. врачей в Германии 383.
- Конвенция Гагская и Женевская, принятие их правил СССР'м 485.
- Конкурсы на замещение кафедр 150.
- Конституция женская, типы ее 547, — аномалии ее 672, — и the половой сферы 846, — в хирургии 858, — в акушерстве 1078.
- Консултация для грудных детей 231, — по охране матллада 1075, — для беременных 1304.

- Контрактуры, птофореы при них 741.
 Conus medullaris, его поражение 598.
 Конъюнктивиты, фолликулярные заболевания ее 862.
 Корь, обтирание больных укусом при ней 265,—этиология и профилактика 1175,
 —лечение хиномом 1295.
 Кости, переваривание их в желудочном соке 477.
 Coxa vara, превращение ее в coxa valga 247.
 Крамерелин смерть его 370.
 Креатории в Европе 152,—в Москве 382, 1199, 1304.
 Кровотечения послеродовые 129, 590, 920,—маточные 851,—легочные 1064,—же-
 лудочные 1290.
 Кровь, клиническая картина ее 147,—соли в ней 277,—переливание ее 361, 463,
 845, 1136, 1291,—при серотерапии 462,—в кале 465,—методика ее исследо-
 вания 856,—свертываемость ее 965, 1175,—при сифилисе центральной нерв-
 ной системы 971,—диагностика ее 974,—при tbc 1098.
 Ксерофтальмия 1081, 1246.
 Культуры тканевые 752.
 Курорты, наплыв больных на них 602.
 Курсы для усовершенствования врачей 150, 262, 369, 381, 479, 480, 1085,—фар-
 мацевтические в Казани 978.

Л, Л.

- Лактоотерапия при глазных болезнях 367.
 Ламблиоз 146.
 Лампа G ü l l s t r a n d ' a 368.
 Лейкоцитоз пищеварительный у детей 130.
 Лейкоциты, определение их по мазку 144,—заражение tbc их культур 846.
 Лекарства несовместимые 488, 760.
 Лекции по здравоохранению международные 864.
 Лианолечение, реакция крови при нем 464.
 Линеви ч д-р, награждение его 759.
 Лишаа надпочечниковая 284, 475.
 Липидол для распознавания беременности 354.
 Липоиды, влияние их на прохождение пептонов 861.
 Lister, его значение в хирургии 491, 596,—общество его имени 760.
 Литература медицинская русская, учет ее 265.
 Лишай чешуйчатый, лечение его диатермией 750.
 Лопатка разболтанная, лечение ее 248.
 Лохии, изменения их в связи с исследованием роженец 355.
 Lumbago 352.
 Лучи W o o d ' a 147, 601, — ультрафиолетовые, Ca в крови при их действии 463,
 ——лечение ими 509, 641, ——электролиты в крови при облучении ими
 1083, ——влияние на кровотечения 1197, ——на белковую молекулу 1287,
 ——рентгеновские при воспалениях женской пол. сферы 746, — при злокаче-
 ственных новообразованиях кожи 941.
 Людоество на Украине 1296.
 Люмбализация крестцового позвонка 248.
 Люминал при эпилепсии 971.
 Люпорий в Казани 148.

М.

- Магнезия сернокислая при ишурии 480.
 Magnus, его работы 364.
 Малярия, скрытая форма ее 47,—лечение ею атрофии зрительного нерва 128,—
 сифилиса 252, 1299,—и нервные болезни 179,—культуры плазмодиев ее 349,—
 плазмохин при ней 349,—лечение ее хиномом у беременных 350,—борьба с нею
 760,—механизм действия ее прививок 971,—перенос ее с кровью 846,—лече-
 ние ее по O c h s n e r ' y 1111.
 Марганец хлористый, лечение им tbc 404.
 Марковский А. В. проф., смерть его 1304.
 Материнство и младенчество, их охрана 751.
 Матка, разрыв ее 478,—отсутствие ее 487,—химическая экстирпация ее 592,—
 перфорация ее при аборте 1077.

- Магеста, лечение нервных болезней в ней 464.
 Медаль Lister'a, ее присуждение 151.
 Медперсонал, нападения на него 149, 151,—незнание им прав и обязанностей 151,—оплата сверхурочных работ его 261,—дополнительное вознаграждение ему 261,—улучшение его положения 485.
 Медфак, их структура 1198.
 Мембрана гортани 1197.
 Менягит переброшенный 481,—у детей палочка Pfeiffer'a при нем 746.
 Менококцикозы 543.
 Менококсия 849.
 Менструация и тромбоциты 249,—и tbc 846,—печень при ней 968.
 Метасифилис, терапия его 853.
 Metropathia haemorrhagica 471.
 Метро-сальпингография 1078.
 Мизозы 713.
 Микроцефалия рентгеногенная 970.
 Миоциты, гистогенез их 1191.
 Missed abortion 70.
 Мозг, артерии его 595,—химический состав при наркозе 847,—локализации в нем 1300.—спинной, опухоль его 860.
 Мокрота, цитология ее 860.
 Молния, смерть от нее 446, 1201.
 Молоко сифилитическое, заразительность его 131,—инъекции его 742,—количество его у кормящей женщины 1068,—уничтожение в нем палочек Eberth'a 1288.
 Монополия картонная, передача доходов ее на охрану матулада 485.
 Морфинизм, лечение его 851.
 Моторика в связи с телосложением и психикой 736.
 Моча, задержка ее после операции 247, 1067,—лечение недержания ее 480, 1082.
 Мочеточники, перевязка их 1250.
 Мхендзед-р, самоубийство его 150.
 Мышление терапевтическое, этапы его 979.

Н, Н.

- Нагноения острые, пещири при них 199.
 Надпочечники, отношение их к иммунитету 29,—новое в учении об них 475.
 Напитки спиртные, ограничение их продажи 602.
 Наркоз люминал-эфирный 467,—хлороформный, влияние его на мозг 847.
 Нарколенсия 371, 749.
 Наркоманы, Институт для лечения их 1085.
 Наркомадрав ТР новый 601.
 Население СССР 864,—земного шара 1304.
 Насилия над врачами 1199.
 Насморк, лечение его 253,—сенный, лечение его бромом 1064.
 Наука русская 361.
 Невралгии седлищного нерва, их лечение 795.
 Neuritis optica при опухолях мозга 863,—при заболевании носовых пазух 973,—периферический, рентгенотерапия его 971.
 Neurolynes 440,—инкубационный период его 1046,—терапия его 1295.
 Невротомия по Молоткову 966.
 Неврофиброматоз 366.
 Недоноски, выращивание их 129.
 Нейролизин в глазной практике 743.
 Некролог проф. А. А. Панормова 152,—В. И. Левчаткина 487,—В. И. Орлова 603.
 Неосальварсан при сибирской язве 798.
 Непроходимость артерио-мезентериальная 1193.
 Нерв блуждающий, окончания его в сердце 622, 753,—зрительный, лечение его атрофий 128,—поражение его 863,—диафрагмальный 1205.
 Нервы сердечные, механизм их действия 1054,—матки у собаки 1078.
 Нефрит, лечение его сахаром 742.
 Нефропексия 351.
 Новазулол при диабете 244.
 Новообразования злокачественные, патогенез их 506.

Новорожденные, рост и вес их в Яловии 603.

Нома, ее лечение 848.

Нос, связь его болезней с половой сферой 473,—пластика его 1195,—опухоль его 1197.

О.

Облучение ртутно-кварцевое, его дозировка 463.

Общество Врачей при Казанском Университете, деятельность его в 1926 г. 258,—

— — — новая секция его 760,— Научное г. Батума 136,—Кр. Креста в РСФСР 262,—Гомеопатов Всеукраинское 864.

Овощи, их значение в диете больных 1290.

Оживление мумифицированных органов 1175.

Ожирение, его лечение 463.

Ожоги, их лечение 967,—пищевода щелочами 967.

Озена, ее этиология 593,—ее лечение 594, 973, 1196.

Олеогранулема 1301.

Олеоторакс 1177.

Омоложение организма, новый способ его 33, 146.

Операции на желудке и duodenum в Пензенской больнице 479,—акушерские, заболеваемость и смертность после них 1075.

Операция K r ö n l e i n'a 597.

Оплодотворение искусственное 1293

Опухоли парасакральные смешанные 409,—спинного мозга, их хирургия 649,—эндометриодные 1079,—множественные первичные 1288.

Опухоль орбиты, ее удаление 1081.

Опыт новый физиологический 244.

Органы половые женские, инфекционные воспаления их 470.

Ординаторы, отбывание ими службы 1085, 1198.

Осложнения послеоперационные легочные 862.

Оспа, распознавание ее 124.

Острицы, лечение серой 1065.

Островки L a n g e r h a n's'a 477.

Отдел медпосылок при Госмедторгпроме, его ликвидация 979.

Отделы медпомощи застрахованным, ликвидация их 602, 759.

Отит, его осложнения 145, 253,—его лечение 1183.

Отросток червеобразный, киста его 481,— — облитерация или инволюция 1010,— — его движения 1175,—зубовидный, перелом его 1192.

Отряд глазной Самарский 369.

Отцовство, его установление 104.

Офтальмия метастатическая 1081.

Osepta 1068.

Очаповский д-р, награждение его 382.

П. Р.

Павлов П. П., операция у него 1085.

Палатка для землеробов 481.

Паппус, его лечение 481.

Панормов А. А. † проф. 152, 269, 364.

Пантеон Всесоюзный 1185.

Папоротник, его фармакология 244.

Паралич прогрессивный, предупреждение его 131, 852,— — его лечение 716, 852, 1070, 1079,— — трипановидия, фагоцитоз и иммунизация при нем 748,— — кровь при нем 748,— — и конституция 1295.

Параличи центральные, их распознавание 1182.

Параффин, судьба его в тканях 967,—выссыкивания его 1166.

Параффиномы 862, 1166.

Паркинсоныки, гипертония у них 252,—изменения объема рук у них 260.

Паронихия, ее лечение 1065.

Паротит инфекционный, его патогенез 744.

Р_h, концентрация в кишечнике птиц 364.

Пеллагра, патогенез ее 349.

Пенсии научным работникам 262, 759, 864.

- Невсии при перитоните 127.—при острых нагноениях 199.
 Нейтон, инъекция его при астме и мигрени 265.
 Переломы, диагностика и терапия 126.—самопроизвольные ребер 126.—оперативное лечение их 350.
 Перемещение органов частичное 144.
 Пересадка тканей 1190.
 Перитонзиллит, осложнения его 250.
 Перитонит, лечение его 127, 351, 483, 586, 816, 847.—тазовый гонорройный у мужчин 472.
 Пертурбация, внематочная беременность после нее 1036.
 Печень, функциональная проба ее 1301.
 Пиявки, болезнь рук у них 1065.
 Пиллит беременных 589.
 Пильнов М. С. проф., юбилей его 1193.
 Pinel 260.
 Пневрея альвеолярная 849.
 Пирамидон, влияние его на мозговую сферу 356.—при ревматизме 1065.—при икоте 1065.
 Пигуляндол в послеродовом периоде 745.
 Пичугин П. И. проф., юбилей его 1198.
 Пищевод, зондирование его 351.—болезни его 1297.
 Плазмодии малярии, их культуры 349.
 Плазмолин 349.
 Пластыка лица 1192.
 Плацента, вес ее и плода 250.—определение ее целости 479.—ручное удаление ее 479.
 Плевра, первичная эндотелиома ее 476.
 Плеврит, лечение его аутоинъекциями 945.
 Плод, сердечные тоны его в периоде раскрытия 188.—признаки внутриутробной смерти его 470.—зависимость развития его от продолжительности регул у матери 534.—определение положения его головки 588.—влияние рентгенизации на него 741.—задержка его в матке 1038.—определение пола его 1079.
 Плоскостопие, его профилактика 247.—у печатников 949.
 Пнеймома крупозная, серотерапия ее 124.—послеоперационная 903.
 Пнеймоторакс искусственный 1289.—при тbc кавернах 585.—двусторонний 1063, 1176.—идеальный 1063.—инструмент для него 1300.
 Повреждения сельскохозяйственными орудиями 1190.
 Повязка при глазных операциях 1179.
 Подготовка больных предоперационная 571.
 Позвоночник, перелом его 146.—анкилозирующее воспаление его 147.
 Полиартрит гонорройный 1194.
 Полиы основания черепа 350.—хоанальные 359.—челюстной пазухи 855.
 Полость брюшная, огнестрельные ранения ее 365.
 Полуларвоз эфирно-масляный прямокишечный 791.
 Помощь первая 257.
 Porokeratosis 1082.
 Послед, выжимание его по Credé 850.—удаление его 1181.
 Пособия семейным во Франция 264.
 Потуги маточные и вегетативная нервная система 850.
 Посылки заграничные, получение их научными учреждениями 381.
 Почка подковообразная 596.
 Почка, подкожные разрывы их 74, 146, 477.—влияние грязелечения на их функцию 295.—пересадка их 467.—испытание их у беременных 968.—tbc их 1018.
 Премия Nobel'a, присуждение ее 151.—имени Ленина, присуждение ее 1085.
 Пресс брюшной, обратное развитие его мышц 1068.
 Придаток мозга, гетеропластика его 365.
 Проститутки, мастерские для них 150.
 Протоплазма, влияющие на нее условия 477.
 Профилактикторий в Ленинграде 1198.
 Процессы острогонийные, их лечение 1190.
 Псевдомиксома червеобразного отростка 596.—брюшины 1081.
 Психиатрия современная, ее проблемы и методы 1277.
 Психозы детского возраста 135.
 Психопатология и искусство 1080.

- Психопрофилактика и психогигиена 725.
 Псориаз, его лечение 132.
 Psorospermosis follicularis vegetans 1082.
 Пузырь плодный, преждевременный разрыв его 251, 356,—желчный, преждевременный разрыв его 251, 356,—желчный, исследование его 476,—распознавание его разрыва 1067,—мочевой искусственный 817,—лечение воспалений шейки его у женщины 855.
 Пункция лумбальная и слух 593,—при цереброспинальном менингите 971.
 Пуловина, разрывы ее 810,—обвитие ее 970.
 Purpura variolosa, кровь при ней 476.
 Пути дыхательные верхние 1196,—состояние их у рабочих табачных фабрик 1296.
 Путь через liquor 748.
 Пятно слепое, влияние на него гипертрофии плоточной миндалины 254.

P. R.

- Работники научные, право их на самоуплотнение 149.
 Работы высокой научной квалификации в медфаке Казанского Университета 148, 149, 381, 485, 1303,—научные, пересылка их за границу 149.
 Развитие физическое, контроль над ним 1072.
 Разумовский Василий Иванович проф. 3.
 Рак, предрасположение к нему 123,—происхождение его метастазов 123,—смертность от него в Соед. Штатах Америки 152,—борьба с ним 152,—распространение его в Англии 383,—эпинефректомиа при нем 462,—лечение его свинцом 462,—рецидивы его 479,—иммунизация против него 583,—аутосеротерапия его 845,—чувствительность к лучистой энергии 845,—этиология его 964,—грудной железы 246, 1065, 1177,—матки 430, 591, 1181,—вагиналида первичный 758,—пищевода 847,—прямой кишки 1191.
 Раковина ушная, поражение ее бактериями Vincentia 145.
 Ramisectio 1066.
 Ранения огнестрельные, признак их 132.
 Раны гнойные, их лечение 481.
 Расы, определение их по Манойлову 133.
 Ратания при язвах 1066.
 Рафания, ее эпидемия 860, 1151.
 Рахит 1294,—его лечение 464,—экспериментальный 1083,—изучение его 1201.
 Рвота беременных, лечение ее 129,—неукротимая, плацентарная вытяжка при ней 589,—лечение ее 744, 1180.
 Реакция Dick'a 325, 933,—Lüttge и Merz'a 469,—связывания компонента при гонорее 471,—Манойлова 476, 562,—Tricoire'a при трахоме 597,—бальнеологическая 599,—Blumenthal'я 852,—Botelho при раке 965,—интрадермальная при вузирпальных инфекциях 746,—при брюшном тифе 1288,—изоагглютинационная, сыворотка для нее 864.—Schick'a у скарлатинозных и коревых больных 1264,—Roffo 1289,—осаждения эритроцитов в кринопатологии 988,—при раке матки 1294.—Wasserman'a в молоке родильниц 1070,—люэтиновая 1070.—Takata-Ara 1182.
 Реакции крови для определения пола 751,—иммуно-биологические в клинике их 992.
 Ревматизм, пирамидон при нем 1065.
 Рейн Ф. А. проф., смерть его 481.
 Рентгенология 475,—повреждения 93, 1186,—диагностика 1184,—терапия 1185.—техника 1185.
 Ретинит пигментный 1303.
 Рефлексы с черепной коробки 332,—лабиринтные 624, 676,—тонические при гиперкинезах 686,—половой сферы женщины 1269.
 Рецепты, выписывание их 255.
 Ринопластика 78, 360.
 Риносклерома 360,—в СССР 855.
 Rovsing проф., смерть его 383.
 Роговица, ее пересадка 143,—тренировка 353,—татуировка по Кларпу 597, 801.
 Родильницы, смертность их в С. Штатах 603.
 Родовспоможение на Украине 1079.
 Роды при целости гимена 148,—обезболивание их 251, 355,—в тазовом предлежании 470.

Рождаемость и смертность в Ленинграде 382.

Рот, спирохеты полости его 743, — их лечение 744, — бородавки на слизистой его 744, его болезнь 1297.

Рубцы, их размягчение 1292.

Riisch F. 753, 765.

C. S.

Савицкий проф., самоубийство его 1085.

Сальварсан, кровотечения после него 1183.

Сальник, пластика им 467.

Самозаражение в акушерстве 1075.

Санокризис при tbc 585, 1177.

Сбор курортный 149.

Свет искусственный при глазных болезнях 1179.

Свищи подбородочные 596, — слюнные, закрытие их 849, 1178, — мочевые, их лечение 1181, — Северный Медицинский Журнал» 602.

Съезд Глазных Врачей Всесоюзный 136, 148, 481, 599, — Северокавказских Хирургов 259, 481, — Венерологов в Казани 260, — IV Детских Врачей Всесоюзный 262, — Врачебный 262, — IX Всесоюзный Терапевтов, труды его 360, — II Поволжский Маларийный 369, 481, — VII Областной Врачей ТР 371, 382, — IV Всесоюзный Врачей 382, — IV Физиотерапевтов 382, 979, 1085, 1303, — III Всесоюзный Венерологов 382, — IV Всесоюзный Туберкулезный 323, 948, — III Поволжский Маларийный 599, — Международный Физиологов 599, — XVIII Всесоюзный Хирургов 481, — XIX Всесоюзный Хирургов 486, 857, — Здравотделов 486, 760, — II Поволжский Врачей 487, 602, 861, 976, 1082, — II Всеукраинский Терапевтов 602, 1186, — III Всесоюзный Патологов 603, 1192, — Всеукраинский Хирургов 1189, — Всесоюзный Ото-рино-ларингологов 760, — IV Поволжский Маларийный 864, — Международный по tbc 865, — Международный по истории медицины 865, — Всесоюзный Психиатров 978, — VI по курортному делу 979, 1303, — X Всесоюзный Терапевтов 978, 1199, — VIII Всесоюзный Акушерско-Гинекологический 979, — III Всесоюзный Урологов 979, — Всеукраинский Акушерско-Гинекологический 1078, — Всесоюзный Невропатологов 1085, — по профболезням 1086, — Всеславянский Врачей в Варшаве 1303.

Съезды, их урегулирование 149.

Секрция внутренняя, расстройства ее при заболеваниях скелета 133, — желудочная, изменение ее при работе 1287.

Сезонка, кисты ее 126, — функции ее 244, — отложение пигментов в ней 364, — физиологическая роль ее 484, — разрыв ее 1193.

Селенс отогенный 359, — гонорройный 471, — цуэрнеральный, лечение его 591, 851.

Сера при перитонитах 816.

Сердце, исследование его функциональное 245, — хирургия его 258, 340, 450, — периферическое, его функции 348, — действие на него Ringer-Lock'овской жидкости, пропущенной через лапку кошки 364, — пороки его 1083, — умирающее, электрокардиография его 1189, — лягушки, функция нервных центров его 476.

Серотерация, кровь при ней 462.

Симптом фистульный 145, — Weber'a 379, — „вожжей“ при tbc спондилите 384.

Синтала при диабете 245.

Синька метиленовая, токсичность ее 1091.

Система нервная вегетативная 256, — — тонус ее при желудочных заболеваниях 898, — — методы ее исследования (прил. II), — периферическая 476, — ретикуло-эндотелиальная, ее функции 1175.

Сифилис глаз 127, — нижней части позвоночника 248, — лечение его 335, 358, 853, — врожденный, его признаки 358, — его лечение 358, — — внутренние органы при нем 853, — беременных, лечение его, — злокачественный, лечение его прививками возвратного тифа 599, — и метасифилис 747, — диагностика его по картине крови 749, — печени 750, — висцеральный 1187, — желудка 1192, — спинномозговой, лечение его прививками малярии 1070, — заболеваемость им 1070, — серодиагностика его по Каур'у 1070, — у кроликов 1182.

Сифилитики, судьба их 853.

Скарлатина, лечение ее 148, 1295, — иммунизация против нее 325, 933, — стрептококки в чешуйках кожи больных ею 1288.

Скелет, рентгеновский атлас его 1185.

- Склад психический и соматический, соотношение между ними 260.
 Склеректомия при глаукоме 143.
 Слепота в РСФСР 137,—при ринологических вмешательствах 354.
 Слюна при беременности 145, 317,—при болезнях желудка 849.
 Смертность в СССР 760.
 Совещание ученое при ТНК'ве 1084, 1198.
 Сода при мажочных кровотечениях 851.
 Солнце горное при заболеваниях кожи 854.
 Сосуды кровеносные тончайшие 862.
 Спермовакцина, стерилизация его 591.
 Специалисты-врачи 151.
 Спирихэта бледная, формы ее 131.
 Сплетение поясничное, обезболивание его по Busch'y 1291.
 Спондилоз, его лечение 259.
 Спорынья, отравление ею 371, 601.
 Стандартизация акушерских инструментов 612.
 Станция Биологическая Соловецкая 864.
 Status thymico-lymphaticus 462.
 Стекла оконные и ультрафиолетовые лучи 865.
 Стеноз аортальный 1210.
 Стереоскопические рентгеновские картины 586.
 Стереоскопо-вазография 365.
 Стерилизация женщины оперативная 752, — — временная 1079.
 Стетоскоп влагалитный 250.
 Столбняк, его лечение 124.
 Столыпинский В. А., смерть его 760.
 Стопа, изменения высоты свода ее 365.
 Стрептококк пuerпериальный, токсины его 583.
 Студенты-медики, число их 1086.
 Сулема, лечение отравлений ею 292.
 Сустав плечевой, артродез его 79,—коленный паралитический, лечение его 468,—
 тазобедренный, лечение деформаций его 468 — — — лечение анкилозов его
 468, — — артропластика его 469.
 Сухотка спинная, предупреждение ее 131, 852, — — лечение ее прививками малярии
 1070, — — бледная спирихэта при ней 1295.
 Сфинктеропластика апоневрозом 467.
 Схватки маточные, их вызывание 1293.
 Сыворотка лечебная сибиреязвенная 149, — для лечения послеродового сепсиса
 851, — преципитирующая 952.

Т.

- Табак, курение его детьми в Голландии 264.
 Газ узкий у женщины различных рас 1068.
 Таллий уксуснокислый, эпилепсия при помощи его 1183, — — при грибковых забо-
 леваниях волос 1183, — — анемия после него 1296.
 Т а р а с е в и ч проф., смерть его 864.
 Тела инородные в пищеводе 371, — — в трахее и бронхах 1197.
 Тело желтое, его гормоны 128, — человека, стоимость его элементов 348.
 Тельца эпителиальные, их значение 1287.
 Терапия, ее увлечения 869, — гормональная в акушерстве 969, — в неотложных
 случаях 975.
 Термометр максимальный, 60-летие его изобретения 263.
 Техникум медицинский в Казани для нацмен 601.
 Техникумы медицинские 261, 381.
 Г и б е р - П о п о в д-р, убийство его 1085.
 Тиреоидэктомия, влияние ее на кровь 861.
 Тиреотоксикозы послеоперационные, профилактика их 127.
 Гиф брюшной, его диагностика 583, — — его лечение 584, 1288.
 Токи высокого напряжения, их действие 1223.
 Торможение 387.
 Травма родовая, влияние на нервную систему 1181.
 Тракт желудочно-кишечный, его иннервация 859.
 Трахеобронхоскопия 366.

- Трахей, опухоль ее 145, 250,—инородные тела в ней 259.
 Трахома 139, 367,—в Чувобласти 248,—ее лечение 353, 366, 367, 588,—этиология ее 366, 1179,—в Казани 368,—в Крыму 368,—в детдомах Миасса 369,—изменения конъюнктивы при ней 1080,—борьба с ней 1198,—ее диагностика 1292.
 Триптафлавин при болезнях мочевых органов 855.
 Трихомонады влагалищные, их культуры 128.
 Трихофития, ее лечение таллием 599.
 Тромбоз аорты 17,—послеоперационный 1119.
 Тромбозирование варикозных вен искусственное 742.
 Тромбоциты и менструация 249.
 Трубья фаллопиевы, их продувание 577,——внематочная беременность после их продувания 1036,——секреторные клетки в их мукозе 1078.
 Туберкулез в Казани 382,—на Украине 382,—его номенклатура 188,—наследственность его 465, 466, 1062,—фильтрующий вирус его 466,—и злокачественная анемия 465,—и lues 1289,—и табачное производство 1289,—патологическая анатомия его 1176,—иммуно-биологические реакции при нем 144, липолитические ферменты при нем 778, 875,—сахар в крови при нем 1176,—генерализация его гематогенная 1063,—заражение им культур лейкоцитов 846,—смертность от него 1199,—диагностика его 1176,—исследование палочек его 1062,—борьба с ним 257,—специфическая профилактика и иммунитет (прил. I).—лечение его 125, 404, 467, 585,—грудных детей 134,——пневмоторакс при нем 972,—беременных и родильниц, его лечение 585,—легочной и половое созревание 125,—патогенез его 1289,—формы его 600,——кровь при нем 1098,——менструация и беременность при нем 846,——рентгенодиагностика и рентгенотерапия его 600,—и кожи 1063,—лечение его 125, 1063,—висцеральный и кожа 466,—костей и суставов 482,—хирургический, его лечение 1189,—половой сферы у женщин и конституция 846,——исследование крови на тbc палочки при нем 584,—горани у беременных 1139,——лечение его 1195,—носа перичный 585,—глаз, лечение его 743.
 Туберкулин, внутреннее употребление 264,—действие его 1177.

У.

- Ужаления пчелиные, лечение их 584.
 Указатель медицинской литературы 1086.
 Университет Казанский, выпуск медиков в нем 758,—дотация ему 758,—число студентов-медиков в нем 1303,—Московский I, восстановление его 262,—Пермский 150, 382,—международный в Давосе 1304.
 Уретра мужская, рентгенография ее 854.
 Уродство типа aserphalus-acardiacus 1302.
 Уротропин в дерматологии 1071.
 Ухо, пластика его 259,—поражение его при наследственном сифилисе 358,—среднее, лечение хронических воспалений его 1296.

Ф, F, Ph.

- Фаворский А. В. проф. 607,—юбилей его 754.
 Фармакология 473.
 Facies typhica 251.
 Фельдшера, практика их 261.
 Фенолфталеин, ядовитость его 1060.
 Ферменты тканевые 613,—крови липолитические 778.
 Фиброма вульвы 599.
 Фибромиома матки, сочетание ее с внематочной беременностью 145,——удаление ее под местной анестезией 478,—и беременность 1078,—этиология ее 1294.
 Физкультура в Германии 599,—основы ее 1071,—теория и практика ее 1072.
 Флегмона орбитальная, молочная терапия ее 1292.
 Флора конъюнктивы микробная 1080.
 Фонд специальный для охраны матмлада 602.
 Фофокардиография плода 354.
 Франция, командировка в нее 119.
 Phrenicus-haïresis 125,—феномен 1064.
 Фурункулы, нонтофорез при них 741.

X.

- Хинин, отравление им 248, 368,—глухота после него 593.
 Хинные деревья, разведение их на Кавказе 769.
 Хирургия, ошибки и несчастья в ней 481.
 Холера детская, патогенез ее 357,—лечение ее 357.
 Холецистэктомия, колики после нее 967.
 Хрусталик, помутнение его 1302.
 Хрящи, пересадка их 126,—полудунные, кисты их 246,—реберные, посттуберкулезное воспаление их 586.

Ц, С.

- Circulus arteriosus Willisii, формы его 598.
 Цистицерк глаза, удаление его 599.
 Цынга, кровь при ней 742.

Ч.

- Чебоксаров М. Н. проф., избрание его деканом 758.
 Челюсть нижняя, пластика ее 259, 596,—перелом ее 481.
 Череп, огнестрельное ранение его 365,—замещение дефекта его 862.
 Чесотка, борьба с ней в ТР 601,—лечение ее 1296.
 Число водородное, определение его 1086.
 Чревосечения, производство их 966,—в сельской практике 1079.
 Чума в Северо-Кавказском крае 1199.

Ш.

- Шизофрения, половые железы при ней 852.
 Школа высшая медицинская в Китае 152.
 Штернберг А. Я. проф., смерть его 1304.

Щ.

- Щелочность резервная 1216.

Ю.

- Юбилей Н. Ф. Голубова 150,—Г. В. Хлопина 150, 370,—С. П. Федорова 150,—Г. Е. Рейна 150,—John-Norkins-Университета 151,—Д. И. Татарина 263,—Н. В. Ковалевского 263,—К. П. Звягина 263,—Н. Е. Осокина 263,—С. Б. Оречкина 263,—Ch. Richet 263,—Л. В. Блюменау 381,—А. С. Чемолосова 381,—С. В. Лобанова 381,—Я. А. Ловцкого 381,—А. В. Марковского 381,—З. Я. Ельциной 381.—Старо-Екатерининской больницы в Москве 602,—Одесского Дерматологического Общества 602.—А. В. Фаворского 754,—Л. А. Гарасевича 759,—Н. М. Какушкина 759,—М. С. Пильнова 1084,—Р. А. Лурья 1084, 1303,—А. А. Сухова 1303.—А. А. Мелких 1303.—Ленинградского Мединститута 1303.

Я.

- Яды, действие их на изолированные органы 1302.
 Язва желудка, этиология ее 245,—перфорация ее 862,—диагностика и терапия 885,—лечение ее 467, 859, 965, 1003,—12-перстной кишки, гастроэнтеростомия при ней 246,—болевые симптомы при ней 601,—диагностика и терапия ее 885,—лечение ее 859,—пептическая, патогенез ее 465,—послеоперационная 479,—сибирская, патогенез ее 1170,—лечение ее неосальварсаном 798,—пендинская 1192, 1194.
 Язвы голени, их лечение 480, 1296,—желудка и 12-перстной кишки инфицированные 516.
 Яички, их пересадка 23.
 Яичник, дермоид его 481.
 Яновский М. В. проф., смерть его 1199.
 Ясли 150.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА **КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ** В 1928 Г.

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

В «Журнале» принимают и принимают участие следующие профессора, преподаватели и врачи-писатели:

- Адамюк В. Е. (Казань), Алякритский В. В. (Пермь), Аристовский В. М. (Казань), † Бенинг К. В. (Казань), *Biel-schowsky M.* (Берлин), Боголюбов В. Л. (Казань), Богораз Н. А. (Ростов н/Д), Божовский В. Г. (Тобольск), Болдырев В. Н. (Вяттл-Крнк. 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), Вишневецкий А. В. (Казань), Вольтер Б. А. (Казань), Вормс В. В. (Саратов), Галант И. Ф. (Москва), Глушков П. А. (Казань), Горизонтов Н. И. (Томск), Горяев Н. К. (Казань), Гремячин М. Н. (Самара), Гржебин Э. И. (Смоленск), Гросман И. Б. (Астрахань), Груздев С. С. (Братислава, Чехо-Словакия), Гусев А. Д. (Казань), Гусынин В. А. (Казань), Жбанков Д. Н. (Москва), † Зимницкий С. С. (Казань), Зюков А. М. (Киев), Кавецкий Н. Е. (Самара), Кисель А. А. (Москва), *Kemperer F.* (Берлин), Клячкин Г. А. (Казань), Коган-Ясный В. М. (Харьков), Козлов И. Ф. (Омск), Красин П. М. (Казань), Кроль М. Б. (Минск), Кулябо А. А. (Москва), Курлов М. Г. (Томск), Кушев Н. Е. (Саратов), Левин А. М. (Баку), Лепский Е. М. (Казань), Лидский А. Т. (Астрахань), Линберг Г. Е. (Смоленск), Лозинский А. А. (Пятигорск), Лопатин Г. М. (Саратов), Лурия Р. А. (Казань), Меньшиков В. К. (Казань), Милославский В. В. (Казань), Миртовский Н. В. (Саратов), Миславский А. Н. (Казань), Миславский Н. А. (Казань), Михайловский И. П. (Ташкент), *Mühlens P.* (Гамбург), Невядомский М. М. (Москва), Непряхин Г. Г. (Астрахань), Николаев П. Н. (Саратов), Омороков Л. И. (Томск), Опонин А. А. (Томск), Осокин Н. Е. (Саратов), Парин В. Н. (Пермь), Пильнов М. С. (Казань), Подъяпольский П. П. (Саратов), Поляков Н. Л. (Ленинград), Попов П. И. (Казань), Пучек А. И. (Астрахань), Разумовский В. И. (Саратов), Ратнер Л. М. (Свердловск), Россолимо Г. И. (Москва), Русецкий И. И. (Казань), Русских В. Н. (Свердловск), Руткевич К. М. (Киев), Савченко И. Г. (Краснодар), Самойлов А. Ф. (Казань), Смородинцев И. А. (Москва), Соколов В. М. (Казань), 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), Чебокаров М. Н. (Казань), Черковский В. В. (Казань), † Чистович Н. Я. (Ленинград), Чистович Ф. Я. (Ленинград), Швагер Р. И. (Москва), Шварцман С. Я. (Одесса), Шипачев В. (Пркутск), Щербаков С. А. (Казань), Эдельберг Г. (Ярославль), Эмдин П. (Ростов н/Д), Юдин Т. И. (Казань), 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.) убористой 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 выписку 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 заключать оригиналы статей 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 выходящих медицинских книгах, отчеты о поездках за границу с ученою целью, отчеты о главнейших врачебных съездах, о заседаниях медицинских обществ Казани, 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.).

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung „*Meister Lucius Bayer*“

TRIPHAL

(Natrium auro-thiobenzimidazolcarbonicum)

для специфического лечения туберкулеза.

Дает хорошие результаты также при Lupus erythematoses,
Psoriasis.

Применение: внутривенно в дозах от 0,025—0,2 гр.

Оригинальная упаковка „Höchst“.

Единичные дозы: порошок в ампулах по 0,001, 0,0025, 0,005,
0,01, 0,025, 0,05 и 0,1 гр.

Клиническая упаковка: по 10 ампул такой же дозировки.

SPIROCID

ANTISYPHILITICUM

для приема внутрь и для арсенотерапии при фрамбозии, Angina Plaut-Vincenti, амёбном энтерите, анемии, кожных болезнях.

Оригинальная упаковка «Höchst».

Флакон: 30 табл. по 0,25 гр.
50 " " 0,01 "

Генеральное представительство для СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H.

BERLIN NW 7, DOROTHEEN-STRASSE 35

Telefon: Zentrum 441—443.

Представители в МОСКВЕ при

Русско-Германск. Торг. Акд. О-ве, Москва-Центр., Тверская, 34.

Л и т е р а т у р а к у с л у г а м в р а ч е й



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫГЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

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

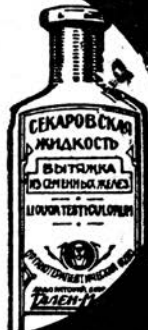
ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

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

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

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылаются бесплатно.



ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
А ДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА
№ 5
ГЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампулы — 3 р. 50 к.
6 ампул — 6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален



Москва

