

Груздев Н
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).

№ 1.

Январь.

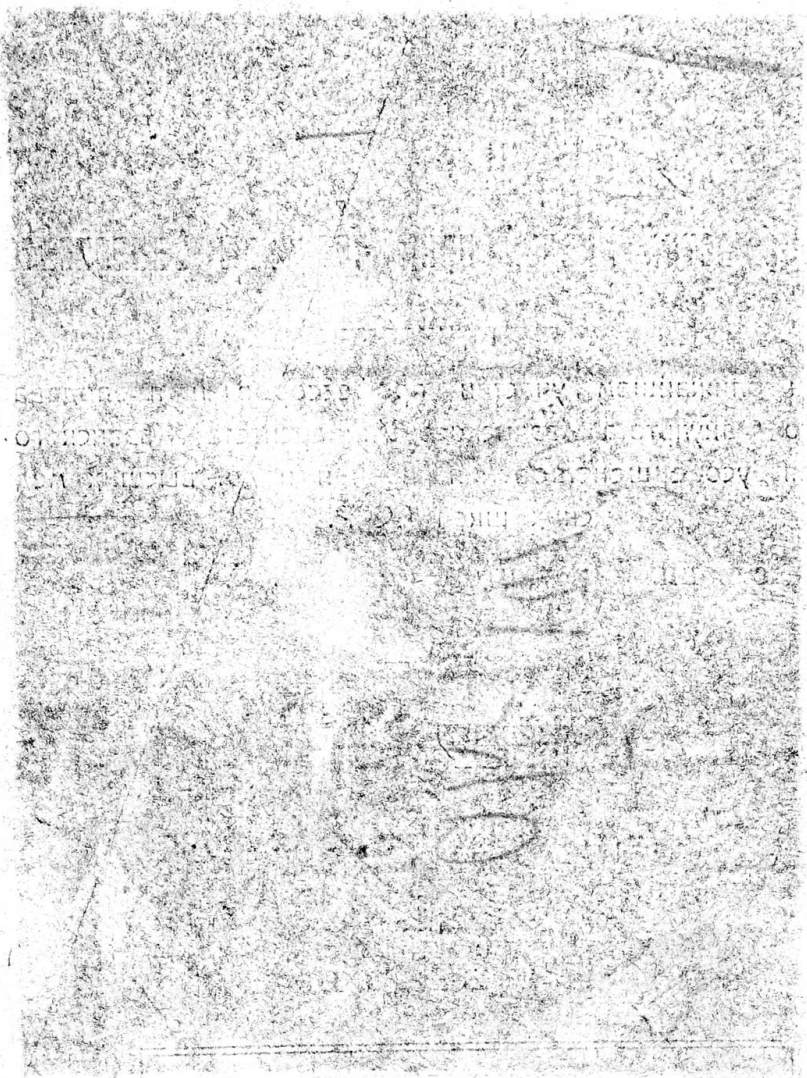
ПОСВЯЩАЕТСЯ
ПРОФЕССОРУ
Василию Ивановичу
РАЗУМОВСКОМУ

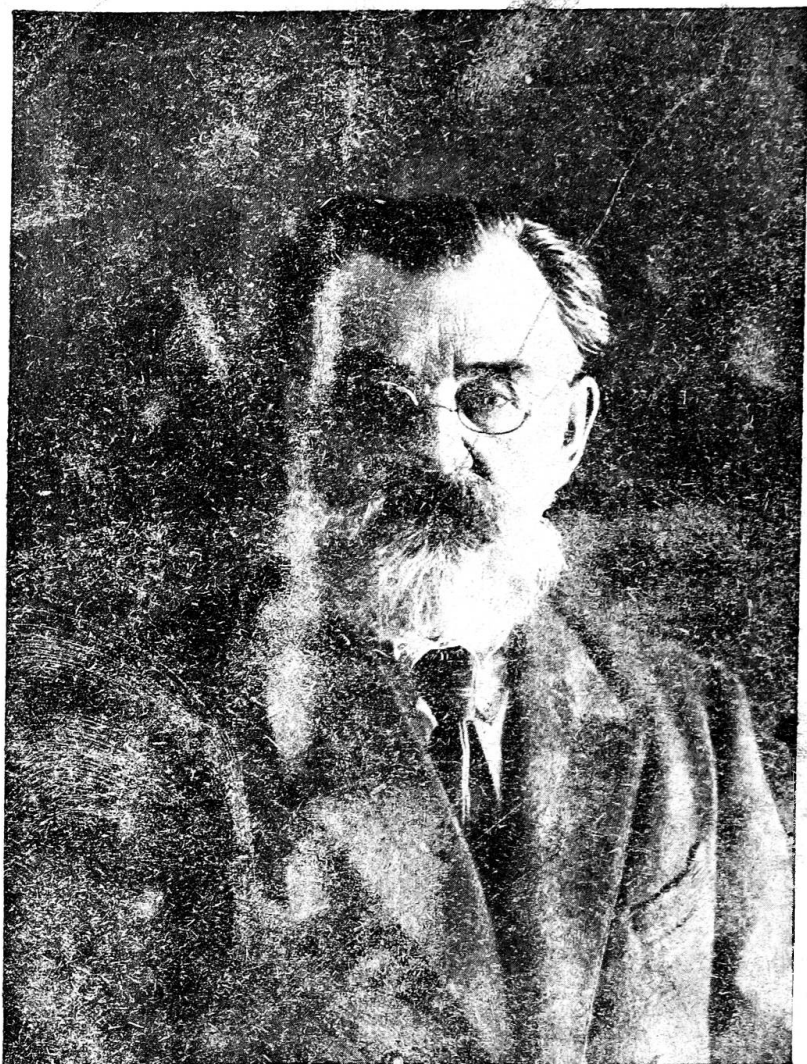
по поводу 45-летия его учено-преподавательской и врачебной
деятельности.

Груздев

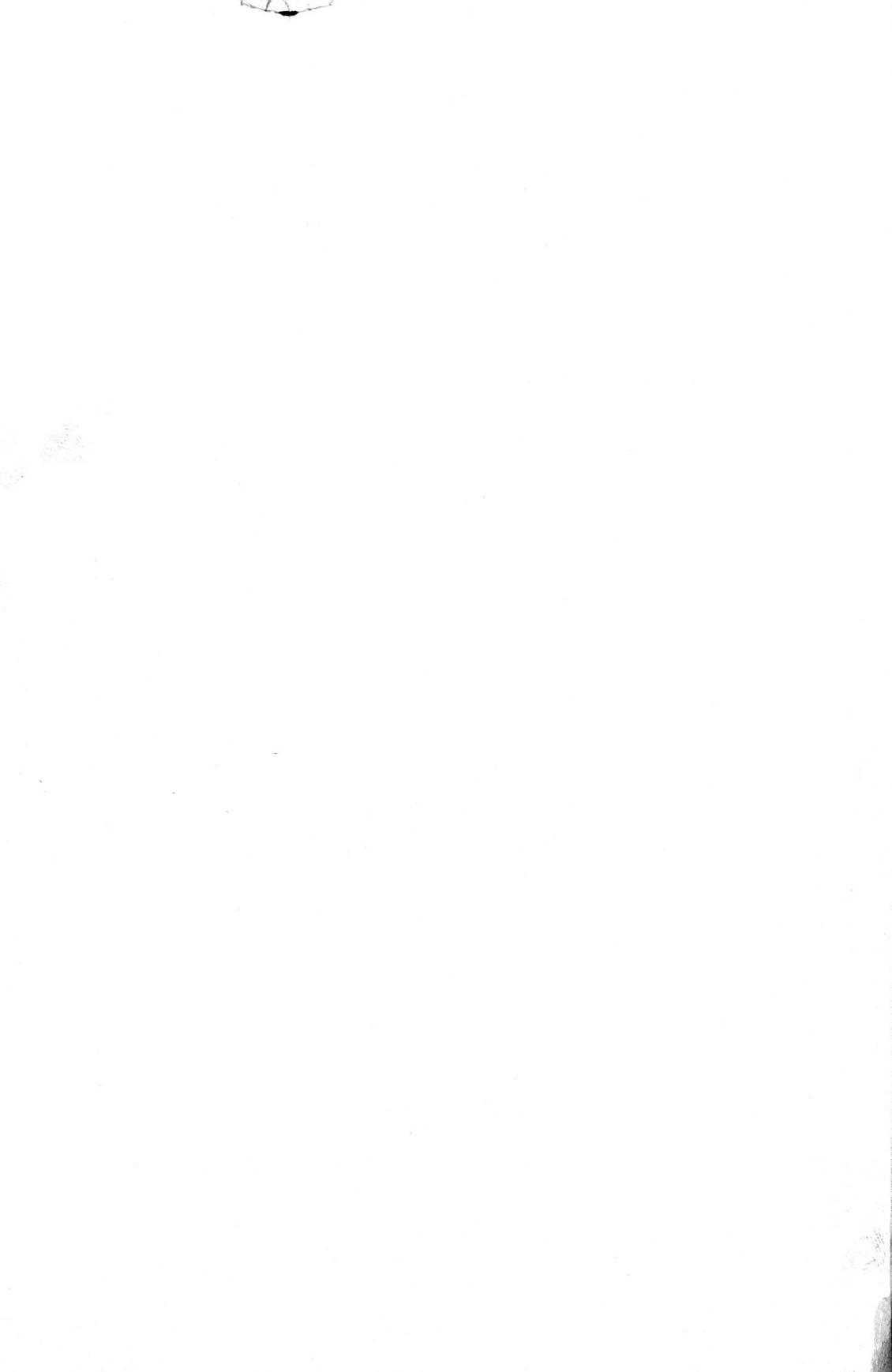
КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.





ПРОФЕССОР
Василий Иванович
РАЗУМОВСКИЙ.



Отдел I. Оригинальные статьи.

Василий Иванович Разумовский.

(Очерк научно-врачебной деятельности).

Проф. В. Л. Боголюбова.

(С портретом).

Имя Василия Ивановича Разумовского хорошо известно русским врачам и широким слоям населения. Почти полувековая неутомимая и разносторонняя деятельность его, как ученого, профессора, хирурга и общественного деятеля, создала ему широкую популярность, совершенно необычную для научных деятелей. Давно и хорошо известно имя В. И. и далеко за пределами нашей страны, за границей, как крупного ученого, обогатившего хирургическую науку ценными вкладками и создавшего школу многочисленных учеников. Долгий жизненный путь В. И., полный неутомимого труда, научного творчества, беззаветной и бескорыстной преданности науке и врачебному делу, поучителен для всех, кому дороги интересы русской культуры и науки, и, хотя жизнь и деятельность В. И. получали уже неоднократно разностороннюю справедливую оценку со стороны врачебных масс, ученых обществ, общественных организаций и пр., но мы позволяем все же себе, в виду исполнившегося недавно 45-летия деятельности В. И., посвятить ей и наши слабые строки.

Значительный период деятельности В. И. (около 30 лет) протек в Казани, в стенах родного ему Казанского Университета, которому В. И. отдал лучшие годы своей жизни, полные сил и энергии. Воспитанник Казанского Университета, принужденный поддерживать свое существование в течение студенческой жизни уроками, В. И. сейчас же по окончании курса в 1880 г., согласно выбору студентов, а затем Факультета, был оставлен ординатором при Госпитальной Хирургической клинике проф. Никольского, а затем Левшина. Высокие личные качества В. И., его блестящие способности и горячая любовь к избранной им специальности быстро выдвинули его среди университетских работников. По окончании ординаторской службы В. И. был избран профессорским стипендиатом и командирован в Петербург, где посещал хирургические клиники проф. Богдановского, Коломнина, Рейера и, в лаборатории проф. Ивановского, работал над диссертацией, которую и защитил в 1884 г. По возвращении в Казань В. И. был определен на должность прозектора при кафедре оперативной хирургии и получил звание приваг-доцента, а в 1887 г. (имея 30 лет от роду) занял кафедру оперативной хирургии уже в качестве профессора. В 1891 г., за смертью проф. Студенского, В. И. перешел на Госпитальную Хирургическую клинику Казанского Университета, в стенах которой и развернул широкую хирургическую деятельность. Целый ряд научных работ и блестя-

ших операций быстро создал ему репутацию выдающегося хирурга. Здесь в Госпитальной Хирургической клинике, В. И. разрабатывает новые оперативные методы и широко применяет целый ряд операций, тогда еще малоизвестных и мало разработанных: операции при Jackson'овской (нетравматической) эпилепсии, артродезы, ринопластики, удаление опухолей носоглотки с резекцией носа по Ollier, удаление таранной кости при tbc, операции при больших зобах, операции на кишечнике (с пуговкой Murphy) и пр. Здесь же, в стенах этой клиники, выработаны были им и новые оперативные способы наложения с'емного пузыряного шва, с'емного шва при грыжесечениях и т. д. Под непосредственным руководством В. И. в Госпитальной клинике были написаны его учениками и первые диссертации (Красина и Тихова).

В 1896 г. В. И. перешел на Факультетскую Хирургическую клинику, которая вскоре (в 1900 г) была переведена в новое здание, и таким образом В. И. получил новую клинику, построенную по его плану, с довольно хорошей обстановкой и увеличенным штатом помощников. В стенах этой клиники деятельность В. И. приобрела пышный расцвет и особенно широкое развитие. За время заведывания ею В. И., с 1896 по 1909 г., клиника сделалась центром, куда с'езжались больные не только с Поволжья и Камы, но и Урала, и из далекой Сибири. Из клиники В. И. за этот период вышли многочисленные работы, принадлежащие как ему самому, так и его ученикам, и создавшие В. И. широкую научную известность как в России, так и за границей; был написан ряд диссертаций, были разработаны совершенно новые оперативные способы и пр. Хирургическая деятельность В. И. в стенах Факультетской Хирургической клиники достигла своего полного расцвета. В стенах же этой клиники наступил и 25-летний юбилей научно-врачебной деятельности В. И., ко дню которого был издан сборник, состоявший из работ его учеников. На страницах этого сборника старший ученик В. И., талантливый хирург, безвременно погибший проф. П. И. Тихов писал: „Вся 25-летняя научно-врачебная деятельность В. И. протекла под сенью Казанского Университета, и сам В. И. считает себя удовлетворенным в смысле счастья сложившихся для него обстоятельств, позволивших ему развить свои силы на любимом его поприще—клинической хирургии. Но еще более благодарен он судьбе, давшей ему дельных помощников: „самое большое счастье для профессора клинициста, — говорил он нераз,—это иметь удачных и способных помощников 1)“.

Приведенными краткими замечаниями, конечно, далеко не исчерпывается деятельность В. И. в Казани. Он принимал широкое участие как в учебно-административной жизни Университета (был первым выборным деканом Медицинского Факультета в 1905 г.), так и в общественно-врачебной жизни, участвуя в заседаниях различных ученых обществ, с'ездах хирургов, Пироговских с'ездах, выступая с публичными лекциями и пр. Неоднократно также В. И. посещал и клиники иностранных хирургов, причем особенными его симпатиями и уважением пользовались Billroth и Bergmann.

1) Русск. Хир. Арх., 1906, кн. 2. Сборник к 25-летнему юбилею научно-врачебной деятельности В. И. Разумовского. Проф. П. И. Тихов: «Василий Иванович Разумовский», очерк врачебно-научной деятельности.

В 1909 г. закончился Казанский период деятельности В. И. Как и отец русской хирургии, великий учитель Н. И. Пирогов, к которому с такой любовью относился всегда В. И., ставя его себе образцом, В. И. рано оставил планомерную хирургическую академическую деятельность и в 1909 г. принял предложение быть ректором и строителем Саратовского Университета. С этого момента главная деятельность В. И. переносится в Саратов. В то время, как первый, Казанский период деятельности В. И. носит преимущественно научно-врачебный характер, второй период, с переходом В. И. в Саратов, приобретает характер преимущественно врачебно-общественной деятельности.

На долю В. И. выпала высокая, но в высшей степени ответственная и трудная честь — быть основателем и строителем Саратовского Университета. Для этого потребовались колоссальная работа и энергия, которые и были вложены В. И. в дело организации нового рассадника просвещения. Беспредельная энергия В. И., его настойчивость, популярность и высокие личные качества положили тот фундамент, на котором возник Саратовский Университет, занявший в настоящее время уже прочное место среди других наших университетов. Сколько труда пришлось положить В. И. на организацию нового университета, какие испытания приходилось ему пережить, какую борьбу пришлось вести и при каких условиях приходилось производить строительство Саратовского Университета, — об этом можно судить по недавно опубликованным воспоминаниям В. И. („Строительство Медицинского Факультета Саратовского У-та“, Нов. Х. Арх., 1925, № 33).

Несмотря почти на полное отсутствие времени, бесчисленные комиссии, заседания и поездки в Петербург, связанные с строительством Саратовского Университета, В. И. все же и в Саратове не прерывал, как не прерывает и до сих пор, связи со своей любимой хирургией, ведя преподавание по тем или другим отделам ее, принимая участие в ученых обществах, руководя научными работами и участвуя сам в разработке целого ряда научно-хирургических вопросов, результатом чего является целый ряд новых научных трудов.

Возникшая в 1914 г. мировая война призвала В. И. к военно-организаторской и военно-хирургической деятельности, что выразилось в его широком участии в деле организации помощи раненым и увечным воинам, активной хирургической деятельности и ряде работ, посвященных военно-полевой хирургии.

Вскоре после февральской революции В. И., по выбору нового революционного органа — Высшего Медицинского Кавказского Совета, был избран заведующим хирургической частью Кавказского фронта (после недолгого пребывания перед этим, до перемены государственного строя, в должности товарища Главноуправляющего здравоохранением).

На Кавказе В. И., с присущей ему энергией, отдался всецело организации военно-санитарного дела, столь близкого его сердцу по заветам создателя военно-полевой хирургии, великого Пирогова. На Кавказе же, в течение нескольких лет, протекает и дальнейшая, все так же кипучая, неутомимая деятельность В. И. Так, он организует Травматологический Институт в Тифлисе, а по окончании войны является основателем и организатором двух университетов — в Тифлисе и Баку. Он „был первым ректором и профессором их, составителем устава и организатором, был

мозгом и сердцем новых университетов, духовным отцом, вождем и создателем лучших традиций“, как сказал об нем ректор Бакинского Университета, проф. С. Н. Давиденков (Изв. Бак. У та, 1922. № 2¹).

В 1920 г. В. И. возвратился в Саратов, где и продолжает вести до настоящего времени преподавательскую работу в качестве профессора хирургии. Несмотря на преклонные лета, он сохранил бодрость тела, ясный ум. всю ту же „живую душу“, всю ту же горячую, беззаветную любовь к науке. Из-под пера В. И. в текущей литературе непрерывно появляются работы, посвященные различным вопросам хирургии и медицины; из-под пера его выходят воспоминания, представляющие ценный вклад в историю русской науки; из заведваемой им клиники появляется целый ряд научных хирургических работ, произведенных под руководством В. И., в его клинике вновь нарождается кадр новых научно образованных хирургов, и, как когда-то, несколько десятков лет тому назад, в скромных стенах Казанской Хирургической клиники возникла „школа Разумовского“, так и сейчас, через много лет, эта школа еще не иссякла, она продолжает существовать и расти, возглавляемая все тем же маститым В. И. Разумовским, все так же твердо держащим в своих руках вечное знамя науки.

В мои задачи не входит здесь полная оценка многолетней и разносторонней деятельности В. И. Но, как долголетний близкий сотрудник и ученик В. И., я не могу не остановиться хотя-бы на некоторых сторонах этой деятельности.

Как ученый, В. И. внес много ценного и оригинального в хирургическую науку и во многом содействовал развитию русской хирургии. Заслуга В. И. перед наукой вообще и перед русской наукой в особенности заключается еще в том, что его деятельность протекала в неблагоприятной обстановке—в таком глухом, провинциальном городе, как Казань, расположенном чуть не на границе с Азией. Мы выражаем нередко наше удивление перед достижениями зарубежных и столичных хирургов, которые работают большею частью в несравненно лучших условиях; тем почетнее заслуга В. И., что, благодаря своим исключительным личным дарованиям, составляющим удел немногих избранников, В. И. сумел из маленькой клиники глухого провинциального города создать центр научной хирургической жизни, научной хирургической мысли, к которому прислушивались не только русские хирурги, но работы из которого не обходили своим вниманием и крупные иностранные ученые.

Работы В. И. в области хирургии многочисленны и разнообразны, но я не ошибусь, если скажу, что с особенной любовью В. И. занимался всегда хирургией нервной системы. Во-первых, он в широкой мере способствовал разработке вопроса о хирургическом лечении корковых (нетравматической) эпилепсии удалением кортикальных двигательных центров—операцией Horsley. Хотя эта операция и была предложена еще в 1889 году, но она сначала плохо прививалась в виду того, что не было твердо установлено существование этих нейрогенных центров, а также в виду очень распространенного взгляда, что рубец в коре мозга сам по себе может вызвать эпилепсию (за это говорили, между

¹) См. Шиловцев: „Проф. Василий Иванович Разумовский“ Клин. Журн. Саратов. У-та, 1926, № 4.

прочим, экспериментальные исследования Fränkel'я, опубликованные в 1892 г. в очень популярной в то время книге „Beitr. z. klin. Chir., Festschrift gewidm. Th. Billroth“). Василий Иванович (совместно с невропатологом, проф. Даркшевичем) начал применять удаление кортикальных центров на людях при Jackson'овской (нетравматической) эпилепсии в 90-х годах, и его многолетние наблюдения, опубликованные в работах 1902 г. (Zur Frage der Trepanation bei corticaler Epilepsie, Arch. f. klin. Chir., Bd. 67) и 1913 г. (Zur Frage der chirurg. Behandlung der corticaler traumatischer und nicht traumat. Epilepsie, Arch. f. klin. Chir., Bd. 101) доказали с несомненностью 1) существование эпилептических центров при кортикальной эпилепсии, 2) возможность излечения эпилепсии удалением этих центров. Его же многолетние наблюдения доказали, что при асептическом течении ран рубцы, образующиеся на месте удаления мозговых центров, не вызывают каких-либо постоянных расстройств, а только временные (параличи, расстройства чувствительности), и во всяком случае рубцы эти не могут вызвать эпилепсии (как это думал Fränkel и др.). Работы В. И. в значительной мере содействовали распространению данной операции (дающей в некоторых случаях радикальное излечение,—наблюдения В. И., Krause и др.), и самое учение о данной форме эпилепсии под влиянием хирургических достижений в этой области подверглось пересмотру.

С большой любовью В. И. занимался также разработкой вопроса о лечении невралгий, которому посвящен ряд работ самого В. И. и его учеников. Им сделан был на эту тему также программный доклад на IV Съезде Российских Хирургов („Об отдаленных результатах операций на нервах при невралгиях“, Рус. X. А., 1904 г.). В. И. первый из русских хирургов стал применять „физиологическую экстирпацию Gasser'ова узла“ (Р. Вр., 1909 г.; Arch. f. klin. Chir., Bd. 88; Р. X. А., 1910 г.). В 1909 г. он первый в России начал производить инъекции алкоголя в Gasser'ов узел и доказал ценность алкогольных инъекций как при невралгиях тройничного нерва, так и при многих других выражениях как периферической, так и центральной нервной системы. Метод алкогольных инъекций при заболеваниях периферических нервов и центральной нервной системы усиленно разрабатывается как самим В. И. (Вр. Г., 1915, № 40; 1916, № 2), так и его учениками (Болюбакин, Нов. X. А.; Arch. f. klin. Chir., 1923; Вр. Г.; Z. f. Ch., 1924; Назаров, Кл. Ж. Сар. Ун., 1925; 1926, № 4; Ch., 1925, и др.). Оригинальным является предложение В. И. о применении алкогольных инъекций в нервные стволы для лечения самопроизвольных гангренов (Нов. X. А., 1923, № 9).

Перу В. И. принадлежит, далее, целый ряд работ по хирургии периферической и центральной нервной системы: „Нынешние данные по черепно-мозговой хирургии“, Русск. Хир., отд. ХС; „Хирургия головного мозга“, Клин. Мед., 1924, № 7; „Операции на нервах“, Кл. Мед., 1924, № 9; „Операции на симпатической нервной системе“, Н. X. А., 1924, № 17; „Опективное лечение при травмах периферических нервов“, Курс нервных болезней проф. Даркшевича, 1925, и проч.

Из приведенных кратких сведений достаточно ясно, насколько деятельное участие всегда принимал В. И. в разработке различных вопросов хирургической неврологии, с развитием которой навсегда будет связано его имя.

Дальнейшей крупной заслугой В. И. в области хирургии является то, что он выработал для целого ряда операций метод с'емных швов, обезопасив тем производство этих операций. В частности 1) на мочевом пузыре В. И. применил с'емные швы после *sectio alta* одновременно с цистостомией (Врач, 1893; Летопись Русск. Хир., 1898; Arch. f. klin. Chir., Bd. 47, 48; также Голишевский, Arch. f. klin. Chir., Bd. 60, и дисс., Казань, 1901 г.). Предложением этого метода В. И. ввел совершенно новый, оригинальный принцип—пришивание мочевого пузыря к передней стенке. Как показали наблюдения целого ряда русских хирургов, метод этот здесь является почти идеальным (Тихов, Голишевский, Лезин, Копылов и др.) и потому он вошел в целый ряд руководств, как, напр., Tillmans'a, Oppenheimer'a и др. 2) В. И. ввел новый принцип в операцию радикального грыжесечения,—оперирование без погружных швов, что дает возможность избегать нежелательных явлений, связанных с применением погружных швов (нагноения, свищи). Способ этот разработан как самим В. И. (Лет. Русск. Хир., 1898; Arch. f. klin. Chir., Bd. 71), так и его учениками (Петрулис, Тихов и др.). 3) В. И. обезопасил операцию эхинококкотомии, с глухим закрытием мешка, опять-таки применением с'емных швов (Летоп. Русск. Хир., 1901; Arch. f. klin. Chir., Bd. 63).—способ, признанный таким авторитетом, как Кегер (Handb. d. pract. Chir.), Thöle (Neue Deutsch. Chir., 1913, Bd. 17; Chir. d. Lebergeschwülste, S. 292, etc.).

Кроме того имя В. И. навсегда связано с целым рядом других операций: 1) он дал новую операцию костно-остеопластического вылучения стопы (Arch. f. klin. Chir., Bd. 39), вошедшую в учебники (Кёниг'a, Tillmans'a, Bergmann-Brunns-Miculicz и др.); 2) он выработал и применил на людях новую консервативную операцию *anastomosis vasotesticularis* (P. X. A., 1902; Arch. f. klin. Chir., Bd. 65), каковая операция также вошла в учебники и получила в настоящее время распространение; 3) В. И. первый доказал излечимость гнойного медиастинита посредством операции *mediastinotomia collaris* (Летоп. Русск. Хир., 1899) (Наскер, докладывая XXX С'езду немецких хирургов о случаях этой операции, ошибочно считает случай Heidenhain'a первым, а В. И. вторым, тогда как В. И. оперировал ранее Heidenhain'a); 4) В. И. впервые получил излечение после операции по поводу *apoplexia pancreatis* (Летоп. Русск. Хир., 1899; Arch. f. klin. Chir.) и доказал излечимость данного заболевания; 5) имя В. И. связано с операциями, дающими доступ к полости носа и нижним отделам глотки („Временная резекция носа по Ollier“, Врач, 1895; Боголюбов „Несколько слов к вопросу о доступе к нижнему отделу глотки“, P. X. A., 1906), и т. д.

Я не могу, к сожалению, останавливаться здесь на рассмотрении других многочисленных работ В. И., из которых многие имеют монографический характер („Воспалительные процессы на шее“, Русская Хирургия, отд. 18; „Повреждения и заболевания щитовидной железы“, Русск. Хир., отд. 20; „Новейшие данные по черепно-мозговой хирургии“, Русск. Хир., отд. ХС, и др.). Количество работ, написанных В. И., включая сюда журнальные статьи и речи, достигает 105, а работы его учеников исчисляются сотнями. Скажу только, что как достижения, так и многие работы и самого В. И., и его учеников цитируются не только в специальных русских и иностранных статьях, но вошли во многие наиболее

известные и распространенные иностранные руководства, как „Deutsche Chirurgie“, руков. Duplay-Reclus, Le Dentu и Delbet, Bergmann-Brunns-Miculicz'a, Bier-Braun-Kümmel'я, Tillmans'a, König'a, Albert'a, Mosetig-Moorhof'a и многие другие. Неоднократно В. И. получал знаки внимания (письма, работы и пр.) от выдающихся иностранных хирургов, как Senn, Poncet, Bergmann, Miculicz, Garré, Riedel, Rieclinger, Dollinger, Fr. König и др.

Следует отметить, что В. И. имел обыкновение печатать многие свои работы и работы своих учеников, кроме русских журналов, также и на немецком языке. По этому поводу сам он говорит: „Меня некоторые товарищи упрекали в пристрастии к немецким журналам; я действительно там много печатал; в одном только Arch. f. klin. Chir. более 30 работ из моей клиники (моих и моих учеников). Я не считаю себя пристрастным, но глубоко уважаю немцев за их научную трудоспособность и их ученую корректность“ („Хир. Воспом.“, Н. X. А., 1926, № 37—38). Помещением своих работ и работ своих учеников в немецких журналах, особенно в Archiv für klinische Chirurgie, имевшим мировое научное значение и мировую распространенность, В. И. содействовал в значительной мере ознакомлению широких кругов иностранных врачей с русскими хирургическими работами и способствовал поднятию значения русской хирургии в глазах иностранных хирургов. Следует при этом сказать, что в то время, когда В. И. стал помещать работы из своей клиники в немецких журналах, русских работ там печаталось еще очень мало. Занимаясь в течение всей своей деятельности с любовью изучением жизни и деятельности Н. И. Пирогова, В. И. помещал свои статьи о нем также не только в русских, но и в немецких журналах (Arch. f. klin. Chir., Russ. medic. Rundschau), чем также способствовал более широкому ознакомлению иностранных врачей с гениальной личностью Н. И. Пирогова— „отца русской хирургии“ и его значением в мировой хирургической науке.

Далее, весьма крупной заслугой В. И. является издание под его редакторством первого русского сборного руководства по хирургии „Русская Хирургия“ (1902—1916 г. в 7 томах). Это руководство начало издаваться под редакцией профф. П. И. Дьяконова, Л. Л. Левшина, В. И. Разумовского и М. С. Субботина, но, за смертью остальных редакторов, вся тяжесть редакторства легла впоследствии на плечи В. И., который остался единственным продолжателем „Русской Хирургии“, и под редакторством которого вышла большая часть этого руководства (27 отделов из 52). Сам В. И. написал для этого издания 3 отдела. „Русская Хирургия“ является в настоящее время и будет служить еще долгое время для многих поколений врачей настольной книгой, свидетельствующей о том, что хирургия на отечественной почве вступила на самостоятельный путь своего развития.

Область военно-санитарного дела и военно-полевой хирургии также не была чужда деятельности В. И., внесшего в нее, со свойственной ему энергией и талантом, также ценный вклад. Как я уже упоминал, за время войны В. И. принимал деятельное участие в различных военно-санитарных организациях—заведывал госпиталями Земского Союза в Саратове, участвовал в различных совещаниях по организации помощи раненым и увечным воинам (в Москве, на фронте и пр.), работал некоторое время

на западном фронте, принимал участие в организации лазаретов, организовал Травматический Институт в Тифлисе и т. д. Делу военно-санитарной организации и военно-полевой хирургии В. И. посвятил ряд работ („Огнестрельные повреждения при современном вооружении армий“, Саратов, 1915; „Современный взгляд на лечение огнестрельных ран“, Врач. Г., 1915. № 40; „О хирургической помощи на Кавказском фронте“, Баку, 1918; „О травматологической помощи на Кавказском фронте“, Журнал „Кавк. Гор.“, 1918, и пр.).

Нельзя не отметить, затем, работы В. И. относящиеся к истории русской науки, главным образом русской хирургии („Медицина и хирургия в XIX столетии“, Русская Мысль. 1902; „К истории университет. и медицин. факультетов“, Ж. Мин. Н. П., 1910; „Медицинское дело в России в царствование первых государей дома Романовых“, Изв. Сар. У-та, 1911; „К истории „Русской Хирургии“, Вр., Газ. 1916; „Основание Бакинского Унив.“, Изв. Бак. Ун., 1922; „Хирургические воспоминания“, Н. Х. А., 1923; „К истории замещений хирургических кафедр в России“, Н. Х. А., 1923; „Пироговские съезды и съезды российских хирургов“, Н. Х. А., 1925; „Строительство медиц. ф-та Сар. У-та“, Н. Х. А., 1925. № 33; статьи о Пирогове: Н. Х. А., 1907; Arch. f. klin. Chir., Bd. 83; Р. Вр., 1911; Rus. med. Rundschau, 1910; Н. Х. А., 1925; Врач. Д., 1926; Вр. Газ., 1913; Изв. Сар. Ун-та, т. II, и проч.). Всеми этими работами В. И. навсегда связал свое имя с историей русской медицины, и его имя будет всегда памятно, как историка русской медицины и хирургии.

Мне, как ученику В. И., не приходится много говорить о том значении, какое имела для развития русской хирургии „школа Разумовского“. Скажу только словами других, что „школа Разумовского по работам—одна из самых работоспособных“, и что „школе Разумовского отведено в истории русской хирургии почетное место“. Из-под пера учеников В. И. вышло множество работ, из которых многие нашли заслуженную оценку как среди русских, так и среди иностранных хирургов и вошли во многие русские и иностранные руководства. Учениками В. И. разработаны некоторые главные оперативные методы, ими издан ряд монографических трудов по различным отделам хирургии и руководства. Первое (полное) русское руководство по частной хирургии написано учеником В. И., покойным проф. П. И. Тиховым, сделавшим ценные вклады в хирургию и создавшим школу учеников, являющуюся продолжательницей „школы Разумовского“. Из школы В. И. вышел ряд профессоров, преподавателей, практических хирургов, которые, будучи разбросаны по безбрежному простору нашей страны, проводят в жизнь не только хирургические принципы своего учителя, но и его заветы, любовь к науке и преданность врачебному долгу. Продолжателями „школы Разумовского“ являются в настоящее время уже ученики учеников В. И., его „научные внуки“. С душевной горестью не могу не упомянуть о недавней трагической кончине (после операции), в полном расцвете сил, одного из этих „внуков“ В. И., талантливого хирурга, проф. Н. И. Березнеговского. Последний был учеником ученика В. И., проф. П. И. Тихова, погибшего также еще далеко не старым человеком. В. И. в своем некрологе, посвященном проф. Н. И. Березнеговскому (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 20), пишет: „Еще недавно я полу-

чил от него последний (прощальный) привет в виде его работы (отдельн. оттиск из *Annales of Surgery*) с дружеской надписью „Глубокоуважаемому дедушке по школе, профессору Василию Ивановичу Разумовскому, от автора“. И вот, теперь „дедушке“ приходится оплакивать внука. Спи же, дорогой внук, покойно. Ты честно исполнил свой земной долг и оставил прочный след в русской хирургии“.

Не могу не остановиться, далее, на деятельности В. И., как врача-хирурга. Как хирург-клиницист, В. И. никогда не был только специалистом - хирургом в узком значении этого слова,—он был всегда врачом-хирургом в самом широком смысле. При распознавании и лечении больного он никогда не сосредоточивал своего внимания только на заболевании того или другого органа, но принимал во внимание и изучал весь организм пациента, со всеми его положительными и отрицательными сторонами, что, конечно, всегда имело громадное значение для правильной диагностики и терапии больного. У В. И. в высшей мере была развита клиническая наблюдательность, что также имело, конечно, огромное значение у постели больного. Пользуясь при изучении больного всеми доступными методами лабораторных и других новейших методов исследования, В. И. все же главное значение придавал классическим распознавательным хирургическим методам—осмотру и ощупыванию. И в области применения этих приемов от В. И. не ускользало ни малейшего патологического признака, имеющего клиническое значение. В своих воспоминаниях В. И. упоминает о знаменитом в свое время Казанском профессоре Елачиче, который, по аттестации учителя В. И., проф. Никольского, был особенно хорошим диагностом („при пальпации живота он прощупывает каждую петлю кишки“). То же самое мне, как ученику В. И., можно сказать и про самого В. И., также виртуозно пользовавшегося пальпацией и на основании только ее нередко ставившего поразительно-точные диагнозы. Приходится только пожалеть, что в настоящее время молодые врачи придают нередко слишком большое значение, при диагностике, лабораторным методам исследования, на самом деле очень часто не имеющим решающего значения, и недостаточно внимательно относятся к клиническим способам исследования „старых мастеров хирургии“, как осмотру и пальпации, которыми с таким совершенством пользовался В. И. Вместе с тем приходится констатировать и падение среди молодых врачей клинической наблюдательности, которую, увы, и до сих пор не могут заменить никакие лабораторные методы исследования.

В. И. прошел хорошую анатомическую школу, и каждая, производимая им, операция была обоснована анатомически. При производстве операции В. И. не гнался за скоростью ее выполнения, если только этого не требовали интересы больного, но каждая операция протекала у него последовательно, планомерно, с весьма тщательным выполнением отдельных ее моментов (перевязка сосудов, зашивание ран и проч.). В. И. приучал и своих учеников относиться к каждой более или менее значительной операции, как к серьезному акту, от которого зависят здоровье и жизнь больного, прививая вместе с тем своим ученикам сознание той высокой моральной ответственности, которую несет врач при производстве операции. Вот почему у учеников В. И. сложился серьезный взгляд на операцию, на которую особенно молодые помощники В. И. смотрели, как на некоторое „священнодействие“, что имело конечно свои

положительные стороны. Тщательная подготовка больных и операционного поля, тщательная подготовка персонала (с тщательным мытьем рук), пунктуальные гемостаз и зашивание раны—вот те основные правила, которые В. И. проводил при своих операциях, и которые, конечно, настолько существенны для успеха операции, здоровья и жизни больных, что приходится только пожелать, чтобы и в настоящее время операция обставлялась так же, как она была обставляема в клинике В. И. Нельзя не заметить при этом, что в настоящее время хирургия в этом отношении изменилась: сравнительная безопасность операций под покровом асептики, громадные войны, заставившие многих врачей, иногда совершенно не подготовленных, волей или неволей сделаться хирургами, общее понижение подготовки врачей за последний период времени и проч.—содействовали, так сказать, „упрощению хирургии“, в результате чего среди молодых врачей приходится замечать, и не так уже редко, недостаточно-серьезное отношение к операции. Вместе с тем приходится иногда видеть также, что молодые врачи, не имеющие ни надлежащей подготовки, ни опыта, тяготеют делать обычные операции на конечностях, туловище и проч., спеша как можно скорее приступить к лапаротомиям. Между тем нередко не видишь у них ни тщательной подготовки к операции (даже тщательного мытья рук), ни соблюдения других основных правил, обеспечивающих успех операции. Изменилась-ли от подобного „упрощения“ хирургия к лучшему,—не знаю; на мой взгляд—нет... Принятый в клинике В. И. порядок имел, несомненно, большое воспитательное значение для его учеников (врачей и студентов), постоянно указывая на то серьезное значение, которое имеет операция для здоровья и жизни больного, и ту ответственность перед своей совестью, которую несет хирург в своей оперативной деятельности.

Считаю затем необходимым сказать несколько слов о В. И., как о враче вообще. Личные качества В. И.,—приветливость, общительность, ласковость в обращении с пациентами,—широкой волной привлекали к нему сердца больных. Для В. И. больной не представлял только интересный хирургический материал, научный объект, но был человек, страдающий человек, жаждущий облегчения своих страданий. В. И. не только оперировал „резал“, но он „лечил“ больного,—лечил не только тело, но и душу своим гуманным, мягким обращением с больными и словом утешения, которое так важно для страдающего человека, всегда входя в интересы, часто даже мелочные, своих пациентов. При операции В. И. всегда ставил на первый план интересы больного, применяя в виду этого нередко более простые, более консервативные, но и более безопасные приемы оперативной терапии. И надо было видеть ту веру, ту безграничную веру, с которой относились к В. И. больные, широкой рекой стекавшиеся со всех сторон в его клинику. Имея широкую известность и громадный приток больных, В. И. в свое время мог-бы стать богатым человеком, но никогда им не был. Чрезвычайно скромный в своих привычках и потребностях, в высшей степени щепетильный ко всяким „денежным вопросам“, В. И. не любил и избегал т. наз. „частной практики“. Не будучи ригористом и не обвиняя в этом отношении никогда других, В. И. считал все же частную практику для академического деятеля „злом“, хотя и злом, может быть, неизбежным. В этом отношении, как и во многих других, образ В. И., как врача в самом широком и лучшем значении этого слова,

навсегда будет памятен в сердцах его учеников. Своей жизнью, своей врачебной деятельностью В. И. являл высокий пример того, каким должен быть истинный врач, и в этом отношении В. И. может быть поставлен наряду с другим „учителем жизни“—„совестью русского врача“ В. А. Манассеиным.

Обладая мягким характером, В. И. никогда не был строгим преподавателем и не предъявлял к студентам больших требований. Тем не менее он пользовался уважением среди студентов, своей молодой душой невольно чувствовавших в нем истинно-ученого и крупного человека. Для своих помощников, как руководитель их научной и практической деятельности, В. И., с его колоссальной эрудицией, громадным опытом и научной объективностью, являл образец научного деятеля и учителя. Своей жизнью и деятельностью он прививал своим ученикам уважение к науке. В. И. всегда говорил, что для академического деятеля главное—это научная основа, и кто не имеет ее, тот, несмотря ни на какие жизненные успехи, в глубине души чувствует себя в ложном положении.

Сферой одной только хирургии далеко не ограничивалась деятельность В. И.,—много сил, энергии, опыта, знаний и любви отдал он и общественной деятельности. Со стороны В. И., во время еще его молодости, всегда было видно стремление популяризировать медицинские знания среди широких слоев населения, что проявлялось им в неоднократных выступлениях с публичными лекциями (первая из этих лекций, „О причинах смерти после хирургических операций“, относится к 1887 г.), в популярных медицинских статьях („Современная хирургическая операция“, Вестн. и Библ. Самообраз, 1903; „Медицина на службе человечеству“, 1904 и др.) и пр. Своей широкой эрудицией, громадным научным, врачебно-практическим и жизненным опытом В. И. много послужил общественной медицине, принимая деятельное участие в самых разнообразных съездах: съездах российских хирургов (где он дважды был председателем), Пироговских съездах (на IX Съезде В. И. был также председателем), губернских съездах Саратовских врачей (где В. И. постоянно председательствовал или участвовал в президиуме) и мн. др. (между прочим он был также председателем на Съезде Кавказских врачей, на Съезде хирургов армии в 1917 г., на I Поволжском Съезде врачей в Казани, на V Курортном Съезде в Пятигорске, в 1925 г., и пр.).

Родившись и выросши в деревне, поддерживая долгое время с ней непосредственную связь, постоянно вращаясь и имея широкое знакомство среди народных земских врачей, В. И. хорошо понимал дух народной медицины и то направление, которое она должна принять. В. И. любил приводить, задолго еще до настоящего времени, пророческие слова Н. И. Пирогова: „Будущее принадлежит медицине предохранительной“ (эти слова помещены, между прочим, В. И. в качестве эпиграфа к одной из его статей, написанных еще в дореволюционное время). Вот что говорит он о задачах медицины: „Медицина, преследуя гуманные цели, только тогда выполнит свою задачу, когда врачебное пособие будет доступно всякому нуждающемуся, без различия состояния, общественного положения и т. д. Как-бы не высоко ни стояла научная медицина в какой-либо стране, но, пока ее помощь доступна только немногим избранным, страна эта не может гордиться прогрессом своей медицины. Прогресс этот в данной стране, в данный период времени определяется не только научным ее прогрессом.

но также процентным отношением больных, получающих рациональную медицинскую помощь, к общей сумме больных, нуждающихся в ней". Это говорил и писал В. И. еще в 1902 г. („Медицина и хирургия в XIX столетии“, Речь на VIII Пироговском Съезде врачей, Русск. Мысль, 1902).

Живо интересуясь общественной медициной, В. И. хорошо понимал и все те тяжелые условия, в которые была поставлена деятельность врачей, и печатно обличал эти недостатки, находя необходимым улучшение как правового, так и материального положения врачей. „Врачебные органы и сами врачи“,—говорит он,—должны быть поставлены более самостоятельно не только в отношении местной администрации, но и по отношению к общественным организациям в земствах и городах. Современное положение врача здесь можно определить, как почти полное бесправие. Бесправие врачей во всех инстанциях сказывается и в том, что врачи всюду, где требуются специальные мнения, приглашаются только с правом совещательного голоса, даже в вопросах, подлежащих компетенции научной медицины. Теперь, когда медицина возвысилась на степень науки, врач должен выступать с правом решающего голоса при всех коллегиальных решениях, во всех инстанциях, начиная с низших уездных и кончая высшими правительственными учреждениями“. „Говоря о бесправии врачей, не могу не упомянуть об их материальной необеспеченности по сравнению с другими ведомствами—судебным, путей сообщений и т. д. Казалось-бы, при тяжелом и ответственном врачебном труде, сопряженном с большим риском для жизни (на что указывает малая средняя продолжительность жизни врачей), врачи имеют большее право на обеспечение содержанием, пенсией и т. д., а мы видим здесь как раз наоборот“ (Р. Врач, 1917, № 5, стр. 104).

Зная тяжелые условия деятельности особенно провинциальных, земских врачей, В. И. считал своим долгом поддерживать эту деятельность, особенно ценя в этом отношении заслуги провинциальных хирургов. И на протяжении всей своей жизни В. И. и словом, и делом ободрял и поддерживал их деятельность. При ближайшем участии В. И. целый ряд провинциальных хирургов получил кафедры: Спасокукоцкий, Лисянский, Финкельштейн, Копылов и др. В. И. действительно хорошо знал и понимал „душу“ русских врачей, искренне ценил их самоотверженную деятельность, любил их всей душой и всегда горячо верил их высокой и бескорыстной преданности врачебному долгу. Излишне говорить при этом и о той широкой популярности, которой пользовался среди них В. И. Небезинтересно отметить, что первым из ученых обществ, и бравших В. И. своим почетным членом, было Физико-Медицинское общество г. Оренбурга, глубоко-провинциального глухого города, не имевшего никогда высшего учебного заведения. Оренбургское Физико-Медицинское Общество поднесло 25/X 1904 г. В. И. диплом на звание почетного члена и следующий адрес: „Оренбургское Физико-Медицинское Об-во, приветствуя в Вашем лице выдающегося русского хирурга и профессора, хорошо известного за пределами своего отечества, высоко ценя Ваши научные труды, Вашу общественную деятельность, Ваше искреннее признание работы провинциальных отечественных хирургов, выраженное Вами в печати, а также в Вашей практической деятельности, в заседании 25/X 1904 г. единогласно избрало Вас своим почетным членом“.

Громадной заслугой В. И. в научно-общественной жизни нашей страны является организация и основание трех университетов (в Саратове,

Тифлисе и Баку), чем В. И. навсегда связал свое имя с историей русской культуры и науки. В стенах этих университетов деятельность В. И. нашла заслуженную оценку: в 1916 г. В. И. избран почетным членом Саратовского Университета, а в 1923 г.—героем труда. Именем его названа самая лучшая аудитория Саратов. Ун-та. Его именем названа хирургическая клиника Саратов. Ун-та, построенная по его проекту. Его портреты украшают зал Правления Саратов. Ун-та, зал оперативной хирургии Саратов. Ун-та и актовый зал Бакинского Ун-та¹⁾.

Научно-врачебная деятельность В. И. нашла себе оценку и со стороны целого ряда ученых обществ, избравшего его своим почетным членом,—таковы: Оренбургское Физико-Медицинское Общество, Русское Хирургическое Общество в Ленинграде, Общество Врачей при Казанском Ун-те, Саратовское Физико-Медицинское Общество, Московское Хирургическое Общество, Общество Русских Врачей, медицинские общества Тифлиса, Баку, Ростова, Иркутска и др. В настоящее время В. И. состоит также почетным председателем научной секции врачей союза Медсантруд. Деятельности его посвящен ряд сборников и отдельных номеров различных журналов: 1) Русск. Х. А., 1906, № 3 (сборник, посвященный 25-летию В. И.); 2) Изв. Саратов. Ун-та, 1911, т. II вып. 2; 3) Известия Бакинского Ун-та, 1922, кн. 1; 4) Нов. Х. А., 1923, кн. 2; 5) Ученые Записки Сар. Ун-та, 1923, т. I; 6) Клин. Журн. Сар. Ун-та, 1926, № 4.

Я далек, конечно, от мысли, что в приведенном кратком очерке мог дать полную характеристику долголетней деятельности В. И-ча. Деятельность эта настолько широка и разнообразна, личность В. И. настолько ярка и выпукла на фоне нашей русской жизни, что охарактеризовать ее в кратких словах невозможно. В приветствии В. И-чу по поводу 45-летия его деятельности, принесенном ему от Правления Медицинского Факультета Саратов. Унив. и редакции Клин. Журн. Саратовск. Унив., говорится: „То, что дал науке и русскому народу В. И. за 45 лет своей неустанной и плодотворной деятельности, трудно подытожить в нескольких словах. Как хирург большого опыта, он дал возможность жить тысячам больных, излеченным его знаниями. Как ученый с громдой эрудицией, он создал свою школу—школу Разумовского, которой отведено в истории русской хирургии почетное место. Десятки профессоров, доцентов, сотни опытейших практических хирургов, тысячи врачей разных специальностей высоко несут знамя науки и врачебного долга, завещанного им их учителем. Как руководитель многочисленных врачебно-общественных съездов государственного масштаба, В. И. ревностно проводил в жизнь гуманные заветы отца русской хирургии, Николая Ивановича Пирогова, оставаясь почетным хранителем оставленного им наследия. Как основатель и организатор трех университетов в России, В. И. сделал великое дело грядущих поколений и тем вписал свое имя навсегда в анналы истории русской культуры и науки“.

Путь русского ученого никогда не был усыпан розами. Жизненный путь В. И., как ученого в частности и как крупного человека в общенности, имел свои тернии, свои испытания. Несмотря на это, В. И. пронес в своей душе через всю свою долгую жизнь непомеркаущим тог

1) Ш и л о в ц е в. Клин. Ж. Сар. Ун-та, 1926, № 4.

вечный „огнь науки“, который воспринят был им от великих учителей науки и жизни, среди которых на первом месте высятся величавый образ „отца русской хирургии“ Николая Ивановича Пирогова. В. И. всю свою жизнь твердо держал в своих руках тот стяг, на котором начертаны великие, вечные слова: „Наука, знание, стремление к истине“. И под этим стягом, где бы ни был В. И., — и на берегах великой Волги, и на далеком Кавказе, — всюду об'единял он вокруг себя людей, людей разных возрастов, разных убеждений, всех, кому дороги интересы науки. Русская культура, русская наука вписала в свою летопись и навеки сохранит в ней имя Василия Ивановича Разумовского, как одного из первых, лучших деятелей, как долголетнего хранителя и носителя того „огня науки“, который священным пламенем вечно горел и вечно будет гореть в сердцах лучших сынов человечества, в сердцах лучших сынов его родины, вселяя свет и разгоняя тьму, как разгоняет тьму солнце, горящее на лучезарном небосклоне.

К вопросу о закупоривающем тромбозе аорты.

Проф. В. В. Алякритского и д-ра М. А. Дыхно.

Вопрос об условиях происхождения тромбоза кровеносных сосудов, несмотря на тщательную разработку, продолжает вызывать споры, в которых принимают участие виднейшие патологи нашего времени.

Основными условиями для происхождения тромбоза принимаются, как известно, три момента: 1) замедление тока крови, 2) изменение сосудистой стенки и 3) изменение состояния крови. Однако ни одно из этих условий абсолютного значения не имеет.

Так, замедление тока крови, достигшее полной остановки, не сопровождается тромбозом,—для образования тромба необходимо движение тока крови. На это указывает известный опыт Baumgarten'a, по которому при двойной перевязке артерии кровь в сосуде между лигатурами не свертывается. Впрочем свертывание крови вообще неравноценно тромбозу. Неполной остановки, т. е. замедления тока крови, также еще недостаточно для тромбоза. Для образования марантических тромбов, при которых замедление кровообращения представляет основное значение, все же необходимы и другие условия (чаще всего возникающие в связи с инфекцией).

Изменению сосудистой стенки многие, особенно Aschoff и Lubarsch, склонны отводить преимущественное значение. Однако слишком сильное повреждение стенки сосуда, по Morawitz'u, не обуславливает тромбоза.

Пожалуй, менее всего изучено значение изменения самой крови для образования тромбоза. Повышение свертываемости и вязкости, повидному, благоприятствует последнему в некоторых случаях, но роли основного момента оно все же не играет. Имеют значение также содержание солей кальция в плазме, распадение клеток крови, количество и, может быть, качество кровяных пластинок и образование тромбокиназы. Lubarsch в числе изменений крови, содействующих тромбозу, указывает на гэмоллиз (инфекционного происхождения) и распадение клеток с образованием кровяных пластинок. Hauser справедливо возражает на это, что образование тромбоцитов происходит не вследствие гэмоллиза, хотя вполне мыслимо, что обломки клеток, накапливаясь при гэмоллизе в большом количестве, могут способствовать тромбозу.

Различные исследователи выдвигают на первый план то одно, то другое из трех упомянутых основных условий тромбоза. В этом и возникают главнейшие несогласия.

Необходимо остановиться еще на одном обстоятельстве, значение которого для тромбоза оценивают различно, именно, на инфекции. Пос-

ледня может вызвать каждое из трех основных условий тромбоза. Во главе защитников инфекционной гипотезы стояли Kretz и некоторые французские исследователи. Весьма демонстративен в этом отношении опыт Mac Leansa: стерильная нить, введенная в сосуд, не вызывает тромбоза, если же она инфицирована, то возникает тромб. Однако Aschoff считает роль инфекции менее значительной. Интересную мысль высказывает Lubarsch, — что здесь имеет значение вид возбудителей инфекции; так, стафилококковая инфекция чаще сопровождается тромбозом, нежели стрептококковая, дифтерийная и т. д. Особенно часто возникают тромбы в самом очаге инфекции.

Разрушительные и воспалительные процессы также могут содействовать тромбозу. Fellner экспериментально доказывает, что экстракты некоторых органов вызывают тромбоз. Völcker думает, что послеоперационные тромбозы возникают вследствие всасывания излившейся крови. В том и другом случае можно предположить повышение свертываемости крови вследствие освобождения тромбокиназы за счет разрушающихся клеток.

Естественно, что тромбы чаще всего возникают в мелких сосудах, в особенности в венах и капиллярах; в крупных сосудах они встречаются реже, и крайне редко, лишь в исключительных случаях, наблюдается образование закупоривающих тромбов в аорте. Впрочем R. Hauser¹⁾ упоминает о 61 сл. тромбоза брюшной аорты, описанных в литературе, а Kowitz²⁾ приводит статистику Hesse, собранного к 1921 г. 71 случай такого рода. В русской литературе Федоров³⁾, в 1909 г., описал случай эмболии брюшной аорты с последовательным тромбозом; Hesse, в 1914 году, сообщил XIII Съезду Российских Хирургов о своем случае, в котором он пытался применить операцию; в прениях по его докладу Спасокукоцкий сообщил о двух встретившихся ему случаях тромбоза аорты. Джамусов⁴⁾, останавливаясь на причинах смерти при спонтанной гангрене, упоминает также о 2 случаях тромбоза брюшной аорты, наблюдавшихся при этом заболевании.

Из приведенных статистик видно, что в большинстве случаев тромбоз происходит вторично, на почве предшествующей эмболии, первичные же закупоривающие тромбы аорты наблюдаются несравненно реже. По Hesse из 71 случая только в 18 может быть речь о первичном тромбозе аорты. Впрочем вопрос о первичности или вторичности тромбоза не всегда может быть разрешен.

В числе причин для тромбоза аорты почти постоянно отводят видное место замедлению кровообращения или вследствие пороков сердца (особенно митральных) или вследствие хронических болезней. Сдавление аорты в некоторых случаях здесь также может играть роль. В случае Seurig'a аорта затромбировалась на месте наложенного на нее при экзартикуляции бедра жгута Momburg'a; в случае Hulke аорта была сдавлена фибромиомой матки, а в случае Sablemend'a и Hulke (цит. по Kowitz'u) тромбоз ее был вызван давлением раковой опухоли желудка. В числе основных причин авторы указывают, далее, на изменения

¹⁾ Ergebnisse d. allg. path. Anat., 1921.

²⁾ Virchow's Arch., Bd. 246, 1923.

³⁾ Русский Врач, 1909, № 23.

⁴⁾ Труды XIII Съезда Росс. Хирургов 1924 г.

стенки аорты при артериосклерозе (Oestreich¹⁾), сифилисе и аневризмах (Kowitz), а равно на острую общую инфекцию (рожа, скарлатина, пневмония и т. п.).

Клиническая картина тромбоза аорты также довольно разнообразна. Случаи, в основе которых лежит эмболия, характеризуются внезапным наступлением симптомов. В типичных случаях наступивший тромбоз проявляется сильными болями в ногах, парестезиями, онемением и похолоданием конечностей, цианотичностью и мраморной пятнистостью кожи, параличем ног и мочевого пузыря. Обычно после тромбоза быстро развивается гангрена ног, и наступает смерть. Описаны впрочем случаи, где гангрена не развивалась. Обуславливается это восстановлением коллатерального кровообращения через артериальные анастомозы. Kowitz указывает возможность коллатерального кровообращения через следующие сосуды: art. mammaria interna, art. epigastrica inferior, art. spermatica interna, aa. hypo—et epigastrica, кроме того—нижние aa. intercostales, aa. oesophageae, art. musculo-phrenica, art. phrenica inferior, art. regionis lumbalis и art. circumflexa ilei. По Küssle²⁾ и Schulnert'y возможно коллатеральное кровообращение также через расширенные капиллярные анастомозы. Для развития коллатерального кровообращения имеет основное значение достаточная деятельность сердца.

Диагноз тромбоза аорты в общем удается иногда поставить уже очень рано, причем решающее значение имеет здесь прекращение пульсации в бедренных артериях.

Крайне интересна возможность успешного хирургического лечения аортальной закупорки—в случаях эмболии, сопровождающейся тромбозом. Bauer, напр., удалил путем аортоэтомии, произведенной через 3 часа после наступления симптомов закупорки, эмбол брюшной аорты длиной в 3 см., причем случай закончился выздоровлением. В случае Konietzky таким же образом был удален эмбол длиной в 5 см. через 36 час. после наступления эмболии, причем у больного после операции восстановилась пульсация обеих бедренных артерий, хотя он все-таки умер через 3 дня при явлениях слабости сердца; на вскрытии был обнаружен миокардит, послуживший причиной смерти, но никакого тромбоза на месте шва в аортальной стенке не оказалось.

Таким образом из приведенного литературного обзора видно, что тромбоз аорты проявляется разнообразно в клиническом отношении, генез его неоднороден, и изучение дальнейших случаев этого редкого заболевания представляет интерес не только с кауэстической точки зрения: на примерах тромбоза аорты иногда отчетливо выясняется значение каждого из основных этиологических моментов, необходимых для развития тромбоза. Чрезвычайно интересны также единичные случаи с длительными полным или временным самой целением. В виду этого мы считаем нелишним описать в печати два своеобразных случая закупоривающего тромбоза брюшной аорты, исследованных нами.

Случай I. Больная В., 34 л., поступила в Гинекологическую клинику Смоленского Университета 3, IV 1926 г. с жалобами на боли внизу живота, грязные выделения из половых органов, повышенную т^е и общую слабость. Больна с месяц,

¹⁾ Deut. med. Woch., 1904, № 14.

²⁾ Deut. med. Woch., 1913, № 3.

с тех пор, когда у нее был произведен в деревне, при 6-й по счету беременности искусственный 5-месячный выкидыш.

При гинекологическом исследовании обнаружено, что матка увеличена, наружный зев закрыт, обильные грязные выделения с запахом, в правом своде большой инфильтрат в параметрии, доходящий почти до пупка. Назначены лед на живот и спринцевания в 28—29^о. В дальнейшем больная продолжала лихорадить, пульс частый, малый. Посев крови на бульон безрезультатен. С 14/IV отмечено посинение кожи на левой стопе и голени, пятнистые кровоизлияния на правой, боли в обеих конечностях. К 16/IV на левой ноге явно обозначился гангренозный участок. 18/IV появился пролежень на левой ягодице, развилось непроизвольное отделение мочи и кала. 23/IV гангрена распространилась, резко отграничившись на ладонь, ниже коленного сустава слева и на ладонь выше голеностопного сустава справа. От предложенной операции (ампутации) больная отказалась. 28/IV exitus при явлениях слабости сердечной деятельности.

Вскрытие 29/IV. Труп женщины пониженного питания. В верхней трети голени кожа левой ноги багрово-красного цвета, покрыта черными, засохшими струпами; остальная часть голени имеет вид совершенно мертвого органа с мацерированной, зеленоватой кожей, отпадающей в виде лоскутов. Омертвление правой ноги достигает снизу до колена. Рассеянная бронхопневмония обеих легких. В полости перикарда $\frac{1}{4}$ стакана прозрачной жидкости; гиперотрофия левого желудочка сердца и расширение правого, сердечная мышца бледно-серого цвета, митральное отверстие пропускает лишь I палец, края клапанов срослены; на них плотные белые утолщения, не отрывающиеся, вполне организованные; остальные отверстия не изменены; тромбов в полостях сердца нет. Аорта узкая, стенки ее совершенно не изменены; несколько выше отхождения art. mesentericae inferioris в аорте плотный, бело-розоватого цвета тромб, крепко соединенный во многих местах со стенкой сосуда; верхушка тромба конусовидна, заострена, покрыта отложениями фибрина, на разрезе тромба слоистости незаметно; тромб, сохраняя свой характер, продолжается непрерывно в общие подвздошные артерии. В правых art. ilaca externa и art. hypogastrica участки белого тромба сменяются менее плотными красными частями. В левой art. ilaca communis тромб скоро переходит в красный и еще ниже заменяется агональными сгустками фибрина. В правой art. ilaca ext. тромб, принимая далее красный цвет, продолжается несколько ниже, но также оканчивается над пунартовой связкой, причем бедренная артерия содержит лишь свертки фибрина. Art. mesenterica superior только частично затромбирована. На местах тромба стенки аорты и особенно правых общей подвздошной и подчревной артерий резко утолщены и уплотнены; во многих местах между тромбами и стенками сосудов заметны щели, содержащие кровь. В крупных венах таза и в v. cava inferior тромбов нет. Матка и пузырь с трудом вынимаются из малого таза вследствие крепких сроснений в параметрии, между которыми, особенно справа, имеется масса гноя и свищи, открывающиеся в зданий свод. Сосуды правой стороны таза заключены в спайки. В правом углу матки плотный бугристый полип. слизистая матки грязно-коричневого цвета, яичники и трубы в спайках. слизистая мочевого пузыря—гангренифицирована. Брюшина выше малого таза гладкая и блестящая. Печень слегка мускатная, селезенка—небольшая, темно-красная, в ней несколько свежих белых инфарктов. Желудок, кишки, pancreas и надпочечники не изменены. В обеих почках также несколько свежих белых инфарктов.

При гистологическом исследовании в матке обнаружены остатки плаценты, фибринозные налеты на эндометрии, инфильтрация маточной стенки лейкоцитами. в параметрии гнойная инфильтрация, некоторые сосуды затромбированы. Тромб в аорте состоит из мелкозернистой массы, пронизанной местами фибриозными тяжами; в центре его сохранились кучки распадающихся ядер лейкоцитов; в некоторых местах по периферии тромба в его массе лежат крупные клетки с обильной протоплазмой и округлым ядром,—размножающийся эндотелий. Стенка аорты местами умеренно инфильтрирована лейкоцитами, лишена эндотелия. В art. ilaca—резкая инфильтрация адвентиции лейкоцитами, эндотелий отсутствует, тромб состоит из фибринозных масс, пронизанных щелями, заполненными эритроцитами.

Условия для развития тромбоза в данном случае ясны: сильный митральный стеноз и токсическое влияние инфекции на сердце и вазомоторные центры (L u b a r s c h) повели к понижению кровяного давления и замедлению тока крови в аорте; к этому присоединилось давление обширного инфильтрата в параметрии. Особенное значение в этом

случае нужно приписать воспалительному процессу в параметрии, в который непосредственно было вовлечено окончание аорты с ее ветвями, что сопровождалось инфильтрацией лейкоцитами самой сосудистой стенки. Изменения состояния крови при общей септической инфекции также нельзя оставить без внимания.

Тромбоз у нашей больной имел первичное происхождение, так как для эмболии ни в сердце, ни в вышележащей части аорты и источников не было. Правда, в селезенке и почках были свежие инфаркты. Oestreich в совершенно аналогичном случае (тромб аорты без всякого источника для эмболии, но с инфарктами в почках и селезенке) предполагает вторичную эмболию из самого тромба аорты. Это объяснение мы находим совершенно правильным, так как сильно ударявшая в тромб кровь не имела иного выхода из аорты, как через вышележащие ее ветви, и таким образом легко могла занести в них обломки тромба. Тромбоз произошел здесь быстро и незадолго (до 14 дней) до смерти, вследствие чего тромб имел совершенно свежий характер.

Гангрена ног и мочевого пузыря развилась в этом случае с неумолимой скоростью. Этому способствовала жестокая общая инфекция, восстановления же коллатеральным путем кровообращения не могло произойти в достаточной степени вследствие низкого давления крови в аорте.

Случай II. К сожалению, этот чрезвычайно интересный случай относится к тяжелому времени 1920—21 гг., и клинические сведения, имеющиеся в наших руках относительно его, весьма недостаточны. Впрочем данные вскрытия и гистологического исследования несколько выясняют его.

Больной Г. впервые обратился в Иваново-Вознесенскую больницу в начале 1920 г. с жалобами на сильные боли в ногах. IV палец левой ноги почернел. Болезнь трактовалась, как спонтанная гангрена ног. В целях уменьшения боли применена операция размождения п. poplitei, и проведено лечение ваннами. Гангренифицированный участок кожи отпал, боли исчезли, и больной выпущен. 22, IX 1921 г. он, однако, вновь поступил в больницу с подобными же болями в ногах по ночам и с гангренной мизинца уже правой ноги. Ногтевые фаланги всех пальцев посинели, появились пятна на наружном крае стопы. Боли бывали приступами, при ходьбе ослабевали, причем исчезало также посинение. Проводилось лечение горячими ваннами. Через 25 дней больной умер при явлениях слабости сердца.

Вскрытие. Труп старика пониженного питания. Мизинец правой ноги почернел и гангренифицирован. В левой подколенной впадине рубец, при разрезе которого нервно-сосудистый пучок в этой области оказался неизменным. При вскрытии полости черепа обнаружены умеренный склероз а. basilaris, атрофия мозга и отек оболочек. Грудная полость: низкое стояние диафрагмы, облитерация плевральных полостей с обильными отложениями извести в левой плевре, эмфизема легких и несколько об'язвествленных туберкулов в них; полость перикардия наглухо зарощена, атрофия миокардия; аорта умеренно расширена до отхождения почечных артерий, резко-атеросклеротична, усеяна плотными бляшками, рубцами и свежими фибринозными наложениями, ниже отхождения art. renalis она до конца затромбирована, стенка ее темно-сине-багрового цвета; общие, наружные и внутренние подвздошные артерии также затромбированы, причем правая art. iliaca ext. затромбирована до выхода на бедро, слева тромб простирается и в art. femoralis, но art. poplitea свободна от него; вены без особых изменений; печень застойна, селезенка нормальна, почки сморщены вследствие артерioskлероза, в толстых кишках местами гиперемия и отрубевидные налеты, надпочечники малы, остальные органы без особых изменений.

Тромб в аорте и ее ветвях был очень плотен, крепко соединен со стенками сосудов и совершенно выполнял их просвет. При гистологическом исследовании одного из тромбов оказалось, что он организован и канализован. Во вновь образованных сосудистых каналах, иногда довольно широких, кое-где видны эритроциты. В стенке сосуда резкий склероз и отложения извести.

Срок образования тромба в аорте здесь определить невозможно, но значительная длительность его стоит вне сомнений. При первом

поступлении пациента в больницу (в 1920 году) аорта, повидимому, еще не была облитерирована, так как хирурги, оперовавшие и popliteus, не могли бы не заметить отсутствия пульсации в art. poplitea. Большой явился тогда в больницу с незначительной гангреной одного пальца ноги. Совершенно ясно, что здесь имела место спонтанная гангрена ног, тромбоз же аорты присоединился к этому основному заболеванию позднее.

Этот случай представляет большой интерес в том отношении, что все незначительные, сравнительно, клинические проявления со стороны ног представляли здесь симптомы спонтанной гангрены, собственно же закупорка арты не отразилась заметно на состоянии больного.—нижняя часть туловища и нижние конечности продолжали функционировать, основная причина для смерти заключается в недостаточности сердца.

Случай тромбоза аорты без последующей гангрены ног описывались неоднократно, причем мы уже указали пути коллатерального снабжения нижних конечностей кровью. Но для таких случаев обычно определенно указывается, что развитие столь обширного коллатерального кровообращения возможно только при удовлетворительной силе сердца. В нашем же случае имелся целый ряд факторов, неблагоприятных для работы сердца и кровообращения,—облитерирующий перикардит, атрофия миокардия, облитерирующий плеврит, артериосклероз сосудов и т. д. Вялость кровообращения, которая не могла отсутствовать у нашего больного, создала условия для тромбоза аорты, но не помешала развитию коллатерального кровообращения для огромной области тела. Нельзя не удивляться приспособляемости организма к условиям, казалось-бы, совершенно несовместимым с существованием.

Объяснить происхождение тромба в этом II случае с полной очевидностью невозможно. Способствующие условия, в виде вялости кровообращения и изменения стенок аорты, были здесь налицо; возможно тут предполагать и изменение крови в виду основной болезни, спонтанной гангрены; но недостает того момента, который объяснил-бы появление тромба именно в брюшной аорте. В качестве такого момента следует предположить эмболию в месте раздвоения аорты, источник которой имелся—свежие тромботические отложения на атеро-склеротических фокусах. Правда, такого происхождения эмболы не могут быть больших размеров, о закупоривающей эмболии здесь не может быть речи; однако и небольшой эмбол, застрявший на месте бифуркации аорты, мог послужить основой для *постепенного* наслоения и *медленно* о развития закупоривающего тромба. Это допущение лучше всего согласуется с остальными данными, в том числе и клиническими. Организм имел здесь время развить кровообращение через коллатерали и каналы самого тромба. В этой же постепенности мы найдем объяснение и того удивительного фактора, что закупоривающий тромб аорты клинически ничем не проявлялся.

Оба этих случая представляют т. о. крайние возможные формы тромбоза аорты—весьма острую и чрезвычайно хроническую, причем обстоятельства, которые повели к тромбозу в этих случаях, были совершенно различны.

О патолого-гистологических изменениях в пересаженных мужских половых железах.

Экспериментальное исследование

Н. И. Чуловского.

Опыты с пересадкой яичек были впервые произведены Вегсхолдом, в 1849 году, у петухов с хорошими в функциональном отношении результатами. Впоследствии опытами многих исследователей (Мантегацца и Биззоzero, Герлицка, Јоде, Золаchos, Рибберт) на различных животных (лягушках, петухах и млекопитающих) было установлено, что пересаженные органы мало по малу дегенерируют и, наконец, совершенно исчезают.

Особенно подробные гистологические исследования произвели Воин и Ансел. Исследования эти были сделаны на яичках с перевязанными *vas deferens*, причем они выяснили значение различных частей яичка. На основании их указанные авторы утверждают, что сперматогенез при этих условиях прекращается, сперматоциты и сперматогонии через несколько месяцев исчезают, но зато клетки *Leidig'a* не только не дегенерируют, но иногда даже увеличиваются в числе. Перевязка *vas deferens* по Анселю и Воину, не влияет на развитие вторичных половых признаков и половое влечение, тогда как перерезка всего семенного канала вызывает все явления кастрации. Другие авторы не подтвердили, однако, вышеуказанных взглядов (*Schattock*, *Seligman*, *Krile*). *Steinach*, исследуя под микроскопом пересаженные железы, находил атрофию и почти полное исчезновение семенных канальцев и мощное развитие межтучной ткани, расположенной между канальцами. Принимая во внимание, что молодые животные, у которых пересаживались яички, развивались нормально в половом отношении, и что пересадкой предотвращались все последствия кастрации, *Steinach* делает заключение, что виновниками развития организма в половом отношении являются не семенная часть железы и воспроизводительные клетки, а межтучные клетки, т. е. целиком подтверждает выводы Воина и Анселя.

После *Steinach'a* наиболее многочисленные и наиболее удачные опыты с пересадкой половых желез были произведены доктором Вороновым. Объяснения, которые дает последний изменениям в трансплантате, расходятся с объяснениями *Steinach'a*: ссылаясь на заключения *Retterer'a* и *Gley'a*, этот автор указывает, что общепринятое учение о роли интерстициальных клеток далеко не может считаться правильным, и что секреторная функция половой железы принадлежит эпителиальным, а не интерстициальным клеткам соединительнотканного происхождения.

как то наблюдается и во всех других железах с внутренней секрецией: по мнению указанных авторов в пересаженном яичке генеративная часть превращается в ретикулярную ткань. В своих работах Воронов указывает, далее, что приживать у человека могут только железы близких к нему животных, почему и предлагает для пересадки у человека яички человекообразных обезьян.

После опубликования исследований Steinach'a многие хирург-клиницисты проверяли результаты пересадки половых желез. Работы эти, сопровождавшиеся гистологическими исследованиями, были поставлены на животных Borchardt'ом, Hylgenberg'ом, Haberland'ом, Brandt'ом, Lieschid'ом, причем все они пришли почти к одинаковым выводам: при аутопластике получаются плохие результаты, при гомойопластике — почти никаких. Некоторым авторам, как Kreuter'y, Foiter'y, Enderlen'y, представлялись случаи удаления у человека трансплантата яичек через различные сроки, и во всех этих случаях наблюдались дегенерация и некроз трансплантата независимо от того, была ли это ауто—или гомотрансплантация.

В русской литературе вопрос о пересадке половых желез и об операции Steinach'a разбирался довольно подробно. Так, на 16 Съезде Российских Хирургов было несколько докладов на тему: „пересадка желез внутренней секреции вообще и половых в частности“. При этом Шустеров, Карпова и Тихомиров сообщили о превосходных результатах как ауто,—так и гомотрансплантации, хотя результаты все же были лишь временными. Напротив, Смирнов и Еланский указали, что яички как при ауто,—так и при гомотрансплантации неизменно подвергаются некрозу, как в случаях пересадки в мышцы, так и при пересадке в мошонку. Наиболее ценными являются сообщения, в которых приводятся микроскопические исследования пересаженных яичек или яичек, у которых почему-либо был перерезан vas deferens. К таким случаям относится, напр., случай д-ра Шубина, где имело место ранение семенного канатика; следствием этого ранения была атрофия яичка с развитием соединительной ткани и полным разрушением железистой ткани, несмотря на наличие на периферии яичка сети сосудов.

Прокин, пересаживавший различные железы с внутренней секрецией человеку от коза, козы и обезьяны, пришел к заключению, что трансплантат не приживает, но все же в течение некоторого времени специфические продукты деятельности пересаженной железы поступают в организм.

Несмотря на большее количество работ этого рода, как экспериментальных, так и клинических, вопрос о судьбе трансплантата половых желез и до сего времени нельзя еще считать решенным: в то время, как одни авторы считают удовлетворительной только аутопластику, другие и при гетеропластике получали блестящие результаты; наконец, есть авторы, утверждающие, что все пересадки при современной методике не дают удовлетворительных результатов. Имея это в виду, мы поставили, в лаборатории Госпитальной Хирургической клиники, ряд опытов с пересадкой половых желез для решения следующих вопросов: 1) приживают ли пересаженные яички (при аутопластике и гомопластике)? 2) если приживают, то а) какое место является наиболее рациональным для пересадки? б) как влияет пересадка на предстательную железу?

Методика опытов заключалась в том, что собаки кастрировались, яички разрезались пополам и пересаживались в сальник, на брюшину, в мышцу и под кожу; через различные промежутки времени животные убивались, и производилось микроскопическое исследование трансплантата и предстательной железы. Всего таким образом нами было произведено 16 пересадок у 4 животных.

Опыт I. Кобель-такса, весом 8,5 кило, веселый, живой. 17/VI 24 под морфинно-хлороформным наркозом произведена операция: через разрез на правой стороне мошонки сделана двухсторонняя кастрация. Далее сделана лапаротомия: каждое яичко разрезано пополам вместе с придатком, и одна половина первого яичка окутана сальником, который был около него фиксирован двумя швами, другая же пересажена на пристеночную брюшину, освеженным краем к брюшине, в белой оболочке в брюшную полость, причем произведена фиксация 3-мя шелковыми швами; половина второго яичка пересажена в мышцу брюшной стенки, а другая в подкожную клетчатку. От каждого яичка взято по кусочку для микроскопического исследования. Рана зашита. Послеоперационный период протек хорошо. На 7-й день раны на животе и мошонке зажили первым натяжением. Вплоть до вскрытия, произведенного через 2 месяца, собака, была совершенно здорова, весела, отлично ела и прибыла в весе до 9,3 кило. 12/IX собака убита. Вскрытие: сальник на месте пересаженного на пристеночную брюшину трансплантата сращен с брюшиной, от пересаженных на сальник, на брюшину и в мышцу половин яичка остались небольшие сморщенные комочки плотной консистенции, на разрезе желтоватого цвета. Всаженная под кожу половина рассосалась. Препараты фиксированы в 10% формалине. Взята также предстательная железа, макроскопически не представлявшая никаких особенностей.

Опыт II Кобель желтого цвета, весом 5 кило, веселый. 30/VII под морфинно-хлороформным наркозом произведена такая же операция, что и в случае I. Операция прошла без осложнений. В послеоперационном периоде наблюдался, на 5-й день, некроз трансплантата, пересаженного под кожу, и в дальнейшем элиминация его наружу; в остальном послеоперационное течение без осложнений. Вскрытие через 3 месяца. Вес собаки 6,2 кило. На месте пересаженного в сальник трансплантата найдены небольшой кусочек плотной, желтоватой на разрезе, ткани; на брюшине найден довольно значительный (1×1 см.) остаток также желтоватого цвета, в мышце обнаружен также остаток довольно плотной пигментированной ткани величиной 1×1½ см. На месте пересаженной под кожу—рубец. Кроме сохранившихся трансплантатов взяты и prostata. Фиксация 10% формалином.

Опыты III и IV. Одновременная операция на двух собаках: № 3—молодой, подвижной, кобель весом 10 кило, № 4—кобель-такса, веселый, живой, весом 7,3 кило. Сначала сделана кастрация у собаки № 4 через разрез на правой стороне мошонки, далее произведена лапаротомия у собаки № 3; удаленные у первого животного яички разрезаны пополам и пересажены—одна половина в сальник, вторая—на пристеночную брюшину, третья—между мышцей и подбрюшинной клетчаткой и четвертая—под кожу. Далее точно такая же кастрация произведена у собаки № 3, и яички ее пересажены, после лапаротомии, кобелю № 4 в сальник, на пристеночную брюшину, между мышцей и брюшиной и в подкожную клетчатку. Послеоперационный период как у той, так и у другой собаки протек без осложнений. На 7-й день раны зажили первым натяжением. Собака № 3 убита через месяц, причем пересаженные половинки яичек были, при вскрытии, найдены в виде небольших остатков плотной ткани желтоватого цвета на разрезе; сальник на месте трансплантата на брюшину оказался сращенным с париетальной брюшиной. Остатки яичек и prostata консервированы в 10% формалине. Собака № 4 убита через два месяца. В сальнике у ней был довольно значительный остаток (2×1½×1 см.) плотной ткани желтовато-белого цвета, на брюшине—небольшой плотный белый кусочек, напоминавший рубцовую ткань, в мышце—кусочек 0,8×1,5×0,5 см. размерами из плотной, пигментированной ткани и под кожей—небольшой остаток также плотной, пигментированной на разрезе ткани. Трансплантаты и prostata консервированы таким же образом, как и полученные от собаки № 3.

Переходя к описанию микроскопического исследования трансплантатов, отмечу, что последние, после фиксации в формалине, заливались в парафин и затем окрашивались гематоксилин-эозином и по van-Gieson'у; кроме того для окраски

пигмента производилась обработка срезов по Stied'y кармином и желтой кровяной солью. Сначала опишу микроскопические картины, полученные при аутопластических пересадках, затем—полученные при гомопластике.

Препараты от собаки № 1 1) *Пересадка в сальник* Большая часть препарата состоит из соединительнотканых волокон с небольшим количеством клеток, есть немногочисленные сосуды. В центре кусочка, на небольшом пространстве, имеется место с семенными канальцами, или уже дегенерированными, или дегенерирующимися,—железистые клетки в них не контурируются, ядра не красятся, содержимое имеет гомогенный вид, прерываемый нитями. О том, что это остатки семенных канальцев,—можно судить лишь по форме и расположению их. Иногда эти остатки канальцев довольно тесно прилегают друг к другу, чаще же между ними располагаются клетки, наполненные бурным пигментом. Клетки эти неодинаковой величины, пигмент иногда наполняет всю клетку, как-бы растягивая ее, иногда же количество его несколько меньше. Ядра этих клеток иногда не представляют каких-либо особых изменений, чаще же находятся в состоянии пикноза или karyogrexis, и нередко ядра в них совершенно отсутствуют. В некоторых местах массы клеток, наполненных пигментом, занимают большие пространства, без вкрапления в них распадающихся семенных канальцев. Между группами этих клеток и остатками семенных канальцев имеются тонкие прослойки соединительной ткани. При окраске по van Gieson'y остатки канальцев и клетки, содержащие пигмент, окрашиваются в желтый цвет, пигмент остается бурого цвета. При окраске по Stied'y реакции на железо с желтой кровяной солью не получается.

2) *Пересадка на брюшину*. Главная масса препарата—соединительнотканые волокна и соединительнотканые клетки. Лишь в одном месте, на небольшом пространстве, различается ткань семенной железы. Семенные канальцы довольно тесно расположены, содержимое их частью превращено в гомогенную массу, в которой заметны тонкие нити, частью в них замечаются отдельные клетки с интенсивно окрашивающимися ядрами в состоянии пикноза. Между семенными канальцами имеется небольшое количество клеток, наполненных бурым пигментом, то содержащих неизмененное ядро, то—ядро в состоянии пикноза или karyogrexis, то вовсе без ядра. К периферии от места с сохранившимися семенными канальцами встречаются сплошные массы клеток, содержащих пигмент. Придаток яичка сохранился хорошо.

3) *Пересадка в мышцу (между мышцей и подбрюшинной клетчаткой)*. В срезах различается только соединительная ткань и заключенные в ней пучки мышечной ткани, перерезанные то поперек, то косо, то продольно; эта мышечная ткань частью сохранила свою поперечную полосатость, частью волокна ее представляются в виде тяжелой гомогенного строения.

4) *Пересадка под кожу* Трансплантат совершенно рассосался, никаких остатков для микроскопического исследования добыть не удалось.

Препараты от собаки № 2. *Пересадка на брюшину*. На препаратах нигде нет даже намеков на остатки семенных канальцев; остатки же придатка яичка сохранились хорошо. На периферии кусочка ткань его представляется состоящей из соединительнотканых волокон и редких соединительнотканых клеток, между которыми рассеяна мелкоклеточковая инфильтрация, то более, то менее резко выраженная; есть места, сплошь занятые инфильтратом.

6) *Пересадка в сальник*. На периферии кусочка соединительная ткань, далее к центру дегенерирующиеся семенные канальцы, то тесно прилегающие друг к другу, то разделенные более или менее толстыми прослойками соединительной ткани. Границ отдельных клеток в семенных канальцах определить нельзя, содержимое их представляет из себя гомогенную массу, пронизанную переплетающимися нитями. В этой массе видны интенсивно окрашивающиеся ядра в состоянии пикноза или karyogrexis. В некоторых местах семенные канальцы, находящиеся среди соединительной ткани, уменьшены в объеме, как-бы сдавлены ею. При окраске по van-Gieson'y соединительная ткань—розового цвета, дегенерирующиеся канальцами—желтого.

7) *Пересадка в мышцу*. На срезах видны волокна соединительной ткани мелкоклеточковая инфильтрация, кое-где остатки мышц, местами, среди соединительной ткани,—круглой, овальной или неправильной формы полости, содержащие распад, иногда наполненные лейкоцитами. Структура придатка яичника различается хорошо.

8) *Пересадка под кожу.* Трансплантат элиминировался совершенно.

Препараты от собаки № 3 9) *Пересадка в салынник.* На периферии препарата соединительная ткань, к центру — семенные каналцы, оболочка которых различается, контуров же и границ клеток внутри каналцев не видно, — содержимое каналцев состоит из однородной бесструктурной массы, местами пронизанной нитями. Ядра резко окрашиваются в виде однородных плотных комочков (пикноз). Местами в межточной ткани имеются в большем или в меньшем количестве клетки, содержащие пигмент. В некоторых местах каналцы вакуолированы.

10) *Пересадка в брюшину.* Остатков семенных каналцев нет, на препарате видна только соединительная ткань и между ее волокнами — сплошные массы клеток, содержащих то в большем, то в меньшем количестве пигмент. Ядра этих клеток то не представляют никаких отклонений от нормы, то обнаруживают признаки пикноза и kariorexisis.

11) *Пересадка в мышцы.* Кроме соединительной ткани и мелкоклеточковой инфильтрации в срезах из этого кусочка ничего обнаружить не удалось.

Препараты от собаки № 4 12) *Пересадка в салынник.* На периферии препарата соединительная ткань, к центру от нее — ткань яичка в состоянии дегенерации. На периферии каналцев хорошо различается темная граница, внутри же находится гомогенная, бесструктурная масса, то сплошная, то распавшаяся на отдельные зернышки. В межточной ткани клеточных элементов нет, а она состоит из переплетающихся и идущих в разных направлениях нитей и волокон. Такова картина в центральной части препарата. В промежутке между центральной частью и соединительной тканью на периферии имеются те же самые дегенерирующие семенные каналцы, но в промежуточной ткани имеется мелкоклеточковая инфильтрация. Большею частью клетки инфильтрата скапливаются вокруг дегенерирующих каналцев, но их можно иногда обнаружить и внутри последних, хотя и не в таком большом количестве.

13) *Пересадка на брюшину.* На срезах, кроме сплошной массы плотной волокнистой соединительной ткани, других элементов не наблюдается.

14) *Пересадка в мышцу и отчасти в подбрюшинную клетчатку.* Препарат состоит из плотной соединительной ткани, среди которой находятся дегенерирующие семенные каналцы; содержимое последних состоит то из зернистого распада, то из гомогенной бесструктурной массы с небольшим количеством нитей, переплетающихся между собой.

15) *Пересадка под кожу.* Препарат состоит только из соединительной ткани, остатков яичка нет.

Исследование предстательной железы дало следующие результаты: макроскопическое железу во всех случаях отклонений от нормы не представляет; на микроскопических препаратах видно железистое вещество, располагающееся отдельными участками, между которыми расположена в большом количестве интерстициальная ткань из соединительнотканых волокон и пучков гладких мышц. Железистый эпителий в состоянии дегенерации.

Прежде, чем перейти к рассмотрению результатов наших опытов с пересадкой желез, необходимо отметить, что половая функция у всех наших собак, за исключением № 4, после операции исчезла, и к присутствию самки в периоде течки они оставались совершенно равнодушны, обращая исключительное внимание на еду, тогда как у кобеля № 4 наблюдалось как раз обратное.

При разборе результатов трансплантации прежде всего надо отметить, что во всех случаях как ауто —, так и гомопластики рано или поздно, независимо от места пересадки, наступает дегенерация железистой ткани с последующим замещением ее соединительной, причем можно, сопоставляя все наши случаи между собой, проследить отдельные стадии этого превращения. В начальных стадиях наблюдается лишь некроз железистого эпителия (преп. № 6), в конечных — полное замещение трансплантата соединительной тканью (преп. №№ 3, 13, 15). Промежуточные стадии, наблюдавшиеся на препаратах №№ 1, 2, 9, 10 и 14. ха-

рактируются тем, что в семенных канальцах остаются только нити, взаимно переплетающиеся между собой, а в межлужочной ткани находятся клетки, содержащие то большее, то меньшее количество пигмента, причем иногда этот пигмент как-бы растягивает клетку до очень больших размеров. Ядра в этих клетках или еще сохранены, или же находятся в состоянии распада (*pyknosis, kariorrhexis*), или даже совершенно отсутствуют. В других случаях (преп. №№ 6, 7, 11 и 12) дегенерированные и некротизирующиеся массы трансплантата подвергаются мелко-клеточковой инфильтрации, хотя клинически не наблюдается никаких признаков воспаления.

Содержавшие пигмент клетки, по видимому, относятся к макрофагам, которые поглощают остатки дегенерирующей массы и затем частью сами погибают. Что пигмент этот исходит из дегенерирующей ткани яичка, а не представляет собою кровяной пигмент,—на это указывает отрицательный результат реакции на железо, сделанной по способу Stied'a с окраской препарата желтой кровяной солью.

Что касается, далее, места пересадки, то наиболее неблагоприятною для трансплантации является, по видимому, подкожная клетчатка: в 2 наших случаях трансплантат из нее выделился вследствие омертвения, в 2 других нельзя было найти никаких его остатков. Правда, быть может, это объясняется невозможностью у собаки наложить хорошую повязку и дать полный покой трансплантату. За подкожной клетчаткой в данном отношении следуют мышечная ткань и париетальная брюшина. Лучшее же всего в наших опытах сохранялась трансплантированная ткань семенных желез при пересадке в сальник.

В виду того, что пересаженные мужские половые железы в сравнительно-короткий срок дегенерируются, рассасываются и замещаются соединительной тканью, говорить о влиянии их на предстательную железу не приходится. Вероятно, впрочем, что в первое время после трансплантации еще действуют на организм и в частности на предстательную железу продукты распадающих половых желез, а затем в простате наступают изменения, зависящие от выпадения функции яичек, т. е. атрофия и дегенерация ее железистой ткани.

Отношение надпочечников к иммунитету.

Проф. М. Н. Чебоксарова и д-ра мед. З. И. Малкина.

Вопрос об отношении желез с внутренней секрецией и в частности надпочечников к иммунитету до сих пор еще не является окончательно разрешенным: если одни авторы признают только косвенное значение эндокринных органов в деле борьбы организма с инфекцией, учитывая чрезвычайно обширную биологическую роль этих органов в жизни животного организма, то другие склонны искать здесь более прямых отношений, допуская участие их или в процессе выработки противотел¹⁾, или в процессе обезвреживания бактериальных токсинов.

Что касается обезвреживающей яды функции надпочечников, то предпринятое одним из нас еще в 1914-15 г.г. в этом направлении исследование²⁾ привело к абсолютно-отрицательным результатам, не давшим никаких точек опоры в пользу упомянутой антитоксической теории, и потому к этой части вопроса мы уже возвращаться не будем. Мы сообщим здесь лишь результаты наших исследований по вопросу об отношении надпочечниковых желез к процессу образования в них различных противотел.

Как известно, при изучении этого вопроса по отношению к эндокринным железам обычно применяются два способа: содержание и колебание противотел в крови у животных при различного рода инфекциях изучаются или после экстирпации того или иного эндокринного органа или после введения животным соответствующего экстракта.

Мы при своих исследованиях шли несколько иным путем, а именно, мы изучали содержание специфических противотел—гемолизина, агглютина и преципитина—у предварительно соответствующим образом подготовленных животных (кроликов) в крови 1) *артериальной*, 2) *венозной* (взятой или из ушной вены, или из нижней полой вены до впадения в нее почечных герсп. надпочечниковых вен) и 3) *надпочечниковой*, т. е. вытекающей из надпочечников венозной крови. Таким образом, если бы в надпочечниках действительно имело место образование или даже повышенное скопление тех или иных антител, мы могли-бы уловить это явление, сравнивая содержание этих антител в сыворотке надпочечниковой крови с содержанием их в крови, взятой из других отделов сосудистой системы (аорты, нижней полой вены, ушной вены, сердца).

¹⁾ Подобное положение, напр., защищал Eiger на последнем Съезде Физиологов в Стокгольме, в 1926 г.

²⁾ М. Н. Чебоксаров. Русск. Врач, 1915, № 20.

Опыты с гэмолизинами.

Кролики иммунизировались по отношению к красным кровяным шарикам барана, дефибринированная кровь которого последовательно вводилась внутривенно им в течение 3 дней в объеме 0,5 1,0 и 1,5 к. с. В различные сроки после иммунизации, — на 2-й, 3-й, 5-й и 7-й дни — кровь бралась для исследования. Опыт определения титра гэмолизинов велся в объеме 2,5 к. с.: бралось 0,5 комплемента морской свинки, 0,5—5% эмульсии бараньих эритроцитов, 0,5—различных разведений инактивированной сыворотки опытного кролика и 1,0 физиологического раствора. Титр гэмолизинов определялся по величине наибольшего разведения сыворотки, которое вызывало полный гэмолиз. Результаты представлены в виде нижеследующих таблиц I—IV:

Таблица I.

Разведение	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{160}$
Артер. кровь	+	+	+	—	—
Венозн. кровь	+	+	+	—	—
Надпочечн. кровь	+	+	+	—	—

Таблица II.

Разведение	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{160}$
Артер. кровь	+	+	+	—	—
Венозн. аровь	+	+	+	+	—
Надпоч. кровь	+	+	+	+	—

Таблица III.

Разведение	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{300}$	$\frac{1}{400}$	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{600}$	$\frac{1}{800}$
Артер. кровь	+	+	+	+	—	—
Венозн. кровь	+	+	+	+	+	—
Надпоч. кровь	+	+	+	+	+	—

Таблица IV.

Разведение	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{300}$	$\frac{1}{400}$	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{600}$	$\frac{1}{800}$
Артер. кровь	+	+	+	+	+	—
Венозн. кровь	+	+	+	+	+	—
Надпоч. кровь	+	+	+	+	+	—

Опыты с агглютининами.

Кролики иммунизировались по отношению к холерному вибриону, а именно, им вводились внутривенно в течение 3 дней последовательно 0,5 к. с., 1,0 и 1,5 суточной агаровой культуры, смывой 10 к. с. физиологического раствора и убитой нагреванием в водяной бане при 65°. Кровь для исследования бралась на 3-й, 5-й и 7-й дни после иммунизации. Результаты опытов представлены на таблицах V—VII.

Таблица V.

Разведение	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{160}$	$\frac{1}{320}$	$\frac{1}{640}$
Артер. кровь	+	+	+	—	—
Венозн. кровь	+	+	+	—	—
Надп. кровь	+	+	+	—	—

Таблица VI.

Разведение	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{160}$	$\frac{1}{320}$	$\frac{1}{640}$
Артер. кровь	+	+	+	+	—
Венозн. кровь	+	+	+	—	—
Надпоч. кровь	+	+	+	+	—

Таблица VII.

Разведение	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{160}$	$\frac{1}{320}$	$\frac{1}{640}$	$\frac{1}{1280}$
Артер. кровь	+	+	+	+	+	—
Венозн. кровь	+	+	+	+	+	—
Надпоч. кровь	+	+	+	+	+	—

Опыты с преципитинами.

Для получения преципитинов кроликам вводилась повторно человеческая сыворотка в количестве 3 к. с. с промежутками от 2 до 4 дней. Реакция преципитинов определялась по методу Ulenhuth'a. Кровь для исследования бралась у опытных кроликов на 2-й, 4-й и 6-й дни после 4-го или 5-го вырыскиваний сыворотки. О результатах опытов можно судить по данным, приведенным в таблицах VIII и IX ¹⁾.

Таблица VIII.

Разведение	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{1000}$	$\frac{1}{2000}$	$\frac{1}{4000}$	$\frac{1}{5000}$	$\frac{1}{8000}$
Артер. кровь . . .	+	+	+	+	—	—
Венозн. кровь . . .	+	+	+	+	—	—
Надпоч. кровь . . .	+	+	+	—	—	—

Таблица IX.

Разведение	$\frac{1}{4000}$	$\frac{1}{8000}$	$\frac{1}{16000}$	$\frac{1}{32000}$	$\frac{1}{64000}$	$\frac{1}{128000}$
Артер. кровь . . .	+	+	+	+	—	—
Венозн. кровь . . .	+	+	+	+	—	—
Надпоч. кровь . . .	+	+	+	+	—	—

Как видно из приведенных таблиц, во всех наших опытах содержание изучаемых противотел (гемолизинов, агглюгенинов и преципитинов) как в надпочечниковой крови, так и в контрольной (артериальной и венозной) не представляло каких-либо заметных отличий. Следовательно, и при данной постановке опытов не удается установить какого-либо участия надпочечниковых желез в процессе образования специфических противотел, и потому мы считаем себя вправе заключить наше короткое сообщение теми же словами, которыми мы закончили нашу статью об антитоксической функции надпочечников, а именно что по отношению к этим последним „лишь одну гормональную теорию можно в настоящее время признать установленной на достаточно прочном основании“.

¹⁾ В виду постоянства результатов, ради экономии места нами приведены данные лишь относительно ограниченного числа опытов.

Новый способ т. наз. „омоложения“ организмов*).

Проф. М. П. Тушнова.

Еще покойный проф. Мечников нераз высказывал глубокую философскую мысль, что „не смерть, а бессмертие является характерной особенностью жизни.“ Действительно, на основании целого ряда самых точных исследований таких выдающихся ученых, как Bütschli, Weismann, Monod, Jennings, Erdmann, Жуковский, Кулагин, Метальников и мн. др., мы знаем, что бактерии, инфузории и другие одноклеточные организмы, если им предоставить подходящие внешние условия, питательный материал, температуру, соответствующую реакцию среды (рН) и пр., могут жить бесконечно долго. Каждая такая клетка, достигнув известного роста, делится на две дочерних, живых же клетки. Здесь нет и речи о смерти. Клетка „растворяется в потомстве“, не оставляя трупов. Поэтому мы полагаем, что все простейшие организмы потенциально бессмертны. Это, конечно, не значит, что такие организмы не могут погибать. В естественных условиях жизни они гибнут в колоссальном количестве, но не от старости, не от физиологической смерти, а от колебаний температуры, высыхания, вредных химических веществ, от голода, от врагов,—словом, от всех тех внешних влияний, от которых они защищены в лабораторном опыте.

Клетки высшего организма в этом отношении сами по себе мало отличаются от одноклеточных организмов и во многих случаях могут тоже считаться потенциально-бессмертными. Так, культуры тканей вне организма, приготовленные по Carrel'ю, Harrison'у, Burrows'у, живут десятками лет, подобно одноклеточным.

Но, если клетки высшего организма принципиально мало отличны от прослейших, то сам организм в целом резко отличается от этих примитивных существ. Организм представляет собою как-бы клеточное государство, где все элементы связаны в одно целое, почему он и функционирует, как самостоятельная замкнутая система. Каждая клетка, в силу филогенетических причин, в свое время дифференцируется и развивает какую-нибудь из своих функциональных способностей до высшей степени совершенства за счет всех остальных. Это, конечно, для самостоятельности отдельной клетки совсем невыгодно, так как ставит всю ее жизнь в полную зависимость от других клеток. Но это выгодно для общих интересов, это выгодно для всей кооперации, так как вследствие разделения труда получается более совершенный продукт деятельности при наименьшей затрате сил.

Таким образом специализация клеток приводит к тому, что появляются клетки эпителиальные, мышечные, нервные, железистые и пр.:

*) Доклад Научному Собранию врачей Гос. Инст. для усовершенствования врачей в Казани 1 ноября 1926 г.

одинаково дифференцированные клетки образуют соответственные ткани, а при посредстве различных тканей возникают органы: сердце, легкие, кишечник, железы... Наконец, из органов строятся целые системы: нервная, кровеносная, мочеполовая, дыхательная, пищеварительная и т. д.

Все эти части, составляющие организм, ценны лишь при условии полной их согласованности. Такая согласованность процессов, протекающих в организме, получила особое название „consensus partium“, дословно: сочувствие частей, солидарность.

Все органы и клетки сложного организма, благодаря функциональной обособленности и разделению труда, доведенному до крайних пределов, могут работать, а следовательно и жить только во взаимном сооществе. Гибель одних клеток неминуемо влечет за собою гибель всех остальных. Как ни одна цепь не может быть крепче самого слабого своего звена, так и организм в целом никогда не может пережить крушения ни одного ответственного органа, — безразлично, будет ли это сердце, мозг, почки, или печень...

Таким образом вся сила устойчивости и жизнненности организма в первую очередь зависит от корреляции его частей. А эта корреляция, как легко догадаться, чрезвычайно сложна. Каждый отдельный орган играет определенную роль в жизни организма и имеет свое индивидуальное значение. Каждый орган, в зависимости от работы и прочности, дает различную изнашиваемость. У каждого органа, у каждой ткани свой темп жизни. Наконец, каждый орган обладает различной самостоятельностью в системе всех других органов.

Несомненно, работа организма и вся его жизнь зависят от координации и субординации всех его клеточных элементов, как бы они не были мало значущи. Раз это так, то нужен общий регулятор для согласованности всех жизненных процессов!!! И вот, таким регулятором, обеспечивающим организму consensus partium, повидимому, является гормональная железистая система.

Насколько сложна эта система, — сейчас даже нельзя представить. Ни одна железа, насколько мы можем судить, не является совершенно самостоятельной, все они включены в систему желез, и только взаимное и перекрестное влияние инкретов на нервную, кровеносную и железистую системы создает и поддерживает гармонию и равновесие организма, его силы и здоровье. Проф. Оппель думает даже, что каждый человек имеет свою собственную эндокринную формулу, и с этим нельзя не согласиться.

Без преувеличения можно сказать, что ни мозг, ни нервы, ни мускулы, ни почки, ни печень, ни один из других органов не может с пользою выполнять своего назначения без помощи инкреторных желез!

Здесь необх димо отметить, что эту согласованность частей живого организма ни в коем случае нельзя понимать, как механизм обычной машины, где, конечно, зубчатки, колеса, рычаги, пружины и пр. тоже идеально пригнаны друг к другу и согласованы в движении; но в машине все сделано и прилажено раз навсегда и в случае порчи может быть вновь исправлено только рукою человека. В живом организме дело обстоит по другому: здесь нарушение деятельности какого-либо органа в некоторой мере может выравниваться само собою, может даже создаваться новое, выкарное равновесие. В организме, поэтому, при некоторых условиях воз-

можно искусственное или естественное (патологическое) исключение органа. Организм—это такая машина, которая не только управляет сама собою, но исправляет сама себя и, в случае надобности, принаравливается к окружающим обстоятельствам. Эта автоматичность ни с чем не может сравниться. Так, проф. E. Steinach экспериментально доказал, что при перевязке *vasis deferentis* восстанавливаются почти атрофированные щитовидная железа, простата и гипофиз; тоже он наблюдал при трансплантации яичек. Эти наблюдения подтверждаются и другими исследователями. Частичное направление восстанавливает, как будто, всю систему.

Мы знаем, что нервная система тоже регулирует деятельность органов, но между влиянием инкретов и влиянием нервной системы на органы есть известная разница. Проф. Немиллов очень картинно и, в то же время, вполне справедливо говорит, что, если нервную систему можно сравнить с телеграфом, то гормональную систему мы должны сравнить с радио. Действительно, инкреты могут распространяться не только по кровеносной системе, но и диффузно от клетки к клетке, как это, напр., наблюдается у плода. Еще в 1912 г. Fischel показал, что инкреторная деятельность наступает раньше образования кровеносной системы.

Итак *consensus partium*—это и есть в организме то, что определяет его жизнеспособность и долговечность.

Если-бы все ткани и органы изнашивались более или менее равномерно, то, по расчету, человек жил бы по крайней мере 150 лет, а не 60—70, как это обычно наблюдается. Поэтому нет ничего удивительного в том, что у всех нас имеется инстинкт жизни, и, нормально, ни у кого нет инстинкта смерти. Чем больше у человека повседневного опыта и чем у него шире жизненный кругозор, тем больше у него и жажды жизни. Все это очень просто и понятно: мы дряхлеем и умираем преждевременно. И мы умираем не потому, что человеческая машина изнасилась, а потому, что эта машина испортилась, и мы не умеем ее исправить. Можно было-бы здесь продолжить аналогию и прибавить, что человек—такая машина, которая не столько изнашивается, сколько засоряется. Наша старческая дряхлость и есть это засорение.

Смерть, от чего-бы она не зависела, наступает, как теперь думают, всегда от асфиксии. Клетки, лишенные взаимопомощи, погибают от голодания и в первую очередь от недостатка кислорода. Как и организм в целом, клетка легче переносит лишение пищи, чем воды, и почти совсем не переносит лишения воздуха. Во всем мире жизнь колеблется между первым и последним дыханием.

„Дифференцировке,—говорит Maupou, —обязаны мы нашей организацией, благодаря ей мы стали людьми, ей мы обязаны всеми преимуществами нашего бытия. Платою за эти блага является смерть!“

Вернемся теперь назад. Мы говорили, что одноклеточные организмы „потенциально-бессмертны.“ Однако, если микробов поместить в пробирку с питательной средою и держать при оптимальной температуре, то они, несмотря на благоприятные условия, претерпевают ряд изменений, которые приводят их к неизбежной гибели. Сначала они, правда, быстро размножаются, но затем темп размножения их постепенно падает, и часть микробов начинает погибать. Гибель эта прогрессивно растет, а размно-

жение так же прогрессивно прекращается, и, наконец, наступает смерть. В настоящее время установлено, что это происходит потому, что микробы выделяют ядовитые продукты диссимиляции, и среда, в которой они находятся, под влиянием этих продуктов обмена и распада изменяет свои химические и физические свойства.

Ядовитость этих веществ в громадном большинстве случаев носит черты ясно выраженной специфичности, т. е. такие продукты диссимиляции действуют особенно губительно на те клетки, от которых они образовались.

Если такую культуру профильтровать через фарфоровую свечу и таким образом удалить микробов и их „осколки“, то фильтрат с внешней стороны представляется в виде совершенно прозрачной жидкости. Проф. Безредка дал таким фильтрам название „антивирусов“, так как на них не растет больше культура. Эта жидкость ядовита только для своих собственных микробов, другие микробы на ней растут. Так, стрептококковый антивирус ядовит только для стрептококков, но не для стафилококков, и *vice versa*. Это явление не представляет собою научной новости: оно было известно еще Pasteur'у, и в различные времена ему давались различные объяснения. Вещества эти часто очень стойки и не разрушаются даже кипячением под давлением.

Чем объясняется наблюдаемая специфичность,—сказать очень трудно. Вполне вероятно, что различные микробы построены из различного белка, и продукты распада такого белка тоже различны. Если это различие нам не удастся установить химическими реакциями, то биологические реакции обнаруживают его с полной точностью. Так, при помощи реакций преципитации, агглютинации, связывания комплемента, анафилактики можно самым точным образом диагностировать белок и его генетическую близость. Различны ли здесь белки по своей химической природе, или только по физической структуре,—до сих пор точно неизвестно.

Вот такие яды, являющиеся неизбежными спутниками жизни всякой живой клетки, я называю „натуральными клеточными ядами“—в отличие от ядов случайных и искусственных, действию которых организм в течение жизни может подвергнуться, а может и не подвергнуться. К таким ядам мы относим алколоиды, глюкозиды, бактериальные токсины, соли тяжелых металлов, все дезинфицирующие вещества, свертыватели белков и пр. По существу все натуральные клеточные яды суть продукты диссимиляции, т. е. продукты распада тех клеток, которые участвуют в этом жизненном процессе.

Функция микробов токсигенная или ферментная, функция синтетическая, дает продукты отличные от указанных веществ. В присутствии своих токсинов или ферментов микробы свободно живут и не обнаруживают дегенерации. Среда, переполненная новыми продуктами, может остановить их деятельность, но это еще не говорит о гибели микробов.

Клетки высшего организма, как уже говорилось, принципиально почти не отличаются от одноклеточных, хотя условия их жизни совершенно иные. Надо думать, что в виду большей специализации и дифференциации у клеток сложного организма явления специфичности выражены еще резче и ярче. Несомненно, чем сложнее орган, тем специальнее его работа и обратно,—чем специальнее работа, тем сложнее орган. Проф. *Abderhalden*'у удалось даже установить особый биологический закон:

„однородные органы различных животных с одинаковыми функциями содержат отдельные, сходные между собою виды белков.“

Действительно, мы знаем из биологических реакций преципитации, реакции *Abderhalden's* на *Abwerferment's*, анафилаксии, что многие ткани и органы имеют не зоологическую (видовую), а тканевую специфичность (хрусталик глаза, околоплодная жидкость, молочные железы, тестикулы, яичники и др.). Позднейшие исследования устанавливают принципиальное различие между белковыми телами органов и белковыми телами крови. Первые —исключительно нуклеопротенды, белки же кровяной жидкости—альбумины и глобулины, не имеющие внутри органов родственных соединений. Соки и органы отличаются между собою и характером антител: резко-специфический видовой характер антигена присущ только кровяной сыворотке. Промытыми до полного обескровливания органами нельзя получить специфических для данного вида антител, но можно доказать, — правда, иногда только чувствительнейшими способами.—образование органо-специфических антител.

Принимая во внимание приведенные данные, мы можем с известною вероятностью думать, что продукты высоко-дифференцированных органов или тканей должны быть особенно ядовиты для тех клеток, от которых они образовались причем они должны отличаться не столько видовой, сколько функциональной специфичностью.

Уже *a priori* можно думать, что, если у животного взять какую-нибудь специальную железу, напр., щитовидную, и довести ее до распада путем аутолиза или переваривания ферментами, то такой „органолитат“, введенный в ток крови организма, должен оказать ядовитое действие на клетки щитовидной железы. Это повлечет за собою гибель клеток и атрофию железы, т. е. понижение или прекращение ее функции со всеми вытекающими отсюда последствиями для организма до смерти включительно. Но и теоретически рассуждая, не всякий распад щитовидной железы должен оказать специфическое действие, а только тот, который сохранил специфичность строения.

Abderhalden, *Hofmeister*, *Kossel*, *Em. Fischer* учат нас, что белковая частица—это конденсация аминокислот, это молекулярный комплекс, „ассоциация“ последних. Белок обладает теми или иными свойствами в зависимости от числа и расположения аминокислот. Чем сложнее функция, тем, повидимому, специфичнее белок. Его частица более громоздка и представляет более сложную комбинацию аминокислот. Поэтому при распаде такого сложного белка постепенно падает и характерная для него специфичность. Когда же белок распадается на отдельные аминокислоты, то он и вовсе теряет специфичность, ибо тогда сложное здание рассыпается на отдельные кирпичи.

Коллоидный белок, специфичный, распадаясь, дает альбумозы и пептоны (еще достаточные носители специфичности), а последние образуют полипептиды (слабо специфичные?) и аминокислоты, совершенно лишенные специфичности.

По моему мнению наиболее деятельными являются альбумозы и пептоны, как стоящие на границе коллоидных и молекулярных растворов. И мы знаем, что происхождение альбумоз (из фибрина, желатины, пшеницы, шелка, рога) отражается на их ядовитости для организма.

Пептоны и в значительной мере альбумозы, а абиуретовые продукты все без исключения, теряют свои антигенные свойства и не могут также

быть сенсбилизаторами при анафилактических процессах, — обстоятельство, имеющее важное практическое значение, что будет ясно из дальнейшего изложения.

Белки, введенные в организм *per os*, не оказывают обычно никакого действия, так как они разрушаются в кишечнике до аминокислот. Введение же белков парэнтерально оказывает сильное влияние на организм, чем и пользуются как в терапии, так и в иммунологии. Если теперь делать в кровь инъекции растворов специфических пептонов, то, по расчету, они будут оказывать ядовитое действие на тот орган, от которого получены, так как, вследствие своей специфичности, будут обладать избирательным действием. Это действие будет резко выражено при введении непосредственно в орган, в кровь или мышцы, чем под кожу, так как подкожная клетчатка, по *Schade*, сильно удерживает распад белков.

Здесь уместно будет вспомнить закон *Arnold'a-Schulze*: „слабые раздражения усиливают жизнедеятельность клеток, средние — поддерживают, сильные — тормозят, а очень сильные — преграждают“

Таким образом растворы пептона и подобные им распады белка в малых дозах должны вызывать раздражение и повышать функции органа. Следовательно, имея в своих руках специфический раздражитель, мы можем произвольно повышать или понижать функцию намеченного органа или ткани.

Haberlandt, проф. ботаники Берлинского Университета, экспериментально установил, что при повреждении и гибели клеток у растений образуются особые вещества, способные к диффузии, которые, проникая в окружающую ткань, вызывают здесь процессы усиленного деления клеток. Химическая природа этих веществ не изучена, но, по мнению самого *Haberlandt'a*, они образуются вследствие аутолиза поврежденных или погибших клеток. Этим веществам он дал название некро-гормонов и раневых гормонов. Дальнейшие исследования показали, что вполне нормальная, зрелая растительная клетка, окруженная совершенно неповрежденными клетками, может быть побуждена к делению нанесением ей ранения, вследствие образования в ней некро-гормонов. *Haberlandt* высказал даже гипотезу, что дробление яйца происходит вследствие ранения, нанесенного ему сперматозоидом. Действительно, *Bataillon* вызывал деление у яйцевых клеток лягушки механическими уколами.

Не менее интересны в этом отношении работы *Carrel'a* и *Ebeling'a*. По их опытам клетки живых тканей, помещенные в гомологическую плазму, не размножаются и через несколько дней погибают. Жизнь этих клеток, правда, можно сохранить периодическим отмыванием продуктов их обмена, но и при этих условиях пролиферации клеток не наблюдается. Если, однако, к среде прибавить соков, добытых из зародыша, то получается энергичное размножение клеток. Некоторые культуры фибробластов при этих условиях жили и размножались в течение 10 лет. Эти субстанции, содержащиеся в эмбриональных жидкостях и вызывающие пролиферацию клеток, *Carrel* назвал треофонами. Реактивную пролиферацию соединительной ткани в пораженных очагах он объясняет действием этих эмбриональных треофонов, содержащихся в клетках, особенно в лейкоцитах, и освобождающихся при аутолизе.

Carrel'ю удавалось сохранить, в условиях асептики, поранения покровов без признаков регенерации в течение 25 дней, только предохра-

няя их от продуктов распада; при действии же на эти раны скипидара или культур стафилококков возбуждалась пролиферация тканей. Так как на тканевые культуры вне организма ни скипидар, ни стафилококки не оказывают подобного влияния, то Carrel думает, что эта пролиферация вызывается трэфонами, освобождающимися при разрушении лейкоцитов под влиянием скипидара или стафилококков.

Dola добывал водные экстракты из органов кроликов и морских свинок, подвергал их стерилизации и вводил парентерально животным того же вида; через 14 дней он получал при этом простую атрофию соответственных органов.

Все эти работы по своим идеям очень близки к моим, и я здесь не претендую на приоритет, но могу открыто заявить, что пришел к таким же выводам не только совершенно самостоятельно, но и гораздо раньше указанных исследователей.

Лет 20 тому назад мой покойный шеф, проф. Н. Д. Степанов, дал мне книгу Н. Ф. Гамалеи „Основы общей бактериологии“ (1899 г.). Там были помещены интереснейшие исследования автора о влиянии малых доз кофеина на образование стойких и гигантских форм бактерий (гетероморфизм). Эти исследования крайне заинтересовали меня, и я пытался в духе Гамалеи дать объяснение наблюдаемым фактам. Я построил тогда такую гипотезу: все вещества, богатые углеродом (сахар), представляют собою в организме материал для образования энергии, причем один из конечных продуктов их распада, углекислота, служит раздражителем дыхательного центра и своим влиянием обеспечивает организму окислительную деятельность. Наоборот, все вещества, богатые азотом (протеины, нуклеины), идут для пластической работы организма,—из них строятся клетки. Последние, как продукт своей жизнедеятельности, образуют пурины и близкие к ним химические вещества. Эти белковые продукты распада прежде, чем выделиться из организма, наподобие CO_2 , несут роль естественного возбудителя, но не аналитических процессов дыхания, а синтетических процессов—размножения, роста и деятельности клеток; при содействии пуринов и их производных происходит восстановление тканей. А так как кофеин по своей химической формуле есть триметилксантин, а ксантин есть диоксипурин, то влияние кофеина на бактерий аналогично влиянию продуктов распада белка—пуринов—на клетки.

Впоследствии я совершенно изменил свои взгляды на метаболизм белков, но не изменил своего взгляда на пурины. Даже больше того,—я окончательно пришел к тому убеждению, что пурины и их производные, будучи продуктом распада клеточных ядер, являются одновременно ядами и стимулами жизнедеятельности клеток в зависимости от их количества. Таким образом мои современные идеи представляют собою лишь развитие моих прежних взглядов, неоднократно высказываемых на моих лекциях. Что касается в частности кофеина, то я с ним продолжаю работать и стал самым горячим поклонником этого действительно удивительного средства, не имеющего себе равного по многогранности и эффекту своего действия. Нет никакого сомнения в том, что при отсутствии злоупотребления кофеин дает скорее приятно-полезное, чем вредно-истощающее возбуждение и повышение работоспособности. Недаром в различных видах кофеин потребляется во всех странах света и всеми народами.

Теперь в свете приведенных данных и учений я решился построить такую гипотезу: продукты диссимиляции клетки являются естественными и неизбежными ядами для той клетки, от которой они образовались; чем сложнее функция клетки, тем сложнее и продукты ее распада и тем специфичнее и избирательнее их действие на производящую их клетку; всякое парэнтеральное введение протеинов и их производных вызывает в организме резкую физико-химическую пертурбацию, которая, при наличности некоторых условий, создает повышенную сопротивляемость организма, т. наз. неспецифический иммунитет. Поэтому для клинических целей была предложена особая протеинотерапия. Если теперь приготовить „специфические“ продукты распада (альбумозы, пептоны, полипептиды) из высоко-дифференцированных органов и тканей (желез внутренней секреции, половых желез, ферментных элементов крови, желез внешней секреции и пр.) и ввести в соответственных дозах в кровь или непосредственно в орган, то можно получить новый вид терапии,—специфическую протеинотерапию.

В настоящее время я с помощью моих сотрудников и учеников разрабатываю эту новую терапию. Если в дальнейшем все наши опыты подтвердятся, то такая специфическая протеинотерапия откроет нам широкие перспективы для лечения целого ряда самых разнообразных заболеваний.

Попробуем под углом этой гипотезы посмотреть на опыты по т. наз. „омоложению организмов“.

Harms, Steinach, Воронов и др. путем усиления внутренней секреции половых желез достигли сильного „потенцирования“ организма, которое выражается: 1) в изменении внешности, 2) в усилении общей бодрости и сил, 3) в повышении духовных способностей, ясности ума, памяти, воображения, силы воображения, 4) в улучшении настроения духа, 5) у животных в продлении жизни, 6) в возвращении половой способности (у животного даже в избытке).

Все эти явления легко объясняются колоссальным влиянием половой инкреции на общую жизнь и гармонию организма. Если судить о функциональной деятельности органа по количеству крови, циркулирующей в нем, то семенные железы коэффициент промывания кровью, т. е. отношение количества крови к весу органа, имеют в 3 раза больше сердца и в 6 раз больше мозга. Несомненно, это связано с их инкреторной деятельностью, а не производительной ролью, для которой не требуется такого количества крови.

По мнению большинства ученых сексуальность, творческие силы и общая бодрость идут параллельно. Воронов утверждает, что кастраты, оперированные в детстве, никогда не достигают среднего возраста, а Мечников говорит, что все старики из богаделен, достигшие преклонного возраста, отличались раньше большой половой потенцией. Моложавость (и физическая, и душевная) в большинстве случаев связана с ясно выраженной сексуальностью. P. Bourget считает, что в этом отношении нет возраста,—„кто может любить, никогда не перестает этого делать.“ Недаром, Göte, мировой гений, в 74 года был страстно влюблен в девушку 19 лет.

В практическом отношении заслуживают внимания два метода такого „омоложения“ организма: Steinach в качестве операции предложил „вазо-лигатуру“, а Воронов—„гетеротрансплантацию яичек“ (от обезьян).

Начнем с операции Steinach'a. С моей точки зрения дело обстоит здесь таким образом: на vas deferens наложена лигатура. Так как ни артерии, ни вены, ни нервы при этом не бывают повреждены, то крови приливает столько же, сколько и отливает, никаких спастических или нервных явлений не должно быть, — значит, питание клеток при этом не бывает нарушено, и в этом отношении все обстоит нормально. Поэтому здесь идет обычный процесс созревания и выделения сперматозоидов. Но, так как семяпровод перевязан, то очень скоро наступает переполнение всех семенных канальцев тканевыми соками и клеточными элементами. Сначала происходит раздражение этих канальцев с характером воспалительной реакции, а дальше происходит давление на зародышевый эпителий и сперматозоиды всей образующейся массы семенных клеток и соков, со всеми вытекающими отсюда последствиями. В результате получается гибель сперматозоидов и атрофия зародышевого эпителия и др. клеток. По закону Bergonié и Tribondeau клетки, легко размножающиеся, сами по себе мало устойчивы, и поэтому, конечно, зародышевый эпителий погибает здесь в первую очередь.

С этого момента начинается аутолиз. Пока распад белков не потерял коллоидности, он еще остается в testes; но как только начнут образовываться пептоны, то их растворы начнут переходить в кровь, так как истинные растворы проходят через животные перепонки. Продукты распада высоко-дифференцированной ткани теперь уходят из testes, разбавляются всей массой крови, в которой циркулируют, и, вероятно, еще адсорбируются многими клетками и тканями. В testes все канальцы теперь свободны. Создается т. о. новые условия. Часть оставшихся продуктов распада (очень небольшая) и вновь сюда попавшие, быть может, еще более глубокие продукты тех же распадов (от действия пептидаз) начинают раздражать кое где оставшиеся еще в живых клетки зародышевого эпителия. Клетки тканей потенциально бессмертны и потому при новых условиях пышно развиваются; весь аппарат оживает, оживают и его функции (и сперматогенная, и инкректорная), с какими-бы мы ее клетками не связывали (тубергальными или зародышевыми).

Половая инкреция идет кровеносными путями, она не связана с перевязкою vasis deferentis и потому может проявить себя полностью и наводнить организм гормонами, вызвать все явления „омоложения“ и восстановить потерянную гармонию частей. Что же касается до размножения сперматозоидов, то оно может иметь и имеет место в другом яичке (неперевязанном), как и при нормальных условиях, в перевязанном же яичке, в виду местных условий, может тормозиться.

Надо отметить, что все гистологические исследования яичек, описанные в протоколах Steinach'a, очень удачно укладываются в рамки приведенных соображений: сначала исчезновение зародышевого эпителия, потом возрождение и т. д.

Насколько такая интерпретация близка к истине, лучше всего доказывается тем, что в настоящее время проф. Steinach тех же результатов, как лигатурой, достигает простым ранением яичек или раздражением их диатермией.

Наблюдаемые явления осложняются еще одним биологическим процессом, который протекает здесь одновременно: по моим прежним исследованиям и по новейшим исследованиям Mc Cartney'я в крови живот-

ных вазолигатурой, вследствие рассасывания разрушенных клеток и сперматозоидов, образуются т. наз. спермотоксины и другие антитела, которые в свою очередь небезразличны для тканей яичек и семенных нитей. В большом количестве они несомненно ядовиты для указанных элементов, но в малом количестве действуют, как раздражители. По работам д-ра Колпикова антитестикулярная жидкость, будучи применена в большом количестве, может повлечь за собою дегенеративные процессы в testes. Впрочем при вазолигатуре спермотоксины образуются в незначительном количестве и, судя по многочисленным опытам, дегенеративных процессов никогда не вызывают. Вероятно, они здесь действуют только, как раздражители. В свое время я предлагал использовать спермотоксическую сыворотку именно с этой целью.

Перейдем теперь к операции Воронова. Конечно, в тех случаях, когда трансплантат прижился и заменил собою отжившие тестикулы старого животного, гормональная его роль и механизм „омоложения“ нам ясны. Эта операция, если не считать технических затруднений, может считаться вполне рациональной. Но описаны случаи, когда трансплантат не прижился, или быстро рассосался, а эффект омоложения все же наступил. Объяснение Воронова, что такой трансплантат успел наводнить организм гормонами и вызвать к жизни собственные железы, едва ли отвечает действительности. Пока трансплантат не прижился, в нем имеет место пониженное питание, он полуживой, его функциональная роль подавлена, как у всякого органа с расстроенным питанием. Если же он скоро рассосался, то у него, значит, не было жизненных сил отстоять свое существование. При этих условиях трудно допустить агрессивную роль этой ткани в новых, и притом еще невыгодных для нее, условиях жизни. Наоборот, с предлагаемой мною точки зрения все это объясняется очень просто: умирающая ткань дает здесь, в сравнительно асептических условиях, аутолиз, причем продукты распада специфического белка всасываются и попадают в кровь организма. Если ткань собственных testes еще способна ответить на раздражение, то мы получаем некоторое развитие железы и усиление ее деятельности за счет запасных сил и потенциально бессмертных клеток; гармония восстанавливается, и организм „омолаживается“. Если же ткань собственной железы неспособна к возрождению, или раздражение окажется недостаточным, или излишним, то операция останется безрезультатной, что нередко и наблюдается.

Вместо указанных операций, часто сложных и рискованных, если не в смысле жизни, то в смысле дальнейшего лечения, я позволю себе предложить новую модификацию, более упрощенную, так как почти все манипуляции при ней совершаются вне организма, *in vitro*.

Берутся яички от молодого животного (еще лучше, конечно, взять их от свежего трупа человека, если это можно) и подвергаются распаду путем аутолиза или переваривания ферментами. Как только жидкость, содержащая этот „тестолизат“, перестает давать реакции на белок, она фильтруется через бумажный фильтр и высушивается *ex vacuo*, после чего полученный порошок асептически сохраняется. Перед употреблением порошок разводится в 1000 раз раствором Ringer'a и вводится в testes или в мышцы в соответственных дозах (однократно или многократно, — смотря по обстоятельствам). Вся эта операция 1) безболезненна (почти),

2) бескровна (производится только при помощи иглы), 3) асептична, 4) безопасна (в смысле ранения и осложнений), 5) может быть произведена как у мужчин, так и у женщин, 6) не требует от врача ни особой техники, ни обстановки, 7) допускает изготовление и проверку препарата в лаборатории, после чего он поступает на рынок в готовом виде, 8) безусловно дешева (материально) и 9) может быть, повидимому, использована не один раз.

Само собою понятно, что этот способ не имеет ничего общего с введением органотерапевтических препаратов. Здесь не вводятся гормоны извне (если даже они и имеются в органолизатах), а оживляется, увеличивается инкреция собственной железы. Действие здесь длительное, так как оно основано на восстановлении утерянного равновесия желез. Мы уже говорили, что инкреторные железы работают, как одно целое, как сложный механизм, как система. Последнему есть экспериментальные доказательства с парабиозом и выключением органов: удаление, напр., простаты вызывает атрофию testes; при трансплантации последних атрофированная старческая простата восстанавливается; если кастрированным животным впрыскивать вытяжки из яичек, то атрофия предстательной железы задерживается. Далее, при удалении надпочечников животное погибает, а если одновременно у него удалить и testes, то остается в живых. При парабиозе нормальных самца и самки у последней наступает атрофия яичников, при парабиозе же самца с беременной самкой у самца атрофируются testes. Словом, влияние инкреторных желез друг на друга не подлежат сомнению, хотя влияние гормонов на гормоны как будто нигде и не наблюдается.

Является, далее, вопрос: раздражаются ли железы под влиянием продуктов распада собственных клеток? Я полагаю, что—да, и за это говорят отдельные опыты и литература. Вет. врач П. Я. Сырнев, в лаборатории проф. Н. А. Миславского, скармливал петухам и курам сырую щитовидную железу, не меняя обычного рациона, причем продолжительное скармливание приводило к гипертрофии щитовидной железы и атрофии яичек (интересно отметить, что при этом резко нарушался половой диморфизм). Прив.-доц. И. В. Сайкович производил опыты с распадом крови и костного мозга по предлагаемой мною схеме и получил при малых дозах резкое и стойкое увеличение гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов, а при увеличенных дозах, наоборот, падение кривой. Японские и немецкие авторы, насколько это мне известно по рефератам, получили такие же результаты. Проведенный моим помощником Н. П. Руфимским единичный опыт впрыскивания кролику „ренолизата“ в количестве 6 куб. с. вызвал появление в моче белка. Приведенные выше опыты Dola с экстрактами различных органов дали простую атрофию соответственных органов. Наконец, сошлюсь на опыт, проведенный мною в сотрудничестве с д-ром А. Б. Вайнштейном. Больной, страдавший *impotentia coeundi* на почве истощения мастурбацией, в течение двух лет безрезультатно лечился различными методами; после внутримышечного введения приготовленного мною препарата из testes собаки он на 10-й день имел интумесценцию (увеличение) полового члена и *libido*, ежедневные эрекции и, наконец, получил первую поллюцию. По словам пациента он уже не помнит, когда у него были поллюции. Затем ему был введен вторично „тестолизат“. Больной

выписался с повышенной психикой и радужными надеждами. На мой вопрос: „Ну, как ваше здоровье?“—он ответил: „Теперь я человек, а был ничто!“

Такова теоретическая база для предлагаемого мною метода потенцирования органов. Теперь я приведу несколько опытов, поставленных мною вместе с Н. П. Р у ф и м с к и м на животных.

Опыт I. Собака - самец 17—18 л., принадлежавшая Утилизационному заводу. По внешнему виду—дряхлая, облезлая, безучастная к жизни. В последнее время почти не слезала с сеновала. Вырыскивание в яички препарата, полученного от быка. Постепенно у животного появился аппетит, улучшился общий *habitus*, поднялся вес, явилась подвижность, шерсть стала гладкая. Общий вид его настолько улучшился, что хозяева собаки даже смотрели, не растут ли у ней зубы? Хотя зубы не росли, но половой подъем был ясен: собака стала гояться за самками и грызться с самцами, домой возвращалась искусанная (вероятно, сказывалось отсутствие зубов); наконец, она была разорвана другими кобелями и погибла. К сожалению, здесь не было произведено вскрытия и не были взяты для исследования яички,—хозяева собаки бросили труп в котел Утилизационного завода, как здесь принято поступать со всеми трупами. Все явления „омоложения“ были здесь чрезвычайно сходны с описаниями *Steinach'a*, *Schmidt'a* и др.

Опыт II. Собака несколько моложе первой, но исхудалая и изможденная, получила две инъекции под кожу того же препарата, после чего у ней наблюдались явления, подобные вышеописанным; так как, однако, она сама была моложе, то не выражала окружающих своей контрастностью.

Опыт III произведен по моей просьбе вет. врачом Альпидовским (в кантоне). Жеребец 18 лет, производитель, за половой слабостью и общим упадком сил был устранен в качестве производителя. Сделана инъекция в яички препарата из *testes* быка. Результат: общий подъем сил, изменение внешности. В качестве производителя жеребец отбыл всю т. наз. «случную кампанию» и в дальнейшем оставался на высоте молодости. Повидимому, способность оплодотворять у него повысилась, так как кобылы после первого же *coitus'a* давали «отбой», который у животных служит признаком происшедшего оплодотворения. По внешнему виду жеребец настолько изменился, что видевшие его говорили: «его нельзя узнать». В таком состоянии он находится и до сих пор.

О других опытах я не упоминаю, так как они дали подобную же картину по животным скоро исчезли из-под наблюдения.

Кроме указанных экспериментов, мною были произведены предварительные исследования моих препаратов, чтобы выяснить их безвредность, дозировку, пригодность для введения в кровь, в мышцы, брюшину, *testes*, под кожу, вызываемую ими реакцию организма,—общую, термическую и местную,—влияние на морфологический состав крови, на деятельность почек и т. п. По этим данным даже единичной инъекции часто оказывалось достаточно для вполне выраженного эффекта.

Детали относительно дозировки, количества инъекций, промежутка между ними, способа введения, стерилизации препаратов температурой или прибавкой химических веществ, лучшего способа добывания препаратов—находятся еще в стадии разработки. Однако кое-что здесь уже выяснилось: что промежутки между инъекциями не должны быть меньше 3 дней,—что наиболее рельефное действие получается при инъекции в *testes*,—что доза требуется здесь ничтожная—1—2 mgr., и что при многократном вырыскивании следующая доза должна быть увеличиваема, но не очень значительно—не больше, как на половину, *maximum* вдвое.

У меня есть основания думать, что длительные приемы указанного препарата *natozak per os*, вместе со слабой щелочью, также могут оказать некоторое влияние. Может быть, последнее объясняется всасывае-

мостью пептонов, а может быть, содержанием в препарате спермина. Химическое исследование показало, что аутолизаты из testes содержат громадное количество последнего. Между прочим Н. П. Руфимский полагает, что этим способом можно добывать спермин для терапевтических целей, осаждая его из аутолизатов яичек и других желез.

Что касается применения препарата per os, то у меня имеется несколько наблюдений и на людях. Один случай касается молодого еще человека с очень крепкой организацией, но переутомленного работой, главные жалобы которого были на упадок сил и плохой сон. Прием обычных лекарств не дали ничего, употребление же аутолизата per os в течение месяца вернуло силы, сон и хорошее самочувствие. Другой случай касается старика 71 года, довольно крепкого, но со старческим упадком сил. После месячного приема препарата по 1 куб. с. 3 раза в день, он сообщил мне, что после службы теперь не чувствует обычной усталости, имеет хорошее настроение духа, какого не было в последнее время. Как старик, он просыпался каждый день в 5—6 часов, теперь же спит крепким сном до 7—8 часов. Повысился диурез. Одновременно с этим обострились боли когда-то бывшего ушиба ноги.

В заключение скажу несколько слов по поводу кардинального вопроса: возможно-ли действительное омоложение?

Прежде всего что понимать под этим словом? Термин этот несомненно улачный. Одни под ним понимают общее потенцирование организма: улучшение самочувствия, длительный подъем физических и душевных сил и повышение половой потенции, другие идут дальше и понимают «омоложение», как возврат к молодости, т. е. как шаг назад в жизни. Отсюда, как следствие, и „продление личной жизни“.

Конечно, никто из нас не думает получить вместо старика юношу; но, с другой стороны, я не могу согласиться и с проф. Шором, что только профаны могут думать об „омоложении“. В некоторой доле жизненный процесс обратим. Это мы можем видеть из целого ряда примеров. Во первых, всякий организм может заболеть, т. е. выйти из известного равновесия, и выздороветь, т. е. собственными силами восстановить свое равновесие. Подобного рода реакций в мертвой природе мы нигде не наблюдаем. Такая обратимость процессов наблюдается только в явлениях катализа, ферментации и при действии коллоидных металлов, приготовленных по Вредигу, которые за свои исключительные свойства получили название „неорганических ферментов“. Во-вторых, мы наблюдаем обратимость некоторых патологических процессов и изменений по устранении причины. Для примера укажу случай Saccchi. Его пациент до 5½ лет развивался совершенно правильно, но к 9 годам он развился за пределы своего возраста, — голос стал низкий, как у мужчины, вес поднялся до 44 кило, рост — до 143 сант. У больного выросла длинная черная борода, ноги, грудь и половые органы покрылись волосами. При исследовании обнаружен рак левого яичка. После операции получилось обратное развитие так далеко зашедшей зрелости, и ребенок вскоре приобрел все черты и формы, которые соответствовали его возрасту. Другой случай не менее интересный, проводит Verebell: шестилетняя девочка была на 10 сант. выше своих сверстниц, грудные железы у ней достигли величины зрелого лимона и приобрели соответствующую железистую консистенцию, имели хорошо определяемый сосок, обведенный пигменти-

рованным ободком, половые части были покрыты волосами того же характера и распределения, как у взрослых женщин, подмышечные впадины тоже были покрыты волосами, половые органы ничем не отличались от нормальных органов женщины 18—19 лет, голос низкого тембра, имелись правильные *menses*. Обнаружена саркома левого яичника. После операции *menses* прекратились, волосы на половых частях выпали, грудные железы подверглись обратной инволюции, девочка обратилась вновь в ребенка, и только низкий голос составлял исключение.

Я здесь привел два случая, но у проф. Лапинского и у д-ра Ишлонского их приведено несколько (5—6).

Имеются, далее, и противоположные исторические примеры. У родственницы натуралиста St.-Amand'a и г-жи Waternorth ослабевшее в старости зрение вернулось, когда одна из них достигла 90, другая 80 лет; у Marie Guerne в 110 лет седые волосы вернули свой цвет, и прорезались третьи зубы.

По опытам Loëb'a неоплодотворенные яйца морского ежа через 24 часа погибают, если же на такие яйца, через 30 часов, воздействовать раствором KCN, то у них не только возвращается способность к жизни, но и к оплодотворению; и яйца живут до 100 час. От прибавления KCN процесс, стало быть, принимает обратное течение.

Lilli имел возможность наблюдать, что планарии от голода возвращались к эмбриональному структурному типу.

Многие авторы указывают на явление гистерезиса в коллоидах крови и тканей. Но мы знаем, что дисперсность коллоидов может меняться в организме. По опытам Гандовского кофеин, прибавленный к сыворотке крови в количестве 1:50,000, на 20% увеличивает скорость ее фильтрации.

Опыты Steinach'a и Воронова тоже дают интереснейший материал этого рода. У одного старика 70 лет, напр., на лысине волосы выросли до 3 сант, и исчезла 10-летняя импотенция. Не менее интересные наблюдения имеются и у Lichtenstern'a.

Проф Немиллов говорит, что „омоложение“ напоминает ему часы, в которые вставлена новая пружина. Первое время они идут лучше, но, так как весь механизм остался старый, то клетки стираются еще скорее, и часы окончательно приходят в негодность. Аналогия эта весьма картинна, но я все же не могу вполне согласиться с проф. Немилловым: живой организм никогда не может сравниться с мертвым механизмом часов,—клетки его потенциально бессмертны, и организм сам себя и чинит, и возобновляет. Я могу, конечно, согласиться с тем, что мы не умеем еще себя чинить, но не с тем, что нас нельзя починить.

По моему мнению мы имеем в явлениях „омоложения“ не простое взбадривание организма, а изменение процессов его жизни, восстановление некоторых функций, как половой потенции, умственных сил.. Без настоящего „омоложения“ мы не можем себе представить подобных последствий. Если принять нормальный возраст человека равным 150 годам, как это считает Мечников, то можно допустить процесс омоложения и без шага назад, а только как поддержание сил и здоровья. Притом ведь и старость старости рознь, и, если говорить о старости, как об осени нашей жизни, то можно сказать, что осень иногда бывает долгая, жаркая, ясная, не хуже уходящего лета.

О скрытой форме малярии.

(Предварительное сообщение *).

Вр. зав. клиникой д-ра **Г. С. Демьянова.**

В понятии о скрытой, или, что то же самое, маскированной малярии (*malaria larvata*) существует много неясности и путаницы. Laveran, напр., совершенно не доверяет маскированным случаям малярии, протекающим без повышения температуры; за 5 лет своей работы в Алжире он не видел случаев такой малярии, но допускает распространение их в умеренных поясах, напр., на Кавказе. Большая часть авторов, признающих существование скрытой формы малярии, для доказательства ее требуют следующих условий: 1) перемежаемости припадков, 2) быстрого исчезновения их от хинина, 3) признаков хронической малярии, предшествующих или сопровождающих это заболевание, причем лучшим средством для диагноза Laveran считает микроскопическое исследование крови. По поводу отрицательных результатов последнего Ziemann говорит, что теоретик в большинстве случаев, благодаря такому результату исследования крови, не в состоянии бывает доказать малярию там, где это в состоянии бывает сделать практик. При ненахождении в крови паразитов этот автор считает необходимым наличие малярийной картины крови. Случаи скрытой малярии без предшествовавшей активной малярии он исключает, как недостаточно обоснованные.

По данным д-ра Триантафиллидеса в Закавказье и по нашим наблюдениям—на Кубани встречается немало болезненных форм несомненно-малярийной природы, хотя и не удовлетворяющих ни одному из указанных выше требований для диагноза скрытой малярии. Триантафиллидес совершенно обособляет от скрытой малярии т. наз. малярийный диатез, куда он относит большинство заболеваний, описанных старыми авторами под диагнозом скрытой малярии. Сущность этого диатеза он видит в нарушении питания клеток организма под влиянием малярийной миазмы, поразившей главным образом симпатическую нервную систему. По его мнению малярийный период с плазмидями есть первый период в истории малярии, самый простой и ограниченный с клинической точки зрения; за ним следует второй период, самый существенный и обширный, малярийный диатез. Последний, по мнению Триантафиллидеса, иногда наступает неожиданно, без предварительных малярийных лихорадок, после продолжительного пребывания в болотистой местности; в этих случаях он предполагает латентное заражение, слишком слабое для выявления

*) Доложено 24/IV 1926 г. в Кубанском Физико-Медицинском Обществе.

лихорадки, но достаточное для развития диатеза. Развитию последнего способствуют общая слабость, нервные страдания, влажный климат и пр. Больные с малярийным диатезом, по Триантафиллидесу, имеют типичный бледно-грязно-желтый цвет лица, печень у них бывает увеличена, увеличения же селезенки обыкновенно не бывает. При диатезе этом могут наблюдаться изменения в разных системах органов, но больше других поражается симпатическая нервная система, почему больные этого рода имеют все признаки малярийной, или,—что по Триантафиллидесу то же самое,—солярной неврастении, выражающейся главным образом ленью мозговых функций, расслаблением того нервного тонуса, который поддерживает в бодрственном состоянии все душевные и умственные способности человека. Больные делаются апатичными, теряют веселость, интерес и вкусы, которые, они имели раньше; их воля и энергия ослабевают, они обнаруживают уныние и уменьшение сознания своей собственной личности, становятся раздражительными, злыми, недовольными всеми и самими собою. Они обладают заметной склонностью к меланхолии, и их волнует неопределенное беспокойство. При таком психическом состоянии больные чувствуют отвращение ко всякого рода занятиям и предпочитают оставаться в полной бездеятельности, которая еще более усиливает и скуку, и мозговое опенение. Протекает малярийный диатез без лихорадочных явлений, паразитов в крови находить при нем Триантафиллидесу не удавалось.

По поводу этого малярийного диатеза Laveran пишет: „Мне лично совсем легко понять этот болотный диатез, продолжающий свое существование после полного исчезновения болотных гаммаб и могущий проявляться разнообразными расстройствами, к которым подходил-бы эпитет малярийных“. В выделении малярийного диатеза от скрытой малярии у Триантафиллидеса имеется большая искусственность, и он часто смешивает этих два понятия. Говоря о лечении малярийного диатеза, он указывает на подкожное введение chinini bimaritici в дозах 0,5—1,0, которое быстро прекращает все припадки диатеза.

Отсутствие в то время новейших методов исследования крови на малярию послужило главной причиной возникновения учения Триантафиллидеса о малярийном диатезе. Для нас теперь нет сомнений в том, что этот т. наз. малярийный диатез представляет собою не что иное, как скрытую малярию, против какого названия протестует Триантифиллидес, предлагая вовсе выбросить этот термин и делить малярию на малярию с лихорадкой и без лихорадки. Тем не менее этот термин сохранился и до сих пор, и Ziemann в своей новейшей монографии „Malaria und Schwarzwasserfieber“ выделяет особую главу о malaria larvata, считая ее за вид ослабленной хронической малярии, где имеются скудная споруляция и относительно мало вирулентных паразитов, токсины которых вызывают известное сродство к определенным системам органов. При этом, по Ziemann'у, у больных наблюдается своеобразное, трудно поддающееся описанию нарушение общего состояния с сонливостью, болью в пояснице, всех членах и пр. Превалируют у подобных больных, однако, жалобы на различные расстройства со стороны нервной системы, которая, повидимому, более других страдает от действия малярийных токсинов и самих паразитов. Как известно, работы Робустова и Френфельда указывают на продолжительное нахождение паразитов малярии в мозгу; Собо-

лев и предполагает, что при этой именно форме болезни паразиты находятся главным образом в центральной нервной системе.

При падении вирулентности малярийной инфекции, по Ziemann'у, растет число случаев *malariae larvatae*. Последнее мы можем подтвердить на нашем материале, который в общем соответствует симптомокомплексу малярийного диатеза Триантациллидеса, и который мы считаем за случаи самой настоящей скрытой малярии. Многие из наших случаев, правда, совершенно не удовлетворяют ни одному из описанных выше условий, признаваемых за *conditio sine qua non*, — нет предшествующего приступа лихорадки, ни периодичности болезненных явлений, отсутствуют паразиты в крови, хинин не помогает. Но в настоящее время для диагноза скрытой малярии у нас имеется чрезвычайно важный критерий, которым мы обязаны работам проф. И. Г. Савченко и д-ра И. Г. Баронова, — я имею в виду открытую ими специфическую реакцию связывания комплемента с малярийным антигеном.

Если-бы Триантациллидес дожил до настоящего времени, то он, вероятно, сам отказался бы от своего учения о малярийном диатезе в пользу скрытой малярии. Имея в своем распоряжении столь ценную для диагноза малярии реакцию, как реакция Савченко-Баронова, мы можем смелее, но и без увлечения ставить диагноз скрытой малярии, которая оказывается в настоящее время чрезвычайно распространенной у нас на Кубани, благодаря многим годам значительного инфицирования населения зараженными комарами. Что это так, — доказывают наши случаи скрытой малярии, где не было лихорадочных пароксизмов, и которые, следовательно, с точки зрения Laveran'a и Ziemann'a являются недоказательными.

Мы располагаем пока 60 подобными случаями, которые частью наблюдались нами стационарно в клинике, большую же часть были наблюдаемы в нашей амбулатории. Придавая большое значение симптоматологии скрытой малярии, позволяющей ставить правильный диагноз последней, я более подробно остановлюсь на разборе симптомов, наблюдавшихся у наших больных.

Большая часть этих больных принадлежала или к уроженцам Кубани, или к лицам, долго здесь проживающим. Из возрастов преобладал средний, от 25 до 45 лет; по полу преобладали женщины. Никогда не болевших и не считавших себя больными малярией было в нашем материале 20 чел. (33%) Из числа ранее болевших проделали энергичное, систематическое лечение малярии лишь двое, остальные 58 лечились хинином лишь до прекращения острых приступов, а затем бросали лечение.

Главная жалоба больных была на общую слабость и усталость, 49 пациентов (81,6%) жаловались на апатию и неохоту к работе, 43 (71,6%) — на сонливость; сон, по словам больных, не освежал их, а ухудшал общее состояние, что в особенности наблюдалось после дневного сна (в 35 случаях, т. е. в 58%). Жалобы на раздражительную нервную слабость в смысле неврастения Триантациллидеса имели место в 53 случаях (88%); головная боль, зависевшая главным образом от невралгии левого надглазного нерва, фигурировала в 42 случаях (69%), потливость вообще — в 14 случаях (23%), потливость же по ночам постоянно или временами отмечена в 37 случаях (61%); поты эти иногда отличались сильным неприятным запахом, появлялись они в первой половине ночи, вскоре

после засыпания, к утру же больные вставали уже без признаков пота, почему эта потливость часто не замечалась больными, в отличие от пота туберкулезных, появляющегося под утро, когда больные встают.

При объективном исследовании исхудание наблюдалось в 24 случаях (39%). В 53 случаях (88%) имелась малярийная окраска лица, настолько характерная, что ее одной было достаточно для постановки диагноза малярии; цвет этот — бледно-желто-землянистый; в острых же случаях малярии, с долго продолжающимися приступами, цвет лица был более желтый, напоминая цвет спелой дыни. Чем длительнее малярия, тем цвет лица становился более темным, землянистым, с некоторым, однако, желтоватым оттенком, чем он отличается от окраски лица при раковой кахексии, где землянистость выражена резко без указанного желтоватого оттенка. Отличалась малярийная окраска лица и от такой же после перенесенного возвратного тифа — меньшей желтизной: рекуррентная окраска обычно напоминает нормальный цвет лица людей монгольской расы, напр., китайцев, калмыков и т. п. Кроме того, рекуррентная окраска лица исчезает очень медленно, после многих месяцев, тогда как малярийная под влиянием лечения может быстро исчезнуть — с тем, чтобы потом снова, без лечения, появиться; при этом исчезновение малярийной окраски идет обыкновенно на середины щек, где впервые появляется нормальный цвет, распространяющийся оттуда по всему лицу. В нашем материале подобной окраски лица нам не удалось подметить лишь в 9 случаях (11%), причем эти 9 отличались от прочих большим спокойствием, и явления малярийной неврастении были у них выражены слабо, что до некоторой степени соответствует мнению Триантафиллидеса, считающего окраску лица у маляриков за результат заболевания симпатической нервной системы.

Со стороны легких у 12 (19%) наших больных отмечен старый верхушечный процесс, каковой мы не можем поставить в неизменную зависимость от малярии, хотя нет сомнения, что малярия, как болезнь, ослабляющая организм, и может служить predisposing моментом к развитию или обострению туберкулезных фокусов. Что касается явлений со стороны сердца, то в 11 случаях (18%) у нас отмечены нервные явления в виде чувства замирания, неприятного ощущения в области сердца и пр., зависевшие от раздражительной нервной слабости, в которой скрытая малярия играет несомненно важную роль, так как специфическое лечение малярии благоприятно отражалось и на состоянии сердца. Заслуживает внимания, что и в некоторых случаях миокардита, наблюдавшегося у наших больных в 17 случаях (28%), мы также видели улучшение от анти-малярийного лечения; это может говорить или за происхождение миокардита в зависимости от малярии, или за ухудшение имевшегося миокардита под влиянием малярии.

Специфическая реакция Савченко-Баронова с малярийным антигеном *febris tertianaе chronicae* дала 4 плюса в 14 случаях (23%), 3 плюса — в 32 (53%) и два плюса — в 14%.

Лейкоцитарная формула представляла нейтрофильный ядерный сдвиг влево по Schilling'у в 52 случаях (86.6%), моноцитоз — в 55 случаях (91.6%), лимфоцитоз — в 20 случаях (33.3%), анематофилию — в 6 случаях (9.9%). Отметить параллелизм между количеством плюсов, процентным отношением моноцитов и нейтрофильным ядерным сдвигом влево нам не удалось, как нельзя было и клинически различать больных с 4, 3

и 2 плюсами, — все они имели несомненные признаки скрытой малярии, почему и слабо-положительный результат реакции (2 плюса) представлял большую диагностическую ценность. В 4 подозрительных на скрытую малярию случаях реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат, каковой результат может быть объяснен отчасти тем, что эти случаи могли принадлежать квартане, антигена которой получить до сих пор не удалось. У 20 заведомо свободных от малярии больных с разнообразными заболеваниями (колит, ревматизм, эмфизема легких, аневризма аорты и пр.), взятых нами для контроля, реакция также дала отрицательный результат.

У всех почти наших больных кровь одновременно исследовалась и по Савченко-Баронову, на малярию, и по Wassermann'у, на lues. При этом в одном случае, где реакция Савченко-Баронова дала 4 плюса, RW дала 2 плюса; больной этот имеет сифилис, от которого давно уже не проделывал повторного лечения, а 3 года тому назад перенес несколько приступов *m. tertiana* с нахождением в крови паразитов, причем много лечился хинином, но после купирования приступов больше предупредительного лечения, вопреки моему совету, не производил. В другом случае и реакция Савченко-Баронова, и RW дали по 4 плюса; в этом случае больная поступила в клинику по поводу висцерального сифилиса, но 12 лет тому назад болела приступами малярии. Злуживлет, наконец, внимания больная с резко выраженной аневризмой аорты, отрицательный сифилис, малярией никогда не болевший и никаких малярийных проявлений не представлявший: реакция Савченко-Баронова была у него отрицательная, RW дала 3 плюса. Таким образом на основании нашего материала реакция Савченко-Баронова является строго-специфичной для малярии и в наших несомненных с клинической стороны случаях скрытой малярии дала положительный результат почти в 100%. Здесь кстати должен сказать, что реакцию эту у наших больных производил д-р Баронов, за что приношу ему глубокую благодарность.

Из желудочных явлений плохой аппетит наблюдался у 26 наших больных (43%), горький вкус во рту по утрам, как-бы после приема хинина, — характерны, по нашим данным, для малярии, — наблюдался в 38 случаях (63%), диспептические явления (изжога, тошнота, боли в желудке и пр.) — в 24 случаях (39%), запоры — в 26 (43%). Далее, явления колита с чувствительностью при пальпации толстых кишек, — чаще всего слепой, — с атоническим их расширением наблюдались у 40 наших больных (66%), увеличение печени — у 23 (46%), чувствительность ее при пальпации — у 25 (41%); на этот последний признак при скрытой малярии я обращаю особенное внимание. Селезенка прощупывалась слегка выходяще из-под ребер в 6 случаях (9%), перкуторное увеличение ее (с VIII ребра) определялось у 17 больных (28%), болезненность при пальпации области селезенки в тех случаях, где прощупать ее не удавалось, наблюдалась 40 раз (66%); последний симптом я давно уже отмечал при скрытых формах малярии, работая в разных пунктах Кубанской области и придаю ему важное значение. Со стороны почек в одном случае нами был отмечен нефроз (отеки, 3,3% белка, гиалиновые и зернистые цилиндры), а в другом — явления сморщенной почки на почве гломерулонефрита, развившегося вскоре после острых приступов малярии; в остальных случаях ничего особенного со стороны почек не наблюдалось.

Невралгия п. supraorbitalis слева наблюдалась нами в 44 случаях (73%), справа—в 4 (6%); левосторонняя межреберная невралгия была наблюдаема в 48 случаях (79%), справа она не встречалась; невралгия plex. cervicalis et brachialis отмечалась слева в 41 случае (68%), справа—лишь в 1 случае (1,6%). Резкая головная боль у наших больных чаще всего зависела именно от невралгии п. supraorbitalis sin., а боли в левой руке и левой стороне груди—от невралгии plex. cervicalis, brachialis et intercostalis sin. Вообще нахождение отдельной более или менее резкой болезненности в указанных нервах должно, по моему, наводить подозрение на скрытую малярию, а совместное существование всех этих невралгий,—наблюдавшееся нами в 31 случае (50%),—является уже чрезвычайно важным диагностическим признаком скрытой малярии. Проф. В. Я. Анфимов неоднократно имел возможность подтвердить этот симптом у нервных больных, страдавших малярией; при этом найти указания в литературе на невралгии plex. cervicalis et brachialis у маляриков мне не удалось. Других невралгий, имеющих связь с малярией, отметить мы не смогли.

Температурные кривые у наших больных со скрытой малярией представляли некоторые особенности. Мы не будем говорить о субнормальных температурах, которые так обстоятельно описал Триантафиллидес в своих случаях маскированных лихорадок в Закавказье,—мы хотели бы указать на другое обстоятельство, давно подмеченное нами у больных скрытой малярией на Кубани (повидимому, каждая местность с ее климатическими особенностями кладет свой особый оттенок на симптомокомплекс болезни): вместо обычной нормальной амплитуды суточных колебаний температуры, равной 0,5°, у больных скрытой малярией в некоторое время ее течения эта амплитуда бывает меньше 0,5°, причем вечерние и утренние температуры бывают или одинаковыми, или приобретают известный тип (*typus inversus*),—вечерняя температура бывает ниже утренней, что нами и было отмечено в 27 случаях (44,9%). Субфебрильные повышения температуры у таких больных довольно резко отзывались на общем их состоянии—в виде большой слабости и ощущения как-бы высокой лихорадки, часто укладывавших их в постель.

Ограничиваясь этими данными относительно диагноза скрытой малярии, перейду теперь к рассмотрению другого весьма важного вопроса.—о лечении скрытых малярий. На полное разрешение этой чрезвычайно трудной задачи я не претендую, но о некоторых, достигнутых нами в этом направлении, результатах позволю себе сказать несколько слов.

Проводя аналогию между сифилисом и малярией, Соболев делит последнюю, в целях лечения, на 4 стадии: 1-я стадия, с преобладанием бесполой форм паразитов, с плавильным чередованием приступов, лечится хинином; 2-ая, продолжительная стадия малярии с преобладанием половых форм паразитов, с рядом возвратов и неправильной температурной кривой, лечится им хинной вместе с каломелем по 0,015 в день; 3-я стадия малярии, с малым количеством паразитов в крови, с субфебрильной температурой, резкими анафилактическими явлениями, лечится успешно, подобно третичным формам Luc's'a, иодом и каломелем; наконец, лечение 4-ой стадии, со скудостью паразитов в крови, с субнормальной t° тела и очень резкой чувствительностью организма к анафилактическому яду, сводится к ослаблению этой чувствительности, мешающей организму самому

вырабатывать и проявлять свои собственные защитительные силы. Организм в этой стадии чрезвычайно чувствителен к белку мертвых паразитов, с гибелью которых он терпит еще большие расстройства. Эта четвертая стадия малярии вполне соответствует скрытой форме малярии. Большим этой формой, как правило, хинин не помогает, часто даже ухудшает общее состояние, почему сами больные часто от него отказываются. Подобные помощи часто под разными диагнозами путешествуют от одного врача к другому, нередко не получая существенного облегчения. Они часто являются беспомощными в лечебном отношении и предпочли-бы иметь малярию с острыми приступами, чем находиться в подобном гнетущем состоянии. И мы должны сознаться, что радикальных средств для излечения скрытой малярии мы пока не знаем. Иод и каломель в этой стадии и Соболеву не дал хороших результатов.

Находясь под напором со стороны подобных больных, искавших нашей помощи, мы испытывали значительные затруднения в выборе лечебных средств для них, так как обычно применяемые нами средства не у всех больных этого рода давали удовлетворительные результаты. Главную борьбу здесь приходится вести с описанными выше нервными явлениями, в особенности с сонливостью и апатией, доводящими больных до полного отчаяния. Гидро- и электро-терапевтические процедуры существенного облегчения подобным больные не дают, да и нет возможности, по разным обстоятельствам, всем больным пользоваться этими процедурами. Приходится поэтому искать облегчающего средства для них в медикаментах. Относительно хинина я не могу в полной мере согласиться с Соболевым, который наблюдаемые от него ухудшения объясняет анафилаксией организма вследствие увеличения количества белка погибших от хины паразитов. Сам Соболев признает, что в этой стадии малярии паразитов в организме очень мало, да и назначаемый здесь в сравнительно небольших дозах хинин вряд-ли в состоянии убить такое количество паразитов, белок которых смог-бы усилить анафилаксию. Я полагаю, что более правдоподобным будет объяснить это ухудшение общего состояния действием самого хинина, а не белка убитых паразитов,—повидимому, хинин в этой стадии малярии становится сам по себе как-бы анафилактическим ядом. Во всяком случае бороться с плазмодиями, которые оказываются при скрытой малярии крепко засевшими, повидимому, в центральной нервной системе больных, мы должны. Реакция Савченка-Баронова, являющаяся реакцией инфекции, указывает нам на присутствие у таких больных вирулентных паразитов, которых мы всячески должны уничтожить.

В виду недействительности хинина я решился в подобных случаях применить другое средство, убивающее паразитов,—это неосальварсан. В виду особой чувствительности больных скрытой малярией ко всем более или менее резким влияниям,—резкой перемене погоды, сильным лечебным процедурам и пр.,—я решил назначать это средство в малых дозах, начиная с 0,3 и повышая дозу постепенно, в зависимости и веса больного, больших доз неосальварсана, в особенности вначале, необходимо избегать, так как само по себе средство это может вредно отразиться на организме, а с другой стороны здесь мы можем иметь дело с усилением анафилаксии от белка погибающих паразитов, о которых говорит Соболев. Влив в первый раз 0,3, мы обыкновенно через неделю повторяли вливание

той же дозы, в третий раз вливали 0,4 или 0,45, в четвертый—0,45, редко доходили до более высоких доз. При этом оказалось, что после первого же вливания на другой день состояние больных заметно улучшается,—сонливость и апатия уменьшаются, пробуждается аппетит, окраска лица принимает более нормальный оттенок. В подтверждение этого приведем кратко следующие наши наблюдения:

I. Больная П., страдающая сонливостью, апатией, общей слабостью и пр., перепробовала почти все антималярийные средства без всякого результата. После первого вливания 0,3 неосальварсана на второй же день почувствовала себя лучше,—обычная скованность исчезла, появился аппетит. Через недельный промежуток та же самая доза неосальварсана была повторена. Больная поправлялась на глазах. За месяц после 2 вливаний она прибавилась в весе на $\frac{1}{2}$ пуда, погы у нее прекратились, реакция Савченко-Баронова на 6-ой день после вливания неосальварсана вместо 3 плюсов дала отрицательный результат.

II. Больной А., поступил в клинику 10/1 26 г. по поводу настолько упорных запоров, что в первый день явилось подозрение о возможности непроходимости толстых кишек, которые представлялись расширенными и резко болезненными, в особенности S. romanum. На основании невралгии n. supraorbitalis et intercostalis sin. и болезненности в области селезенки была заподозрена скрытая малярия. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса. Больному был назначен хинин под влиянием которого состояние пациента улучшилось, кишечник стал действовать временами самостоятельно, но больной все же не был совершенно удовлетворен результатами лечения до тех пор, пока у него не была применена сальварсантерапия. Он получил два вливания неосальварсана по 0,3 с недельным промежутком, после чего стул сделался совершенно нормальным, болезненность толстых кишек при пальпации исчезла, окраска лица приобрела почти нормальный цвет. Реакция Савченко-Баронова после первого же вливания вместо 3 плюсов дала отрицательный результат.

III. Больной Л., страдает несколько лет язвой желудка. Три года тому назад ему была сделана гастроэнтеростомия, давшая облегчение всего лишь на $\frac{1}{2}$ года, после чего прежние жалобы на боли в желудке, рвоты и пр. По поводу этих припадков он приступал к нам в клинику 3 раза в течение 3 месяцев. На основании постоянной потливости, улучшения язвенных явлений, когда он выезжал из города, питаясь при этой грубой пище, наличия невралгий n. supraorbitalis sin., plexus cervicalis et brachialis sin. et n. intercostalis sin., болезненности области селезенки, край которой иногда удавалось прощупать, и пр.—была заподозрена скрытая малярия, хотя сам Л. больным малярией себя никогда не считал. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса. Примененные хинин, мышьяк и противо-язвенные средства дали значительное улучшение, с которым больной и выписался домой,—с тем, чтобы вскоре снова вернуться обратно в клинику с сильными рвотами и болями в животе. Тогда решено было применить неосальварсан. Уже первое вливание его в дозе 0,3 на другой же день дало уменьшение болей и улучшение общего самочувствия. После второго вливания (в дозе 0,4) боли в желудке в тот же день совершенно прекратились, и больной эту ночь спал так спокойно, как никогда. В дальнейшем ему было сделано еще 3 вливания (0,5; 0,6 и 0,75). Реакция Савченко-Баронова через два дня после первого же вливания дала отрицательный результат. Постоянно наблюдавшееся у больного напряжение брюшных мышц в области язвы совершенно исчезло, и пациент в настоящее время чувствует себя совершенно здоровым.

IV. Больной Р., поступил в клинику с явлениями нефроза—отеки по всему телу, в моче 3,3% белка, в осадке гиалиновые и зернистые цилиндры. На основании тех же невралгий, что и у предыдущего больного, и чувствительности селезенки при ее пальпации заподозрена скрытая малярия, хотя больной и заявлял, что он никогда малярией не болел и больным ею себя не считает. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса, RW—отрицательный результат. Сначала здесь был испробован хинин в разных дозах; больной переносил его хорошо, никаких неврастенических явлений у него не отмечалось, однако на нефроз хинин не оказал никакого действия. Тогда, все же подозревая, что нефроз развился у больного на малярийной почве, я влил ему два раза неосальварсан по 0,3, с недельными промежутками, после чего все болезненные явления в почках совершенно исчезли, и реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат.

V. Больной С., в детстве перенес малярию; теперь не считает себя маляриком, жалуется на апатию и сильную общую слабость. Больше года тому назад я определил у него скрытую малярию, от которой он в течение всего этого времени лечился самым регулярным образом. Вначале у него были применены большие дозы хинина (1,0—1,5 в день), которые он переносил с трудом, вследствие чего пришлось перейти на меньшие дозы (не больше 0,5 в день), которые он периодически принимал в течение осени и весны, месяца по два, вместе с препаратами железа, мышьяка и йода. Около двух месяцев провёл на берегу моря, чувствует себя лучше, но все же результатом лечения удовлетворен не был. Сделанная 6/II 1926 г. реакция Савченко-Баронова дала положительный результат (4 плюса), вследствие чего вновь назначено лечение бромистым хинином по 0,35 ежедневно. После 35-дневного лечения реакция Савченко-Баронова получилась слабее, и состояние больного стало несколько лучше, но не могло вполне удовлетворить его, так как слабость и апатия все же остались. Тогда 10/II ему было сделано первое вливание неосальварсана (0,3, после которого состояние больного резко изменилось к лучшему, и реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат. Затем было еще сделано вливание 0,3 неосальварсана, после которого апатия и слабость сделались значительно меньше, появились бодрость и ясность в голове, цвет лица принял более здоровый вид.

Подобные же результаты дало применение неосальварсана и в других наших случаях скрытой малярии. Назначая это средство, надо только начинать с малых доз, в особенности у нервных больных с явлениями резкой анафилаксии; у таких лиц нельзя также повышать дозу уже со второго раза; напротив, лица с мало выраженными нервными явлениями гораздо легче переносят повышение доз неосальварсана. Вообще относительно дозировки и числа вливаний неосальварсана необходимы дальнейшие наблюдения, ибо наш материал является слишком недостаточным для тех или иных категоричных выводов.

Неосальварсан я рекомендую в случаях, где обычные медикаменты не оказывают действия, и где хинин плохо переносится. Последнее особенно наблюдается опять таки у нервных больных, которым я обычно назначаю бромистый хинин в дозах 0,35 в день. Этот препарат хинина вместе с укрепляющими средствами—мышьяком и железом—иногда давал удовлетворительный результат, но сравниться с действием неосальварсана его действие не может.

Для укрепления нервной системы в зимнее время я рекомендую больным скрытой малярией, отличающимся большой язбкостью и плохо переносящим всякие гидротерапевтические процедуры (ванны, обливания, обтирания и пр.), обтирание тела сухим полотенцем, имеющее значение легкого общего массажа. Больные легко переносят эту процедуру, и она совместно с остальными лечебными мероприятиями благоприятно влияет на нервную систему.

У больных, страдающих скрытой малярией, важное значение имеет, далее, диета. Большая часть их страдает запорами и атонической формой колита. Задержка каловых масс у таких больных создает благоприятные условия для кишечной интоксикации, которая еще более ухудшает их общее состояние. Для устранения ее я предписываю своим больным вегетарианский стол, который лучше всяких слабительных регулирует стул и тем самым оказывает благоприятное влияние на общее состояние и на основную болезнь. Вначале вегетарианский стол переносится непривычными к нему больными тяжело, но впоследствии они сами замечают благоприятное его действие на общее состояние.

Кроме лекарственного и диетического лечения больные со скрытой малярией больше, чем какие-либо другие, нуждаются в климатотерапии.

Д-р Триантафиллидес наблюдал в подобных случаях прекрасный успех от пребывания больных на высотах Кавказа, в Букурьяне, на высоте 1800 метров, где происходит усиленная регенерация эритроцитов, играющих, повидимому, немалую роль в борьбе с малярийными плазмодиями. Мы со своей стороны рекомендовали-бы больным скрытой малярией, неслишком ослабленным, Теберду, находящуюся на высоте 1300 метров и чарующую каждого своей красотой и здоровым, сухим горным климатом. Здесь следовало-бы организовать достаточное количество санаторий для больных скрытой малярией, которые своими страданиями вполне заслуживают внимания к себе как со стороны врачей, так и общества.

Старая, хорошо оборудованная климатическая станция с прекрасным сообщением, каковою является Кисловодск, также могла бы служить курортом и для больных скрытой малярией. По нашим наблюдениям пребывание в Кисловодске оказывает весьма благоприятное действие на них, улучшая общее состояние и успокаивая нервную систему. В течение около года после Кисловодска больные чувствуют себя обычно трудоспособными, к весне же состояние их ухудшается. Подобные больные ежегодно должны пользоваться климатическим лечением наряду с медикаментозным, так как однократное пребывание на курорте дает лишь временное восстановление трудоспособности, хотя вообще в настоящее время мы не располагаем данными говорить о полном излечении скрытой малярии.

Настоящий материал, в виду малочисленности наших случаев, я представляю, как предварительное сообщение, с тем, чтобы в будущем продолжить свои наблюдения; тем не менее на основании его я позволю себе сделать следующие выводы:

- 1) Скрытая малярия на Кубани имеет большое распространение.
- 2) Распознавание ее облегчается, благодаря открытой проф. И. Г. Савченко и д-ром И. М. Бароновым специфической реакции связывания комплемента, дающей при скрытой малярии положительный результат почти в 100%.
- 3) Согласно этой реакции во всех наблюдавшихся нами, случаях скрытой малярии возбудителем ее был *plas. vivax*.
- 4) При всяком подозрении на малярию у больного должна быть проделана эта реакция, — как Wassermann'овская реакция — при подозрении на сифилис.
- 5) Протекает скрытая малярия в большинстве случаев при резко выраженных явлениях малярийной неврастении.
- 6) Апатия, общая слабость сонливость, поты в середине ночи, горький вкус во рту по утрам являются характерными припадками у больных с этой болезнью.
- 7) Малярийный цвет лица, наблюдающийся почти у каждого больного со скрытой малярией, является весьма ценным диагностическим ее признаком.
- 8) Болезненность области печени и в особенности селезенки, когда края ее не прощупываются, также весьма характерна для скрытой малярии.
- 9) Невралгия — *nervi supraorbitalis sin.*, *plexus cervicalis et brachialis sin.* et *nervi intercostalis sin.*, — каждая в отдельности, подозрительны для скрытой малярии, одновременное же существование всех этих невралгий делает наличность скрытой малярии почти несомненною.

10) Субнормальная, нормальная или субфебрильная температура, представляющая обратный тип (*typus inversus*), и одинаковые вечерние и утренние температуры должны также наводить на подозрение о скрытой малярии.

11) При безуспешности обычных медикаментов у больных, страдающих скрытой малярией, необходимо применять неосальварсан.

12) Дозы последнего и их повышения требуют крайней осторожности, в особенности у лиц с резко выраженными нервными явлениями.

13) У скрытых маляриков, в особенности страдающих атоническим колитом, необходимо применять вегетарианский стол, регулирующий стул и благотворно влияющий на общее состояние.

14) Скрытые малярики даже и при успехе медикаментозного лечения нуждаются в климатотерапии.

15) Наиболее подходящею для этой цели является Теберда, где необходимо устройство санаторий для больных со скрытой малярией.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Сборник работ д-ра Т. П. Триантафиллидеса. 1890.—
 - 2) Laveran. Палюдизм. Рус. пер., СПб, 1901.—3) Ziemann. Malaria und Schwarzwasserfieber. Leipzig, 1924.—4) Проф. И. Г. Савченко и д-р И. М. Баронов. Каз. Мед. Журнал, 1925, № 10.—5) И. П. Патрик. Куб. Науч.-Мед. Вестник, 1924.—6) И. М. Маркус. Врач. Дело, 1925, № 22—23.—7) Л. В. Соболев. Врач, Газ., 1915, № 31—33.—8) Н. Н. Нижибицкий. Харьк. Мед. Журн., 1908.—
 - 9) Grumann und Bontemps. Deut. med. Woch., 1914, № 22.
-

О пересадке щитовидной железы при помощи сшивания артерии от базедовой больной микседематозной кретинке.

Проф. Н. А. Богораза (Ростов н/Д).

(С 2 рис.).

Физиологическое значение щитовидной железы не может считаться до сих пор вполне выясненным. Исходной точкой определения ее функции до сих пор служит противопоставление клинического образа базедовой болезни таковому же микседеме.

Как известно, базедову болезнь связывают с гиперфункцией щитовидной железы, а микседеме—с гипофункцией и даже с полным падением функции последней. С одной стороны ряд авторов (K o s h e r, G a r g è, E i s e l s b e r g) находил у большинства своих больных после полной экстирпации щитовидной железы явления струминивной кахексии, с другой стороны при кормлении щитовидной железой достигалось улучшение у микседематозных больных. У базедовых больных такая органотерапия, наоборот, производила только усиление симптомов, и опубликован ряд случаев (N o t h a f t, B e c l è r e, B o i n e t), где после интенсивного лечения тиреоидином возникал ряд симптомов, напоминавших собою базедов симптомкомплекс: сердцебиение, потеря веса и даже небольшой exophthalmus.

Экспериментально на животных эта сторона вопроса подтверждения пока не получила. P f e i f e r пересаживал животным в селезенку части простого и базедова зоба и получал в результате ускорение пульса. K l o s e впрыскивал собакам внутривенно сок базедова зоба и получал у них беспокойство, усиленное потение и exophthalmus. Такие опыты, однако, трудно поставить в основу какогонибудь более или менее точного вывода, ибо признаки эти сами по себе в достаточной степени субъективны, в особенности, если их еще рассматривать у животных, где они вообще трудно определяются.

Гораздо большее значение имеют наблюдения над больными после удаления базедова зоба. Этот эксперимент на живом, сделанный в тысячах случаев, вносит в вопрос больше ясности, так как операция частичного удаления базедова зоба, независимо от дальнейших исходов, почти всегда приносит улучшение. Тем не менее базедову болезнь вернее рассматривать, как извращение функции с уклоном в сторону ее усиления, потому что известны случаи, где у одного и того же больного наблюдались явления и базедова зоба, и микседемы. У меня в клинике в настоящее время находится больная с резкими признаками базедовой болезни, с сильным exophthalmus'ом, крайней возбудимостью сердца и тахикардией, но, в то же время, с одутловатой, шероховатой и сухой

кожей и повышающимся весом тела. Щитовидная железа у ней равномерно и сильно увеличена. По тяжести явлений этот случай нужно отнести к третьей стадии базедовой болезни, когда физическое истощение достигает сильной степени, и без приведенного выше соображения трудно было-бы объяснить намечающееся ожирение больной и другие симптомы ее болезни.

Что касается выпадения функции щитовидной железы, то и эта сторона вопроса выяснена главным образом при операциях на людях. Reverdin и Kocher, в особенности последний, выяснили связь между полным оперативным удалением щитовидной железы и микседемой, которая часто является в результате этой операции. Отсюда ясен переход к мысли о пересадке щитовидной железы больным с выпадением ее функции.

Инициатива в этом направлении принадлежит Kocher'у, который первый начал производить пересадку микседематозным больным, причем в качестве материала пользовался базедовым зобом или частями щитовидной железы, удаляемыми при простом зобе; в последнем случае пересаживаемая железа активировалась при помощи предварительных приемов иода в течение долгого времени.

Как на более подходящий материал для пересадки, нужно указать на базедовую железу, как обладающую наибольшей активностью. Не нужно при этом особенно бояться, что пересаженная железа принесет с собою вредное влияние на организм получателя. Трансплантат при пересадке попадает и условия ненормального питания, и функция его должна ослабеть. В таких случаях, наоборот, приходится думать скорее о том, чтобы как-нибудь усилить его специфическое действие.

Для пересадки, конечно, не следует брать железы у тех больных, где имеются налицо ясно выраженные признаки дисфункции.

В последнее время вопрос о пересадке более дифференцированных тканей и органов подвергается страстному обсуждению в литературе, и это станет совершенно понятным, если вспомнить, какие перспективы открываются перед хирургией, если она овладеет способом замены больных органов здоровыми.

По мнению Lexer'a и его школы наиболее возможной в смысле приживления трансплантата является аутопластическая пересадка, гомопластическая же, более ценная в практическом отношении, как раз дает сомнительные результаты, а гетеропластическая совершенно не дает никаких.

Rhode подверг самому тщательному экспериментальному анализу вопрос о гомопластической пересадке, причем объектом для эксперимента избрал кожу различных животных (кролика, кошки, собаки и морской свинки). Всего им было сделано 120 опытов. Большая часть этих опытов была направлена к тому, чтобы приучить трансплантат к условиям жизни в теле получателя. С этой целью Rhode производил гомопластику у животных одного помета, иммунизировал донора кровью, сывороткой и иными материалами, как соки и экстракты, добытые у получателя, затем приучал таким же образом получателя к донору и обоих вместе, далее производил взаимный их обмен кровью и тканями, соединял их парабриотически, пересаживал лоскут на ножке, ослаблял т. н. защитные приспособления получателя путем удаления селезенки, выпи-

сбиванием скипидара, вызывал отвлечение носителей защитных реакций организма к скипидарным абсцессам и стафилококковым флегмонам, подбирая объектов опыта в самых разнообразных комбинациях по группам согласно законам агглютинации и гемолиза и т. д., но ни в одном случае ему не удалось получить приживления чужой кожи гомопластическим путем.

В особенности интересны опыты этого автора с пересадкой лоскутов на ножку. Животные (кролики и морские свинки) оставались соединенными до 3 недель. Лоскуты прижили во всех 6 случаях, затем постепенно в течение 8 дней ножка перерезалась, и оба животных вынимались из гипсовой повязки. В двух экспериментах после этого ежедневно производились в окрестности лоскута впрыскивания 2 куб. с. сыворотки от давателя. Во всех 6 случаях лоскуты погибли от некроза, причем у указанных 2 животных лоскут держался дольше, чем у остальных 4.

При пересадке на ножку с парабиозом или без него синька, впрыснутая в кровеносные пути получателя, появлялась в больших и малых сосудах лоскута в больших количествах, чем при свободной пересадке. Через 8 дней после перерезки ножки,—в общем через 25 дней после пересадки,—можно было еще найти ее в сосудах лоскута. Таким образом, по Rhode, вживление лоскута не есть вопрос чистого включения его в круг кровообращения, т. е. питания получателя. Если-бы это имело место, то и после перерезки ножки обильные кровеносные сосуды, успевшие образоваться в виде капилляров и более крупных сосудов, могли-бы спасти лоскут от некроза. Препятствия к приживлению лоскута кроются в строго определенных особенностях, заключающихся в тканях и ссках каждого организма и представляющих ряд защитных реакций по отношению к чужеродному трансплантату. Сосудистое соединение с материнским организмом помогает ему бороться с этими реакциями, а когда он остается без этого специфического питания, то быстро погибает.

Относительно категоричности этих заключений нужно впрочем сказать, что она преждевременна, потому что клиника дает ряд успешных случаев гомопластической пересадки кожи, и сам Rhode их не отрицает,—он только говорит, что „не клиника принадлежит здесь последнее слово, а гистологическому исследованию“, причем регенеративная деятельность эпителиальных образований получателя часто вводит экспериментатора в обман, заменяя пересаженный лоскут вновь образованными разрастаниями эпителия. Другими словами здесь повторяется спор, который имел место при обсуждении вопроса о пересадке кости. Rhode соглашается, что менее дифференцированные трансплантаты соединительнотканного типа, напр., кости, фасции и т. д., переносят пересадку и приживают.

В противоположность приведенному выражению Rhode я должен здесь привести как раз обратное выражение,—что последнее слово в этом вопросе принадлежит не гистологии, а всему исследованию в целом, и клиника здесь занимает далеко не последнее место. На примере пересадки костей мы видим, что именно за клиникой осталось последнее и правильное слово, а гистология только дала морфологическое объяснение фактам.

Пересадка высоко - дифференцированных органов и в частности эндокринных желез тоже представляет собой вопрос не выясненный. Lехег думает, что и здесь речь может идти только об аутопластической пересадке, а гомо- и гетеропластические пересадки успеха иметь не могут. При этом вопрос о том, как действует пересаженная эндокринная железа, также не выяснен. Действует-ли трансплантат самостоятельно, или путем воздействия на мало развитый орган, существующий у получателя, — не известно.

У человека очень трудно выяснить и то, остался-ли целым пересаженный трансплантат, или рассосался, предварительно призвав к активности недоразвитый орган. По мнению Lехег'a, если взять такой случай, где получился хороший функциональный исход при доказанном отсутствии недоразвитого органа, или работающего параллельно ему, и после нескольких лет по вживлении доказать наличие трансплантата микроскопически, то единственно это и могло-бы служить достаточным доказательством полезности пересадки.

Что именно при гомопластической пересадке эндокринных органов получается, впрочем, успех, — этого, конечно, никто не станет отрицать. В особенности такой успех имеет нередко место при пересадках щитовидной железы. Здесь целый ряд авторов приводит много удачных случаев. Kосher, напр., наблюдал 21 удачный случай, причем у него были наблюдения 6-летней давности, Рауг—8 случаев, Браман и Stieda—3 и др.

Lехег не считает впрочем подобные случаи доказательными, потому что в удачно протекавших случаях Kосher'a у всех больных прощупывалась своя собственная щитовидная железа, которая могла получить толчок к усилению своей функции от трансплантата. Справедливо требует отметить, что прощупывание в данном случае решающего значения иметь не может, а на секции, по Vircher'y, не было найдено ни одного кретина с вполне отсутствующей щитовидной железой. Случай Рауг'a для Lехег'a также не доказательны, так как в лучшем из них наступили остановка развития и возврат к прежнему жалкому состоянию, от которого ребенка освободила только смерть.

Посмертное исследование больных после нескольких лет удачной функции трансплантата щитовидной железы известно в двух случаях. В одном из них (сл. Stieda) смерть последовала от туберкулеза через $3\frac{3}{4}$ года после пересадки при крайне благоприятном исходе в смысле восстановления функции; на месте пересаженного трансплантата не было найдено никаких его следов, но собственная железа получателя, хотя маленькая и атрофическая, наблюдалась. Второй всем известный случай — Eiselsberg'a, описанный на 49-м Съезде Хирургических Обществ. В этом случае речь идет о больной, которой в 1882 году, когда ей было 17 лет, еще Billroth произвел удаление щитовидной железы. Результатом этой операции была тяжкая острая тегания, которая постепенно утихла, но позже, когда больная забеременела, снова появилась. Через 25 лет больная явилась в клинику Eiselsberg'a. Паращитовидных желез для пересадки в то время заимствовать было неоткуда, и больной вместо них был пересажен кусок щитовидной железы, взятый при операции по поводу зоба. Кусок этот был пересажен между брюшной и фасцией. Улучшения не наступило. Позже была предпринята

пересадка эпителиальных телец от больной, у которой была удалена *struma cystica*. Эта пересадка дала временное улучшение, и годом позже больной была сделана пересадка еще 4 телец. Эта вторая пересадка тоже дала скоро прошедший успех. Затем у больной появились опять припадки тетании, затем эпилепсия и душевное заболевание, от которого больная и умерла. Вскрытие показало, что от пересаженного между фасцией и брюшиной трансплантата щитовидной железы не осталось и следа, но в нижнем полюсе печени находился узел в куриное яйцо, макроскопически представлявший ткань щитовидной железы. Микроскопическое исследование показало микрофолликулярную аденому щитовидной железы и коллоидную аденому ее же. Трудно не поставить в связь появление этого образования с пересадкой части щитовидной железы.

Оставаясь объективным, нужно, однако, сказать, что наряду с успешно протекавшими случаями имеется еще большее число неудачных, леченных без всякого успеха или с кратковременным успехом вследствие быстрой гибели и рассасывания трансплантата. Кроме того *Eiselsberg* думает, что полный, долго существовавший кретинизм неизлечим, а по *Lexer*'у в случаях резко выраженного кретинизма пересадка щитовидной железы никакого успеха не дает. Для получения более стойких результатов необходимо так или иначе упрочить и удлинить жизнь трансплантата. Вполне законна поэтому мысль независимо от пока еще спорной причины такой неудачи поставить трансплантат в более естественные условия существования и производить пересадку путем сшивания питающих сосудов, имея в виду, кроме лечения, и выяснение этой причины.

Что такая пересадка органов вполне возможна, показали опыты *Carrel*'я, который пересаживал как ауто-, так и гомопластически почку у собак и кошек. Аутопластическая пересадка этого рода удалась вполне, когда после удаления обеих почек одна из них пришивалась на прежнее место, — функция ее возобновлялась. Одна из оперированных таким образом собак жила 2½ года и несколько раз приносила щенят, пока не погибла от заворота кишек, причем на вскрытии почка у ней оказалась совершенно нормальной. *Laaijer* при подобном опыте наблюдал за животным 9 лет, *Borst* и *Enderlen*—118 дней, причем почка сохранила свое гистологическое строение.

Но и гомопластическая пересадка почки не осталась безрезультатной. У *Carrel*'я одна собака, которой, по удалении ее почек, была пересажена почка от другой собаки, жила 87 дней и погибла от флегмоны. Сшитые сосуды найдены были у ней совершенно проходимыми. В другом случае у кошки через 4 месяца после такой пересадки почка оказалась совершенно нормально выглядевшей и с хорошей функцией. Кроме того *Carrel* произвел гомопластически пересадку от одной собаки другой большого участка мягких частей головы вместе с ухом и хрящевым отделом слухового органа, питаемых *art. carotis communis* и *v. jugularis interna*, а в другом случае — задней конечности. В обоих случаях трансплантаты успели прижиться, но животные погибли через 3 недели.

Щитовидная железа при помощи сшивания сосудов экспериментально пересаживалась много раз и ауто-, и гомопластически. *Carrel* и

Gutrie сделали, напр., такую пересадку аутопластически 2 раза с хорошим исходом. Stich и Makkas из 3 случаев аутопластической пересадки добились хо, ошето результата в 2, гомопластическая же пересадка у них была безрезультатна. У Borst'a и Enderlen'a из 7 случаев аутопластической пересадки удалась только 2, и то наблюдение здесь было кратковременным; 7 случаев гомопластической пересадки успеха не дали.

В общем заметный успех дала здесь аутопластика, в случаях же гомопластической пересадки были ясно выражены явления дегенерации и частичный некроз ткани. У человека гомопластическая пересадка щитовидной железы со сшиванием сосудов была произведена 4 раза. В частности Enderlen пересаживал щитовидную железу кретинам 3 раза, причем в качестве материала для трансплантации воспользовался в одном случае верхней частью щитовидной железы 62-летней женщины, в другом—верхней частью парехиматозного зоба от 18-летней девушки. Во всех трех случаях результат получился отрицательный. Не лучше окончился и четвертый случай—Notz'a. Нужно отметить, что, повидимому, во всех этих случаях ни у животных, ни у людей не производилось подбора по группам согласно законам агглютинации и гэмолита, да и в отношении жизнеспособности нельзя считать щитовидную железу 62-летнего человека подходящим материалом для трансплантации.

Суммируя вышесказанное, нужно согласиться с тем, что у нас имеется еще очень мало материала для каких-либо категорических заключений, и крайне необходимо дальнейшее накопление фактов как экспериментальных, так и клинических, тем более, что не все случаи экспериментальной гомопластической пересадки сложных органов со сшиванием сосудов окончились безуспешно. С этой точки зрения заслуживает быть опубликованным мой случай пересадки щитовидной железы со сшиванием артерий от 28-летней базедовой больной 14 летней кретинке.

У обеих больных (рис. 1) заболевание было резко выражено. Кретинка была 98 сант. роста. Кожа ее утолщена, как-бы налита, суха и шероховата, совершенно лишена пототделения. Грудные железы не развиты. Волосы на лобке отсутствуют. Месячных нет. Длинные кости конечностей коротки и толсты, о чем можно судить по рентгеновскому снимку. Походка утиная, как при двустороннем вывихе тазобедренных суставов. Лицо лишено выражения, бессмысленно-идиотское. Передние зубы редко поставлены. Больная целый день сидит на кровати, апатична и безучастно относится к окружающему. Крайне неохотно сдвигается с места. Есть не просит и сама самостоятельно не ходит и, будучи представлена сама себе, мочится и испражняется под себя. Щитовидная железа у ней не прощупывается. Пульс—65.

Я произвел пересадку таким образом, что верхнюю щитовидную артерию трансплантата вшил в общую сонную артерию получателя на левой стороне шеи. Вены трансплантата были мною при этом перевязаны, так как я хотел создать более богатое кровонаполнение его. Мне желательно было для этого затруднить отток крови из трансплантата, так как через перерезанный и сшитый сосуд, в особенности в первое время, приток крови должен был совершаться слабо, и то небольшое количество крови, которое через этот сосуд притекало, могло быть всосано окружающими тканями без образования гэматомы.

Для трансплантации мною была взята правая половина щитовидной железы вместе с перешейком. Вылущивши железу, я слегка обмыл ее с поверхности теплой Ringel-Lock'овской жидкостью и перенес в операционную рану кретинки. Верхняя щитовидная артерия, косо перерезанная, была вшита в поперечный разрез стенки общей сонной артерии кретинки. Как только были сняты зажимы Hürfneg'a с сонной артерией, прилежащая к сосуду часть железы наполнилась

кровью, которая оказалась в виде капель и на поверхности трансплантата. Затем трансплантат был уложен под *m. sternocleidomastoideus*, и рана зашита наглухо. Послеоперационное течение было негладко. На следующий день после операции t° поднялась до 39° , пульс до 120; на 7-й день из нижнего угла раны выделялось около чайной ложки гноя, причем t° упала до нормы. Трансплантат, однако, не выделился и уцелел. С этих пор t° все время была нормальной, но пульс остался на 100 ударах в минуту, сделавшись аритмичен.

Через 2 недели стали появляться первые признаки удушения. Больная, которая была до сих пор угрюмой и апатичной, начинает смеяться и пытается играть с другими детьми в палате. Она начинает просить есть и принимает пищу самостоятельно. Встает с места, ходит по палате. В течение месяца ее активность заметно выросла. Запас слов стал больше. Она уже слагает небольшие примитивные фразы. Ходит сама в уборную. Через 2 месяца она уже объясняет кар-

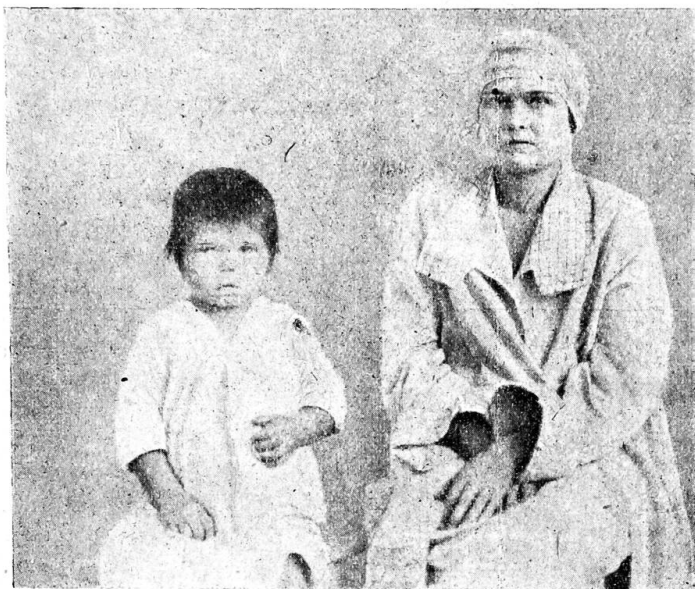


Рис. 1. До операции

картинка

базедова больная.

тинки в книгах и делает это довольно охотно. Интересно при этом отметить, что некоторые понятия, которые дремали в подсознательной сфере больной, теперь перешли в сознательную сферу. Она начинает называть предметы, которых не могла видеть в клинике, но видела раньше в деревне.

Через 6 месяцев после операции больная свободно разговаривает с другими детьми и взрослыми, причем употребляет иногда довольно сложные фразы. Она умеет находить комические стороны окружающих и довольно верно их копирует. Она сделалась очень чистоплотной и кокетливой и любит яркие платья. Мужчины она отдает предпочтение перед женщинами и охотнее разговаривает с первыми. Через 4 месяца после операции ее начали учить читать. В 2 месяца она выучила буквы, но постоянно их забывает. На кубиках она запоминает буквы лучше и ставит их в связь с картинками.

Сообразно с изменениями в психике изменился и ее физический образ (рис. 2): кожа сделалась гладкой и влажной, на щеках появился румянец, взгляд стал осмысленным, и в глазах появилась лукавое выражение. Кости конечностей, судя по рентгеновским снимкам, стали длиннее и соответственно пропорционально тоньше. Походка стала лучше. Больная выросла за 6 месяцев на 12 см. (в 4 раза больше, чем нормальные дети ее возраста). Вес ее прибавился за то же время на 4 кило.

Пульс 90—100 ударов в минуту, несколько аритмичен. В промежутках между зубами появились новые зубы.

Вообще за 6 месяцев, проведенных больной после операции в клинике, она и психически, и физически выросла на 4—5 лет. В последние 5 месяцев рост больной прекратился, но интеллект продолжает развиваться. В последнее время она поступила в школу для отсталых детей, участвует в их играх и различных рукоделиях и в течение 2 недель своего учения успела освоиться со школьной обстановкой. Пульс, постепенно опускаясь, дошел до 89—90 ударов в минуту, но аритмия не исчезла.

Рассматривая этот случай, мы должны прежде всего сказать, что здесь пересадка щитовидной железы сопровождалась большим эффектом

в резко выраженном случае кретинизма. Успех этот держится около года и все возрастает. В первую очередь встает здесь вопрос: функционирует ли сосуд пересаженной железы? На этот вопрос ответить мы не можем. У нас есть только указание, что он функционировал до закрытия раны, что же случилось с ним в дальнейшем,—нам неизвестно.

Насчет того, функционирует ли в данном случае железа, или она рассосалась, призывая к жизни собственную железу кретинки, мы категорического ответа тоже дать не можем. Но следует указать, что во время операции мы не нашли хотя-бы и атрофической железы; кроме того повышенный и аритмичный пульс у больной указывал на то, что влияние свое базедова железа оказывала. Теперь пульс несколько



Рис. 2. Кретинка через 5 месяцев после операции за обедом.

замедлился, но это вовсе не может служить неуклонным указанием на то, что железа эта исчезла.

Мы до сих пор совершенно незнакомы с законами и путями восстановления ненормального физического образа и психики таких кретинков, возрождающихся под влиянием вновь появившихся в теле гормонов эндокринных желез. Нужно думать, что пути эти сильно разнятся от обычных путей созревания нормального человека. Природе приходится здесь переделывать, а это всегда труднее, чем творить заново. Здесь, напр., определенно можно заметить некоторую периодичность: развитие идет не плавное, а толчками, приливы чередуются с отливами, так как здесь железу задается работа гораздо более трудная, чем нормальной, а сама железа гораздо слабее нормальной.

Наш случай дает, далее, определенное указание на то, что гомопластике со шиванием артерий производить следует, и орошение трансплантата кровью хозяина вовсе не ведет к быстрому его некрозу и рассасыванию.

К дифференциальному диагнозу при остром аппендиците.

Ассистента **Н. Н. Назарова.**

О том, что постановка диагноза в некоторых случаях аппендицита может представить непреодолимые трудности, мы можем найти указания у авторов классических монографий об аппендиците. „Воспаления и заболевания желчного пузыря, печени, почек, а при известных обстоятельствах опухоли и воспаления, исходящие от полового аппарата у женщин, могут сходством припадков дать повод к ошибочной диагностике и к допущению аппендицита“,—говорит, напр., Sonnenburg. „Нередки случаи, где комбинация тех или других признаков воспаления червеобразного отростка симулирует заболевание какого-либо другого органа, иногда очень отдаленного и не имеющего прямых отношений к отростку“ (Ростовцев). Мнение это подтверждалось нераз и в работах авторов последнего времени, так как к этому приводит хирурга его повседневный опыт. Мы останавливаемся здесь на этом вопросе после того, как ряд случаев, один за другим, поставили наше внимание перед большими трудностями дифференциального диагноза при остро протекающих воспалительных процессах в полости живота, где так или иначе фигурировала возможность наличия острого аппендицита.

Патологические процессы в области желчного пузыря, duodeni и желудка—с одной стороны, в сфере внутренних половых органов у женщин—с другой действительно нередко создают клиническую картину заболевания, полную неясностей. В поисках за твердой опорой для практических мероприятий, иногда до очевидности неотложных, в подобных случаях, не без достаточных оснований, хирург фиксирует свое внимание, между прочим, и на возможном здесь заболевании червеобразного отростка. В других случаях воспалительный процесс в самом отростке, сопровождаясь несомненно свойственными этому заболеванию симптомами, не позволяет исключить возможности заболевания и в упомянутых областях, расположенных выше и ниже отростка. Невсегда целесообразная в таких случаях тактика выжидания уступает место неотложной лапаротомии, при которой только и открывается возможность устранить причину болезни, открыв глазом истинную локализацию процесса. При этом бывает выгодно войти в брюшную полость так, чтобы через один разрез осмотреть все наиболее подозрительные места. Приводим здесь краткие выписки из историй болезни тех 10 случаев, в которых мы, приступая к неотложной операции, или не имели удовлетворявшего нас диагноза, или предварительный, казалось-бы несомненный, диагноз оказывался по вскрытию

брюшной полости ошибочным, что изменяло совершенно ход операции. При этом остановимся сначала на 4 случаях, где совокупность симптомов приводила нас, совместно с терапевтами, к диагнозу „cholecystitis acuta“, но где, идя к желчному пузырю (через разрез по середине прямой мышцы) и не найдя в нем решительно ничего патологического, мы переносили внимание на червеобразный отросток слепой кишки и, находя его всякий раз резко измененным, кончали операцию аппендэктомией.

I. Б о л ь н а я П., заболела внезапно, почувствовав приступ резких болей под реберною дугою на месте положения желчного пузыря; боли отдавали сильнее к правой лопатке, нежели к пупку; повторная рвота; родственники передают, что больная с начала приступа стала крайне беспокойна,—вскакивала с постели, принимала вынужденные положения, страдая от колющих болей. Через 14 часов от начала заболевания П. доставлена в клинику с заключением опытного терапевта: „cholecystitis acuta“. Из анамнеза выяснилось, что в прошлом бывала желтуха и частые боли в правом подреберье. Объективно—резкое напряжение мышц в верхней половине живота, особенно в области желчного пузыря; в илеоцекальной области возможна глубокая пальпация, не вызывающая болей. Больная сильно страдает. Пульс около 100. Операция под местной анестезией, начата разрезом посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и окружающие его органы видимых отклонений от нормы не представляли, желчь свободно продавливалась из пузыря в протоки. В рану выведен appendix, сильно воспаленный, длинный, с колбообразным вздутием на конце. Appendectomy. В конце отростка гной. Больная выписана здоровою чрез 12 дней.

II. Б о л ь н а я К., 24 лет. Резкие боли в области желчного пузыря начались за 12 часов до поступления в клинику; боли иррадируют в правую лопатку и пупок, два раза была рвота. Около 2 лет тому назад была желтуха с легкими болями в области печени. При осмотре в клинике обнаружено резкое напряжение мышц в верхней половине живота; пульс 90, язык сух; больная крайне беспокойна, сильно страдает, но в области отростка слепой кишки допускает глубокую пальпацию, не жалуясь на боли. На консультации с терапевтом поставлен диагноз: cholecystitis acuta. Операция под местной анестезией, начата разрезом посредине правой прямой мышцы. Тщательное обследование желчного пузыря и желчных ходов не обнаружило ничего ненормального; в частности, камней нет. В разрез извлечен длинный, остро-воспаленный, толстый червеобразный отросток. Аппендэктомия. Выздоровление через 2 недели.

III. Б о л ь н о й Ш., страдает в течение 2-х последних суток сильнейшими болями, которые начались сразу в области печени, отдаваясь в пупок; желтуха, рвота; боли периодически чрезвычайно усиливаются, так что больной вскакивает с постели. При исследовании обнаружено желтое окрашивание покровов; боли локализируются в области желчного пузыря; на месте слепой кишки и ее отростка—отсутствие напряжения мышц и почти безболезненная пальпация. Прислан с диагнозом терапевта: cholecystitis acuta calc. Согласившись с этим диагнозом, мы предприняли под местной анестезией операцию, начатую разрезом посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и его ходы оказались нормальны для простого глаза и под пальцами. В рану выведен отросток слепой кишки; он в сращениях, с колбообразно вздутым концом, содержащим гной, весь повернут к печени. Аппендэктомия. Выздоровление через 2 недели.

IV. Б о л ь н а я Г., 27 лет, заболела за сутки до поступления в клинику, почувствовав сразу резкие боли в области желчного пузыря с иррадиацией их в подложечную область и к правой лопатке. Полгода тому назад испытывала подобные же боли в течение часа. Желтухи не было. При осмотре в клинике оказалось, что живот резко напряжен в верхней половине и болезнен при давлении; пульс около 100, язык суховат, легкое желтушное окрашивание глаз; при обследовании правой илеоцекальной области—небольшая болезненность, допускающая глубокую пальпацию. Рвота в клинике 2 раза. Операция под новокаином. Разрез посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и желчные ходы без видимых изменений. В разрез выведен отросток слепой кишки, сильно воспаленный, длинный, но без спаек. По удалении отростка в нем были найдены острицы и каловый камень. Выздоровление через 2 недели.

Приведенные 4 случая подтверждают мнение, что при некоторых положениях червеобразного отростка в сторону печени и желчного пу-

зря дифференцировать заболевание его от заболевания последнего иногда бывает совершенно невозможно. Желтуха в прошлом или настоящем, иррадиация болей по направлению к правой лопатке, локализация их преимущественно в области желчного пузыря—все это с первого же осмотра отвлекает внимание от червеобразного отростка на желчный пузырь. С другой стороны почти полная безболезненность при давлении около пупка, приступы коликообразных болей без напряжения мышц в точке Mc Burney'a—не позволяют в подобных случаях усматривать причину заболевания в аппендиксе. Наши больные при этом вели себя крайне беспокойно, принимая вынужденные положения и, видимо, страдая чрезвычайно. Не исключая возможности изменений в отростке, мы приступили к операции все же с уверенностью, что главные изменения найдём в желчном пузыре и окружающих его органах. Самый тщательный осмотр этой области не давал, однако, права связать наблюдавшийся у больных симптомокомплекс с состоянием пузыря. За то, когда в рану извлекался отросток,—первопричина всех явлений сразу оказывалась налицо. Замечательно, что в приведенных случаях мы не находили конца отростка расположенным слишком высоко и близко к печени; отросток лишь с некоторым трудом подводился в рану, будучи расположен, может быть, только немного выше того места, где мы его чаще всего находим при операциях, делая типичный разрез через точку Mc Burney'a.

Найдя желчный пузырь без макроскопических изменений и не обнаружив в протоках камней, мы, конечно, обязаны были иметь в виду возможность еще т. наз. бескаменного холецистита,—возможность приступов болей в зависимости от функциональных расстройств пузыря (по некоторым авторам) или наличия в нем инфекции (по Aschoff'y) без видимых простым глазом изменений. Не отрицая такой возможности, мы, может быть, были-бы более радикальны по отношению к пузырю, если бы не находили червеобразного отростка с резкими патологическими изменениями, до гноя в нем включительно. Эти изменения делали причину всех явлений настолько очевидной, что, по удалении больного отростка, внимание не хотело останавливаться на гадательно измененном желчном пузыре. Послеоперационное наблюдение над больными, спустя сравнительно большие сроки после ухода из клиники, подтверждало целесообразность вмешательства лишь на червеобразном отростке.

Следующие три случая освещают вопрос о трудностях дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и заболеванием внутренних половых органов у женщин.

V. Больная А. К., 23 лет, замужняя, заболела внезапно, почувствовав резкие боли внизу живота. Была рвота. Доставлена в клинику на 2-е сутки от начала заболевания. При осмотре обнаружены напряжение мышц в правой илеоцекальной области и резкая боль при попытке пальпировать; болезненность меньше у правой пупартовой связки; небольшая болезненность в области левых придатков. Менeses 2 недели тому назад, в обычном порядке. Гинекологическое исследование, произведенное специалистом per vaginam, ничего особенного не обнаружило. Предположен острый аппендицит, но, в виду имеющихся болей слева и некоторой неясности данных гинекологического исследования, разрез сделан по средней линии, с целью проверки состояния придатков. В рану выведен мало измененный отросток. Appendicistomia. Правая труба сильно воспалена, раздута, вокруг нее серозногнойная жидкость; труба удалена. Левая труба мало изменена. Маленький отсасывающий тампон к месту правых придатков. Выздоровление через 3 недели.

VI. Больная К. С., 22 лет, замужняя, заболела внезапно, почувствовав сильнейшие боли внизу живота во время акта дефекации. Едва добралась до

постели. На короткое время потеря сознания, рвота, холодный пот. В клинику поступила в конце первых суток после начала заболевания. При исследовании, в области маточных придатков найдены напряжение мышц и болезненность при пальпации; в илеоцекальной области боли меньше, нежели в области непосредственно над пупартовой связкой справа; верхняя часть живота свободна от болей. Последние регулы 2 недели тому назад, год тому назад аборт. Бледность слизистых, сухость языка, пульс около 100, общее состояние тяжелое. Гинекологическое исследование, произведенное специалистом, не исключало возможности прерывания внематочной беременности. Операция, при диагнозе „*graviditas extrauterina*“, начата разрезом по *l. alba*. Маточные придатки с обеих сторон оказались без изменений. Напротив, отросток слепой кишки был резко изменен активным воспалительным процессом, — оказался утолщенным, длинным, колбообразно вздутым на конце. *Appendectomy*. Выздоровление через 2 недели.

VII. Больная М. Е., 28 лет, поступила на 3-и сутки от начала резких болей в правой подвздошной области. Была рвота. Регулы вовремя. В прошлом, страдая болями в этой же области, лечилась у гинекологов. В настоящем гинекологическое исследование, произведенное повторно в 1-е и 2-е сутки после начала болей, ничего патологического в половой сфере не открыло. Доставлена с диагнозом острого аппендицита. Результат осмотра в клинике: пульс 90, бледность слизистых, резкая болезненность и напряжение мышц в области отростка слепой кишки; боли отдают в пупок; над пупартовой связкой справа боли есть, но меньше, чем в точке *Mc Vigneu*'я; во всей левой половине живота болезненность меньше, чем справа, и нет напряжения мышц. Операция под новокаином, начата разрезом через точку *Mc Vigneu*'я при диагнозе острого аппендицита. Раздвинув мышцы и приподняв конус брюшины, мы увидели просвечивающую через брюшину кровь в брюшной полости. Брюшина не вскрыта. Швы на мышцы, аноневроз и кожу. Общий наркоз и разрез по *l. alba* от пупка вниз. В брюшной полости масса крови и кровяных сгустков. Правая труба и яичник без изменений, левая в ампулярной части имеет разрыв, и из нее удален зародыш вместе со сгустками крови. Труба ампутирована с сохранением левого яичника. Закрытие брюшной раны наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Выздоровление через 3 недели.

Как видно из приведенных случаев, острое воспаление в отростке слепой кишки с одной стороны, а с другой — такие патологические процессы во внутренних половых органах у женщин, как внематочная беременность, могут дать картину, побуждающую к ошибочному плану операции. В практическом отношении ошибка в диагнозе в таких случаях может и не иметь большого значения, если только при операции имеется возможность одновременно осмотреть оба взятых под подозрение пункта. Дело здесь сводится к тому, чтобы такое подозрение имелось до операции, и чтобы положение операционного разреза позволяло проведение дифференциального диагноза глазом. Неправильное же распознавание может привести к серьезным отрицательным результатам. Литература знает по этому вопросу случаи *Ki t t e l*'я, *Малиновского* и др., которые вылечивали много страдавших женщин операцией удаления отростка после того, как пациентки напрасно подвергались самым тяжелым операциям на внутренних половых органах.

Приступая, однако, к операции аппендэктомии у женщин, следует всегда помнить о тесных взаимоотношениях у них червеобразного отростка с внутренними половыми органами. Червеобразный отросток может опуститься в полость малого таза, а женские половые органы, наоборот, ненормально высоко подняться, и тогда воспалительные процессы здесь или там дадут сбивчивую картину. Между червеобразным отростком и правыми придатками матки существует, помимо того, анатомическая связь — *lig. appendiculo-ovaricum*. Наконец, патологические процессы случайно могут иметь место одновременно и в отростке, и в придатках, как в нашем случае VII. Все это делает дифференциальную диагностику трудной и вле-

чет возможность ошибки. Специальное гинекологическое исследование больной в иных случаях может также не дать точного диагноза, и тогда следует не забывать, приступая к операции, срединного разреза, дающего наилучшую возможность точно ориентироваться во время операции.

Заслуживает внимания, что в нашем случае V, несмотря на близкое соседство воспаленной и наполненной гнойною жидкостью трубы, червеобразный отросток имел вид вполне здорового: очевидно, инфекция может и не передаваться по лимфатическим путям упомянутой связки. Кроме того, в данном случае заслуживают быть отмеченными локализация болей в типичном для положения аппендикса месте и слабость их на месте правых придатков. Замечательно и то, что и при исследовании *per vaginam* больная не жаловалась на боли справа, а указывала на некоторую болезненность в левых придатках. Последняя жалоба и заставила нас, главным образом, идти срединным разрезом при уверенности в полном здоровье правых придатков. Осмотр глазом червеобразного отростка и придатков матки, как справа, так и слева, весьма убедительно показал нам, как велико может быть несоответствие симптомов с действительными данными.

Наш случай VI достаточно убедительно симулировал внематочную беременность. Частая рвота, сильные боли справа у пупартовой связки, общая слабость с бледностью слизистых, пульс, как при внутреннем кровотечении, наконец, коллапс в анамнезе—склоняли к диагнозу внематочной беременности, тем более, что исследование *per vaginam* не исключало такой возможности. С другой стороны типичное для отростка место оказалось безболезненным при пальпации, что отвлекало внимание от аппендикса. Разрез по белой линии, осмотр придатков матки и аппендикса еще раз убедили нас, насколько диагноз аппендицита у женщин может быть труден.

В случае VII уверенность наша и гинекологов в том, что причину заболевания следует искать в червеобразном отростке, была так велика, что мы приступили к операции, идя на отросток специальным разрезом, и лишь дойдя до брюшины убедились, что следовало идти через белую линию. Крайне неожиданно для нас оказалось и то, что в процесс была вовлечена левая труба при здоровой правой. Симптомы аппендицита здесь были настолько велики, что при первоначальном обследовании больной внимание никак не останавливалось на левых придатках, а справа мы ожидали увидеть вместе с воспаленным отростком несколько измененную трубу, но не трубную беременность.

Три приведенных случая наглядно подтверждают, что при заболеваниях маточных придатков и червеобразного отростка иногда самое точное исследование и самый, казалось-бы, убедительный анамнез допускают возможность диагностической ошибки, и тогда следует при лапаротомии осмотреть и то, и другое, чтобы не допустить неудачи.

Как нелегко бывает, затем, провести дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и язвою желудка, видно из следующих 2 наших наблюдений:

VIII. Больной К., 36 л, поступил с жалобами на боли в подложечной области, которые его особенно беспокоят три последних месяца. Боли бывают не каждый день, усиливаются после приема пищи, им сопутствуют упорная изжога и кислая отрыжка. В области отростка слепой кишки никакой болезненности субъективно и при обследовании. Исследование желудочного сока дало повышенную кис-

лотность. Предположена язва желудка или duodeni. Разрез по белой линии. Тщательный осмотр желудка и 12-перстной кишки убедил нас, что макроскопически здесь все в пределах нормы. В рану извлечен червеобразный отросток, длинный, воспаленный, с верхушкой, наполненной гноем. Appendectomy. Выздоровление.

IX. Больной, заболевший сразу резкими болями в области червеобразного отростка. Повторная рвота. На 3-и сутки после начала заболевания доставлен в клинику. Осмотр: мышцы живота напряжены и болезненны справа, особенно над слепой кишкой; верхняя часть живота мало болезненна и мало напряжена. Больной перенес раньше 2 приступа подобных же болей с такой же локализацией их. Сделана аппендэктомия, причем удален сильно измененный отросток. На другой день после операции у больного рвота кофейной гущей, падение пульса, признаки внутреннего кровоизлияния. Повторная операция с разрезом по белой линии. Обнаружена прободная каллезная язва малой кривизны желудка; в брюшной полости содержимое желудка; флегмона всего желудка. Язва с трудом закрыта. Смерть через сутки.

По поводу этих двух случаев нужно напомнить, что внимание хирургов давно уже направлено на взаимоотношения между аппендицитом и язвой желудка, а аппендикулярная теория происхождения последней и теперь имеет защитников (Греков). О кровавой рвоте при воспалении червеобразного отростка в литературе имеется материал, охватывающий не один десяток случаев (Hutshison). О частоте хронического аппендицита в сочетании с язвой желудка говорят тысячи наблюдений, из коих видно, что у язвенных больных в 90,4% всех случаев имеются резкие изменения в отростке. Материал по этому вопросу, собранный клиницистами и проверенный патолого-анатомами, дал достаточно оснований к тому, чтобы сделать популярной теорию о механизме, в силу коего больной отросток влияет на желудочную стенку; эмболическое, нервно-рефлекторное и токсически-инфекционное воздействие на желудок со стороны отростка признано возможным (Payr, Rössle, Petersen, Греков, Ошман и др.). Интересно отметить, что у нас в России частота заболевания язвой желудка возрастает как-бы параллельно с частотой заболевания аппендицитом. Многие наблюдения экспериментального характера, проверенные клиникой и X-лучами, подтверждают возможность расстройства функций желудка путем рефлексов с патологически измененного аппендикса. Хронический аппендицит, вызывая рефлекторно спазматическое состояние кишечника, может влиять на состояние желудка и путем бактериальной инфекции из верхнего отдела кишечника, в силу застоя кишечного содержимого.

Уже из сказанного ясно, что затруднения при дифференциальной диагностике между заболеваниями желудка и аппендикса могут быть, и сравнительно нередко. Приведенные два случая достаточно иллюстрируют это. В первом из них, приступая к операции, мы не имели достаточных показаний идти сразу на червеобразный отросток, так как налицо был ряд резко выраженных язвенных симптомов. Однако при операции мы не нашли видимых изменений в стенках желудка и duodeni и должны были все явления у больного связать с резким поражением червеобразного отростка. Возможность в данном случае невидимой язвы теперь ушла на задний план, особенно после того, как, три месяца спустя, мы видели пациента совершенно здоровым, вполне излеченным операцией. Во втором из этих случаев возможность проглядеть прободную язву желудка, остановив свое внимание на отростке, до сих пор казалась нам практически маловероятной. Мы имели возможность наблюдать и оперировать 15 прободных язв желудка, но ни в одном из этих случаев

не имели такого перенесения всей тяжести симптомов с большого желудка на червеобразный отросток, как в данном случае. Локализация болей в области отростка со дня начала болезни, отсутствие язвенных симптомов в прошлом и припадков, свойственных прободной язве, в настоящем — склонили нас оперировать по поводу острого аппендицита; изменения в отростке, найденные при этом, казалось, объясняли вполне наблюдавшиеся у больного припадки, и лишь рвота кофейной гущей на вторые сутки после операции заставила нас оперировать еще раз, причем нам представилась картина перфорации язвы. Это наблюдение убедило нас, что момент перфорации язвы может сопровождаться припадками, характерными для начала острого аппендицита, — и тогда правильный диагноз может быть и не поставлен. Затруднению в диагнозе может способствовать и то обстоятельство, что процессы острого воспаления в отростке иногда протекают, не давая о себе знать до самого момента перфорации в отростке, а этот момент в свою очередь отмечается в иных случаях своеобразным симптомокомплексом.

Реакция организма на перфорацию может быть или чрезвычайно бурной, или удивительно незначительной. Нас не удивляют случаи, когда больной приходит в клинику с цветущим здоровьем, жалуясь на легкие боли в илеоцекальной области, ложится с улыбкой, как вполне здоровый человек, на стол, а затем мы удаляем у него отросток, наполненный гноем, раздутый до объема сосиски и иногда уже перфорированный. Замечательно, что перед тем, как оперировать в подобных случаях, можно иной раз давить на область слепой кишки, — и больной отмечает лишь самую легкую болезненность, что заставляет колебаться между выжидающим и неотложной операцией. С другой стороны можно наблюдать крайне бурные симптомы, напр., сильнейшие боли, при сравнительной незначительности поражения отростка. Словом, общее состояние больного и характер изменений в отростке часто могут не соответствовать одно другому. Все это дает повод к грубым ошибкам в диагнозе острого аппендицита, или привлекая слишком к нему наше внимание, или отвлекая от него. Имея это в виду, следует в тех случаях, где колебания идут в пределах заболеваний желудка и аппендикса, оперировать через разрез по средней линии, который дает возможность осмотреть оба эти органа и еще область желчного пузыря.

Нам остается упомянуть еще о том, как трудно бывает иногда отличить коликообразные боли при остром аппендиците от почечных колик и болей при камне в правом мочеточнике. Из этой области мы имеем следующее наблюдение:

Х. Больной В. К., 27 лет, приехал в клинику издалека с намерением подвергнуть себя операции по поводу камня в правой почке. Больным себя считает 1½ года, причем жалуется на боли в правом боку и пояснице, появляющиеся периодически и достигающие такой силы, что вынуждают больного ложиться в постель на 2—3 дня; боли эти отдают в мошонку и пупок. Больной подвергался лечению у опытных врачей и имеет на руках ряд исследований разного рода, а также предложение комиссии врачей оперировать его по поводу камней правой почки. При осмотре в клинике я мог констатировать определенную болезненность в точке Mc Vigne'ya. Операция по поводу острого аппендицита. Удален отросток толщиной с средний палец руки, наполненный гноем. Выздоровление через 2 недели. Рентгеновский снимок при выписке больного из клиники камней ни в почке, ни в мочеточнике не обнаружил.

Здесь некоторая своеобразность иррадиации болей во время приступов и некоторые изменения со стороны мочи увлекли внимание наблю-

дателей в сторону почки и мочеточника в то время, как причина страдания лежала в воспалении червеобразного отростка. Особенно затруднительным может быть диагноз в случаях ущемления камня в мочеточнике на уровне отростка или при наличии сращений мочеточника с отростком. Сомнение может разрешить хороший рентгеновский снимок; если же его невозможно скоро сделать, хирург может оказаться в большом затруднении.

В конечном итоге наши наблюдения приводят нас к следующему выводу: ставя диагноз острого аппендицита, следует иметь в виду, в иных случаях, участие в процессе и других органов; следует помнить, что иногда центр тяжести заболевания может лежать не в поражении червеобразного отростка, а в тяжелом поражении таких органов, как почки, желудок, желчный пузырь, женские половые органы, хотя у больного и доминируют припадки свойственные острому аппендициту; в подобных случаях выгоднее начинать операцию таким разрезом, который-бы позволял сразу осмотреть все подозрительные пункты и произвести радикальное вмешательство,—иначе есть возможность просмотреть основное страдание и произвести лишь недостаточную в данном случае аппендэктомию.

К вопросу о травматических подкожных разрывах почки *).

Ординатора Э. М. Красинской.

Травматические повреждения почек, в виду защищенного и глубокого положения последних, встречаются довольно редко, по сравнению с травмами других органов. Так, по статистике Küster'a, собравшего 7,741 разнообразных травматических случаев, в этом числе было всего 9 случаев закрытых и 1 случай открытого повреждения почек, что составляет 0,12%. Morris на 2,610 вскрытий умерших после различных травм встретил лишь 13 случаев повреждения почек, что составляет 0,49%. Gueterbock на 9,400 хирургических больных имел всего 9 больных с повреждениями почек (менее 0,1%).

Особенно редко встречается подкожный травматический разрыв почки, притом изолированный, т. е. без повреждений других органов. Hamilton Bailley описывает 135 таких случаев разрыва почки, среди которых 97 были осложнены повреждениями других органов. Еще чаще повреждения эти встречаются у мужчин, что объясняется особенностями строения их тела и одеждой, а отчасти тем, что мужчины, по характеру своих занятий, чаще подвергаются разным насилиям; у женщин они представляют большую редкость.

Несмотря на редкость травм почек, важность и серьезность последних весьма велика и стоит в противоположном отношении к частоте этих случаев. Это обстоятельство и побуждает нас описать случай травматического разрыва почки, представляющий интерес еще по своей этиологии, патогенезу и показаниям к операции.

Больной В. С., 12-ти лет, катаясь на лыжах 13/II 1926 г., в 6 ч. вечера, упал и ушиб себе левый бок в области поясницы. Довольно сильные боли в левом боку все же не помешали ему встать и с трудом добраться домой. Возвратившись домой, больной помочился, причем тут же заметил кровянистый характер мочи. Боли в боку усилились, и с такими явлениями больной был в 8 ч. веч. того же дня привезен в больницу, где он вторично помочился уже чистой кровью. В то же время у него появилась рвота, и обнаружилась припухлость в левой почечной области. При исследовании живота последний оказался напряженным, умеренно вздутым, при поколачивании сзади наперед область левой почки болезненна; больной при дыхании заметно шадит левый бок. Язык сухой. Больной слегка анэмичен, но в полном сознании. Пульс 100, среднего наполнения, $^{\circ}$ 36,8°. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не отмечается. Дежурный врач назначил холод на бок. На следующий день, т. е. 14/II, выделение крови с мочей продолжалось, развился метеоризм живота, болезненность при ощупывании левого бока, defense и припухлость увеличились. На коже никаких следов ушиба не было (ни ссадин, ни кровоподтеков). Клинически был поставлен диагноз подкожного разрыва почки, и в виду нарастания перитонеальных симптомов, гематурии, увеличения припухлости

в области левой почки, учащения пульса (110 при нормальной t°) и рвоты, 14/II, в 3 ч. дня, произведена экстренная операция (проф. К о л ю б а к и н).

Операция начата обычным разрезом для обнажения почки, по нижнему краю XII ребра. После рассечения подкожной клетчатки и мышц было обнаружено большее количество крови и мочи в околопочечной клетчатке; почечная лоханка и вена были разорваны, и имелись три глубоких надрыва паренхимы почки. Сосуды перевязаны en masse, и почка, в виду ее полного размозжения, удалена.

На другой день, т. е. 15/II, повязка слегка промокла, t° 37,4^o, пульс 110; больной мочится с небольшими болями самостоятельно; моча прозрачна, суточный диурез 500,0. На третий день, т. е. 17/II, удален тампон; количество мочи, при нормальном приеме жидкости, 700,0; моча прозрачна, анализ ее ничего патологического не обнаружил. На пятый день диурез 800,0, больной мочится без всяких болей, моча прозрачна. На восьмой день новое исследование мочи, не давшее никаких отклонений от нормы; самочувствие больного вполне удовлетворительное. На 11-ый день сняты швы; заживление первичным натяжением. После этого больной находился в больнице еще 15 дней, чувствуя себя вполне хорошо; диурез в последние дни был 1000,0—1050,0—1100,0.

Этиология закрытых повреждений почек разнообразна и подчас не соответствует тяжелой клинической картине заболевания; механизм же этих повреждений состоит либо в прямом, непосредственном воздействии травмы на почку, либо в напрягом. Первое имеет место, напр., при ударе сзади по пояснице, в области нижних ребер, или спереди, в подреберье, при сдавлении туловища буферами вагонов, колесами экипажа и т. д., наконец, при ушибах поясничной области во время падения на спину. Непрямое действие травмы сказывается обыкновенно при сильном сотрясении во время прыжка, во время верховой езды и т. д. В таких случаях почка ударяется о ребра или о поперечные отростки первых поясничных позвонков и травмируется. Многими авторами допускается также повреждение почек в зависимости от действия на них меньшего насилия, причем на этот счет существует различные теории. Такова теория Le Dentu о сдавлении почки сокращающимися мышцами живота, поясницы и диафрагмы, теория Morris'a—о роли перегибания позвоночника назад и в стороны, Gueterbock'a—о сплющивании почки по линии ее полюсов, вследствие уменьшения занимаемого ею пространства, наконец, теория Küster'a о разрывах почки вследствие повышения гидравлического давления. Помимо всех этих моментов в этиологии почечных повреждений несомненно играют роль и некоторые болезненные процессы в почках, благодаря которым повреждения последних становятся возможными даже и при небольших травмах.

Патолого-анатомические изменения в почках при подкожных повреждениях их классифицируются различно. Так, Le Dentu различает: 1) капиллярные кровотечения и экхимозы, 2) разрывы паренхимы только в корковом веществе и 3) разрывы, проникающие и в медуллярное вещество, и 4) полные разрывы. Но более приемлемой является классификация Küster'a, согласно которой различают пять видов повреждений почек: 1) разрывы жировой капсулы без повреждения почек (периренальные кровотечения), 2) разрывы паренхимы, чаще в форме поперечных трещин; фиброзная капсула при этом может остаться невредимой или также разрывается; 3) разрывы вплоть до лоханки с кровоизлиянием в забрюшинную клетчатку; 4) раздробления почки и 5) отрывы почки от мочеточника и сосудов. В нашем случае имелась патолого-анатомическая картина, соответствовавшая 3-й рубрике Küster'a, т. е. отрыв почки от лоханки и кровоизлияние с мочевой инфильтрацией забрюшинной клетчатки.

В зависимости от степени повреждения почек выступает та или иная клиническая картина. В общем клинические симптомы подкожных повреждений почек довольно разнообразны; однако среди них можно указать некоторые симптомы, почти всегда встречающиеся при данной болезни. Одним из первых признаков повреждения почки являются боли в поясничной области, в боку или в соответственной стороне живота; боли эти могут зависеть от ушибов и кровоизлияний в наружных покровах, от перелома ребер и т. д., но глубокие, ноющие, сверлящие боли в поясничной области, иррадиирующие в пах или яичко, следует относить к самой почке. Мышцы брюшной стенки и поясницы бывают при этом спастически сокращены. На месте поврежденной почки образуется — вследствие кровоизлияний, а иногда и излияния мочи в околопочечную клетчатку (так называемый ложный травматический уро-гематонефроз)—опухоль.

Одним из важнейших признаков повреждения почек является, далее, гематурия, которая начинается обычно вслед за травмой, а иногда через несколько часов и дней. Если гематурия не очень сильна, то у больного быстро наступает желание помочиться, и он сам обычно замечает присутствие крови в моче. При обильном кровотечении кровь свертывается в лоханке или мочеточнике, причем кровяные сгустки выделяются с коликками через несколько часов. Наконец, если кровотечение еще более сильно, то кровь скопляется в пузыре сгустками, и начинаются тенезмы, продолжающиеся до тех пор, пока сгусток не пройдет через уретру. Иногда впрочем гематурия и отсутствует, что бывает при закупорке мочеточника сгустком крови, при тромбозе сосудов, сужении мочеточника и, очень редко, при отрыве мочеточника от почки.

К менее постоянным признакам повреждения почек относятся метеоризм, зависящий от пареза или сдавления толстой кишки в том участке, где происходит инфильтрация кровью или мочей околокишечной клетчатки, иногда количественные изменения мочи в виде олигурии и анурии. Наконец, тяжелые повреждения почек сопровождаются шоком и коллапсом.

Диагностика закрытого повреждения почек большею частью не представляет трудностей, особенно, когда в анамнезе имеется травма, а объективно—кровь в моче и опухоль в почечной области. Однако гематурия, как уже указано выше, может и отсутствовать даже при тяжелом повреждении почек. В таких случаях рекомендуется с целью диагностики цистоскопия с катетеризацией мочеточников (Оппель и Volker). С помощью цистоскопа мы определяем, с какой гематурией имеем дело: с ренальной или везикальной. Кроме того цистоскопией решается вопрос о стороне повреждения, о целостности лоханки и мочеточника, а главное—она может указать на присутствие и работоспособность другой, неповрежденной почки. Кроме того, при помощи цистоскопии, при некотором навыке, можно узнать, представляет ли собой содержимое пузыря чистую кровь, или окрашенную кровью мочу. Это решается также микроскопическим исследованием мочи. Последнее указывает на присутствие в моче гнойных телец и бактерий, т. е. выясняет, имеется ли в данном случае нагноение, или нет. Наконец, большую услугу диагностике повреждений почек может оказать пиелография, которая позволяет определить локализацию повреждения почечной паренхимы и размеры его.

Из осложнений при закрытых повреждениях почек следует указать на перитонеальные явления при разрыве брюшины, внутренние кровотечения от попадания в брюшину инфицированной мочи, а иногда от разрыва кишечной петли, брыжжейки и т. д.

Течение и прогноз подкожных травм почек всецело зависят от тяжести полученного повреждения. В легких случаях дело органичивается небольшими кровоизлияниями в околопочечную клетчатку, которые быстро рассасываются. В случаях средней тяжести, при околопочечных гематомах в периоде рассасывания их, наступает иногда легкая желтушная окраска склер, но все кончается втечении 2—3 недель. В наиболее тяжелых случаях, при размождении почки, может довольно быстро наступить смерть от обширных кровоизлияний в клетчатку или брюшную полость. Медлить в таких случаях не приходится, и операция показана как можно раньше.

Вообще лечение подкожных повреждений почек сводится или к симптоматическому, — как говорят, выжидательному, — или к оперативному способу. Выбор того или другого всецело зависит от тяжести поражения и опыта врача и решается на основании клинических симптомов. Повреждения, протекающие без угрожающих явлений, могут быть лечимы выжидательно, главным образом покоем и холодом. Большинство случаев с легкими и средними повреждениями при таком образе действий может окончиться благополучно.

Главными показаниями к оперативному вмешательству являются тяжелое кровотечение, нарастающие явления со стороны брюшины, а также симптомы, связанные с мочево́й инфильтрацией. При оперативном вмешательстве, особенно при небольших разрывах, желательна сохранение почки путем наложения швов на нее. В нашем случае этого сделать было невозможно вследствие разрыва лоханки, множественного разрыва почки, большого кровоизлияния и мочево́й инфильтрации околопочечной и забрюшинной клетчатки.

В заключение мы можем по данному вопросу сделать следующие выводы: 1) подкожные разрывы почек принадлежат к сравнительно редким и тяжелым повреждениям этого органа, почему такие больные требуют к себе особенного внимания врача, и показания к операции у них должны быть строго индивидуализированы и проверены; 2) тяжесть повреждения почек не всегда соответствует клиническим симптомам и самочувствию больного. Наш случай, помимо аналогичных случаев, описанных в литературе, является вполне убедительным в этом отношении: больной здесь после травмы прошел большое расстояние; а между тем удаленный препарат почки свидетельствует о крайне тяжелом ее повреждении.

К технике ринопластики.

М. В. Вакуленко.

Я не встречал в литературе описания того способа ринопластики, который я сам выработал и с успехом применил на 11 больных, почему и описываю его здесь. Отмечу предварительно, что недавно я два раза видел одного больного, оперированного мною подобным образом более 10 лет назад; нос у него очень хороший, и больной им доволен; остальные оперированные, к сожалению, исчезли из-под наблюдения, но непосредственный результат и у них всех был очень хороший.

Способ этот я применяю исключительно при запавших носах, особенно, если запали и крылья носа, а кожные покровы целы. В качестве строила мною применяется реберный хрящ, причем сначала я готовлю ложе для него. С этой целью я вкалываю обоюдоострый нож в точку между перегородкой носа и кончиком его и продвигаю лезвие до корня носа между кожей и слизистой, стараясь не повредить ни той, ни другой (для контроля я ввожу палец в полость носа). Затем, не вынимая ножа, провожу им разрезы между кожей и слизистой в обе стороны к углам глаз и щекам. Если теперь поднять отсепарованную кожу, то получается большая ниша, стенки которой дают довольно сильное кровотечение. Для остановки последнего кожа прижимается к слизистой тампоном и передается помощнику, сам же я приступаю к резекции хряща. Кусок последнего берется из VII ребра во всю его толщину, с надхрящницей, причем надхрящница особенно должна быть сохранена там, где передняя поверхность хряща переходит на заднюю по нижнему его краю.

Взятый кусок хряща должен быть равен длине носа, от переносья до кончика. Вся хрящевая пластинка просверливается насквозь дрелем в 2—3 местах для того, чтобы ткани могли прорости через хрящ и тем фиксировать его. Нечего и говорить, что при иссечении хряща необходимо стараться, чтобы не повредить плевры, как это было со мной в одном случае, окончившемся, правда, благополучно. Углы у одного конца хряща, с вогнутой стороны, срезаются ножом. Затем по вогнутой стороне вся хрящевая пластинка разрезается почти до надхрящницы и разворачивается на подобие раковины так, что получаются две пластинки, соединенные надхрящницей по выпуклому краю, как на шарнире.

В таком развороченном виде (в виде крыши) хрящ вводится в нишу между кожей и слизистой носа (где кровотечение тем временем обычно успевает уже остановиться)—срезанным концом к переносью. При этом выпуклый край пластики, приподнимая кожу, образует спинку носа, который таким образом получает приличную форму. Если концы хряща снизу выступают из ниши, то их необходимо срезать, дабы хрящ совершенно скрылся в нише. В заключение кожа спивается со слизистой тонкими с'емными швами, которые чем раньше снимаются, тем незаметнее получаются рубцы.

Новый способ артродеза плечевого сустава (*luxatio humeri centralis artificialis*).

Заведующего клиникой проф. **М. О. Фридланда.**

(С 2 рис.).

Основными условиями для получения прочного синостоза являются широкое, интимное соприкосновение костных поверхностей и их прочная фиксация. Труднее всего соблюсти эти требования при артродезе больших шаровидных (плечевого и тазобедренного) суставов.

Наиболее популярной операцией плечевого артродеза является операция Vulpius'a (Лечение спинномозгового детского паралича, Казань, 1913, стр. 185; Arch. f. klin. Chir., Bd 69): вскрытие сустава продольным subacromial'ным разрезом, освежение суставных поверхностей плеча и лопатки, а также acromion'a и processus coracoidei, с последующей фиксацией плечевой головки посредством двух проволочных швов к acromion'у и суставной впадине, или к acromion'у и processus coracoideus.

Эта операция в руках самого Vulpius'a не оставляла желать, как будто, ничего лучшего. Однако не у всех авторов указанный способ давал столь безошибочные результаты, что побудило Görges'a (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir., Bd 21, H. 2, 1922) модифицировать способ Vulpius'a, а именно, заменить вертикальный разрез мягких тканей лоскутным и, для большей интимности соприкосновения освеженных суставов, пригибать остеотомированный (у детей—без остеотомии) acromion к плечевой головке, соединяя последние проволочным швом, а вторым таким же швом соединяя головку непосредственно с суставной впадиной.

Другие авторы, по понятным соображениям, пытались избежать проволочных швов. В этом отношении остроумен способ Gocht'a (по Görges'у), который насаживает плечевую головку (для чего предварительно делает долотом щель в tuberculus major) на освеженный по своей верхней и нижней поверхностям acromion, фиксируя кости 2—3-мя шелковыми швами. При этом одновременно достигается достаточное соприкосновение суставных поверхностей плечевой головки и fossae glenoidalis.

Biesalsky (Lange, Lehrbuch der Orthopädie, 1922, S. 200) обходится совсем без швов: он соединяет плечо с верхним краем суставной впадины или с processus coracoideus посредством костно-надкостничной пластинки, или же прибавляет плечевую головку к суставной впадине посредством костного гвоздя, выпиленного из tibia.

Похожим костно-пластическим методом пользуются Wierzejewski (Hoffa, Orthop. Chirurgie, 1921, B. 2, S. 10), Рокицкий (Вестн. Хирургии и Погр. Обл., т. 1, кн. 2) и Вреден (Практич. руков. по ортопедии, 1925), которые вставляют костную распорку, укрепляя ее одним концом в искусственном желобе плечевой кости, а другим концом

у *spina scapulae* (Wierzejewski), или же у аксиллярного края лопатки (Рокицкий, Вреден).

Последний способ имеет то преимущество перед способом Bie-salsk'ogo, что более удовлетворяет законам механики, а именно, при тенденции плеча к опущению интимность соприкосновения распорки с соединяемыми ею костями увеличивается. Однако, этот способ разделяет с предыдущим и его недостаток: при нем черезчур мала поверхность соприкосновения и ненадежен трансплантат, долженствующий проделать длинный и сложный цикл перестройки прежде, чем сможет служить окончательной цели фиксации.

Таким образом в вопросе об артродезе плечевого сустава еще не сказано последнее слово, в виду чего я позволяю себе к перечисленным методам присоединить свой собственный, который применен был мною на двух больных девочках: 3-летнего возраста (оперирована 3/VI 1924) и 10-летнего возраста (оперирована 27/V 1925) по поводу левосторонней моноплегии плеча, с успехом, выразившимся в образовании, спустя около 4 месяцев, прочного анкилоза (в первом случае костного, во втором рубцово-костного), восстановившего в значительной мере функцию пораженной конечности.

Техника операции следующая: продольный *subacromial'*ный разрез, вскрытие сустава; сухожилие длинной головки *bicipitis* отодвигается в сторону, и плечевая головка вывихивается; в *facia glenoidalis* лопатки высекается круглое отверстие возможно больших размеров, особенно в глубине костного массива (уходящего в толщу *spinae scapulae*), и формируются соответствующих очертаний плечевая головка, которая сверху освобождается от хрящевого покрова; затем последняя умеренным нажимом плотно вставляется в дыру *fossae glenoidalis* при абдукции до 65° и при легкой ротации плеча внутрь. Предоставленное само себе, плечо прочно держится в приданном ему положении. В заключение—гипсовая повязка.

Эта операция, названная мной „*luxatio humeri centralis artificialis*“, пригодна, я полагаю, и для артродезирования тазобедренного сустава, так как на идею способа я был наведен, в сущности говоря, наблюдавшимся в моей клинике случае *luxationis femoris centralis*, не сопровождавшимся абсолютно никакими растройствами со стороны тазовых органов и закончившимся чрезвычайно прочным костным анкилозом.

Достоинствами рекомендуемой мною операции являются: обширное и интимное соприкосновение костных поверхностей, прочная фиксация, сохранение всей или, во всяком случае, большей части эпифизарной линии плечевой кости, полное исключение из операционного поля инородных тел вроде проволочных швов, костных пластинок и т. п. и, наконец, сравнительная быстрота наступления синостоза. К недостаткам можно бы отнести некоторое укорочение конечности, но оно столь незначительно ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ см.), что не имеет существенного практического значения и вполне окупается тем функциональным результатом, который приобретает больным, благодаря прочному анкилозу.

Что касается деталей способа,—формы опиловки головки и выреза *fossae glenoidalis*,—то они, конечно, могут варьировать в зависимости от желания хирурга и особенностей случая; так, напр., вместо круглой обработки головки можно сделать на ней четырехугольный, слегка пирамидальной формы выступ. При изготовлении, по моему предложению,

анатомических препаратов ординатором заведомой мною клиники, д-ром Д. М. Лапковым, можно было видеть, что в случае затруднения ввести пирамидально - обработанную головку плеча через центр fossae glenoidalis, ее (головку) можно легко ввести через край сустава лопатки, т. е. поступить так, как это, напр., делается при соединении зубцов стенок у деревянных ящиков.

Приводимые фотографии анатомических препаратов (рис. 1 и 2) ясно иллюстрируют сущность оперативного метода.

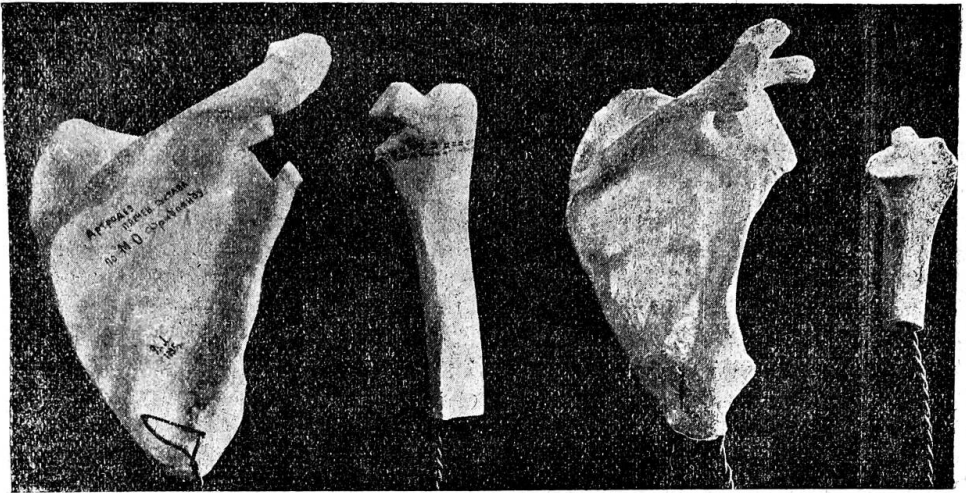


Рис. 1. Слева круглый опил, справа четырехугольно-пирамидальный опил плечевой головки с соответственным вырезом в суставной впадине лопатки.

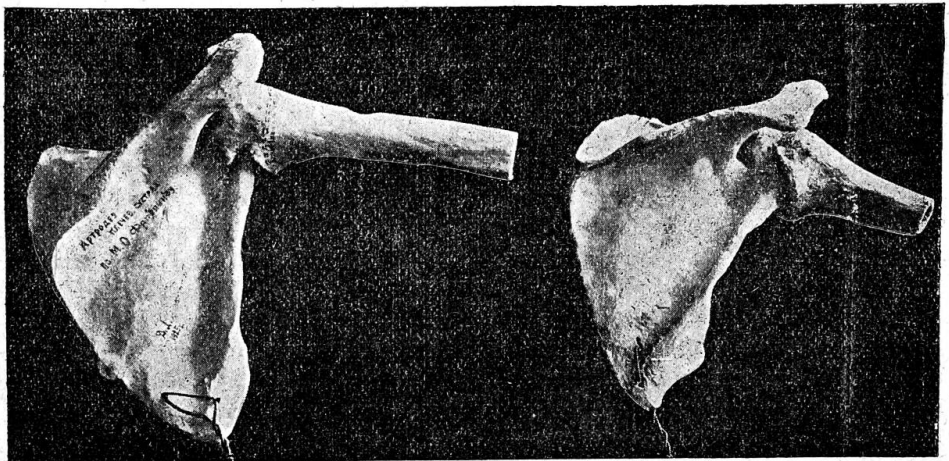


Рис. 2. Те же препараты, что на рис. 1. Плечевые кости прочно держатся в вырезе лопатки.

Из Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Гос. Университета (директор проф. В. С. Груздев) и Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Гос. Института для усовер. врачей (заведующий проф. А. И. Тимофеев).

К клинике внематочной (трубной) беременности.

Проф. А. И. Тимофеева.

Несмотря на то, что в учении о внематочной беременности, в особенности в связи с разработкой патологической анатомии данного страдания, достигнуты значительные успехи, все же и в этой главе гинекологии остается много спорного. Не говоря уже о различных не вполне выясненных деталях этиологии, даже в основных вопросах терапии эктопической беременности не существует полного единогласия в мнениях авторов. Среди современных гинекологов можно указать как приверженцев старого правила Werth'a—оперировать каждую растущую внематочную беременность (Zweifel, Burghardt, Olow, Hoehne и др.), так и противников его, по крайней мере для второй половины беременности (Малиновский, Lichtenstein). Равным образом можно было-бы указать на целый ряд спорных вопросов в деталях терапии внематочной беременности, напр.,—следует-ли оперировать больную в состоянии шока, или выждать, когда явления шока исчезнут,—следует-ли оперировать в случаях с затянувшимся течением, или лечить их консервативно, как это было предложено на последнем Всесоюзном Съезде Гинекологов д-ром Кедровой. Установлению правильного взгляда по отдельным вопросам терапии могло-бы способствовать изучение результатов лечения внематочной беременности, полученных отдельными клиниками на большом числе случаев, проведенных по одному плану. С этой точки зрения мы и считаем небесполезным опубликовать обзор случаев внематочной беременности, наблюдавшихся в Акушерско-Гинекологической клинике проф. В. С. Груздева за время его директорства, с 1900/1 года, и в Акушерско-Гинекологической клинике Казанского Института для усовер. врачей со времени ее открытия, в 1920 году, по 1925 год включительно. Об'единение материала двух этих клиник мы считаем вполне допустимым, ибо принципы терапии внематочной беременности, проводимые в них, совершенно аналогичны, равно как одинаковы в обеих клиниках обстановка и условия оперативной работы.

Всего наш материал обнимает 216 случаев внематочной беременности, из коих 142 случая наблюдались в Университетской клинике проф. Груздева и 74—в клинике Института для усовершенствования врачей. Эти 216 случаев приходятся на 212 больных, так как 4 больных нашего материала были оперированы повторно. 28 больных из этого числа подвергались неоперативному лечению, причем из них лишь у одной диагноз был подтвержден пробной пункцией. У остальных 184 больных диагноз был подтвержден *sub operatione*, так что несомненных случаев

эктопической беременности мы имели 188 у 184 больных. Эти 188 случаев, как несомненно установленные, и будут главным образом подлежать в дальнейшем нашему рассмотрению.

Главной своей задачей мы хотели-бы поставить здесь вопросы терапии; другие же вопросы, связанные с клиникой внематочной беременности, мы позволим себе затронуть лишь постольку, поскольку наши патолого-анатомические данные могут более или менее осветить их.

Что касается патолого-анатомической стороны эктопических беременностей нашего материала, то все это были различные виды трубной беременности, или вторичной брюшной, развившейся из трубной. В частности случаи нашего материала могут быть, по патолого-анатомической картине, распределены на отдельные группы следующим образом: случаев растущей беременности в первую ее половину мы имели 7; случаев беременности во второй ее половине—11; случаев прервавшейся внематочной беременности в виде haematocoele retrouterina—11; случаев трубной беременности, прервавшейся по типу наружного разрыва,—71; случаев трубной беременности с внутренним разрывом плодместилища —89.

Что касается случаев с наружным разрывом плодместилища, то среди них 33 падают на *grav. isthmica*, 1—на *gr. interstitialis* и 10—на случаи пограничные, где яйцо оказалось привившимся между *pars isthmica* и *p. interstitialis tubae*. Таким образом в 62% при наружном разрыве плодместилища прививка плодного яйца имеет место в ближайшей к матке части трубы. В остальных случаях этой группы местом прививки являлась часть трубы, служащая переходом *p. isthmicae* в *p. ampullaris*. Два раза кровоизлияние было интралигаментарным, в остальных случаях—в брюшную полость.

Наоборот, во всех случаях, где у нас имел место внутренний разрыв плодместилища, местом прививки яйца послужила ампулла трубы. В одном из этих случаев нам удалось наблюдать истинный трубный выкидыш,—плодное яйцо, пропитанное кровью, целиком было вытолкнуто в брюшную полость, а совершенно свободная от крови спавшаяся труба произвела впечатление вполне нормальной.

Помимо одного случая типичной интерстициальной беременности,—повидимому, на почве полициозного разращения слизистой оболочки трубы,—мы наблюдали еще оригинальный случай фимбриальной беременности, оказавшейся притом двойничной (оба случая описаны нами в „Каз. Мед. Журн.“, 1924).

Двусторонняя трубная беременность наблюдалась в нашем материале три раза. Случаи эти описаны М. С. Малиновским („Казан. Мед. Журн.“, 1913), П. В. Маненковым („Казан. Мед. Журн.“, 1923, № 5) и нами („Реф. Мед. Журн.“, 1921, № 8—9).

Не останавливаясь подробно на этиологии внематочной беременности, укажем только, что в 80% всех наших, проверенных операций, случаев имели место анамнестические указания на бывшей воспалительный процесс, причем патолого-анатомически в 54,4% случаев, подвергнутых операции чревосечения, можно было доказать в полости малого таза наличие признаков бывшего воспаления. Необходимо еще указать, что какого-либо заметного этиологического значения гонорреи на нашем материале мы установить не могли. Учитывая значение аборта, как вероятного последствия воспаления с одной стороны и принимая во вни-

мание возможное влияние искусственного аборта на состояние труб с другой, мы проследили частоту абортсв у наших больных и могли отметить их у $46,6\%$ всех больных с точно установленным диагнозом внематочной беременности, причем в 65% аборты непосредственно предшествовали этому заболеванию. Из других патолого-анатомических находок, могущих иметь этиологическое значение, можно отметить наружную миграцию яйца, которая нам встретилась 10 раз, кистовидное изменение желтого тела, которое мы наблюдали 3 раза, и добавочные трубы в одном случае, описанном в свое время проф. Н. И. Горизонтовым (Юб. Сб. пр. Груздева, 1917).

Нелишним считаем остановиться здесь еще на одном моменте, этиологическое значение которого в возникновении трубной беременности еще недостаточно оценено.—мы разумеем здесь внутриматочные инъекции йода, применяемые с целью вызвать запоздавшие у женщины крови. Мы имели 15 случаев внематочной беременности, где применение таких инъекций точно было установлено. Среди этих случаев определенно можно выделить две группы: в одних случаях вслед за применением инъекций, иногда после первой же инъекции, наступал—обычно остро протекавший—приступ перерыва трубной беременности; в этих случаях,—мы имели их 6,—задержка мenses до начала инъекций длилась не менее 2 недель, за исключением одного случая, где инъекции начаты на третий день задержки регул, а катастрофа разразилась после третьей инъекции, т. е. на шестой день после неявившихся мenses. В другой группе случаев (9) к инъекциям приступали вскоре после того, как ожидавшиеся крови не появились; инъекции или оставались без видимого эффекта, или сопровождалась выделением крови, которое трактовалось, как менструация, и лишь спустя некоторое время,—в иных случаях до 3 недель,—обнаруживалось прерывание трубной беременности или остро по типу наружного разрыва трубы, или с характерной картиной трубного аборта. Анализируя обе эти группы, мы должны прийти к заключению, что для случаев в первой группы инъекции не могли послужить причиной, вызвавшей внематочную беременность, ибо очевидно, что к началу их применения,—по крайней мере для большинства случаев,—беременность была уже налицо. Против их этиологического значения говорит также слишком незначительный промежуток времени между инъекциями и моментом перерыва беременности, причем в трубе находилось яйцо значительно большего возраста. Для случаев этой группы за инъекциями приходится признавать значение лишь травматического момента, являющегося толчком к разрыву плодместилища, вероятно, вследствие перистальтических движений трубы. Иное дело случаи второй группы,—здесь инъекции применялись в такие сроки, когда оплодотворенное яйцо могло быть еще в трубе и находиться в процессе передвижения, и вызванные инъекцией в трубе, а может быть и яйцо, изменения морфологического и функционального характера могли послужить непосредственной причиной остановки и прививки яйца в трубе. С таким предположением вполне согласуется и тот факт, что перерыв беременности в этих случаях наступал значительно позднее,—после того, как задержанное в трубе инъекциями яйцо проделало известные стадии развития и вызвало необходимые для разрыва плодместилища изменения. С этой точки зрения мы вполне присоединяемся к д-ру Рузскому, который недавно („Каз. Мед. Журн.“,

1926, № 10) решительно высказался против применения внутриматочных инъекций с целью вызывания очень раннего аборта.

С клинической точки зрения все наблюдавшиеся нами случаи вне-маточных беременностей, прервавшихся в первой половине развития, можно разделить на две большие группы. В первую группу, которую можно определить, как группу острых случаев, мы относим также случаи, где больные попадали в наше распоряжение с ясно выраженными признаками недавно происшедшего нарушения целостности плодместилища. В другую группу мы относим случаи, где мы имели дело с теми или иными продуктами и последствиями разрыва плодместилища, с давностью от 3 недель до 3 месяцев. Сопоставляя патолого-анатомические находки в случаях той и другой группы, можно легко убедиться, что острые случаи главным образом относятся к больным с наружным разрывом трубы, каковых было 52 из 73 этой группы (71,2%). Наоборот, среди случаев второй группы 60% приходится на больных с внутренним разрывом плодместилища. Равным образом в связи с патолого-анатомическими особенностями находятся и детали клинической картины случая. Так, из 43 случаев, которые клинически характеризовались лишь явлениями внутрибрюшного кровотечения, 34 обусловлены были наружным разрывом трубы. Из 25 случаев, где при явлениях внутреннего кровотечения определялся еще тумор—обычно сзади и сбоку от матки,— в 17 имел место наружный разрыв плодместилища. 76 раз мы имели ясно выраженную в области придатков матки опухоль, возникшую при явлениях характерных для прервавшейся внематочной беременности, и для этой группы только в 5 случаях мы могли установить наружный разрыв трубы. Для следующей группы в 32 случая, среди которых не было ни одного наружного разрыва плодместилища, характерным являлась наличие типичной опухоли в области придатков, но присущий прервавшейся внематочной беременности анамнез отсутствовал. Наконец, в двух случаях внематочная беременность оказалась в качестве случайной находки при операциях, произведенных по другим причинам; оба эти раза дело шло о внутреннем разрыве плодместилища.

Что касается времени прерывания трубной беременности, то по нашим наблюдениям в 78,8% всех случаев она прерывалась в течение первого же месяца после ее возникновения.

По вопросу о диагностике внематочной беременности мы хотели бы обратить внимание на важное значение одного анамнестического указания,—мы разумеем здесь приступы схваткообразных болей, которые, по нашим наблюдениям, являются самым постоянным признаком, наличие которого, доказанная хорошо проведенным анамнезом, во многих случаях может существенно помочь выяснению диагноза. С приступов схваткообразных болей началось заболевание у 138 из 188 оперированных наших больных, а вообще этот симптом, в некоторых случаях присоединявшийся к первично начавшемуся кровотечению, мог быть нами отмечен у 92% всех наших больных. Лишь в одном случае диагноз, несмотря на характерную картину заболевания, сопровождавшегося типичными приступами схваткообразных болей в левой половине таза, оказался ошибочным.—у больной с склонностью к истерии во время операции обнаружен был частичный спазм прямой кишки, которая на уровне дна заднего Дугласова кармана была как-бы туго перетянута лентой шири-

ной в палец; беременность здесь была маточная, и после ее прерывания болезненные симптомы исчезли. Наоборот, отхождение маточной децидуальной оболочки до операции мы наблюдали лишь в 50 случаях. Здесь поучтно мы можем привести пример, указывающий, что микроскопическое исследование отошедшей из матки оболочки не может иметь решающего значения для диагноза эктопической беременности. Дело шло об одной пациентке, у которой при явлениях аменорреи одновременно развивалась эластическая опухоль в области левых придатков. Диагностирована была прогрессирующая внематочная беременность. Накануне предполагаемой операции началось кровотечение, и выделилась пленка. Гистологическое исследование этой оболочки обнаружило строение слизистой оболочки матки с явными признаками децидуального превращения, что, таким образом, подтверждало диагноз эктопической беременности, а между тем произведенная операция обнаружила лишь наличие простой кисты яичника.

Из биологических реакций, предложенных в новейшее время для диагноза ранней беременности, по нашим наблюдениям (Zentr. f. Gyn., 1925) наиболее постоянной является реакция Dienst'a, которая и может служить в качестве подсобного метода при диагностике эктопической беременности. При диагностике остро протекающих случаев с внутренним кровотечением, помимо типичного анамнеза и общей клинической картины, мы сравнительно часто наблюдали расстройства со стороны органов мочевой сферы или в виде рефлекторной задержки мочи, или в форме аурии, являющейся следствием пониженного кровяного давления, на что было в недавнее время обращено особое внимание Piska sek'om (Zentr. f. G., 1923, № 23). Т. н. Phrenicussymptom, а также феномен, описанный Cullen'ом и Hellendall'ем и состоящий в синюшном просвечивании области пункта при внутренних кровотечениях, мы наблюдали лишь в единичных случаях.

В качестве примера, иллюстрирующего те затруднения, которые могут встретиться при установке диагноза в случаях свободного кровотечения в брюшную полость, мы можем указать одну больную, которая была доставлена к нам в состоянии резкого коллапса и с явными указаниями на присутствие свободной жидкости в брюшной полости. Анамнестические данные тоже указывали на возможность эктопической беременности. На операции был обнаружен острый перитонит с большим количеством серозной жидкости. Аутопсия показала наличие язвенного процесса на протяжении тонких кишек, причем более точно природа заболевания патолого-анатомами выяснена не была.

При установке диагноза в случаях, где дело идет о затяжном течении трубной беременности, прерывающейся по типу трубного аборта, или об ограниченных кровотечениях при наружном разрыве трубы с образованием более или менее объемистых опухолей в полости малого таза, ценные указания во многих случаях мы получали от реакции оседания эритроцитов и изучения лейкоцитарной формулы крови, так как при опухолях воспалительного происхождения, с которыми приходится дифференцировать продукты внематочной беременности, наблюдается обычно более резко выраженное ускорение оседания эритроцитов и изменение нейтрофильной картины крови с более или менее резким сдвигом ее влево по Arne th'y. Среди остальной клинической картины наличие у боль-

ной желтухи служит лишним доводом в пользу того, что опухоль состоит из кровоизлияния. Пункция заднего свода, как метод диагностической, ни в клинике проф. В. С. Груздева, ни в клинике Гос. Ин-та для усовершен. врачей систематически не применяется, и в нашем материале мы не можем указать случая, где диагностика была-бы особенно затруднена, или диагноз был ложно поставлен, вследствие неприменения этого метода. Наоборот, среди немногих случаев с пробной пункцией мы имели несколько раз неверные показания, например, отрицательный результат при наличии кровяных сгустков в области заднего Дугласова кармана.

Переходя теперь к терапии, применявшейся на нашем материале, прежде всего остановимся на терапии внематочной беременности, прервавшейся в первой половине ее развития. Что касается общих принципов терапии, то они, в согласии с современными взглядами, сводились у нас к стремлению радикально удалить плодоемстилице и те патологические продукты, которые возникли в результате того или иного рода нарушения целостности стенок этого плодоемстилица. Этим требованием и определяется характер нашей терапии, как преимущественно хирургической. Операцией выбора мы считаем лапаротомию, оставляя для чревосечения *per colpotomiam* лишь ограниченный круг случаев. В случаях, не требующих большой спешности, проф. Груздевым охотно применяется при производстве чревосечения поперечный разрез брюшных стенок по *Pfannenstiel*'ю.

В отношении случаев нашей первой группы показание к хирургическому вмешательству вытекает совершенно определенно из самого характера заболевания, как острого внутреннего кровотечения. По отношению к подобного рода случаям неполно решенным является лишь вопрос, следует-ли оперировать немедленно, или несколько выждать, пока больная несколько оправится от шока, вызванного раздражением брюшины и внутренним кровотечением. Ответ на этот вопрос может быть получен из сопоставления результатов экстренно, немедленно по поступлении больной произведенных операций с таковыми же операций, произведенных не в условиях экстренности, после некоторого выжидания и известной подготовки больной. Для случаев второй группы основным вопросом является вопрос о необходимости оперативного вмешательства вообще, в особенности, если дело идет лишь о патологических продуктах, явившихся следствием уже сравнительно давно прервавшейся беременности. Выяснение этого пункта возможно на основании сравнения случаев, проведенных оперативно, со случаями, не подвергавшимися операции, или оперированными нерадикально, без удаления стенок плодоемстилица.

Из 73 случаев, которые мы отнесли в группу „острых“, один был обнаружен случайно во время операции, к которой было приступлено по другому поводу (см. вышеупомянутый сл. *grav. fimbrialis*). В остальных 72 случаях 49 раз лапаротомия была произведена экстренно и 23 раза — не экстренно, причем в 7 случаях применен поперечный разрез *Pfannenstiel*'я (в 3 экстренных и 4 неэкстренных случаях). 8 больных этой группы перед операцией находились в состоянии крайне резко выраженного обескровливания, вследствие чего у 5 из них для ускорения операции брыжжейка удаляемой трубы перевязана была *en masse*, без обычной перитонизации культи.

Лапаротомии, произведенные экстренно, дали следующие осложнения. Смерть последовала в 3 случаях, что на всю группу составит 4,16%, а для экстренных операций—6,1%. В 2 случаях смерть последовала вскоре после операции вследствие малокровия, а одна больная, тоже крайне анемичная, погибла на 14-ый день от крупозной пневмонии. Тяжелая инфекция с характером пиэмии, окончившаяся выздоровлением, наблюдалась у одной больной, доставленной в очень тяжелом состоянии. Инфекция в области малого таза, проявившаяся более или менее резко выраженными воспалительными экссудатами в области удаленных придатков, отмечена у 7 больных (14,3%). Инфекция лапаротомной раны с нагноением подкожной клетчатки имела место 8 раз (16,3%).

На 23 операции этой группы, произведенных не в условиях экстренности, 2 раза лапаротомии предшествовала пробная пункция через задний свод, а 1 раз произведена была задняя кольпотомия; в этом последнем случае после чревосечения брюшная полость была дренирована через разрез заднего свода. Два раза произведена была, далее, надвлагалищная ампутация матки,—в одном случае по поводу резких воспалительных изменений придатков другой стороны, в другом—по поводу интерстициальной формы беременности. В одном случае одновременно сделана appendectomia. 14 раз матка фиксирована к брюшной стенке при помощи подшивания за связки. Смертных случаев в этой группе операций не было. Равным образом здесь не наблюдалось и образования воспалительных экссудатов в тазу, а нагноение лапаротомной раны имело место один раз. У одной больной этой группы развился, затем, тромбоз вен нижней конечности, и одна перенесла легкий пиэлит. Таким образом, на всю группу „острых“ случаев мы имеем 25% различных осложнений, большинство которых приходится на экстренные операции. Средняя продолжительность пребывания больных этой группы в клинике равнялась 27 дням.

Обращаясь теперь к рассмотрению случаев второй группы, можно видеть, что по технике оперирования терапия здесь была более разнообразна. Так, в 7 случаях была сделана радикальная операция с полным удалением плодместилища per colpotomiam, причем в 3 случаях удаление выполнено через разрез переднего свода; два раза брюшина и влагалище были при этом зашиты наглухо, остальные же случаи проведены с дренажем. В 5 случаях операция, начатая per colpotomiam, закончена лапаротомией вследствие технических затруднений с удалением плодного мешка и невозможности надежно остановить кровотечение. Всего лапаротомных операций в этой группе сделано 79, и один раз внематочная беременность в стадии трубного аборта случайно была обнаружена при производстве операции Wertheim'a. Из 79 лапаротомий данной группы экстренно пришлось сделать их только 3 раза. В одном из этих случаев вяло протекавший и не дававший ясных симптомов трубный аборт закончился внезапно сильным внутренним кровотечением; случай этот интересен еще в том отношении, что здесь имело место полное выталкивание плодного яйца из трубы в брюшную полость, после чего труба сократилась и ничем почти не отличалась от здоровой трубы. Оба другие случая аналогичны упомянутому и относятся к больным, у которых прерывание трубной беременности происходило по типу трубного аборта с затяжным течением и неожиданно закончилось сильным внут-

ренным кровотечением. Из 76 неэкстренных чревосечений 23 раза (в 30%) операция произведена с разрезом Pfannenstilla. В 7 случаях пришлось прибегнуть к надвлагалищной ампутации, а в 3 случаях—и к полной экстирпации матки (у одной больной вследствие обширности воспалительных изменений в полости малого таза, а у 2 других вследствие разрыва нагноившихся гематосальпинксов). 5 раз одновременно произведено было удаление червеобразного отростка. 5 раз применен был дренаж через влагалище и дважды—дренаж по Mikulicz'yu. Для устранения опасности образования в дальнейшем регрессивной матки последняя во многих случаях данной группы (22 раза) фиксировалась к брюшной стенке—чаще всего путем подвешивания за круглые связки. Из осложнений в этой группе операций наблюдались: смертные случаи—3 раза (3,8%), образование калового свища—2 раза, воспалительные экссудаты в малом тазу—6 раз, пиелит—1 раз, нагноение брюшной раны—7 раз (9,2%). Причиной смерти в двух случаях явился перитонит, а в одном случае ее, повидимому, следует объяснить интоксикацией хлороформом. Каловые свищи образовались как раз в случаях, где был применен влагалищный дренаж. Принимая во внимание все наблюдавшиеся осложнения, мы получаем частоту их для данной группы операций в 22,4%. Средняя продолжительность пребывания в клинике больных этой группы равнялась 19 дням.

10 больных этой группы подвергнуты были нерадикальному хирургическому лечению в форме разреза заднего свода, опорожнения заднего Дугласова пространства от кровяных свертков и жидкой крови и последующего дренирования брюшной полости. Из осложнений в этой группе операций следует отметить образование калового свища в одном случае. Средняя продолжительность пребывания больной в клинике после этих операций равняется 36,6 дня—в то время, как для кольпотомий с полным удалением плодного мешка она равна всего 21 дню. Наконец, в одном случае этой группы лечение состояло в пункции заднего свода, высасывании жидкой части заматочной кровяной опухоли и в последующем рассасывающем лечении.

Что касается 27 случаев нашего материала, где диагноз не был подтвержден ни операцией, ни пункцией, то мы можем их рассматривать лишь, как случаи вероятной внематочной беременности. Леченные неоперативно различными методами рассасывающей терапии, они дали среднюю продолжительность пребывания больной в клинике в 40,2 дня, причем ни в одном из них полного исчезновения патологических продуктов не наблюдалось, а в $\frac{1}{4}$ всех случаев не удалось при выписке больной установить даже заметного уменьшения заматочных кровоизлияний и гематосальпинксов.

Переходя теперь к выяснению намеченных вопросов, прежде всего сравним результаты экстренно и неэкстренно произведенных операций. Как можно видеть из приведенной статистики, 3 случая смерти, относящиеся к группе „острых“ случаев, падают на экстренные операции, но ни одна смерть не может быть поставлена в связь с условиями производства операции, так как две больных погибли вскоре после операции, от последствий кровотечения, и одна от пневмонии. Что касается осложнений с характером инфекции в полости малого таза и в области операционной раны, то, несомненно, эта группа операций невыгодно отли-

чается по сравнению с операциями, произведенными не в порядке спешности. Можно было-бы думать, что здесь сказывается влияние недостаточной предоперационной подготовки больной; однако мы несклонны так думать,—современная подготовка операционного поля спиртом и иодной настойкой настолько проста, что может быть проведена и действительно проводится даже в условиях самой большой спешности. Причины значительно большего процента инфекций следует, по нашему мнению, искать в том понижении сопротивляемости организма, которое, несомненно, должны обнаруживать иногда крайне обескровленные больные этой категории. Не боясь ошибки, мы можем, кажется нам, утверждать, что худшее течение послеоперационного периода у этих больных зависит не от спешно, но от слишком поздно произведенной операции. Опасение некоторых авторов производить операцию на больной, находящейся в состоянии шока, надо признать преувеличенным. Явления шока обуславливаются раздражением брюшины изливающейся кровью и могут быть предотвращены в дальнейшем своем развитии лишь остановкой этого кровотечения. Нередко можно наблюдать, что пульс у больной, бывшей нитевидным, заметно улучшается уже на операционном столе под влиянием наркоза, причем это улучшение сохраняется и по прекращении действия наркоза. В виду всего изложенного мы придерживаемся мнения, что в случаях „острых“ откладывать операцию не следует даже при отсутствии явлений, непосредственно угрожающих жизни больной,—из тех соображений, что мы не можем быть уверены в том, что в ближайшие часы этих угрожающих явлений не наступит. Примеры такого внезапного ухудшения в состоянии больных, доставленных без грозных признаков обильного внутреннего кровотечения, в нашем материале наблюдались, и, между прочим, одна из умерших вскоре после операции погибла именно при подобного рода обстоятельствах.

По вопросу о преимуществах оперативного лечения перед неоперативным наша статистика дает определенный ответ: сравнение конечных результатов неоперативной терапии, а также нерадикального хирургического лечения, с эффектом радикальной операции, при которой удаляются все патологические продукты, не оставляет сомнения в преимуществе этой последней, что особенно важно для больных, относящихся к малообеспеченному классу трудящихся, т. к. при таком образе действия в наиболее короткое время и наиболее совершенно восстанавливается их трудоспособность.

Из деталей хирургического лечения эктопической прервавшейся беременности мы прежде всего хотели-бы несколько остановиться на вопросе об удалении излившейся в брюшную полость крови. На основании нескольких наблюдавшихся нами случаев мы склонны примкнуть к мнению авторов, усматривающих особую опасность в оставлении в брюшной полости кровяных сгустков, которые, помимо их значения, как питательного материала для микробов, повидимому, обладают известного рода токсичностью. Стремление достичь полного высушивания брюшной полости от жидкой крови мы не считали-бы рациональным, ибо оно в конце концов невыполнимо и могло-бы быть до известной степени выполнено лишь с большой травмой брюшинного эндотелия. Здесь мы хотели-бы указать на тот способ обработки брюшной полости при внутренних кровотечениях, на который за последние годы вновь обращено

внимание рядом авторов, — мы разумеем здесь орошения физиологическим раствором поваренной соли с оставлением части раствора в брюшной полости, как это вновь предлагают Rick и Sippel (Zentr. f. G., 1922, №№ 22, 37). Murat Willis (Surg., гynec. a. ob. XXXIII, № 4) тоже высказывается за подобный образ действия и приводит к тому экспериментальные обоснования. В клинике проф. В. С. Груздева долгое время такой *modus* и был принят при чревосечениях по поводу внутренних кровотечений, и экспериментальное обоснование этого метода было положено работой покойного нашего товарища д-ра Нагевича (Сб. в честь проф. Груздева, 1917) задолго до упомянутых выше авторов. Исследования Нагевича показали, что промывания брюшной полости особенно пригодны именно в тех случаях, где дело не идет о загрязнении брюшины вирулентной инфекцией, как это и имеет место при внутренних кровоизлияниях. Оставление теплого изотонического раствора в брюшной полости является хорошим средством против явлений шока, оно способствует быстрому обратному всасыванию оставшейся крови, заменяя таким образом не получившую широкого практического значения реинфузию крови, наконец, оно, несомненно, уменьшает образование сращений. Все изложенное заставляет нас думать, что метод „влажной“ обработки брюшной полости при внутренних кровотечениях в связи с трубной беременностью, оставленный под влиянием современных направлений в брюшной хирургии, может быть, действительно для ряда случаев заслуживает быть вновь введенным в практику, как это и указывают вышеприведенные авторы.

В вопросе об отношении при операции ко второй, небеременной трубе мы держимся того мнения, что принципиально удалять вторую трубу из опасения повторной трубной беременности, как это делают некоторые операторы, не следует. Мы приступаем к удалению второй трубы лишь в тех случаях, когда она несет в себе явные признаки таких изменений, которые дают серьезные основания опасаться возникновения на почве их повторной трубной беременности. При полной почти невозможности для нас следить за дальнейшей судьбой наших оперированных мы не в состоянии привести статистических данных о дальнейшей их детородной деятельности и в частности установить у них частоту нормальной и повторной трубной беременностей. В этом отношении мы принуждены ограничиться лишь указанием, что повторную трубную беременность после произведенных нами операций мы могли зарегистрировать три раза, тогда как нормальные роды впоследствии у наших оперированных мы могли наблюдать восемь раз.

Из остающихся неразобранными случаев нашего материала 7 случаев относятся к растущей трубной беременности в первой половине ее развития, 10 случаев — ко вторичной брюшной беременности во второй ее половине и один случай — к доношенной трубной беременности. Из 7 первых случаев один раз операция была сделана путем задней кольпотомии; удалить плодместилище целиком при этом не удалось, и случай протекал очень длительно, с медленным отделением плаценты и частей стенок плодного мешка. Остальные 6 случаев оперированы *per abdomen* и дали вполне гладкое течение. Среди 11 случаев эктопической беременности во второй половине, один раз мы имели дело с доношенной брюшной беременностью с живым плодом, свободно располагавшимся в брюшной

полости (случай описан М. С. Малиновским), и один случай доношенной трубной беременности без разрыва трубы (случай описан Ханиной-Гайдук). Остальные случаи представлялись в виде вторичных брюшинных беременностей сроком от 4½ до 8 мес. с плодами, находившимися в оболочках, более или менее сильно сросшихся с органами брюшной полости. Благодаря тому, что плаценты во всех случаях местом своего прикрепления имели трубу или ее остатки, плодоеместилище каждый раз могло быть сравнительно легко удалено *in toto*. Лишь однажды, вследствие обширности сросдений, потребовалась ампутация матки. В одном случае содержимое плодоеместилища на VIII месяце, повидимому, интерстициальной беременности оказалось гнилостно разложившимся. Все эти случаи оперированы путем чревосечения. Дважды применен дренаж по Mikulicz'u и один раз—через влагалище. В одном случае с гнилостным разложением плодного яйца наступил *exitus letalis*, один раз наблюдался длительный пиелит и один раз—нагноение кожной раны.

Итак, если кратко резюмировать результаты, полученные нами при лечении случаев трубной беременности, то прежде всего следует признать, что наиболее полное восстановление анатомических отношений и в наиболее короткий срок получается при радикальном хирургическом вмешательстве с удалением всех патологических продуктов.

Что касается первичной операционной смертности и количества послеоперационных осложнений, то они оказываются наибольшими для случаев „острых“, с тяжелыми явлениями и последствиями внутреннего кровотечения, для коих процент смертности равен 4,1%; для лапаротомных операций, произведенных не в острых случаях, смертность определяется в 3,8%, для операций во второй половине беременности она равна 9% (1 смерть на 11 операций) и для случаев растущей беременности она равна 0. Изучение случаев, оперированных в порядке экстренности, заставляет придти к заключению, что более тяжелое течение послеоперационного периода зависит здесь не от того, что больные идут на операционный стол без всякой подготовки и в состоянии шока, а потому, что они крайне ослаблены обильным внутренним кровотечением.

К клинике и патогенезу кожных рентгеноповреждений *).

И. А. Левина.

Вслед за открытием Röntgen'ом x-лучей медицина не замедлила использовать их для диагностических целей; случайные повреждения при их применении привели к мысли пользоваться ими, как могущественным терапевтическим фактором при ряде заболеваний; случайное выпадение волос при их применении вызвало к жизни рентгено-эпиляцию, случайные повреждения нормального яичника привели к рентгенотерапии меноррагий и миом, поражение яичек обосновало подавление рентгеновскими лучами *potentio generandi* при сохранении *potentio coeundi* и т. д.

Рентгенодиагностика и рентгенотерапия предъявляют большие требования к рентгенологу, — подводя научное обоснование под действие этого могучего фактора на организм, он нередко подвергается серьезной опасности: помимо профессиональных повреждений, многие пионеры в этой области от *Albers'a Schönberg'a* до еще свежей жертвы, *Bergonier*, поплатились жизнью за попытки вырвать у природы ее тайны на службу человеку.

Еще более должен быть осторожен рентгенолог по отношению к больному, который вручил ему свое здоровье, — x-лучи небезразличны, их лечебная и вредящая дозы нередко лежат близко друг к другу, и погоня за устранением какого-либо косметического недостатка, напр., усов и бороды у женщин, нераз влекла за собой стойкую атрофию кожи и развитие телеангиэктазий.

При применении x-лучей, кроме общих побочных явлений, особенно при облучении больших областей кожи, наблюдаются местные. *Gauss* впервые описал клиническую картину общего рентгенокатагара, — общей ранней реакции по *Kienböck'u*, — припадками которого являются головная боль, тяжелая тошнота и длительная рвота; это мучительное состояние длится иногда дни и недели, неся с собою серьезную опасность, впрочем, лишь у кахектичных карциноматозных больных. *Warnekross*, *Wintz* и др. пыгаются объяснить эти явления влиянием ядовитых газов, развивающихся в рентгеновском кабинете, *Rieder* — электрической нагрузкой туловища, *Miescher* — неправильной секрецией эндокринных желез, особенно при непосредственном их облучении (*Henri* и *Hirsch*), *Czera* и *Hogle* — болезненным состоянием печени, *Ma-*

*). Доложено в заседании Научн. Общества врачей при Медфаке Н.Г.У.
15/1 1926 г.

meister установил при рентгенокатарре изменения дисперсности коллоидов сыворотки, как при солнечном ударе и сывороточной болезни; наконец, Holz knecht объясняет его нарушением осмотического равновесия в организме.

В 1925 г. Polgar описал, как результат освещения жесткими х-лучами, гиперэмию, одутловатость, распад лейкоцитов, мозговое раздражение, рвогу, головную боль, 1—2-дневную лихорадку и особое поражение слюнных желез, которые распухают и перестают вырабатывать секрет, что вызывает затруднение жевания и глотания; восстановление функции желез требует недели.

Еще более часты и более важны побочные местные поражения. С трудом поддаваясь лечению, они являются тяжелым крестом для больных, но, пожалуй, меньшим также для дерматолога и хирурга, к которым раньше всего больные обращаются за помощью, не говоря уже про рентгенолога, в котором сам больной и его ближние, а подчас и практикующие врачи, видят единственного виновника этих страданий. Ряд подобных случаев и нам пришлось наблюдать с марта 1925 г., причем во всех их больные подвергались рентгенокоспии, производимой по поводу заболевания желудка одной и той же трубкой Coolidge'a. Приведу вкратце наиболее типичные и более длительно прослеженные из этих случаев.

I. Больной Д., 37 л., заболел в конце января 1925 г., через 2 недели после рентгенокоспии. На пояснице, слева от позвоночника, в центре пигментированной рамки в 20×10 сант.—темнокрасная папулезная сыпь на участке в 3×4 сант.; сильные жгучие боли. Через 3—4 недели на участке папулезной сыпи поверхностная болезненная язва с розовым ободком, с инфильтрированным основанием (ожога 3-й степени). К марту 1926 г. язва еще вполне не зарубцевалась.

II. Больная П., 26 л., в середине января 1925 г. подвергнута рентгенокоспии, во время которой почувствовала колюще, вскоре сменившееся жжением. 9/II, при поступлении в клинику, в центре пигментированной рамки на пояснице, слева от позвоночника,—участок, частью липенный эпидермиса, частью покрытый группой пузырьков с серозно-гнойным содержимым. Зуд, жжение, резкие боли (ожога 2-й степени). Через месяц полная эпителиализация, боли прекратились, прощупывается лишь незначительный инфильтрат. В настоящее время (март 1926 г.) чувствует себя здоровой.

III. Больная К., 42 л. Через 3 недели после рентгенокоспии, в феврале 1925 г.,—боли, краснота и сыпь на пояснице слева от позвоночника; лечилась 4 месяца в одной из амбулаторий, все зажило, но в сентябре рецидив болей. При осмотре—центр обычной величины пигментированной рамки на участке 3×1 сант. лишен пигмента, слегка инфильтрирован, болезнен. В феврале 1926 г. инфильтрат еще держался, боли временами рецидивируют.

IV. Больной Г., 17 л., в начале января 1925 г., через 10 дней после рентгенокоспии, стал страдать болями в спине. При осмотре 13/III, на пояснице слева от позвоночника—обычная пигментированная рамка, в центре которой, на желтоватой, как-бы рубцовой измененной поверхности в 12×10 сант. величиной плоская, болезненная язва с инфильтрированным основанием, ограниченная неправильной, изломанной розово-красной каймой, к периферии становящейся более розовой; язва обнаруживает ясную тенденцию к прогрессированию вглубь. 19/IV 1925 г. экскривировали. К 4/III 1926 г. полного заживления еще нет. Микроскопическое исследование (И. И. С е н ю т к и н): в окружности язвы гиперкератоз; под эпителием вялый воспалительный процесс пролиферативного характера; отсутствие потовых желез и волос; по краю язвы—разрастание эпителия, который, как-бы не встречая соответствующих условий на поверхности язвы, проникает отростками вглубь между соединительнотканными волокнами; язва покрыта тонким слоем гнояного налета, под которым расположены гиалинизированные, частью распадающиеся, соединительнотканнные волокна; гиалиноз соединительнотканнных волокон заметен и в глуп-

боких слоях; adventitia сосудов гиалинизирована, сильно утолщена почти до полной облитерации сосуда; в капиллярах резкая пролиферация эндотелия, ведущая местами к закупорке просвета.

V. Больной А., 36 л. Рентгеноскопия 5/II, через 3 дня после нее зуд, жжение и сыпь на пояснице слева от позвоночника. 10/II в центре пигментированной рамки папулезные эффоресценции красно-фиолетового цвета, болезненные; вскоре на их месте образовалась поверхностная, болезненная язва с половиной игральной карты величиной, со слегка инфильтрированным основанием и с розовым ободком, а к концу июня—поверхностная, с вялыми грануляциями, язва с серебряный рубль величиной; инфильтрат и болезненность по прежнему; с середины июля, при повышении 1^0 и красноте, более резкий распад язвы, и к 20/VII язва с ладонь величиною, с гангренозной поверхностью, с узким красным пояском по периферии; сильные боли; к августу—грануляции вялы, бледны, покрыты налетом, боли меньше, намек на эпителиализацию; 23/IX больной уехал в Москву, причем, по имеющимся сведениям, процесс у него не ликвидирован и до сих пор (февраль 1926 г.)

VI. Больной В., 30 л., рентгеноскопирован в конце января 1925 г. В начале марта легкие жгучие боли и краснота поясницы; в дальнейшем, при усилении зуда и болей, краснота стала синебагровой, через неделю отстала темножелтого цвета кожаца, и в нижней части области красноты появилась язвенная поверхность с ладонь величиною, которая, уменьшаясь в размерах, стала углубляться. 14/IX (время начала нашего наблюдения) — на пояснице, в области нижнего грудного и двух верхних поясничных позвонков, слева от позвоночника, в центре пигментированной рамки 25×15 сант. величиною имеется язва в $7 \times 3\frac{1}{2}$ сант. размерами, с инфильтрированным, покрытым распадом дном; края ее ровны, гладки, плотны; по периферии язвы, за исключением левого края, имеется красноватого цвета ободок в $1-1\frac{1}{2}$ сант. шириной, за ободком—серовато-коричневого цвета пояс. Слева у края язвы прощупываются два плотных узелка. Боли интенсивны, мешают двигаться, спать; больной сильно истощен. К 15/XI вокруг язвы ободок в 4 мм., красновато-фиолетового цвета, края язвы слегка приподняты, покато спускаясь на глубину 6 мм. к неровному, открытому дну, центральные участки которого покрыты вялыми, бледно-розовыми, с гнойным отделением грануляциями; справа внизу язвы некротический стержень клетчатки неправильной треугольной формы, темно-зеленого цвета. Боли жгучи, иррадируют в бок и живот. 9/I 1926 г. иссечение язвы в области здоровых тканей и пересадка лоскутов на широкой ножке.

VII. Больной М., 37 л., рентгеноскопирован 5/I 1926 г., через 3 недели после того колотье и жжение в пояснице, через $1\frac{1}{2}$ недели мокнущие места и вскоре поверхностная язва, к апрелю заэпителиализовавшаяся; в октябре на месте рубца корочка, вскоре изъязвившаяся, 14/IX на лишенной пигмента поверхности—с 15 коп. монету язвочка, дно которой покрыто желтоватыми, вялыми грануляциями, края неровны, с розовато-красным ободком. Резкие боли, бессонница, язва обнаруживает явную тенденцию к распространению вглубь и по поверхности. К 19/XII она 4×3 сант., края плотны, подрыты, извилисты, с красным ободком; в центре язвы налет желтовато-сальный, по краям—грязно-серый.

VIII. Больная К., 33 л., подвергалась рентгеноскопии 8/II. Через 3—4 недели зуд и поверхностная, мокнущая язвочка на пояснице, вскоре зажившая, но к 23/XI вновь образовавшаяся. Язва в 20 коп. монету величиной, расположена на пояснице слева от позвоночника, на лишенном пигмента участке кожи в 4×4 сант. величиною, края ее ровны, дно покрыто желтовато-белым дифтеритическим налетом; вокруг язвы красный ободок с едва заметной припухлостью; боли резки.

IX. Больной З., 38 л. 12/I рентгеноскопия, 12/II на пояснице, слева поверхностная язва с серебряный рубль величиною, с сальным дном, с неровными краями; кожные покровы вокруг язвы красны, отечны. Постепенно язва эта зажила, но к 15/VI, при болевых ощущениях на пояснице слева, на лишенном пигмента атрофическом участке кожи, в 12×8 сант. величиною, появились 2 болезненные язвы в 2×3 сант. и $3\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ сант. поверхностью, около 1 сант. глубиной, окруженные красной, слегка инфильтрированной каймой в $\frac{1}{2}$ сант. шириной; дно некротизировано, с серо-желтым, сальным налетом; кое-где отечные грануляции. К 14/VIII число язв такого же характера увеличилось, и проявилась тенденция их к слиянию. К 18/VIII у больного имелась одна ландкартообразная язва в 8×3 сант. Под влиянием диатермии боли успокоились. Язва стала покрываться эпителием, но в январе 1926 г. дно язвы стало опять распадаться, хотя и без болей.

X. Больная Н., 26 л., подвергалась рентгеноскопии в начале января, недели через три после того на пояснице слева болезненная краснота и изъязвление. За

5 месяцев язвы то очищались, причем отходили некротические массы, и появлялись бледные грануляции, то снова распадались. К 15/VI слева от позвоночника участок измененной кожи в 25×15 сант. величиною и в центре его язва с подрытыми краями и грязно-зеленым налетом на дне; по краю язвы красная полоса, как-бы нежный рубец, покрытый эрозиями; боли мучительны, успокаиваются лишь от наркотических. К середине сентября язва очистилась, грануляции стали более розовыми, язвенная поверхность уменьшилась, благодаря эпителиализации с периферии, но в октябре на грануляциях снова появился беловатый налет. К 2/XII язва уменьшилась до 6 сант. в диаметре и $\frac{3}{4}$ сант. в глубину; в центре ее грануляции, но в верхней части—дифтерийный желтоватый налет; с краев идет эпителиализация.

Биологическое влияние х-лучей было прежде всего изучено на коже, ибо первые диагностические и терапевтические работы с мягкими лучами, применявшимися без дозировки и без фильтра, давали для этого богатый материал; впрочем и теперь патолого-биологический материал этого рода не составляет редкости всюду, где только широко пользуются х-лучами. Кроме того изучению биологического влияния х-лучей много содействовали экспериментальные исследования на животных, произведенные Holz knecht'ом, Kienboeck'ом, Baermann'ом и Linsler'ом, Elis'ом, Gassman'ом, Dietrich'ом, Unna, Rost'ом и др.

Различают, два рода рентгеновских повреждений кожи: 1) острые—после однократного или концентрированного во времени многократного применения х-лучей; в дальнейшем они часто приобретают хронический характер; 2) хронические—при длительном, продолжающемся годами, пользовании небольшими дозами х-лучей; эти повреждения наблюдаются обычно у работающих в рентгеновских кабинетах.

Мы не будем останавливаться на наблюдающемся иногда под действием х-лучей выпадении волос, если только они потом отрастают. Не имеет большого значения и неожиданно появляющаяся иногда даже после незначительных доз лучей стойкая пигментная окраска открытых частей тела, особенно хорошо заметная при боковом освещении, где обычно идет речь об особой склонности, идиосинкразии данного субъекта отлагать пигмент при любых благоприятных условиях. Наконец, и наступающую иногда даже при ничтожных дозах предварительную реакцию“ (Holz knecht) или „раннюю эритему“ (Köller) надо отличать от собственно-рентгеноповреждений: краснота облученной кожи, жжение, болезненность, нарушение общего самочувствия наступают здесь скоро, уже в первые 24 часа, и скоро же, самое позднее—через пару дней, все явления исчезают. Завися от интенсивности, а не от величины дозы, эритема эта, повидимому, не связана с собственно-рентгенореакцией, и сила ее соответствует силе последней. Kienböck, различая две формы ранней реакции—поверхностную и глубокую, припухание освещенных желез,—видит в ней местный аналог общей реакции, т. е. рентгенокатарра, или ранней реакции крови, т. е. лейкоцитоза.

Ранняя реакция может впрочем иногда иметь и практическое значение; так, напр., набухание *gl. thymus* при ее облучении может вызвать затруднение дыхания, а попадание в круг кровообращения, в опасной концентрации, токсинов при облучении псевдолейкемической опухоли или резко выраженного базедовского зоба может вызвать серьезные припадки отравления.

Если кожа подвергалась более сильному влиянию рентгеновских лучей, то последние вызывают в ней изменения—обыкновенно после „скрытого“ периода, который может иметь различную продолжительность.

от нескольких дней и недель до нескольких месяцев, даже лет. В случае Darier, напр., язвенный процесс развился через 6 месяцев после облучения и в 5 месяцев зарубцевался с тем, чтобы через 11 лет, без повторного освещения, опять рецидивировать; в случае Törok'a скрытый период длился 2 года, в случае Mats'a—9 лет, в случае Porter'a—даже 17 лет.

Клиническая картина рентгеноповреждений аналогична с наблюдаемой при влиянии на кожу высокой t^0 , почему они и получили название рентгеноожогов. Kienböck, Holzknacht, Gochts делят их на 3 или 4 резко ограниченных, переходящих одна в другую, степени.

Первая степень—через 3, приблизительно, недели после облучения развиваются слабые явления воспаления: шелушение и выпадение волос с последующей пигментацией освещенного участка. Исход всегда—*restitutio ad integrum*.

Вторая степень—через 2 недели после облучения, при жжении, зуде, напряжении и выпадении волос, появляется бледно-розовая, мелкопятнистая краснота; пятна эти быстро сливаются, и кожная поверхность становится темно-красной или фиолетовой, слегка инфильтрированной (*dermatitis erythematosa*); через 1—4 недели, при шелушении верхних слоев, краснота исчезает, оставляя пигментацию. В дальнейшем чаще—полное выздоровление.

Третья степень—через неделю после освещения развивается почти сине-красного цвета эритема, затем то рассеянные, то сгруппированные, с склонностью к слиянию, пузырьки с серозным содержимым (*dermatitis bullosa*); основание пузырьков темнокрасно, зернисто, лежит ниже уровня здоровой кожи; обратное развитие с эпителиализацией требует многих недель, причем пигментация остается надолго. Раньше или позже, после кажущегося заживления, могут наступить затем—кожная, иногда пигментная атрофия, расширение сосудов и некрозы.

Четвертая степень характеризуется тем, что уже через несколько дней после освещения на темной эритематозной поверхности, при ощущении жара и боли, появляются серозные и серозно-гнойные пузыри; дно этих пузырей после лопания их гладко или слегка зернисто, края слабо-покаты, образующиеся язвы бывают разнообразной конфигурации и величины, с малым количеством отделяемого. Вскоре дно пузыря покрывается плотно приставшим, желтовато-красным, дифтерито-подобным, лаковидным налетом; при дальнейшем распаде дна получается глубокая язва с серым или коричневато-черным струпом, по отпадении которого иногда обнаруживаются подлежащие апоневроз, мышцы, надкостница. Развитие язвенного процесса обычно сопровождается лихорадочными движениями, но особенно характерны для него: 1) исключительная болезненность—жгучие, рвущие, стреляющие, лишающие сна боли, 2) прогрессирующее ползучее течение и 3) ничтожная тенденция к заживлению. Нужны месяцы, а иногда и годы для рубцевания этих язв, причем кожа вокруг рубцов остается атрофичною, с расширенными сосудами, а иногда бывает пигментирована в дальнейшем рубцы эти, иногда долгое время спустя, без видимой причины могут снова изъязвляться.

Боли при рентгеновских язвах иногда бывают так сильны, так мучительны, что вызывают тяжелые психозы и депрессии, иногда ведущие к самоубийству (2 случая Krause).

Чем больше была дана доза х-лучей, тем раньше обнаруживаются повреждения, тем длительнее бывает их течение и тем значительнее изменения, причем нет нужды, чтобы вся доза была отпущена в один сеанс,—при повторных слабых освещениях, близко расположенных во времени, возможна кумуляция.

Первую рентгеноязву демонстрировал Lassar в 1898 г., вскоре после открытия х-лучей. В дальнейшем ряд тщательных патолого-гистологических исследований рентгеноповреждений,—исследований, проверенных экспериментально,—выяснил полностью клиническую картину и патогенез страдания. В своем изложении мы будем придерживаться данных Rosta, Petersen'a, Hellman'a, Fahr'a, Miescher'a и Schreus'a.

В тех случаях где нет еще собственно язв, а лишь микроскопические изменения (гиперпигментация), эпидермис чаще бывает сужен; реже слой его нормален или даже утолщен, гиперпигментирован; ядра клеток обычно нормальны, реже представляются набухшими; благодаря слизистым вакуолам, они резче выступают. При язвенном процессе эпидермис, особенно вблизи краев язвы, представляется сильно утолщенным, часто лишенным пигмента; в клетках, особенно рогового слоя, наблюдаются гнездные дегенеративные изменения — пикноз или вакуольное превращение ядра. В базальном слое, клетки которого, как наиболее способные к пролиферации, обладают, по закону Bergonier-Tribondeau, наибольшею чувствительностью к х-лучам, первые изменения обнаруживаются даже при малой дозе, иногда уже на 5-й день. В этом слое, как и в шиповатом, образование новых клеток нарушено, но продолжает идти своим чередом превращение клеток шиповатого слоя. Зернистый и роговой менее чувствительны к лучам, но постепенное естественное шелушение рогового слоя ведет к утончению и его. Таким образом получается атрофия верхних слоев кожи при почти неизменном роговом слое. Регенерация при этом возможна даже при тяжелых повреждениях, из части оставшихся неповрежденными базальных клеток; но чаще атрофия остается, и лишь как исключение наблюдается иногда утолщение эпидермиса.

В собственно-cutis при микроскопической гиперпигментации часто наблюдаются уменьшение и побледнение фибробластов, утолщение стенок сосудов и периваскулярный инфильтрат, набухание и увеличение эндотелия капилляров, исчезание нервных волокон, слизистое набухание их ядер, увеличение неподвижных клеток, пикноз или гипертрофия с вакуолизацией ядер жировой ткани, атрофия паренхиматозных клеток, слизистое или гиалиновое перерождение основного поддерживающего вещества потовых желез, изредка гомогенизация и превращение в отломки соединительнотканых волокон. При язвенном процессе в cutis имеют место отек, более или менее выраженный воспалительный инфильтрат из лейкоцитов, круглых и плазматических клеток в сосудах сосочкового слоя, а при более высоких дозах — и в сосудах сетчатого; наряду с воспалительным инфильтратом стенок пролиферация, иногда с вакуольным перерождением, эндотелиальных клеток; эластические волокна сосудов иногда бывают сильно утолщены, часто наблюдается значительное расширение капилляров, особенно в сосочках; фибробласты и ядра часто бывают резко увеличены, то бедны, то богаты хроматином, между волосными луковичами и сосочками констатируется отек.

Первая реакция в *corium*'е обнаруживается, при экспериментах, со стороны фибробластов и эндотелия капилляров, сообразно их чрезмерной пролиферационной силе; иногда ее можно бывает подметить уже на 5-й день, после облучения даже незначительной дозой. Для реакции со стороны эндотелия средних и крупных сосудов и менее чувствительных коллагенной и эластической соединительной ткани, мышц и нервов нужны более сильные дозы. Воспалительный отек вызывает набухание и раздвигание соединительнотканых балок, припухание сосочков, приподнятие эпителии, расширение межэпителиальных соковых канальцев эпидермиса вплоть до образования серозных, а при выходе лейкоцитов — и гнойных пузырьков. Припухание сосочков и отверстий фолликулов ведет к образованию выдающихся над уровнем кожи красных маленьких папул, — предварительная ступень острой рентгено-эритемы.

Miescher, а затем Schreus, при помощи особой шкалы красноты, клинически и экспериментально установили волнообразное течение рентгеновской эритемы — т. наз. „ритмический феномен“ Miescher'a. Наряду с двумя первыми волнами — ранней, наступающей в первые 24 часа, и главной — между 10-ю и 20-ю днями, они наблюдали 3-ю (а в исключительных случаях и 4-ю) волну, часто самую сильную, на 30—45-й день, причем вслед за максимальной краснотой шли деструктивные изменения — пузырчатый дерматит. Волны эти развивались изолированно, но при сильной реакции так близко отстояли друг от друга, что отдельные фазы стирались. Кривая пигментации была аналогична кривой красноты, как правило, следуя за ней.

Обычно через день после экспериментального освещения (1-я волна) в эпидермисе имеют место лишь незначительные изменения, именно, попадаются патологические митозы, в *corium* же — явления воспаления: расширение сосудов, круглоклеточковая инфильтрация вокруг них и, как правило, более или менее богатое пронизывание потовых желез и отчасти волосных мешков многоядерными лейкоцитами.

На второй неделе рука-об-руку с новой вспышкой красноты (2-я волна) клетки эпидермиса, благодаря патологическому амитотическому делению ядер, становятся полиморфными, многоядерными, содержат 2—3 нормальных или, чаще, рудиментарных ядра. В *cutis* образуется незначительный воспалительный инфильтрат, выступают набухание и многоядерность фибробластов, эндотелия и клеток потовых желез.

В таком виде изменения держатся до 5-й недели, когда эпидермис прогрессивно истончается, и наступают дальнейшие его дегенеративные изменения — водянистое набухание, внутриклеточковый отек и распад отдельными участками. Вслед за распадом начинается усиленная регенераторная деятельность, — вероятно, из менее пострадавших клеток, причем снова появляются настоящие митозы, многоядерные клетки исчезают, эпидермис нередко гиперкомпенсаторно утолщается. Явления эти, характерные для начала 3-й волны, выступают еще резче на высоте ее и после нее, причем те же изменения отмечаются в эндотелиальных и мышечных клетках сосудов, а также в жировых клетках. Гипертрофия и гидропическое набухание, особенно же многоядерность клеточных элементов соединительной ткани, или скудость ядер, как результат уменьшения способности к делению, могут встречаться еще много месяцев после освещения, чем объясняется понижение качества ткани, — реакция мезодермы вяла, но более длительна.

Многоядерность, благодаря амитотическому делению, патогномична, по Miescher'у, для рентгеноэритем и рентгеноповреждений; в столь же сильной форме она проявляется лишь при преканцерозных и карциноматозных процессах. Schreus это патологическое деление не ставит в безусловную связь с волной красноты; он находил амитозы при рентгеновских кератозах с годичною давностью,—следовательно, патологическое деление тянется и во все время реакции. Поражение ядер, а не протоплазмы клеток, как одно время думал Уппа, является морфологическим выражением их качественных изменений, в которых заложены данные для поздних повреждений.—неустойчивость пораженного зародышевого слоя длится годами, передаваясь и дочерним клеткам. Fahr, указывая, что изменения кожи при рентгеноповреждениях многообразны, и что микроскопические изменения при них не всегда идут параллельно макроскопическим, заявляет, что патогенез рентгеноповреждений не лежит в повреждении одной какой-либо ткани, напр., сосудов или нервов, так как они непостоянны, но его надо искать в качественном ухудшении клеток всех слоев, обращая лишь сугубое внимание на сосуды и помня, что взаимная зависимость всех компонентов кожи создает в развитии этого повреждения *circulus viliosus*: рано возникающее, даже после малых доз, стойкое повреждение эндотелия капилляров, долго не поддающееся восстановлению, нарушая питание, усиливает первичные повреждения клеток кожи (Baermann и Linsler считают впрочем их вторичными); последние могут выровняться, а поражения эндотелия еще продолжают существовать, чем объясняются те случаи, когда повторное облучение на вид уже здоровой кожи может вызвать, несмотря на малую повторную дозу, тяжелые, глубоко идущие рентгеноповреждения.

Любое дополнительное раздражение,—химическое, термическое, физическое (повторное облучение), механическое (трение, давление, толчек, операция) и бактериальное,—может выявить этот „скрытый нарыв“, развившийся при получении дозы на 20% выше нормы, или превратить имеющиеся рентгеноповреждения в более тяжелые, причем в развитии язв, кроме пониженной сопротивляемости тканей, играют, по мнению Brocq'a, важную, если не самую главную, роль микроорганизмы. По существу здесь—не латентность, это лишь невидимая для невооруженного глаза фаза реактивного процесса, становящаяся видимой после более или менее длинного интервала, который могут укоротить вышеперечисленные привходящие обстоятельства. В самом деле, капилляроскопия уже вскоре после облучения отмечает еще ничем не проявляющееся на коже изменение тонуса сосудов.

По Heinsche, Pertes'у, Wassermann'у открытый период, различный у разных клеток, более короткий при мягких лучах более длинный—при жестких, в среднем же равный 5—25 дням, зависит от геноцепторов ядра, тогда как нутрицепторы страдают меньше. Страдание проявляется тогда, когда функционирующая генерация клеток отмирает, а из за повреждения геноцепторов нет замены клеток. Если же доза х-лучей сильна, то сразу повреждаются и нутрицепторы ядерной субстанции, клетки быстро гибнут, наступает их распад почти без скрытого периода.

Эритема может получаться как при работе мягкими лучами, так и жесткими, с фильтром или без фильтра; жесткие лучи лишь меньше

адсорбируются кожей, почему для получения эритемы ими приходится дольше освещать. Допускали прежде, что при нормальных условиях здоровая кожа одинаково чувствительна к х-лучам, причем индивидуальные колебания не превышают 10—20%, и лишь у патологически измененной кожи они достигают 30—40% в обе стороны; отсюда и эритемная доза, как основа дозировки х-лучей; считали только, что кожа тыла кистей и стоп, спинки носа, лба, крестца,—вообще, быть может, всех частей, где кожные покровы лежат близко к кости, а также кожа промежности и половых органов, более чувствительна. За последнее время, однако, Miescher и др. установили, что предел доз, от которых наступает эритема, значителен,—что один пациент быстро реагирует сильной краснотой, а иногда ожогой, на дозу, которая у большинства даже долгое время спустя не вызывает никакой эритемы,—что, следовательно, человек не химический реагент, установленный на определенный эффект.

Влияния цвета кожи, волос и наследственности на чувствительность к х-лучам подметить не удалось. Что касается возраста, то, в то время, как Schäl не мог установить большей чувствительности у грудных детей и детей старшего возраста, допуская даже, что первые как будто меньше чувствительны, чем взрослые,—большинство исследователей, в том числе Holfelder, Reifferscheid и Schugt, Rost, Blumental и Schreus и др., полагают, что кожа детей с ее живой регенераторной способностью более чувствительна к х-лучам, чем кожа взрослых,—до 2-х лет в 3—4 раза, а до 10 лет—в 2 раза. Поэтому названные авторы советуют быть осторожным с применением рентгенизации до периода возмужалости. У страдавших базедовой болезнью, нефритом, сахарным мочеизнурением, сифилисом, туберкулезом, гипертонией при повышенной раздражимости сосудистой системы, чешуйчатым лишаем, экземой и целым рядом других кожных болезней чувствительность к х-лучам также повышена, и реакция получается уже при 60—80% эритемной дозы. Равным образом при расстройстве эндокринной системы Naas наблюдал выпадение волос уже от 1/2 обычной эпиляционной дозы.

Гиперэмированная, обильно снабженная кровью кожа дает усиленную—иногда в два раза—реакцию, анэмичная—в 2 раза ослабленную. Поэтому у женщин с т. наз. тифановским цветом лица иногда наблюдается сильная чувствительность к х-лучам, а кахектичные особы часто бывают удивительно мало чувствительны к ним, причем разница в чувствительности может доходить до 80%. Рубцовая кожа, как плохо питающаяся, и атрофическая кожа стариков в общем легче дают рентгеноповреждения. Кожа, подвергнутая воздействию тепла, ультрафиолетовых лучей, иода, аммиака, ртути, пирогаллола, кантаридина, резорцина, салициловой кислоты, серы, хризаробина, β -нафтола, мази из шарлаха, по мнению многих, также легче реагирует эритемой.—здесь, повидимому, имеют место суммирование раздражений и повышенная готовность сосудистой системы к реакции. Отмечают и обратное действие,—освещенная х-лучами кожа хуже переносит вышеперечисленные вещества; особенно плохо при начинающихся рентгеноповреждениях переносятся иод и боровская жидкость. Не без влияния на чувствительность к х-лучам остаются также введение в организм, per os или внутривенно, сальварсана, ртути, иода, брома, висмута, энцитола (продукт расщепления хинина), длитель-

ные приемы маляриками хинина, а у детей впрыскивания антидифтерийной сыворотки. Вообще ряд внутренних и внешних причин, повидимому, в состоянии сенсibilизировать кожу к рентгеновским лучам, но это—сенсibilизация количественная, а не качественная. Это—не идиосинкразия, когда в редких (Wetterer) случаях при освещении х-лучами получается рентгеновая экзантема. Поражения слизистых от х-лучей аналогичны кожным.

Особую форму позднего кожного повреждения х-лучами при работе с цинковым фильтром описал недавно Jungling под названием „хронического индуративного кожного отека“—плотное безболезненное опухание кожи и подкожной клетчатки, обычно на шее и на подбородке, в зависимости от повреждения лимфатических путей, а по Muhlman'у—от хронического воспаления жирового слоя подкожной клетчатки; через несколько месяцев поражение это бесследно проходит. Вторая форма, заслуживающая упоминания,—это хроническое повреждение у лиц, подвергающихся длительному воздействию небольших доз х-лучей, кожи чаще кистей рук, реже лица,—т. наз. „рентгенодистрофия“. Первые проявления ее разнообразны: наблюдаются припухание и краснота кожи, сухость и ломкость ее, выпадение волос, даже пушковых, изменение пигментации, нарушение роста ногтей; одновременно больные испытывают зуд, жжение и ощущение напряжения; позднее, благодаря атрофии слюнных желез, кожа теряет эластичность, делается сухой, ломкой, легко рвется, дает болезненные трещины—входные ворота для вторичной инфекции; на ногтях появляются продольные борозды, ногти делаются ломки, наступает ороговение ногтевого лжа; на тыле пальцев замечается расширение сосудов, иногда очень болезненные мозоли, бородавки, гиперкератоз; затем дело доходит до медленно развивающихся и еще более медленно заживающих язв. Кисть становится бесформенной, кожа и ее придатки атрофируются,—она тонка, морщиниста, старособразна, на ней выступают телеангиэктазии; рубцы, трещины, мозоли и бородавки вызывают ограничение движений и нарушение чувствительности; подобная кожа является удобной базой для развития карцином, обычно со смертельным исходом. Смертельный исход при подобных хронических рентгеноповреждениях наблюдается впрочем и без карциномы, при явлениях апластической анемии (1,500,000 эритроцитов при 20% гемоглобина); такие случаи описали у рентгеноассистентов Bordier, Wetterer, Foveau de Courmelle.

Патолого-гистологическое исследование подобных повреждений, произведенное Uppa, показало равномерное участие в них всех составных частей кожи. Казалось-бы, что столь тщательное изучение биологического влияния х-лучей на здоровую и патологически измененную кожу должно гарантировать врачей от вредного действия последних; однако и до сих пор как в отечественных, так и в зарубежных рентгенологических кабинетах нередки случаи, когда многократная, даже однократная рентгеноскопия вызывает тяжелые язвы. Таковы опубликованные за последние 10—12 лет случаи Bier'a, Dietrich'a, Halberstädter'a, Heiner'a, Iselin'a, Klein'a, Prauter'a, Roninger'a, Schmidt'a, Straus'a, Teichmann'a, Török'a, Tugenreich'a, к 1920 г. относятся сообщения Franqué, Peterson'a и Hellmann'a, к 21 г.—Mortenstein'a, Nogier, к 22 г.—Neu, Schmigelow'a,

к 23 г.—Schreus'a, к 24 г.—Элиашевой, Kreibich'a, Hoffmann'a, Michelson'a, к 1925 г.—Soenhof'a, Matas'a о 2 случаях, Groedel'я и Heinz'a о 7 случаях при кожном и костном туберкулезе. В 1925 г. появилась работа Porter'a. из Бостона—который собрал 107 случаев, в том числе 44 бывших под его личным наблюдением. В том же году Groedel, Liniger и Lossen, из Франкфурта, сообщают о 82 случаях, частью лично наблюдавшихся авторами, частью взятых ими из актов страховых касс; в 21 случае повреждения наблюдались после рентгеноскопии, причем в 1 случае имел место смертельный исход, а в 61 случае, среди которых один также имел смертельный исход, ожоги имели место после рентгенотерапии. Выводы этих авторов,—к которым мы всецело присоединяемся,—что х-лучи коварны, иногда даже очень малые дозы их опасны; раз проделанная эритема от них может дать неприятные последующие явления—пигментацию, атрофию, телеангиэктазии, изъязвления, не говоря уже о понижении граничности кожи к другим раздражениям. Особенно опасную сторону х-лучей составляет то, что, между тем при других агентах, вызывающих на коже подобные же повреждения, точно известны условия, при которых они наступают,—при применении х-лучей измерение их концентрации, восприятие их кожей, надзор за методикой применения представляют такие технические и практические трудности, что условия, при которых развиваются эти повреждения, несмотря на тщательные работы последних 20 лет, все еще остаются неполно выясненными. В одном теперь согласны все выдающиеся рентгенологи,—что ни один случай рентгеноповреждения не может быть объяснен так называемой „идиосинкразией“, и что ожог зависит от лишней для данного участка кожи у данного больного дозы. Но в то время, как Alexander Lorey категорически заявляет, что при правильном выполнении освещения не должно быть рентгеноповреждений, особенно кожных, и что в ожоге исключительно виноват недостаточно подготовленный рентгенолог, Straus предупреждает практикующих врачей от легкомысленных и необдуманных заключений о причинах ожога,—заключений, которые могут причинить вред и тяжело повлиять на работу даже опытных рентгенологов; не всегда, по его мнению, можно свести ожоги на недостатки искусства; даже при правильной дозировке могут быть технические недочеты, дающие несчастные случайности.

Liesk, в 1922 г., защищает даже такую точку зрения, что в каждом рентгенологическом кабинете, особенно если там проводят лечение раков, должен быть известный процент ожогов так же, как имеется известный процент негладко протекающего заживания операционных ран. Holfelder и Müller находят, однако, этот взгляд преувеличенным.—по их мнению, при хорошем надзоре и при достаточных технических, физических и биологических познаниях рентгенолога ожоги должны быть редки, являясь несчастными случаями, и Buszy считает более правильным сравнивать их с несчастными случаями при наркозе.

Наконец, Reifferscheid и Schuyt заявляют, что рентгенолог должен быть хорошо знаком со своим аппаратом и ежедневно должен быть в нем уверен, он должен точно знать предполагаемую к даче дозу, хотя все же повышенная чувствительность кожи может и без вины врача вызвать повреждения. Их вывод,—надо продолжать наблюдать, накапливать

опыт и всесторонне изучать вопрос о рентгеноповреждениях. Мы видим, что тщательные работы выяснили некоторые, но еще не все, условия, при которых возникают последние. Ряд исследователей поплатился не только профессиональными заболеваниями, но и жизнью за попытку вырвать тайну у природы. Мы уверены, что врачебная мысль не успокоится до тех пор, пока не научится высокие терапевтические силы природы доставлять страждущему человечеству в безопасном для него виде.

О наследственности изоагглютинационных свойств крови и судебно-медицинском значении изогэмаг- глютинации при установлении отцовства.

Х. Г. Барского.

Вопрос об изоагглютинации крови, т. е. склеивании эритроцитов животного данного вида сывороткой другого животного того же вида, и закономерность этого явления в современной литературе очень хорошо разработаны в виду того большого интереса, который представляет изучение этого явления для различных областей науки: биологии, антропологии, учении о наследственности, внутренней и судебной медицины, хирургии, акушерства и гинекологии. Особенно большое практическое значение получила в новейшее время изоагглютинационная характеристика благодаря тому обстоятельству, что, как показала практика переливания крови, без предварительного установления принадлежности дающего и воспринимающего кровь лица (донора и реципиента) к той или другой изоагглютинационной группе применение этого терапевтического метода не может иметь места. В связи с этим накопилось большое количество исследований по вопросу о врожденности, наследственности и постоянстве изоагглютинационной закономерности человеческой крови, и ныне следует считать вопрос о постоянстве изоагглютинационной характеристики вполне установленным (Landsteiner, Moss, De Castello, Sturli, Offenberg и Kallisky, Lattes, Schiff, Еланский и Шамов, Вагнер, Шварц и Нимцовицкая, Барский и мн. др.). Прежде, чем, однако, перейти к специальному обзору литературы и изложению наблюдений нашей клиники по вопросу о наследственности изоагглютинационных групп, приведем некоторые общие сведения из учения об изогэмагглютинации.

Впервые изореакцию крови описали Ehrlich и Morgenroth. Подобные же работы были произведены также Ascoli и Schultz'om на собаках. Hadda и Rosenthal'em на курицах. Todd'om на рога-том скоте. Теоретическое объяснение образования изоантител дали Dungen и Hirschfeld, которые находили у собак иммунизоагглютинины после того, как впрыскивали им кровь других собак.

Наиболее важной из относящихся сюда реакций является реакция изоагглютинации. Еще Landois, в 1874 году, указал, что некоторые сыворотки обладают способностью собирать в кучки определенные эритроциты других животных,—как мы теперь выражаемся, агглютинировать их. Но только позднее, именно в 1900 г., было установлено, что

явление агглютинация может происходить при смешивании сыворотки и эритроцитов однородных живогных. Впервые эта способность была обнаружена у человека. Schattock, в Лондоне, в 1900 г. сообщил в Обществе Патологов о том, что сыворотка людей, которые одержимы тяжелыми болезнями, может агглютинировать эритроциты здоровых людей. В том же году некоторые исследователи стали утверждать, что изоагглютинация есть признак заболевания, и что у здоровых людей этот феномен отсутствует (Cannos, Pagnier, Einsenberg, Grigsoni). Другие авторы, однако, заявили, что это явление может наблюдаться — правда, у очень незначительной — части и здоровых людей (Donnath). Третья группа авторов указывала, что сила агглютинации зависит от степени заболевания. Le Lorier и Lecoинte отметили влияние беременности на изоагглютинацию. Наши собственные наблюдения над беременными действительно подтверждают то положение, что агглютинационный титр у большинства беременных очень высок.

Однако положение, что изоагглютинация встречается только у больных, имеет ныне не более, как историческое значение, т. к. Landsteiner, в 1901 г., доказал, что изоагглютинация свойственна большинству нормальных людей. При этом, подметив определенную закономерность в этих свойствах, Landsteiner подразделил всех людей на три группы. Впоследствии опыты Landsteiner'a были повторены и дополнены большим числом авторов, причем некоторыми из последних было отмечено, что среди исследуемых лиц находятся такие люди, которые по изоагглютинационным свойствам своей крови не могут быть причислены ни к одной из указанных Landsteiner'ом групп.

В 1907 г. Janski, а в 1910 г. Moss независимо друг от друга установили четвертую группу. В 1921 г. Американский Медицинский Конгресс для установления единообразия классификаций принял схему Jansk'ого и признал ее официальной. В виду, однако, того, что еще до самого последнего времени некоторые авторы пользуются классификацией Moss'a, ныне, согласно предложению Dungen'a и Hirschfeld'a, принято прибавлять к цифрам, обозначающим группы, также буквы, определяющие агглютинины в сыворотке и агглютинабельные субстанции в эритроцитах, причем агглютинабельные субстанции обозначаются латинскими буквами А и В, а агглютинины, находящиеся в сыворотке, обозначаются греческими буквами α и β . Следовательно, I группа по классификации Jansk'ого будет иначе обозначаться $O\alpha\beta$, II группа — $A\beta$, III группа — $B\alpha$, IV группа — AB . Сыворотка I гр. агглютинирует эритроциты II, III и IV гр., эритроциты же ее не поддаются склеиванию никакой сывороткой. Сыворотка II гр. агглютинирует эритроциты III и IV гр., эритроциты же ее склеиваются сыворотками I и III гр. Сыворотка III гр. агглютинирует эритроциты II и IV гр., эритроциты же ее агглютинируются сыворотками I и II гр. Сыворотка IV гр. не склеивает эритроцитов всех остальных групп, эритроциты же ее могут быть склеены сывороткой I и II и III гр.

Классификация Jansk'ого отличается от классификации Moss'a тем, что I гр. Jansk'ого соответствует IV гр. Moss'a.

В новейшее время собраны общие статистики, обнимающие несколько десятков тысяч наблюдений, вполне подтверждающих закономерность классических четырех групп, хотя имеется исследование Gutrie

и Ниск'а, которые пытаются устанавливать еще дополнительные группы; эти предложения требуют впрочем еще проверки.

В виду громадного биологического значения изоагглютинации, мы, по предложению своего шефа, проф. А. В. Марковского, занялись исследованием групповой характеристики крови у рожениц и новорожденных, а впоследствии дополнили эти исследования установлением групповой характеристики у отцов новорожденных.

Прежде, чем приступить к изложению результатов этих наблюдений, попытаемся проследить те данные в этой области, которые имеются в достаточном количестве в международной литературе. В 1903 г. Langer впервые высказал мысль о наследственности групповой характеристики человеческой крови, а Dungern, в 1910 г., при исследовании изоагглютинационных свойств установил, что кровяные группы унаследуются плодом или от отца, или от матери. Подобные же опыты были произведены Offenbergoм и Epstein'ом в 1908 г. В 1909 г. Dungern и Hirschfeld произвели опыты над собаками, а именно, путем скрещивания двух животных, принадлежавших к различным группам, они установили, что из четырех щенят одни унаследовали группу самцов, другие—группу самок. Todde и White показали, что мулы унаследуют изоагглютинационные свойства у одной части родителей (лошадей) в то время, как у другой (ослов) эти свойства отсутствуют.

В 1910 г. Dungern и Hirschfeld произвели впервые систематические исследования по вопросу о наследственности индивидуальных особенностей крови у человека. Данные их работы и стали исходным пунктом для всех остальных наблюдений по этому вопросу. Они обследовали 72 семьи с 348 лицами; 12 раз исследования эти заключали в себе 3 генерации. Работы названных авторов представляют громадный интерес, так как на основании их было выведено правило, что агглютинабельные субстанции А и В могут появляться у детей только тогда, когда они имеются у одного из родителей. Если оба родителя имеют определенную агглютинабельную субстанцию, то таковая появляется у всех детей и лишь у некоторых может отсутствовать. Если же агглютинабельная субстанция присуща только или отцу, или матери, то она встречается у одной части детей, редко—у всех детей. В тех случаях, где родители совершенно не обладают агглютинабельными субстанциями, и у детей таковые никогда не появляются. На основании числовых сопоставлений авторы пришли к выводу, что агглютинабельные субстанции А и В наследуются вполне согласно с законами Mendel'я, причем на основании этого положения можно легко объяснить передачу детям кровяных групп от их родителей. Особенно важно отметить то обстоятельство, что наследственные признаки передаются поколениям для каждой субстанции, т. е. для А и В, отдельно, вне зависимости друг от друга. Субстанции А и В суть признаки доминантные, почему родители в комбинации А и А, В и В, О и О дают всегда определенные результаты у детей, а комбинации А и О, В и О, АВ и О дают в преобладающем числе агглютинабельную субстанцию А или В, как признак доминантный, и только в незначительном числе случаев обнаруживают рецессивную группу О.

Теоретические исчисления проф. Кольцова также подтверждают положение о наследственности агглютинабельных субстанций по законам

Mendel'я. На основании вычисления процентных отношений возможных генотипных комбинаций по правилам Mendel'я им получены следующие взаимоотношения групп: I гр.—29⁰%, II гр.—49,1⁰%. III гр.—16,4⁰% и IV гр.—5,5⁰%. Эти цифры весьма близко подходят к тем средним нормам процентного взаимоотношения между отдельными группами, которые имеются в действительности. Это совпадение теоретических вычислений реальных отношений заставляет признать правильность рассуждений Кольцова и видеть в изоагглютинационном факторе фактор, имеющий генотипическое значение.

Обширные и многочисленные исследования показали, что по направлению с Запада на Восток процент субстанций А уменьшается, и увеличивается процент субстанций В. L. и H. Hirschfeld'ы ввели, в целях цифрового выражения расовых особенностей, понятие о расовом биологическом индексе, под которым понимают отношение субстанции А к субстанции В.

$$RBJ = \frac{AB+A}{AB+B} = \frac{II+IV}{III+IV}$$

Исследование белых в Австралии дало те же цифры, что и у европейских белых, в то время, как у австралийцев найден индекс в три раза больший, чем у белых. Если проследить движение индекса по направлению с Запада на Восток, то мы отметим, что он падает с трех до одного, а среди африканских народностей падает даже ниже единицы. Для русских имелась цифра Hirschfeld'ов—1,33. Авторы, однако сами сомневались в правильности этой цифры, так как им приходилось свои исследования вести исключительно среди мужчин-солдат русской армии на Балканском полуострове и вне России. Авдеева и Грицевич дали для Москвы индекс 1,53, говорящий несомненно за то, что им попадались большей частью родившиеся в Европейской России. Вагнер (Уфа) определяет величину индекса в 1,30 для родившихся в Европейской России и в Сибири, для одних же сибиряков—1,11; автор объясняет свой низкий индекс тем, что на распределении групп сказывается не только влияние расы, но и местности. Шамоу и Еланский и дают индекс 1,3 (Ленинград). По Рубашкину и Дерману индекс равен 1,52 для русских без разделения на славян и евреев. Что касается в отдельности этих последних, то для них вообще характерно повышение расово-биологического индекса. Так, для польских евреев Haller и Midralsky (1923 г.) определяют его в 1,98, для берлинских—2,7 (против 2,1 неевреев). По исследованиям Шварца и Нимцовицкой расово-биологический индекс для русских Татреспублики (здорового населения) равен 1,16, для татар—1,03.

При тщательной разработке результатов исследований Dungen'a и Hirschfeld'a можно прийти к заключению, что все их данные вполне соответствуют законам Mendel'я. При этом некоторые случаи из обследованных этими авторами говорят о независимости А и В; так, напр., в одном случае, где у родителей имелась группа АВ, у детей А и В встречались раздельно; в нескольких случаях у одного из родителей имелась группа А, у другого группа В, а среди детей встречались такие, которые одновременно имели субстанцию А и субстанцию В. Наш собственный материал также подтверждает правильность подобных ис-

следований. Последующие работы Learmonth'a, обследовавшего 40 семей со 179 лицами, подтвердили выводы Dungen'a и Hirschfeld'a, и только в одном случае он встретил исключение, т. к. оба родителя не обладали субстанцией А, а у ребенка в эритроцитах была обнаружена эта субстанция; впрочем Learmonth думает, что отцовство в этом случае было не доказано. Offen berg на основании исследования 65 семей с 255 лицами также подтвердил данные Dungen'a и Hirschfeld'a. В одном его случае он определил группу крови у матери и ее троих детей, причем оказалось, что мать принадлежала к I (Oaβ) гр., а сыновья—частью к III (Ba) гр., частью ко II (Aβ); он предсказал, что отец должен принадлежать к IV (AB) гр., ибо он должен обладать обоими субстанциями, определенными у детей, и действительно, его предположения оправдались,—отец принадлежал к IV (AB) гр. P. Mino обследовал 90 семей с 438 лицами, Jervell, в Норвегии,—32 семьи с 135 лицами, из коих в 8 семьях были обследованы новорожденные и их родители. Хотя данные этого автора малочисленны, однако и они вполне подтверждают основные положения Dungen'a и Hirschfeld'a. Kirihara обследовал 120 японских и корейских семей с 340 детьми, в том числе 23 семьи с тремя поколениями, причем и его выводы, несмотря на некоторые ошибки, вполне совпадают с положениями Dungen'a и Hirschfeld'a. Авдеева и Грицевич обследовали в России 84 семьи с 195 детьми, причем 6 детей оказались не соответствовавшими правилам Dungen'a и Hirschfeld'a, так как у них были субстанции А и В, между тем как у родителей они отсутствовали. Plüss обследовала наследственность кровяных групп в Швейцарии у 388 лиц (64 семьи); все случаи этого авторов подтверждают положения Dungen'a и Hirschfeld'a. Tebuti и Camel, в Австралии, обследовали 12 семей, Duke и Bondy—97 семей со 150 детьми (новорожденными), причем кровь у новорожденных бралась из пуповины; данные этих авторов вполне согласуются с выводами Dungen'a и Hirschfeld'a; особенный интерес представляло определение группы у двойней и при многоплодных родах (по этому вопросу см. мою работу о двойнях в „Екатеринославском Мед. Журнале“ за 1926 г.).

Что касается судебно-медицинского значения фактора унаследования изоагглютинационных свойств, то Offen berg и частью Duke, Jervell и Wolff и др. на основании анализов своих собственных наблюдений и случаев Dungen'a и Hirschfeld'a пришли к заключению, что принадлежность детей к определенной группе находится в определенной зависимости от группы родителей. Эти возможности представлены следующей формулировкой:

Браки между	I (O) гр. и	I (O) гр.	дают детей	I (O) гр.
„	„	II (A) гр. „	II (A) гр. „	„ I и II гр.
„	„	III (B) гр. „	III (B) гр. „	„ I и III гр.
„	„	I (O) гр. „	II (A) гр. „	„ I и II гр.
„	„	I (O) гр. „	III (B) гр. „	„ I и III гр.

Следовательно, на основании положений Dungen'a и Hirschfeld'a можно использовать наследственность изоагглютинационных свойств для установления происхождения плода. Однако, дети могут

принадлежать ко всякой группе в том случае, если брак происходит между родителями, из коих один принадлежит к IV (AB) гр., или если родители представляют собой комбинации групп A и B. Offenberг предложил для судебно-медицинских целей, при установлении отцовства, следующую таблицу:

Групп. мат.	Гр. предш. отца	Дети не могут принадлежать к
I (O)	I (O)	II (A) III (B) IV (AB)
I (O)	II (A)	III (B) IV (AB)
I (O)	III (B)	II (A) IV (AB)
II (A)	II (A)	III (B) IV (AB)
II (A)	I (O)	III (B) IV (AB)
III (B)	III (B)	II (A) IV (AB)
III (B)	I (O)	II (A) IV (AB)

Дети I (O) гр. могут происходить из всякой комбинации, так что, по некоторым авторам, никакие заключения не могут иметь места, если ребенок принадлежит к I (O) гр.

По мнению Lattes'a эти теоретически хорошо обоснованные данные, основанные на наблюдениях большого числа авторов, должны служить основанием для применения данной реакции в судебной медицине. Если, напр., агглютинабельная субстанция B имеется у ребенка, но отсутствует у матери, то эта субстанция должна быть у отца этого плода. Если в данном случае имеется двое мужчин, претендующих на отцовство, таковое может быть признано за тем, у которого будет найдена в эритроцитах субстанция B, и не может быть признано за тем из мужчин, у которого этой субстанции в эритроцитах нет. Однако этот метод может быть применен только в определенных процентах всех случаев установления отцовства. На основании реакции изоагглютинации установление отцовства, по Schiff'y, невозможно: 1) если эритроциты ребенка не имеют совершенно агглютинабельных субстанций, т. е. когда он принадлежит к I (O $\alpha\beta$) гр.; 2) когда красные кровяные тельца матери одновременно имеют обе субстанции A и B, т. е. когда мать принадлежит к IV (AB) гр.; 3) когда эритроциты матери и ребенка содержат одну, притом одинаковую, субстанцию A или B, т. е. когда мать и ребенок принадлежат к одной и той же II (A) гр. или III (B) гр.

E. Schiff в специальной работе разработал, в каком количестве случаев реакция изогэмагглютинации может быть применена для практики судебно-медицинской экспертизы при установлении отцовства. Этот автор поставил себе для разрешения следующие вопросы: 1) Как часто можно при определении групп матери и ребенка сделать заключение о группе отца? (Сюда, следовательно, принадлежат те случаи, где дети II (A β), или III (B α) гр., матери же принадлежат к одной из этих, но противоположной плоду, групп, напр., ребенок II (A β) гр., а мать III

(В α) гр.). 2) Как часто и на каких основаниях заключение о группе отца невозможно? (В эту группу следует отнести все те случаи, в которых а) ребенок совершенно не имеет агглютинабельных субстанций в своих эритроцитах, и б) в которых матери и дети оба принадлежат к однородной группе II A или III B). Его числовые данные следующие: при известной группировке матери и ребенка заключение о группе отца 1) возможно у 80 (из 310) детей, т. е. в 25,8% их, и 2) невозможно у 230 (из 310) детей, т. е. у 74,2%. Из этого количества детей, у которых заключение насчет отцовства невозможно, 125 (40% общего числа 310 детей и 54% числа детей,—230,—у которых заключение невозможно) принадлежат к I (O) гр., а у 105 остальных детей (34% общего числа детей и 46% числа детей, у которых заключение невозможно) имеется одинаковая группа у матерей и детей. Из сопоставления Schiff'a получается, что приблизительно только одна четверть всех случаев исследований реакции гемагглютинации может служить для дачи определенных заключений при установлении отцовства.

Несмотря на столь малое количество возможных для экспертизы случаев, где на основании исследования кровяных групп можно дать ясное и более или менее точное биологическое заключение о происхождении ребенка, изоагглютинационная характеристика крови должна быть, по Lattes'y, Schiff'y, Nürnbergg'y и др., применяема в судебно-медицинской практике в виду того огромного количества дел об алиментах, которые ныне имеются. В Германии это положение предусмотрено законом, что станет вполне понятным, если обратиться к статистике дел об алиментах, которых в одном Берлине было больше тысячи за год. Если только в 250 случаях из этой тысячи (по исчислению Schiff'a) удастся помочь экспертизе в определении отцовства, то и этого достаточно, чтобы установить большое практическое значение данной реакции.

В подтверждение унаследования изоагглютинабельных субстанций очень интересное наблюдение сделано в самое последнее время Hirschfeld'ом и Brockmann'ом, а именно, что антидифтерийные тела наследуются в определенном соответствии с изоагглютинационными субстанциями. Если родители принадлежат к различным группам, и один из родителей Schiff positiv (восприимчив к дифтерии), а другой из родителей Schiff-negativ (обладает иммунитетом против этой болезни), то дети, обладающие кровяной группой позитивных родителей, Schiff-позитивны, дети же, принадлежащие к кровяной группе негативных родителей, в большинстве случаев Schiff-негативны и редко позитивны. Если бы последующие исследования подтвердили это положение, то можно было бы и этот признак применить при экспертизе для установления отцовства.

Приступая к изложению своего собственного материала, мы должны оговориться, что публикуем здесь только часть наших исследований по данному вопросу. Уже давно занимаясь, по предложению проф. Марковского, изучением вопроса о переливании крови, мы, естественно, натолкнулись на изогэмагглютинацию и в первой же своей работе произвели ряд исследований по проверке данных других авторов относительно постоянства изогэмагглютинационных свойств, причем наша работа касалась проверки изоагглютинационной закономерности при беремен-

ности, наркозе, родах, менструации, активной иммунизации беременности, даче медикаментов (secale, ergotin и др.). Затем мы приступили к изучению вопросов об изоагглютинационной характеристике при разных акушерско-гинекологических заболеваниях, — о влиянии унаследования группы на токсикозы (Schneider), — об унаследовании этих свойств в смысле установления наследственных признаков; наконец, будучи приглашены, по предложению проф. Марковского, в Ленинградскую Судебно-Медицинскую экспертизу по определению изоагглютинации для установления отцовства, мы решили приступить к проверке данных Schiff'a о практической ценности этой реакции для судебно-медицинской экспертизы, для чего занялись определением кровяных групп у рожениц, новорожденных и отцов. Мы не обладаем еще достаточно большим статистическим материалом для того, чтобы можно было сделать из него неоспоримые выводы, вследствие трудности исследования отцов, которые неохотно идут на это. При всем том наши наблюдения, впервые произведенные в обстановке нашей страны, а главным образом — сделанные у новорожденных над кровью, непосредственно взятою уколом из пальца младенца, а не из пуповины, как то делалось большинством исследователей до сих пор, побуждают нас сообщить в печати их результаты, в общем подтверждающие положения D u n g e r n'a и H i r s c h f e l d'a.

Мы сообщаем свои исследования еще и с той целью, дабы заинтересовать другие клиники, ибо в вопросе о наследственности и распределении изоагглютинационных свойств большие статистические данные с одной стороны и хорошо обработанные казуистические исследования (двойни, тройни, обследование нескольких поколений) с другой могут помочь дополнению, выяснению и углублению затронутого нами вопроса.

Всего мы определили изоагглютинационные свойства крови у 484 чел., среди которых было 325 женщин (большую частью беременных), 59 мужчин (большую частью мужей рожениц) и 100 новорожденных. Среди этих обследований имеются данные обследования нескольких поколений; однако, они недостаточно многочисленны, чтобы можно было сделать на основании их какие-либо заключения.

Среди обследованных оказалось принадлежащих к I гр. 203 чел. (41,9%), ко II гр. — 132 чел. (27,3%), к III гр. — 113 чел. (23,3%) и к IV гр. — 36 чел. (7,5%). RBJ оказался у нас равным 1,12. Наш индекс приближается т. о. к индексу, определенному для русских в Казани Шварцем и Нимцовицкой, а также близок к индексу Шамова и Еланского — 1,30 для Ленинграда. Высота индекса, определенного Рубашкиным и Дерманом (Харьков) в 1,52 для русских, объясняется, вероятно, географическим положением Харькова с одной стороны, а с другой — тем обстоятельством, что в число лиц, обследованных этими авторами, попали евреи, которые обладают, как уже было упомянуто, сравнительно высоким биологическим индексом, превышающим иногда 2.

Может ли иметь значение в распределении групп наших обследований то обстоятельство, что в наших случаях среди женщин преобладали беременные? На этот вопрос следует ответить отрицательно, т. к. наблюдения Schneider'a, Рубашкина и наши собственные подтверждают то положение, что беременность не оказывает влияния на групповую характеристику крови.

Если взять данные наших исследований, касающиеся только женщин (325), то получим принадлежащих к I гр. 116 (35,6⁰/о), ко II гр.— 106 (32,6⁰/о), к III гр.—72 (22,1⁰/о) и к IV гр.—31 (9,7⁰/о). Расово-биологический признак у исследованных нами женщин равнялся 1,33, т. е. был вполне тождествен с индексом Шамова и Еланского для Ленинграда (1,30).

Теперь перейдем к рассмотрению нашего материала о наследовании изоагглютинационных свойств, распределив наши наблюдения, согласно схемам Lattes'a, по комбинациям различных кровяных групп матерей и отцов.

Комбинация групп родителей	Г Р У П П ы			
	I	II	III	IV
I (0) × I (0)	15	—	—	—
I (0) × II (A)	6	3	—	—
I (0) × III (B)	7	—	5	—
I (0) × IV (B)	1	1	—	—
II (A) × II (A)	2	4	—	—
II (A) × III (B)	2	1	3	—
II (A) × IV (AB)	—	3	—	—
III (B) × III (B)	—	2	5	—
III (B) × IV (AB)	—	—	1	—
IV (AB) × IV (AB)	—	—	—	—

Таким образом в комбинации I гр. × I гр. мы имели 15 детей, причем ни у одного из них не встретилось агглютинабельных субстанций А или В, отсутствовавших у родителей. Эти данные вполне подтверждают положение, что, если у родителей отсутствуют субстанция А или В, то они не передаются у детей не могут.

В комбинации I гр. × II гр. было 9 детей, из коих 6 принадлежали к I гр. и 3—ко II. Эти данные также подтверждают положение, что у детей не может появляться субстанция В, если ее не было у родителей; ни в одном случае мы не встретили здесь ребенка, принадлежащего к гр. III (B) или гр. IV (AB).

В комбинации I гр. × III гр. было у нас 12 детей, из коих 7 принадлежали к I гр. и 5—к III гр. Эти наблюдения наши также подтверждают, что субстанция А не может появляться у детей, если она отсутствует у родителей. То обстоятельство, что здесь было больше детей I группы, чем III, можно объяснить случайными моментами, т. к. в наших наблюдениях отсутствуют исследования групп других детей этих семей (у нас имеется по 1 экземпляру каждой комбинации, редко по 2); с другой стороны мы можем отметить относительно одного случая данной

комбинации, что мы обследовали бабушек как со стороны матери, так и со стороны отца и наши, что обе они принадлежали к I гр.; значит, эта группа имела больше оснований для проявления в потомстве.

В комбинации II гр. \times II гр. мы имели 5 семей и 6 детей (двойни), из них 2 принадлежали к I гр. и 4—к II гр., причем двойни оказались принадлежащими оба к II гр. Это обстоятельство также согласуется с представлением об унаследовании свойств по Dungeny и Hirschfeld'y, — ни у одного ребенка данной комбинации не проявился рецептор В, отсутствующий у обоех родителей.

В комбинации II гр. \times III гр. мы имели 6 случаев, из коих 2 принадлежали к I гр., 1—к II и 3—к III. Опять-таки и эти наблюдения подтверждают вышеизложенные положения.

Комбинация II гр. \times IV гр. дала у нас 3 детей, принадлежавших к II гр. В этой комбинации у нас было очень мало случаев, причем наследственность проявилась в них, главным образом, в агглютинабельной субстанции А. Рецептор В совершенно не унаследован.

В комбинации III гр. \times III гр. все 5 детей принадлежали к III гр. Эти случаи, в полном согласии с исследованиями других авторов, подтверждают положение, что, если у родителей отсутствует агглютинабельная субстанция А, то она не проявляется и у детей.

Комбинацию III гр. \times IV гр. мы встретили только однажды, причем ребенок оказался принадлежащим к III гр.

Комбинация IV гр. \times IV гр. нам не представилась ни разу.

Что касается судебно-медицинского значения нашей работы, то мы могли бы отметить несколько весьма интересных случаев, указывающих на появление агглютинабельных субстанций А или В у новорожденных в то время, как у матерей они отсутствовали и были находимы только у отцов. Однако, эти наши наблюдения слишком малочисленны для того, чтобы сделать из них какое-либо заключение о практической ценности данного метода. Дальнейшие исследования могут и должны определить точные границы практического применения этой реакции, пока же мы можем сказать, что у нас, в СССР, при огромном числе возникающих дел об алиментах, изогмагглютинация должна занять видное место, ибо в значительном числе случаев, благодаря ей, мы можем иметь верную опору для дачи той или другой экспертизы, особенно в сочетании с целым рядом других данных. Наш собственный небольшой опыт (около 10 случаев) такой экспертизы вполне подтверждает эту мысль: во всех случаях, где нам пришлось прибегать к определению изогмагглютинационной характеристики, ни одно заключение наше не расходилось с мнениями остальных экспертов по данному вопросу, а всегда дополняло экспертизу и объясняло многие факты, которые казались неясными.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Lattes. Die Individualität des Blutes. Berlin, 1925.—2) Nürnberg. Zentr. für Gyn. 1925, № 26.—3) Schneider. Klin. Woch., 1925, № 50.—4) Barsky. Mon. für Geb. u. Gyn., 1926.—5) Вагнер. Врач. Дело, 1924, № 20—33.—6) Рубашкин. Ibid.—7) Шамов и Еланский. Нов. Хир. Архив, 1923.

Местная анестезия в зубоврачебной хирургии*).

Д-ра Л. Б. Блитштейна.

Недавно минуло ровно 40 лет с тех пор, как местная анестезия вышла на правильный путь, и, при постепенном усовершенствовании, доведена до такого состояния, что дальше,—по крайней мере в зубоврачебной хирургии,—идти уже некуда. Нет ни одной области в медицине, где анестезия эта была-бы так необходима, как в зубоврачебной хирургии. Всем известно, какой страх испытывают больные перед экстракцией зубов,—часто они готовы подвергнуться любой операции, только не извлечению зуба, и не без основания: сплошь и рядом даже наши крестьяне, которые так выносливы к физической боли, падают в обморок от боли при экстракции зуба. Известен исторический факт: когда одному из английских королей понадобились деньги, он обратился к ростовщику; последний денег, однако, не давал; тогда король велел дергать ему каждый день по одному зубу; 4 дня ростовщик терпел, а на пятый день сдался.

Общий наркоз для оперативного зубоврачевания не подходит, так как при нем то язык западает, то большой челюсть сожмет, то слюна начнет затекать в горло. Изливающаяся во время операции кровь и осколки зуба, а иногда и весь зуб, при общем наркозе легко могут, далее, попасть в гортань. Для общего наркоза приходится, затем, иметь одного или двух помощников, необходимо подготавливать больного до операции и возиться с ним после операции, пока он не придет в себя. Не говорим уже о смертельных случаях, которые от общего наркоза как раз особенно часто бывают при операциях в полости рта. Особенно неприменим общий наркоз там, где, как в Казанской Стоматологической клинике, приходится делать по 30—50 экстракций в один день.

Мысль о применении местной анестезии в хирургической практике существовала уже давно. Так, еще в 50 г. по Р. Х. Диоскорид применял для нее истолченный мрамор, смоченный уксусом, причем образовавшуюся кашицу он клал на те места кожи, которые требовалось сделать нечувствительными. Здесь, вероятно, боль уменьшалась под влиянием угольной кислоты, которая выделялась при образовании кашицы.

В средние века этим вопросом мало интересовались, и только в конце XVIII века John Moog выдвинул его, подметив, что давление на нервный ствол может вызвать отсутствие боли в области нерва. Дело, однако, в том, что, благодаря получаемым нервом анастомозам, этим путем можно только ослабить чувствительность, но не уничтожить ее совершенно. Даже открытие Richardson'a в 1866 г., что путем замораживания эфиром можно сделать нерв нечувствительным, в зубоврачебной хирургии большого значения не имело, и вот почему: для полного прекращения возбудимости нервных волокон требуется понижение температуры до +5° С; по исследованиям же Zei'ta¹ внутри луночки при израсходовании 3,0—5,0 хлорэтила может быть доведена только до +17 или +19°, каковая температура только понижает чувствительность нерва, но не уничтожает ее совершенно; притом же применение холода вызывает ощущение боли, при долговременном охлаждении ткань может омертветь, наконец, вслед за анестезией после оттаивания ткани наступают долго продолжающие гиперэстезия и гиперемия.

Только с того времени, как кокаи́н получил права гражданства в медицинской практике, начинается новая эра в местной анестезии. Подкожные впрыски-

*.) Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете 31/I 1924.

вания кокаина для этой цели были предложены еще в 1879 г. Анрепом, но только с 1884 г., когда Koller на Съезде Окулистов в Гейдельберге сделал сообщение о действии кокаина на соединительную оболочку глаз, указав, что при этом анестезируются не только конъюнктивы, но и глубже лежащие части, как радужка,—местная анестезия кокаином получила широкое распространение. Для анестезии в это время применялись обычно крепкие растворы кокаина—от 10% до 50%. Результаты получались блестящие. Однако наряду с ними имели место и тяжелые случаи отравления кокаином, нередко кончавшиеся смертью.

В 1888 г. Doumont мог собрать литературы уже 126 случаев смерти при применении кокаина. Особенно печальную известность получил случай, бывший у профессора Военно-Медицинской Академии С. П. Коломнина в 1886 г. Проф. Коломнин сделал выскабливание слизистой оболочки прямой кишки у больной с туберкулезом гесты, впрыснув ей предварительно 30,0 5% кокаина. Через несколько минут после операции больная пришла в возбужденное состояние, а через полчаса умерла при явлениях отравления. Этот случай так подействовал на Коломнина, что он скоро и сам застрелился.

Этот и подобные случаи навели такой страх на врачей, что они совершенно бросили применять кокаин. Еще в 1898 г. ни в Хирургическом отделении проф. Bergman'a, ни в Хирургическом отделении Зубоврачебного Института в Берлине, у проф. Busch'a, я продолжения 5—6 месяцев ни разу не видал применения кокаина. Даже в 1904 г. Busch применял только американское патентованное средство, т. наз. „альвангундр“,—в состав которого, как потом оказалось, входил 1% раствор кокаина. Уже после того, как кокаин, если так можно выразиться, был обезврежен, т. е. после того, как его стали применять в таком виде и в такой дозе, что он сделался безопасным для организма, многие опытные хирурги боялись употреблять его.

С другой стороны, однако, блестящие результаты, получавшиеся от этого средства, побуждали и физиологов, и фармакологов изучать его экспериментально на животных. При этом было подмечено много интересного. Оказалось, напр., что, если одному кролику впрыснуть 0,1 кокаина в 5% растворе, а другому такому же кролику ввести тоже 0,1 средства, но в более разведенном растворе (0,1%), то, как это выяснилось из опытов Maisel'я, первый кролик погибает, другой же остается невредим. Далее, если впрыснуть кролику в вену 0,01 кокаина в 5% растворе, то немедленно наступает смерть; если же животному повторно впрыскивать такой же концентрации раствор в вену с промежутками в 5—10 минут, то даже при 0,03 на кило введенного кокаина отравления может не получиться. Разница наблюдается и в действии кокаина при впрыскивании прямо в вену, или в кожу: доза, которая при впрыскивании прямо в кровь оказывается смертельной, при впрыскивании в кожу может быть неядовитой.

Указанная разница в ядовитости объясняется тем, что кокаин имеет большое средство с протоплазмой клетки, причем особенно чувствительны к нему клетки коры головного мозга, а также клетки продолговатого мозга и чувствительные нервы мышцы сердца; менее восприимчивы к нему двигательные нервы. Соединяясь с протоплазмой клетки, средство это отравляет последнюю, а затем опять отщепляется от клетки, причем последняя приходит в норму, а кокаин распадается на молекулярные части, становящиеся уже неядовитыми. Раз это так, то, понятно, мозговые клетки при слабом поступлении кокаина могут с ним справиться.

Таким образом отравление кокаином вызывается не столько количеством последнего, сколько концентрацией его раствора. Для избежания отравления следует применять слабые растворы, которые, по указанию Schleich'a, могут вызвать такую же анестезию, как и концентрированные, если вводить их в окружающую ткань под сильным давлением. Прибавление адреналина также дает возможность применять более слабые растворы кокаина. Адреналин, суживая сосуды, вызывает анэмию ткани, а при анэмии ткань делается менее чувствительной; далее, кокаин при этом не всасывается внутрь, но остается на месте впрыскивания, отчего анестезия делается сильнее и держится дольше.

Пока вопрос о причинах ядовитости кокаина не был выяснен, стали пытаться заменить его другими средствами, которые тоже анестезируют чувствительные нервы, но менее ядовиты. К таким средствам относятся акойн, анестезин, алипин, эйкаиин, голокаиин, нирванин, новокаиин, ортоформ, стоваин, тропококаиин и другие. Некоторые из этих средств, разработка которых составляет заслугу преимущественно Вгауп'а, и до сих пор еще применяются в практике,—таковы алипин, эйкаиин β, стоваин, тропококаиин и новокаиин. Но первые три из них расширяют

сосуды и таким образом уничтожают действие адреналина, адреналин же при местной анестезии не менее важен, чем кокаин. Далее, алипин, правда, менее ядовит, чем кокаин, но, дабы экстракция при нем была безболезненной, необходимо применять по крайней мере 2% его раствор, а ядовитость его равна токсичности 1% раствора кокаина.

Эйкаиn β также менее ядовит, чем кокаин, растворы его хорошо сохраняются, легче стерилизуются и дешевле, чем кокаиновые, но за то они слабее анестезируют. Тропокаиn так же, как и кокаин, не влияет вредно на ткани, действует быстрее его и не так ядовит, но за то эффект его скорее проходит; его можно рекомендовать там, где следует почему-либо избегать адреналина. Стоваин в 3 или 4 раза менее ядовит, чем кокаин, но раздражает ткани, может вызвать их омертвение, и сама инъекция его болезненна.

Совсем другое—новокаиn, открытый E i n h o r n'ом и разработанный в 1910 г. В г а и n'ом. Средство это в 7 раз менее ядовито, чем кокаин, между тем как анестезирующее действие его лишь немного слабее кокаина; оно хорошо стерилизуется (тогда как кокаин от кипячения разлагается), не действует вредно на сердце, почему может быть применимо и у сердечных больных, не влияет на отделение молока (тогда как кокаин уменьшает его), не действует на беременных; дети и старики переносят его хорошо; стоит оно дешевле кокаина; действует новокаиn не так продолжительно, как кокаин, потому представляет меньше риска для омертвения пульпы; наконец, идиосинкразии к нему бывают реже, чем к кокаину.

Растворы новокаиna надо готовить самому, причем это отнимает меньше времени, чем написание рецепта и посылка в аптеку,—самое большое 1½—2 минуты. Лучший раствор новокаиna—2-процентный в физиологическом растворе соли (по Miller'у на 100 ч. воды берется 0,92 NaCl, 0,02 CaCl и 0,0075 KCl). Температура раствора должна быть от 37° до 40°. Адреналин прибавляется к нему перед самым впрыскиванием—по 3 капли на больного.

Относительно адреналина надо сказать, что это—очень чувствительный препарат, который быстро разлагается и краснеет, причем становится негодным для употребления. Оттого-то его и надо прибавлять к новокаину перед самым впрыскиванием. Надо еще заметить, что французский адреналин, который нам приходилось применять, совсем не годится,—лучше употреблять Мерс'ковский, а еще лучше Parke-Davis'a в таблетках, причем 1 таблетка на 1,0 воды дает раствор 1:100. Адреналин тоже кипятить нельзя, а потому, приготовляя его раствор, надо сначала простерилизовать воду, а затем уже прибавлять к ней таблетку адреналина.

Шприц для впрыскивания лучше брать Resor'd'a, канюли и иглу—Frei'stein'a. Так как в зубной практике впрыскивание приходится производить под довольно сильным давлением, и иголка может соскочить, то канюля навинчивается на шприц. Наиболее подходящими иглами являются иглы № 17, в 2 сант. длиной.

Впрыскивать раствор новокаиna надо там, где стенки луночки тоньше, а тоньше они всегда с наружной стороны луночки, у верхушки корня, кроме двух нижних больших коренных зубов, 7-го и 8-го, речь о которых будет впереди. Некоторую, незначительную часть жидкости надо, однако, впрыскивать и с внутренней стороны, для анестезии слизистой оболочки и надкостницы. Впрыскивать надо под надкостницу, но, так как это болезненно, то первый вкол лучше сделать в десну и только следующий—уже в надкостницу. Всего делается от 4 до 6 вколов. Анестезия получается через 3—5 минут и продолжается 20—30 минут.

Обыкновенно мы впрыскиваем всего 4,0 2% раствора новокаиna с адреналином, так как всасываемость в кости нелегко одинакова, то в 2 приема,—сначала впрыскиваем 2,0, а через 3—4 минуты—еще 2,0, причем всего ждем 7—8 минут.

Там, где приходится иметь дело с более трудной экстракцией, мы повышаем дозу новокаиna до 5 куб. см. раствора, т. е. до 0,1. И при такой дозе никогда следов отравления мы не встречали, хотя применяем новокаиn уже давно—с 1912 г. К сожалению, точного подсчета всех случаев применения этого средства у меня не имеется; но, во всяком случае, я применил его не менее, чем на 10,000 больных, и на основании этого опыта настойчиво советую применять для местной анестезии только новокаиn.

Шприцы и иглы я обыкновенно держу в стеклянном цилиндре, наполненном смесью из 70 частей спирта и 30 частей глицерина. Находясь в этой жидкости, они всегда остаются стерильными и притом не портятся. Достаточно сказать, что в 1915 году мне пришлось оставить Казань на три года, и по возвращении я нашел шприцы в таком же виде, как оставил их.

Невсегда, однако, в зубной практике можно применять местную анестезию так, как мы это сейчас описали, т. е. по инфильтрационному методу. Прежде всего метод этот непригоден при экстракции 7-го и 8-го зубов нижней челюсти,—тут стенки луночка настолько толсты, что анестезирующее вещество очень плохо всасывается; затем инфильтрационный метод мало пригоден при остро-гнойных воспалениях надкостницы и вовсе не применим при флегмонозных процессах; наконец, он непригоден при экстракции многих зубов сразу.

В этих случаях его с успехом заменяют т. наз. проведенной или регионарной анестезией, применяя инъекции на протяжении. Анестезия эта была впервые предложена еще в 1885 г. Halsted'ом и потом разработана Bier'ом для спинномозгового канала, а для полости рта—Schleich'ом, Mikulicz'ем, Braun'ом, Kocher'ом и Eiselsberg'ом. Она основана на следующем свойстве нервных стволов: если анестезирующую жидкость впрыснуть в каком-нибудь месте нервного ствола в самый ствол или в кругом лежащие ткани, то через некоторое время получается анестезия всей периферической части нерва.

Для впрыскивания в самый ствол (т. наз. эндоневральная анестезия) требуется отсепаровать этот последний, что в зубоврачебной практике применять не приходится; поэтому здесь применяют впрыскивание в окружающую ткань (т. наз. периневральная анестезия)—или внутри полости рта (интраоральная анестезия), или снаружи от нее (экстраоральная анестезия).

Рассмотрим сначала интраоральную анестезию. Для проведенной анестезии на нижней челюсти делают инъекции в *n. mandibularis* и *n. lingualis* справа правой рукой, слева—левой рукой. Игла берется № 1, в 4 сант. длиной. Указательным пальцем свободной руки нащупывают наружную сторону *trigoni retromolaris* и отсюда скользят пальцем по треугольнику кзади, пока не коснутся внутренней его стороны. Тогда кладут шприц на бикуспидаты противоположной стороны и, при максимально раскрытом рту, проводят его в косом направлении вплоть до руководящего пальца, после чего вкалывают иглу на глубину $1\frac{1}{2}$ ст. до самой кости и впрыскивают $\frac{1}{4}$ куб. с. на долю *n. lingualis*. Отсюда, ведя иглу вдоль кости, проникают ею еще на глубину около 1 ст. и впрыскивают оставшуюся часть жидкости. Прокола *a. mandibularis* можно при этом избежать, если в течение второго момента инъекции, при продвижении иглы вглубь, выдавливать жидкость медленно и непрерывно.

Щечный отрезок десны, лежащий позади *for. mentale*, иннервируется при помощи *n. buccalis*. Обыкновенно для наступления проведенной анестезии достаточно, если в области переходной складки сделана инъекция, начатая у *for. mentale*. Если же в этой области находятся воспалительные очаги,—иглу вкалывают приблизительно на 2 ст. выше переходной складки, в слизистую оболочку щеки, и продолжают инъекцию непрерывно на протяжении около 3 ст. кзади, держа шприц горизонтально. Анестезия наступает минут через 18 и держится больше часа.

Неприятным последствием впрыскивания у *for. mandibulare* является иногда затрудненное глотание, которое наступает через несколько часов и держится много дней. Далее указывают на возможность атрофии *n. mandibularis* и на образование гематом. Атрофия *n. mandibularis* может развиваться, если тупой иглой попадут в нерв (надо при этом держаться ближе к кости) или занесут инфекцию; в том и другом случае вина оператора. В Казанской клинике более, чем на 1,000 случаев мандибулярной анестезии, атрофии *n. mandibularis* не наблюдали ни разу. Гематома после мандибулярной анестезии наблюдалась у нас однажды. Больной была сделана мандибулярная анестезия для удаления правого нижнего зуба мудрости. Экстракция была безболезненна и легка. На следующий день больная стала жаловаться на затрудненное глотание, причем правая сторона шеи оказалась у ней отекающей от края челюсти почти до ключицы; под нижним краем, ближе к углу, прощупывалась твердая, неподвижная опухоль величиной в грецкий орех. На 4-й день опухоль исчезла, отек шеи значительно уменьшился, больная стала чувствовать себя хорошо, и только у нижнего края челюсти оставался еще кровоподтек. На 6-й день после экстракции все исчезло.

На верхней челюсти нужно анестезировать *n. infraorbitalis* у *for. infraorbitale*, *n. alveolaris sup.*—у *tuber maxillare* и *n. palatinus posterior*—у *for. palatinum*. *Foram. infraorbitale* лежит под нижним краем глазницы, на вертикальной линии между 1-м и 2-м бикусами, ближе ко второму. Фиксируя это место указательным пальцем левой руки, вкалывают иголку чуть повыше клыка в косвенном направлении сквозь мягкие ткани губы и щеки. Достигнув кости, впрыскивают $\frac{1}{2}$ куб. с. и, массируя указательным пальцем жидкость, вгоняют ее в *for. infraorbitale*. Для

инъекции в n. alveolaris superior надо сделать вкол глубиною в $1\frac{1}{2}$ с. в переходной складке под зубом мудрости, держась кости. For. palatinum medius расположено с небной стороны под зубом мудрости, а for. incisivum—на $\frac{1}{2}$ с. над краем десны.

Анестезия достигает высшей силы через 10—12 минут и держится несколько часов. Через срединную линию проходят анастомозы с одной стороны на другую, и при операциях на передних резцах надо делать инъекцию как с той, так и с другой стороны. В области резцов анестезия достигается вкладыванием в нижний носовой ход шариков ваты, смоченных 10% раствором кокаина или 20%—новокаина. Ватку следует вдавить под нижние раковины.

За последнее время, главным образом в хирургии, но также и в зубо-врачебной практике, в некоторых случаях стали применять экстраоральную анестезию. Нам, однако, до сих пор применять ее не приходилось, тем более, что выполнение ее сопряжено с большими техническими затруднениями и опасностью.

Впечатления из научной командировки во Францию.

Проф. М. Н. Гремячкина (Самара).

В настоящее время получить визу для в'езда во Францию даже для научных целей очень трудно,—мне понадобилось для этого 8 месяцев усиленных хлопот. Для получения *Sauf-conduit* требуется поручительство за Вас двух французских подданных. *Sauf-conduit* выдается только на два месяца; если же Вы желаете пробыть во Франции более двух месяцев, то нужно ходатайствовать о выдаче *carte d'identité*, которая действительна в течение двух лет. Предварительным условием для получения ее является надлежащий законный в'езд на французскую территорию и также поручительство двух французских граждан. Нужно отметить, что таким же стеснениям, хотя в значительно меньшей мере, подвергаются наши граждане и в других государствах, при в'езде на их территорию.—все это последствия всемирной войны. Получить визу для в'езда в Италию мне не удалось, несмотря даже на поручительство профессоров Сорбонны.

В клиниках Парижа я работал около 4 месяцев. Везде я встречал здесь в высшей степени радушный прием; двери клиник были широко открыты для посещений и работ. В последние годы Париж более, пожалуй, даже, чем Берлин, является центром, куда съезжаются врачи со всех концов Света для усовершенствования. В течение круглого года здесь постоянно организуются циклы повторительных курсов по всем специальностям и даже по отдельным узко-специальным вопросам. За 100—150 франков (7—10 руб.) можно прослушать целый курс с практическими занятиями по выбранному вопросу.

Часть живущих в Париже русских врачей,— правда, небольшая,— работает научно в клиниках, в Институте Pasteur'a, в Радиологическом Институте Curie и пр., другая, более значительная, занимается частной практикой. Французские законы собственно запрещают практику иностранным врачам, даже среди своих же соотечественников, и Парижская префектура намерена была предпринять ряд репрессивных мер по отношению к русским врачам-практикам. Было привлечено к суду около 80 врачей за незаконную практику, но, благодаря вмешательству Союза врачей, дела эти были изъяты из суда, и теперь французские власти не преследуют.—хотя, правда, и не разрешают официально,—практику русских врачей. При Сорбонне имеется целый цикл лекций русских профессоров по общественно-экономическим, физико-математическим и биологическим наукам. Читавшие эти курсы профессора получают вознаграждение от Университета; кроме того, при Сорбонне имеется свыше 100 стипендий для русских научных работников.

Научная жизнь Парижских клиник за последние годы особенно оживилась. Выходит громадное количество журналов, еженедельно, можно сказать, появляется масса новых книг, диссертаций и пр.,—и все это в изящном издании и чрезвычайно дешево. Медицинская техника в сравнении с довоенным временем сделала громадные шаги по пути прогресса. Французские фирмы выпускают сложные медицинские приборы и аппараты (рентгеновские аппараты, электрокардиографы, микроскопы и пр.) качеством едва-ли ниже немецких, но значительно дешевле последних. Широко также развилось производство патентованных медицинских средств. Увлечение последними сделало совершенно излишним труд фармацевтов в аптеках, и Парижские аптеки превратились в своего рода магазины патентованных средств.

Кипучая научная жизнь французских клиник выдвинула на сцену целый ряд новых вопросов в области внутренней медицины. Я коснусь лишь некоторых из них.

Из работ клиники известного кардиолога Vaquez'a имеют особую ценность работы о кровоснабжении специфической нервно-мышечной системы сердца (узел Keith-Flack'a, уз. Aschoff-Tawara, пучок His'a, волокна Purkinjé) и по физиологии и патологии левого и правого желудков. Согласно новой теории имеются специальная артерия для нервно-мышечной системы предсердий,—это т. наз. l'artère de l'atrio-necteur,—и другая, совершенно независимая от нее артерия для такой же системы желудочков (узел Tawara, пучок His'a),—это l'artère du ventriculo-necteur. Как та, так и другая артерии являются постоянными, отличаются своим значительным калибром, значительным развитием мышечных элементов в своей средней оболочке и вероятным существованием у человека в их стенке тонких нервных нитей типа вазомоторов Догеля. L'artère de l'atrio-necteur происходит от венечной артерии, именно, чаще от правой, в расстоянии около 1 сант. от ее начала. L'artère du ventriculo-necteur идет по перегородке предсердий, отходя также чаще от правой венечной артерии. Сокращения предсердий и желудочков независимы друг от друга, те и другие сокращаются вследствие возбуждения своего специфического аппарата, который отличается автономностью. Возбуждение и ритм сокращений зависят от циркуляторного режима в специфических артериях. Артерия предсердий выходит ближе к центру, чем артерия желудочков, а потому путь для крови здесь короче, почему специфическая система возбуждается ранее, и предсердия, благодаря этому, сокращаются ранее желудочков. Увеличение и ускорение циркуляции крови в артериях ведет к учащению сокращений resp. к тахикардии; наоборот, уменьшение и замедление тока крови—к брадикардии. Колебания просвета этих артерий зависят как от нервных влияний (действия вазодилататоров), так и от органических поражений артерий (эндо-артериит). Если препятствие для тока крови будет временным, напр., вследствие спазма сосудов, то и нарушение ритма сокращений будет временным; если же препятствие постоянное (эндоартериит), то и нарушение ритма будет постоянным.

Все неправильности сердечного ритма так же, как и синдром Adams-Stokes'a, легко объясняется этой теорией. В самом деле, нормально—вследствие анатомических условий—кровь скорее притекает к узлу предсердий, почему сокращения их обычно предшествуют на несколько сотых секунды сокращениям желудочков. В патологических случаях время притока, как и объем протекающей крови в артериях предсердий и желудочков, может варьировать, причем ток крови может происходить то согласованно в одном и том же направлении, то изолированно и в обратных направлениях. Все мыслимые отсюда вариации сокращений предсердий и желудочков действительно встречаются в клинике,—сокращения предсердий могут предшествовать, происходить одновременно или следовать за сокращениями желудочков.

Синдром Adams-Stokes'a классической теорией объясняется перерывом проводимости по пучку His'a (гумма и пр.), вследствие чего получается самостоятельный ритм желудочков. По новой теории главная особенность этого синдрома, брадиритмия желудочков, объясняется ишемией специфической системы последних вследствие сужения русла l'artère du ventriculo-necteur от эндартериита. Благодаря этой ишемии происходит недостаточная функция двигательного аппарата желудочков, передача возбуждений от нервной системы к сократительным волокнам желудочковых мышц замедляется, и в результате всего этого получается брадиритмия.

В клинике проф. Vaquez'a широко применяется электрокардиография, причем пользуются исключительно электрокардиографом французской фирмы Вои-

Little. Этот электрокардиограф по своей портативности, чувствительности и точности несколько не уступает немецким, а между тем стоимость его значительно дешевле. Из сфигмоманометров в клинике пользуются тензиофоном Vaquez-Laubry.

В госпитале Saint-Antoine много нового в области гастро-энтерологии. Здесь работают известные клиницисты—Vensau de, Remond, Le Noir. Как в клиниках, так и в амбулаториях здесь широко практикуются ректо—, эзофаго—и гастроскопия. Vensau de для эзофагоскопии пользуется аппаратом Grilling's; аппарат этот вводится в коленно-локтевом положении больного с вытянутой вперед головой. Для гастроскопии пользуются аппаратом Vensau de. В то время, как эзофагоскопия производится при всяком подозрении на рак пищевода, гастроскопия, в виду ее чрезвычайной сложности и трудности, даже небезопасности введения аппарата (были случаи перфорации желудка), практикуется редко и только при определенных показаниях,—напр., при подозрении на рак желудка взамен пробной лапаротомии. Эндоскопия служит не только для диагностических целей, но в широком размере применяется и для целей лечебных; так, под контролем ректоскопа производится электрокоагуляция полипов прямой кишки, лечение рака прямой кишки радием, вводимым чрез ректоскоп в особых металлических трубочках, и т. п. С лечебной же целью вводится в rectum маленькие кварцевые лампочки и пр. Диатермия как при местном биполярном применении, так и в виде трансабдоминальной диатермии, дает блестящие результаты при геморрое и особенно при сужениях прямой кишки, делая излишним хирургическое вмешательство. В клинике Vensau de широко практикуется также лечение геморроя склерозирующими впрыскиваниями в подслизистую ткань прямой кишки, последовательно в разные места, 50%-го раствора мочевины и chinini bimaricati. Зараз впрыскивается 5 к. с., курс состоит из 10—12 впрыскиваний, делаемых через 7—8 дней. Для этой простой техники необходим особый апускоп Vensau de и шприц с длинным наконечником. Я лично имел возможность убедиться в прекрасном действии такого лечения; через несколько недель геморроидальные шишки совершенно спадаются и склерозируются.

Аналогичные склерозирующие впрыскивания производят во Франции при лечении варикозных расширений вен нижних конечностей. Здесь имеется уже громадный опыт, исчисляемый десятками тысяч больных, леченных таким способом. Склерозирующие растворы вводятся больному в вены—сначала в одну ногу, потом в другую. После смазывания места укола иодом раствор медленно, втечении 2—3 минут, впрыскивается строго в вены (отнюдь не в подкожную клетчатку). Для таких впрыскиваний употребляются разные растворы. Лучшее всего действует Na salicylicum, который вводят сначала в количестве 2 к. с. 20% раствора и потом постепенно доходят до максимальной дозы—5 или 6 к. с. 40% раствора. Впрыскивания делаются через 2—3 дня. После 4—5 инъекций обычно получается склероз вен вследствие химического эндовенита. Вместо Na salicylici можно употреблять 1% раствор Hydr. bijodati в количестве от 1 до 5—6 к. с. на впрыскивание; действие этого препарата, однако, менее надежно, да кроме того при впрыскивании получается сильная местная болезненность, а как нежелательное осложнение—иногда и флебит.

В большом ходу во Франции также впрыскивания хинина в растворе вместе с уретаном (chinini pur. 0,4, urethani 0,4, aq. dest. 3,0, от 1/2 до 2—3 к. с.) и Na citrici. Непосредственно после впрыскивания этих растворов получается сокращение сосудов над и под местом укола и легко проходящие судороги в ноге. Через 4—5 минут после инъекции больной может идти на службу. В результате впрыскивания получается химическое воспаление—эндовенит с тенденцией к облитерации. На следующий же день после инъекции varices уменьшаются в своем объеме, а в дальнейшем они совершенно исчезают, и на их месте остается лишь жесткий цилиндрик, слегка болезненный в первые 1—2 месяца. Мало по малу однако и этот цилиндрик уменьшается, и на месте варикозного расширения остается только пигментация. Осложнение флебитом наблюдается крайне редко, эмболия же—никогда. Противопоказанием для впрыскиваний служат: ранее бывший флебит, пороки сердца, болезни почек и беременность.

Своеобразна точка зрения французских клиницистов,—Roux, Moutier, Gurault, Satellier и хирурга Dival'a—на эволюцию и лечение хронических язв желудка и 12-перстной кишки. Dival'a, как и хирург Розанов, придает громадное значение в эволюции язвы инфекции, которая обычно присоединяется вторично уже к существующей язве. Заражение происходит или из полости

рта, или из какого-либо источника, лежащего в брюшной полости (хронический аппендицит, холецистит и пр.). Виновником инфекции чаще (в 47,5%) является стрептококк или энтерококк (12,5%). Культуры этих бактерий легко получаются из окружности оперированной хронической язвы. О наличии инфекции язвы можно судить по целому ряду признаков, каковы повторные кровотечения, напряжение прямых мышц живота, частое повышение температуры, гиперлейкоцитоз и полинуклеоз, положительная внутрикожная реакция с грушевой энтеро-стрептококков. *Duval* рекомендует такие инфицированные язвы лечить сначала консервативным путем, а именно, вакцинацией энтеро- или стрептококковой вакциной. Можно пользоваться и протеинотерапией. Вакцинация и протеинотерапия действуют при язве благоприятно, но самой язвы не излечивают, а потому, когда воспалительные явления затихнут и наступит холодный период, тогда рекомендуется оперировать язву, благодаря чему получаются лучшие результаты, и бывает меньше рецидивов.

Заслуживает внимания широко практикующийся во Франции метод лечения бронхиальной астмы десенсибилизацией. Как известно, бронхиальную астму большинство клиницистов рассматривает теперь, как результат анафилаксии, т. е. повышенной чувствительности с повышенной реакцией со стороны дыхательного аппарата на известные раздражители. Астмогенными веществами служат чаще всего различные белки животного, растительного или бактериального происхождения. В каждом индивидуальном случае астмы нужно точное знакомство с аллергеном. Это достигается путем внутрикожного введения слабых растворов различных астмогенных веществ. Таким образом применяют около 120 заранее заготовленных экстрактов животного, растительного и неорганического происхождения. Экстракты эти готовятся теперь фабричным путем в форме порошков. Астматику наносится на внутренней поверхности предплечья сразу 20 кожных проб. В случае положительной реакции через несколько часов получают покраснение и волдырь. Когда таким путем будет найден анафилактоген, то начинается лечение астматика десенсибилизацией—путем кожных прививок экстракта найденного анафилактогена. В случае анафилаксии кишечного происхождения десенсибилизация производится *per os*—или анафилактогеном, или малыми дозами пептона, даваемого до еды; можно вводить пептон, в 50% растворе, по 0,1—0,3 к. с., и внутрикожно.

Почти в каждой Парижской клинике практикуется переливание крови, для чего имеется целый ряд в высшей степени портативных аппаратов. Переливание это,—конечно, после предварительного определения групповой реакции крови пробой *Vincent's*,—производится при самых разнообразных болезнях: при остром и хроническом малокровии, при уремии, сепсисе, эклампсии, хлорозе, пернициозной анемии, гемофилии, *morbus maculosus Werlhofii*, *purpura haemorrhagica*, лейкомии, отравлениях, язве желудка и *duodeni*, ожогах и пр. Далеко не при всех указанных страданиях получается, однако, хороший эффект. При язве желудка и при инфекционных заболеваниях переливание действует, повидимому, только как протеинотерапия.

Кровопускание, совсем было почти оставленное, теперь снова практикуется во Франции и при многих страданиях. Но единственно неизменный успех получается от него при асистолии, когда существует венозная гипертензия.

В большой моде сейчас во Франции оксигенотерапия. При помощи особого аппарата получается кислород *in statu nascendi*, который вводится под кожу в количестве 100—200 к. с. ежедневно или через день. Оксигенотерапия применяется при всевозможных заболеваниях: болезнях сердца в стадии асистолии, пневмониях, коклюше, астме, разных интоксикациях и пр. Однако особенно хороших результатов от применения этого метода лечения мне видеть не пришлось.

Заслуживает внимания широко применяемое в Париже рентгенологическое исследование желчного пузыря или холецистография, которая дает хорошие результаты при диагнозе камней и начальных форм воспаления желчного пузыря.

Интересна гипотеза *Remond's* о происхождении рака желудка. Необходимым предварительным условием для развития этого заболевания он считает хронический катарр желудка,—катаррально измененная желудочная клетка перерождается в раковую, и *Remond* демонстрировал под микроскопом ряд таких переходов.

Франция всегда была родиной не только великих талантов в области медицины, но и родиной знаменитых гипнотизеров, разных популярных „учителей“, пользующихся иногда методами лечения, граничащими с шарлатанством. В настоящее время большой славой здесь пользуется *Emil Coué* (неврач) из Нанси. Вокруг него образовалась новая Нансйская школа. Метод лечения *Coué* (так

наз. куэизм) состоит в систематическом и постепенном развитии способности самовнушения. Сам Соуэ применяет массовый метод лечения. Ежедневно к нему в Нанси приезжают сотни пациентов, жаждущих «исцеления», «учитель» ведет в общей зале, где ждут его больные, чрезвычайно убедительную беседу с ними о влиянии самовнушения на наши действия, поступки и течение болезни, демонстрируя это рядом опытов тут же на больных. Достаточно ежедневно утром систематически внушать себе, что тебе становится все лучше и лучше («sa va»),—и происходит, по мнению Соуэ, исцеление не только психогенных, но и органических заболеваний. Соуэ приобрел себе горячих поклонников даже среди врачей не только Франции, но Германии, Америки и др. стран. Защитники этого метода научно обосновывают его действием подсознания. Если куэизму нельзя отказать в известном эффекте при лечении чисто-функциональных нервных расстройств (истерия), то во всяком случае сама обстановка лечения и бесцеремонная эксплуатации больных далеко не соответствуют попыткам научного обоснования куэизма.

Рефераты.

а) Физиология.

1. *Сердечный гормон.* Уже из того давно известного факта, что сердце позвоночного, будучи вырезано, в течении различного времени может биться вне тела, вытекает, что в нем самом скрыты все условия для его спонтанной деятельности. Два года тому назад физиолог Demoor, из Брюсселя, доказал, что водная вытяжка из правого предсердия сердца собаки оказывает ускоряющее и усиливающее действие на пульсацию того же отдела кроличьего сердца. Почти одновременно с ним Haberlandt, в Иннсбруке, обнаружил в самом верхнем венозном отрезке сердца лягушки присутствие вещества, которое является возбудителем сердечных сокращений и которое поэтому было названо им сердечным гормоном. Продолжая далее свои исследования, Haberlandt (Wiener kl. Woch., 1926, № 45) убедился, что после извлечения этого вещества сердце совершенно утрачивает способность биться, если же обработать такое, утратившее способность сокращаться, сердце Ringelovским раствором, содержащим сердечный гормон, то способность работать к нему вновь возвращается. Н. нашел, затем, что вещество это является специфическим возбудителем сердца,—что его можно получить не только из самого верхнего отрезка сердца лягушки, но и из верхней трети желудка (где находится открытая His'ом мл. т. наз. атрио-вентрикулярная воронка),—что оно растворимо в абсолютном спирите, но совершенно нерастворимо в эфире (следовательно, не есть липоид),—что оно не разрушается при кипячении (свойство, характерное для всех гормонов),—что по действию оно похоже на адреналин, но не идентично с последним, и что оно не тождественно с открытым Loeви сердечно-симпатическим веществом. Источником образования сердечного гормона Н. считает специфически дифференцированные мышцы определенных частей сердца.

В. Сергеев.

б) Общая патология.

2. *К вопросу о конституциональном предрасположении к раку.* На довольно большом материале (150 чел.) Hirschfeld и Hittmair (Med. Kl., 1926, № 39) убедились, что субъекты, принадлежащие к I, III и IV изогмагглютинационным группам, не обнаруживают,—вопреки заявлению некоторых авторов,—никакого конституционального предрасположения к заболеванию злокачественными новообразованиями вообще и раком в частности.

В. С.

3. *К происхождению раковых метастазов.* Было время, когда для возникновения метастаза рака считалось достаточным одной единственной живой раковой клетке. В дальнейшем исследовании Роды Erdmann доказали, что для образования метастаза необходим перенос не только эпителиальных клеток, но

и клеток стромы. Новейшие опыты Nather'a и Schnitzler'a (Wiener kl. Woch., 1926, № 47) с впрыскиваниями эмульсии из раковых опухолей белым мышам свидетельствуют, что здесь играет роль и количество раковых элементов: при введении малых количеств метастазов не получается, хотя-бы введение это повторялось несколько раз, с более или менее длительными промежутками. Р.

4. *Генез Langhans'овских гигантов.* Вакáс (Virch. Arch., Bd. 260) полагает, на основании своих исследований, что располагающиеся в бугорках при тбс гиганты с периферическим расположением ядер развиваются так же, как и сами бугорки, т. е. сначала здесь имеет место слияние эпителиоидных клеток, затем размножение ядер и, наконец, центральный творожистый некроз. Р.

в) Бактериология и инфекционные болезни.

5. *Бактериология зоба.* Cantero (Surg., gynecol. a. obstetr., 1926, № 1) исследовал бактериологически 50 зобов, причем только 3 из них оказались стерильными, 31 раз были найдены стрептококки, 5 раз пневмококки, 2 раза палочки Welehs'a, 7 раз стафилококки и по одному разу *Bact. ruosyaneus* и *micrococcus tetragenus*. Полученные автором культуры были введены 6 кроликам. У всех 6 животных получились очень значительное припухание и гиперемия одной или обеих долей щитовидной железы. Другим 6 кроликам полученные из зобов культуры стрептококков были впрыснуты после многократных пересевов, и все же они вызвали только изменение щитовидной железы, оставив интактными остальные органы тела. Автор думает, что вышеописанные опыты его подтверждают участие бактерий, в частности стрептококков, в происхождении зоба. Л. Ратнер.

6. *К этиологии гриппа.* М. П. Изаболинский и В. А. Юдения (Гиг. и Эпид., 1926, № 7—8) выделили из носоглотки гриппозных больных дипло-стрептококка, по своим морфологическим и биологическим свойствам примыкающего к группе гемолитических стрептококков. При внутреннем введении этого микроба кроликам он оказался патогенным для последних, вызывая у них хронические формы интоксикации. По убеждению авторов дипло-стрептококк этот, несомненно, играет существенную роль в этиологии гриппа. В. К-ий.

7. *Серотерапия крупозной пневмонии.* Наблюдения М. М. Не вядомского (Днепропетр. Мед. Ж., 1926, № 7—8) показывают, что противодиплококковая сыворотка, приготовленная по Rößnerу, в случаях чистой пневмококковой пневмонии оказывает значительное лечебное действие: % смертности при ней резко уменьшается, % осложнений—также, продолжительность болезни сокращается, % падает более быстро, самочувствие больных уже на другой день после впрыскивания ее улучшается, боли и одышка пропадают, кашель становится меньше, пульс—реже, диурез повышается, процесс разрешения в легких большею частью ускоряется и пр. Сыворотка, однако, не предохраняет от появления новых фокусов в легких. Впрыскивание ее надо производить в первые же дни заболевания, при этом в количестве не менее 60 к. с.; при явлениях тяжелой инфекции впрыскивания надо повторять. Нефрит не служит противопоказанием к впрыскиваниям; напротив, после них явления токсического нефрита стихают. В основе действия сыворотки лежит специфическая нейтрализация токсических веществ, выделяемых диплококками Fränkely; оттого применение ее дает эффект только при чистой пневмококковой инфекции, при смешанной инфекции действие ее гораздо слабее, а при пневмонии, вызванной палочками Friedländera, равняется нулю.

8. *Новый способ дифференциальной диагностики оспы при помощи реакций аллергии.* Gins (Zeit. für Hygiene, Bd. 106, H. II) для этой цели иммунизировал морских свинок оспенной глицериновой вакциной внутривенно, подкожно и в яичко. Спустя 4 недели, у них испытывалась аллергическая реакция с вирулентной вакциной, нагретой до 80° в течение 1/2 часа, и с сырой лимфой. Результаты оценивались через 24 часа. На подготовленных таким образом морских свинок производились реакции с содержанием пустел подозрительных по заболеванию оспой людей. Реакции во всех случаях были специфичны, и это давало возможность ставить быстрый и правильный дифференциальный диагноз даже при тех условиях, когда присланный для исследования материал подвергался высыханию в течение 14 дней. В. Попов.

9. *К лечению столбняка.* Л. И. Гефтер (Журн. для усов. врачей, 1926, № 7—8), разбирая этот вопрос, находит, что, наряду с молниеносными формами данной болезни, где, повидимому, бессильна всякая терапия, встречаются формы,

в которых еще возможна борьба, и в этой борьбе надо приходить на помощь слабеющему организму, применяя комбинированное лечение. Последнее слагается из внутримышечного и интралюмбального впрыскивания больших доз (100 куб. сант. ежедневно) противостолбнячной сыворотки, подкожного введения 3% раствора карболовой кислоты (до 0,3 чистого фенола в сутки) и применения хлоралгидрата в клизмах.

В. С.

2) Туберкулез.

10. *Половое созревание и тbc легких.* На основании данных массового обследования (7729 чел.) А. Я. Кацман (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 8) нашел, что заболеваемость бугорчаткою легких резко возрастает у лиц обоего пола в возрасте полового созревания, причем у женщин это повышение заболеваемости наступает раньше, чем у лиц мужского пола.

В. С.

11. *Диететическое лечение тяжелых форм тbc* при планомерном проведении, дает, как свидетельствуют Sauerbruch, Hermansdörfer и Gerson (Münch. med. Woch., 1926, № 2—3), великолепные результаты. Оказывается, что большое значение принадлежит в данном случае различным минеральным солям, которые авторы рекомендуют вводить в организм в обильном количестве. Основной пищей должны быть молоко, масло, салат, всякого рода зелень, рис, яйца и т. п. Кроме того ежедневно вводится 45,0 рыбьего жира с фосфором. М. Фридланд.

12. *К лечению легочного тbc.* Frandsen и Jacoby (Acta med. Scand., v. LXIV, f. IV—V) убедились, что у чахоточных эксудативные и продуктивные процессы в легких могут уже при обыкновенном гигиенически-диететическом лечении настолько улучшаться, что это может быть констатировано рентгеном (просветление раньше затененных, вследствие инфильтрации, участков). Эксудативные процессы изменяются быстрее, чем продуктивные, так что взгляд некоторых авторов (напр., Ulrici) на эксудативную форму легочного тbc, как на дающую плохой прогноз, не оправдывается. Впрочем F. и J. несогласны и с мнением Jaquod, Fleischer'a и др., будто тbc процессы в легких могут исчезать бесследно. В. С.

13. *Phrenicus-hairesis.* Известная под таким названием операция вырывания п. phrenici применяется при тbc легких в тех же видах, как и искусственный пневмоторакс, т. е. с целью доставить соответствующему легкому, особенно нижней его части, покой и освободить его от сдавления. Как экспериментальные, так и клинические наблюдения убедили, однако, Dünneg'a и Mesklenburg'a (Deut. med. Woch., 1926, № 43), что результаты этой операции не могут идти в сравнение с результатами искусственного пневмоторакса,—дыхательная деятельность легкого после нее не прекращается. Благоприятное же влияние этой операции на легочный тbc объясняется, по мнению авторов, нервными влияниями.

В. С.

д) Внутренние болезни.

14. *К учению о pulsus differens.* Как известно, этим термином обозначается в литературе разница в пульсации лучевых или сонных артерий, в основе которой лежит препятствие для тока крови на одной стороне. Pulsus differens наблюдается при аневризмах аорты, атеросклерозе ее и др. больших сосудов. Pal, кроме того, описал эту разницу в пульсе у больных с поражениями центральной нервной системы,—кровоизлияниями в мозг, эмболиями и тромбозами мозговых сосудов. Проследив несколько случаев такого церебрального pulsus differens, Hermanн (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) убедился, что последний может иметь большое диагностическое и прогностическое значение: по колебаниям этой разницы мы можем судить, прогрессирует, или нет, процесс в мозгу; по наличности ее можно делать заключение и о локализации процесса.

В. С.

15. *К клинике пернициозной анемии.* По наблюдениям Г. Л. Бранденбургского (Днепропетр. Мед. Ж., 1926, № 7—8) пернициозная анемия может длительно протекать по типу гипохромной анемии, переходя лишь незадолго до смерти в анемию гиперхромную. Картина крови при этой болезни может мало отличаться от картины крови при обычной гипохромной, т. наз. вторичной анемии. Наблюдения автора говорят в пользу того, что при пернициозной анемии часто имеет место первичный гемолиз, костный же мозг вовлекается в процесс вторично.

В. С.

16. *Сальварсан при злокачественной анемии.* Hartmann (Deut. med. Woch., 1926, № 25) считает сальварсан наилучшим средством для лечения перни-

диозной анемии даже и в тех случаях, где происхождение последней не стоит в связи с Iues'ом. Средство это он рекомендует вводить внутривенно в дозе 0,075—0,15, с паузами в 5—6 дней. Эффект лечения автор объясняет стимулирующим влиянием содержащегося в сальварсане мышьяка на костный мозг. *P.*

17. *Гипофизин при почечных камнях.* Kalk и Schöndube (Deut. med. W., 1926, № 2) утилизировали свойство вытяжки из мозгового придатка вызывать сокращения гладкой мускулатуры для изгнания почечных камней, рекомендуя применять это средство при почечных коликах. Кроме терапевтического значения, впрыскивания гипофизина имеют, по мнению авторов, и диагностическое значение: если у больного через 20—30 мин. после впрыскивания 2 куб. с. гипофизина наступает типичная почечная колика,—это значит, что у него имеется в лоханке камень, притом такого объема, что он может войти в мочеточник. *P.*

В. Кий.

18. *К лечению артериосклероза.* По Curschmann'у (Fort. d. Ther., 1925, № 14) лучшим способом лечения артериосклероза является употребление старого средства—иодистого натрия. Последний употребляется в 5% растворе, по 3 чайных ложки в день. Лечение продолжается 3—4 недели, а затем делается пауза около 2 мес., после чего лечение возобновляется. *P.*

е) Хирургия.

19. *К диагностике и терапии переломов.* Dunbar Newill, Campbell и March Frere (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) утверждают, что правильный диагноз перелома можно поставить лишь при помощи рентгеновских лучей, и лишь под контролем последних можно добиться правильной редукции отломков костей. Для огромного большинства переломов авторы считают показанным закрытый способ лечения. Открытый способ на 1527 случаев из их практики они применили лишь в 35, т. е. в 2,3%, где имели место переломы patellae и обеих костей предплечья или голени. *P.*

М. Чалусов.

20. *Самопроизвольные переломы ребер.* Wahl (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) обращает внимание на переломы ребер, наблюдающиеся иногда под влиянием самых ничтожных причин, каковы кашель, чиханье и т. п. Обыкновенно принято думать, что такие переломы встречаются чрезвычайно редко, но очень возможно, что, если им будет уделяться больше внимания со стороны врачей,—этот взгляд изменится. В этиологии данных переломов играет роль специальное предрасположение, местное или общее. В практике значение их определяется главным образом тем обстоятельством, что они легко могут подать повод к неверным диагнозам: на основании их можно заподозрить саргес, плеврит, раковые метастазы и т. п. там, где этих заболеваний нет. *P.*

В. Сергеев.

21. *О непаразитарных кистах селезенки.* А. Ф. Тищенко (Сб. в память проф. Л. В. Орлова) на основании литературных данных и собственного случая считает, что непаразитарные кисты селезенки встречаются редко. Благоприятными условиями для развития этой болезни служат малярия, тифы, сифилис, смещение селезенки и травма. Клинически это заболевание протекает доброкачественно, не вызывая расстройств со стороны соседних органов, самой селезенки и общего состояния. Оперативное лечение непаразитарных кист сводится к вскрытию кисты при помощи разреза, к частичному иссечению селезенки или к полному ее удалению вместе с кистой. *P.*

И. Цимхес.

22. *Сальниковый дренаж мозговых желудочков.* А. А. Козырев (Arch. f. klin. Chir., Bd. 141, H. 4) лучшим способом оперативного лечения головной водянки считает аутодренаж мозговых желудочков. Сальник, по мнению автора, является наиболее надежным и верным материалом для такого дренажа,—материалом, обеспечивающим постоянное, хорошее опорожнение желудочков. Согласно экспериментальным данным и наблюдениям (11 случ.) автора он не дает толстых сращений с мозговой тканью и не подвергается при пересадке некробиозу. *P.*

И. Цимхес.

23. *О свободной аутопластической пересадке хрящей.* При аутотрансплантации хрящей А. Manheim и В. Zurkin (Arch. f. klin. Chir., Bd. 141, H. 4) находили в последних ряд дегенеративных и восстановительных процессов, зависящих от многих условий. Значительную роль для жизнеспособности хрящевого трансплантата играет место пересадки,—пересаженный хрящ обладает большей жизнеспособностью в мягких частях, чем, напр., на черепе, и большей среди

мышц, чем в коже. Аутопластически пересаженные реберные хрящи можно считать за подходящий материал как для покрытия дефектов черепа, так и для пластических операций на мягких частях (нос, ухо, трахея). Свои опыты авторы ставили на 50 кроликах в возрасте от 4 месяцев и до года.

И. Цимхес.

24. *К технике аутогемотерапии.* Для того, чтобы при аутогемотерапии взятая из локтевой вены кровь не свернулась, Graef (Zentr. f. Chir., 1926, № 3) советует поступать следующим образом: хирург должен иметь наготове раствор Na citrici и три шприца вместимостью от 10 до 20 куб. сант. каждый. Первый шприц, промытый раствором лимоннокислого натра, вводится в локтевую вену, после чего он, наполненный кровью, без иголки, все время остающейся в вене, передается помощнику для подкожной инъекции. Тем временем хирург берет из вены кровь вторым шприцем и вновь передает его помощнику. Таким путем эта маленькая операция может быть проделана быстро и без осложнений.

Л. Ратнер.

25. *Предупреждение послеоперационных тиреотоксикозов при помощи иода.* De Courcy (Annals of surgery, 1926, № 6) вновь поднимает вопрос о ценности предложенного Plummetom метода лечения базедовой болезни иодом. Метод этот оказался несостоятельным потому, что иод применялся неправильно — в слишком больших дозах и при неподходящих формах болезни. Предоперационная подготовка больных препаратами иода и в частности раствором Lugol'a также не спасает от тяжелых послеоперационных тиреотоксикозов, почему автор предлагает применять у больных с базедовой болезнью иод в послеоперационном периоде. Все больные его сейчас же после операции получают не менее 30,0 раствора Lugol'a per rectum, причем это вливание повторяется через 8 часов. В течение последних лет этот способ был применен автором у большого числа больных и дал блестящие результаты. — автор не пережил ни одной смерти, несмотря на то, что оперировал очень тяжелые случаи с явлениями сердечной декомпенсации и прогрессирующего падения веса.

Л. Ратнер.

26. *Лечение разлитого перфоративного перитонита промыванием солянокислым пепсином.* Schönbauer (Zentr. f. Chir., № 1926, 45), из клиники Eiselsberg'a, приводит 117 случаев перфоративного перитонита, леченных промыванием брюшной полости солянокислым пепсином, причем смертельный исход наблюдался в 15 случаях (12,8%), тогда как 164 случая, леченных без промывания, дали 57 смертей, т. е. 34,8%. Перфорации эти имели место главным образом в желудке, 12-перстной кишке, червеобразном отростке и желчном пузыре. Промывание производилось 1½—3 литрами следующего раствора: ac. hydrochlor. dil. — 4,5, aq. destill. steril. — 1500,0, pepsini (с переваривающей силой 1:3000) — 1,0. Повидимому, пепсин увеличивает действие соляной кислоты и является биологическим антисептическим средством.

И. Цимхес.

ж) Офтальмология.

27. *Аутогемотерапия в офтальмологии.* По сообщению Licskó (Orvosképzés, 1925, 15), в 1 Глазной клинике в Будапеште аутогемотерапия была испытана в ряде случаев, где другие методы протеиновой терапии, в частности молока, оказались бесполезными. Сюда относились те случаи иридоциклита и увеита, в которых, при полной неясности в отношении этиологии, также и лечение ртутью, инъекциями NaCl и туберкулином остались безрезультатными. Кровь, взятая из локтевой вены, вводилась частью внутримышечно (в количестве 6—10 к. с.), частью подконъюнктивально (в количестве 1—2 к. с.). Инъекции не сопровождалась никакой реакцией, разве иногда то повышалась на несколько десятых. Эффект лечения из 29 случаев в 16 был очень хороший, в 9 — менее удачный и в 4 — равный нулю. Мало пользы принесла аутогемотерапия при tbc хориоидитах и при паренхиматозном кератите, отрицательные результаты были при острых иритах с обильным экссудатом. Наоборот, при хронических иритах и иридоциклитах с неясной этиологией, а также при острых иридоциклитах после ранений глаза без обильной экссудации и начинающихся иридохориоидитах, результаты получились очень хорошие. В частности подконъюнктивальные инъекции пригодны при поверхностных и глубоких кератитах и хронических иридоциклитах.

В. Адамюк.

28. *Сифилитические поражения глаз.* Rasquin (38 Congrès de la Soc. franç. d'ophtalmologie, Bruxelles, 1925) обратил внимание на то поразительное явление, что среди больных с сифилитическими поражениями глаз значительное

число совершенно не подозревает об имеющейся у них специфической инфекции. Докладчик располагал 762 случаями. В этом числе из 493 мужчин 280 не знали о бывшем у них сифилисе, а из 269 женщин 234 отрицали возможность сифилитической инфекции. Что касается характера поражений глаз у этих 762 больных, то в 104 случаях дело шло о параличах двигательных мышц глаз, в 13—о поражении костей, в 82—о страдании сосудистого тракта; кроме того, имелось 3 случая сифилиса век, 107 случаев страдания зрительных нервов и 453 случая нарушения движения зрачков.
В. Адамюк.

29. *Лечение малярией табаческих атрофий зрительного нерва.* По сообщению Fischer'a-Ascher'a (Kl. Mon. f. Aug., Bd. LXXVI) такое лечение в клинике Herma'n'a было применено в 18 случаях атрофии зрительного нерва у табиков, причем больным впрыскивались частью под кожу, частью внутривенно 4—8 куб. сант. крови маляриков, взятой во время приступа. Продолжавшееся несколько месяцев (до года) наблюдение показало, что у 13 больных после того ухудшение зрения остановилось и у 5 продолжалось. Так как прогноз табаческой атрофии зрительного нерва является очень печальным, то автор доволен и этими результатами и рекомендует непременно подвергать лечению малярией свежие случаи данного заболевания.
Е. Волженский.

з) *Акушерство и гинекология.*

30. *Гормоны желтого тела.* По исследованиям Paranicolaou (Journ. of Am. Med. Ass., 1926, № 19) желтое тело яичника содержит два гормона-антагониста: один тормозит овуляцию и менструацию, другой, наоборот, в известных границах ускоряет эти процессы. Первый из них у небеременных самок не вызывает гипертрофии полового аппарата, второй вызывает значительную гипертрофию. Во время беременности они действуют оба, притом в противоположном друг другу направлении.
М. Чалусов.

31. *Влагалищная флора в детском и юношеском возрасте.* Soeken (Zeit. f. Kinderheilk., Bd. 40, H. 6, реф. в Berich., Bd. X) при исследовании 500 детей в возрасте от 6 мес. до 9 лет нашел в секрете влагалища значительное преобладание кокковых форм. У 73 девочек в возрасте от 10 до 15 лет при наблюдении в течение 5—22 недель он нашел, что флора дает ту же картину. С возрастом содержание *b. vaginalis* повышается и с 13 лет делается уже преобладающим. Появление бациллярной флоры автор считает признаком начавшегося созревания, которое наступает иногда задолго до появления менструаций. Изменение характера микрофлоры совершается быстро и заканчивается в течение 8 дней. Причины этого превращения автор склонен искать в эндокринных влияниях на слизистую оболочку влагалища, которые делают последнюю более пригодной для роста бациллярной флоры.
А. Тимофеев.

32. *Культуры трихомонад* удалось получить Andrew's'y (по Berich-über d. gesamt. Gyn., Bd. X, H. 16/17) на среде, состоящей из Loeffler'овской кровяной сыворотки (0,5), NaCl (0,7), Na citrici (1,0) и воды (1000 к. с.). Присутствие O или CO₂ значения не имеет. Лучше всего культуры растут, если среда изолирована от воздуха слоем парафинового масла. Pentatrichomonas Ardi-Delleili лучше всего растет на сыворотке крыс. Питательный бульон для разведения совершенно непригоден. Trichomonas muris лучше всего растет на сыворотке обезьян. Прибавление декстрозы усиливает рост и удлиняет продолжительность жизни культур. Наиболее благоприятной является температура в 37,5°. Температура в 49° убивает культуры. Пять видов оказались факультативно анаэробными.
А. Тимофеев.

33. *Определение времени зачатия* производил Vollkman'n (Mon. f. Geb. u. G., 73, H. 1/2) на основании точного определения возраста эмбрионов и пришел к выводу, что почти в половине всех случаев зачатие падает на первую половину интервала между менструациями.
А. Т.

34. *Ранний диагноз беременности точными методами.* First, Cooke и Fong (по Ber. ü. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 1), разбирая современные методы серологической и биологической диагностики беременности, наибольшее значение придают методу пищевой гликозурии Frank'a-Nothman'n'a, технику которого они видоизменили следующим образом: утром моча проверяется на содержание сахара; вместо завтрака больная получает раствор виноградного сахара из расчета

7,5 гр. на 10 фунтов веса тела, но не больше 150,0 гр., после чего моча исследуется через час по Fehling'у. Если дело идет о женщине, находящейся в периоде лактации, необходимо исключить возможность ошибки вследствие наличия молочного сахара, проделав пробу на брожение. А. Т.

35. *Лечение рвоты беременных.* А. Шорохова (Клин. Мед., 1926, № 8) получила в 25 случаях рвоты беременных (в том числе в 8 случаях неукротимой рвоты) прекрасные результаты от впрыскиваний стерильной лошадиной сыворотки. Последняя вводилась большей частью в дозе 5,0, причем впрыскивания повторялись через 1—2 дня; общее количество сыворотки колебалось в отдельных случаях от 15,0 до 40,0, продолжительность же лечения—от 4 до 11 дней. Уменьшение рвоты наблюдалось обычно уже через несколько часов после первого впрыскивания. Автор рекомендует этот способ лечения и для других токсикозов беременности. Причину благоприятного эффекта его Ш. видит в иммунизации беременной по отношению к чужеродным коллоидам. Р.

36. *Ручное отделение крепко сидящих кровяных сгустков и остатков яйцевых оболочек при послеродовых кровотечениях.* Grandt учит, что послеродовые кровотечения очень часто зависят от плохого сокращения матки, а последнее почти всегда имеет своей причиной задержку остатков оболочек или крепко приставших к стенкам матки сгустков, удаление которых массажем и по Stédé не всегда удается. Он рекомендует в таких случаях немедленное ручное выделение таких остатков. Prager (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) применил этот прием в 100 случаях послеродовых кровотечений и горячо рекомендует его, ибо матка после удаления сгустков тотчас хорошо сокращается, и кровотечение быстро и надежно останавливается. Что касается опасности послеродовых заболеваний, то, по его мнению, она далеко не так велика, как после ручного выделения последа: из 100 проведенных им случаев 78 протекли без повышения t° , в 7 случаях было однодневное повышение t° не выше $38,5^{\circ}$, в 6—повышение t° в течение нескольких дней не выше $38,5^{\circ}$, в 7—воющие лохии с t° не выше 38° и в 2—безлихорадочный тромбоз бедренной вены. Автор полагает, что трудно сказать, когда введение руки в матку в этих случаях могло быть виной возникновения лихорадки, и когда последняя была уменьшена именно благодаря этому приему, т. е. удаление сгустков отнимает хорошую питательную почву у микробов, а хорошо сокращенная, обескровленная матка затрудняет проникновение микробов вглубь ее стенок. Е. Заболотская.

37. *Лечение белей „буферной смесью“ молочной кислоты.* Рекомендованные Zweifel'em спринцевания с acid. lacticum, имеющие целью повысить градус кислотности во влагалищном содержимом и подействовать корригирующим образом на химизм влагалищной слизи, имеют ту невыгоду, что сравнительно слабый ($1/2$ 0/1) раствор уже через несколько минут после применения разбавляется секретом влагалища и нейтрализуется его щелочной реакцией, так что продолжительного действия не получается. Naujoks и Behrens (Zentr. f. Gyn., 1926, № 3) предложили особую, так называемую «буферную» смесь молочной кислоты с ее щелочной солью. Смесь эта обладает тем свойством, что в нейтральной среде диссоциирует с выделением кислоты, причем диссоциация прекращается при достижении определенной степени кислотности в окружающей среде. Когда исчезает, вследствие нейтрализации щелочным секретом влагалища, диссоциированная, действующая как кислота часть, то наступает возможность для дальнейшей диссоциации соответствующего количества кислоты. Если такую буферную смесь мы введем во влагалище с нейтральной реакцией, то мы можем в течение ряда дней поддерживать нормальную степень кислотности. Существенная важность данного способа заключается в возможности вводить большое количество молочной кислоты без того, чтобы степень кислотности отличалась от нормальной кислотности влагалищного секрета. Е. Заболотская.

и) Ледиатрия.

38. *Выращивание недоносков.* При выращивании недоносков, по Ogeer'у (Вр. Об., 1926, № 7), представляются трудности тройного рода: 1) преждевременно рожденный ребенок не может самостоятельно регулировать температуры тела; 2) дыхание его поверхностно и неравномерно, иногда нося характер Шеупе-Стокез'овского, почему ребенок легко делается цианотичным; 3) большие трудности представляет кормление недоносков. Для предупреждения охлаждения ребенка

обертывают ватой, по бокам кладут бутылки с горячей водой или пользуются ваннами с двойными стенками, между которыми протекает теплая вода, или кроватками, под которыми находится электрическая лампочка накаливания; помещают также недоносок в комнату, 1° воздуха в которой поддерживается на 30° С. При асфиксии хорошее действие оказывают впрыскивания лобелина (0,001—0,003) под кожу, лучшим же средством является вдыхание кислорода. Питаться недоносок лучше всего грудным молоком; если он не может сосать, его кормят сцеженным молоком, причем нередко приходится применять питание через зонд. Чтоб дополнить недостаточное количество белков и солей в женском молоке, к последнему прибавляют небольшое количество пахтанья. Для предотвращения таких заболеваний у недоносков, как рахит, тетания и анемия, их с 3 месяцев начинают освещать кварцевой лампой, причем у каждого ребенка проделявают 20 сеансов освещения, благодаря чему, а также благодаря применению рыбьего жира, обычно и удаётся предотвратить указанные заболевания. *В. Редлих.*

39. *Эозинофилия при эксудативном диатезе у детей.* М. Я. Пукowska (Жур. по изуч. ран. д. в., т. IV, № 1) исследовала на эозинофилию кровь 79 детей с различными проявлениями эксудативного диатеза в возрасте преимущественно от $3\frac{1}{2}$ мес. до 1 года. Повышенное процентное содержание эозинофилов было обнаружено у 65,8% всех этих детей. При этом эозинофилия была выше там, где ярче был выражен кожный процесс, где имели место воспалительные явления, и где к ним присоединялось участие нервной системы, а именно, во всех случаях мокнувшей экземы, prurigo, urticaria и в большей половине случаев сухих экзем. При intertrigo, lingua geographica и здоровой коже эксудатиков эозинофилия почти во всех случаях отсутствовала, и вообще ее нельзя рассматривать, как обязательный симптом эксудативного диатеза.

А. Казарновская-Смирнова.

40. *О пищеварительном лейкоцитозе у детей.* Б. И. Баданов и А. С. Розенталь (Жур. по изуч. ран. дет. воз., т. IV, № 2) проверяли лейкоцитарные кривые у детей при обычном кормлении и при голодании в течение целого дня и даже в течение суток. Исследование крови производилось каждый час. Материалом послужили семеро детей, различно вскармливавшихся, в возрасте от 2 мес. до 4 лет. При рассмотрении полученных лейкоцитарных кривых авторы нашли, что дневные колебания лейкоцитов представляют собой волнообразную линию с подъемами и падениями, не зависящими от приема пищи. Лейкоцитарные кривые при кормлении и при голодании отличались лишь амплитудой колебаний. При выяснении причины этих колебаний психический момент мог быть исключен, т. к. колебания наблюдались в самом раннем возрасте и во сне. Предположив, что колебания эти находятся в связи с тонусом вегетативной нервной системы, авторы впрыскивали детям за 20 мин. до взятия крови 1% раствор атропина в дозе 0,3—0,5—0,8, в зависимости от возраста, и убедились, что введение атропина в малых дозах, не меняя характера лейкоцитарной кривой, всю ее антепонирует; при введении же больших доз наблюдалась резкая лейкопения, державшаяся до окончания действия атропина. Данные эти указывают на тесную связь лейкоцитарных колебаний с вегетативной нервной системой. Пищевой момент, если и имеет здесь значение, то не больше, как один из факторов, раздражающих вегетативную нервную систему. *А. Казарновская-Смирнова.*

к) *Невропатология и психиатрия.*

41. *Аутогемотерапия душевных и нервных болезней.* А. А. Петров (Совр. Психоневр., 1926, т. III, № 3), применив этот способ лечения в одном случае острой хорей, получил от него выздоровление в кратчайший срок. По его мнению, аутогемотерапия заслуживает применения вообще при всех тех душевных и нервных болезнях, в основе которых лежит инфекция: при остром энцефалите, послеродовых психозах, эклампсии и психозах после острых инфекционных заболеваний. Можно было бы также испробовать ее при эпилепсии, а также при резко выраженных кататонических и эрективных формах шизофрении. *Р.*

42. *Веронал при эпилепсии.* По Л. Б. Гаккелю (Совр. Психоневр., 1926, т. III, № 3) веронал при эпилепсии оказывает благоприятное влияние, уменьшая количество припадков и облегчая как течение самих припадков, так и послепадочные явления; особенно благоприятный эффект дает он при периодических припадках. В тех случаях, где действие веронала оказывается недостаточно зна-

чительным, его можно усилить прибавлением брома. По сравнению с люминалом в некоторых случаях эпилепсии веронал оказывает более значительный эффект, чем люминал, в других же, наоборот, этот последний оказывается более действительным. Длительное применение веронала не вызывает токсических явлений,— конечно, при осторожном его применении. Р.

43. Как предотвратить у сифилитиков прогрессивный паралич и *tabes*? Отвечая на этот вопрос, Н а р т м а н н (Klin. Woch., 1926, № 16; по реф. Совр. Психоневр., т. III, № 3) исходит из той мысли, что вторичные явления представляют собою защитную реакцию организма против сифилитического яда. Там, где эта реакция по какой-либо причине, напр., под влиянием антисифилитических средств, слаба, токсическое влияние lues'a на центральную нервную систему и местное воздействие на нее спирохэт ведут к поражению мозга, при сильной же реакции этого не бывает. Отсюда автор, для предупреждения прогрессивного паралича и сухотки, советует не подавлять вторичных явлений сифилиса, т. е. не лечить последний ранее выявления последних. Р.

л) Венерология и дерматология.

44. Вопрос о существовании дермотропной и нейротропной рас бледной спирохэты остается и до настоящего времени еще окончательно неразрешенным, несмотря на значительное количество экспериментальных и клинических исследований. Сторонниками дуализма выдвигается, в качестве одного из аргументов, тот клинический факт, что заражение нейротропной расой спирохэты ведет в преобладающем числе случаев к сифилису центр. нервной системы, и что последний протекает без поражения кожных покровов, костей и пр. Чрезвычайно интересны в этом отношении наблюдения д-ра П р о к о п ч у к а (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 150, Hft 2, 1926), проведенные на больных санаторий Пятигорска, где концентрируется исключительный по разнообразию клинический материал. Под наблюдением автора находилось всего 720 больных, из них с гуммозным сифилисом—92 чел., с прогрессивным параличом—76, с сухоткой спинного мозга—276, с lues cerebrospinalis—183, с люэтическим менингомиелитом—85. Органические поражения в нервной системе были впервые обнаружены на 1-м году болезни в 6,9%, на 2-м—в 5,7%, на 3-м—в 3,2%,—т. е. течение первых 3 лет после инфекции нейролюэс был отмечен в 15%,—на 5-м—в 9,9%, на 10-м—в 28%, на 20-м—в 30% и на 30-м году—в 3%. Из 92 случаев гуммозного сифилиса в 9% были резко выражены симптомы сухотки спинного мозга, lues cerebrospinalis и meningomyelitis; еще чаще наблюдались anisokoria (39%), симптом R o m b e r g'a (16%), отрицательная реакция на свет и конвергенцию (37%). Среди 620 больных с симптомами сифилиса центральной нервной системы у 10% было обнаружено наличие пораженной кожных покровов и костной системы: язвенный гуммозный сифилид кожи и слизистых, гуммы скелета, полости рта и носа. При рентгеноскопии, произведенной у 16 табиков, у 5 были констатированы сифилитические периоститы и оститы. Что касается вопроса о влиянии предшествующего лечения на течение болезни и время появления симптомов нейролюэса, то автор приводит следующие небезинтересные цифры: из всех больных только 8,7% получили правильное и достаточное лечение, 63% лечились недостаточно (1 или 2—3 курса), а 27,5% вообще не лечились до момента появления признаков поражения нервной системы. Необходимо отметить, что в 11,6% всех случаев больные не знали о характере своей болезни. Автор считает предрасполагающими к развитию нейролюэса моментами, кроме недостаточного лечения в первые годы болезни, также нейропатическую конституцию (7%), алкоголизм (15%), психические травмы (8%), физические травмы (9%), инфекционные болезни (17%). Наконец, автор вскользь затрагивает чрезвычайно интересный вопрос, который дебатруется еще и в настоящее время,—о влиянии лечения салварсаном на возникновение нейролюэса, причем по данным его оказалось, что предшествующее комбинированное ртутно-салварсанное лечение было проведено только в 9% всех обследованных им случаев. Прив.-доц. Н. Яснитский.

45. О заразительности молока сифилитичек. Для разрешения этого вопроса, имеющего большое практическое значение, S c h w a r z u. S c h u b e r t (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 149, Hft 2, 1925) предприняли ряд исследований, желая, во-первых, установить, переходят-ли в молоко специфические антитела и спирохэты, а во-вторых, пытаясь доказать заразительность молока прививками

его животным. Для решения первого вопроса авторы поставили опыты с исследованием сыворотки молока по Wassermannу в 44 случаях сифилиса женщин. При этом из 17 случаев серонегативного сифилиса в период времени от 3 до 13 дней после родов молоко дало положительную RW только в 2 случаях, а в 27 случаях серопозитивного сифилиса, частью леченного, частью не леченного, в период времени от 3 до 32 дней после родов получилось почти полное совпадение RW в молоке и крови. Отсюда авторы делают вывод, что специфические антитела переходят в молоко. Исследованию на присутствие спирохэт было подвергнуто молоко 45 женщин - сифилитичек, из которых 27 имели положительную RW и активные припадки вторичного сифилиса; во всех без исключения исследованиях результат получился отрицательный. Наконец, неизменно отрицательный результат получился и при прививках молока 21 кролику. Авторы делают отсюда вывод, что нет причинных доказательств заразительности молока сифилитичек, если при этом на коже сосков отсутствуют заразные проявления сифилиса.

Н. Яснитский.

46. *Значение голодной диеты при острых дерматозах.* Chevallier, в заседании Французского Общества Дерматологии и Сифилидологии 8/VII 1926 г. (Bull. de la Soc. Franc. d. Derm. et d. Syph., 1926, № 7), констатирует малое внимание, уделяемое значению голодной диеты при дерматозах (под такой диетой он подразумевает воздержание в течение 2—3 дней от всякой пищи, при употреблении только воды). Между тем автор видел быстрые результаты от применения этой диеты в случаях себорройной экземы, мокнущей экземы и остро протекающих аспе лица. В прениях Hudele подтвердил, на основании своего опыта, хорошее влияние голода в некоторых случаях острой экземы, pruritus и prurigo.

А. Д. Печников.

47. *К патогенезу экземы.* Подробно разобрав существующие теории происхождения экземы и остановившись на вопросе о зависимости ее от расстройств обмена веществ, Evening (Derm. Woch., 1926, № 37 и 38) отмечает, что в этом направлении мы еще не имеем твердо установленных и бесспорных положений. Особое внимание за последние годы уделяется дерматологами функциональной диагностике экземы. Этот совершенно новый в дерматологии метод нуждается во всесторонней и детальной разработке. Автор сообщает о полученных им результатах опытов функционального исследования здоровой и экзематозной кожи по Jaegerу с применением скипидара, настойки арники, формола и др. веществ, могущих играть роль раздражителей кожи. Результаты эти могут быть представлены в следующих цифрах: из 222 больных с экземой положительную реакцию удалось получить в 50%—в то время, как у здоровых людей она имела место только в 2,2%. Здоровые лица, реагирующие положительно, по выражению Bloch'a, должны считаться «кандидатами в экзематики».

Пр.-доц. *Н. Яснитский.*

48. *К лечению псориазиса.* Испробовав в 6 случаях этой болезни предложенное Hübner'ом лечение ее внутривенными впрыскиваниями салициловоксилого натра (точное—его препарата, псориазала), Weckesser (Dermat. Zeit., Bd. 44) у 3 больных действительно получил более быстрое излечение, чем при обычных средствах. Но за то у всех больных после впрыскиваний обнаружались неприятные побочные явления в форме головокружений, сердцебиений и пр. В 3 случаях они были настолько значительны, что пришлось прервать лечение.

В. С.

ж) Судебная медицина.

49. *О травматическом кольце вокруг входного отверстия огнестрельных ранений.* Порф. А. Д. Григорьев (Ирк. Мед. Ж., 1923, № 6; 1925, №№ 5—6) указывает, что при выстрелах, произведенных на далеком расстоянии, пуля, проделав большой путь, теряет свою центробежную силу и действует только ударно, медленнее проходя сквозь толщу тканей и травмируя их значительно сильнее, чем при выстрелах на близком расстоянии, вследствие чего в окружности входного отверстия образуется травматическое кольцо. Наличие последнего определяет т. о. входное отверстие и указывает, что выстрел произведен на большом расстоянии, эксцентричность же его говорит за то, что выстрел произведен под острым углом, причем большая часть образующей окружности лежит, по отношению к стреляющему, по другую сторону раны, а узкая часть обращена к стреляющему. Наличие травматического кольца определяет, далее, убийство, ибо по

автору, при самоубийстве его не должно быть. Изменения окраски кольца помогают, затем, определению давности повреждения, а величина кольца помогает определить, из какого оружия произведено последнее, так как, при одинаковых условиях, пуля, имеющая большую массу, нанесет и большую травму. Наконец, травматическое кольцо, являясь прижизненной реакцией организма, решает вопрос о том, что повреждение нанесено при жизни.

А. Гусев.

50. *Установление расы у людей по Манойлову.* Манойлов (Münch. m. W., 1925, № 51) утверждает, что путем его реакции (техника последней описана в «Каз. Мед. Ж.» за 1926 г., стр. 874, реф. № 348) можно установить не только пол, но и расу людей, напр., отличить кровь евреев (дает окраску от бледно-голубой до ясно-голубой) от крови русских (дает окраску от синева-красноватой до красноватой). Автор объясняет разницу тем, что в крови евреев окислительные процессы происходят быстрее, чем в крови русских. Исследовал сначала в этом направлении 380 евреев и 982 русских, М. получил верные результаты в 88%, а при дальнейших исследованиях (202 случая) — в 91,7%. Реакция позволяет, как убедился автор, определять и кровь людей других национальностей, напр., немцев, поляков, финляндцев, китайцев, корейцев, японцев, армян и др.

А. Гусев.

Рецензии.

Maas. Abhängigkeit der Wachstumsstörungen und Knochenkrankungen von Störungen der inneren Sekretion. Preis 2,20 RM. Verlag Carl Marhold. Halle (Saale).

Книжка Мааса представляет собой седьмой выпуск IX тома „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs—u. Stoffwechselkrankheiten“ (редакция: проф. Strauss, Berlin). Новых фактов и исследований книжка не содержит, но она является хорошей сводкой всего того, что в литературе было опубликовано о расстройствах роста и заболеваниях костей в зависимости от расстройств функции желез с внутренней секрецией. Каждой железе с внутренней секрецией уделена отдельная глава, распадающаяся на две части: а) опыты на животных, в) наблюдения на человеке. Каждому, нуждающемуся в такого рода сводке наших знаний о вышеупомянутых расстройствах в связи с нарушением функций эндокринной системы, книжка Мааса может быть рекомендована, как полная, весьма удачная сводка.

Ив. Галант (Москва).

Dr. G. Gabriel. Heilgymnastik. München. 1926. 52 стр. 13 рис.

Автор дает общее представление о медико-механическом лечении Zander'овскими аппаратами всевозможных заболеваний. Особенно подробно останавливается он на лечении болезней сердца. Подчеркивая преимущества аппаратной гимнастики, автор выявляет себя явным ее сторонником и, сравнивая пассивную гимнастику с активной, считает последнюю менее приемлемой для терапевтических целей. С подобным выводом, однако, не вполне можно согласиться, ибо активная гимнастика также имеет свои преимущества и в последнее время все больше и больше завоевывает себе право гражданства как в терапии болезней внутренних органов, так и особенно при лечении болезней органов движения.

Н. Герасимова.

Dr Sperling. Hygienische Morgentoilette. München. 1926. 32 стр.

Под утренним туалетом Sperling понимает ряд гимнастических упражнений, производимых в постели и заканчивающихся коротким самомассажем. Все приемы прекрасно изображены на рисунках, приложенных к книге, в форме таблицы. Предлагаемые упражнения особенно могут быть рекомендованы детям, как обязательная утренняя гимнастика.

Н. Герасимова.

К. П. Улезко-Строганова. Микроскопическая диагностика в гинекологии. С 49 рисунками в тексте. Изд. „Прак. Мед.“, 1926.

При полном почти отсутствии в отечественной литературе руководств по микроскопической диагностике гинекологических заболеваний появление второго издания известного учебника К. П. Улезко-Строгановой следует приветствовать. По сравнению с первым изданием настоящий учебник пополнен рядом новых глав, из которых особенный интерес представляют главы, содержащие

краткий очерк учения об опухолях и учение о ретикуло-эндотелиальной ткани в женской половой сфере. Особенную ценность эти главы приобретают потому, что в основу их положены многолетние серьезные собственные исследования автора. Описание эмбрионального развития женских половых органов в том кратком виде, как оно приведено в книге, пожалуй, является излишним. Изложение патологической гистологии идет по отдельным органам, причем везде ему предпосылается сначала краткое описание нормальной гистологии. Особенно подробно изложена патологическая гистология матки, причем особенное внимание автор обращает на необходимость ранней диагностики рака. Глава о патологической гистологии яичника, хотя и изложена значительно короче, но содержит описание наиболее важных патологических процессов в этом органе. Самые размеры руководства, несомненно, послужили причиной того, что некоторые отделы изложены в нем не столь полно, как это было-бы желательно. Это не умаляет достоинств книги, особенно ценной потому, что в основу ее положены богатый личный опыт К. П. и ее исключительная эрудиция в этой области.

Проф. А. Тимофеев.

Противозачаточные средства и их применение. Научно-практ. руководство для врачей и студентов. Под ред. Е. П. Кватера. Изд. „Охрана материнства и младенчества“. Москва, 1926.

Книга представляет сборник статей различных авторов, целью коего является желание дать врачам и студентам возможность ознакомиться со всеми видами противозачаточных средств, обратив особенное внимание на средства, наиболее пригодные для данной цели. Перенесением вопроса о противозачаточных средствах в область научного изучения издатель надеется достигнуть вполне верного и безопасного средства против зачатия, каковым мы до сих пор не обладаем. Общий обзор противозачаточных средств представлен в книге покойным д-ром Рахмановым. Медицинские показания к временной стерилизации изложены д-ром Кватером. Предохранительные методы при помощи химических средств описаны проф. Малиновским. Механическая контрацепция изложена д-ром Кватером, который, между прочим, приводит описание операции Гольяника, предложившего образовывать в цервикальном канале ряд складок из слизистой оболочки сводов. Проф. Губаревым затронуты методы против зачатия, основанные на внутриматочных вмешательствах, главным образом носящих характер прижиганий и внутриматочных пессариев; совершенно справедливо почтенный автор относится к подобному ряду средств совершенно отрицательно. В статьях Бормана и Найдига кратко затронуты методы временной стерилизации лучами Röntgen'a и при помощи спермоиммунитета. Методы хирургической стерилизации описаны в статье проф. Брауде, который является сторонником опорожнения беременной матки путем разреза, если приходится одновременно и прерывать беременность, и производить стерилизацию. Проф. Фронштейн, высказывающийся принципиально в пользу индианской идеи о стерилизации с евгеническими целями, описывает этот метод по отношению к мужчинам. В связи с колоссальным распространением абортов, всего вреда которых мы еще всецело учесть не можем, идея издания подобного сборника является крайне удачной.

Проф. А. Тимофеев.

Проф. П. С. Медовиков. Туберкулез в детском возрасте. 2-ое испр. и дополн. изд. с 14 рис. в тексте. Изд. «Практ. Мед.» 1926 г. 250 стр. Ц. 3 р.

Второе издание монографии проф. Медовикова, выходящее через 10 лет после первого, настолько переработано, что может быть рассматриваемо, как новый труд. Первые главы книги посвящены рассмотрению предрасположения к тbc, частоте его у детей, патогенезу и иммунитету; затем следует подробное изложение симптоматики тbc детского возраста; в отделе о диагностике приводятся, кроме специфических реакций, многочисленные вспомогательные диагностические методы, как морфологическое и химическое исследование мокроты, крови, анализ мочи и пр. В главе о терапии описывается прежде всего гигиено-диетический режим, но также подробно излагается и туберкулинотерапия, которой отводится очень мало места в большинстве других книг, имеющих на русском языке по детскому тbc.

Автор связывает предрасположение к тbc, течение его и прогноз заболевания с конституцией ребенка и, прежде всего, с состоянием вегетативной нервной системы. Считая, что при ваготонической настроенности вегетативной нервной системы тbc протекает благоприятно, а при симпатикотонии—неблагоприятно, он рассчитывает воздействием на вегетативную нервную систему «перестраивать»

конституцию» и таким образом влиять на исход болезни. Впрочем, сам автор указывает, что исследование вегетативной нервной системы дает иногда противоречивые результаты и не позволяет точно определить конституцию ребенка. Само противопоставление симпатико- и ваготонии весьма, ведь, спорно; кроме того, при различных состояниях организма, при которых находили ваготонию (грудной возраст, некоторые острые инфекции, период полового созревания), наблюдается обычно неблагоприятное течение тбс. Поэтому нам кажется, что не следует с такой категоричностью связывать то или иное течение тбс с симпатико- или ваготонией; но самая постановка вопроса бесспорно интересна.

Новое издание книги проф. Медовикова, несомненно, заслуженно получает среди врачей такое же широкое распространение, как и первое издание ее.

Проф. Е. Ленский.

Pfeifer. Leitende Gesichtspunkte für die Psychopathologie des Kindes im vorschulpflichtigen Alter. Preis 1,20 R. M. Verlag Carl Marhold. Halle (Saale).

Книжка Pfeifer'a, профессора психиатрии Лейпцигского Университета, представляет собой попытку отграничить психопатологию детей дошкольного возраста от учения о психозах детского возраста. О характере ее можно судить по отдельным ее главам: «Der Genius im Kinde». («Проявления гениальности у детей»); «Das Zentralnervensystem des Kindes in seiner biologischen Betätigung» («Центральная нервная система ребенка в свете биологической ее деятельности»); «Die Sexualität im frühen Kindesalter» («Сексуальная жизнь в раннем детском возрасте»); «Die kindlichen Früherinnerungen» («Ранние детские воспоминания»). Так как книжка эта представляет собой лишь расширенную вступительную лекцию, то она, конечно, не может служить образцом изложения психопатологии ребенка. Впрочем сам автор озаглавил свою книжку: „Руководящие точки зрения“... Мы, может быть, выразились-бы удачнее: „Вехи психопатологии ребенка дошкольного возраста“. Нечто вроде вех для будущей психопатологии ребенка в книжке Pfeifer'a действительно имеется; кроме того имеются у Pfeifer'a некоторые интересные наблюдения над детьми, заслуживающие внимания „детоведов“. К учению Freud'a автор относится отрицательно. *Ив. Галант (Москва).*

Проф. З. Н. Гржебин. Исследование спинномозговой жидкости при сифилисе. Краткое практическое руководство для врачей. Издат. НКЗ. Москва. 1926. 86 стр. Цена 1 р. 75 к.

Если по серодиагностике сифилиса, разросшейся в настоящее время в большой самостоятельный отдел медицины, мы крайне бедны пособиями на русском языке (2—3 оригинальных и столько же переводных—в большинстве довоенного времени), то еще хуже обстоит у нас дело в этом отношении с liquor-диагностикой. После русской работы Штесселя, появившейся в 1914 г., о люмбальной жидкости на русском языке имеется только ряд статей, разбросанных по отдельным журналам. Среди широкой врачебной массы замечается некоторый страх при производстве люмбальной пункции, и прибегают к ней только в случае особой нужды, между тем все больше становится ясною ее прогностическая и диагностическая ценность не только для сифилидолога, но и для всякого клинициста. „Keine Salvarsankur, keine Syphilisbehandlung ohne Liquoruntersuchung“,—заявляет Wittenstein. В условиях нашей работы, в невозможности постоянно быть в курсе вопроса по иностранной литературе, и лаборант, и клиницист чувствовали большую брешь, не имея под рукой соответствующего руководства. В настоящее время эта брешь заполнена рецензируемой книгой. Последняя представляет маленькое, портативное руководство, разделенное на две части. Первая часть содержит краткие исторические данные, анатомо-физиологический очерк, технику люмбальной пункции и описание различных реакций с liquor'ом (химические, серологические и коллоидные). Единственный упрек, который можно поставить автору по отношению к этой половине руководства,—это слишком сжатое, местами конспективное изложение (отдел серологических и в особенности коллоидных реакций), создающее известные затруднения для начинающих. Вторая половина книги, содержащая оценку различных реакций, данные о частоте отдельных реакций liquor'a в различных стадиях сифилиса, о значении люмбальной пункции для диагноза, прогноза и терапии сифилиса, написана с исчерпывающей полнотой и не оставляет желать лучшего. Помимо большого литературного материала автор приводит собственные наблюдения. Что особенно ценно,—книгу эту видимо писал лаборант, знающий клинику и взявший себе девиз Bougeot, что «результаты биологических мето-

дов должны рассматриваться с той же точки зрения, как и клинические данные выслушивания; им не нужно придавать абсолютную ценность, а нужно сопоставлять их с большими, и только клиницист, видевший больного, должен дать справедливую оценку лабораторным данным». Прекрасному содержанию книги не соответствует ее внешность: бумага и рисунки плохи, цена высока. *А. Вайнштейн.*

Протоколы и труды Научного Общества г. Батума за 1919—1926 гг.
Батум. 1926. 385 стр.

Празднуя 30-летие своего существования, Научное Общество Врачей г. Батума возымело счастливую мысль отметить этот юбилей изданием своих протоколов и трудов за последние 7 лет. Действительно, лучший способ отпраздновать 30-летие существования Общества трудно придумать. Выпущенная Обществом книга является памятником, свидетельствующим, что даже в самые тяжелые годы войны, иноземной оккупации и революции Батумские товарищи не переставали самоотверженно служить науке и страждущим. В ней мы находим целый ряд интересных сообщений из различных областей медицинской науки. Особенно интерес представляют сообщения о заразных болезнях, как чума, сыпной тиф и пр., опустошавших в эти годы Батум, и о той отчаянной борьбе, которая велась с ними. Многие сообщения имеют и большой бытовой интерес. Отметим, напр., доклад *т. Бетанова* о врачебно-санитарном деле в турецкой армии, сделанный в заседании 7/III 1919. *Д-р В.*, лично работавший в Батумском лазарете при турках свыше 9 месяцев, ярко, выпукло и без прикрас охарактеризовал в своем докладе турецкие порядки в госпиталях, где «обычные приемы лихоимства, казнокрадства и насилия нашли благодатную почву за счет больных аскеров. Так, команда выздоравливающих по несколько дней не получала даже хлеба. Больные, покрытые вшами и нечистотами, валялись в лохмотьях неделями без медикаментов и присмотра, голодные, изможденные. Прописанные врачами для больных блюда красовались лишь в историях болезней... Рукоприкладства были обычными явлениями по отношению к больным аскерам и санитарам даже со стороны таких лиц, как главные врачи госпиталей. Часто в рубрике истории болезни «Что дано» можно было прочесть: 15 палок, 20 палок». Присутствовавшие в заседании *д-р Н. А. Иванова*, сам служивший в турецком госпитале, и *д-р Марков* вполне подтвердили сообщенные докладчиком факты. Естественно, что в заседании решено было заклеить деяния турецких врачей, послав соответствующую резолюцию в Международный Комитет Кр. Креста в Женеве. Большой бытовой интерес представляет и заслушанное в заседании 17/X 1925 г. письмо одного из энергичнейших работников Общества, его председателя *С. С. Соловкина*. Из письма этого видно, что *д-ру С.* «по инстинкту самосохранения» пришлось буквально бежать из Батума в Сухум, покинув свою семью «в очень трудных условиях жизни». Нельзя не пожалеть, что в письме лишь глухо, намеками говорится о причинах, заставивших *д-ра С.* внезапно бросить Батум, которому он отдал лучшие годы своей жизни.

В. Груздев.

Всесоюзный С'езд Глазных Врачей в Москве *).

Д-ра Р. А. Батарчукова.

Последние дни сентября месяца прошлого года бесспорно должны быть отмечены, как момент крупного события в русской офтальмологии,—в эти дни, с 27 сентября по 1 октября, состоялся в Москве I Всесоюзный С'езд Глазных Врачей, созванный по инициативе Наркомздрава РСФСР.

Среди массы с'ездов по различным областям медицины С'езд этот занимает особое место, хотя-бы уже только потому, что за время войны и революции он созывается впервые после значительного промежутка времени, прошедшего от I Всероссийского С'езда Окулистов, имевшего место ровно 13 лет тому назад. Ми-

*) Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете 28/X 1926 г.

нувший Съезд останавливает на себе особое внимание еще и потому, что на его долю выпала чрезвычайно важная задача разрешить ряд вопросов организационного характера при совершенно новых условиях нашей жизни и подытожить громадный научный материал достижений русской офтальмологии, скопившийся за 13-летний промежуток времени, разделявший наши первые два съезда.

Прав был профессор В. В. Чирковский, когда в своем прошальном слове Съезду сказал, что с этим Съездом поистине перевернута страница русской офтальмологии за 13 лет. Поэтому нет ничего удивительного, что предназначенная для Съезда аудитория Глазной Клиники I Московского Университета, рассчитанная на 350 человек (какое количество ожидалось на Съезд), задолго до 10 часов.—официального часа открытия первого заседания Съезда,—оказалась не в состоянии вместить съехавшихся со всех концов обширного Союза глазных врачей. Организационное Бюро вынуждено было тут же искать другое помещение, и открытие Съезда состоялось только спустя 2 часа в самой большой аудитории II Московского Университета, вмещающей 600—650 человек; но и этого помещения не хватило для 750 делегатов Съезда, и они принуждены были разместиться не только на хорах, но и в проходах, на ступеньках.

13-летний период сказался также в том обилии докладов, которое после предварительного отбора все же принудило Оргбюро в течение самого Съезда дважды браться за урезывание объявленной программы, ибо с первых же заседаний ясно было, что всей этой программы в отведенное время—4 дня—исчерпать Съезду непод силу. Несмотря на это, все же осталось много докладов, что заставило как сильно ограничить время, предназначенное для докладчиков, так и в особенности сократить до минимума развертывавшиеся по каждому вопросу интересные прения.

Съезд был открыт приветственным словом Наркома Н. А. Семашко, который призвал членов Съезда принять активное участие в работе Народного Комиссариата Здравоохранения в области глазных заболеваний, имея акцент в сторону предупреждения болезней. Напомнив о колоссальной армии слепых, которая значительно возросла после недавно пронесшейся травматической катастрофы, кратко коснувшись о необходимости правильной подготовки глазных врачей и равномерного их распределения по Республике, Нарком подчеркнул, что последнее является актуальным вопросом и залогом рациональной борьбы с трахомой,—этим ныне признанным страшным социальным врагом.

Н. А. Семашко в своей речи совершенно справедливо отметил, что при обилии съездов по различным научным вопросам и практическим задачам открываемый им I Всесоюзный Съезд Офтальмологов принадлежит к числу тех, относительно которых можно сказать, что он слишком запоздал.

Всего Съезд имел 9 заседаний, на которых было заслушано около 100 докладов. Программными вопросами были: 1) организация глазной помощи в Союзе и борьба со слепотой; 2) трахома и борьба с ней; 3) профессиональные заболевания органа зрения.

По первому вопросу с обширными докладом выступил представитель НКЗ РСФСР д-р Савваитов, который, указав на отсутствие точного учета глазной заболеваемости и слепоты в РСФСР, отметил сильное распространение глазных болезней, особенно трахомы, среди национальных меньшинств. Из доклада видно, что глазная помощь недостаточна, она распределена неравномерно, и план предстоящей работы по предупреждению глазных болезней и слепоты должен охватывать лечебную и профилактическую стороны работы. Все это было иллюстрировано большим цифровым материалом, который, не желая утомлять внимания читателей, мы не приводим полностью, а остановимся лишь кратко на самом главном, дабы рельефнее отметить только что сказанное.

В РСФСР, напр., в настоящее время имеется только 17 глазных больниц, 146 глазных отделений и один Трахоматозный Институт (имени проф. Адамюка в Казани), с общим количеством коек 3,534, т. е. 2,65% общего количества коек во всей РСФСР. По преимуществу глазные койки сосредоточены в областных городах, где одна койка приходится на 2,813 жителей, в остальных же городах и сельских местностях одна койка падает на 68,221 жителя, а собственно на селе насчитывается глазных коек всего 215, т. е. одна койка на 378,564 жителя. Не лучше обстоит дело и с медицинским персоналом: врачей-окулистов в РСФСР всего только 606 человек (1 врач на 156,610 жителей), из них 376 (62,4%) в областных городах (1 на 16,839 жителей) и 230 (37,6%) в остальных местах (1 врач на 380,800 жит.); в особенности знаменательно, что на селе до настоящего времени имеется всего,—что, правда, не составляет исключения и для других специально-

стей,—41 окулист, т. е. 1 глазной врач почти на 2,000,000 жителей (1,937,822 жит.). Докладчик представил на основании этих данных подробную схему организации областной и губернской сети глазных учреждений и снабжения их специальным инструментарием и аппаратурой, расходы на которые надо вносить при составлении местного и центрального бюджетов. Само собой понятно, что полный успех всех мероприятий обуславливается активным участием всего населения Союза, почему вовлечение в работу представителей отдельных групп населения является здесь совершенно необходимым.

Представители Белорусской республики д-р К а н т о р и Украины д-р К р и в е ц к и й сделали сообщения о положении глазной помощи в названных республиках, из каковых сообщений очевидно, что имеющаяся в настоящее время глазная медицинская помощь в Белорусской республике крайне недостаточна, а в Украине плановая борьба с глазными заболеваниями еще только начинается. Правда, на Украине в настоящее время уже имеется ряд начинаний профилактическо-лечебного характера и в нашей области; другой представитель Украины, д-р Д а н и л е в с к и й, в своем докладе сообщил, что там организовываются профилактические участки, цель которых, кроме подачи квалифицированной помощи,— проведение профилактических мероприятий на селе, изучение санитарных условий труда и быта селян, обследование населения на те или иные заболевания и т. д.; эти участки снабжены специалистами по различным областям медицины, при них существуют диспансеры и консультации; но в очень редких из таких участков имеются окулисты. В общем можно сказать, что окулистическая помощь для селян находится в самом зачаточном состоянии, и даже в окружных центрах, с населением в 900 тысяч человек, имеется только от 3 до 5 глазных коек. Окулисты перегружены лечебной работой, работают в условиях чрезвычайно ограниченного числа коек, недостаточного оборудования инструментарием и приборами, отсутствия помощников из среднего персонала и потому профилактической работы не ведут почти совершенно.

Положение глазной помощи на транспорте было освещено на Съезде д-ром Р о з е н б л ю м о м (Москва), который сообщил, что, хотя окулистическая помощь у транспортников в настоящее время и представляется в несколько лучшем состоянии, чем по отношению к другим слоям населения СССР, в особенности к крестьянскому населению, но все же она не может быть признана вполне достаточной.

Д-р Н е з н а м о в дорисовал картину состояния глазной помощи в Союзе докладом: «К вопросу о поставке глазного дстоля в Красной армии», где он сообщил, что кадр военных окулистов мал и, повидимому, не будет увеличен, так как по своей новой структуре Красная армия вообще специальной помощью должна обслуживаться на местах, т. е. гражданскими организациями НКЗ.

Целая серия докладов на Съезде была посвящена специально слепоте; таковы доклады д-ра К р и в е ц к о г о (Харьков) «Слепота и ее причины» и д-ра П о к р о в с к о г о (Воронеж) «К вопросу о детской слепоте в СССР и за границей». К сожалению, весьма интересовавшие всех и поставленные в программу Съезда доклады об организации работы слепых, количество которых у нас огромно, не были заслушаны. Причина тому та, что докладчик по этому вопросу, один из видных современных русских офтальмологов, много потрудившийся за последние годы в области организации трудовой помощи слепым и добившийся крупных результатов, профессор Харьковского Медицинского Института Е. П. Б р а у н ш т е й н, почти накануне Съезда скончался, и доклады его не были оглашены.

С другой стороны широкое освещение на Съезде получили весьма важные вопросы о воспитании и образовании слепых и зрительно-дефективных детей. Здесь был заслушан доклад д-ра С п а с с к о г о (Смоленск), посвященный обсуждению проблемы образования зрительно-дефективных детей, содержание которого в кратких чертах сводится к тому, что докладчик, определив понятие «зрительно-дефективный ребенок», рекомендовал организацию специальных школ для таких детей, где занятия с ними должны происходить в обстановке, требующей возможно меньше напряжения со стороны глаз. Таков, между прочим, автоматический метод письма, предлагаемый докладчиком и требующий в 20 раз меньше зрительной энергии по сравнению с обычным письмом.

Среди этой группы докладов особый интерес представляет доклад проф. Щ е р б и н а (г. Прилуки). Сам слепой, проф. Щ е р б и н а выступил с докладом на тему: «Помощь врача в деле воспитания слепых». Констатируя, что офтальмологи первые, при содействии инженеров, открыли слепым доступ на фабрику для

совместной работы с зрячими, докладчик горячо настаивает на том, чтобы слепцы получали воспитание в обычной школе среди зрячих, ибо одна из причин, мешающих успешной совместной работе слепых с зрячими, является своеобразная, свойственная слепым психология сепаратизма, которая развивается у них с раннего детства и закрепляется обособленным воспитанием. Проф. Ш. горячо призывает врачей-окулистов, которым приходится иметь дело с потерявшими и теряющими зрение, распространять в широких слоях населения более правильные взгляды на дело воспитания слепых и приспособления их к трудовой жизни.

Эта серия докладов вызвала оживленный обмен мнений, в которых ярко было иллюстрировано печальное состояние глазной помощи во всех почти областях Союза от самых отдаленных углов его до центра. Особенно единодушно оттенялось тяжелое материальное положение врача на селе, каковое обстоятельство является одной из причин трудного привлечения специалистов для обслуживания болеющего крестьянства. Общие жалобы на недостаток инструментария, невозможность его приобретения и исправления, чем создается для многих работников, особенно периферии, совершенно невыносимое положение, закончились дружным требованием к НКЗ придти скорее на помощь в этом отношении окулистам, чтобы изжить инструментальный голод.

Представитель НКЗ указал на целый ряд мер, принятых в этом отношении Наркоматом, но вместе с тем не мог рассеять опасений за будущее в виду целого ряда обстоятельств, лежащих вне сил НКЗ'а и зависящих исключительно от общего импортного плана Союза. В резолюции, принятой Съездом по этим докладом, нашли себе отражение данные, характеризующие тяжелое положение глазной помощи в Союзе, и намечен план улучшения организации этой спецпомощи, причем отмечены необходимость улучшения материального положения и содействие повышению квалификации медперсонала (командировки в спец. институты, стажирование, повышение часов преподав. в ВУЗ'ах и медтехникумах и пр.), снабжение больниц инструментарием, аппаратурой и медикаментами и, наконец, снабжение населения оптическими стеклами.

Обсуждение вопроса о трахоме началось с доклада на программную тему «Современное положение вопроса о сущности трахомы» проф. В. В. Чирковского, который в своем докладе, заслушанном с большим вниманием Съездом, сжато, но вполне исчерпывающе осветил современное положение этого важнейшего вопроса. Обрисовав повзвившиеся за последнее 10-летие работы в направлении выяснения этиологии трахоматозного процесса как в области экспериментальной трахомы, так и в области клинических наблюдений на человеке, и констатируя, что пока еще сам возбудитель трахомы с определенностью не установлен, докладчик указал, что открытые при трахоме Prowazekom и Halberstadter'ом внутриклеточные включения, при правильной оценке их морфологии, остаются ценными в диагностическом отношении как в клинике, так и в эксперименте. Характеризуя сущность трахомы с патолого-анатомической стороны, докладчик представил подробные данные об изысканиях в этой области. Взятые во всей совокупности патолого-анатомические изменения при трахоме, по мнению проф. Ч., дают все основания дифференцировать это страдание от других фолликулярных заболеваний конъюнктивы и совершенно исключить унитаристическое воззрение на сущность трахоматозного процесса. Осветив затем и др. стороны данного заболевания, проф. Ч., являющийся горячим защитником взглядов покойного своего учителя, проф. Адамюка, призывал Съезд установить согласованность понимания сущности трахомы, указывая, что это является непременным условием для рационального проведения практических мероприятий в области профилактики и борьбы с трахомой, принявшей в нашем Союзе уже давно размеры истинно народного бедствия. Другие доклады по трахоме являлись как-бы дополнением к этому основному докладу проф. Чирковского, рисуя различные стороны трахоматозного процесса. Таков доклад д-ра Трапезонцевой «Экспериментальная трахома», доклад д-ра Каминской-Павловой «Трахома и аномалии конституции», доклад д-ра Афанасьевой (из Казанского Трахоматозного Института) об амиллоиде век при трахоме и д-ра Товбина о показателе каталазы при этой болезни.

Затем ряд докладов был посвящен на Съезде терапии трахомы и ее распространению в Союзе. Мало прививавшийся в течение продолжительного времени взгляд на необходимость применения при лечении трахомы хирургических методов на настоящем Съезде нашел горячие отклики со стороны большинства окулистов, особенно работающих в областях, пораженных трахомой. Сделанные на эту тему

доклады д-ров Спасского и Круглова были приняты Съездом с большим вниманием и сочувствием. Д-р Спасский, старый земский окулист, делясь своим 16-летним опытом применения хирургического лечения трахомы по Kuhn'ty, пришел к весьма благоприятной оценке этого способа лечения. Д-р Круглов на основании 600 случаев операций вылушения хряща по Kuhn'ty, произведенных в Казанском Трахоматозном Институте, указал на большое значение этой операции при лечении рубцовой трахомы и ее важнейших осложнений.

Остальные доклады—д-ров Суорова, Максимова, Турского и др.—представляли данные о трахоме своих мест и лишней раз иллюстрировали широкое распространение трахоматозного процесса в различных областях Республики. Среди этих докладов особенно интересным был доклад работника нашего района, д-ра Эрланди, заведующей глазным отделением Диспансера в Буинске: «Опыты 2-летней деятельности трахоматозного отделения Об'единенного Туб.-вен.-трахом. Диспансера в г. Буинске, Татареспублика». Доклад этот ярко иллюстрирует, в каких условиях приходится работать Диспансеру в районе чрезвычайной распространности глазных заболеваний и трахомы в частности, при недостаточной организации общей врачебной помощи. Один врач с одним фельдшером и одним служителем в первые 2 года принял 24,000 больных, и им было произведено до 2000 операций, что, конечно, поставило основную задачу Диспансера—профилактическую работу—силой условий самой жизни на второстепенное место.

По вопросу об организации мер борьбы с трахомой выступил д-р Глоба, недавно стоявший во главе глазной секции Наркомздрава РСФСР. В своем докладе «Трахома в СССР и борьба с ней» д-р Глоба в общем повторил ряд мер, которые уже неоднократно упоминались на страницах русской прессы, а также были не раз обсуждаемы и на различных съездах. Он указал на сильный рост трахомы, особенно в Поволжье, и, отметив условия ее распространения, предложил признать трахому социальной болезнью со всеми вытекающими из такового признания практическими последствиями. Докладчик нарисовал широкий план мероприятий, по преимуществу профилактического характера, причем отметил среди них, кроме диспансеризации глазной помощи, и необходимость увеличения кадра окулистов с 600 до 4,000.

Приведенными докладами был исчерпан второй программный вопрос Съезда. Как и следовало ожидать, по только что изложенным докладам возникли оживленные прения,—уж слишком жгучие вопросы ими были затронуты. Достаточно напомнить, какое значение имеет трахома в русской действительности, чтобы понять всю ту страстность, которую порой принимали прения, особенно по докладу проф. В. В. Чирковского. Среди всех заседаний Съезда это вечернее заседание, имевшее место 28/IX, по своему под'ему и интересу, проявленному,—без преувеличения можно сказать,—всеми участниками, было самым выдающимся. Горячий обмен мнений не мог не вызвать уже заостренный проф. Чирковским вопрос о сущности трахомы,—им ведь снова был выдвинут вопрос о давнишних спорах между унитаристами и дуалистами, оживившихся за последнее время в нашей офтальмологической литературе. Ряд работников школы Киевского Университета и до сих пор придерживается унитаристических воззрений. Во главе дуалистов, которых, кстати сказать, на Съезде оказалось подавляющее большинство, встала старая Казанская школа проф. Е. В. Адамюка в лице его учеников, проф. Чирковского и Орлова. Достаточно было одному разгорячившемуся унитаристу оговориться, что взгляд дуалистов не совсем имеет под собой научную основу, и что для борьбы с трахомой неважно единство воззрений на нее, как сейчас же последовали краткие, горячие, но строго научные отповеди проф. Орлова и Чирковского, которые сразу оказались той равнодействующей, по которой потекли взгляды огромного большинства Съезда. Прения, развернувшиеся по циклу лечебных докладов, свелись к признанию первенства, особенно в наших русских условиях, за хирургическими методами лечения трахомы перед всеми остальными терапевтическими мероприятиями. Представленный д-ром Глоба план борьбы с трахомой в общем не вызвал принципиальных возражений; ему было указано только,—как это, кстати сказать, бывало неоднократно делаемо и на других съездах,—на невозможность осуществления его в целом в ближайшем будущем, в зависимости от экономических условий *).

*) Черезчур широкий размах при обсуждении мер по борьбе с различными заболеваниями является у нас настоящим злом. Предлагая эти меры в черезчур

В резолюции, вынесенной по этому величайшей важности вопросу, на основании имеющихся данных Съезд констатировал, что трахома, являясь болезнью социальной и тяжело отражающейся на экономике страны, имеет широкое распространение во многих районах союзных республик, причем в некоторых местах отмечается до сих пор ее неуклонный рост. Для успешной борьбы с нею необходимым условием является образование особого государственного трахоматозного фонда, а также определенных ассигнований из местных средств и фонда медицинской помощи (бывшая „литера Г“). Не имея пока возможности создать всеобъемлющую организацию борьбы с трахомой среди всего населения, необходимо на первое время направить силы на борьбу с трахомой детского возраста,—в школах, детдомах и т. д., где особенно можно рассчитывать на успех профилактических лечебных мероприятий. Для выполнения научно-исследовательских задач по изучению трахомы Съезд призвал необходимым дальнейшее укрепление имеющегося Трахоматозного Института в Казани, содействие другим лабораториям и институтам, работающим в данной области, и создание новых трахоматозных институтов в условиях изыскания достаточных средств и наличия научных сил.

Докладом д-ра Колена (Ленинград) на тему „Методы исследования и изучения профессиональных болезней глаза в связи с охраной глаз от профессиональных вредностей“ началось обсуждение последнего программного вопроса, о профессиональных заболеваниях органа зрения. Важность изучения профессиональных вредностей очевидна, особенно в наших условиях, при столь широко применяемых законах социального страхования. Изучение этих болезней должно идти через ту же методику исследования, каковой в настоящее время пользуются при изучении других профессиональных заболеваний, само же исследование органа зрения не представляет никаких специальных особенностей по сравнению с клиническими методами исследования глазных болезней вообще. Нечего говорить, что основным методом изучения профвредностей глаза является статистика при обязательной регистрации профессиональных заболеваний его по отдельным профессиям. Само собой понятно также, что вся сеть как центральных медицинских учреждений, так и периферических, ведущих названную работу, должна быть строго координирована, работа эта должна проводиться по единому плану, в чем лежит залог успешного выполнения столь важной задачи, каковой является охрана глаза. В центре всех этих учреждений должна стоять постоянная специальная комиссия при глазной секции НКЗ РСФСР, которая изучает вопросы во всем масштабе в период между съездами. Столь большая задача по охране глаза от профвредности неподсилу одним oculistам, и поэтому к ней должны быть привлечены еще врачи профгигиенисты, работники по технике безопасности и санитарной инспекции. Улучшение технических условий труда, поднятие специальной санпросветительной работы (лекции, плакаты), инструктирование рабочих о мерах безопасности, наконец, специальные меры защиты глаза при работе (защитные очки, маски и пр.) должны составлять круг деятельности учреждений и лиц, ведущих дело охраны глаза от профвредностей. При этом охрана глаз в узком смысле этого слова (защитные очки, маски и пр.) требует особого к себе внимания с нашей стороны, так как до сих пор мало обращалось внимания на тщательное изготовление этих аппаратов и на строгую индивидуализацию при их назначении... Таково в кратких чертах содержание основного доклада по третьему программному вопросу Съезда.

За этим докладом следовали доклады, можно сказать, более частного характера. Таково, напр., сообщение д-ра Самойлова (Москва) „Профессиональная травматизация глаз у рабочих токарей“. Исследование органа зрения у рабочих Запрудневского и Московского стекольных заводов легло в основу доклада д-ра Каплана, в котором он констатирует давно известный факт частого развития катаракты у стеклодувов. В своем докладе „К вопросу тяжелых повреждений глаз у рабочих-металлистов по материалам Ленинградской глазной лечебницы имени Гиршмана“ д-р Остроумов, старший врач названной больницы, со-

широком масштабе, т.т. докладчики сплошь и рядом совершенно забывают о том критическом экономическом положении, в котором находится наша нищая страна. Хуже всего, что иногда такие широкие пожелания проводятся и в жизнь. В результате, конечно, страна не только не получает „журавля в небе“, но и той „синицы“, которая могла-бы быть в руках при более рациональном использовании имеющихся средств. *Ред.*

поставляя данные последних лет, особенно последнего года, с данными прежних лет, нашел, что с нарастанием производства железноделательных заводов за последние годы, при недостатке оборудования их с одной стороны и втягивании в производство новых кадров малоопытных рабочих с другой, — обнаруживается более быстрое увеличение числа повреждений глаз по сравнению с ростом производства и довоенным временем. В связи с этим докладчик высказывает опасение, что в дальнейшем, с развитием индустриализации страны, число повреждений вообще, а в частности глаз, может значительно возрасти, в силу чего органы охраны труда уже в настоящее время должны обратить особое внимание на эту сторону дела. Со своей же стороны д-р Остроумов предлагает ряд мер предупреждения тяжелых травматизаций глаза, в общем давно уже известных. Доклады д-ров Натансона (Харьков) и Балабоной (Сталино) затронули другое, часто встречающееся и уже достаточно хорошо освещенное как в русской, так и в особенности в заграничной специальной прессе, профессиональное страдание органа зрения у углекопов, известное под названием нистагма углекопов. К этой же группе сообщений относится краткий, но практически важный доклад д-ра Желубина (Ленинград) о новом типе предохранительных очков для рабочих, который сопровождался демонстрацией модели этих очков. Прения по только что изложенным докладам были кратки и неоживленны, — повидимому, потому, что, несмотря на всю практическую важность этих вопросов, последние еще мало известны широкой массе врачей-окулистов.

Перечисленными докладами была исчерпана официальная работа Съезда. Но, кроме этой работы, Съезд посвятил несколько заседаний и часто-научным вопросам. Обилие докладов, представленных его вниманию из различных областей офтальмологии, лишает меня возможности дать подробный отчет об этой второй, не менее важной части работы Съезда. Из наиболее выдающихся работ, имеющих в той или иной степени общий интерес, прежде всего укажем на ряд экспериментальных докладов, посвященных происхождению внутриглазных жидкостей и их циркуляции и изучению условий патогенеза глаукомы. Среди этой группы докладов я прежде всего должен остановиться на докладе: „Исследование над субвитальными процессами в глазу“, принадлежащем нашему маститому ученому, профессору I Московского Университета С. С. Головину. Этот доклад был прочитан первым, на первом заседании Съезда. Проф. Головин, пользуясь методикой проф. Кравкова, изучал, при искусственном кровообращении, на глазах больших животных происхождение внутриглазных жидкостей и их циркуляцию при различных условиях. Работа эта, интересно задуманная и чрезвычайно сложная технически, требующая хорошей лабораторной обстановки, в настоящее время является еще незаконченной. Второй доклад из этой группы, на тему: «О действии адреналина на тонус глаза после удаления верхнего шейного узла», был сообщен нашим казанцем, д-ром Рощиным, работающим в настоящее время в лаборатории проф. Н. А. Миславского по вопросу о патогенезе глаукомы. В своем докладе д-р Рощин ищет теоретические обоснования предложенному недавно Nathberg'ом лечению глаукомы адреналином.

Д-р Самойлов (Москва) сделал доклад «Реактивная гипертония глаза и глаукома», также экспериментального характера, посвященный изучению гипертонии глаза.

Д-р Трон сделал интересный доклад на тему: «Химическое исследование о природе внутриглазных жидкостей».

Вопросу местного иммунитета по Безредка, которым в настоящее время интересуются многие лаборатории и клиники, был посвящен экспериментальный доклад из нашей лаборатории, принадлежащий проф. Чирковскому и д-ру Дымшицу. Доклад этот носил заглавие: «Экспериментальные данные о местном иммунитете оперированного и неоперированного глаза кролика». На основании широко поставленных опытов авторы, в согласии с большинством исследователей, получили определенные указания на наличие иммунитета в соединительной оболочке и роговице неоперированного глаза. Опыт заражения передней камеры иммунизированных глаз, как неоперированных, так и глаз после операции, дали, сравнительно с контрольными, в некоторых случаях более легкое и медленное развитие инфекции. Воздерживаясь пока от окончательных выводов, авторы все же нашли возможным сказать, что при иммунизации антивирусом с последующим заражением оперированного глаза не получается выраженных проявлений местного иммунитета.

Выявившийся за последние годы вопрос офтальмологии, — путем трансплантации роговицы восстановить в той или другой мере зрение глаза, ослепшего от

рубцовых изменений роговицы,—подвергся живому обсуждению в связи с докладом проф. Ф и л а т о в а (Одесса): «К вопросу о пересадке роговицы». В распоряжении докладчика имеется один удачный случай длительного наблюдения над т. наз. сквозной пересадкой роговицы, где в течение 3 лет трансплантат остается достаточно прозрачным, причем у слепца восстановилось некоторое зрение. Помимо этого, докладчик ознакомил С'езд с результатами предложенного им метода пластических операций в докладе: «Пластика на круглом мигрирующем стебле и операция со стебельчатым лоскутом при пластике век и на лице».

Проф. Ю д и н (Саратов) в своем докладе: «Результаты склерэктомии при глаукоме» поделился своими впечатлениями, полученными от названной операции.

Оживленно дебатировавшийся за последнее время как в офтальмологической, так и в ринологической литературе вопрос о хирургическом лечении дакриоциститов нашел себе подробное освещение в докладах проф. А в е р б а х а «Соустье между мешком и носом, как метод радикального лечения гнойных процессов слезного мешка», ринолога д-ра Б о к ш т е й н а (Москва) «Результаты 180 эндоназальных дакриоциститов» и д-ра Х о р ш а к а (Киев) «Мои впечатления об операции W e s t a на основании 68 случаев». Нужно впрочем сказать, что из этих докладов С'езд не получил определенного впечатления о преимуществах того или иного способа оперирования, так как каждый метод в руках представившего его опытного хирурга дал одинаково хорошие результаты. Среди выступавших в прениях по этому вопросу многие говорили о сохранении, при лечении болезней слезного мешка, этого последнего, другие—об удалении его.

Интересные вопросы были затронуты и другими докладчиками. Так, д-р Т р а п е з о н ц е в а (Москва) сообщила свои наблюдения над пересадкой глаз у позвоночных, проф. К. Х. О р л о в (Ростов н/Д) сделал доклад на тему: «Врожденное безглазие», а проф. А. Г. Т р у б и н (Баку)—«К патогенезу hydrophthalmus congenitus».

Упоминанием об этих докладах я и закончу свое сообщение о научной работе С'езда. Но мой отчет о нем был-бы неполным, если-бы я умолчал о докладах, затронувших один чрезвычайный актуальный вопрос современности, именно, вопрос о подготовке и переподготовке русских окулистов. Желание обсудить этот набравший вопрос наших дней, услышать компетентные мнения о нем на С'езде—шло и сверху, и снизу. Уже в приветственной речи Н. А. С е м а ш к о было указано, что этот вопрос сейчас поставлен на очереди в Центре, и Нарком просил С'езд высказать на этот счет свое мнение. С другой стороны в объявленной программе С'езда фигурировал специальный доклад на эту тему проф. З е л е н к о в с к о г о, и в целом ряде других докладов, а равно в прениях о квалификации окулистов, этому злободневному вопросу было отведено заметное место. Доклад проф. З е л е н к о в с к о г о носил заглавие: «О преподавании офтальмологии в высших медицинских школах и об усовершенствовании врачей в связи с вопросом о борьбе со слепотой в СССР». Краткое содержание его таково: потребность в квалифицированных врачах-офтальмогах у нас велика, количество таковых чрезвычайно мало, уровень знаний оканчивающих медвузы является далеко неудовлетворительным, особенно в практическом отношении, и дальнейшее сокращение числа часов (3 недельных часа в течение одного только V курса) недопустимо, ибо это поведет к дальнейшему понижению уровня знаний по офтальмологии, особенно при таких условиях трудно будет проводить преподавание по новому плану. Докладчик считает необходимым, чтобы, кроме V курса, преподавание офтальмологии имело еще место на 2-м семестре IV курса. Для поднятия квалификации при столь большой загруженности программы медвузв необходим шестой год обучения, а пока что—стажирование окончивших вузы при офтальмологических клиниках. В заключение докладчик высказался за создание особой комиссии, которой было-бы поручено предварительное обсуждение поднятых им вопросов. В оживленных прениях по этому вопросу выяснилось, что уже сам ГУС пошел в этом отношении навстречу и прибавил 2 часа для преподавания офтальмологии на IV курсе. В резолюции, вынесенной по этому вопросу, указан целый ряд практических мероприятий в целях улучшения подготовки врача-специалиста-окулиста.

Последнее заседание С'езда, утром 1 X, было посвящено вынесению резолюций и заслушанию большого доклада о международном положении СССР Наркома т. Л у н а ч а р с к о г о. С'езд был закрыт прощальным словом директора Казанской глазной клиники, проф. В. В. Ч и р к о в с к о г о, который, подчеркнув всю важность С'езда с научной и общественной стороны, выразил уверенность, что он послужит живым стимулом дальнейшей работы раз'езжающимся по всем отдаленным уголкам

Союза товарищам, несмотря на все тяжелые условия их работы. В заключение от имени Организационного Бюро было объявлено, что II Съезд будет созван в Ленинграде через 2 года.

В начале нашего отчета мы уже высказали свои впечатления о Съезде. Последний безусловно нужно считать вполне удавшимся. Необходимо отметить деловое настроение членов его и внимательное их отношение как к вопросам чистой науки, так и к практически-организационным вопросам. Теневой стороной Съезда было слишком большое количество докладов, которое порой мешало детальному обсуждению некоторых крайне интересных вопросов. С другой стороны это обилие представленных докладов на всевозможные темы лучше всего свидетельствовало о том, что, несмотря на все трудности, русский глазной врач в эти 13 лет работал, работал успешно и с честью донес через бушующее море войн и революции сокровищницу офтальмологии до настоящих дней, дней строительства родины, когда, нужно надеяться, с каждым годом будут создаваться все лучшие и лучшие условия для работы, между прочим, и врача-окулиста.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 9/XII 1926 г.

Проф. Н. К. Горяев: *К оценке содержания белых кровяных телец по мазку* (Schätzung). Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Ж.».

Д-ра Н. Захаров, Н. Кудряшев и М. Аксянцев: *Опыт сравнительного изучения иммуно-биологических реакций в клинике тbc*. Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Ж.»—По поводу доклада проф. П. Н. Николаев указал, что производство всех реакций, изученных докладчиками, у постели больного невозможно, и что при работе врачу никогда не надо забывать личности больного. Проф. Н. К. Горяев отметил, что большим недостатком доклада является отсутствие описания клинической картины исследуемых случаев, а также то, что параллельно с изучаемыми реакциями не приводится картина крови. Для изучения скорости оседания эритроцитов проф. Горяев методику Linzenheimera считает неудобной. Кроме того по докладом высказались д-ра Мастбаум и Аксянцев.

Д-р А. В. Голяев: *Своеобразный случай частичного перемещения и ненормального развития некоторых органов* (демонстрация). Докладчик демонстрировал случай частичного перемещения кишечника и легких в сочетании с множественными селезенками (10 штук), трехполостным сердцем, отсутствием перегородки между предсердиями, добавочной поджелудочной железой и thymus persistens. Смерть в данном случае последовала во время первого сеанса радиотерапии по поводу иноперабельной формы рака шейки матки. По мнению докладчика в данном случае имела место Morgagni's thymica под влиянием лучей радия.—По поводу демонстрации высказались проф. П. Н. Николаев, Н. К. Горяев и И. П. Васильев и д-ра С. М. Алексеев и Д. З. Елин. Все были согласны с заключением докладчика, что в данном случае имелась Morgagni's thymica, причем было высказано пожелание проследить на сердце ход пучка Aschoff-Gawaga.

Секретарь А. Вылегжанин.

Хирургическая секция.

Заседание 3/XI 1926.

Матвеев Д. Н.: Демонстрация больной с поражением ушной раковины *бациллой Vincenta*. Демонстрирован редкий случай язвы ушной раковины, где бактериологически (на срезах и мазках) было установлено присутствие спирохет и палочек Vincenta. Инфекция, повидимому, проникла из полости рта чрез евстахиеву трубу и среднее ухо. Лечение компрессами из бертолетовой соли и присыпкой сальварсана дало хорошие результаты. Подобные случаи описаны Gerlach'ом, Karlos'ом, Потаповым и Трутневым.—В прениях С. А. Флеров отметил некоторые признаки перехода демонстрируемой язвы

в вому. По его наблюдениям, такие переходы бывают, ибо нома, в сущности, есть дальнейшее развитие Vincent'овской извы. Проф. В. К. Трутнев, из клиники которого демонстрировался случай, подчеркнул важность изучения Vincent'овского симбиоза вообще и в отиатрии в частности.

Лебедевский В. Н.: Демонстрация больной с *опухолью на задней стенке трахеи*. Диагноз поставлен с помощью трахеоскопа (проф. В. К. Трутневым).

Заседание 9/XI 1926.

Рыжих А. Н.: *Хирургические впечатления из заграничной командировки*. Докладчик был летом текущего года в Берлине, Франкфурте-на-Майне и Париже, интересуясь преимущественно состоянием там хирургии и урологии. Из доклада видно, что на науку и клиники за границей денег не жалеют. Научные работники и больные находятся в гораздо лучших условиях, чем у нас.

Фишман Л. Г., проделав командировку одновременно и вместе с д-ром Рыжих, поделился своими впечатлениями от посещения клиник уха, носа и горла тех же городов.

Заседание 2/XII 1926.

Гольдштейн Д. Е.: *Случай перетяжки плеча амниотического происхождения*. Демонстрирована девочка 4½ мес. Ниже перетяжки понижение болевой и термической чувствительности. Концевые фаланги пальцев этой руки рудиментарны. При родах у матери было маловодие.

Голанд В. С.: *Случай полного фистульного симптома*. Демонстрирован больной с предполагаемой фистулой, ведущей из среднего уха в лабиринт. При сгущении воздуха в среднем ухе, с помощью прижатия козелка, у больного появлялся нистагм сначала на здоровую, а затем на больную сторону.

Лебедевский В. Н. демонстрировал *удаленное у ребенка, при помощи верхней бронхоскопии, из правого бронха семячко*, а также *удаленную из пищевода, при помощи эзофагоскопа, говяжью кость* (удалая проф. В. К. Трутнев).—Прения: профф. Трутнев и Красин и д-р Сызганов.

Алексеева Л. В.: *Тяжелый случай черепно-мозгового осложнения на почве хронического отита*. Демонстрирован патолого-анатомический препарат. При первой операции было найдено обширное разрушение сосцевидного отростка, а при второй—абсцесс мозга и тромбоз синуса.—Прения: профф. Красин и Трутнев и д-ра Курбан-Галеев, Матвеев и Яхонтов.

Секретарь секции пр.-доц. С. Флеров.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Заседание 14/XII 1926.

Проф. В. С. Груздев: *К вопросу о женской гипоспадии* (с демонстрацией больной). Докладчик демонстрировал больную 20 л., с полным отсутствием матки и рукава и гипоспадией, изнасилованную 8½ мес. тому назад. Coitus был произведен, видимо, per urethram и сопровождался разрывом и без того неразвитого мочеиспускательного протока, давшим значительное кровотечение (около стакана крови). После него развилось полное недержание мочи. Докладчик применил у больной операцию Göbel-Stöckel'я, давшую прекрасный результат—как анатомический, так и функциональный. В дальнейшем у больной предполагается произвести операцию искусственного образования влагалища по способу Baldwin'a или Morigi. Кроме этого случая, проф. Г. описал в своем докладе и другие случаи женской гипоспадии, наблюдавшиеся в Казанской Акушерско-Гинекологической клинике за последние 26 лет.

Д-р В. С. Тарло сделал доклад *о случае фибромиомы матки в комбинации с интраматричной внематочной беременностью*, оперированном проф. А. И. Тимофеевым. Доклад сопровождался демонстрацией микроскопического препарата удаленной матки и микроскопических препаратов.

Проф. А. И. Тимофеев, за отсутствием д-ра Поляковой, прочитал ее доклад: *Опыт изучения слюны беременных женщин*. Доклад этот полностью будет напечатан в «Каз. Мед. Журнале».

В прениях, кроме докладчиков, принимали участие д-ра Н. Н. Чукалов, Ю. А. Лейбчик и др.

**Научные Собрания врачей Гос. Института для усоверш. врачей
в Казани.**

Собрание 85-е 25/X 1926.

Д-р П. Л. Цимхес демонстрировал *случай полного разрыва почки*. Больной, 16 лет, был доставлен в Хирургическую клинику Института по поводу ушиба правой поясничной области о ребро ящика при падении с высоты. В виду все увеличивавшегося внутреннего кровотечения, гематурии и явлений прогрессирующего упадка сердечной деятельности, ему была произведена операция удаления правой почки. Удаленная почка состояла из двух отдельных частей, из которых одна лежала свободно в брюшной полости среди кровяных сгустков, а другая (верхняя) часть находилась в глубине околопочечной гематомы. Линия разрыва—поперечная, неровная.—Принявшие участие в прениях профф. С. С. Зимницкий, Р. А. Лурия и В. Л. Боголюбов отметили роль конституции в данном случае (больной—астеник).

Д-р Т. А. Ланде демонстрировала *случай ламблроза*. Больной в продолжении года страдал поносами. В дуоденальном содержимом обнаружены в большом количестве *lambliae intestinales*, лейкоциты и слизь. У больного имеются также ахиллия и анемия в умеренной степени. Промывание *duodeni* сернокислой магнезией не дало хороших результатов. С успехом в настоящее время применяется внутреннее лечение стоварсолом.—Прения: профф. Р. А. Лурия, Е. М. Лепский, М. П. Тушнов и С. С. Зимницкий, д-ра Я. И. Дайховский и А. Н. Шварцман.

Д-р Механошин сделал доклад о *жилищном вопросе в Казани и участии в нем лечебных организаций*. Из доклада, между прочим, видно, что Казань за время войны и революции потеряла 1642 дома с 7093 квартирами, что составляет уменьшение ее жилищной площади на 38½%. В результате на каждого жителя в среднем здесь приходится 10,6 кв. арш. площади пола. Рабочее население окраин попрежнему находится в тяжелых жилищных условиях. Касаясь финансово-хозяйственных факторов жилищного дела, докладчик отмечает крайне низкую квартирную плату по сравнению с эксплуатационными расходами.—В прениях по докладу выступали профф. Е. М. Лепский, М. А. Дыхно, Р. А. Лурия и М. П. Тушнов и д-р Т. Д. Эпштейн.

Собрание 86-е 1/XI 1926.

Никифоров П. А.: *Случай выздоровления после quadriplegi'i. раз-
вившейся на почве травматического перелома шейной части позвоночника
у сифилитика* (демонстрация больного). Большой Ф., 34 лет, перенесший *lues* в 1913 г., весной 1926 г. был доставлен в Ортопедическую клинику Института с явлениями *quadriplegi'i* вследствие перелома шейной части позвоночника во время борьбы. Больной был положен в гипсовую кровать, и по истечении нескольких месяцев у него можно отметить значительное улучшение: движения шеи восстановлены до 50%. В настоящее время у него применяется активная терапия в виде массажа и синего света на область шеи. В дальнейшем больному будет надет гипсовый корсет с ошейником на 3 месяца.—По докладу высказались проф. М. О. Фридланд и д-ра П. И. Русецкий и А. Г. Гринбарг.

Д-р мед. И. И. Русецкий: *О территориях дермографизма у здоровых
субъектов*. На основании исследований, проведенных на Кавказе на 25 здоровых субъектах, докладчик приходит к следующим выводам: Красный дермографизм является наиболее длительным в верхнем отделе туловища; из этой области тела его длительность быстро уменьшается к дистальным частям верхних конечностей и еще более резко—к дистальным частям нижних конечностей. Белый дермографизм наиболее длителен на нижних конечностях—в области бедер и несколько меньше на голенах; отсюда он быстро ослабевает по направлению к верхнему отделу туловища и верхним конечностям. Эти взаимоотношения дермографизма особенно резки на задней поверхности тела.—По докладу высказались профф. Е. М. Лепский и М. О. Фридланд, д-ра А. Г. Гринбарг, Ю. В. Первушин и Левицкий.

Проф. М. П. Тушнов: „*Новый способ т. н. „омоложения организма“*. Доклад полностью помещен в „Журнале“.—Выступившие с замечаниями и вопросами профф. Р. А. Лурия, Е. М. Лепский, А. В. Вишневский, К. Г. Боль и М. О. Фридланд и д-ра Д. Н. Матвеев, И. И. Русецкий, Л. Н. Клячкин и Царевский единодушно отмечали большой интерес и значе-

ние опытов проф. Г у ш н о в а, интересовались вопросами об обратимости реакций в тканях, об интерпретации явления омоложения, о механизме пептонотерапии, инсулинотерапии и пр. с точки зрения представленной докладчиком гипотезы, а также о дозировке препарата докладчика.

Из Ленинградских медицинских обществ.

В заседании Эндокринологического Общества 22/X 1926 г. проф. В. А. Оппель сделал интересную демонстрацию больного с *анкилозирующим воспалением позвоночника*. Считая в основе страдания гиперфункцию околицитовидных желез, заведующих обменом кальция в организме, проф. Оппель удалил больному околицитовидные и часть щитовидной железы. Результат операции был блестящий: больной, — молодой человек, не имевший ранее возможности ни ходить, ни лежать на спине вследствие резкого сведения позвоночника до полукруга, — уже на следующий день после операции почувствовал себя „развязанным“, у него восстановились движения в крупных суставах, больной почти выпрямился, ходит и свободно лежит на спине.

25 X 1926 г., под председательством Наркомздрава Н. А. Семашко, состоялось торжественное заседание Ленинградского Физиотерапевтического Общества, посвященное *10-летию существования Госуд. Физиотерапевтического Института*. Директор последнего, проф. С. А. Бруштейн, сделал обзорный доклад о работе Института. С 1916 по 1926 г. через последний прошло более 95,000 больных, из них 15,000 стационарных. В амбулатории было 581,000 посещений, отпущено 981,000 физиотерапевтических процедур и сделано около 6,000 рентгенограмм. 72% всех больных дали значительное, стойкое, прослеженное несколько лет улучшение, 24% остались без перемен, и в 1,4% наблюдалось ухудшение. Начав свое существование в годы войны, как Физиотерапевтический Военный Госпиталь, Институт после революции принял свой настоящий вид и, с переходом в занимаемое ныне помещение, быстро расширил свою деятельность. В настоящее время он состоит из 9 специальных отделений и 5 лабораторий. Институтом проделана большая педагогическая работа: являясь частью Ленинградского Института для усовершенствования врачей, он пропустил 539 врачей-курсантов; повторные фелдшерские курсы при нем окончили 897 чел. За этот же период была проделана большая научная работа (180 работ), не прерывавшаяся и в тяжелые годы.

9/XI 1926 г. состоялось заседание Терапевтического Общества имени Боткина, на котором д-р Вальдман демонстрировал свой *упрощенный прибор для определения венозного давления*. Кроме того, в заседании были заслушаны доклады: д-ра Зайцевой — о *токсикологии extr. filicis maris* (гамолитический яд, вызывающий малокровие, иногда типа злокачественного, и билирубинэмию) и пр.-доц. М. Мандельштама — о *влиянии некоторых электролитов на функцию серечных нервов* (экспериментальная работа на изолированном сердце). — В административном заседании избран новый президиум Общества (председателем был избран проф. Георгиевский).

В заседании того же Общества 24/XI проф. V. Schilling сделал доклад на тему: *Практическое значение клинической картины крови с точки зрения триализма*. В сжатом докладе, с большим количеством диапозитивов, докладчик, являющийся сторонником триализма, развил учение о морфологии и функции всех трех видов клеток (гранулоцитов, лимфоцитов и моноцитов). Здесь очень многое еще неясно и требует дальнейшего изучения (напр., бластическая функция костного мозга и ретикуло-эндотелиальной с-мы), причем необходима совместная работа гистологов и клиницистов. Проф. Sch. подробно остановился на практической ценности его гемограмм в клинике. В качестве примера он сообщил об одной работе, где кровь, взятая от ряда tbc больных, была послана для изучения в другой город опытным гематологам; в результате в 70% имело место полное совпадение диагноза и прогноза с клиникой, а в случаях расхождения большею частью правыми оказались в дальнейшем гематологи.

В 34-м заседании Общества Рентгенологов д-р Гасуль сделал доклад о *новых лучах Wood'a* с демонстрацией их. Wood пропускал свет обыкновенной кварцевой горелки через фильтр, состоящий, как предполагают, из слоя солей нитрозодиметленилина и кобальта, заключенных в увиолевом стекле, и пропускающий только лучи с длиной волны от 4300 Å до 2700 Å. Все тела, помещенные в пучек этих лучей, приобретают способность флуоресцировать свойственным каждому цветом (разные оттенки синего, зеленого, оранжевого и пр.), причем эта

флуоресценция особенно резко выступает при длине волны в 3660 Å. Докладчик демонстрировал флуоресценцию разных органических и неорганических соединений, причем некоторые совершенно однородные по внешнему виду предметы (куски бумаги, полотна) давали различную флуоресценцию. Д-р Г. считает возможным воспользоваться этими лучами для разных практических целей; так, эти оттенки флуоресценции можно использовать в судебно-медицинской экспертизе, для установления, напр., идентичности тканей, бумаги и пр. Опыты в этом направлении дали уже ценные результаты. В настоящее время изучается значение этих лучей в бактериологии (дифференциация отдельных разновидностей бактерий), в дерматологии (больные и здоровые участки кожи флуоресцируют различно) и пр. Вообще, по мнению докладчика, лучам этим предстоит широкое применение.

В Обществе Детских Врачей 24/XI 1926 г. проф. Белонovskiĭ сделал интересный доклад о *местной вакцинации при скарлатине*. Б. считает, что при скарлатине входные ворота инфекции—зев, и что возбудитель скарлатины, повидимому,—фильтрующийся токсин стрептококка. После предварительного изучения специфического действия фильтра при стрептококковом конъюнктивите и убедившись в безвредности его для организма человека, докладчик перешел к иммунизации Ленинградских школьников. Техника иммунизации: 3 дня подряд пульверизируют зев 1 куб. см-м фильтра, приготовленного обычным образом. Реакции и осложнений никаких не было, кроме незначительной скоропходящей ангины. Результаты: из 3,046 детей, получивших трехкратную пульверизацию, заболело 2, из числа же контрольных 12,000, не подвергавшихся иммунизации, заболело 106, т. е. у пульверизованных заболеваемость была в 13 раз меньше. Метод подкупает своей простотой и заслуживает дальнейшего изучения тем более, что все существующие способы иммунизации против скарлатины пока не дали удовлетворительных результатов. Продолжительность иммунитета при местной иммунизации точно не изучена, но не менее 4—5 мес.

Научный кружок при Рыбинской Врачебной Секции.

Заседание 10/XI 1926.

Д-р А. М. Бронников демонстрировал *мальчика 12 лет после операции удаления камня мочевого пузыря*. Болезнь началась, повидимому, с малых лет (около 5 годов), когда у больного появились в моче песок и кровь. Камень имел овальную форму, на рентгеновском снимке обнаружил ясную слоистость; повидимому, в образовании его участвовали фосфаты и ураты.

Д-р М. А. Шахова сообщила о *3 случаях родов при целостности гимена*, которые ей пришлось наблюдать. Один случай имел место в 1915 г.; больная поступила в момент родов, причем оказалось, что гимен у ней сплошь закрывает вход во влагалище, имея лишь 2 отверстия с булавочную головку величиною. Половые сношения происходили через мочеиспускательный канал, который был сильно растянут, хотя недержания мочи и не наблюдалось. Второй случай наблюдался в июле 1926 г. Больная поступила также во время родов. В анамнезе отмечались сильная болезненность при менструации с малым количеством крови и резкая боль при сношениях. При исследовании влагалище представлялось в виде слепого мешка, в 6—8 сант., с отверстием в булавочную головку вверх. Мочеиспускательный канал был нормален. Третий случай докладчица видела в Женевской клинике. В литературе с 1908 г. докладчице встретился только один подобный случай.

Д-р И. Н. Сухих сделал доклад о *I Всесоюзном Съезде Офтальмологов*.
За Председателя Кружка д-р Синакевич.

Хроника.

1) При Кожно-Венерической клинике Казанского Университета организуется, на средства ТНКЗ-ва, lupozорий на 20 мест для лечения волчаночных больных по способу Fin sen'a.

2) 10 Декабря 1926 г. в открытом заседании Медфака Казанского У-та происходила публичная защита ассистентом Факультетской Хирургической клиники д-ром С. М. Алексеевым труда под заглавием: «К вопросу об одновре-

менном заболевании правой смещенной почкой и хроническим аппендицитом». Официальными оппонентами были пр.-доц. Н. В. Соколов и профф. М. Н. Чебоксаров и А. В. Вишневецкий. После защиты работа д-ра А. была признана трудом высокой научной квалификации. В прениях профф. Вишневецкий и Груздев высказали крайнее сожаление, что труды диссертационного характера, число которых в Казанском У-те с каждым годом все увеличивается, в значительной мере пропадают для науки вследствие невозможности их опубликования в печати. Печатать эти труды на свой счет научные работники, получающие крайне ограниченное содержание, не в состоянии, в виду громадно возросшей со времени революции стоимости печатания (втрое—вчетверо против прежнего). В дореволюционное время не имевшие возможности напечатать диссертацию на свой счет печатали ее в „Ученых Записках Университета“. Но в настоящее время на издание последних отпускается слишком недостаточная сумма,—в нынешнем году, напр., всего 1500 руб. На эти 1½ тыс., при современных ценах на печать и бумагу, можно выпустить всего 15—20 печ. листов, из которых на долю Медфака приходится лишь четверть (в „Записках“, кроме работ медицинского характера, печатаются еще работы, выходящие из обеих отделений Физмата, естеств.-исторического и математического, а также из Рабфака). Конечно, при таких условиях печатание мало-мальски крупных монографий в «Записках», делается невозможным.

3) 18 Декабря 1926 г. в публичном заседании Медфака Казанского У-та была, после защиты, признана трудом высокой научной квалификации работа врача И. В. Домрачева „К вопросу о секреторной иннервации предстательной железы“. Официальными оппонентами были профф. Н. А. Миславский и А. В. Вишневецкий и пр.-доц. С. А. Щербаков.

4) НКЗ воспретил допускать к уходу за душевно-больными лиц, не достигших 18-летнего возраста.

5) По распоряжению НКЗ производство сибирязвенной лечебной сыворотки для применения на людях сосредоточивается в ветеринарно-бактериологических институтах—Московском, Ленинградском, Курском, Донском, Саратовском, Сибирском (Омском) и Тобольском. Из этих институтов означенную сыворотку и будут получать органы здравоохранения.

6) По разъяснению Главнауки все научные учреждения, общества, институты и ВУЗы имеют право отправлять за границу рукописные и печатные труды своих сотрудников без всяких удостоверений Главнауки, и почтовые учреждения должны принимать эти труды без представления разрешения на их вывоз.

7) В целях усиления средств на благоустройство курортов ЦИК и Совнарком постановили взимать со всех лиц, приезжающих в курортные местности в течение лечебного сезона, особый курортный сбор, ставки которого для рабочих и служащих, заработок которых превышает 100 руб. в месяц, находящихся на их иждивении членов семейств, а также трудовых крестьян, ремесленников и кустарей, не должен превышать 2 руб., для несостоящих членами профсоюзов лиц свободных профессий и членов их семейств—10 руб., для прочих лиц 25 руб. Совершенно освобождаются от уплаты курортного сбора: а) рабочие и служащие, заработок которых не превышает 100 руб. в месяц, и члены их семейств, а также военнослужащие и члены их семейств; б) инвалиды, состоящие на гособеспечении, а также получающие в порядке социального страхования постоянную пенсию не выше 100 руб. в мес.; в) дети, не достигшие 16-летн. возраста; г) сезонные рабочие и служащие, работающие в течение лечебного сезона на территории курорта; д) служащие государственных и приравненных к ним учреждений и предприятий, приезжающие в курортные местности по делам службы; е) приезжающие по личным делам на срок не выше 5 дней (Бюлл. НКЗ, 1926, № 20).

8) Наркомвнудел обратил внимание на имевшие за последнее время случаи нападения на медперсонал со стороны заключенных, причем в некоторых случаях присутствовавший здесь же надзор не оказывал медперсоналу никакой помощи. Нарком предложил принять решительные меры против этого явления. (Бюлл. НКЗ, 1926, № 21).

9) Наркомюст РСФСР издал разъяснение о безусловном праве на самоуплотнение научных работников в течение 3 недель со дня освобождения жилищной площади в их квартирах.

10) Совнаркомом СССР поднят вопрос об урегулировании происходящих в Республике съездов и конференций. Конечно, вопрос этот касается и медицинских съездов, число которых за последнее время значительно возросло, а результаты, пожалуй, не всегда соответствуют стоимости съездов для страны.

11) Наркомпросом РСФСР объявлены конкурсы на замещение профессорских вакансий по 22 кафедрам технических предметов, 14—сельско-хозяйственных, 16—медицинских и 7—педагогических.

12) В целях планомерного пополнения кадра научных работников при ВУЗ'ах создается институт студентов-выдвиженцев. Выдвиженцы вербуются из академически успевающих студентов 2-х старших курсов. Работают они под руководством профессора соответствующей кафедры. Студенты эти получают преимущественное право на получение стипендий.

13) НКЗ организует курсы по рентгенотехнике при Гос. Рентг. Институте в Москве—для врачей и рентгенотехников и по мед. рентгенологии для врачей при Гос. Рентг. и Радиол. Институте в Ленинграде. Продолжительность курсов 4 мес., открытие курсов по рентгенотехнике 15 января, по рентгенологии 1 марта 1927 г. Командируемые на курсы врачи должны иметь стаж не менее 3-летнего. Количество мест на курсах в Москве—25, в Ленинграде—30; число стипендий (50 руб. в месяц) на первых курсах—15, на вторых—20.

14) В Москве и Ленинграде организуются курсы для усовершенствования санитарных врачей. Продолжительность занятий на курсах 4 мес. Всем слушателям (100 чел.) ежемесячно будут выдаваться стипендии по 50 руб. в месяц. Начало занятий на курсах в Москве—10 января 1927 г., в Ленинграде—1 марта.

15) НКЗ организует в Москве 4-месячные курсы для врачей по физиатрии и ортопедии—при Гос. Институте Физиатрии и Ортопедии и по малярии—при Тропическом Институте. Начало первых курсов 5/1 тек. года, начало вторых—3/1. Число курсантов на курсах по малярии—50, в том числе 40 стипендиатов (размер стипендии—50 руб. в месяц).

16) С 1 января тек. г. в Одессе открывается Институт для усовершенствования врачей.

17) По инициативе проф. В. М. Бехтерева в Ленинграде организуется специальный Институт для лечения различных болезней внушением.

18) В ноябре 1926 г. в Саратове состоялось торжественное открытие клинического городка имени Рыкова. Были открыты хирургическая и терапевтическая клиники—в новом здании, выстроенном вчерне еще до войны. Остальные клиники предполагается достроить и открыть в текущем году.

19) В Москве открыты 2 мастерских для женщин, желающих бросить занятие проституцией, а в ближайшем будущем предполагается открыть еще 2 таких мастерских.

20) В 1926 г. в СССР было открыто около 4.000 яслей, в том числе в РСФСР—2.600.

21) 21 ноября истекшего 1926 г. в Ялте состоялось чествование засл. проф. Московского У-та Н. Ф. Голубова по поводу 70-летия со дня его рождения и 45-летия научной и врачебной деятельности.

22) Недавно исполнилось 30-летие профессорской деятельности крупнейшего из русских гигиенистов, проф. Г. В. Хлопина.

23) Недавно исполнилось 35-летие врачебно-научной и преподавательской деятельности одного из виднейших представителей русской хирургии, проф. С. П. Федорова.

24) Недавно исполнилось 50-летие врачебно-ученой деятельности одного из крупнейших представителей русской гинекологии, Г. Е. Рейна, бывшего профессором сначала Киевского Университета, потом В-Медицинской Академии, а в последние годы Софийского Университета (в Болгарии). В настоящее время проф. Рейн живет в Ницце.

25) В истекшем 1926 г. праздновалось 10-летие Пермского Университета и Гос. Физиотерапевтического Института в Ленинграде.

26) По данным Д. Н. Жбанкова в 1890—1902 г.г. в России умирало, в среднем, по 276 врачей ежегодно; для периода 1903—1909 г.г. цифра эта понизилась до 198, а для периода 1914—1922 г.г. повысилась до 390. В сыпнотифозные годы 1919 и 1920 умерло врачей—в первый на этих годов 615, во второй—597. Всего от сыпного тифа за 1914—1922 г.г. умерло 1.460 врачей, убито на войне и погибло от ран за то же время—62, покончили самоубийством—59, расстреляны—46, погибли при разных восстаниях—43, убиты бандитами—36. (Ж. для усов. вр., 1926, № 9).

27) 16 июня истекшего 1926 г. в Батуме покончил самоубийством старый, опытный, заслуженный врач д-р Мхеидзе. Покойным были оставлены две записки, в которых он, между прочим, отмечал, что за последние 2 года его изму-

чил квартирный вопрос (по произведенному расследованию его за это время дважды выселяли с квартиры и хотели выселить в третий раз) (Изв. ЦИК'а, 1926, № 284).

28) Выступив 3/ХІІ 1926 г. в пленуме союза Всеседсантруд, Наркомздрав Н. А. Семашко в своем докладе отметил факты незнания медперсоналом своих прав и обязанностей. В Смоленске, напр., во время производства операции над больным сестра и сиделка бросили свою работу, так как установленный для них рабочий день подошел к концу. Не знают, по словам Н. А., своих обязанностей и союзные органы, часто берущие под свою защиту явно-виновные элементы (Изв. ЦИК'а, 1926, № 281).

29) Беседа с сотрудником „Известий ЦИК'а“ (№ 262 1926 г.), НКЗ Н. А. Семашко заявил, между прочим: „В лечебных заведениях еще мало порядка и дисциплины... В больнице должен быть строгий порядок, и отвечать за этот порядок должен глава больницы—главный врач. Все остальные ему должны беспрекословно подчиняться... Надо дать больше дисциплинарных прав главврачу—привлекать к ответственности и увольнять лентяев... Мы теперь уже достаточно „обросли“ советскими врачами для того, чтобы подобрать кадр главврачей и иметь к ним полное доверие. У нас появилась теперь среди врачей и коммунистическая молодая смена. Больше доверия и прав главврачу,—таков должен быть наш лозунг“.

30) В свое время (см. „Хронику“, № 12 1926 г.) мы сообщали о приговоре по делу врача Лапиной и сестры Краснопевцевой, которые были приговорены Московским Губсудом, за халатное отношение к службе, к лишению свободы со строгой изоляцией на 2 года каждая. Верховный Суд приговор в отношении Лапиной отменил, а Краснопевцевой смягчил наказание до 1 года без строгой изоляции.

31) В „Хронике“ № 12 за 1926 г. сообщалось о случаях в Пензе, где инвалиды, не попавшие на курорты, напали на производивших отбор врачей, и в Н.-Новгороде, где врачи были неправильно обвинены в пьянстве. Разбирая первое дело, прокуратура нашла, что „с некоторыми из инвалидов случились припадки, отчего произошел шум, перепугавший врачей, и, несомненно, от испуга у врачей создалось впечатление о нападении“. Во втором случае нарследователь и, прокурор также нашли, что здесь „ничего особенного нет“, и направили дело к прекращению. Оба решения были обжалованы Наркомздравом РСФСР (Изв. ЦИК'а, 1926, № 270).

32) Осенью истекшего 1926 г. в Московском Губсуде слушалось дело врача Мешковой и акушерки Власенковой, сущность которого такова: 29 августа этого года у больной А., лежавшей в родильном доме им. Грауэрмана, развились головная боль и рвота. Сиделка М. заявила об этом дежурному врачу Мешковой, которая сказала, что больной надо дать порошок антипирину, и направила М. для этого к дежурной акушерке Власенковой. Последняя вынула из шкапа коробку с порошками и дала сиделке, которая взяла один порошок для А., другой для себя. Оказалось, однако, что в коробке была сулема, а не антипирин. После принятия порошков и у А., и у сиделки М. развились припадки отравления, к счастью кончившегося выздоровлением. Суд приговорил врача Мешкову у подлежащему дисциплинарному взысканию, акушерку же Власенкову приговорил к году лишения свободы, с понижением этого срока до 3 мес. и постановлением считать наказание условным („Изв. ЦИК'а“, 1926, № 256).

33) Нобелевская премия по медицине осталась в истекшем году не присужденною, премия же по химии присуждена проф. Zsigmondy (Геттинген) за его работы по коллоидной химии (Z. был вместе с Siedentopf'ом изобретателем ультрамикроскопа).

34) Проф. Eiselsberg (Вена) награжден медалью Lister'a за труды в области хирургии.

35) По постановлению Германской Гос. Врачебной Комиссии право называться специалистом по хирургии, гинекологии или внутренней медицине предоставляется лишь тем врачам, которые, кроме годичного практического стажа, проделали еще по меньшей мере 4-летний стаж в университетских клиниках или больших больницах под руководством авторитетных клиницистов. Для остальных специальностей срок этот понижается до 3 лет.

36) Недавно праздновал 50-летие своего существования один из лучших американских университетов—Johns Hopkins Universität, основанный на капитал в 3¼ миллиона долларов, пожертвованный J. Hopkins'ом.

37) Статистические данные, обнимающие 88,4% всего населения С. Ш. Сев. Америки, свидетельствуют, что число умерших от рака в 1900 г. было лишь 63 на 100,000, в 1923—89,4, а в 1924—92.

38) По сведениям, сообщенным проф. Н. Н. Петровым (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 9), во Франции существует теперь 10 противораковых пунктов в разных городах, а в Париже организован специальный институт для борьбы с раком. В 1921 г. Парижский муниципалитет ассигновал на приобретение радия 5 милл. франков. Что касается Англии, то в январе 1926 г. происходивший в Лидсе митинг дал 50 тыс. фунтов стерлингов на устройство исследовательского института для изучения рака; British empire Cancer Campaign в 1924 и 1925 годах выдал английским противораковым учреждениям 25,260 фунтов, а Medical Research Council строит специальную лабораторию для исследования этиологии рака.

39) В С. Ш. Америки ежегодно, оказывается, строится около 100 новых больниц.

40) В Англии число женщин, желающих изучать медицину, резко уменьшилось (в 1925 г., напр., почти вчетверо против 1920 г.). Объясняется это невыгодностью медицинской профессии.

41) В Пекине функционирует высшая медицинская школа современного типа с 195 студентами и 87 преподавателями, из коих 53—китайцы.

42) В январе 1926 г. исполнилось 50-летие со дня открытия первого крематория в Милане. По данным Бартеля (В. Совр. Мед., 1926, № 11) в Германии к 1 января 1924 г. было 60 крематориев, в Америке—87, в Англии—15, во Франции—7, в Италии—33, в Швейцарии—15, в Швеции и Норвегии—по 3. Кремаций за время с 1917 по 1922 г. в Германии произведено более 108 тыс., в Америке—около 84 тыс., в Англии—11,068, в Швейцарии—12,762 и т. п. Преимущество этого способа погребения во всех отношениях (санитарном, экономическом и пр.) настолько очевидно, что нельзя не пожелать широкого распространения его и у нас в СССР.

НЕКРОЛОГ.

15 января тек. года скончался один из старейших профессоров Казанского Университета, Алексей Александрович Панормов. Подробный некролог покойного будет помещен в след. № „Журнала“.

Спрос врачебного труда.

Требуются:

— Врач для заведывания Печинским врачебным пунктом при мельнице «Красная Кормилица» близ Казани. Оклад 95 руб. при готовой квартире, отоплении и освещении.—В Войкинскую больницу, Спасского к-на, врач на оклад 90 руб. в месяц при бесплатной квартире, отоплении и освещении. Больница находится в 30 вер. от города.—Для 4 врачебных амбулаторных пунктов Чистопольского к-на: в с. Старом-Альметее в 75 вер. от города, в д. Муслумкиной в 18 вер. от города, в с. Кутеме в 75 вер. от города и с. Егоркине в 100 вер. от города требуются врачи по одному на пункт, причем на два пункта—Муслумкино и Альметеево желательны татары. Условия службы: оклад—100 руб. в месяц, готовая квартира, проездные—100 руб.—Обращаться: *Казань*, Татнаркомздрав, комн. № 12.

1) Врач-окулист с 3-летним клиническим стажем для Глазной лечебницы в гор. Канаше (ж. д. ст.). Ставка 150 руб. Подъемные—месячный оклад. 2) Врач-окулист с 3-летним клиническим или большим практическим стажем для заведывания Глазным отделением Норусовской больницы, Ядринского уезда, на 30 коек. Ставка 150 руб. Подъемные—месячный оклад. (С. Норусово расположено в 15 верстах от ж. д. ст.). 3) Врач с глазным уклоном на должность второго врача при Глазном отделении Норусовской участковой больницы. Ставка—100 руб. Подъемные—месячный оклад. 4) Врач для заведывания Красно-Четаевской участковой больницы, Ядринского уезда, на 10 коек. Оклад 100 руб. Подъемные—месячный оклад. (С. Красно-Четаи в 25 верстах от ж. дор.). 5) Вторые врачи в Шихазанов-

скую б-цу, Цивильского уезда (жел. дор. в 7 верстах); Арабосинскую б-цу, Цивильского уезда (в 5 верстах от ж.-д. ст. Урмары); Порецкую б-цу, Алатырского уезда; Ибресинскую участковую больницу, Батыревского уезда (жел. дор. стан.). Зарплата 85 руб. Подъемные—месячный оклад. 6) Завед. врачебными пунктами: Семеновским, Алатырского уезда (15 верст от жел. дор.), и Кувакинским, Алатырского уезда (20 верст от жел. дор.); Аликовским, Ядринского уезда (37 верст от жел. дор.); Янтиковским, Цивильского уезда (20 верст от жел. дор.); Мало-Яушевским, Цивильского уезда (15 верст от жел. дор.); Кошелевским, Батыревского уезда (30 верст от жел. дор.); при пунктах имеются 3—5 родильных коек. Зарплата 85 руб. Подъемные—месячный оклад. 7) Врачи выпуска 1926 года для прохождения стажерства в счет госстипендий, предоставленных НКЗдравом РСФСР при следующих лечезаведениях: а) Шераутовская участковая больница (село Шерауты, Батыревского уезда) у врача-хирурга Покровского, б) Цивильская больница (гор. Цивильск) у врача Степанова—специалиста по уху, горлу и носу., в) Мар.-Посадская больница (гор. Мариинский Посад) у профессора-хирурга Н. А. Геркена; г) Ядринская Глазная и Хирургическая лечебница (гор. Ядрин) у хирурга д-ра Волкова. Оплата врачей-стажеров установлена НКЗдравом РСФСР в размере 50 рублей в месяц. При наличии возможности размер оплаты может быть доведен до 70—75 рублей за счет местного бюджета. Средства на проезд до места стажирования предоставляются. О подробных условиях по каждой должности справиться в Чувашнаркомздраве. Заявления с приложением жизнеописаний, копий документов и отзывов следует направлять по адресу: гор. Чебоксары, Наркомздрав ЧАССР.

— Зав. лечебным отделом Карельского НКЗ на оклад 150 руб.—Зав. центральной больницей на 320 коек с солидным административным стажем на оклад 169 руб.; предоставляется квартира с коммунальными услугами.—Бактериолог на должность завед. санитарно-гигиенической лабораторией на оклад 150 руб.;—6 хирургов: 4—в уездные больницы и 2—в участковые на оклады 140—148 руб.—Врач по борьбе с социальными заболеваниями.—Врач по санпросвету и инструктор по охматмладу в аппарат НКЗ.—Отоларинголог в больницу.—Санврач в Паданский уезд на оклад 120 руб.—Санитарный врач в Ухтинский уезд на оклад 130 руб. и 50% на разъезды, взамен суточных.—Зав. пунктом по охране мат. и младенчества на оклад 163 руб. и готовая квартира.—Врач завед. раз'ездной санитарно-просветительной выставкой (раз'езды по Карелии) на оклад 100 руб. плюс 50% оклада, взамен суточных при раз'ездах.—12 участковых врачей в уезды на амбулаторные и больничные участки на оклады 102—155 руб.; всем работникам выдаются подъемные в размере мес. оклада; проезд и провоз 5-ти пуд. багажа оплачиваются. Сельским работникам, по возможности, предоставляются волисполкомами квартиры. Обращаться: Петрозаводск (Карельской республики), Наркомздрав.

— Врач завед. консультацией для беременных женщин и грудных детей на оклад 125 р., подъемные в размере месячного оклада. Обращаться: в г. Вязники, Владимирской губ., Уздрав.

— Сан. врач в Фокинский район и окулист для отряда в Бежицкий уезд на оклад 150 р.—Врач по бол. уха, горла и носа, в отряд на оклад 120 руб.—Туберкулезник в тубдиспансер в с. Дятково на оклад 130 руб.—2 венеролога, из них один в вен. отряд на оклад 120 руб. и второй на вен. пункт на оклад 100 руб.—Микрopedиатр в с. Песочня для детских яслей.—Школьно-санитарный врач в с. Дятково.—Бактериолог в санитарно-гигиеническую лабораторию в с. Песочня на оклад 140 р.—31 участковых врачей, из них 3—на должности вторых врачей на оклад 90—100 р.—Зуб. врач в Песоченскую больницу на оклад—70 руб. Всем работникам выдаются подъемные и проездные в размере месячного оклада. Хирургам и всем участковым врачам предоставляются квартиры. Обращаться: в г. Бежица, Брянской губ., Уздрав.

— Окулист в губ. больницу на должность ординатора на оклад 160 руб.; предоставляется квартира из 2-х комнат с кухней, с отоплением и освещением; проезд оплачивается. С 1 мая возможна прибавка к окладу до 175 руб. Кандидаты без специального стажа, но с общим стажем не менее 5 лет, с глазами уклоном, могут также подавать заявления. Обращаться: с. Алексеево, Кокчетавского у., Акмолинской губ., Глазная лечебница.

— 4 медицинских эксперта—в г. Владимир на оклад 150 руб., в Александров, Гусь-Хрустальный и Переславль на оклады 110 руб.; выдаются подъемные в размере месячного оклада. Обращаться до 20/1 1927 г. в г. Владимир, Губздрав.

— 3 участковых врача в с.с. Н.-Гигля и Мартын (в 30 верстах от ж. д.) на оклад 75 руб., зубной врач на оклад 85 руб. Всем работникам предоставляются

квартиры, и выдаются под'емные в размере мес. оклада. Обращаться: г. *Бобров*, Воронежской губ., Уздрав.

— Окулист в амбулаторию гор. Орска на оклад 150 руб. В подыскании квартиры будет оказано содействие. Обращаться: гор. *Оренбург*, Губздрав.

— Хирург, вполне владеющий техникой общей хирургии и акушерско-гинекологической, в больницу на 40 коек, из них 22 хирургических, 10 акушерско-гинекологических и 8 общих (больница—в 10 верстах от г. Архангельска) на оклад 175 руб. при готовой квартире из 2 комнат; выдаются под'емные в размере мес. оклада. Проезд и провоз 10 п. багажа оплачивается по фактической стоимости. Обращаться: в г. *Архангельск* Губздрав.

— 5 врачей, из них 3 на должности вторых врачей с окладом для 2 по 100 руб. и для одного—95 руб. и 2 на амбулаторные участки на оклад 100 руб. Мед. эксперт на оклад 95 руб. Обращаться: в г. *Монегу*, Вотской области, Уздрав.

— Врач-обследователь-профилактик, знакомый с диспансеризацией в промышленных предприятиях, на оклад 100 руб.; оплата проездных в размере 50 руб. Обращаться: в г. *Пятигорск*, Терский окрздрав.

При подаче заявлений по всем указанным выше адресам просьба одновременно оповещать об этом медицинскую секцию Биржи Труда по адресу: Казань, Кооперативная ул., 10

Письма в редакцию.

Глубокоуважаемый гр. редактор!

В качестве редактора Virchow'sкого Архива Патологии (Virchow's Archiv) я обращаюсь ко всем научным деятелям, в частности и к работающим в СССР, желающим печатать в указанном журнале свои работы, с просьбой писать статьи по возможности короче. В особенности прошу опускать все, что не является безусловно необходимым; истории болезни, протоколы вскрытий и опытов, описание микроскопических картин прошу помещать только в части, безусловно необходимой для пояснения трактуемого вопроса, и эту часть писать сжато, в „телеграфном“ стиле. В случаях, где имеется несколько однородных опытов и наблюдений, прошу помещать подробно всегда только один, показывающий пример, остальные же упоминать только постольку, поскольку в них имеются отклонения от первого. Наплев желающих печатать свои статьи в Virchow'sком Архиве настолько велик, что, несмотря на мое искреннее желание и впредь помещать в нем работы научных деятелей СССР, я только в тех случаях смогу его осуществить, когда статьи будут написаны кратко и в соответствии с вышеприведенными указаниями. Прошу другие медицинские журналы перепечатать мое письмо.

Берлин,

12 ноября 1926 года.

Профессор *O. Lubarsch*¹⁾.

В № 11 „Каз. Мед. Ж.“ за 1926 г. д-р Б. С. Тарло в своей статье: «Психогенные причины соматических симптомов в гинекологии и акушерстве, психоанализ и психотерапия их», на стр. 1285, пишет: „Нужно указать еще на психотравматическую форму дисменорреи, описанную проф. Эдельбергом,—форму, которая, по его словам, современными гинекологами почти всецело игнорируется“. Д-ру Б. С. Тарло осталось, очевидно, неизвестным, что психотравматическая форма дисменорреи была впервые описана в статье: „Ueber die psychotraumatische Form der Dysmenorrhoe (Dysmenorrhoea psychotraumatica)“, напечатанной в № 8 „Münchener med. Woch.“, 20 февраля 1925 г., стр. 300—301. Авторами этой статьи значатся: Prof. H. Edelberg и Dr. J. S. Galant. Нельзя поэтому приписывать введение в гинекологическую литературу понятия: „психотравматическая дисменоррея“ одному проф. Эдельбергу. Научная правда и точность требуют, чтобы психотравматическая форма дисменорреи при упоминании ее автором значилась-бы: *Dysmenorrhoea psychotraumatica Edelberg-Galant*.

И. Галант.

¹⁾ Охотно помещая приводимое письмо проф. Lubarsch'a, редакция „Каз. Мед. Ж.“ считаем уместным обратиться при этом и к своим сотрудникам с просьбой писать свои статьи покороче, без излишних подробностей, обширных обзоров литературы, ненужных таблиц и т. п.

Проф. *В. Груздев.*



ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ РТУТНО-КВАРЦЕВОЙ ЛАМПЫ
ФОТОКВАНТИМЕТР изготавливается монополично для всего СССР
ФИРМОЙ „И. И. МАРКОВ“
СКЛАД ОПТИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ
Ленинград, пр. 25 Октября, 78. Телефон № 161-99.
Иногородние заказы высылаются наложенн. платежом.

===== ЦЕНА РУБ. — 27. — с пересылкой. =====

Medizinische Literatur

Bücher und Zeitschriften in deutscher, englischer,
französischer und italienischer Sprache liefert nach der
U. d. S. S. R.

HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Kostenlose Zusendung von Katalogen auf Wunsch
Geldübersendungen erfolgen durch die Gosbank zur weiteren
Überweisung auf das Konto der Hirschwaldschen Buchhandlung
bei der Garantie- und Kreditbank für den Osten Berlin NW7

Возможна корреспонденция на русском языке

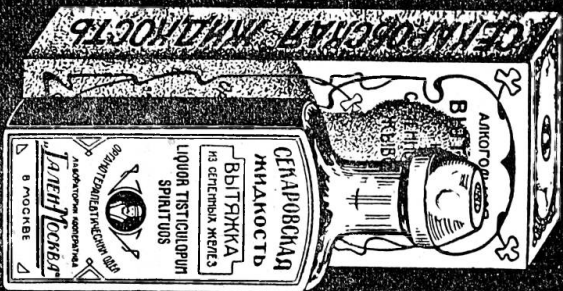
HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Berlin NW7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816

„СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ“

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362
ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ,
АРТЕРИОСКЛЕРОЗ, СПИИЧКА СУХОТКА,
ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ, АСТМА,
ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
А ТАКЖЕ ПРИ **ВСЕХ ВИДАХ ПОПОВОГО БЕССИЛИЯ.**

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ
ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ;
ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ
СИФИЛИСЕ, ОНАИЗМЕ, И.Т.Д.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ
И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.
ЦЕНА ФЛ., 2 РУБ., ПОЧТОЙ ВЫСЫЛАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕ 3 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%.
ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРВОБИКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕТЬИ
АДРЕСОВАТЬ
„ГАЛЕН-МОСКВА“

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА
„ГАЛЕН-МОСКВА“
МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.
ПОЧТ. ЯШ. № 1025

Издание „Казанского Медицинского Журнала“.

ВЫШЛА ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛА В ПРОДАЖУ:

„ПЛАСТИКА ЛИЦА (ПРИРОВОЯ ОБЛАСТЬ)“.

Д-ра В. А. ГУСЫНИНА.

КНИГА ИЗДАНА НА ВЕЛИКОЛЕПНОЙ ПЛОТНОЙ
БУМАГЕ И СНАБЖЕНА 49 РИС. В ТЕКСТЕ И НА
ОТДЕЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ.

ЦЕНА 1 РУБЛЬ.

ВЫСЫЛАЕТСЯ НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ, БЕЗ
ЗАДАТКА. ПРИСЛАВШИМ ДЕНЬГИ ВПЕРЕД — ПЕ-
РЕСЫЛКА БЕСПЛАТНО.

ТРЕБОВАНИЯ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ РЕДАКЦИИ:
г. Казань, Акушерско-Гинекол. Клиника Университета.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на журналы в 1927 г.

„ЛЕНИНГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ (3-й год издания), издаваемый Лени-
градским Губздравом и посвященный вопросам научной медицины и строительству дела здравоохранения. Ответствен-
ный редактор д-р Л. Н. Федоров. Члены ред. коллегии: М. Ф. Адуевский, А. М.
Брамсон, И. П. Воронов, Г. И. Дембо, Я. О. Шмойш. В журнале имеются
отделы: 1) Научные статьи. 2) Обзор научной литературы. 3) Статьи по строи-
тельству дела здравоохранения. 4) Обзор литературы по строительству дела здра-
воохранения в Союзе и за границей. 5) Обзор деятельности Ленинградских науч-
ных обществ. 6) Корреспонденции. 7) Библиография и 8) Хроника. Особое внимание
уделяется вопросам сан-лечебной организации Ленинграда и Ленинградской губ.
Журнал выходит ежемесячными книжками **ПОДПИСНАЯ ЦЕНА** на год—(10 №№)
10 рублей, за полугодие—**6 рублей**. Допускается рассрочка платежа: 4 руб. при
подписке, к 1 апреля и к 1 сентября по 3 руб. Адрес редакции и конторы:
Ленинград, улица Пролеткульта д. № 1.

5-й год издания „ГИГИЕНА ТРУДА“ ОТДЕЛЫ ЖУРНАЛА: 1) Статьи по вопросам
соц. охраны труда, физиол. труда, проф. гигиены и проф. патологии, техники безо-
пасности, промышленной санитарии и санит. техники, статистики труда и психо-
техники. 2) Рефераты. 3) Законодательство по вопросам охраны труда в СССР и
за границей. 4) Хроника (СССР и за рубежом). 5) Рецензии и библиография.
Ответственный редактор—С. И. Каплун, секретарь редакции—Ц. Д. Пик.
Годовые подписчики получают, как бесплатное приложение к журналу, вторую
часть 2-го выпуска руководства по профессиональной гигиене G. Kober'a и W. Hanso-
n'a „Профессиональные Болезни“. Перевод с нов. англ. изд. 1924 г. под редакцией и
с предисловием В. А. Левичюго. **ПОДПИСНАЯ ЦЕНА:** на год **15 руб.**, на 6 мес.
8 руб., на 3 мес. **4 руб.** Адрес редакции: Москва, Старая площадь, 6, 2-й этаж,
комната 120.

Вестник риноларингоотитрии в 1927 году будет выходить не реже 6 раз
в год. Подписная цена—10 рублей. Адрес
редактора—Ростов на Дону, ул. Фр. Энгельса, 184 б, проф. Комендантов.

„Сибирский Архив Теоретической и Клинической Медицины“

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА: 1) Общая и экспериментальная медицина. 2) Клиническая медицина с подотделом „Наблюдения из практики“. 3) Гигиена общая и социальная. 4) Физיותרпия и курортное дело в Сибири. 5) Отчеты. 6) Отдел социального быта и хроника. 7) Последние медицинские новости СССР и заграницы. 8) Отдел вопросов и ответов. 9) Приложения (монографии, клинич. лекции, мед. сборники). **Годовая плата 10 рублей.** Рассрочка платежа: при подписке 5 руб. и остальные 5 руб. во второе полугодие. Адрес редакции: Томск, Никитская 4, кв. 2, председателю редколлегии проф. *А. А. Опокину* или секретарю редакции д-ру *Б. Я. Жадзискому*.

„ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“ (6-ой год издания).

Журнал выходит ежемесячно под редакцией коллегии. **ОТДЕЛЫ ЖУРНАЛА:** общая гигиена, бактериология, эпидемиология, социальная гигиена, проф. гигиена и раб. мед, охрана мат. и дет., благоустройство населенных мест и сан. техника, жилищное дело, санитарный быт, соц. болезни, сан. просвещение, сан. статистика, организ. здравоохранения, деят. органов здравоохранения, деят. науч. учр. и организаций, с'езды, конференции и совещания, рецензии, рефераты и библиография, отдел информации. **ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:** на 12 мес. 12 руб., на 6 мес. 6 руб., на 3 мес. 3 руб. 50 к. Денежные суммы желательно переводить по адресу: Харьков, Украинбанк, текущий счет журнала „Профилактическая Медицина“ № 657. **Адрес редакции и журнала: ХАРЬКОВ, Пушкинская 14. Телефон 36-02.**

(VII год издания) „НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АРХИВ“ под редакцией проф. В.-М. Академии

С. П. Федорова и проф. Днепропетровского Мединститута *Я. О. Гальперна*. **ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:** I. Оригин. статьи по вопросам теорет. и клиническ. хирургии и ортопедии, по общим вопросам хирургии. II. Ошибки в хирургии. III. Случай из практики. IV. Хирург. с'езды и заседания хирур. об-в. V. Русская хирургич. печать. VI. Рецензии и рефераты. VII. Разные известия. В 1927 г. будет выпущено **10 книг** по 10 печат. листов каждая. **ПОДПИСНАЯ ЦЕНА на 1927 г. 17 руб.** с пересылкой. Для лиц, внесших полностью или в рассрочку годовую плату за 1926 г., при возобновлении подписки на 1927 год цена снижается до 16 руб. в год с пересылкой. Подписавшиеся (внесшие аванс) до 15 февр. 1927 г. получают **бесплатное приложение „Труды I-го Всеукраинского С'езда Хирургов. Одесса IX 1926 г.“.** Допускается рассрочка: 9 руб. при подписке, остальные—до 1 мая 1927 г. Для сельских хирургов допускается, по соглашению с редакцией, более дробная рассрочка. Денежные переводы направлять: **Днепропетровск, ул. Короленко, 22, проф. Я. О. Гальперну.**

Журнал Экспериментальной Биологии и Медицины. В журнале помещаются экспериментальные работы по физиологии, общей патологии, биохимии, биофизике, микробиологии и т. п. Журнал выходит ежемесячно в течение академического года в количестве 9 книжек. Ответственный редактор *Б. И. Збарский*. Изд. Гос. Научного Инст. Народн. Здравоохранения им. *Пастера*. **Подписная цена на год 12 руб.** Допускается рассрочка платежа—по 4 рубля. Подписка принимается с любой книжки. **Адрес редакции:** Москва, Воронцово поле, 8. **Адрес конторы:** Москва, 3-я Миусская, д. 3.

РУССКИЙ ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ, издаваемый Обществ. востом Глазных врачей в Москве и офтальмологическими обществами: Донским, Ленинградским, Одесским и Саратовским. Ответственный редактор проф. *В. П. Одинцов*. В 1927 г. (6-й г. изд.) журнал будет выходить ежемесячно, книжками по 6—7 печ. листов, по следующей программе: 1) Оригинальные статьи. 2) Обзоры отдельных вопросов офтальмологии и пограничных дисциплин. 3) Отчеты офтальмологических обществ и с'ездов. 4) Систематические рефераты. 5) Офтальмологическая хроника. Подписная цена 18 руб. с пересылкой. Допускается рассрочка в 2 срока—по 9 р. (при подписке и к 1-му июля) и в 3 срока—по 6 р. (при подписке, к 1 апреля и к 1 июля). Цена отд. книжки 1 р. 75 к. с пер. *Со всеми требованиями на подписку обращаться только по адресу: Москва, Тверская, 63, Глазная больница, Контора „Русского Офтальмологического Журнала“, д-ру В. Н. Страхову.*

Открыта подписка на 1927 год на двух-недельный периодический орган научной и общественной медицины

„ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА“ XXXI год издания.

Под редакцией проф. В. П. Осипова и пр.-доц. П. В. Сквирского. Программа „Врачебной Газеты“ на 1927 год остается неизменной в основном своем стремлении—к возможно полному и возможно точному выявлению всех подлинно важных достижений во всех областях врачебного дела. Подписчики Врачебной Газеты получают бесплатно двенадцать Клинических Монографий (ежемесячно по одной книге), которые будут посвящены наиболее актуальным вопросам практической и теоретической медицины. Намечены: „Протеинотерапия“, „Переливание крови“, „Болезни почек и мочевых путей“ и др. Подписная цена: за „Врачебную Газету“ с приложением „Клинических Монографий“ на год 10 руб., на 1/2 года—6 руб. Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 руб., 1-го февраля—3 руб., 1-го апреля—2 руб., 1-го июня—2 руб. Деньги адресовать: Издательство „Практическая Медицина“, Ленинград, улица Лассала, № 2.

„ЖУРНАЛ ПО ИЗУЧЕНИЮ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА“ (5-й том на 1927 год).

Журнал носит научно-практический характер и издается при участии ред. коллегии в лице: Г. Н. Сперанского—общего и ответственного редактора, А. С. Соколова—редактора отдела рефератов, Н. Ф. Альтгаузена и А. А. Барона—редактора отдела охраны материнства и младенчества и А. И. Баландера—секретаря редакции. Журнал будет иметь в 1927 году 9 выпусков. Подписная плата: на год—10 руб. С доставкой и пересылкой на 1-е полугодие (5 №№)—6 руб., на 2-е полугодие—5 руб. Годовым подписчикам предоставляется рассрочка: а) при подписке—4 руб., б) к 1-му апреля—3 руб. и в) к 1-му августа—3 руб. Подписку и деньги просит направлять в адрес: Издательство «Охрана Материнства и Младенчества», Москва, М.-Черкасский пер., д. 2/6. Редакция: Солянка, 12.

„ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ (б. Екатеринославский) МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“,

ежемесячный орган Днепропетровского (б. Екатеринославского) Гос. Мед. Института им. тов. Гальковского, издаваемый под редакцией профф. А. А. Абрамжанова. Я. О. Гальперна, С. М. Колманейца и д-ра А. Л. Лаврецкого.

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА на журнал за год—4 руб., за 6 мес.—2 р. 50 к. Адрес редакции и конторы: г. Днепропетровск, Октябрьск. площ., № 2.

„ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ“ (4-й год издания). В журнале ВЕДУТСЯ

следующие отделы: 1) Клиническая и экспериментальная медицина. 2) Социальная медицина. 3) Казуистика. 4) Научный фельетон. 5) Труд и быт медработника. 6) Терапевтическая и лабораторная техника. 7) Новости медицины. 8) Обзоры, рецензии и рефераты. 9) Научная жизнь. 10) Корреспонденции. 11) Хроника. Журнал выходит 2 раза в месяц в количестве 8 листов. ПОДПИСНАЯ ПЛАТА: на 1 год—7 р. 50 к.; на 6 мес.—3 р. 80 к.; на 3 мес.—2 р. Годовым подписчикам допускается рассрочка. Заказы, деньги и корреспонденции направлять по адресу: Ц. К. Медсантруд Москва, Солянка 12, Дворец Труда.

„ВЕСТНИК МИКРОБИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ“ 16-й год издания.

Издается Государственным Краевым Институтом Микробиологии и Эпидемиологии Юго-Востока СССР в Саратове под редакцией Директора Института проф. С. М. Никанорова. В год выходят 4 выпуска, по 5—6 печатных листов каждый, с рисунками, диаграммами и таблицами на отдельных листах. Программа журнала: 1) Оригинальные статьи по всем отделам микробиологии (преимущественно паразитической) и эпидемиологии. 2) Лабораторная практика. 3) Обзоры, рефераты и рецензии о русских и иностранных работах. 4) Научная хроника. Адрес редакции: Саратов, Газарменная улица, № 18. Подписная цена 6 руб. в год. Цена выпуска 1 р. 50 к.

без пересылки.

XXIII год

издания

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

XXIII год

издания

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1927 г.

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

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

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

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

В предстоящем 1927 году «Журнал» будет выходить, как и в 1926 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 выхо-

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

Наконец, в 1927 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.).