

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

---

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

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

---

**1927 г.**

(Год издания XXIII).

**№ 3.**

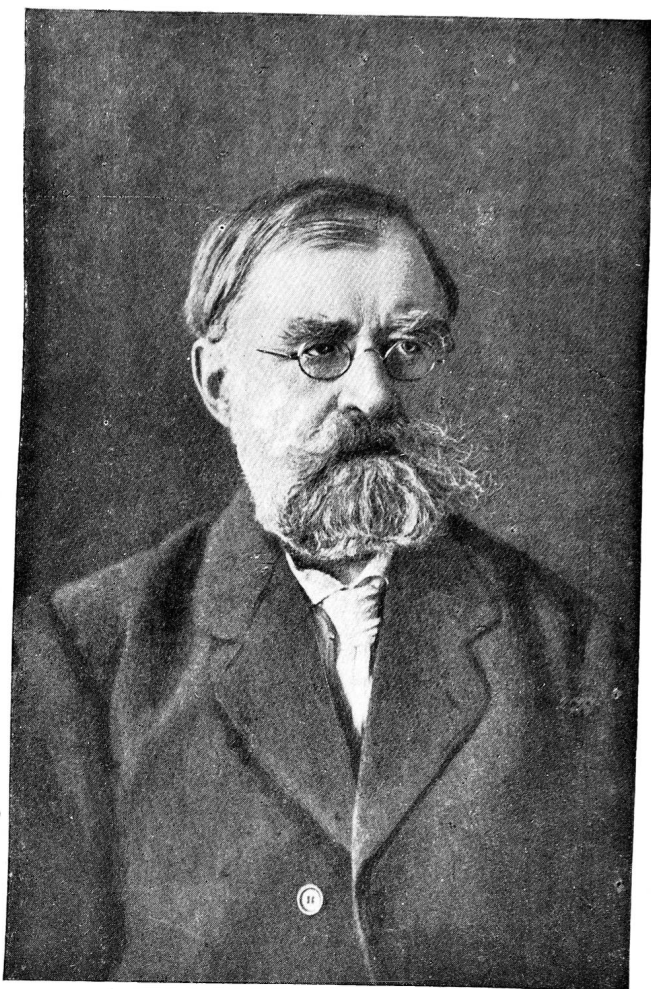
М а р т.

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ  
† профессора  
Алексея Александровича  
ПАНОРМОВА.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.





ПРОФЕССОР  
Алексей Александрович  
ПАНОРМОВ.



# Отдел I. Оригинальные статьи.

## Памяти профессора Алексея Александровича Панормова.

Проф. В. В. Вормса и В. И. Разумовского.

(С портретом).

### I. Памяти дорогого учителя.

Алексей Александрович Панормов, сын священника, родился 4 октября 1859 года в Бугульминском уезде, Самарской губернии. Среднее образование получил в Самарской духовной семинарии, из которой в 1877 году поступил на медицинский факультет Казанского Университета. Уже в студенческие годы А. А. обнаружил влечение к научным изысканиям. Работая под руководством выдающегося физиолога, профессора П. М. Догеля, он выполнил свою первую научную работу „О солях калия в сердечной мышце“, удостоенную золотой медали. По окончании Университета А. А. занимает должность ординатора при кафедре Факультетской Терапевтической клиники, где и продолжает научно работать под руководством виднейшего терапевта, профессора Н. А. Виногоградова, ученика С. П. Боткина. Его первая работа при клинике, „К локализациям в головном мозгу“, обратила на себя внимание невропатологов. Далее следует ряд работ, направленных к разрешению одной из важнейших проблем обмена веществ—обмена углеводов. Эти работы следующие: 1) „Examen chimique et anatomo-pathologique des quelques organes d'un diabétique“; 2) „О количественном определении гликогена и посмертном образовании сахара в печени“; 3) „К физиологии мышечного гликогена“; 4) „Доказано-ли, что виноградный сахар—постоянная составная часть мочи“; 5) „Характер ферментации в печени“ и некоторые другие.

Как видно из приведенного перечня работ, А. А. Панормов-клиницист выявляет здесь свою настоящую склонность: его внимание привлекают по преимуществу теоретические вопросы, химическое направление в его научных изысканиях выступает ярко и определенно. Обладая незаурядными дарованиями, А. А. по истечении 4 лет ординаторского стажа представляет в Факультет диссертационную работу, удостоивается степени доктора медицины, а еще через год, по прочтении пробной лекции о диабете, утверждается приват-доцентом частной патологии и терапии. С 1886 года он ведет свои научные работы в Лаборатории физиологической химии и вместе с тем руководит студенческим физиолого-химическим практикумом, занимая должность лаборанта. Но с клиникой он не порывает,—как приват-доцент частной патологии и терапии, он читает специальный курс болезней печени. Это раздвоение между клиникой и лабораторией, как то можно было предвидеть продолжается впрочем недолго,—пытливый ум А. А. находит полное удовлетворение в физио-

лого-химических работах, здесь его истинное призвание, и он отходит от клинической медицины, вставая всеми корнями в лабораторию, которую уже не покидает до конца своей жизни. В 1894 году А. А. занимает кафедру физиологической химии в Казанском Университете в качестве экстраординарного профессора, а с 1898 года—как ординарный профессор.

Какая сила приковала так прочно клинициста - Панормова к Лаборатории физиологической химии? Я, один из учеников А. А., могу дать на это ответ: твердое убеждение, что важнейшие проблемы внутренней медицины требуют для своего разрешения химического подхода. Объективные условия для работы в этом направлении были тогда в Казани налицо,—они обеспечивались блестящими представителями прикладной и чистой химии, которые возглавляли в то время кафедры фармакологии, физиологической химии и органической химии в Казанском Университете. Это были: проф. П. М. Догель, проф. А. Я. Щербakov, ученик виднейшего русского физиолого-химика А. Я. Данилевского, и проф. А. М. Зайцев, гордость русской химической науки. В лабораториях этих видных представителей научной мысли, под их руководством, и формировался физиолого-химик А. А. Панормов.

Не перечисляя всех научных работ А. А-ча, я отмечу только, что главнейшие из них были посвящены труднейшей проблеме химии, над которой работали поколения физиолого-химиков и частью чистые химики—проблеме белковых тел. Упорно работая в этой области, А. А. заражал своими идеями и своих ближайших учеников, из которых трое,—В. В. Вормс, С. М. Максимович и Слоним,—занимают университетские кафедры в Саратове, Ростове и Ташкенте. Преданность науке, исключительная трудоспособность и недопустимость каких-либо компромиссов в отношении научных изысканий—вот те основные черты, которыми можно охарактеризовать А. А-ча, как научного работника. Его постоянная готовность, как учителя, прийти на помощь своим ученикам, его стремление выработать из них столь же преданных науке работников, каким был он сам, теплые слова одобрения и утешения в трудные минуты, наконец, чисто отеческая забота об них—навсегда сохранят в сердцах его учеников чувства глубокой благодарности и светлую память об этом заслуженном представителе науки и прекрасном человеке.

Проф. В. В. Вормс.

## II. Памяти друга.

„Жизнь длится лишь мгновенье... Только добро, творимое человеком, остается, и благодаря ему жизнь чего-нибудь стоит“.  
*Ж. Ж. Руссо.*

Не стало доброго, кристально-честного, всегда и всем делавшего только добро Алексея Александровича Панормова... Мы не увидим уже больше его приветливой ласковой улыбки, не услышим его задушевной речи. Тяжело терять таких людей; но особенно тяжело мне, связанному с ним дружбой, начиная с юных, почти детских лет. Живо встают предо мной далекие картины...

Вот он мальчик на школьной скамье. Сирота, воспитывавшийся в бурсе, несмотря на окружающую грубую обстановку,—он всегда был ти-

хий, приветливый, услужливый мальчик. И немало товарищи эксплуатировали его доброту: одному расскажет урок, другому поможет решить задачу или составить сочинение на заданную тему. И как любили его товарищи-ученики!... Обладая хорошим голосом и музыкальным слухом (он пел солистом в церковном хоре), он был запевалой в ученических компаниях: во время пения его лицо как-то особенно одухотворялось.—и мы все любил его слушать, любил его симпатичный, тогда детский голосок.

Вот он из 4-го класса духовной семинарии без всяких средств отправляется в Казань, сдает экзамены в Университет и делается студентом. Тяжелая жизнь... Нужда, бедность, скитание по урокам, переписка за грошовую плату чужих лекций, полуголодное существование. Но никто не слышал от него жалоб: всегда доброжелательный, готовый к услугам, он и здесь становится любимцем товарищей, для которых он всегда делает все (отказать в чем либо он был не в состоянии), иногда рискуя даже своей карьерой; так, за одного из товарищей самарцев (слабого в науках) он сдает, по его усиленной просьбе, экзамен в Университет, и тот только благодаря ему делается студентом. Несмотря на крайнюю нужду, А. А-ч был на своем курсе одним из выдающихся студентов, получил золотую медаль за научную работу, („О влиянии калийных солей на сердце“), сделанную в лаборатории известного ученого, проф. И. М. Догеля, и обратил на себя внимание самого талантливого из Казанских профессоров того времени, Н. А. Виноградова, который по окончании А. А-м Университета оставил его ординатором Факультетской Терапевтической клиники. Здесь уже широко развернулись его научные способности. Ряд работ о диабете (клинических и лабораторных), хорошая работа по научной неврологии о локализациях в головном мозгу (работа, которая цитируется даже в руководствах), защита солидной диссертации, доцентура по кафедре внутренних болезней..

Но практическая медицина не удовлетворяла А. А-ча. Начав химические работы еще на студенческой скамье, он увлекается химией, работает за тем у профф. А. Я. Щербакова (физиологическая химия), и А. М. Зайцева (органическая химия)—и постепенно отходит от практической медицины<sup>1</sup>). Этому способствовали его родственные отношения с проф. А. Я. Щербаковым (на дочери которого он женился) и дружба с проф. А. М. Зайцевым и его учениками профф. Сорокиным (агрономическая химия), Канонниковым (техническая химия), С. Н. Реформатским (тогда лаборант, после профессор Киевского Университета) и Альбицким (лаборант, после профессор Харьковского Университета).

В конце 80-х и в начале 90-х годов в Казанском Университете образовался дружеский кружок молодых ученых, частью естественников, частью медиков, который был известен под именем „Мухрабы“: к этому кружку примкнул и я (благодаря дружбе с А. А-чем). Мы один раз в неделю (по субботам) собирались для дружеской беседы, где обменивались мыслями о научных и общественных новостях, о событиях дня,

<sup>1</sup>) Позже, будучи уже профессором физиологической химии, во время холерной эпидемии, он все же заведывал холерной больницей (в селе на Каме); практической медициной он занимался также летом, живя на даче в с. Ильинке, и имел обширную клиентуру среди крестьян, чуваш соседних деревень, которым обычно он раздавал и лекарства.

университетской жизни и т. п. Душою кружка был сравнительно молодой, разносторонне образованный профессор П. П. Канонников, но и старые профессора (Щербатов, Зайцев) охотно принимали участие в нашем кружке. Это был один из самых прочных дружеских кружков в Казанском Университете. А. А-ч был любимым членом всего кружка и немало способствовал своим добродушием умиротворению в случае возникновения иногда маленьких недоразумений среди членов кружка. Из этого кружка вышел ряд видных профессоров (Казань, Саратов, Харьков, Киев и др.).

Будучи бездетным, А. А-ч взял на свое попечение девочек-племянниц и племянника (из деревни, из многолюдной бедной семьи своей сестры), дал им образование. Вообще на его долю выпал жребий воспитывать сирот; кроме своих племянников, ему также пришлось потом заботиться о судьбе племянников его жены (круглых сирот), которым он также помогал материально и духовно. Выросший сиротой, А. А-ч всегда сочувственно относился к нуждам сирот. Воспитанный в идеалах 60-х годов (любимыми писателями его были Добролюбов, Белинский, Лермонтов, Тургенев, Шекспир), нетребовательный к жизни, крайне строгий к себе, безукоризненно честный, бескорыстный, он сумел и всех своих воспитанников сделать полезными членам общества. Весьма много заботился он также о своих ассистентах (трое из них вышли в профессора); одному из ассистентов он уступил даже свое платное место (преподавание в одном из учебных заведений), находя, что он больше нуждается в средствах (об этом он сообщил мне, когда я удивился его отказу от преподавания).

Тяжело переживал А. А-ч политические движения, начавшиеся в 1905 году. После того, как ему пришлось быть свидетелем уличных кровавых сцен, у него развилось даже нервное расстройство (невроз сердца, боязнь пространства и др.); дело дошло до того, что он не мог ходить без посторонней помощи (его подруку водила жена). После этой болезни, тянувшейся годы и в особенности после смерти жены (1920 г.) он совершенно замкнулся в лабораторную и семейную (он жил с племянниками) жизнь, избегая всяких собраний, заседаний и т. д. Но в интимном домашнем кружке он не переставал быть душой общества и нередко оживлял его своим добродушием, ласковым юмором.

Любили его все: дети, студенты-ученики, товарищи-профессора, но особенно любили его простые люди.—прислуга, крестьяне и др. Живя много лет с ним (холостыми мы жили на одной квартире) на даче в одном селе (с. Ильинка на Волге), я был свидетелем его умения сходитьсь с простыми людьми, особенно с крестьянами, которые охотно шли к нему по всякому делу.—и за медицинским советом, и поговорить о своих нуждах, хозяйских заботах. Просто и сердечно он всегда и всем помогал, кому чем мог. И в селе, и в городе он был известен под именем „дяди Лёши“. В последний раз он приезжал погостить ко мне в Ессентуки в 1925 г. Он был трогательно внимателен к моей семье, проводил мою дочку до Москвы, откуда, переночевав у ней, отправился в Казань.

Теперь не стало нашего любимого „дяди Лёши“... Но осталось добро, сделанное им в жизни,—сияющий след за его могилой. Прости и прощай на веки, дорогой, незабвенный друг и товарищ!... *Sit tibi terra levis!*...

Проф. В. Разумовский.



## Из наблюдений над гэмоглобином голубиной крови.

А. Н. Полякова.

(С табл. рис.).

### I. О содержании фосфора в гэмоглобине голубиной крови.

Норре-Seyley<sup>1)</sup> по отношению к гэмоглобину из крови гуся нашел, что фосфор является постоянной его составной частью. В среднем гэмоглобин гусиной крови, по этому автору, содержит 0,77%  $PO_5$  или 0,22% P. Объяснение этому было найдено в том, что красные кровяные шарики птиц содержат ядра. Jaquet<sup>2)</sup> в гэмоглобине из куриной крови нашел 0,197% P. Gscheiden<sup>3)</sup> подтверждает наблюдение Норре-Seyley'а, хотя и предполагает, что присутствие P в гэмоглобине из крови других животных является результатом загрязнения препарата. Только что указанное предположение было высказано и Kühne<sup>4)</sup>, который говорит, что ему „не удавалось еще из взбитой крови получить таких чистых кристаллов, чтобы в их золе не было фосфорной кислоты“. Причина—бесцветные кровяные шарики.

Если обратимся к литературе по данному вопросу, то мы найдем здесь указания, что гэмоглобин, полученный и не из птичьей крови, содержит P. Так, Böttcher<sup>5)</sup> приводит анализы C. Schmidt'a, который нашел в гэмоглобине из собачьей крови 0,91%  $PO_5$  или 0,4% P; Jaquet в собачьем же гэмоглобине нашел следы P, которые количественно не определялись: Zinowsky в гэмоглобине лошади нашел в среднем 0,0134% P. Таким образом выходит, что как будто действительно и не из птичьей крови трудно получить гэмоглобин свободный от P.

Inoko<sup>6)</sup> пытается объяснить содержание P в птичьем гэмоглобине соединением гэмоглобина с нуклеиновой кислотой, но Abderhalden и Medigresani<sup>7)</sup> подтверждают давнее предположение о загрязнении препарата P.

Так как вопрос о содержании P в гэмоглобине птичьей крови остается еще не решенным окончательно, аналитические данные, полученные Норре-Seyley'ом и Jaquet, остаются в силе, а новых исследований не опубликовано, то мы и сочли своей обязанностью, работая с гэмоглобином из крови голубя, исследовать последний на содержание P.

Для исследования мною брались навески 5 раз перекристаллизованного гэмоглобина, высушенного до постоянного веса в сушильном шкафу при  $t^{\circ} 100-110^{\circ}C$  и досушенного окончательно в сушильнике Abderhalden'a. Так как наша методика кристаллизации гэмоглобина несколько разнится от общепринятого способа Норре-Seyley'а, то мы считаем необходимым описать здесь ее.

В виду того, что от каждого отдельного голубя можно получить лишь немного крови, дефибрирование последней было затруднительно, и мы брали оксалатную кровь. Взятая порция крови (около 500 куб. сант.) оставлялась до другого дня в узком, высоком стакане для оседания красных кровяных шариков, на другой день плазма осторожно сливалась сифоном, шарики переменялись с 2—3-кратным объемом 1% раствора NaCl для промывания их, отцентрифуговывались и еще 2 раза промывались тем же 1% раствором NaCl (конечно, новыми порциями) на центрифуге. Промытые таким образом шарики, после сливания промывной жидкости, переносились путем смывания водой в колбу (воды при этом тратилось не более полугорного объема по сравнению с шариками), обрабатывались эфиром для получения лакового раствора, последний профильтровывался через полотно, фильтрат взмезился, охлаждался до  $1^{\circ}$  не выше  $0^{\circ}$ , и в него медленно, почти по каплям, добавлялась  $\frac{1}{4}$  объема (фильтрата лаковой крови)  $95^{\circ}$  этилового спирта, тоже охлажденного предварительно. Затем весь раствор ставился при  $t^{\circ}$  не ниже  $-10^{\circ}$  C для кристаллизации, каковая большая часть наступала часов через 10<sup>1)</sup>.

Выпавшие кристаллы отцентрифуговывались и, после сливания маточного раствора, дважды промывались на центрифуге охлажденной смесью из 1 ч. спирта и 4 ч. воды, смывались в стакан и растворялись при  $t^{\circ}$  в  $+40^{\circ}$  на водяной бане в возможно наименьшем количестве воды. Полученный таким образом раствор кристаллов профильтровывался через бумажный фильтр, охлаждался, как указано выше, и обрабатывался спиртом в количестве  $\frac{1}{4}$  объема затраченной на растворение кристаллов воды.

Здесь уместно будет указать, что с чистотой препарата несколько уменьшалась и его растворимость. Так как общепринятая трехкратная перекристаллизация, судя по литературным данным, недостаточна для полной очистки препарата, то мы перекристаллизовывали последний 5 раз.

Проба на присутствие P производилась после третьей и пятой кристаллизаций<sup>2)</sup>. Для этого сухое вещество озолялось по Neumann'у, и осаждение фосфатов производилось  $(NH_4)_2MoO_4$  в присутствии  $NH_3$  и  $NH_4NO_3$ .

Ни после третьей, ни после пятой кристаллизаций нам не удалось открыть даже следов фосфора. Таким образом мы считаем себя вправе утверждать, что *чистый гемоглобин голубиной крови фосфора не содержит.*

---

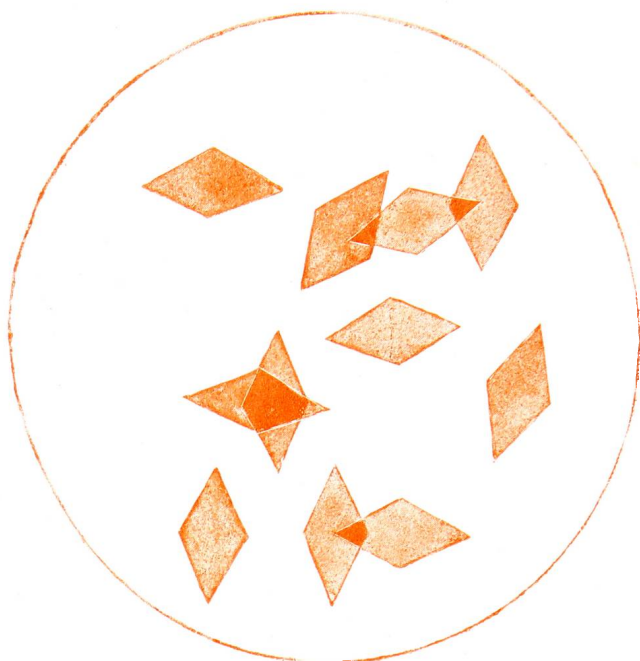
*Литература:* 1) Hoppe-Seyler. Med.-chem. Untersuchungen, S. 366.—2) Böttcher. Цит. по Hoppe-Seyler'у.—3) Jaquet. Zeit. f. phys. Ch., Bd. 14.—4) Gscheid. Pflüg. Arch., Bd. 16.—5) Kühne. Учебник физиологической химии. СПб, 1866, стр. 246.—6) Inoko. Zeit. f. phys. Chem., Bd. 18.—7) Abderhalden und Medigresanu. Ibid., Bd. 59.

## II. О полиморфизме кристаллов гемоглобина голубиной крови.

О форме кристаллов гемоглобина из крови голубя имеются указания в работах Wojanowski'го, Kunde, Funke, Preyera и др., которые считают характерной формой этих кристаллов сфероиды. В последнее время Friebochs наблюдал при кристаллизации гемоглобина голубиной крови образование сначала пуговицепоподобных фигур, которые потом, после

<sup>1)</sup> Вопреки заявлению Funke<sup>8)</sup>, что голубиный гемоглобин кристаллизуется трудно, мы должны сказать, что кристаллизация его наступает чрезвычайно легко.

<sup>2)</sup> Во взятой небольшой пробе профильтрованного лакового раствора присутствие P было обнаружено.



1. Ромбические кристаллы,  
 $t^{\circ}$  от  $-5$  до  $-10^{\circ}$  С.



2. Призматические кристаллы и тетраэдры,  
 $t^{\circ}$  от  $+5$  до  $+10^{\circ}$  С.



долгого стояния, превращались в палочкообразные кристаллы; кроме того он видел в своих препаратах шестигранные пластинки. Swantke дал весьма обстоятельное описание полученных им кристаллов голубиногемоглобина, представлявших собою комбинации ромбических призм с тетраэдрами; при этом он отмечает, что кристаллизация велась при  $t^0 + 5^0 - 10^0$  С.

Отмечая такие разноречивые данные по поводу формы кристаллов голубиногемоглобина, мы должны указать, что и из крови других животных были получены различной формы кристаллы гемоглобина. Еще Rollet наблюдал в крови морских свинок ромбические пирамиды, тетраэдры и сфеноиды, а в крови человека, кролика и собаки — ромбические призмы и комбинационные формы. В 1904 г. Uhlik опуликовал весьма интересные наблюдения над кристаллическими формами лошадиного гемоглобина с указанием на возможность перехода одной формы в другую; он наблюдал, кроме обычной формы — больших призматических кристаллов, кристаллы в виде шестигранных таблиц. Такой переход одной формы в другую этот автор ставит в зависимость от  $t^0$ , при которой шла кристаллизация, и редукции гемоглобина. Таким образом в крови лошади, человека, кролика и морской свинки мы имеем дело с полиморфизмом кристаллов гемоглобина <sup>1)</sup>.

При перекристаллизациях голубиногемоглобина мы наблюдали различные формы кристаллов: шестигранные таблицы, призматические, подобные описанным Swantke, тетраэдры и ромбические кристаллы в виде табличек. Полагая что в настоящем случае имеется полиморфность кристаллов, мы предприняли ряд опытов для выяснения истинной формы кристаллов голубиногемоглобина. Для опыта был взят чистый, 5 раз перекристаллизованный препарат последнего.

Нами были приготовлены из него 3 порции возможно насыщенного раствора голубиногемоглобина, из коих две для кристаллизации обрабатывались, как обычно, спиртом и ставились одна при  $t^0 - 5 - 8^0$ , другая при  $t^0 + 5$ ; третья порция, без спирта, ставилась для кристаллизации при  $t^0 0^0$ . Через 10—12 часов во всех порциях можно было видеть кристаллы гемоглобина.

При этом в первой порции мы имели кристаллы в виде ромбических таблиц довольно значительной величины, во второй — призматические кристаллы с значительной примесью мелких тетраэдров. Перекристаллизовав, после центрифугирования, обе порции еще раз в тех же условиях  $t^0$ , мы имели тот же результат. Дробным центрифугированием нам удалось отделить значительную часть тетраэдров от призматических кристаллов, которые при перекристаллизации при той же  $t^0$  дали опять-таки призматические кристаллы и тетраэдры.

Далее нами был поставлен еще такой опыт: растворы кристаллов первой и второй порции мы разделили на две части и одни части поставили кристаллизоваться (обработав спиртом) при  $t^0 - 5 - 8^0$ , другие же — при  $t^0 + 5$ . Результат: при  $-5^0$  образовались ромбические кристаллы, при  $+5^0$  же — призматические и тетраэдры.

Кроме влияния на кристаллизацию температуры, нами было еще прослежено влияние на нее количества спирта. С этой целью мы произво-

<sup>1)</sup> К сожалению, все перечисленные авторы (кроме Uhlik'a) вели свои наблюдения над Plattenkrystall'ами, полученными непосредственно из капли крови.

дили кристаллизацию при одинаковых температурах, но для одних опытов брали 25% (по объему) спирта, для других—15%, 20%, 30% и 35%. Оказалось, что при более высоких концентрациях (35%) и при  $t^0$  выше 0 произошло частичное осаждение гемоглобина в виде аморфного осадка, терявшего способность растворяться (свертывание).

Здесь надо указать, что прибавка спирта в 15% уже вызывала кристаллизацию, хотя с трудом (кристаллы выпадали после долгого стояния). При этом на форму кристаллов концентрация влияния не оказывала, но ускоряла процесс выпадения кристаллов.

Кристаллы, полученные нами из третьей порции, оказались кубами; к сожалению, они были крайне нестойки, и наблюдать их возможно было лишь охладивши предметное и покрывное стекла и самый микроскоп,— иначе они быстро расплывались.

Таким образом нам удалось получить при кристаллизации голубиного гемоглобина три вида стойких и один вид нестойких кристаллов, причем два из этих видов оказались соответствующими описаниям Swantke, Bojanowsk'ogo, Kunde, Funke. Форм, описанных Friebochs'om, нам видеть ни разу не удалось.

Стараясь уяснить причину этого полиморфизма, мы попытались определить в полученных нами ромбических и призматических кристаллах кристаллизационную воду и N. К сожалению, при определении кристаллизационной воды мы натолкнулись на полную невозможность отжать кристаллы от воды, так как при отжимании получилась липкая масса, прожать которую было невозможно. Все же приводим здесь данные наших анализов: 1) ромбические кристаллы—вещества 2,4842, воды 1,1717 (47,16%); 2) призматические кристаллы—вещества 1,2312, воды—0,5596 (45,4%).

N определялся нами по Kjeldal'ю, причем гемоглобин высушивался при  $t^0$  100—110° в сушильном шкафу и досушивался до постоянного веса в аппарате Abderhalden'a. Результаты:

- 1) 0,2728 ромбических кристаллов дали 0,045376 N (16,7%);
- 2) 0,2026 призматических кристаллов дали 0,03258 N (16,8%).

Прямого ответа на интересовавший нас вопрос данные анализа, т. о., не дали, но все же нам думается, что причиной полиморфизма является выпадение кристаллов с разным количеством кристаллизационной воды подобно тому, как, напр., бура в зависимости от  $t^0$  кристаллизации дает кристаллы с разным содержанием кристаллизационной воды.

---

*Литература:* 1) Bojanowski. Zeit. f. wiss. Zool., Bd. XII.—  
2) Kunde. Zeit. f. rat. Med., Bd. XXV.—3) Funke. Ibid., Bd. II.—  
4) Preyer. Die Blutkrystalle. Jena. 1871.—5) Swantke. Zeit. f. phys. Chemie. Bd. 29.—6) Rollet. Sitz. d. Kaiserl. Akad. d. Wissensch. Wien. Bd. 46.—7) Uhlik. Pflüg. Arch., Bd. 104.—8) Friebochs. Pflüg. Arch., Bd. 98.

---

## К вопросу о колебаниях солей крови.

### Сообщение I. Колебания концентрации Са при некоторых условиях раздражения.

Пр.-доц. С. А. Щербакова, д-ра В. Р. Дмитриева и студ. А. В. Нибякова.

Классические исследования Лоев'а и его школы выдвинули громадный материал для изучения влияния солей на все процессы, связанные с деятельностью мышц, нервов и желез. Опыты самого Лоев'а на морских животных привели его к выводу, что вещества, находящиеся в т. наз. питательных растворах, мы должны разделить на вещества собственно питательные, идущие на построение клетки, и вещества, играющие защитную роль. К числу последних Лоев относит хлористые соли Na, K, Ca и Mg, отсутствие которых в среде, заключающей живое вещество, влечет за собою физические изменения в протоплазме последних. Защитная роль этих солей (главным образом Na, K и Ca) проявляется лишь тогда, когда они находятся в известном % отношении друг к другу. Растворы, в которых упомянутые соли содержатся в таких же количествах, как и в морской воде, могут быть разведены в 2 и 3 раза без того, чтобы морские животные, находящиеся в них, сколько-нибудь пострадали. Те же соли, как показал Лоев, имеют столь же важное значение и в процессах роста и развития.

Роль и взаимоотношение этих солей наиболее наглядно видны из следующего опыта Лоев'а: зародыши, вышедшие из яйца *Fundulus*, могут жить и в морской воде, и в дистиллированной; но, если их поместить в раствор NaCl той же концентрации, в какой эта соль находится в морской воде, то животные гибнут; прибавление к раствору CaCl<sub>2</sub> несколько удлиняет жизнь этих животных, но все же они неминуемо погибают. С целью сохранить жизнь животных Лоев прибавил к 100 частям NaCl и 2 ч. CaCl<sub>2</sub> еще 2 части KCl; такой раствор оказался уже достаточным для того, чтобы рыбки жали в течение 10 дней. Такая комбинация солей, по заявлению Лоев'а, является основным ядром всех питательных жидкостей для животных, причем играет роль защитного раствора. Далее Лоев устанавливает, что в основе сокращения мышц лежит замена одновалентных катионов (Na и K) двухвалентными Ca и Mg. На основании своих работ он приходит к выводу, что „нормальные свойства животных тканей, в частности их раздражимость, зависят от присутствия ионов Na, K, Ca и, может быть, Mg в совершенно определенных отношениях друг к другу“.

Rubinstein<sup>2)</sup> дает точную формулировку явлений антагонизма и синергизма в растворах упомянутых солей. Он дал структурные формулы,

которые выявляют количественные зависимости между ионами. Имея объектом исследования Fabricia Sabella Ehr., автор устанавливает, что ион Na производит два различных токсических действия; одно из них антагонистически подавляется K, другие, независимо от последнего,—Ca. Он утверждает, что в обычной эквilibriumированной смеси может совершенно не наблюдаться антагонизма между K и двухвалентными катионами. Далее оказалось, что действие поможет подавляться как Na, так и двухвалентными катионами—Ca и Mg.

Из работ Сергиевского<sup>3)</sup>, исследовавшего влияние солей, входящих в раствор Ringer'a, на изменения спонтанных сокращений изолированной кишечной петли (целой и расщепленной по способу Magnus'a), мы видим, как тонко и специфично действие различных катионов; так, напр., KCl, понижая тонус и затормаживая сокращения, в то же время увеличивает их амплитуду; Cl<sub>2</sub>, наоборот, давая стимул к деятельности покоящегося препарата, поднимает тонус и учащает сокращения при одновременном уменьшении их амплитуды. Что касается NaCl, то данные автора вполне согласуются с выводами других исследователей (Loeb, Verzar и Sranji, Abderhalden, Goldenberg, Winkler, Kow, Zussana, Clark, Dall и т. д.), что эта соль является безусловно необходимой для жизни и спонтанной деятельности препарата.

Биологические исследования над влиянием солей Na, K, Ca и Mg пробудили живой интерес со стороны как физиологов, так и представителей практической медицины. Если мы согласимся со словами Loeb'a, „что до сих пор, как наследство отдаленных веков, в виде нашей кровяной жидкости мы носим в себе морскую воду“, то будет вполне понятно, почему весь центр внимания исследователей был направлен на изучение именно этих солей в крови животных. Большинство исследователей в этом вопросе старается выяснить все моменты, влияющие на те или другие колебания в содержании двух кардинальных солей,—Ca и K,—играющих столь важную роль во многих процессах животной жизни.

С другой стороны ведутся исследования над влияниями, наблюдающимися в результате изменения соотношения в крови ионов Ca и K. Еще Mac Collum<sup>4)</sup> установил, что нормальное содержание Ca в крови находится в большой зависимости от функции паразитовидного аппарата,—экстирпация последнего, вызывая тетанию, всегда сопровождается резкой гипокальциемией, введение же полученного Collip'ом экстракта этих желез вызывает, наоборот, даже у нормальных животных гиперкальциемию вплоть до смертельного исхода (Collip, Clark и Scott<sup>5)</sup>). Раженков и Савич<sup>6)</sup> путем введения в кровь животного Ca тем самым предупреждали тетанию и другие сопутствующие паратиреоидэктомии явления. По мнению проф. Богомольца<sup>7)</sup> функция паразитовидных желез направлена на приготовление биологически-активных соединений Ca. Такое предположение, по его словам, находит себе подтверждение в опытах Kruikshank'a, Collip'a и др. По мнению Zondek'a<sup>8)</sup> тетания настолько зависит от обеднения организма Ca, сколько от перемещения равновесия электролитов. Он приводит данные Tisdall'я, Kramer'a и Howland'a, где последние при детской тетании наблюдали, наряду с нормальным содержанием Na и Mg, повышенное содержание K и значительно пониженное—Ca.

Приводя наблюдения вышеназванных авторов, Zondek, по нашему мнению, не вполне убедительно подтверждает свое положение, так как



наряду с увеличением К мы видим при детской тетании значительное обеднение организма Са, что и может повлечь за собою превалирующее действие первого. Исследования Underhill'a, Frank'a, Gross'a и Cohen'a<sup>10)</sup>, произведенные на кроликах, говорят за то, что в основе тетании лежит несоответствие в отношении двувалентных катионов к одновалентным, а также, может быть, и несоответствие между собою анионов. С этими исследованиями интересно сопоставить работу Барбаса и Зонной<sup>11)</sup>, которые нашли, что у душевнобольных в периоде маниакального состояния наблюдается падение концентрации Са в крови и одновременно повышение К, при депрессивном же состоянии имеется обратное отношение; при переходе из маниакального состояния в спокойное К понижается, Са повышается, при переходе из депрессивного состояния в нормальное наблюдается обратная картина.

Согласно опытам Лейтеса<sup>8)</sup> количественные колебания Са крови несомненно зависят также и от состояния вегетативной нервной системы. Опыты этого автора с перерезкой и раздражением n. vagi (на шее) и n. sympathici показывают, что перерезка даже одного блуждающего нерва влечет за собою повышение Са, раздражение же периферического отрезка его вызывает понижение. Раздражение n. sympathici служит моментом для увеличения количественного содержания Са.

Изучение влияния катионов на животный организм выяснило, что нет той области в нашем теле, куда-бы не распространялось действие этих ионов. Столь значительное влияние солей крови на многие отравления животного организма, а также несомненная зависимость явлений возбуждения от соотношения этих ионов заставили нас исследовать различные моменты, могущие вызвать те или другие изменения в содержании некоторых солей крови. В настоящем сообщении мы приводим пока лишь данные, касающиеся колебания содержания Са в крови.

**Методика.** В качестве опытных животных служили нам кошки и в 2 случаях—собаки. Эксперименты проводились в одной серии опытов под эфирно-хлороформным наркозом, в другой—под уретановым (1.0 сухого вещества на кило веса животного, в растворе Ringer'a, интраперитонеально) и в третьей—на кураризированных животных. В большей части опытов кровь бралась из art. carotis dext. в случаях же, когда требовалась венозная кровь, последняя собиралась из v. jugularis ext. Постановка опытов была обычная: животное взвешивалось, привязывалось к станку, у него осторожно отсепаровывались art. carotis d., в центральный конец которой ввязывалась металлическая канюля для собирания крови, затем брался n. ischiadicus, который перетягивался лигатурой и перерезывался. Вся операция производилась по возможности безболезненно для животного (легкий наркоз, анестезия). Из добытой крови (5—6 куб. с.) бралась сыворотка, в которой и определялся Са по методу W a a r d'a<sup>(12 и 13)</sup>. Для ускорения получения сыворотки кровь разливалась по центрифугальным пробиркам, и выжидалось время, когда она свернется, после чего платиновой проволокой или стеклянной палочкой она отслаивалась от стенки сосуда и центрифугировалась в течение 1/2 часа при 3800 оборотах. При определении Са по способу W a a r d'a требуется микробюретка; не имея таковой в лаборатории, мы сами сконструировали очень простой приборчик, который вполне заменил нам микробюретку. Суть его заключается в следующем: обыкновенная химическая пипетка, емкостью в 1 или 2 куб. с., с делениями в 0.01 куб. с., зажимается в штативе в вертикальном положении; на верхний конец ее надевается резиновая трубка, заканчивающаяся на другом своем конце резиновым баллоном; этот последний помещается между двух пластинок, сближаемых между собою с помощью винта. Если нам требуется наполнить пипетку жидкостью, то мы, сжавши предварительно резиновый баллон вращением винта влево, погружаем открытый, нижний конец пипетки в жидкость и начинаем постепенно отвинчивать винт; жидкость при этом легко и свободно поднимается в пипетку, благодаря образуемомуся

там разреженному пространству. Вращением винта вправо мы, наоборот, заставляем жидкость вытекать из пипетки. При таком способе очень легко можно брать из пипетки минимальные количества жидкости, вплоть до 0,01 куб. с. Кроме того этот прибор до сих пор оказывает нам неоценимые услуги в тех случаях, где приходится точно отмеривать жидкость при наличии ограниченного ее количества, как, напр., при отмеривании сыворотки крови; вся операция проходит при этом спокойно, под контролем глаза.

Приступая к своим исследованиям, мы сначала поставили своей задачей выяснить, в каких пределах происходят колебания в содержании Са крови у животного при неподвижном состоянии его и в условиях отсутствия внешних раздражений. Для этой цели предварительная операция (введение канюли в артерию, трахеотомия и т. п.) производилась под легким эфирно-хлороформным наркозом: затем выжидалось время, когда животное просыпалось, вслед за чем ему вводилось в вену кураре для полного обездвижения. Спустя некоторое время бралась первая порция крови, затем через 30—40 мин.—вторая и т. д. При этих условиях нами были обнаружены довольно значительные колебания в содержании Са; так, в оп. № 3 в двух порциях крови, взятых с промежутком в 40 мин., мы имели в одной порции 12,4 mgr. на 100 куб. с., в другой—13,4 mgr.

При детальном анализе всех моментов опыта мы нашли, что при постановке наших опытов 1) не были исключены полностью чувствительные раздражения, 2) не было учтено влияние хлороформного наркоза на содержание Са (согласно данным Савина<sup>14</sup>) при наркозе веществами, содержащими галовды (хлор), наблюдается падение концентрации Са в крови). Исключивши по возможности полно условия, вызывающие то или иное раздражение, как охлаждение животного, болевые раздражения, наносимые при взятии крови, и т. п., мы добились того, что при спокойном состоянии животного всегда имели перед собою минимальные колебания Са, находившиеся лишь в пределах допустимой ошибки. Так, напр., в оп. № 6 1-я порция крови оказалась содержащею 16,4 mgr., 2-я—17,0 mgr.; в оп. № 25 1-я порция—10,8 mgr., 2-я—10,8 mgr., 3-я—10,6 mgr.; в оп. № 26 1-я порция—8,0, 2-я—8,2 mgr.

Надо отметить, что порции крови нами брались с различными интервалами: в 30—40 мин. и 1 час. Таким образом мы с некоторою вероятностью установили тот факт, что при полном покое животного мы не наблюдаем в сыворотке его крови сколько-нибудь резких колебаний в концентрации Са. Но вместе с тем с первых же опытов мы убедились, что нормальная концентрация Са весьма легко нарушается в зависимости от внешних раздражений.

Следующая серия наших опытов была направлена на выяснение вопроса, в каком направлении мы будем иметь изменения концентрации Са при приложении сильных чувствительных раздражений. С этой целью наши опыты ставились следующим образом: под легким наркозом животное (кошка) привязывалось к станку, у него отсепаховывались art. sagittis и n. ischiadicus, центральный конец которого брался на лигатуру; выжидалось достаточное время, пока животное окончательно не оправится от наркоза, после чего бралась 1-я порция крови (с соблюдением всех вышеназванных условий); затем у животного раздражался центральный конец n. ischiadici в течение 2—5 мин. индукционным током при 120 мм. расстояния спиралей санного аппарата D.-B.-R., и спустя 5 минут после раздражения бралась 2-я порция крови.

В результате мы имели резкое понижение содержания Са в порциях, взятых вслед за чувствительным раздражением: в оп. № 12, напр., до раздражения было 17,4 mgr., после раздражения—14,2; в оп. № 14 до раздражения—13,6 mgr., после—12,4; в оп. № 14 б (на другом животном) до раздражения—20,4 mgr., после—19,2; в оп. № 27 до раздражения—15,0 mgr., после—13,8 и т. п. Пониженное содержание Са, вызванное раздражением чувствительного нерва, держалась довольно продолжительное время; так, в оп. № 27 мы имели до раздражения 15 mgr., вслед за раздражением—13,8, через 5 мин.—10,6, а еще через 40 мин.—13,0 mgr. Опыты, поставленные в обратном порядке (1-я порция бралась после раздражения, 2-я—при покое), дали те же результаты: концентрация Са была ниже в порциях крови, взятой вслед за раздражением, и для взятия пробы в состоянии покоя в этих случаях приходилось ждать очень долго, не менее 1—1½ часа.

Имея литературные указания на несомненную зависимость колебаний Са крови от функции некоторых желез внутренней секреции (McCollum, Collip, Clark и Scott, Богомолец, Разенков и Савич, Riddle и Reinhart<sup>15</sup>), мы наметили себе дальнейший путь в этом направлении. Экстирпируя щитовидные железы, мы обнаружили, что теперь раздражение чувствительного нерва давало колебания концентрации Са уже в обратную сторону: вместо обычного понижения Са мы видели довольно значительное повышение концентрации его; в оп. № 31 до раздражения, напр., было 9,6 mgr., а спустя 5 мин. после раздражения—11,6 mgr.

Рассматривая колебания концентрации Са при чувствительном раздражении, как явление рефлекторного порядка, мы поставили затем несколько опытов, где раздражение чувствительного нерва производилось при глубоком наркозе животного. При этих условиях мы не обнаружили никаких колебаний; напр., в оп. № 10 мы имели при покое 19,2 mgr., после раздражения—19,4 mgr. Следовательно, парализовав центр, мы тем самым лишились рефлекса.

Желая открыть центростремительный путь, на который могут передаваться возбуждения, переданные с периферии и вызывающие задерживающее действие на продукцию Са, мы прежде всего остановились на п. *laryngeus sup.*, в составе волокон которого, как показал В. М. Соколов (доклад в О-ве Вр. при Каз. У-те 1923 г.) проходят, между прочим, секреторные волокна для щитовидной железы. Действительно, перерезка обоих nn. *laryngei sup.* имела своим последствием явления, подобные тем, которые мы наблюдали при экстирпации щитовидных желез,—чувствительные раздражения вызывали не понижение, а повышение концентрации Са; в оп. № 17, напр., до раздражения мы имели 11,6 mgr., после раздражения—12,6, в оп. № 20 до раздражения 14,2 mgr., после—15,6 mgr. и т. п.

После этого естественно можно было-бы ожидать, что раздражение периферического отрезка п. *laryngei sup.* должно вызывать понижение концентрации Са. Но на деле оказалось обратное: в целом ряде опытов, поставленных в этом направлении, мы нашли, что раздражение периферического конца этого нерва почти всегда имеет своим последствием повышение концентрации Са; напр., в оп. № 19 с 11,4 mgr. концентрация Са дошла после раздражения до 12,4 mgr. В некоторых случаях впрочем раздражение этого нерва оставалось безрезультатным.

Явление повышения Са при раздражении *n. laryngei sup.* плохо вяжется с теми результатами, какие мы получали до сих пор. В самом деле, нами была прослежена большая часть этапов, причем оказалось, что при чувствительном раздражении мы имеем рефлекторную задержку продукции Са; исключения центральной нервной системы, предполагаемого рабочего органа и его центробежного нерва устраняли обычно наблюдаемое явление; между тем непосредственное раздражение центробежного пути давало нам обратный эффект. Но об этом мы скажем несколько ниже, пока же отметим, что все наши опыты протекали довольно гладко до тех пор, пока мы не столкнулись с очень интересным фактом: в случаях, когда мы имели у животного очень низкое содержание Са, чувствительные раздражения давали нам всегда обратное действие, — вместо понижения повышение Са. Так, напр., в оп. № 29 до раздражения мы имели 7,4 мгр., после—3,4; в оп. № 30 до раздражения 8,6 мгр., после—11,6 и т. п. Подобные явление мы можем объяснить с точки зрения данных Riddle'a и Reinhardt'a<sup>1)</sup>, обнаруживших, что у голубей-самок в периоде носки отмечается резкое повышение содержания Са в плазме крови; у самцов же они не могли обнаружить никаких колебаний, связанных с функцией полового аппарата. Но эти авторы констатировали также, что у незрелых голубей наблюдается понижение концентрации Са в зимнее время и повышение ее летом. Подобное наблюдение они ставили в связь с изменением в величине половых и щитовидных желез. Весьма вероятно, что и в наших случаях, где мы имели низкое содержание Са (около 25% наших опытов<sup>1)</sup>), мы имели животных с временно пониженной функцией половых желез, что отражалось, очевидно, и на функции щитовидного аппарата. Это тем более допустимо, что в данных опытах мы имели при чувствительном раздражении картину, характерную для выключения этих желез, а также для перерезки секреторного нерва.

Интересно отметить, что колебания в концентрации Са в крови, взятой из *art. carotis*, всегда шли у нас параллельно с таковыми же колебаниями в венозной крови (из *v. jugularis ext.*), причем, вопреки заявлению Roger et Binet<sup>16)</sup>, утверждавших, что артериальная система менее богата Са, нежели венозная, мы во всех случаях, когда брали одновременно кровь из артерии и из вены, в последней обнаруживали меньшее содержание Са; напр., в оп. № 1 в артериальной крови 11,0 мгр., в венозной—10,0; в оп. № 37 (у собаки) в артериальной крови 13,6 мгр., в венозной—12,2 и т. п. Что касается разницы в содержании Са в зависимости от пола животного, то мы получили следующие средние цифры: для кота—12,9 мгр. на 100 куб. с. крови, для кошки—12,6 мгр.

Анализируя результаты наших опытов, мы далеки от намерения делать сейчас какие либо категорические выводы, но тем не менее невольно напрашивается на мысль следующее объяснение их: при повышенной функции полового аппарата и связанного с ним щитовидного мы, раздражая чувствительный нерв, тем самым вызываем рефлекторное отделение секрета щитовидной железы, который, поступая в кровь, затормаживает работу органа, продуцирующего Са,—паращитовидных желез. Выключение щитовидной железы, а также перезка *n. laryngei sup.*, несущего

<sup>1)</sup> Во всех этих случаях наблюдалась резко пониженная свертываемость крови: в некоторых опытах кровь не свертывалась, при стоянии в термостате, в течение 2—3 часов, за каковой период успевали осесть форменные элементы крови.

в себе секреторные волокна для нее, вызывают теперь, при последующем чувствительном раздражении, обратный эффект, который, быть может, является следствием рефлекторного повышения функции паращитовидных желез, не связанных теперь тормозным влиянием щитовидного аппарата. Прямое раздражение п. *laryngei sup.*, усиливая деятельность щитовидных желез, подобным же образом, надо предполагать, влияет и на паращитовидные железы, причем действие на последние превалирует над действием на первую. Кроме того мы можем допустить, что при чувствительном раздражении этого нерва возбуждение может достигать паращитовидных желез и по другому центробежному пути; или же надо предположить, что при чувствительном раздражении мы имеем рефлекторное возбуждение другого органа (напр., гипофиза), продуцирующего Са.

Дальнейшая разработка вопроса о колебаниях солей Са и К в зависимости от инкреторных желез ведется двумя первыми из нас и студентом-медиком И. Р. Бахромеевым.

Выводы: 1) При полном покое животного и при отсутствии внешних раздражений концентрация Са в сыворотке крови остается постоянной.

2) Раздражение чувствительного нерва вызывает двойкий эффект: при высокой и средней концентрации Са, когда можно предполагать, что имеется нормальная функция половых и щитовидных желез, на первый план выступает явление торможения продукции Са, при низкой же концентрации Са—повышение в зависимости от устранения тормозного влияния щитовидных желез (надо думать, мы имеем здесь рефлекторное усиление функции паращитовидных желез).

3) Изменения концентрации Са при чувствительном раздражении являются результатом рефлекторного возбуждения щитовидных и паращитовидных желез, причем действие последних проявляется при чувствительном раздражении лишь на фоне пониженной функции щитовидных желез или отсутствия последних.

4) Прибор, сконструированный авторами, может во многих случаях заменять микробюретку.

---

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Loeb. Динамика живого вещества. 1910.—2) Rubinstein. Pflüg. Arch., Bd. 214, N. 1/2.—3) Сергневский. Вр. Дело, 1926, № 12—13.—4) Mc. Collum. Цит. по Biedl'ю.—5) Collip, Clark и Scott. Цит. по Богомольцу.—6) Разенков и Савич. Русс. Физ. Ж., 1925, т. VII, в. 1—2.—7) Богомолец. Мед.-Биол. Ж., 1926, вып. I.—8) Лейтес. Acta Med., 1924, вып. 3.—9) Zondek. Болезни эндокринных желез. 1925.—10) Underhill, Franck, Grossu. Cohen. Berichte ü. d. ges. Phys., 1923, Bd. XXIX.—11) Барбас и Зонова. Труды II Съезда Физиол. 1926.—12) Waard. Biochem. Zeit., 1919, Bd. 97, S. 180.—13) Он же. Ibid., S. 186.—14) Савин. Труды II Съезда Физ. 1926.—15) Riddle a. Reinhart. Endocrinology, 1926, vol. X., № 4.—16) Roger et Binet. Presse méd., 1926, № 70.

## Надпочечниковая липаза, ее отношение к ядам и клиническое значение.

Проф. М. Н. Чебоксарова и ассистента З. И. Малкина.

Учение о липолитических ферментах органов за последние пять лет сделало большой шаг вперед. Этим мы главным образом обязаны Rona и его сотрудникам, впервые установившим весьма интересный факт избирательного влияния различных ядов на липазу разных органов. Так, исследования Rona, Bach'a и Reipicke показали, что в то время, как липаза сыворотки крови является крайне чувствительной и к хинину, и к атоксилу, вполне парализуясь весьма малыми дозами этих веществ, липаза печени, будучи крайне чувствительной к атоксилу, не теряет своих ферментативных свойств даже от больших доз хинина (Rona и Pawlović); точно таким же образом относится к указанным ядам и липаза почек (Rona, Petow и Schreiber), а равным образом и легочная липаза—к хинину.

Совершенно обратными свойствами обладает панкреатическая липаза: она очень чувствительна к хинину и весьма устойчива по отношению к атоксилу (Rona и Pawlović). Липаза щитовидной железы, по данным Herzfeld'a и Engel'я, резистентна как по отношению к хинину, так и по отношению к атоксилу. Наконец, липаза селезенки является, повидимому, чувствительной к хинину (Krömeke).

Кроме хинина и атоксила Brockmeyer, изучая влияние на органолипазы кокаина и стрихнина, нашел, что яды эти, даже в небольших сравнительно дозах, действуют задерживающим образом на сывороточную липазу, не влияя совершенно, даже при применении больших доз, на липазу печени и почек; что же касается панкреатической липазы, то только большие дозы стрихнина, оказалось, действуют на нее тормозящим образом<sup>1)</sup>.

Эти чрезвычайно интересные биологические факты открыли широкие горизонты и для клинициста, давая новые возможности в деле функциональной диагностики заболеваний различных органов. Представлялось весьма вероятным, что при повреждении того или иного органа в сыворотке крови появятся жирорасщепляющие ферменты *этого именно* органа, а пользуясь фактом различного отношения органолипаз к различным ядам, можно было надеяться определить принадлежность данной

---

<sup>1)</sup> Надо иметь в виду, что указанные отношения к ядам свойственны далеко не всем животным: приведенные данные относятся преимущественно к органолипазам человека, барана, свиньи, теленка и собаки. У других животных, напр., морской свинки, кролика и кошки, отношения иные.

липазы тому или иному органу. И действительно, клинические исследования подтвердили эти предположения: Petow и Schreiber, Block, Brokmeyer, Ковязин и Картамышев показали, что печеночная липаза обнаруживается в крови почти во всех случаях, где клинически имеется нарушение функции печени. Petow и Schreiber находили хининрезистентную липазу при болезнях почек, а Simon, Marcus и Ковязин обнаружили в крови панкреатическую липазу, т. е. липазу чувствительную к хинину и устойчивую к атоксилу, при заболеваниях поджелудочной железы.

Мы со своей стороны поставили своей задачей возможно полнее изучить свойства надпочечниковой липазы, имея своей конечной целью найти способ дифференцировать ее от других органолиз, дабы таким образом подойти к клинике, т. е. к вопросу о возможности функциональной диагностики заболеваний надпочечников.

При своих исследованиях мы пользовались экстрактами надпочечников человека, барана и тельца. Экстракты всегда готовились нами одинаковым образом, именно, по способу Rona, применяемому им для приготовления печеночных экстрактов, ибо мы убедились, что при этом способе получаются наиболее чистые и четкие результаты. Методика приготовления экстрактов такова: полученные от свежееубитого барана или тельца надпочечники тщательно очищались от жира и соединительной ткани и, взятые в количестве 50 gm., превращались в мелкоизрубленную кашлицу. Кашлицеобразная масса тщательно промывалась в мелком сите под струей текущей воды в течение 2—3 часов, пока оттекающая жидкость не становилась совершенно прозрачной. Промытая таким образом масса помещалась в колбу, куда приливалось 30 куб. с. физиологического раствора поваренной соли. Содержимое колбы затем энергично встряхивалось в течение 10 минут и потом фильтровалось через кусок марли. Снятая после фильтрования с марли масса снова собиралась в колбу, вновь встряхивалась с 30 куб. с. физиологического раствора в течение 10 минут и опять фильтровалась через марлю. Эта процедура повторялась 3—4 раза до тех пор, пока профильтрованная жидкость не теряла окончательно розоватого оттенка, и, следовательно, можно было быть уверенным в том, что ее удалось освободить от минимальных следов крови. Затем кашлица надпочечников снова весьма энергично встряхивалась в колбе в течение 30—40 минут с 30 куб. с. физиологического раствора, после чего содержимое колбы выжималось через фильтр из тонкого полотна, и фильтрат центрифугировался в течение 15 минут. Полученная опалесцирующая жидкость отсасывалась от осадка и сливалась в сосуд, куда приливался, в целях консервирования, толуол. Приготовленный таким образом экстракт, будучи храним при низкой температуре, мог продолжительное время сохранять свои ферментативные свойства.

Таким же образом готовился нами и экстракт из надпочечников человека, причем необходимым условием получения его является доставление их от трупа, вскрытие которого произведено вскоре после смерти.

Мы особенно хотим подчеркнуть здесь значение способа приготовления экстракта: методика здесь—все. Недостаточное промывание кашлицы из органа или иная погрешность при приготовлении экстракта могут

совершенно извратить ход опыта. Мы сами неоднократно могли убедиться, как недостаточно внимательное и пунктуальное отношение к приготовлению экстракта влекло к самым разноречивым результатам; так, напр., получались печеночные экстракты, липаза которых оставалась нечувствительной к атоксилу, или панкреатические экстракты, липаза которых индифферентно относилась к хинину. Поэтому то мы и считаем своим долгом лишний раз подчеркнуть здесь все значение применяемой методики.

Липолитическую силу и действие экстракта мы определяли сталагмометрическим путем, пользуясь для этого сталагмометром Traube в видоизменении Rona и Michaelis'a (на 79 капель воды при 20° C).

Постановка опытов была всегда такова: бралось 1,0 и 2,0 экстракта (в зависимости от ферментативной силы его), к нему прибавлялось 3,0 буферной смеси (Ph 7.5), а затем 50,0 свеженеприготовленного трибутирина. При изучении влияния ядов экстракты предварительно подвергались действию этих последних в течение 50—60 минут, а затем уже прибавлялись регулятор и трибутирин.

Наши исследования мы начали с изучения влияния солянокислого хинина на надпочечниковую липазу. Результаты этих исследований приведены на таблице I.

Т А Б Л И Ц А I.

		30'	60'
Надпочечников. экстракт барана . . . . .	111	98	87
"    "    "    + 1 mlg. хинина . . .	111	97	87
"    "    "    + 2 mlg. хинина . . .	111	96	86
"    "    "    + 3 mlg. хинина . . .	110	98	86
"    "    "    + 5 mlg. хинина . . .	111	97	87
Надпочечников. экстракт человека . . . . .	108	100	93
"    "    "    + 1 mlg. хинина . . .	108	101	93
"    "    "    + 2 mlg. хинина . . .	108	102	95
"    "    "    + 4 mlg. хинина . . .	108	101	94

Как видно из этой таблицы<sup>1)</sup>, надпочечниковая липаза является резистентной по отношению к хинину. Этим она резко отличается от липазы кровяной сыворотки и от липазы панкреатической. Это в полной мере относится к надпочечниковой липазе как человека, так и барана и теленка.

Совершенно противоположное влияние оказывает атоксил: он уже в дозах 0,2 mlg., 0,1 mlg. и даже 0,05 mlg. резко парализует ферментативный липолитический процесс.

<sup>1)</sup> Во всех таблицах в первом столбце цифр указывается число капель сталагмометра непосредственно после прибавления трибутирина, во втором—спустя 30 минут, в третьем—спустя 60 минут.



Т А Б Л И Ц А II.

		30'	60'	
Надпочечников. экстр. барана . . . . .		111	98	87
"    "    " + 0,2 mlg. атоксила . . . . .		111	110	108
"    "    " + 0,1 mlg. атоксила . . . . .		110	109	108
"    "    " + 0,05 mlg. атоксила . . . . .		111	109	107
Надпочечников. экстр. человека . . . . .		110	103	94
"    "    " + 0,2 mlg. атоксила . . . . .		110	110	109
"    "    " + 0,1 mlg. атоксила . . . . .		110	109	107
Надпочечников. экстр. человека . . . . .		109	99	83
"    "    " + 0,2 mlg. атоксила . . . . .		109	109	108
"    "    " + 0,1 mlg. атоксила . . . . .		109	108	107

Следовательно, к атоксилу надпочечниковая липаза относится так же, как липаза печени и почек. Что касается кокаина и стрихнина, к каковым ядам крайней чувствительной является липаза кровяной сыворотки, то яды эти, даже в больших дозах не оказывают никакого влияния на липазу надпочечников.

Т А Б Л И Ц А III.

		30'	60'	
Надпочечников. экстр. . . . .		111	98	88
"    "    " + 5 mlg. стрихнина . . . . .		111	95	84
"    "    " + 10 mlg. стрихнина . . . . .		111	98	87
"    "    " + 20 mlg. стрихнина . . . . .		112	97	88
Надпочечников. экстр. . . . .		112	99	89
"    "    " + 2 mlg. кокаина . . . . .		111	99	89
"    "    " + 5 mlg. кокаина . . . . .		112	99	91
"    "    " + 10 mlg. кокаина . . . . .		112	98	90
"    "    " + 20 mlg. кокаина . . . . .		112	102	93

Таким образом из этой части наших опытов явствует, что *надпочечниковая липаза является весьма чувствительной к атоксилу и вполне резистентной по отношению к хинину, стрихнину и кокаину*. Этим своим свойством она отчетливо отличается от липазы сывороточной, панкреатической, селезеночной и липазы щитовидной железы, но дифференцировать ее от липазы печени и почек только на основании ее отношения к указанным ядам не представляется возможным, ибо все эти три липазы (надпочечниковая, печеночная и почечная) одинаковым образом реагируют на все эти четыре яда (хинин, атоксил, стрихнин, кокаин).

В виду этого мы стали продолжать наши изыскания, пытаясь найти такое вещество, при помощи которого мы могли-бы дифференцировать между собой липазы этих трех органов. Мы испытали действие целого

ряда веществ, напр., рвотного камня, препаратов салициловой кислоты, экстракта беладонны, дифтерийного токсина и некоторых других, но безуспешно.

Т А Б Л И Ц А IV.

		30'	60'
Надпочечников. экстр. . . . .	114	85	79
„ „ + 10 mlg. tartar. emetic. . . . .	113	83	78
„ „ + 20 mlg. tartar. emetic. . . . .	113	83	79
Надпочечников. экстр. . . . .	111	89	82
„ „ + 20 mlg. natr. salicyl. . . . .	110	87	82
„ „ + 10 mlg. extr. belladon. . . . .	110	92	85
„ „ + 0,5 dipt. toxin. . . . .	111	88	81

Наконец, после долгих изысканий мы попали на вещество, которое оказало избирательное действие на липазу надпочечников: *таким веществом оказался хлорал-гидрат*: уже в небольших дозах (0,2 mlg., 0,1 mlg. и даже 0,05 mlg.) он проявил резкое тормозящее влияние на надпочечниковую липазу, как это видно из таблицы V.

Т А Б Л И Ц А V.

		30'	60'
Надпочечников. экстр. барана . . . . .	109	91	81
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	109	109
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	109	109	109
„ „ „ + 0,05 mlg. хлорал-гидр. . . . .	109	109	105
Надпочечников. экстр. теленка . . . . .	112	99	88
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	112	112	111
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	111	111	110
„ „ „ + 0,05 mlg. хлорал-гидр. . . . .	112	111	108
Надпочечников. экстр. человека . . . . .	110	103	94
„ „ „ + 0,5 mlg. хлорал-гидр. . . . .	110	109	109
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	110	108	105
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	109	107	105
Надпочечников. экстр. человека . . . . .	108	103	99
„ „ „ + 0,3 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	107	106
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	107	105
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	107	106

Являясь сильным ядом для надпочечниковой липазы, хлорал-гидрат в то же время оказался безразличным для липазы печени, почек и панкреатической железы: липаза этих органов оказалась резистентна по отношению к этому яду. Отметим только, что липаза печени человека несколько менее резистентна, чем печеночная липаза других животных.

Т А Б Л И Ц А VI.

	30'		60'	
Почечный экстр. . . . .	108	88	80	
„ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	86	78	
„ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	107	86	77	
Панкреатич. экстр. . . . .	106	83	79	
„ „ + 0,3 mlg. хлорал-гидр. . . . .	106	85	78	
„ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	105	83	79	
„ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	106	83	79	
Печеночн. экстр. барана . . . . .	110	84	80	
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	110	91	84	
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	110	87	81	
Печеночн. экстр. человека . . . . .	108	83	80	
„ „ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	94	86	
„ „ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидр. . . . .	108	99	82	

Устойчивой к хлорал-гидрату оказалась, далее, и липаза кровяной сыворотки человека (см. таблицу VII).

Таким образом в хлорал-гидрате мы имеем вещество, позволяющее, по нашему мнению, дифференцировать надпочечниковую липазу от липаз других органов.

Эти данные, думается нам, открывают известные перспективы и возможности в деле клинической функциональной диагностики заболеваний надпочечников.

В настоящее время мы предприняли соответствующие клинические исследования, которые надеемся опубликовать по их завершении. Сейчас же нам хотелось бы сообщить только об одном случае Addison'овой болезни из нашей клиники, где мы сделали попытку открыть в крови

у больной надпочечниковую липазу, пользуясь полученными нами экспериментальными данными. Постановка опыта и его результаты наглядно видны из таблицы VIII.

Т А Б Л И Ц А VII.

		30'	60'	90'
Сыворотка крови . . . . .	108	103	95	
„ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидрата . . .	108	104	95	
„ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидрата . . .	109	103	95	
„ „ + 0,05 mlg. хлорал-гидрата . . .	108	103	94	
Сыворотка крови . . . . .	107	104	100	94
„ „ + 0,3 mlg. хлорал-гидрата . . .	107	103	99	94
„ „ + 0,2 mlg. хлорал-гидрата . . .	107	104	101	95
„ „ + 0,1 mlg. хлорал-гидрата . . .	107	104	99	93

Т А Б Л И Ц А VIII.

		30'	60'	Раз-ница
1,0 сыворотки . . . . .	109	102	96	13
1,0 „ + 1 mlg. хинина . . . . .	109	107	105	4
1,0 „ + 0,1 mlg. хлорал-гидрата . . . . .	109	105	101	8
1,0 „ + 1 mlg. хинина + 0,1 mlg. хлор.-гидр.	108	108	108	0
1,0 „ + 0,1 mlg. атоксила . . . . .	109	109	108	1

Из этого опыта с несомненностью явствует, что в сыворотке нашей больной находилась липаза резистентная к хинину и чувствительная к атоксиду и хлорал-гидрату, а такой липазой является, на основании наших наблюдений, *одна только липаза надпочечников.*

В Ы В О Д Ы:

1) Надпочечниковая липаза резистентна к хинину, стрихнину, кокаину, рвотному камню, салициловому натру, экстракту белладонны и дифтерийному токсину.

2) Надпочечниковая липаза чувствительна к атоксиду и хлорал-гидрату.

3) На основании этих отношений к ядам, особенно к хлорал-гидрату, надпочечниковую липазу можно дифференцировать от других известных нам органолипаз.

4) Имея в виду отношение надпочечниковой липазы к хинину, атоксилу и хлорал-гидрату, можно рассчитывать на возможность использования метода определения надпочечниковой липазы в крови у больных в целях клинической диагностики заболеваний надпочечниковых желез.

---

Л И Т Е Р А Т У Р А :

- 1) Rona u. Petow. *Biochem. Zeitschr.*, 1920, Bd. 111.—2) Rona, Bach u. Reinicke. *Ibid.*, 1921, Bd. 118.—3) Rona u. Pawlović. *Ibid.*, 1922, Bd. 120.—4) Rona u. Haas. *Ibid.*, 1923, Bd. 141.—5) Rona, Petow u. Schreiber. *Klin. Woch.*, 1922, № 48.—6) Rona u. Pawlović. *Bioch. Zeitschr.*, 1923, Bd. 134.—7) Herzfeld u. Engel. *Ibid.*, 1924, Bd. 151.—8) Krömeke. *Klin. Woch.*, 1923, № 34.—9) Brockmeyer. *Ibid.*, 1924, №№ 20—34.—10) Petow u. Schreiber. *Ibid.*, 1923, № 27.—11) Block. *Ibid.*, 1923, № 39.—12) Ковязин. *Каз. Мед. Журн.*, 1926, № 10.—13) Картамышев. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 147.—14) Simon. *Ibid.*, 1924, № 16; 1925, № 48.—15) Marcus. *Ibid.*, 1923, № 19.
-

## К вопросу о лечении сулемовых отравлений висмутом.

С. В. Крестниковой.

Изучая материал нашей клиники, относящийся к случаям отравления сулемой, мы нашли, что из всех случаев этого рода, прошедших через клинику за последние 4 года, в 30% имел место exitus lethalis. Из 70% случаев благоприятного исхода 16% падали на совсем легкие случаи отравления, где были приняты минимальные дозы сулемы, почти совершенно не отразившиеся на функции почек,—в то время, как в первую группу вошли главным образом те случаи, где одновременно с глубоким поражением почек (анурия) имелись и изменения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Излишне говорить, что отравление сулемой является одним из наиболее тяжелых, наиболее чреватых своими последствиями. В преобладающем большинстве таких случаев врач бывает совершенно бессилен, он принужден обычно играть пассивную роль, предоставляя болезненному процессу идти естественным путем. Это обстоятельство и заставило нас испробовать лечение сулемовых отравлений препаратами висмута.

Впервые этот метод был предложен Lewenstein'ом (Gazeta Lekarska, 1923, № 3), Сущность его заключается в назначении больным bismuti carbonici, bismuti subnitrici  $\bar{a}$  0,75, 4—6 раз pro die, в зависимости от тяжести случая, с одновременной дачей глюкозы и проведением ахлорированного и безбелкового режима.

В 1924 году Landau, Temkin и Fergin (Gazeta Lekarska, 1924, № 22) применили этот метод в 12 случаях отравления сулемой и получили положительный результат в 80%.

Затем появилось сообщение Landau, Marianko и Fergin'a (Presse médicale, 1926, № 98), получивших от висмута также хорошие результаты при отравлении сулемой, даже в случае анурии, длившейся 7 дней.

В основу этого способа была положена идея Milian'a комбинировать лечение каломелем с одновременным применением висмута, как средства, умеряющего ядовитое действие ртути. Висмут, как полагают, сохраняет слизистую оболочку пищеварительного тракта от обычных изменений, вызываемых употреблением Hg, и позволяет применять ртутное лечение без всяких осложнений более значительный период времени.

Для прогноза сулемовых отравлений нужно иметь в виду 2 фактора: 1) повреждение почек и 2) повреждение слизистой оболочки кишечника. Изъязвленная от токсического действия Hg поверхность кишечной трубки становится входными воротами для инфекций и интоксикаций, которые не только осложняют болезненный процесс, главным образом со стороны

почек, но, в некоторых случаях, являются единственной причиной неблагоприятного исхода сулемовых отравлений. Отсюда понятна рациональность применения висмута в случаях отравления сулемой.

По предложению проф. С. С. Зимницкого, нами было проведено лечение висмутом 3-х случаев отравления сулемой.

*Случай I.* Больная Д., 22 лет, поступила в клинику 18/XII 25 г. по поводу отравления сулемой: за 4 дня до этого она выпила 100,0 раствора сулемы, выпсанного ей для спринцевания (1:100). В первые сутки после отравления были рвота и понос, сопровождавшийся сильными болями в кишечнике. Моча, по словам больной, выделялась в большом количестве. На следующий день моча выделялась каплями, а с 16/XII наступила полная анурия. При поступлении больной в клинику из пузыря было добыто катетером 8 к. с. мочи, содержавшей 6% белка; в осадке находились в большом количестве зернистые и гиалиновые цилиндры, эритроциты, лейкоциты и клетки почечного эпителия. Кров. давл. 110 (Mx)—64 (Mn). 19/XII: ОД—13%, моча мутная, белка—7,5%, ClNa—0,28%, поносы и боли в кишечнике, стоматит, появились menses, начавшиеся на 2 недели раньше срока; с этого дня больной были назначены bism. carb.+bism. subnit. aa 0,75, 4 раза в день, глюкоза per os и безбелковый режим. 20/XII: ОД—44%, белка—1,5%, кровяное давление 100+60, поносы уменьшились. 21/XII: ОД—74%, белка—2%, поносы прекратились, болей в кишечнике нет, стоматит меньше, menses продолжают. 23/XII: ОД—181%, белка следы, в мочевом осадке гиалиновые цилиндры и клетки почечного эпителия, наклонность к запорам; для регулирования стула назначен ревеня по 0,5, 2 раза в день. Полиурия держалась до 3/I включительно, причем ОД колебался от 187% до 120%. 4/I: ОД—66%, реакция на белок отрицательная, в осадке ничего патологического не обнаружено. Больная выписана из клиники в хорошем состоянии. Через 3 недели после выхода из клиники самочувствие хорошее, в моче уклонений от нормы нет, кровяное давление 95—48.

*Случай II.* Больная К., 44 лет, поступила в клинику 4/IV 26 г. по поводу отравления сулемой: К. приняла вместо хины 1,0 сулемы в порошок. Тотчас же после приема сулемы—сильная рвота, к вечеру того же дня боли в кишечнике, резче в области SR, стоматит и резкая полиурия. Моча кислой реакции, уд. вес 1004, реакция на белок отрицательная, в осадке единичные эритроциты, лейкоциты и клетки мочеоловых путей, ClNa 0,52%. Больной назначена висмутовая терапия и соответствующая диета. 5/IV: ОД—100%, моча мутноватая, кислой реакции, имеется белок, в осадке эритроциты, лейкоциты, зернистые и гиалиновые цилиндры в небольшом количестве. 6/IV: ОД—74%, реакция на белок положительная, осадок idem, стоматит усилился, боли в кишечнике держатся. 7/IV: стул отсутствует 3-й день, назначен ревеня по 0,5 2 раза в день. ОД—39%, незначительные следы белка, кровяное давление 86—38. 8/IV: ОД—21%, белка—едва заметные следы, в осадке единичные лейкоциты, клетки мочеоловых путей, ураты. 11/IV: олигурия сменялась полиурией и затем—нормурией. 21/IV: общее состояние хорошее, болей в кишечнике нет, моча нормальная, больная выписана из клиники. Через неделю самочувствие хорошее, кишечник и почки в норме.

*Случай III.* Больная К., 19 лет, 8/IV выпила 100,0 1% раствора сулемы. Через 4—5 часов после приема сулемы больная доставлена в клинику в тяжелом состоянии: профузные поносы, рвота, резкие боли по всему животу, пульс частый, малый (введено ol. camphorae). Моча в большом количестве, прозрачная, уд. вес 1007, кислой реакции, содержит белок, в осадке единичные эритроциты в каждом поле зрения, ClNa—1,03%, кровяное давление 106—58. Больной назначен висмут. 9—10/IV: анурия, значительный стоматит, язык обложен, резкие боли в кишечнике. 11/IV: моча мутная, кислой реакции, уд. вес 1,020, содержит белок и индикан, в осадке эритроциты, зернистые и гиалиновые цилиндры, кровяное давление 110—65. В последние дни количество мочи резко нарастало, затем ОД пал до 35—85%, реакция на белок стала отрицательной, в осадке не было ничего патологического. 21/IV: больная выписалась из клиники в хорошем состоянии. Через неделю—самочувствие вполне удовлетворительное, моча вполне нормальная.

Во всех вышеприведенных случаях в болезненный процесс были, *l. o.*, вовлечены не только почки, но и желудочно-кишечный тракт. Обычно вскоре после приема сулемы наступала рвота, а затем и поносы,

то профузные, то менее сильные, причем весь тракт толстых кишек был резко болезнен даже при самой легкой пальпации. Со стороны почек в первые часы мы наблюдали полиурию, сменявшуюся затем олигурией, а в тяжелых случаях—анурией, вслед за которыми мы имели вторичную полиурию. Нормальная работа почек наступала на 12-й—21-й день, завися всецело от силы интоксикации.

Хотя наш материал и очень невелик, — он обнимает лишь 3 случая, из которых 2 случая тяжелых, сопровождавшихся анурией от 2 до 4 дней. — мы все же полагаем, на основании его, что применение висмута при сулемовых отравлениях заслуживает большого внимания, почему и решили поделиться своими впечатлениями в печати — особенно в виду отсутствия в русской прессе подобных сообщений и в виду частоты отравлений сулемой.

---



## О влиянии грязевого лечения на функцию почек.

Прив.-доц. **А. М. Зюкова** (Киев).

Уже с древнейших времен грязевые ванны пользуются заслуженной славой могучего фактора в терапии целого ряда болезненных состояний. Однако сущность их целебного действия на организм и до сих пор еще представляется во многих отношениях неясной. Мы далеки от познания тех тонких изменений в биокolloидах организма, на которых, быть может, и зиждется весь эффект этого терапевтического агента. Трудно, конечно, свести все действия грязевой ванны к высокой температуре и раздражающему влиянию на кожу, ибо реакция организма на применение этих агентов все же существенно отличается от той, которая наблюдается после грязевой ванны. В свое время громадное значение придавалось всасыванию через кожу химических соединений, растворенных в ванне; в этом многие авторы видели разгадку целебного эффекта грязей. Однако после работ Reid'a, Durig'a, Schwenkenbecher'a, значительно поколебавших это учение, и исследований проф. Верига в Кеммерне, вопрос о возможности всасывания солей в грязевой ванне должен быть решен в отрицательном смысле.

Весьма заманчивым представляется физико-химическое объяснение сущности действия грязевых ванн, предложенное Вейнгером на I Съезде Физиотерапевтов в Ленинграде. По мнению этого автора при контакте тела купающегося с грязью образуются электрические токи, которые вызывают обмен ионами, а эти последние, раздражая вазомоторы и чувствительные нервы, рефлекторно оказывают действие на дыхание, кровообращение, обмен веществ и пр. При этом высокая температура и естественная радиоактивность грязи способствуют наиболее полной диссоциации молекул и увеличивают разность потенциалов (resp. электродвижущую силу) между телом и грязевой массой, а большая густота грязи, создавая значительное давление на тело, уменьшает сопротивление электрическому току.

Ограничиваясь пока этими краткими замечаниями о сущности действия грязевых ванн, отметим, что влияние этого терапевтического агента и на отдельные органы и системы далеко еще не изучено с достаточной полнотой. Среди других органов, в этом смысле, особенно мало пострадалось почкам, которым уделяется сравнительно мало внимания при проведении тех или иных бальнеопроцедур. Эти соображения и заставили меня заняться изучением действия грязевых ванн на функцию почек.

Наблюдения наши были произведены на Славянском курорте над больными 3-й Санатории. Большинство моих пациентов были горно-рабочие, присланные на курорт по поводу поражения суставов.

Уже обычное исследование мочи перед началом бальнеолечения и втечение его показало, что приблизительно у половины больных после третьей—четвертой ванны в моче появляется белок.

Детализируя это наблюдение, я выделил из числа моих пациентов две группы: в первую вошли те, у которых не было никаких указаний на перенесенный когда-либо нефрит, и моча которых была совершенно свободна от белка; вторую группу составляли лица, имевшие перед началом лечения незначительную альбуминурию, причем в анамнезе некоторых из них можно было констатировать заболевания почек.

Применение бальнеопроцедур у больных обеих групп было совершенно идентичным: после нескольких вступных рапных ванны восходящей температуры (от 28° до 32°) переходили к грязевым ваннам.

На Славянском курорте грязелечение применяется в виде разведенных пловых ванны парового нагрева. Первоначальная температура в моих случаях была 32° при продолжительности в 15 минут. С каждой последующей ванной <sup>1</sup>о увеличивалась на 1 градус, пока не доводилась до 36°. После двух грязевых ванны, в виде отдыха, назначалась рапная ванна в 32°, той же продолжительности.

На этом, обычном в Славянске, способе бальнеолечения я и остановился при своих наблюдениях. Замечу еще, что все больные как первой, так и второй группы получали одинаковый пищевой рацион, заключавший в себе большое количество белка.

Подсчет результатов исследования мочи у 60 больных первой группы показал, что грязевые ванны в 32° и 33°, продолжительностью в 15 минут, ни у одного из них не вызывали альбуминурии.

При температуре в 34° и 35° у 6 человек, при пробе с кипячением, можно было наблюдать появление незначительных следов белка в моче. Альбуминурия эта держалась впродолжении 8—12 часов и не сопровождалась появлением каких-либо патологических элементов в осадке.

Ванны в 36° вызвали появление белка уже у 26 человек, т. е. в 43%. И здесь, однако, это явление носило преходящий характер, исчезая втечение первых часов или максимум—к утру следующего дня. В 3 случаях, кроме того, были обнаружены одиночные гиалиновые цилиндры в осадке.

Итак у лиц с неповрежденными почками грязевые ванны могут вызывать альбуминурию, причем частота ее появления стоит в прямой зависимости от высоты температуры ванны. Появление альбуминурии после грязевых ванн отмечено и другими авторами,—ее находили, напр., Буйко и Гулевиц (последний в 47% у лиц со здоровыми почками).

Какова же причина этого явления и каково его клиническое значение?

Тот факт, что альбуминурия во всех моих случаях была очень незначительной и имела лишь преходящий характер, позволяет предположить, что в основе этого явления лежат чисто-функциональные изменения, не связанные с каким либо анатомическим повреждением органа. За такое толкование говорит и частое нахождение в моих случаях укисного белка, появляющегося, как известно, в период неустойчивости почки после перенесенных ею заболеваний (F. Müller, H. Strauss).

Учение о „физиологической альбуминурии“, выдвинутое еще Grain-ger Stewart'ом и подвергшееся дальнейшей разработке со стороны

многочисленных исследователей, значительно изменило старые взгляды на белок, как на патогномический признак страдания почек. Однако и до сих пор еще мы с точностью не знаем, какова истинная природа этого явления. Castaigne в физиологической альбуминурии склонен видеть проявление известной слабости почек—*debilité rénale*. Если стать на эту точку зрения, то станет, пожалуй, понятным, почему в моих случаях белок далеко не всегда сопровождал применение грязевых ванн. Повидимому, появление его было связано с определенной конституциональной слабостью почек, о которой говорит проф. С. С. Зимницкий. Во всяком случае эти легкие, скоропреходящие альбуминурии никоим образом не могут служить препятствием к дальнейшему энергичному проведению грязевого лечения, ибо они, будучи чисто-функциональными, так же легко исчезают с окончанием курса, как и появляются при начале его.

Гораздо труднее объяснить механизм этой альбуминурии. Здесь мы неизбежно из области точных клинических фактов и сопоставлений вступаем на путь гипотез.

Физико-химические достижения последнего времени вносят целый ряд интересных данных в сущность учения об альбуминурии. Я говорю о работах Benatt'a, Flockenhau's'a, Ruppel'я, Ornstein'a, Carli'a и Lasch'a. Сущность этих исследований заключается в следующем: если через почку пропускать сыворотку крови, разведенную в определенной пропорции Ringer'овским раствором, то в жидкости, вытекающей из мочеточника, удается обнаружить лишь следы белка; но если эту смесь сыворотки с Ringer'ом подвергнуть действию электрического тока, то количество белка в оттекающей жидкости увеличивается в 5 раз. Ток, изменяя дисперсию коллоидов, повышает их проходимость через почечный фильтр. Кроме того, как показали наблюдения этих же исследователей, действие тока, повышающее диссоциацию Ringer'овского раствора, оказывается небезразличным и для белков самой почечной паренхимы. Так, например, при пропускании через почку безбелкового Ringer'овского раствора в жидкости, оттекающей из мочеточника, нельзя бывает обнаружить белка; но, если этот же Ringer'овский раствор подвергнуть действию электрического тока, то в вытекающей жидкости появляются следы белка. Подобную же альбуминурию можно вызвать и у живого животного при электромоторных действиях на его венозную кровь.

Этим интересным фактам Munk дает такое объяснение: электрический ток производит накопление позитивно заряженных ионов, и, благодаря этому, отрицательно заряженный белок извлекается из лимфы и эпителиальных клеток и переходит в мочу. Во всяком случае эти опыты учат нас, что достаточно произойти изменениям в составе коллоидов сыворотки, чтобы вызвать появление белка в моче. К такого рода почечным альбуминуриям Munk причисляет альбуминурию при переутомлениях, лихорадке, охлаждении, общих и местных застоях и проч. Возможно, что к этого же рода явлениям относится появление белка в моче, наблюдавшееся мною после применения грязевых ванн, которые, согласно теории Вейнгера, ведут к усиленному обмену ионами между телом купающегося и грязью.

Что касается больных второй группы, имевших и перед началом бальнеолечения легкую степень альбуминурии, то на них влияние грязе-

вых ванн сказалось значительно резче. При этом и здесь действительными оказались также лишь ванны высокой температуры (начиная с 34°), которые во всех без исключения случаях вызывали явственное усиление альбуминурии, доходившей до 0,30‰. Кроме того у некоторых больных этой группы можно было наблюдать появление в осадке мочи патологических элементов: гиалиновых цилиндров и эритроцитов—в небольшом, правда, количестве. Явления эти имели более или менее стойкий характер и в большинстве случаев длились в течение всего курса грязелечения, исчезая лишь после так называемых отходных ванн. К сожалению, мой материал, касающийся больных с изменениями в почках, очень мал: среди 320 пациентов, прошедших за сезон через Терапевтическое Отделение Санатории, я мог отыскать только 11 человек со стойкой альбуминурией; они-то и составили II группу, о которой идет речь.

Полученные данные, с несомненностью указывавшие на определенное влияние грязевых ванн на работу почек, заставили меня, не ограничиваясь простыми исследованиями мочи, произвести дальнейшие наблюдения в этой области. В качестве метода определения почечной функции мною была избрана константа *Ambard'a*. Этот способ, получающий в последнее время все большее и большее распространение и имеющий уже обширную литературу, основан, как известно, на соотношении содержания мочевины в крови и в моче, вычисленном по опреде-

ленной формуле: 
$$K = \frac{U_r}{\sqrt{D \cdot \sqrt{\frac{C}{25}}}}$$
 где  $U_r$  есть содержание мочевины

в крови в граммах на литр,  $C$ —концентрация мочевины в моче, вычисленная также *pro mille*, а  $D$ —это *debit* мочевины за сутки, 25—количество ее, выделяемое здоровым человеком в литре мочи при смешанной пище.

Величина  $K$  в норме не больше 0,08, и всякое увеличение ее указывает на недостаточность почечной функции.

Этот метод, позволяя определять самые начальные, трудно уловимые другими способами нарушения функции почек, весьма удобен еще и потому, что он не требует ни специальной диеты, ни какой-либо особой подготовки и может быть выполнен в короткое время.

Обследованию по этому способу мною было подвергнуто 10 человек с почечными изменениями, составлявших II группу предыдущих наблюдений, и 10 человек с совершенно здоровыми почками. Определение константы мочевиновой секреции производилось всегда непосредственно перед применением грязевой процедуры и через 1 час после окончания ее. Прежде, чем перейти к рассмотрению данных, касающихся изменения константы, я считаю нужным вкратце остановиться на цифрах содержания мочевины в крови, приведенных в прилагаемых таблицах.

Приведенные таблицы показывают, что во всех без исключения случаях содержание мочевины в сыворотке крови после приема ванны всегда увеличивается. При этом в одних случаях увеличение это очень значительно, и количество мочевины достигает цифр, выходящих за пределы нормы (больше 0,50‰); в других оно менее выражено, но все же составляет величину, с которой приходится считаться.

Т А Б Л И Ц А I  
(больные без изменений в почках).

ДО ВАННЫ					ПОСЛЕ ВАННЫ		
№№	Фамилия больного	Urea serum в ‰	К Ambar'da	СО <sub>2</sub> в 100 к. с. плазмы 0°—760	Urea serum в ‰	К Ambar'da	СО <sub>2</sub> в 100 к. с. плазмы 0°—760
1	Р—в . . . .	0,24	0,062	62,5	0,37	0,09	68,1
2	Р—ков . . .	0,26	0,058	58,6	0,36	0,086	54,6
3	П—н . . . .	0,31	0,06	56,0	0,56	0,10	57,7
4	С—ко . . . .	0,22	0,047	60,0	0,41	0,094	56,8
5	Х—к . . . .	0,38	0,056	64,0	0,52	0,096	60,0
6	Я—ч . . . .	0,41	0,048	60,3	0,62	0,10	53,8
7	Ч—в . . . .	0,42	0,062	55,0	0,61	0,10	51,9
8	К—в . . . .	0,47	0,07	55,7	0,64	0,09	59,5
9	М—в . . . .	0,30	0,058	61,0	0,52	0,095	59,8
10	З—ко . . . .	0,29	0,065	58,0	0,60	0,088	56,5

Т А Б Л И Ц А II  
(больные с изменениями в почках).

ДО ВАННЫ					ПОСЛЕ ВАННЫ		
№№	Фамилия больного	Urea serum в ‰	К Ambar'da	СО <sub>2</sub> в 100 к. с. плазмы 0°—760	Urea serum в ‰	К Ambar'da	СО <sub>2</sub> в 100 к. с. плазмы 0°—760
1	К—ко . . . .	0,31	0,06	70,0	0,72	0,12	71,0
2	П—в . . . .	0,24	0,065	56,2	0,54	0,106	53,1
3	Г—ко . . . .	0,48	0,08	61,2	0,62	0,13	60,1
4	К—ий . . . .	0,41	0,07	55,8	0,66	0,12	54,0
5	В—к . . . .	0,28	0,056	72,0	0,59	0,11	65,2
6	Р—ий . . . .	0,35	0,06	59,0	0,60	0,10	54,0
7	И—в . . . .	0,34	0,054	60,0	0,58	0,095	66,5
8	З—ч . . . .	0,31	0,061	56,0	0,54	0,10	58,1
9	Д—кий . . .	0,40	0,055	61,8	0,60	0,11	59,6
10	Я—ко . . . .	0,38	0,07	59,8	0,56	0,10	58,5

Объяснения этому факту, уже ранее отмеченному мною (Врачебное Дело, 1924, № 3, и Русская Клиника, 1925, № 11) нельзя искать в простом сгущении крови под влиянием потери воды при потении, ибо, как показывает рефрактометр, эта потеря быстро компенсируется потоком жидкости из тканей в крови (Volhard, Reiss, Strauss, Chajes). Вероятнее предположить, что с этим потоком из клеток выщелачивается и уносится в кровяное русло значительное количество шлаков N обмена, и это-то обстоятельство и служит причиной разбираемого явления.

Интересно отметить, что грязевые ванны, проявляя чрезвычайно сильное воздействие на организм, давали всегда относительно более резкие повышения содержания мочевины в крови, чем те, какие мне приходилось в свое время наблюдать в клинике проф. Ф. Г. Яновского при применении электросветовых и водяных ванн высокой температуры.

Что касается изменений Амбард'овского коэффициента после грязевой ванны, то, как видно из таблиц, он также всегда заметно увеличивается, причем увеличение это наблюдается как у лиц со здоровыми почками, так, в еще большей степени, и у тех, у кого имелись изменения в этом органе. Повышение всегда носило временный характер, и цифры константы приходили к норме через 6—12—18 часов после окончания процедуры.

Итак получается впечатление, что грязевые ванны угнетают функцию почки. Однако нужно иметь в виду, что коэффициент Амбард'а, представляющий, по Weill'ю, выражение как количества, так и качества почечной паренхимы, вычислен для работы почки, совершаемой в обычных условиях. Но, коль скоро условия эти изменяются, подвергнется изменению и величина коэффициента при совершенно незатронутой почечной паренхиме. Примером этого может быть понижение K при сахарном диабете, отмеченное Weill'ем, а также увеличение его при олигуриях сердечного происхождения, на которые обращают внимание Morgel, Mouriquand, Courmont и Boulud.

Несомненно, грязевые ванны, какой-бы теории объяснения их действия ни держаться, значительно изменяют течение жизненных процессов в организме. Они вызывают повышение  $t^{\circ}$  тела, ведут к усиленному диaphoreзу, связанному с потерей воды и перераспределением солей и продуктов обмена, они нарушают морфологический и физико-химический состав крови, повышают общий и газовый обмен, создают целый ряд рефлексов со стороны периферических нервов, изменяют условия кровообращения и кровенаполнения органов и, быть может, ведут к появлению в организме новых веществ—бальнеотоксинов.

Естественно, что все эти изменения не могут не отразиться на функции органов. Работа почки тесно связана с количеством и качеством омывающей ее крови, и вот, когда, под влиянием грязевых ванн, на пополнение убыли воды, вызванной диaphoreзом, в сосудистое русло хлынет из тканевых щелей поток жидкости богатой продуктами специфического метоморфоза, перед почкой становится серьезная задача быстро и полностью выделить этот избыток в очень концентрированном виде. Таким образом грязевые ванны создают для почки условия чрезвычайной нагрузки,—это есть Belastung, отягощение, вероятно, значительно большее, чем то, которого мы достигаем в клинике назначением пробных диет по Schlayer'y, Hedinger'y и Beckmann'y. И если

в этот момент напряженной работы органа мы войдем с определением константы мочевиной секреции и получим цифру, превышающую ту, которая наблюдается при обычных условиях, то это не будет еще указанием на функциональную слабость.

Как показывают приведенные наблюдения, нормальной цифрой для *Ambard'*овского коэффициента, определенного при этих условиях, можно принять величину близкую к 0,1.

Вычисление константы *Ambard'*a с добавочной нагрузкой в виде грязевой ванны, как мне кажется, может иметь и определенную диагностическую ценность. Подобно тому, как первой ласточкой начинающейся недостаточности сердца бывает одышка, появляющаяся только при усиленном запросе на работу этого органа, так и чрезмерно большое увеличение коэффициента (выше 0,1) после грязевой ванны есть, вероятно, указание на известную функциональную слабость почки. Такое предположение находит себе оправдание в моих наблюдениях над больными II группы с изменениями в почках. У них *K Ambard'*a перед ванной был не больше, чем у лиц со здоровыми почками (I группа), но в то время, как после ванны в первой группе мы не находим для константы цифр больше 0,1,—во II группе она колеблется от 0,1 до 0,13. Кроме того возвращение *K* к нормальным цифрам у I группы наблюдается раньше, чем у II.

Итак грязевые ванны высокой температуры вызывают усиленный приток продуктов обмена из тканевых щелей в кровь, и эти продукты, проходя через почечный фильтр, создают условия значительной нагрузки для почки, что клинически сказывается в повышении константы мочевиной секреции и появлении во многих случаях белка в моче. Уже а priori представляется вероятным предположить, что все эти изменения могут быть связаны с нарушением кислотно-щелочного равновесия в организме.

Действительно, так называемая „купальная реакция“, наступающая вслед за грязевой ванной, весьма напоминает собою симптомы легкого самоотравления: учащение пульса и дыхания, повышение  $t^0$  тела на 1—2°, упадок мышечной силы, общая разбитость, сонливость и пр. Причину этой реакции некоторые авторы склонны видеть в накоплении в крови особых кислых соединений, близких к кенотоксинам *Weichardt'*a, появляющимся при мышечном утомлении.

Имея в виду эти возможности, а также наблюдая факт увеличения кислотности мочи после ванны, я поставил себе задачей заняться определением щелочных резервов в крови моих пациентов. Для этого в тех же порциях крови, которые служили мне для вычисления *Ambard'*овского коэффициента, производилось мною определение содержания бикарбоната по методу *Van-Slyk'*a.

Бикарбонат, как известно, является базой, за счет которой идет нейтрализация кислых нелетучих соединений, образующихся в организме. Как показывают приведенные таблицы, соображения о возможности уклонения обмена в кислую сторону под влиянием ванн не нашли себе подтверждения в моих наблюдениях. Иногда величина резерва (resp. бикарбоната) несколько повышалась после грязевой процедуры, в других случаях она немного понижалась, или оставалась без изменения.

Все эти колебания не выходили, однако, за пределы физиологической нормы и, повидимому, не стояли в зависимости ни от функции

почек, являющихся одним из регуляторов в сложном механизме кислотно-щелочного равновесия, ни от общего состояния организма. Вывести какую-либо закономерность в колебаниях этой величины мне не удалось.

Согласно данным Косхлера незначительный алкалоз крови, наблюдаемый иногда после горячих ванн, может быть объяснен усиленной вентиляцией через легкие.

В заключение позволю себе сделать практический вывод из произведенных мною наблюдений. Если грязевая ванна высокой температуры ведет к накоплению в крови продуктов обмена и создает тем самым повышенный спрос на работу почек, то применение ее является нецелесообразным в тех случаях, где мы должны щадить функцию этого органа. Таким образом противопоказанием к энергичному грязевому лечению будут служить все острые и подострые нефропатии, а также хронические гломерулярные процессы, идущие с ретенцией продуктов азотистого обмена. Тубулярные нефропатии, протекающие с достаточной концентрационной способностью, при прочих благоприятных условиях, повидимому, не являются еще противопоказанием к осторожному применению грязевых процедур. Последний вывод требует впрочем дальнейшей клинической проверки.

---



# О вправлении вывихов плеча по способу проф. Ю. Ю. Джанелидзе.

Г. А. Ильина,

доцента Ср.-Азиатского Гос. Унив., завед. Хир. отделением Ташкентской Ново-Городской больницы.

Познакомившись с новым способом вправления вывихов плеча, опубликованным проф. Ю. Ю. Джанелидзе в „Вестнике Хирургии и Пограничных Областей“ (1922 г., т. I, кн. 3), я решил испробовать предложенный автором способ, который в сравнении со всеми известными мне методами уже а priori показался мне чрезвычайно простым по технике и весьма остроумным.

Первый случай для испытания способа представился мне в ноябре 1922 г., когда я, как старший ассистент, замещая больного профессора П. П. Ситковского, читал в осеннем семестре лекции по частной хирургии студентам IV курса Ср.-Азиатского университета.

Пользуясь до того времени распространенным способом Kocher'a-Schinzinger'a, я не мог не отметить некоторых неудобств этого способа, требовавшего зачастую наркоза и применения довольно значительных физических усилий со стороны оператора.

В первом своем случае я отважился без предварительной проверки способа Джанелидзе на других больных продемонстрировать вправление вывиха плеча перед аудиторией, познакомив сперва слушателей с наиболее ходовыми методами и изложив затем технику вправления по Джанелидзе. В присутствии довольно многочисленной аудитории и врачей нашей клиники я настолько быстро и неожиданно вправил вывих плечевого сустава, что зрители не успели уловить моих движений: больная при этом не почувствовала никакой боли и удивилась той мгновенности, с которой был вправлен вывих.

Этот первый случай показал как мне, так и моим сотрудникам по клинике, что вправление вывиха плеча по способу Джанелидзе — штука в сравнении с другими общепринятыми методами, которые подчас оказываются малосостоятельными и тягостными для больных даже в руках весьма искусных хирургов. Мое априорное заключение, таким образом, блестяще подтвердилось, и я, — кажется, первый, применивший в Ташкенте этот способ, — решил вести широкую пропаганду в его пользу. В настоящее время некоторые хирурги Ташкента уже отказались от прежних способов и перешли к способу Джанелидзе; однако, к моему сожалению, мне не удалось получить от коллег истории болезни случаев вправления вывиха плеча по Джанелидзе, хотя мне доподлинно известно об удачном вправлении по этому способу минимум в 10 случаях, имевших место в руках различных товарищей.

Я лично до настоящего времени располагаю материалом в 20 случаев, краткие истории болезни которых и привожу здесь.

*Случай № 1.* Б-ная З., 32 л., доставлена в Фак. Хир. клинику 13/XI 1922 г. с вывихом правого плеча, происшедшим за 3 часа до поступления. Вывих в первый раз. Б-ная среднего роста, правильного сложения. с достаточно хорошо развитой мускулатурой. Вывих правого плеча клереди, под клювовидный отросток. Вправление произведено мною на лекции в тот же день. Б-ная, после инъекции морфия, уложена на перевязочном столе на сторону поврежденной конечности со спущенной рукой и оставлена в таком положении в продолжении 3 минут при прочной фиксации правой лопатки на краю стола; рука согнута под прямым углом в локтевом суставе; после надавливания на предплечье с незначительными ротационными движениями плеча головка мгновенно стала на свое место; при этом б-ная не испытывала никаких неприятных ощущений. По вправлении вывиха б-ная отпущена домой с косыночной повязкой.

*Случай № 2.* Б-ной Г., 27 л., обратился в Фак. Хир. клинику 9/IV 1923 г. с вывихом правого плечевого сустава, случившимся 10 часов назад. Лет 7 тому назад у б-ного был первый вывих того же плеча, вправленный под наркозом через 5 дней. Два года тому назад этот сустав вывихнут вторично; вправление произведено в течение 3 час. фельдшером и врачом без наркоза. Настоящий вывих—третий по счету. Б-ной—хорошо сложенный, мускулистый мужчина; внутренние органы в порядке. Вывих правого плеча клереди, под клювовидный отросток. После 3-минутного лежания б-ного на правом боку, при потягивании с некоторым усилием за полусогнутую руку, головка плеча безболезненно и быстро стала на свое место; вправление произведено мною без всякой анестезии. Б-ной был удивлен той легкостью и безболезненностью, с которой произведено вправление; отпущен домой с косыночной повязкой.

*Случай № 3.* Б-ной Ф., 34 л., обратился в Пропед. Хир. клин. У-та ночью 25/V 1923 г. с вывихом прав. плеча, случившимся 1½ часа тому назад. За последние 3½ года у него было, в общей сложности, 17 вывихов того же сустава, вправленных разными способами, под наркозом и без него; настоящий вывих, 18-й по счету, произошел при сильном взмахе правой рукой. Б-ной высокого роста, правильного сложения, хорошего питания, с крепкой мускулатурой. Вывих передний подклюничный. После 5-минутного лежания б-ного на правом боку со спущенной вниз правой рукой две попытки без анестезии вправить вывих не увенчались успехом, что, повидимому, можно объяснить недостаточно прочной фиксацией лопатки. 10 мин. спустя, после введения под кожу морфия, б-ной снова уложен на правый бок, и через 5 минут лежания, при довольно значительном усилии, потягиванием за согнутую под прямым углом правую руку удалось быстро вправить вывих; на этот раз б-ной позволил хорошо фиксировать лопатку, чего не было достигнуто при первых двух попытках; никаких болей б-ной не ощущал; отпущен домой с косыночной повязкой. Вправление произведено мною по просьбе дежурного врача клиники.

*Случай № 4.* Б-ной Г., 29 л., обратился в амбулаторию нашей больницы в 7 час. вечера 25/XI 1923 г. с вывихом правого плеча, случившимся за 1 час до поступления. Всего у б-ного было 25 вывихов этого сустава, которые вправлялись врачами и фельдшерами; в предпоследний раз, в октябре 1923 г., б-ной вправил вывих сам. Настоящий, последний вывих по счету—26-й. Б-ной правильного сложения, хорошо упитанный, с сильно развитой мускулатурой. Вывих правого плеча кзади, под акромиальный отросток лопатки. После 3-минутного лежания б-ного на правом боку вывих вправлен мною в несколько секунд по способу Джанелидзе (типично) без анестезии, совершенно безболезненно. Б-ной отпущен домой без повязки.

*Случай № 5.* Б-ной Ч., 49 л., чернорабочий, обратился в амбулаторию нашей больницы 20/XII 1923 г. по поводу вывиха левого плеча, который произошел 2 часа тому назад. Первый вывих этого сустава был у б-ного лет 6—7 тому назад; до настоящего времени вывихи того же сустава случались по 2—3 раза в год и всегда вправлялись под наркозом. Б-ной среднего роста, крепкого сложения, с очень хорошо развитой мускулатурой. Вывих левого плеча кзади, под акромиальный отросток лопатки. Несколько попыток без анестезии вправить вывих по Джанелидзе окончились неудачей; пришлось прибегнуть к эфирному опьянению, после чего вывих вправлен мною по этому же способу без малейшего усилия. Б-ной отпущен без всякой повязки.

*Случай № 6.* Б-ной К., 67 л., учитель, доставлен в амбулаторию нашей больницы 26/IV 1925 г. с вывихом левого плечевого сустава. Попытка дежурного хирурга (ординатор Г. А. Ротенберг) вправить вывих под эфирным наркозом по способу Kocher'a не увенчалась успехом, и б-ной был положен в Хирургическое отделение. Произведенная на следующий день рентгенография обнаружила подключовидный вывих головки левой плечевой кости с отрывом большого бугорка; последний оказался отстоящим на 4 сант. от эпифиза плеча и смещенным кнаружи и книзу. Б-ной правильного сложения, хорошо упитанный, с обильным подкожным жировым слоем; миокардит, артериосклероз и эмфизема легких. Обширные кровоподтеки на передней боковой и срединной поверхностях левого плеча; движения левой руки ограничены в плечевом суставе и резко болезненны. Вывих первичный. В виду противопоказаний к повторному наркозу вправление вывиха было отложено на 10 дней, в течение которых б-ному делались инъекции стрихнина; за это время кровоизлияние значительно уменьшилось под влиянием покоя и согревающих компрессов. 6/V 1925 г. б-ному дан хлороформ-эфирный наркоз (аппарат Вгаупа), который б-ной переносил очень плохо, — аритмия и падение пульса. Б-ной уложен на левый бок с прочной фиксацией лопатки на краю операционного стола; лежание со свешенной левой рукой в течение 10 мин.; после энергичного потягивания за согнутую под прямым углом в локте левую руку, при одновременных ротационных движениях, через 1—2 мин. мне удалось вправить вывих; кроме характерного звука вправления, при этом ощущался еще легкий хруст в плечевом суставе. Контрольная рентгеноскопия подтвердила вправление вывиха. Через 12 дней после вправления б-ной выписан в удовлетворительном состоянии; движения в левом плечевом суставе начали у него медленно восстанавливаться под влиянием массажа и гимнастики. Произведенная месяц спустя рентгенография обнаружила: положение головки левого плеча правильны; оторванный большой бугорок стоит в контакте с верхним эпифизом плеча (на своем месте); намечается сросшееся бугорка с плечевой костью. В настоящее время полное восстановление функций левой верхней конечности. — б-ной уже забыл о своем вывихе.

*Случай № 7.* Б-ной Р., 32 л., обратился в амбулаторию нашей больницы 9/V 1925 г. по поводу вывиха правого плеча, случившегося при падении б-ного с лошади за 2½ час. до поступления. Прежде вывихов не было. Б-ной выше среднего роста, правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой; неврастеник. Вывих правого плеча передний, подключичный. По настойчивому желанию б-ного вправление произведено мною под эфирным наркозом с предварительной инъекцией морфия. При обычном положении б-ного на боку и легком потягивании за полусогнутую правую верхнюю конечность, вывих вправлен мгновенно. Б-ной отпущен домой с косыночной повязкой.

*Случай № 8.* Б-ная Ч., 61 г., обратилась в амбулаторию нашей больницы 13/V 1925 г. по поводу вывиха левого плеча, случившегося за ½ часа до поступления, при ударе оглоблей экипажа, наехавшего на б-ную сзади. Прежде вывихов не было. Б-ная среднего роста, полная женщина, с довольно хорошо развитой мускулатурой. Вывих левого плеча подключичный. Вправление вывиха типично по способу Джанелидзе произведено ординатором отделения Г. А. Ротенбергом без всякой анестезии и мгновенно; никаких болей при этом пострадавшая не ощущала. Рентгеноскопией установлено, что вывих вправлен. Б-ная отпущена с косыночной повязкой.

*Случай № 9.* Б-ной Г., 44 л., юрист, обратился в амбулаторию нашей больницы 29/VIII 1925 г. с вывихом левого плеча, случившимся 1 час тому назад при падении из экипажа. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой, особенно верхних конечностей (играет на виолончели); давно страдает гэморроем; неврастеник. Вывих левого плеча подключовидный, что подтверждено рентгеноскопией. По требованию б-ного под эфирным наркозом мною произведено вправление легко, в несколько секунд, типично по Джанелидзе. Контрольная рентгенография установила, что вывих вправлен. Б-ной отпущен с косыночной повязкой. В настоящее время функции конечности у него нормальны.

*Случай № 10.* Б-ной К., 32 л., чернорабочий, обратился в амбулаторию нашей больницы 4/IX 1925 г. с вывихом левого плеча, случившимся накануне днем, при падении с тачкой во время работы. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой. Вывих левого плеча передний, подключичный. Под морфийной анестезией, после 10-минутного лежания на левом боку со спущенной рукой, вывих вправлен мною по

способу Джанелидзе почти мгновенно и безболезненно. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 11.* Б-ной З., 58 л., сторож гидро-электростанции, доставлен в амбулаторию нашей больницы 23/IX 1925 г. с вывихом левого плеча, происшедшим 1 час тому назад при катастрофе с авто-трамваем (авто-вагон перевернулся на крутом повороте и выбросил всех пассажиров—рабочих, ехавших в нем на постройку гидро-электростанции). Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, среднего питания, с хорошо развитой мускулатурой. Сеадины на лице (носу и щеках) и на локте пострадавшей конечности; сильные боли в руке. Вывих левого плеча передний, подклюичный. Под морфинной анестезией б-ной уложен на левый бок на 10 мин., после чего сделана попытка вправить вывих путем авто-вытяжения грузом в 20 ф.; гирю в 20 фунтов б-ной продержал в опущенной руке в течение 15 мин.; вправление таким модифицированным способом не удалось. Тогда вывих вправлен мною типично по способу Джанелидзе, совершенно безболезненно и легко, в несколько секунд. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 12.* Б-ной П. Б., арбакеш, обратился в амбулаторию нашей больницы 10/X 1925 г. с вывихом левого плеча, происшедшим 1 час тому назад при столкновении его арбы с трамваем. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой. Вывих левого плеча передний, подклюичный. После инъекции морфия б-ной уложен на левый бок; в левую спущенную руку ему дана гиря в 30 ф.; через 3 мин. лежания с вытянутой грузом конечностью самовправления получить не удалось. Тогда под эфирным опьянением вывих вправлен мною типично по Джанелидзе, незаметно и почти мгновенно. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 13.* Б-ной С., 67 л., мастеровой-сапожник, обратился в амбулаторию нашей больницы 26/X 1925 г. по поводу вывиха левого плеча, случившегося за 2 часа до поступления от побоев «по пьяному делу». Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой; находится в состоянии сильного опьянения. Вывих плеча передний, подклюичный. Попытка вправить по способу Джанелидзе без анестезии не удалась; пришлось прибегнуть к легкому эфирному наркозу, под которым вывих вправлен мною по этому же способу легко в течение нескольких секунд. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 14.* Б-ной М., 32 л., электромонтер, обратился в амбулаторию нашей больницы 30/X 1925 г. с вывихом правого плеча, случившимся за 3 часа до поступления. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мускулатурой. Вывих правого плеча, передний, подклюичный. Попытка вправить его по способу Джанелидзе без анестезии не удалась; под эфирным опьянением вывих вправлен мною с некоторым усилием через 1½ мин. по тому же способу. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 15.* Б-ной А., 22 л., жел.-дорожный служащий, обратился в амбулаторию нашей больницы с вывихом правого плеча, происшедшим около 1 часу тому назад при падении на улице. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, среднего питания, с хорошо развитой мускулатурой. Вывих правого плеча передний, подклюичный. Попытка хирурга амбулатории вправить вывих без анестезии по Джанелидзе окончилась неудачей, вследствие несоблюдения некоторых приемов автора. Б-ной уложен на правый бок, и после 15-минутного лежания со спущенной правой рукой вправление произведено мною типично по этому способу без всякой анестезии и мгновенно, причем б-ной ощущал сильные боли; отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 16.* Б-ная В., 40 л., домашняя прислуга, доставлена в амбулаторию нашей больницы 17/I 1926 г. с вывихом левого плеча, происшедшим 1 час тому назад при падении на улице. Тотчас по обнаружении вывиха б-ная обратилась к частному врачу-хирургу, которому не удалось вправить плеча, несмотря на несколько попыток, после чего больная была направлена в больницу. Вывих первичный. Б-ная правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошо выраженной мускулатурой. Вывих левого плеча подклюичный, резкие боли во всей руке; мышцы конечности напряжены. Попытка вправить без наркоза окончилась неудачей, почему пришлось прибегнуть к эфирному наркозу, под которым, после некоторых усилий, через 5 минут вывих был вправлен мною типично по Джанелидзе. Б-ная отпущена с косыночной повязкой.

*Случай № 17.* Б-ной Т., 30 л., доставлен из арестного дома в амбулаторию нашей больницы 14/IV 1926 г. с вывихом левого плеча, случившимся за час до

поступления во время борьбы. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, умеренного питания, мускулистый мужчина. Вывих левого плеча подклюячный, передний. Без анестезии вывих вправлен дежурным ординатором отделения Б. А. Стекольниковым, типично по Джанелидзе, в течение 2 минут. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 18.* Б-ной М., 37 л., слесарь, обратился в амбулаторию нашей больницы 21/V 1926 г. по поводу вывиха левого плеча, случившегося более суток тому назад при падении с велосипеда; тотчас по обнаружении вывиха его несколько раз безуспешно пытались вправить в поселке около Ташкента. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, среднего питания, с хорошо развитой мускулатурой. Вывих левого плеча передний, подклюовидный; разлитая припухлость и кровоподтеки в области левого плечевого сустава; мышцы конечности напряжены. Под морфинной анестезией вправить вывиха мне не удалось; пришлось прибегнуть к эфирному наркозу; вывих вправлен мною с большим трудом по способу Джанелидзе, причем только после третьей попытки удалось поставить головку плеча на свое место. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

*Случай № 19.* Б-ной С., 42 л., кузнец, доставлен в больницу ночью 9/VII 1926 г. с вывихом левого плеча, случившимся за 1/2 час. до поступления от сильного взмаха левой рукой при прыжке через канаву (арык), б-ной был в петрезовом состоянии. Вывих первичный. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, довольно мускулистый. Вывих левого плеча задний, подакромиальный. В 9 час. утра следующего дня, после неудачной попытки вправить его без анестезии по Джанелидзе, тем же врачом, Б. А. Стекольниковым, вывих был вправлен под хлороформным наркозом быстро и незаметно по этому же способу. Б-ной выписан с косыночной повязкой.

*Случай № 20.* Б-ной К., 28 л., обратился в амбулаторию нашей больницы 8/VIII 1926 г. по поводу вывиха правого плеча, случившегося за 15 мин. до этого при неосторожном резком движении руки. С 1923 г. у пациента всего было 13 вывихов этого сустава; настоящий—14-й; 12 раз вывих вправляли под наркозом и только один раз без него. Б-ной правильного сложения, удовлетворительного питания, с хорошей мускулатурой. Вывих передний, подклюячный. Попытка вправить его без анестезии по Джанелидзе окончилась неудачей,—б-ной требовал наркоза и сопротивлялся, т. к. привык, чтобы «прежде вправляли под хлороформом». Под хлороформным наркозом вывих вправлен мною мгновенно по способу Джанелидзе. Б-ной отпущен с косыночной повязкой.

Если проанализировать приведенные 20 случаев вправления вывиха плечевого сустава по способу Джанелидзе, то мы получим следующие итоги:

Из 20 случаев мною лично вывих был вправлен в 17 случаях, ординаторами заведываемого мною отделения д-ром Г. А. Ротенбергом—в 1 случае и д-ром Б. А. Стекольниковым—в 2 случаях.

Среди больных мужчин было 17, женщин—3. Возраст б-ных колебался от 22 до 67 лет; в частности от 22 до 30 было 5 б-ных, от 31 до 40 л.—8, от 41 до 50 л.—3, от 51 до 60 л.—1 и от 61 до 67 л.—3 б-ных.

Почти все больные обладали хорошей мускулатурой и многие из них занимались тяжелым физическим трудом.

Первичный вывих был в 15 случаях, из них правого плеча в 4 случаях и левого—в 11 случаях. Повторный, в 3-й раз, имел место у 1 больного с вывихом правого плеча. Привычный вывих был в 4 случаях: правого плеча у 3 больных (у 1—в 14-й раз, у 1—в 18-й и у 1—в 26-й раз) и левого плеча—у 1 больного (вывих здесь повторялся 2—3 раза в год).

Подключичных вывихов было 13, подклюовидных—5, из коих в 1 (сл. № 6) вывих комбинировался с отрывом большого бугорка плечевой кости, подакромиальных—2.

Давность вывиха до момента вправления колебалась от 15 мин. до 10 дней (15 мин.—1 сл., 30 мин.—1 сл., 1 час—7 сл., 1 1/2 часа—

1 сл., 2 часа—2 сл., 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа—1 сл., 3 часа—2 сл., 10 часов—2 сл., 24 часа—2 сл. и 10 дней—1 сл.).

Что касается технического выполнения, то во всех 20 случаях вправление вывиха было произведено по способу Джанелидзе, причем в 2 случаях (№№ 11 и 12) я пытался было сначала добиться результатов при помощи самовытяжения грузом в 20—30 ф., но обе попытки несколько модифицировать оригинальный метод оказались безрезультатными, и пришлось закончить вправление типично.

В кратких чертах вправление происходило следующим образом:

Без анестезии быстро и безболезненно вправление произведено в 4 случаях: в сл. № 2—где имел место вывих в третий раз, 10-часовой давности, в сл. № 4—где был привычный вывих часовой давности, в сл. № 8—первичного вывиха 1/2-часовой давности и в сл. № 17—где был первичный вывих часовой давности.

Без анестезии быстро, но болезненно удалось произвести вправление в 1 сл., после неудачной попытки другого хирурга, который не выполнил всех предписаний автора (сл. № 5, привычный вывих 2-часовой давности).

Под морфийной анестезией, быстро и безболезненно, вывих был вправлен в 2 случаях: в сл. № 1—где был первичный вывих 3-часовой давности и в сл. № 10—при первичном вывихе 24 часовой давности; кроме того, в одном случае (№ 11) после неудачной попытки под морфием вправить вывих самовытяжением грузом в 20 ф. удалось закончить вправление по оригинальному методу Джанелидзе без добавочного наркоза; вывих был первичный, часовой давности.

Без анестезии вправление вывиха не удалось в 7 случаях, почему пришлось прибегнуть к анестезии морфием, эфиром и хлороформом, под которыми вправление и было закончено вполне благополучно. В сл. № 3, с первичным вывихом 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-часовой давности, после неудачных двух попыток вправление произведено было быстро и безболезненно под морфием; в сл. № 5, с привычным вывихом 2-часовой давности, после нескольких неудачных попыток вправление было быстро закончено под эфирным оьянением; в сл. № 13, где имел место первичный вывих 2-часовой давности, вправление было быстро произведено под эфирным оьянением; в сл. № 14 первичный вывих 3-часовой давности был вправлен, с некоторым усилением, в 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> минуты под неполным эфирным наркозом; в сл. № 16, с первичным вывихом часовой давности, где без анестезии вправить вывих не удалось вследствие сильного напряжения мышц, под эфирным наркозом вывих был вправлен только в течение 5 мин., после некоторых усилий; в сл. № 19, с первичным вывихом 10-часовой давности, под хлороформным наркозом вправление удалось быстро и незаметно; наконец, в сл. № 20, где был привычный вывих 15-минутной давности, попытка вправить без анестезии не удалась вследствие сопротивления больного, под хлороформным же наркозом вправление удалось мгновенно и незаметно.

Под морфием вправление вывиха не удалось у 2 больных, причем в обоих этих случаях его пришлось закончить под эфиром, а именно, в сл. № 12, с первичным вывихом 1-часовой давности, после неудачного самовытяжения грузом в 30 ф., вывих был вправлен под эфирным оьянением быстро и незаметно, и в сл. № 18, с первичным вывихом су-

точной давности, после нескольких безуспешных попыток вывих был с большим трудом вправлен под эфирным наркозом.

Под эфирным наркозом быстро и легко вправление удалось в 2 случаях: в сл. № 7 с первичным вывихом 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-часовой давности и в сл. № 9—с первичным вывихом 1-часовой давности.

Наконец, под смешанным эфирно-хлороформным наркозом вправление через 10 дней после момента травмы удалось в течение 2 минут без особых усилий в 1 случае (№ 6), где дело шло о комбинации вывиха с отрывом большого бугорка плечевой кости; этот случай я никак не рассчитывал окончить столь благополучно без кровавого вмешательства и приготовил все для операции.

Таким образом мы видим, что во всех 20 случаях вправление вывиха плеча по способу проф. Джанелидзе было закончено вполне благополучно и без всяких затруднений, если не считать необходимости прибегать к наркозу. Наркоз мы принуждены были давать или в случаях, где этого настойчиво требовали сами больные, или где нельзя было рассчитывать на удачу без анестезии, или, наконец в случаях, когда первые попытки вправления без анестезии оказывались безрезультатными вследствие сопротивления больных.

Располагая вышеприведенными 20 случаями и принимая в расчет еще 10 случаев удачного вправления вывиха плеча по Джанелидзе здесь в Ташкенте, я, мне кажется, имею право на определенное суждение об этом способе, который, к сожалению, пока не получил признания в широких кругах хирургов.

Насколько мне известно, до настоящего времени опубликовано только 16 случаев вправления вывиха плеча по способу проф. Джанелидзе, из них 11 случаев приведено в работе самого автора и 5 случаев—в работе К. В. Волкова (Врач. Дело, 1925, № 7). Мой материал в 30 случаев блестяще подтвердил то априорное мнение, которое составилось у меня о способе проф. Джанелидзе, и теперь может показать автору, что его надежды оправданы. Способ Джанелидзе настолько прост по технике, что оказался легко применимым не только в искусных руках, но и в руках малоопытных во вправлении вывихов операторов: так, в одном из 10 упомянутых случаев только что окончивший повторительные курсы лекпом удачно справился в примитивных условиях с вывихом плеча, руководствуясь теми сведениями, которые я сообщил ему, как слушателю, об этом способе. Факт этот красноречиво говорит в пользу способа Джанелидзе, которым, повидимому, могут широко пользоваться даже мало квалифицированные операторы, каковыми являются в большинстве случаев лекарские помощники в условиях нашей сельской и аульной (кишлачной) действительности.

Следует указать еще на одно достоинство способа Джанелидзе,—это на возможность вправления свежего, не „задерганного“ вывиха плеча без всякой анестезии, но при непременно условии соблюдения всех правил автора и известной толерантности больного. Для технического выполнения метода не требуется ни специальной обстановки, ни хорошо обученных помощников; в случае надобности в наркозе сам оператор, мне кажется, свободно может занаркотизировать б-ного перед вправлением вывиха.

Обращаю только внимание желающих применять способ проф. Джанелидзе на необходимость соблюдения, помимо всего прочего,

двух условий, в которых, по моему мнению, кроется залог успеха: первое условие—это прочная фиксация аксиллярного края лопатки на столе, для чего иногда приходится б-ного наклонять кзади, в сторону спины; второе условие—возможно более длительное лежание б-ного со свешенной вниз рукой для устранения спазматического сокращения мышц надплечья и плеча.

Опубликовывая свой материал, на котором мне удалось проверить способ проф. Джанелидзе, я хотел-бы в заключение пожелать, чтобы метод вправления плеча по Джанелидзе занял подобающее ему первое место в руководствах не только для студентов и врачей, но и для младшего медицинского персонала.

---



## К статистике грыж.

Заведывающего отделением С. М. Эйбера.

Просмотреть проделанную работу, подвести ей итог, найти в ней достижения и ошибки, затем начертать дальнейший план, тесно связанный с современными био-техническими и химическими методами,— вот путь, по которому должна пройти пытливая мысль каждого хирурга.

За последние 4 года (1923—1926 гг.) чрез заведываемое мною Хирургическое отделение прошло 4,563 стационарных больных, из них с грыжами 694 (15,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Население Донецкой губернии состоит преимущественно из украинцев, занятых в области тяжелой индустрии; из них преобладающее число—шахтеры. Поэтому уже а priori можно думать, что грыженосителей в этом районе много; а так как в Рабочую больницу стекаются больные с прилежащих районов, то они представляют большой интерес не только количественно, но и качественно, ибо как ближайшие, так и отдаленные результаты операций у них легко можно узнать либо через районных врачей, либо непосредственно от самих больных.

Распределение грыж по локализации таково: паховых грыж было 499, надчревных—89, пупочных—58, бедренных—39, грыж в рубце после операций—8.

Мужчин среди больных было 556, женщин—126, детей—12. Преобладание мужчин над женщинами в 4½ раза объясняется их тяжелым физическим трудом, тогда как местные женщины, жены рабочих, в большинстве случаев заняты домашним хозяйством.

Сочетанные формы грыж встречались часто в самой разнообразной комбинации; так, паховая двусторонняя грыжа наблюдалась 28 раз, паховая справа и надчревная—14, паховая слева и пупочная—6, надчревная одна над другой—12, надчревная и пупочная—13, паховая и водянка яичка—5, паховая и геморрой—8 раз.

По симптомокомплексу грыжи распределялись так: вправимых было 518, невправимых (причем сюда отнесены и грыжи, где вправление происходило лишь частично)—144, ущемленных—32.

Невправимые грыжи чаще наблюдались у женщин (73<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). По локализации они распределялись так: надчревных—82, пупочных—28, бедренных—29, паховых—16. Как деталь, интересно отметить, что в этиологии невправимых паховых грыж большую роль играла травма (ушиб тела завалившейся породой угля, налетевшей вагонеткой и т. д.).

Среди ущемленных грыж паховые у мужчин составляли 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Все больные с ущемленными грыжами немедленно после доставки оперировались, причем во всех случаях произведена радикальная (пластическая) операция (в 3 случаях—с резекцией сальника). Смертельный

исход имел место в 1 случае на все число ущемленных грыж (32) и общее число грыж вообще (694). В случае этом имела место паховая грыжа, ущемление длилось 4 суток, имел место разлитой перитонит. Казуистический интерес представляла также врожденная пахово-мошоночная ущемленная грыжа у мальчика 6 недель от роду, которая была оперирована с хорошим результатом; в настоящее время мальчик растет и развивается хорошо, рецидива нет. Richter'овская (пристеночная) ущемленная паховая грыжа была оперирована мною 2 раза, причем оба раза диагноз был поставлен до операции. При операции в обоих случаях были отмечены—отсутствие сращений, узкость грыжевого кольца, ущемление петли тонкой кишки, переполненной пищевыми массами, противоположной прикреплению брыжейки; оба случая были оперированы, в первые 24 часа после ущемления и окончились выздоровлением, заживление было *per primam*.

Переходя теперь к отдельным группам грыж по их локализации остановимся сначала на самой большой из этих групп—*паховым* грыжам. На 499 паховых грыж *herniae vaginales testiculares* встретились 99 раз (20,1%) (подходит к статистике Родкевича), *herniae obliquae scroto-inguinales*—335 раз, *herniae Hesselbachi directae*—65 раз. Содержимое паховых грыж не всегда могло быть точно учтено, ибо на операционном столе грыжу обычно вправляли, и только в случаях неправимых грыж, или как случайная находка (выхождение внутренностей при кашле, рвоте, натуживании), можно было отметить в качестве содержимого грыжевого мешка: петлю тонких кишок—82 раза, тонкую кишку и сальник—26 раз, сальник—28 раз, слепую кишку—7 раз, червеобразный отросток—5 раз, мочевого пузырь—4 раза, нисходящую толстую кишку—3 раза. В остальных случаях (352) грыжевой мешок был пуст. К случаям нахождения в грыжевом мешке червеобразного отростка относится один случай перфоративного аппендицита, оперированный и окончившийся полным выздоровлением.

По полу больные с паховыми грыжами распределялись следующим образом: мужчин среди них было 459, женщин—32 (не считая 8 детей).

Правосторонних грыж было 337, левосторонних—123, двухсторонних—39.

В вопросе о лечении грыж надо считаться исключительно с особенностями представившегося случая, имея противопоказанием к операции лишь особенно резкие конституциональные изменения; в условиях современной биотехники других противопоказаний нет, а индивидуальный подход к способу обезболивания и операции обычно гарантирует полное и успешное выздоровление.

Паховые грыжи следует предпочтительно оперировать под местной анестезией (50,0—100,0  $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина в растворе 0,9% NaCl в смеси с 2% сернокислого кали). В нашем материале паховых грыж общий наркоз (хлороформ, эфир или их смесь 1:6) был применен в 119 случаях, местная анестезия ( $\frac{1}{2}$ % или  $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина)—в 279 случаях и спинномозговая анестезия (3,0 2% раствора новокаина)—в 96 случаях. Осложнений при этом совершенно не наблюдалось.

Выбор метода операции при паховых грыжах всегда должен производиться после выделения грыжевого мешка, когда патолого-анатоми-

ческие взаимоотношения тканей будут ясны, и только тогда можно точно уяснить, какой метод пластики тканей даст maximum противодействия внутрибрюшному давлению. Вот почему в этом вопросе не может быть шаблона, „своего избранного метода“; тот метод и будет наилучшим, который надежнее укрепит паховый канал.

После высокой отсепаровки грыжевого мешка, перевязки его и отсеечения у шейки оставшиеся нити шва проводятся чрез мышцы, будучи выводимы над апоневрозом выше внутреннего пахового кольца с таким расчетом, чтобы при завязывании апоневроз укладывался бы в складку (способ *Berggr'a*); затем идет пластика.

За последнее время я охотно применяю апоневротическую пластику: окончив обработку культи грыжевого мешка, вскрываю продольно апоневроз, наружную его часть, на уровне внутреннего пахового кольца, надсекаю поперечно на протяжении в 1—1½ сант., затем эту часть подшиваю кнутри к мышцам так, что ею полностью заполняется паховый канал (для этого вполне достаточно 4—5 швов); верх мышц лежит внутренняя часть апоневроза, которая пришивается снаружи к переходной пупартовой связке; таким образом получается двойная апоневротическая стенка, между которой находится мышечный слой; далее кладутся швы на кожу—после предварительного наложения 1—2 швов на оставшуюся верхнюю поперечную часть наружной части апоневроза. Техника эта проста, удобна и заслуживает особенно применения при рецидивных грыжах.

В общей сложности из числа паховых грыж были оперированы: по способу *Боброва*—151, по *Bassini*—92, по *Roux*—97, по *Girard'y*—85, по *Kocher'y*, по описанному сейчас способу апоневротической пластики—16.

Осложнения в послеоперационном периоде выразились в виде: нагноения—в 8 случаях (1,6%), гематомы—в 16, инфильтратов—в 12, орхита—в 13, пневмонии—в 18 и бронхита—в 16 случаях и купировались обычными способами (термотерапия, протеинотерапия, вакцинотерапия, хлористый кальций внутривенно, внутрь—хинин, мышьяк, ихтиол). Лечебным методом, заслуживающим внимания и давшим у нас в большом количестве гнойных ран очень хорошие результаты, является назначение внутрь больших доз ихтиола (до 20,0 на 40 пилюль, по 4 пилюли в день), а также аутогемотерапия (вырыскивания до 10,0 30%—50% крови подкожно). Терапия эта в сочетании с применением тепла сразу обрывала процесс, и досадные послеоперационные осложнения обычно под влиянием ее быстро исчезали.

При проверке условий, в которых происходила операция, давшая у нас нагноение, выяснилось, что, при наличии всех постоянно проводимых методов асептики, обработки рук и операционного поля, зачастую нагноение надо было отнести за счет очень малой осведомленности и ориентировки молодых врачей (интернов, стажеров),—по мере того, как они приспособлялись к делу, нагноения исчезли.

Рецидивы паховой грыжи наблюдались в 9 случаях, а именно, в 4 случаях, оперированных по *Bassini*, в 2—оперированных по *Kocher'y* и в 3—оперированных по *Боброву*. Причина рецидивов лежала в поведении оперированных: несмотря на освобождение от работ в течение 5 недель со дня ухода из больницы (обычно на 12—14-й день

после операций). зачастую оперированные, в силу личных обстоятельств, уже вскоре приступали к тяжелой работе. Оперированные повторно рецидивные грыжи относились исключительно к мужчинам, из них 5 были прямыми (55%). Операции при них производились обязательно под общим обезболиванием—в виду наличия множественных сращений, плохого гемостаза и резкой чувствительности тканей, не поддающихся местному обезболиванию, а также в виду необходимости лучшей ориентировки. Выбор оперативного метода здесь опять-таки зависел от патолого-анатомических взаимоотношений тканей пахового канала. В группе рецидивов заслуживает упоминания случай, где рецидив наступил 2 раза после операции по Bassini (этиологический инсульт—верховая езда).

*Бедренные* грыжи нашего материала встретились у мужчин 5 раз, у женщин—34 (отношение 1: 6,8), справа—в 26 случаях, слева—в 13 (отношение 2:1,—близкое к данным Wernera и Berger'a): патолого-анатомически это были hernia cruralis vasculo-lacunarialis medialis—в 18 случаях, hernia cruralis vasculo-lacunarialis lateralis—в 9, hernia cruralis Cloquet (pectinea)—в 2, hernia cruralis Gimbernati—в 5, hernia Cooperi—в 6. Среди общего числа грыж этой группы ущемленных было 5. Содержимым грыжевого мешка были: сальник—в 8 случаях, петля тонкой кишки—в 5; в остальных 26 случаях мешок был пуст.

Установить этиологическую связь между возникновением бедренных грыж и тяжелой физической работой нам не удалось; в некоторых случаях нашего материала имелись указания на предшествовавшие инфекционные заболевания с резким упадком питания и на бывшие гематомы от ушибов.

При постановке диагноза бедренной грыжи обязательно надо учитывать: 1) лимфаденит скарповского треугольника, 2) липому, 3) натечный (tbc) нарыв, 4) варикозное расширение venae saphenae magnaе.

Индивидуальный подход к обезболиванию дал возможность применить в этой группе местную анестезию—у 26 больных, спинномозговую—у 8, общий наркоз—у 5. Осложнений в зависимости от обезбоживания не было. Из методов операции применены: Berger'овский—10 раз, Kocher'овский—16, Kistner'овский—13, причем имеющиеся у меня наблюдения склоняют меня больше в пользу последнего метода в виду достигаемой при нем более прочной фиксации тканей бедренного канала. Из послеоперационных осложнений надо отметить 4 случая пневмонии и 1 случай нагноения кожных швов. О рецидивах сведений у меня не имеется.

Среди 58 *пупочных* грыж 16 были у мужчин, 39—у женщин и 3—у детей (отношение 1:2, 4:0,2, подходящее к статистике Berger'a). Ущемленных грыж в этой группе было 4, рецидивных—1; прямых (Kocher и Jaboulay)—37, косых (Terrier и Quenu)—16, предбрюшинных двухкамерных—5. Величина колебалась от размеров мужского кулака (обычно это были неврические грыжи) до сливы, преобладающее содержимое составляли петли тонких кишек и сальник. Как деталь, интересно отметить, что большинство пупочных грыж у женщин (26) были в возрасте от 35 до 45 лет, т. е. в периоде повторных беременностей и общего ожирения.

Применив местную анестезию в 38 случаях этой группы, общий наркоз—в 13 и спинномозговую анестезию—в 7, я оперировал пупочные

грыжи по способу Мауо (дубликатура из апоневротических лоскутов) причем в этот метод мною было внесено некоторое изменение: сначала грыжа у своего основания широко очерчивалась овальным разрезом, затем отсепаровывалась вверх кожа с подкожной клетчаткой, мешок перевязывался и удалялся, производилась пластика, наконец, накладывались швы на кожу. Таким образом у больных сохранялся „кожный пупок“.

Очень быстро и гладко идет обыкновенно операция при прямой пупочной грыже, когда грыжевой мешок отсепаровывается легко, а больше всего времени отнимает многокамерная пупочная грыжа, мешок которой обычно бывает плотно сращен.

Осложнений ни от обезболивания, ни в послеоперационном периоде при пупочных грыжах у меня не было, рецидивная грыжа встретилась одна, пятилетней давности, причем была оперирована с полным закрытием грыжевого кольца.

Среди 89 *грыж белой линии* нашего материала *herniae epigastricae* встретились 75 раз, *herniae paraumbilicales*—10 раз и *herniae infraumbilicales*—4 раза.

Необходимо отметить, что грыжи этого рода чаще всего встречаются у мужчин цветущего возраста, занимающихся тяжелым физическим трудом (из наших 89 больных мужчин было 72); это обстоятельство говорит, что причинным моментом здесь является напряжение брюшного пресса, т. е. повышенное внутрибрюшное давление.

Величина грыжи колебалась здесь от размеров просяного зерна до величины сливы. В симптомокомплексе грыжи *l. albae* всегда необходимо учитывать явления со стороны язвы и рака желудка и аппендикита; сочетаний такой грыжи с перечисленными заболеваниями отметить нам не удалось, но в нашем материале был случай очень тяжелой неврастении с желудочно-кишечными симптомами, где самое широкое и разнообразное терапевтическое лечение не дало никакого результата, и лишь при исключительно тщательном, повторном исследовании ощупыванием передней брюшной стенки удалось на 4 пальца выше пупка найти опухоль величиной в вишневую косточку. При операции была найдена типичная надчревная грыжа с горизонтальной щелью в апоневрозе, пропускавшей кончик мизинца. Уже на 3-и сутки после операции больной (наборщик 26 лет) заявил о своем очень хорошем самочувствии, а спустя 3 месяца он явился с заявлением, что „от неврастении и следа не осталось“.

Из числа грыж этого рода 74 оперированы по способу Мауо и 15—по Сапезко, 81—под местной анестезией, 8—под общим обезболиванием. Никаких осложнений при операции не наблюдалось.

К этой же группе грыж надо отнести 6 случаев расхождения прямых мышц (оперированы по способу Зильберберга) и 2 грыжи в операционном рубце после аппендэктомии давностью в 3 и 4 года (оперированы по Мауо).

На основании указанного материала позволю себе высказать следующие положения по данному вопросу:

1) Главными этиологическими моментами для возникновения грыж являются постоянный запрос на тяжелый труд, конституциональное предрасположение и исхудание (а при пупочных грыжах—еще и ожирение).

2) Каждый грыженоситель, располагая своими иммуно-биологическими (регенеративными) свойствами, подлежит операции.

3) Операцию эту предпочтительно надо производить под местной анестезией, избранным индивидуально для каждого данного случая методом.

4) Располагая способами выявления защитных сил организма, надлежит ущемленные грыжи оперировать сразу, без всяких предварительных попыток к их вправлению.

5) В послеоперационном периоде надо на 3 и сутки озаботиться появлением стула у больных, а на 7-е—после операции по поводу надчревной грыжи и на 10-е—после грыжесечения при остальных формах грыж разрешать больным ходить; затем, спустя 2—3 дня, больные выпиваются с предупреждением о необходимости воздерживаться от сильных физических напряжений в течение 4—6 недель.

6) Широкое сочетанное применение протеинотерапии, вакцинации и интегральной терапии с теплом дает возможность abortивно купировать осложнения послеоперационного периода после грыжесечений.

7) Производство грыжесечения в условиях хорошо организованной обстановки и обязательно при постоянных, а не случайных, ассистентах отнимает очень мало времени (5—8—15 минут).

8) Операция грыжесечения является славкой, в широком смысле этого слова, на квалификацию хирурга.

---

## Опыт изучения слюны беременных женщин.

Экстерны клиники д-ра Поляковой.

Влияние беременности на органы полости рта давно известно. В частности поражение зубов кариозным процессом и ухудшение уже существовавшего caries'a у беременных женщин можно считать фактом вполне установленным.

Частота у беременных зубной кариозной болезни и других заболеваний зубов, привлекая внимание зубных врачей, привела к созданию целого ряда теорий. Большое значение этими теориями приписывается увеличению кислотообразования в организме беременной, и особенно охотно многими исследователями развитие caries'a зубов у беременных ставится в причинную связь с кислой реакцией слюны, которая будто-бы присуща беременным. Целый ряд авторов (Шмигельский, Лузерс, Фридберг, Coles, Hirsch, Иордан), не опираясь на собственные исследования, приводят указания, что слюна у беременных должна иметь кислую реакцию. Michel выражается неопределенно, указывая в одном месте, что беременные выделяют обильное количество щелочной слюны, а несколько далее утверждая, что слюна у беременных имеет резко-кислую реакцию. Многими (H. Freund, Terrier, Marschall, Mauthner) положение о кислотности слюны беременных, однако, оспаривается.

Спорность этого интересного и важного с практической точки зрения вопроса тем значительнее, что точных исследований в этом направлении почти не имеется. Из старых исследований можно указать на исследования Galippe, который утверждает, что у большинства исследованных им беременных слюна имела ясно-кислую реакцию. Он мог также установить появление кислой реакции в слюне одной пациентки в связи с процессом менструации.

В новейшее время вопросу о реакции слюны беременных посвящена работа Бейн-Леви. Автор исследовал при помощи лакмуса слюну 26 беременных женщин и нашел, что в 46% всех случаев она приобретает менее щелочные свойства, а именно, в 34% делается слабо-кислой, а в 11% — кислой.

Интересные исследования слюны методами более точными, чем определение ее реакции на лакмус, произведены Лукомским и Гурари. Правда, они относятся не к беременным женщинам, но устанавливают важные общие положения. Авторы могли установить, что у человека реакция слюны в течение суток подвержена многочисленным колебаниям, хотя в общем близка к нейтральной, и ее Ph равняется, в среднем, 6,9. Какой-либо закономерности в изменении концентрации

Н ионов в слюне под влиянием экзогенных причин, действующих в полости рта, авторам установить не удалось; за то эндогенные влияния со стороны вегетативной нервной системы, по их наблюдениям, определенно сказываются на состоянии Ph слюны, и с этой точки зрения они различают три типа реакции последней: неустойчивый или переменный, гипервагальный, со сдвигом в сторону большей щелочности, и гиповагальный— со сдвигом в сторону кислотности.

Отсутствие достаточного количества точных исследований по данному вопросу побудило нас, по предложению проф. А. И. Тимофеева, предпринять ряд исследований слюны беременных женщин. Всего мы проделали такие исследования у 92 женщин, из коих 11 были небеременными, 10 находились в послеродовом периоде (от 1-го до 5-го дня), остальные были в различных стадиях беременности.

Методика исследования состояла в следующем: слюна собиралась обычно в определенное время дня, через 1—1½ часа после принятия пищи; чтобы установить однородные условия в момент получения слюны, выделение ее провоцировалось вдыханием паров эфира; в ряде случаев у одной и той же женщины слюна собиралась и без применения паров эфира, причем разницы в показаниях Ph не наблюдалось; собранная таким образом слюна испытывалась на концентрацию Н-ионов при помощи колориметрического метода Michaelis'a.

Полученные нами результаты можно представить в виде следующей таблички:

Ph	=	6,8	найден	у 2	неберемен.	1	беремен.	—	—
"		7,2	"	1	"	8	"	1	родильн.
"		7,3	"	—	"	5	"	4	"
"		7,4	"	4	"	20	"	2	"
"		7,5	"	2	"	19	"	—	"
"		7,6	"	2	"	11	"	1	"
"		7,7	"	—	"	6	"	2	"
"		7,8	"	—	"	1	"	—	"

Подобное распределение величины показателя концентрации водородных ионов среди нашего материала показывает, что говорить о кислотности слюны у беременных основания мы не имеем. Можно, пожалуй, только отметить, что беременные в первой половине беременности дали более низкую концентрацию Н-ионов (не выше 7.5 Ph), в то время, как почти у 50% беременных во второй половине концентрация эта колебалась в пределах Ph от 7.4 до 6.8.

Поражение зубов кариозным процессом мы обнаружили у 66 исследованных нами женщин, причем установить связи этого поражения с более высокой величиной Ph мы не могли. Скорее можно было установить зависимость между частотой caries'a и отсутствием ухода за полостью рта, так как 56% женщин с пораженными зубами никакого ухода за ними не выполняли.

В числе теорий, предложенных для объяснения частоты костоеды зубов у беременных, довольно видное место занимает теория, особенно поддерживаемая Michel'em, согласно которой возникновение caries'a ставится в связь с уменьшением в слюне роданистых соединений. Данные различных исследований о содержании в слюне роданистых соединений не отличаются однообразием. Многие считают наличность роданистого калия в слюне явлением непостоянным, другие авторы находили



его в количествах, которые у различных исследователей колебались от 0,00006 (Frerichs) до 0,0019 (Бейн-Леви) в 1 куб. сант.

Чтобы проверить эту теорию, параллельно с определением реакции слюны мы определяли у наших больных и содержание роданистых соединений, каковое определение мы производили по рекомендуемому Бейн-Леви колориметрическому методу Майзельса: в одну из пробирок компаратора Michaelis'a мы наливали 1 куб. сант. профильтрованной слюны, добавляли 9 куб. сант. дистиллированной воды, 1 каплю соляной кислоты и 2—3 капли полуторохлористого железа, причем получалась жидкость определенной окраски; во вторую пробирку мы наливали 10 куб. сант. дистил. воды, 1 каплю соляной кислоты, 2—3 капли полуторохлористого железа; в третью наливали 10 куб. сант. дистил. воды, 1 каплю соляной кислоты, 2—3 капли полуторохлористого железа и незначительное количество раствора роданистого калия, необходимого для получения окраски соответственно окраске жидкости в первой пробирке с испытуемой слюной.

В наших исследованиях было достаточно добавлять 1 каплю раствора роданистого калия в разведении 1:1000, чтобы получить окраску такую же, как в первой пробирке. Таким образом у нас получилось количество роданистых соединений в 1 куб. сант. исследуемой слюны относительно равное 0,00005 куб. сант. при условии разведения роданистого калия 1:1000 и считая 1 каплю=0,05, по формуле:  $(1:1000):0,05=0,00005$ .

Индикатором при этих исследованиях служило нам полуторохлористое железо, которое при наличии роданистых соединений дает розоватую окраску.

Таким образом мы определили количество родана в 1 куб. сант. слюны у 20 женщин и во всех случаях получили содержание его в 1 куб. сант. слюны меньше 0,00005, что приближает наши результаты к такому же Frerichs'a и Jakobowitsch'a, получившим 0,00006—0,00007, и что находится в большом расхождении с данными Бейн-Леви, который получил цифру 0,0019.

Принимая во внимание, что при подобного рода определениях приходится иметь дело с колебаниями, выражающимися в столь малых величинах, как стотысячные доли, учитывая, далее, вполне возможное влияние субъективизма и влияние техники, мы не считали возможным придавать серьезного значения количественным определениям родана и для остальных случаев ограничились лишь качественным его установлением.

Эти качественные исследования слюны на присутствие роданистых соединений, проведенные у всех исследованных нами 92 женщин, показали, что присутствие их в слюне далеко не может быть признано явлением постоянным: из 92 исследованных женщин мы могли их обнаружить лишь у 43. При этом какой-либо зависимости между Ph слюны и содержанием роданистых соединений нам установить не удалось; можно лишь отметить, что у тех женщин, которые соблюдали уход за полостью рта, присутствие родана встречалось чаще, чем у тех, которые пренебрегали таковым уходом, и у тех женщин, у которых зубы были здоровы, наличие родана было чаще, чем при больных зубах.

Таким образом, у нас получилось, что как будто между caries'ом зубов и отсутствием роданистых соединений есть известная связь; но мы

не можем доказать, что оба эти обстоятельства не являются следствием одной причины—недостаточной гигиены полости рта у этих женщин.

Заканчивая изложение наших исследований, мы могли-бы еще указать, что у 81 нашей беременной пораженной десен с характером *gingivitis diffusa gravidarum* мы нашли в 12,3%о, что тоже дает значительно меньший процент, чем у Бейн-Леви (46%о).

Итак, резюмируя наши данные, мы можем сказать, что определенной зависимости между Ph слюны, содержанием роданистых соединений и наличием *caries'a* зубов установить нельзя. Наоборот, частота *caries'a* и отсутствие роданистых соединений отмечаются у женщин, не ведущих ухода за полостью рта и зубами.

Полученные нами данные говорят, таким образом, против возможности признать растворяющее влияние кислой слюны на известковые части зубной ткани. Этим, однако, мы не хотим сказать, что т. н. „кислотная теория“ совершенно не имеет под собой почвы. Новейшие физико-химические исследования организма беременной женщины, в частности относящиеся к изучению остеомалатических процессов, позволяют с большой вероятностью думать, что в основе этих процессов лежит повышенная кислотность крови беременных, как в смысле компенсированного ацидоза *Naunin'a*, выражающегося пониженной способностью к связыванию  $CO_2$  крови, так,—для некоторых по крайней мере случаев более тяжелых токсических состояний,—и прямой *H-гипернионией* (*Vokelman* и *Rother*). Поэтому старая „кислотная теория“, не пользующаяся успехом со времени исследований *Levy*, вновь приобретает значение, но только в освещении новых исследований, заставляющих признать здесь сложное влияние процессов беременности, приводящих к видоизмененному физико-химическому состоянию всех тканей и соков в организме беременных женщины при ближайшем участии в этих процессах вегетативной нервной системы, в частности вазомоторов.

При выполнении настоящей работы мы получили ценную товарищескую помощь со стороны д-ров Н. Н. Благовещенского и А. Н. Полякова, которым и считаем долгом выразить здесь нашу сердечную признательность.

---

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Бейн-Леви. Журн. Одонт. и Стomat., 1925, № 6.—2) *Vokelman* и *Rother*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 86 и 88.—3) *Coles*. Цит. по *Rosenstein'y*, *D. Monatschr. f. Zahnheilkund.*, 1913, № 3.—4) *Freund*, *Winckel's Hand. d. Geb.*, Bd. II, T. I.—5) Фридберг. Зуб. Вест., 1905, № 11.—6) *Galippe*, *Gaz. des hopit.*, 1885, № 17.—7) *Hirsch*, *D. zahnartz. W.*, 1910, № 52.—8) Иордан. Зуб. Вест., 1916, № 9.—9) *M. Levy*. Цит. по *Schade*, *Halban-Seitz*, *Biol. u. Path. d. Weib.*, Bd. VI, T. 2.—10) Лузерс. Зуб. Вест., 1902, № 12.—11) Лукомский. Сборник, посвящ. 150-летию Клини. больницы I МГУ, 1926.—12) *Terrier*. *Thèse de Paris*, 1899. Цит. по *Kehrer'y*, *Halban-Seitz*, Bd. VI.

## К учению о женской гипоспадии \*).

Профессора В. С. Груздева.

Между тем, как под названием эписпадии известно уродство, суть которого заключается в расщеплении или отсутствии, — полном или частичном, — передней стенки тех органов, которые развиваются, в зародышевой жизни, из allantois, т. е. главным образом уретры и мочевого пузыря, название женской гипоспадии со времен Meyerhofera присваивается тому пороку развития женских половых частей, при котором преддверие влагалища у взрослой женщины сохраняет эмбриологические особенности мочеполовой пазухи, имея вид глубокого воронкообразного канала; вместе с тем уретра отщипывается обычно ниже нормы, бывает аномально широка и коротка насчет расщепления или недоразвития задней (нижней) стенки, — отсюда и название „гипоспадия“, — а внутренние половые органы часто представляют признаки тех или других уродств.

Как и эписпадия, гипоспадия у женщин встречается нечасто, причем анатомически может проявляться в различных формах, или, точнее, может представлять несколько степеней. За 26 лет заведывания Казанскую Акушерско-Гинекологическую клинику мне пришлось иметь дело лишь с 5 случаями уродства мочеполовой сферы, которое может быть рассматриваемо, как гипоспадия

В первом из этих случаев уродство имело место у 14-летней девочки, русской, еще не начавшей менструировать, с самого рождения страдавшей недержанием мочи; на 8-м году жизни у нее была сделана какая-то операция, но без успеха; уретра в этом случае была очень коротка, имела вид воронки в  $\frac{1}{2}$  сантиметра шириною.

Во втором нашем случае, где имела место комбинация эписпадии с гипоспадией, больная 20 лет, по национальности чувашка, девица, правильно менструировавшая с 14 лет, явилась в клинику с жалобами на недержание мочи, существовавшее у нее также от рождения; объективное исследование показало, что у пациентки имеется общеравномерносуженный таз; на месте клитора существует бороздчатое возвышение с серебряный полтинник величиною, разделенное на 2 половины продольной бороздкой, которая различается и ниже клитора, представляясь, однако, здесь менее выраженной, как-бы зарощенной; в рукаве продолжением этой бороздки является продольная перегородка, делящая влагалище надвое; у переднего края этой перегородки, в глубине воронкообразного introitus vaginae, имеется узкое, едва пропускающее тонкий зонд, отверстие, ведущее, — при полном отсутствии уретры, — прямо в мочевой пузырь; матка, — как тело ее, так и шейка, — раздвоена, причем обе матки развиты почти одинаково (длина полости правой матки, по зонду, —  $7\frac{3}{4}$  сантиметра, левой —  $8\frac{1}{4}$  сантиметра).

В третьем случае дело шло также о девушке 20 лет, русской, правильно менструировавшей с 14-летнего возраста, которая обратилась в клинику с жало-

\*). Сообщено в Акушерско-Гинекологической секции Общества Врачей при Казанском Университете 14—XII 1926.

бам на недержание мочи, развившееся лишь за последние 5 лет; при сборании анамнеза у ней никаких указаний на бывшие ранее заболевания и травматические повреждения половой сферы получить не удалось; объективное исследование пациентки обнаружило, что со стороны внутренних половых частей ничего ненормального, кроме *lateropositis uteri dextra*, нет, наружные половые части развиты правильно, и лишь задняя стенка уретры представляется расщепленной, а *orificium externum urethrae*—зияющим и расположенным глубже обычного.

Некоторые сведения о четвертом случае я, к сожалению, могу привести только по памяти, так как все попытки разыскать относящуюся к этому случаю запись в амбулаторных журналах клиники оказались пока безуспешными. Это и понятно,—я не помню ни фамилии больной, ни вполне точно времени, когда она была в клинической амбулатории. Я помню только, что это была тагарка средних лет, уже более 10 лет бывшая замужем, жалобы которой сводились исключительно к отсутствию *menses* и бесплодию; никаких расстройств мочеиспускания и никаких жалоб на *coitus* у нее не было. Введя указательный палец в половые пути пациентки для исследования, я без малейших затруднений проник им в полость, которая оказалась полостью мочевого пузыря. Дальнейшее исследование больной убеждало меня, что у нее нет ни рукава, ни матки (оказались-ли ялицо яичники,—не помню), уретра коротка, лежит глубже обычного, сильно расширена. Не подлежало, сомнению, что больная все время имела половые сношения *per urethram*, причем ни она сама, ни муж ее не подозревали о ненормальности их половой жизни. Самое, однако, интересное было в этом случае то, что, несмотря на бывшее здесь значительное расширение уретры,—отчасти врожденного, отчасти приобретенного характера,—мочеиспускание у пациентки продолжало оставаться совершенно нормальным.

Наконец, пятая больная с эписпадией посейчас находится в заведываемой мною клинике. Это—20-летняя крестьянская девица, никогда не носившая месячных, а равно не имевшая ничего похожего на *molimina menstrualia* и *libido sexualis*. Около 8½ мес. тому назад больная эта подверглась, по ее словам, насилию, причем попытки к *coitus* у сопровождались сильною болезненностью и значительным кровотечением (больная потеряла около стакана крови). Непосредственно после этого у пострадавшей развилось недержание мочи; еще в лежачем или сидячем положении и бодрственном состоянии она сохранила возможность задерживать небольшое количество мочи, но в стоячем положении, особенно при ходьбе и работе, а равно во сне и при скопении более значительного количества мочи в пузыре она стала терять мочу произвольно. При исследовании оказалось, что пациентка—довольно хорошо сложенная девушка, с почти нормальным тазом, слабою растительностью на лобке; внутренние поверхности бедер и округлость половой щели экзематозны; на месте рукава—неглубокая ямка, отверстие которой окружено образованиями, похожими на *sarunculae myrtiformes*; на 1—1½ мм. кади от них расположено зияющее наружное отверстие уретры, вытянутое в передне-заднем направлении, из которого произвольно вытекает моча; отверстие это легко пропускает в полость пузыря указательный палец, причем выясняется, что уретральный канал сильно укорочен; ректальной пальпацией определить ни матки, ни придатков не удается.

Как видно из этих случаев, гипоспадия, подобно эписпадии, в некоторых случаях не дает решительно никаких расстройств, иногда же сопровождается недержанием мочи. Кроме того, иногда существующая у женщин с этим пороком развития узкость *introitus vaginae* или сопутствующее гипоспадии полное отсутствие влагалища делают затруднительными половые сношения, которые здесь сравнительно нередко совершаются *per urethram*, иногда сопровождаясь расстройствами мочеиспускания, а иногда,—как то было в нашем случае № 4,—нет.

Диагноз гипоспадии в большинстве случаев может быть поставлен без труда на основании таких признаков, как короткость уретры, глубокое положение ее наружного отверстия, своеобразная форма преддверия влагалища и пр.

Лечения требуют лишь те случаи гипоспадии, где последняя сопровождается недержанием мочи. При этом устранения недержания иногда

можно бывает добиться и неоперативным путем. Лебедев<sup>1)</sup>, напр., в одном случае гипоспадии достиг этого посредством электризации. Обычно, однако, для устранения недержания мочи при женской гипоспадии приходится прибегать к тем или другим видам оперативного вмешательства.

Из наших случаев в первом мною была применена операция Gersuny, но без большого успеха. Правда, сначала больная после нее получила возможность задерживать мочу, но этот эффект был временным,—затем недержание возобновилось, и операцию пришлось несколько раз повторить, причем с каждым разом эффект ее был все слабее.

Во втором случае я решил, с согласия больной, устранить недержание мочи при помощи операции episiocleisis rectalis: расширив сначала узкое выходное отверстие мочевого пузыря дилляторами, я вырезал переднюю часть влагалищной перегородки и на месте ее проделал свищ в прямую кишку, а потом, когда операционные раны поджили, зашил *rimam pudendi*. Однако после этого у пациентки почему-то развились такие боли в переднем и заднем проходе, что пришлось опять раскрыть вход в половой канал и зашить ректальный свищ. Есть основания думать, что пациентка симулировала эти боли, будучи недовольна тем, что после операции coitus для нее сделался невозможным.

У третьей больной, где имелось расщепление задней стенки мочеиспускательного канала, я расслоил *septum urethro-vaginale* в окружности расщепления, затем сшил отдельно сначала стенку уретры, затем рукавную стенку, сузив и удлинив таким образом уретральный канал. Как анатомический, так и функциональный результат операции не оставил желать ничего лучшего, и пациентка оставила клинику вполне здоровою.

В четвертом случае, в виду отсутствия каких-либо расстройств, никакого лечения применено не было.

Наконец, у пятой больной я применил операцию Goebel-Stöckel'я. Последняя была начата, в положении больной для влагалищных операций, разрезом, окружавшим *orificium externum urethrae* и затем шедшим продольно до *fossa navicularis*. Через этот разрез я высепаровал из окружающей ткани уретру,—окававшуюся крайне короткой,—и, отсепаровав стенку преддверия справа и влево от разреза, открыл переднюю стенку пузыря, после чего наложил два ряда узловатых швов из тонкого шелка на субмукозу как уретры, так и пузырную. Этим путем уретра была удлинена и сужена, а также, возможно, сшиты мышечные пучки, составляющие сфинктер пузыря (операция Stöckel'я). После этого справа и слева от уретры я тупо провел позади лонных костей два замкнутых изогнутых жома так, что их концы слегка выступали из малого таза (заслуживает упоминания, что кровотечение при протыкании этими жомами околопузырной ткани было очень небольшое). Оставив жомы в этом положении, я перевел больную в положение для лапаротомии (горизонтальное), разрезал по *l. alba* кожу и подкожную клетчатку передней брюшной стенки от пупка до лобка и выкроил на этом протяжении из апоневроза прямых мышц ленту около  $2\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$  сант. шириною, которую сначала отсепаровал от подлежащих тканей, потом разрезал ножницами вдоль на 2 ленты, каждая из которых была соединена с *m. pyramidalis* соответственной стороны. Когда это было сделано, ассистент продвинул зажимы по направлению вверх настолько, что концы их оказались в брюшной ране, захватил каждым зажимом апоневротическую ленту и вывел концы обеих лент в *introitus vaginae*, а я наложил непрерывный катгутовый шов сначала на внутренние края прямых мышц, потом на апоневроз и в заключение зашил наглухо рану брюшной стенки. После этого я вновь перевел больную в положение, которое обычно приходится женщинам при влагалищных операциях и подшил левую апоневротическую ленту (правая оборвалась во время вытягивания) поперек к нижней (зашитой) стенке уретры, фиксируя конец ленты к надкостнице правой лонной кости. В заключение была зашита наглухо слизистая оболочка преддверия. Послеоперационный период протек без осложнений. Первые 3 дня больная лежала с постоянным катетером, затем последний был удален, и больной предложено мочиться самопроизвольно раза по 3 в день. Как брюшная рана, так и рана преддверия зажили *per primam* (последняя

<sup>1)</sup> Лебедев. Гипоспадия у женщин. Сборник в честь Глебова, 1881.

впрочем неполне). Больная получила полную возможность задерживать большие количества мочи, причем эта возможность осталась у ней и после того, как она встала с постели и начала ходить. Осмотр наружного отверстия уретры обнаружил, что оно хорошо закрыто и не представляет того зияния, какое было до операции. В дальнейшем у больной предполагается произвести операцию образования искусственного влагалища из тонкой кишки (по Baldwin-Stöckelю).

Описанные случаи свидетельствуют, что недержание мочи на почве женской гипоспадии может быть устраняемо при помощи различных видов оперативного вмешательства, из которых, однако, операция Goebel-Stöckel'я может, по своему эффекту, быть поставлена на первом месте.

---

## Материалы к вопросу о реакции Dick'a и активной иммунизации против скарлатины.

Сообщение I. Результат обследования по Dick'у детей  
гг. Казани и Свияжска <sup>1)</sup>).

Н. Н. Благовещенского.

(С 2 кривыми).

Хотя вопрос об этиологии скарлатины до последнего времени не может считаться окончательно разрешенным, тем не менее вопрос о реакции Dick'a, теснейшим образом связанной с ролью стрептококка при этой болезни, занимает внимание многих. Имея в виду проведение активной иммунизации против скарлатины в Казани, Микробиологический Институт решил предварительно провести кампанию обследования на реакцию Dick'a. К этому нас побуждали и интерес к реакции, как таковой, и желание выяснить ее эпидемиологическую ценность. В настоящем сообщении я и имею в виду изложить те результаты и впечатления, которые нами были получены при производстве этого массового обследования организованных детей гг. Казани и Свияжска <sup>2)</sup>).

Как известно, реакция Dick'a есть реакция на внутрикожное введение человеку токسينа, полученного от скарлатинозного стрептококка. В нашем распоряжении имелось 10 различных токсигенных штаммов скарлатинозных стрептококков, частью выделенных из крови скарлатинозных трупов в Казани, частью полученных нами со стороны. Для изготовления реактива Dick'a были взяты наиболее токсигенные штаммы — штамм Ленинградский и штаммы, полученные из Америки, от Dick'a и Zingher'a. Токсин изготовлялся сначала на сыровоточно-пептонном бульоне (рН=7,8). Сила получаемых вначале токсинов на этой среде была такова, что при разведении в 1000 раз они давали в дозе 0,1 куб. с. ясно-положительную реакцию у чувствительных субъектов, — это и есть т. н. кожная доза токسينа, характеризующая его единица. Предварительное титрование токсинов производилось всегда с неизменной любезностью д-ром А. Ф. Агафоновым на скарлатинозных больных Заразной больницы, дававших в первые дни болезни положительную реакцию на токсин.

<sup>1)</sup> Доложено в Обществе Врачей при Казанском Гос. Ун-те 3/VI 1926 г.

<sup>2)</sup> В этой большой работе участвовал, в различной степени, ряд лиц — стажеры нашего Института и врачи детских домов Ярославцева и Клементьева. Особенно мы должны здесь отметить стажеров гг. Фирсову и Фазулину, выполнивших значительную часть обследовательской работы.

К титрованию токсина на человеческом материале мы поневоле прибегли, так как животные или вовсе нечувствительны к этому токсину, или очень мало и во всяком случае недостаточно для этой цели чувствительны. В поисках за восприимчивым животным, которое могло бы нам заменить в этом отношении человека, мы испытали целый ряд животных: морскую свинку, кролика (молодой альбинос), белых мышей и крысу, собаку, кошку, поросенка и голубя, но все они не дали нам сколько-нибудь удовлетворительных результатов. Лучшие результаты дали нам жеребенок (инъекция в слизистую губы), овца и особенно коза. Коза, оказалось, реагирует на 2—3 к. д. токсина; однако не все козы оказываются чувствительными и не в один срок развивают реакцию; пользоваться же долго одной козой нельзя—в виду развивающегося местного иммунитета ткани,—тем более, что инъекции у нее возможны лишь на ограниченных участках кожи, главным образом в области гениталий, где имеется тонкая кожа. Если прибавить еще то немаловажное обстоятельство, что экспериментировать над такими крупными животными, как, напр., лошадь, чрезвычайно неудобно (вследствие болезненности внутрикожных инъекций), то отсюда станет вполне понятным, если мы скажем, что единственно-верным объектом, особенно для установления точного титра токсина, к сожалению, является лишь человек. Установление же точного титра токсина является первой необходимостью, определяющей весь успех дела.

Опыт показал, что уже незначительное отступление от титра влечет за собой большие ошибки в исходе реакции. Сама установка титра должна быть произведена на большом детском материале, как указывают и сами Dick'i, причем не следует ограничиваться совпадением результатов со стандартным токсином лишь на нескольких лицах. И наш личный опыт, и литературные данные свидетельствуют, что чувствительность детей к токсину варьирует в широких пределах. Под нашим наблюдением имеется ребенок (7 лет), дающий положительную реакцию на  $\frac{1}{3}$  к. д., причем ее интенсивность лишь несущественно разнится от реакции, даваемой им же на целую кожную дозу. С другой стороны у лиц менее чувствительных реакция получается отрицательной, лишь только мы переходим, хотя бы на незначительную величину, установленный титр в смысле его повышения (resp. большего разведения). Отсюда вполне понятна та тщательность и точность, с которыми нужно делать требуемые разведения вытитрованного токсина. Нечего и говорить, что реактив должен быть приготовлен и разлит абсолютно стерильно. Как правило, должно быть принято, что ампулла, однажды открытая, не может быть вновь запаяна и оставлена на другое время; равным образом, будучи открыта, она не может переноситься в другой дом. Малейшее бактериальное загрязнение, пыль—могут дать сбивчивые, трудно растолковываемые результаты. Во избежание попадания органических веществ в раствор токсина с употребляемой в обычной лабораторной работе посуды мы выделяем специально для токсина отдельные пипетки и флаконы для разведения, предварительно однажды обработав их кипячением в растворе хамелеона. В отличие от реактива Schick'a реактив Dick'a (разведенный по титру скарлатинозный токсин) является устойчивым на протяжении недель, при условии хранения его в запаянных ампуллах в темном и прохладном месте.



При параллельной проверке, произведенной на 60 здоровых детях с нашим токсином и токсином-штандартом, полученным нами от проф. Коршуна, существенных расхождений не получилось. Техника производства реакции та же; что и при реакции Schick'a, только реактив Dick'a вводится интрадермально в количестве 0,1 куб. е., а не 0,2, как реактив Schick'a. В качестве контроля, для отличия могущих быть у некоторых лиц ложных реакций на неспецифические вещества реактива, применяется на другой руке в той же дозе тот же реактив, но инактивированный в течение часа при 100°C в Кош'овском аппарате (лучше, чем в водяной бане, где легкие ампулы всплывают на поверхность, заворачивание же в вату снижает  $t^0$  прогрева ампулл, а это обстоятельство, как показал опыт, всегда влияет на исход реакции).

В случае положительной реакции у восприимчивого субъекта уже через 10—15 часов замечается на месте и вокруг укола гиперемия различной интенсивности, а иногда, позже,—инфильтрат и болезненность. Как правило, общей реакции не бывает. Развитие местной реакции здесь идет быстрее, нежели реакции Schick'a. Maximum ее приходится на 22-й час после инъекции, а затем следует быстрое увядание, особенно слабых реакций. Таким образом приходится отметить особую лабильность реакции Dick'a, и потому строгие требования к чистоте препарата, стерильности шприцев (кипячение не менее 10 м.) и тщательной дезинфекции кожи здесь особенно должны иметь место, ибо такую сравнительно эфемерную гиперемию, какая бывает при слабо-положительной реакции, легко может дать простое несоблюдение вышеуказанных предосторожностей. Сравнительно скоропреходящий характер реакции Dick'a по сравнению с реакцией Schick'a объясняется тем, что действие стрептококкового токсина направлено на кожные капилляры и не затрагивает существенно эпидермальных клеток, как это отмечается по отношению к дифтерийному токсину при реакции Schick'a. Лишь в тех случаях, когда имеется резкая положительная реакция с инфильтратом, наблюдаются и шелушение, и слабая пигментация.

В виду того, что скарлатинозный токсин содержит больше белковых тел (состав питательной среды) и получается часто меньшей силы, чем дифтерийный токсин (вследствие чего тогда приходится разводить его в меньшее количество раз),  $\%$  ложных реакций здесь получается несколько больше, чем при р. Schick'a. С целью устранения этого досадного обстоятельства большинство токсинов приходится очищать от неспецифических протеинов.

Мы применяем для этой цели метод Huntoon'a в модификации Zoeller'a, не производя диализации: 20% NaCl in substantia в присутствии уксусной кислоты осаждают нетоксиносные альбуминоиды, и фильтрат подщелачивается  $n/10$  NaOH; подщелачивание мы производим до [H], равной [H] исходного токсина (pH=7,2), затем производится фильтрация через свечу.

Несмотря на удаление из нашего токсина протеинов (тонкие реакции на белок отрицательны), псевдореакции у нас все же получались. Относительно этих ложных реакций до сих пор еще не установлено, в какую группу реакций,—положительных или отрицательных,—их нужно относить. Park, напр., считает все псевдореакции практически за положительные, ибо, говорит он, часто бывает невозможно определить при

положительной реакции на контроле, что мы имеем перед собой, — отрицательную псевдореакцию, или же положительную — комбинированную, указывающую на чувствительность субъекта и к протенину, и к токсину. На этом основании Рагк не употребляет совсем контроля, ограничиваясь лишь одной инъекцией активного токсина. Мы в своих вычислениях относили псевдореакцию в группу отрицательных реакций.

Оценка всех реакций производилась нами по схеме Zingher'a ( $\pm$ ,  $+$ ,  $\pm$ ,  $\pm$  — выражающие различные степени положительных реакций от резкой гиперемии с инфильтратом до легкой розовой гиперемии на пространстве около 1 см.; комбинированная положительная реакция, отрицательная реакция, отрицательная псевдореакция и реакция парадоксальная, чрезвычайно редкая, когда на контроле получается положительная реакция, а активный токсин дает отрицательную).

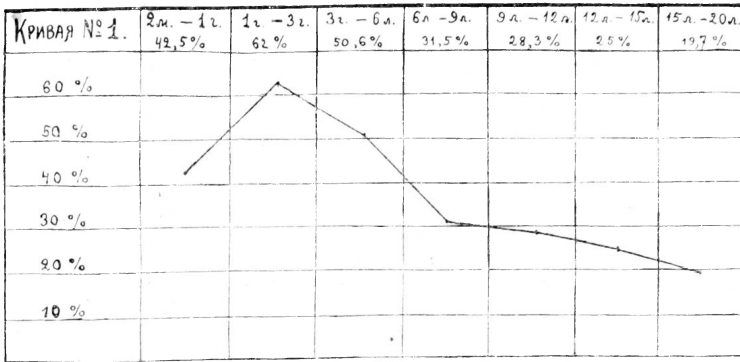
Стремясь уменьшить количество получаемых псевдореакций, мы изготовили токсины точно по Dick'у, с прибавкой к бульону человеческой крови вместо крови или сыворотки животного; однако псевдореакции и с таким токсином у нас все же получались, несмотря на его силу (1 куб. с. содержит 25,000 к. д.). В самое последнее время нами изготовлен токсин на бульоне, почти совсем не содержащем инородного белка (по Lam'u): бульон этот изготовлялся из экстракта человеческой плаценты плюс 1% пептона, к которому прибавлялась перед засевом человеческая дефибрированная кровь. Токсин этот нами еще не проверен, как следует, но псевдореакции, повидному, и при нем встречаются. Значения этих опытов с различными токсинами в связи с получающейся псевдореакцией мы коснемся в следующем сообщении, сейчас же перейдем к обзору тех результатов, которые мы получили при обследовании.

Мы подвергли обследованию до 1 мая 1926 г. все детские интернаты с постоянным составом в Казани и Свияжске и, кроме того, значительное количество школьников. Общее число продиккизированных нами детей равняется 3,000; однако сводка касается лишь 2 660 детей (часть регистрационных карточек по причине их неудовлетворительности в каком-либо отношении я принужден был выключить). На общее количество обследованных и принятых к учету приходится положительных реакций 716, или 27.3% всех случаев (несколько ниже данных Zingher'a, Москвы и Ленинграда). Обследованные были в возрасте от первых месяцев жизни до 20 лет.

Если распределить весь наш материал по возрастным группам, то можно подметить, что % положительных реакций с закономерной правильностью понижается с повышением возраста, как это наглядно изображает наша кривая № 1.

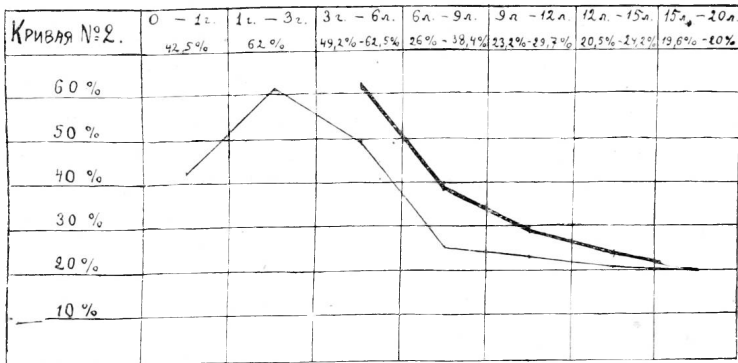
Такое же соотношение процента положительных реакций с возрастом мы встретили и при реакции Schick'a, проведя в свое время обследование на нее вместе с проф. Е. М. Лепским и д-ром В. М. Федоровым. Более низкий % положительных реакций у детей до 1 г. по сравнению со следующим старшим возрастом легко объясняется существующим еще плацентарным и трофогенным иммунитетом у половины детей этого возраста. В следующем возрасте потеря этого пассивного иммунитета наблюдается уже, приблизительно, у  $\frac{2}{3}$  всех детей. Далее идет неукоснительное падение % положительных реакций в связи с приобретаемым детьми иммунитетом, в зависимости, — как принимает большин-

ство авторов,—от все чаще и чаще встречающегося с возрастом микробного контакта. Таким образом, судя по р. Dick'a, иммунитет при скарлатине развивается по тем же законам, что и при дифтерии.



Исследуя школьников Нью-Йорка одновременно на реакцию Schick'a и реакцию Dick'a, Zingher нашел, что в подавляющем большинстве случаев результаты обеих реакций сходятся у одних и тех же детей.

Нам интересно было провести еще другую параллель с дифтерией, именно, различие в иммунитете между детьми интернированными и школьниками, принимая во внимание те санитарные условия, в которых живут первые. Ответ на это дает нам следующая кривая, составленная для школ и интернатов—для большей убедительности по возрастным группам:



Эту вторую параллель с дифтерией приходится объяснять опять-таки „контактным иммунитетом“, вследствие возможных скрытых, нераспознаваемых легких инфекций, приобретаемых скученными детьми друг от друга (A. Zingher). Известно, что именно такие легкие, abortивные формы инфекции и дают зачастую особенно стойкий иммунитет. Что касается школьников самих по себе, то нужно сказать, что в настоящее время социальная среда, в которой находятся у нас школьники, в значительной степени нивелирована: все школы—коммунальные, и мы не можем здесь проверить влияния социального фактора на восприимчивость.

Но это влияние, вполне понятное хотя-бы и из нашего сопоставления школьников с интернантами, совершенно определенно подчеркивается, помимо американских авторов (Zingher: народные школы 21,6% положительных реакций, частные—83,7%), и недавно опубликованными польскими работами (Spragow: возрастная группа от 8 до 10 л. дает в коммунальных школах 52,1% положительных реакций, в лицеях—71,1%).

Что касается пола, то среди находившихся в одинаковых условиях интернированных детей разницы в восприимчивости у девочек и мальчиков нам отметить не удалось. Среди же школьников % положительных реакций у девочек был немного выше, чем у мальчиков. Очевидно, если и можно говорить здесь о влиянии пола на восприимчивость, то причина его лежит не в самой конституции мужского и женского организма, а лишь в различном образе жизни мальчиков и девочек.

Сопоставляя общий % положительных реакций, полученных нами у татар, с общим % положительных реакций у русских, мы замечаем пониженную чувствительность татар в сравнении с русскими: татары дали нам 23,1% положительных реакций, русские—29,9%. Оставляя анализ этого явления до следующего очерка, скажем, хотя-бы в самих кратких словах, о значении реакции Dick'a.

Показывает-ли эта реакция иммунитет к скарлатине? На основании целого ряда фактов,—как наличие стрептококка в организме скарлатинозных больных, успешная антитоксическая серотерапия, получение иммунитета у человека от иммунизации бактериальной вакциной и токсином (многие американские работы), характерная реакция на эту иммунизацию, биологические реакции с вакциной у человека (Falconi, Аристовский и Агафонов) и пр.,—можно думать, что стрептококк, токсин которого применяется для реакции Dick'a, если не является возбудителем скарлатины, то, во всяком случае, несомненно, принимает громадное участие в ее патогенезе, и без участия его скарлатины, повидимому, не бывает.

Независимо от того, как разрешится вопрос об этиологии скарлатины, мы должны здесь отметить прежде всего, что максимальный % положительных реакций Dick'a совпадает в возрастном отношении (3—8 л.) с максимальным % заболеваемости детей скарлатиной. Большинство статистических данных подчеркивает, далее, что % заболеваемости среди Dick-отрицательных детей—ничтожный. Не говоря уже о данных Dick'ов и Zingher'a, обследование в Ленинграде показало то же самое. Из новых данных можно упомянуть о работе, проделанной в Варшаве Spragow'ым: в то время, как среди 1700 Dick-отрицательных детей был только один случай скарлатины, среди 3897 Dick-положительных заболело 28. Таким образом факт невосприимчивости к данной болезни у Dick-отрицательных, детей, повидимому, может считаться принципиально установленным.

Труднее ответить на другой вопрос: все-ли дети, реагирующие по Dick'у положительно, обязательно восприимчивы к скарлатине? Здесь прежде всего необходимо иметь в виду тот факт, что в известном % случаев (у Zingher'a—в 7%) реакция Dick'a выпадает положительной у реконвалесцентов. На 43 реконвалесцента, обследованных нами в местной Заразной больнице (39 русских и 4 татарина), ясных положительных, хотя-бы и слабых, реакций обнаружилось всего лишь 3 и 8—

псевдореакций. Наш материал мал, чтобы делать вывод, но и у других авторов % теперь не столь уж велик, как это указывалось раньше. Нужно при этом сказать, что количество положительных реакций вообще зависит не только от чувствительности организма к токсину, но, конечно, и от силы (resp. количества) самого введенного токсина. Очевидно, встречающиеся положительные реакции реконвалесцентов и вообще когда-то болевших в том случае, если они действительно иммунны, надо объяснять количеством циркулирующего антитоксина, недостаточного для нейтрализации вводимого при р. Dick'a токсина, но, возможно, достаточного для поддержания невосприимчивости к заражению в обычных естественных условиях. Образовать же местно антитоксин под влиянием небольшого местного специфического возбуждения, ответить антитоксином на введенный токсин и нейтрализовать его—эти лица не могут или, вернее, не успевают в силу их неярко выраженной местной реактивности в смысле Zoeller'a. Но общая реактивность у них все же есть, и она скажется, как только организм получит достаточно сильное возбуждение в виде нового инфицирования и ответит новой нужной продукцией антитоксина, достаточной для предотвращения заболевания, если до этого его находилось недостаточно. „Клетка,—сказал когда-то Bordet,—раз испытавши сильное возбуждение (иммунизация resp. болезнь), надолго сохраняет воспоминание о своей реакции на него и в дальнейшем легче и быстрее отвечает на него аналогичным образом“. Опыт иммунизации подтверждает нам это: проиммунизированная лошадь может уже значительно утратить свой антитоксин, о чем мы узнаем пробой взятой от нее сыворотки; однако она без труда переносит дальнейшую инъекцию значительной дозы токсина,—у нее сохранена ее значительная общая приобретенная реактивность, и она быстро отвечает новой выработкой антитоксина. Результат реакции у неболевших мы толкуем в том смысле, что отрицательная реакция на строго выверенный токсин показывает, за весьма редким исключением, солидный иммунитет, положительная—восприимчивость вообще, у одних, возможно, абсолютную (поскольку можно говорить о таковой), у других—относительную, в зависимости от массивности дозы инфекта, значение которой, безусловно, велико.

Отбрав, как нам кажется, горячий для эпидемии материал, мы начали его иммунизировать, и будущее нам уже здесь в Казани покажет, насколько мы правы в интерпретации р. Dick'a, основываясь на ней при иммунизации, ибо, конечно, лучшая проверка ее есть проверка эпидемиологическая, и предстоящая эпидемия лучше всего ответит на этот вопрос.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А .

- 1) G. F. Dick and G. H. Dick. Journ. of Amer. Med. Ass., t. 83, № 2; t. 84, № 11; ib., № 20.—2) A. Zingher. Ibid., t. 83, № 6.—3) P. S. Rosen and Korobicina. Ib., 84, № 20.—4) W. H. Park. Ib., t. 85, № 16.—5) Ch. Zoeller et Manoussakis. C. r. Soc. Biol., t. 92, p. 1046; t. 93, p. 24.—6) H. Sparrow. Ib., t. 94, № 14.—7) Труды IX с'езда Бактериологов в Москве, 1926.—8) Проф. Е. М. Лецкий, д-р Н. Н. Благовещенский и д-р В. М. Федоров. Каз. Мед. Журн., 1925 г., № 1.—9) Микробиологический Журнал, 1925, т. 1, статьи П. П. Маслаковца, М. Г. Данилевича и сотрудников.

## Рефлексы с черепной покрывки 1).

Д-ра И. Б. Галанта (Москва).

Черепная покрывка не упоминалась вплоть до наших дней среди других общезвестных рефлексогенных зон, и можно было-бы думать, что она действительно не может служить такой зоной. Однако, при попытке разрешить *экспериментально* вопрос, нельзя-ли вызвать раздражением черепной покрывки реакций, которые по своему характеру и в силу своей закономерности имели-бы право называться рефлексами, я скоро убедился, что и черепная покрывка может быть исходным пунктом для получения некоторых диагностически ценных рефлексов, в виду чего эти рефлексы в настоящей статье и описываются.

Самый частый рефлекс, вызываемый раздражением черепной покрывки,—это цефалопальпебральный (С. Р. R.). Есть основание различать два рефлекса этого рода, верхний и нижний С. Р. R.; при первом мы получаем опущение (мигание) верхнего века, при втором же—одно только сокращение нижнего века по направлению внутреннего угла глаза.

Констатирование факта, имеется-ли в данном случае С. Р. R. налицо, или нет, не всегда является легким. Так как верхний С. Р. R. состоит в обыкновенном мигании века, то очень легко смешать физиологически у каждого человека время от времени повторяющееся мигание века с несуществующим С. Р. R.'ом. Необходимо поэтому обставить вызывание последнего так, чтобы могла быть исключена всякая ошибка. Я вызываю поэтому С. Р. R. при следующих условиях: я прошу больного, подвергаемого эксперименту, смотреть с далеко открытыми глазами вдаль, фиксируя при этом какой-нибудь пункт; таким образом я достигаю на некоторое время вполне спокойного состояния глаз и век. Затем я ударяю молоточком по черепной покрывке вблизи макушки 2). При наличии С. Р. R.'а с каждым ударом молоточка по черепной покрывке получается рефлекторное опущение (замыкание) века. Если же опущение века получается лишь после многократных ударов молоточка по черепной покрывке, то мы обыкновенно имеем дело не с С. Р. R.'ом, а с миганием века, повторяющимся время от времени в самых обыкновенных условиях, особенно если глаза подвергаются утомительной фиксации. Можно, конечно, допустить, что мы в случае появления мигания века после повторных ударов молоточком по черепной покрывке имеем дело с С. Р. R.'ом, вызываемым *суммацией* раздражений. Однако, чтобы уметь различать такого рода тонкости в природе С. Р. R.'а, нужен долгий опыт, причем и тогда правильное различение С. Р. R.'а на суммацию раздражения от обыкновенного мигания век при переутомлении

1) См. Каз. Мед. Ж., XX, № 6; XXI, № 7; XXII, № 8.

2) Можно вызвать этот рефлекс и с других точек передней половины черепа. Однако характерен он лишь в том случае, если его удается вызвать с макушки.

удается лишь благодаря субъективному ощущению исследователя, а не благодаря каким-либо объективными данным.

В случаях повышения С. Р. R.'а при поколачивании черепной покрывки молоточком получается двойное замыкание века, при котором верхнее веко два раза подряд опускается и приподнимается. Повышенный С. Р. R. находится в случаях тяжелой неврастении, истерии и т. д.

Нижний С. Р. R. состоит, как мы уже сказали, в том, что при поколачивании черепной покрывки перкуSSIONным молоточком получается сокращение нижнего века. У лиц с повышенной рефлекторной раздражительностью встречаются одновременно и верхний, и нижний С. Р. R.

Цефалопальпеброназальный рефлекс (С. Р. N. R.) мне удалось до сих пор наблюдать у одной истерички, представляющей и помимо того большой интерес. Я даю поэтому здесь подробное описание этого случая.

М. Ш., 35 л., замужняя, по национальности болгарка, во время исследования находилась в соматическом отделении курорта Ливадия. Диагноз: tbc pulmonum AP fibroso-productiva, bronchadenitis. Достопримечателен, однако, у б-ой был не ее туберкулез, — Ш. была прежде всего интересна в конституциональном отношении, представляя собой типичный случай инфантилизма женщины. Она весила всего 41,5 кило при росте в 149 сант. и имела все признаки инфантильного недоразвития, страдала врожденной аменорреей, из-за сильного вагинизма никогда не имела сношений с мужем. Этот же самый вагинизм делал обыкновенно гинекологическое исследование совершенно невозможным, так как, при попытке ввести палец в рукав, б-ая плакала от болей, и vagina у ней, и без того очень узкая, до того сокращалась, что делалась непроходимой. Когда же однажды, под влиянием суггестивного воздействия, у Ш. удалось произвести гинекологическое исследование, то portio vaginalis оказалась маленькой, мясистой, конической формы, без наружного зева; матка и придатки не прощупывались. Наружные половые органы были недоразвиты, недоразвиты и груди, напоминавшие таковые у девочек-подростков. Под мышками волос у б-ой совсем не было, на mons Veneris очень мало (hypotrichosis). При наличии вдобавок ко всему этому и инфантильного недоразвития психики, нельзя было данную б-ую рассматривать иначе, как типичный пример общего инфантилизма женщины, связанного если не с полной аплазией, то с значительной гипоплазией яичников.

Жалобы б-ой менее всего имели своим объектом легкие, а носили более истерический характер. Главная из этих жалоб была на невыносимые головные боли, которые по своему характеру приближали ее к ощущению clavus'a. Б-ая жаловалась обыкновенно, что головные боли берут свое начало сзади, у макушки, и распространяются на одну половину головы кпереди, иногда же распространяются по всей голове. Объяснить головные боли б-ой имеющейся у ней невралгией supra-orbital'ных нервов трудно, так как Ш-ва локализовала свои боли в задней части темени, откуда они распространялись кпереди, временами только на одну половину головы.

Кроме clavus'a и истерообразного вагинизма, за истерию у б-ой говорил и инфантильно-истерический ее характер. Б-ая связывала, напр., свою болезнь с испугом, перенесенным 5—6 месяцев тому назад. Была зима, и на улице было скользко. Старик, убиравший снег под окном комнаты, в которой находилась Ш-ва, поскользнулся и, падая, ударил нечаянно лопатой в окно, причем разбил вдребезги одно из его стекол. Б-ая от этого до того перепугалась, что упала в обморок и пролежала минут 20—30 без чувств. Возможно, что она при этом простудилась (через разбитое стекло дул ветер), и состояние ее легких ухудшилось. Сама же б-я думает, что у нее «от испугу потронулись легкие».

Б-ая страдала, далее, чрезвычайно повышенной чувствительностью, что находило, между прочим, свое выражение и в области рефлекторных реакций. Одной из таких реакций и был у ней цефалопальпеброназальный рефлекс (С. Р. N. R.). При поколачивании молоточком черепной покрывки у нее получалось не только ощущение век (или мигание их), но и сокращение мускулатуры носа (levator'ov alae nasi), отчего переносица сморщивалась, и крылья носа тянулись кверху. Эта ре-

флексорная реакция носа на поколачивание черепной покрывки была очень характерна и заслуживала, благодаря своей крайней редкости, внимания невропатолога <sup>1)</sup>.

В одном случае легкой формы истерии (б-ая М. З., находящаяся в преклимактерии и страдающая преклимактерическими депрессиями с истерообразными явлениями), при поколачивании черепной покрывки, наряду с С. Р. R.'ом я получил сокращения мускулов шеи и плечевого пояса, — „черепноплечевой рефлекс“. Этот рефлекс встречается столь же редко, как и С. Р. N. R.

Мои исследования рефлексов, рефлексогенною зоною которых является черепная покрывка, я распространил на 225 случаев. При этом я убедился, что указанные рефлексy у лиц с нормальной рефлексорной возбудимостью или совсем отсутствуют, или бывают лишь слабо намечены. Они обнаруживаются обычно у лиц, страдающих повышенной возбудимостью нервов, — у нервных, неврастеников и т. п. Наблюдаются эти рефлексy также при сильной чувствительности черепной покрывки. Помимо того интереса, который они представляют, как феномен, рефлексy с черепной покрывки имеют известное диагностическое значение, так как вызывание их есть самый простой и легкий способ, чтобы доказать наличие определенной нервной слабости. Вот почему нам кажется, что эти рефлексy заслуживают внимания невропатологов и должны быть подвергнуты дальнейшему изучению.

---

<sup>1)</sup> Неполный С. Р. N. R. я наблюдал у другой б-ой, К. С-вой, у которой при поколачивании черепной покрывки получалось сморщивание переносицы без поднятия крыльев носа. Б-ая эта тоже жаловалась на головные боли, и при исследовании у ней можно было установить болезненность точек, соответствующих *foramina supraorbitalia*.



## К лечению сифилиса русскими препаратами висмута.

С. Я. Голосовкера и Г. Я. Клебанова.

В последние годы в терапию сифилиса введено, под разными названиями, громадное количество различных препаратов висмута. Мы здесь встречаем водные растворы солей последнего (sigmuth. nadisan), маслянистые взвеси растворимых соединений висмута (trepol), маслянистые взвеси нерастворимых соединений его (quinby, bismogenol, milanol), препараты с висмутом в коллоидальном состоянии (neotrepol, bisdiasparol), смешанные препараты висмута (spirobismol, casbis) и пр. Большинство этих препаратов содержит  $\text{BiO}$ . в ряде их в молекулу соли введены хлор, иод и сера. Содержание металлического висмута в препаратах колеблется от 5 до 96%.

К русским препаратам висмута относятся бисмутогви, биохинол и бисмоверол<sup>1)</sup>. Бисмутогви представляет собой 10% взвесь *bism. bitartarici*, содержащую около 40% металлического висмута. Биохинол—это 10% взвесь соли, содержащей 20% *Bi metallici*, 30% хинина и 50% иода. Бисмоверол, представляющий собой 10% взвесь сложного соединения висмута и виннокаменной кислоты, является значительно более богатым по содержанию  $\text{Bi}$ ,—соединение это содержит около 65—67%  $\text{Bi met}$ .

Примененные нами обычные препараты висмута, как *bism. salicyl.* и дерматол по своему терапевтическому действию оказались значительно уступающими вышеозначенным препаратам, ибо структура молекулы висмутового соединения, величина аниона соединения, всасываемость играют большую роль в действии препарата, влияя и на его токсичность.

На чистом лечении бисмутогви у нас находился 51 больной, в том числе с первичным сифилисом—3, со вторичным свежим сифилисом—29, с рецидивным—18, с третичным—1. На комбинированном лечении бисмутогви и неосальварсаном нами было проведено 15 больных.

Бледные спирохэты с поверхности склероза и мокнущих папул (прослежено на 15 случаях) исчезали после 4—5 к. с. бисмутогви, т. е. на 4-й—5-й день, причем после 2 к. с. спирохэты были заметны уже в ограниченном количестве, а после 3 к. с. встречались лишь в единичном числе. Таким образом исчезновение спирохэт после бисмутогви происходит значительно медленнее, чем после препаратов *As*. Действие бисмутогви в отношении исчезновения спирохэт с поверхности сифилитических

<sup>1)</sup> Бисмоверол испытан нами всего на 4 больных. Терапевтическое действие его на этом небольшом материале оказалось в общем одинаковым с действием бисмутогви.

эффлюоресценций аналогично действию немецких препаратов. Так, после спиروبисмола спирохэты исчезают через 3 дня, после бисмогена — через 1—2—6 дней.

Количество вводимого нами втечение курса лечения бисмутогви колебалось от 20 до 30 к. с., что соответствует 0,8—1,2 *Bi metal*. Инъекции делались втечение 6—7 недель по 1—2 к. с. Вначале лечения инъекции производились ежедневно, потом с перерывами в 1—2 дня.

Клинические явления под влиянием лечения бисмутогви исчезали весьма быстро, — эпителиализация склероза начиналась уже после первых инъекций препарата, полное же рассасывание его отмечалось после 7—12 к. с.; слизистые папулы полости рта пропадали после 4—6 к. с., мокнущие папулы на половых частях и около заднепроходного отверстия после первых инъекций препарата становились суше и плосче, принимая синевато-фиолетовый оттенок, а после 5—8 к. с. от них оставались лишь пигментные пятна. Гипертрофические папулы рассасывались медленнее. Исчезновение розеолезных высыпаний и папулезных эфлюоресценций в области туловища и конечностей отмечалось только к середине курса лечения. Сифилитические железы медленно уступали действию *Bi*, — только к концу курса они приходили к норме. Таким образом в первые три недели после начала лечения исчезали клинические проявления, особенно заразного периода сифилиса. В случаях, проведенных на смешанной терапии бисмутогви и неосальварсаном, все клинические явления исчезали значительно быстрее.

Под влиянием терапии общее состояние больных быстро улучшалось. Увеличение веса их на 0,4—4,6 кило отмечалось в 63%, уменьшение веса (от 0,4 до 3,2 кило) — в 27%, неизменным вес остался в 10%. В части случаев мы имели вначале небольшое падение в весе, а к концу лечения — увеличение. При смешанной терапии увеличение веса наблюдалось нами в 62%, уменьшение — в 38%. Применение мелких доз, в 1 к. с., втечение всего курса давало лучшие результаты в смысле увеличения веса, чем дозы в 1,5—2 к. с.

Повышение  $t^{\circ}$  до 37,2—37,5<sup>0</sup> в первые дни инъекций наблюдалось нами в 80% случаев, в особенности при свежих сифилидах. Одновременно с этим отмечалась и головная боль. Реакция Нерхеимег'а наступала медленно, держась 3—4 дня. Из общих жалоб следует остановиться на отмечавшихся иногда сухости в глотке, металлическом вкусе во рту и чувстве тяжести в области живота после первых инъекций. В нескольких случаях у больных наблюдались запоры. Инъекции бисмутогви были несколько болезненны, причем иногда инфильтрат без воспалительных явлений держался долгое время. В одном случае, проведенном амбулаторно, нам пришлось прервать лечение бисмутогви, так как после каждой инъекции развивался инфильтрат с образованием абсцесса.

Наиболее частым явлением во время лечения бисмутогви следует считать образование вισμούтовой каймы (60%). Гингивиты отмечались в 12%, сопровождалась разрыхлением десен, болезненностью при жевании, foetor'ом ex ore. Стоматиты наблюдались в 4%, с язвенным распадом на боковых поверхностях слизистой щек и языка, яркого синевато-фиолетового окрашивания, дававшие сильную болезненность и долго державшиеся. Вισμούтовая кайма наблюдалась, главным образом в области десен нижних резцов, в первые две недели после начала лечения. Гин-

гингивы и стоматиты выступали в середине и к концу курса лечения, а иногда и через некоторое время после окончания висмутовой терапии.

Токсические явления со стороны почек, несмотря на большое количество введенного препарата, носили доброкачественный характер. Только в 2 случаях, при одновременном присутствии белка, в моче отмечались в осадке гиалиновые и зернистые цилиндры. Наблюдаемые во время лечения токсические явления со стороны кожи носили временный характер. В одном случае после 2 к. с. бисмутогви у больного появилась сыпь уртикарного характера, не сопровождавшаяся зудом; после небольшого перерыва в лечении сыпь исчезла. В другом случае после 13 к. с. препарата в области груди появились высыпания величиной в булавочную головку, несколько возвышавшиеся над уровнем кожи.

Действие бисмутогви на реакцию Wassermann'a оказалось слабее действия препаратов мышьяка: мы наблюдали изменение реакции к концу курса лечения из положительной в отрицательную в 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ослабление реакции в 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, неизменной осталась реакция в 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. По данным Weckesser'a при комбинированном лечении (Bi и Neos) реакция осталась положительной в 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при висмутовой терапии — в 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Таким образом бисмутогви является сильно действующим антисифилитическим средством, которое должно оцениваться выше препаратов ртути, но слабее препаратов неосальварсана.

Следующий, испытанный нами, препарат — биохинол был применен нами в 45 случаях: в 1 случае первичного сифилиса, 11 — вторичного свежего, 18 — рецидивного и 15 — третичного. Количество вводимого за курс препарата колебалось от 30 до 40 к. с., что соответствует 0,6—0,8 Bi metal. Инъекции препарата делались большей частью ежедневно по 1 к. с. или по 2 к. с. через день. Спирохэты с поверхности склероза и папул исчезали после 4—6 к. с. препарата. Отмечалось также быстрое исчезновение слизистых и мокнущих папул: после первых инъекций биохинола последние становились суше и плосче, а после 5—9 к. с. рассасывались, обычный же папулезный сифилид уступал лечению медленнее.

Что касается действия препарата на проявления гуммозного периода, то быстрота рубцевания язвенных поверхностей, оказалось, зависит от характера поражения: поверхностный узловатый язвенный сифилид в наших случаях рубцевался при введении 10—15 к. с. препарата, причем после первых инъекций его отмечалось усиление отделяемого с поверхности язв, после 4—6 к. с. язвенная поверхность очищалась и гранулировалась, площадь ее быстро уменьшалась, и на третьей неделе после начала лечения наступало рубцевание. Язвы глубокого узловатого сифилида труднее и медленнее поддавались воздействию биохинола. — язвенная поверхность уменьшалась в объеме (на 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) лишь к концу лечения, а полное рубцевание язв наступало большей частью через 2—4 недели после окончания курса. В 2 случаях не вскрывшиеся гуммозные узлы под влиянием терапии полностью рассосались. Таким образом мы могли констатировать быстрое действие биохинола на заразные проявления сифилидов и благоприятное действие его при третичных формах.

Действие биохинола на реакцию Wassermann'a оказалось слабее такового же препаратов бисмутогви, — переход из положительной реакции в отрицательную наблюдался к концу лечения только в 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Из общих явлений следует отметить повышение t<sup>0</sup> до 37,4<sup>0</sup> при свежих сифилидах после первых инъекций препарата. Общее состояние

больных при лечении биохинолом быстро улучшалось. Увеличение веса больных на 0,6—7,2 кило наблюдалось в 70%, уменьшение на 0,2—1,6 кило—в 30%.

Из явлений со стороны желудочно-кишечного тракта в 3 случаях отмечался запор—после первых инъекций биохинола, а в 4 случаях—понос, в том числе один раз после 4 к. с. препарата, остальные разы—в середине и к концу лечения; под влиянием t-гае ории эти явления быстро исчезли. Висмутовая серо-фиолетовая кайма имела место в 56%, причем она появлялась во вторую половину курса лечения и держалась 1—2 месяца. Развивалась она вначале у краев резцов, на нижних деснах, а к концу лечения были заметна и на верхних. Образование подобной каймы противопоказанием к дальнейшей терапии не служит. В 4 наших случаях появился к концу лечения биохинолом гингивит, сопровождавшийся болезненностью десен при жевании и припуханием подчелюстных желез.

Осложнений со стороны кожи при лечении биохинолом мы не наблюдали. Исключение составляет лишь следующий случай: в 1924 г. мы наблюдали больную с тяжелым, распространенным дерматитом после смешанной ртути-сальварсанной терапии; в 1925 г. в этом случае было приступлено к повторному лечению, но после первой же инъекции ртути у больной опять появился дерматит; в дальнейшем применялся биохинол, который больная перенесла хорошо; но во время повторного курса лечения биохинолом у ней появился, после 6 к. с. препарата, ряд эфлоресценций папулезного характера в области лица, фиолетово-красного цвета; после 7 к. с. препарата высыпания выступили еще ярче, сопровождаясь явлениями отека в области нижних век. Этот случай подтверждает имеющиеся наблюдения, что у больных, перенесших дерматиты после ртути и мышьяка, часто появляются осложнения со стороны кожи и после висмута. Второй случай дерматита наблюдался нами у одного истощенного больного после применения 2 к. с. биохинола,—на верхних и нижних конечностях и в области живота появились эфлоресценции различной величины и формы, сливного характера, фиолетово-красного цвета; высыпания эти сопровождались небольшим повышением  $t^{\circ}$  и зудом, исчезли они в течение недели с последующим шелушением и оставлением пигментации.

Биохинол был применен нами, между прочим, в ряде случаев, где были противопоказаны ртуть и мышьяк, причем результаты терапии были также положительные. В одном случае у больной к концу курса лечения ртутью и неосальварсаном появилась желтуха; через 2 месяца больная эта явилась для повторного курса с папулезным сифилидом в области гениталий; реакция v. d. Bergh'a положительная; лечение биохинолом больная перенесла без осложнений. В 2 других случаях, упорно-серопозитивных, с сифилитическим поражением печени (у больных было проведено большое количество курсов Hg и Neos), под влиянием биохинола улучшилось общее состояние больных, значительно изменились клинические явления со стороны внутренних органов, реакция Wassermann'a перешла в слабо-положительную. К этому следует присоединить еще ряд наблюдений, свидетельствующих, что больные вообще лучше переносят биохинол, чем препараты ртути.

Картина крови при терапии сифилиса солями Vi изучалась многими авторами. Betz находит, что в начале инъекций Vi изменяется количество нейтрофилов и эозинофилов, к концу же лечения наблю-

дается лимфоцитоз. Повышенный лейкоцитоз объясняется токсическим действием препаратов В<sub>i</sub>, лимфоцитоз—аллергией. Красные кровяные шарики, уменьшаясь в количестве в первые дни инъекций, к концу курса приходят к норме. Мы исследовали изменения крови в 14 случаях свежего и рецидивного сифилиса, где было применено лечение биохинолом; количество красных кровяных шариков уменьшилось после первых инъекций биохинола у всех больных, причем в 9 случаях к концу лечения мы имели увеличение числа эритроцитов, а в 5 количество их уменьшилось. Лейкоцитоз вначале лечения наблюдался нами во всех случаях. К концу лечения увеличение количества белых кровяных шариков осталось у 10 больных, за счет увеличения числа лимфоцитов.

Особенно важно отметить хорошие результаты при применении биохинола у детей (15 случаев). Дети до 5 лет получали у нас от  $\frac{1}{8}$  до  $\frac{1}{4}$  дозы взрослого, от 5 до 8 лет— $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ , от 8 до 12 лет— $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  дозы. Общее состояние детей при такой терапии быстро улучшалось, клинические явления сглаживались.

На смешанном лечении биохинолом и неосальварсаном нами было проведено 25 больных, причем у них можно было констатировать более быстрое исчезновение клинических явлений, чем при лечении одним биохинолом, особенно в случаях с гипертрофическими папулами и при глубоких язвенных сифилидах.

Судя по клиническим наблюдениям других авторов и на основании вышеизложенного следует признать, что русские препараты висмута не уступают по своему терапевтическому эффекту идентичным заграничным препаратам.

Что касается вообще вопроса о применении висмута при сифилисе, то, по нашему мнению, вопрос этот должен становиться не в плоскости замены ртути или мышьяка, а в обогащении арсенала противосифилитических средств новыми, сильно действующими препаратами. Проблема терапии сифилиса еще далека от своего разрешения. Только совокупность ряда факторов, как поднятие неспецифического иммунитета и правильная комбинация противосифилитических средств, приблизит нас к разрешению задач терапии лues'a.

Сифилитический процесс возбуждает в тканях образование лимфоцитарных инфильтратов, и цель всякой терапии, в том числе и висмутовой,—уничтожить спирохеты и помочь борьбе липолитических лимфоцитов против липоидных антигенов. Чтобы препараты В<sub>i</sub> действовали, необходимо, чтобы они превращались в белковые соединения, которые, по Se i, трансформируются через сыворотку крови и красные кровяные шарики.

На основании наших клинических наблюдений мы должны прийти к заключению, что препараты висмута занимают среднее место между ртутью и неосальварсаном. Висмутогни, как и бисмоверол, следует употреблять только у крепких больных, биохинол хорошо переносится всеми больными. Вследствие того, что токсические явления со стороны почек и полости рта к концу лечения усиливаются, в связи с увеличением количества выделяемого висмута, интервалы между инъекциями во вторую половину курса следует удлинять. Все осложнения, которые мы встречаем при висмутовой терапии, требуют особого внимания, главным образом со стороны исследования почек. Исследования мочи больных на присутствие белка недостаточны,—требуется исследование центрифугата на форменные элементы и висмутовые клетки.

## Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

### Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на современную хирургическую науку<sup>1)</sup>.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Уважаемое собрание! Вам известны, конечно, те поразительные успехи, которых достигла современная хирургия. И действительно, в настоящее время эта отрасль знания по справедливости является гордостью медицины и ее лучшим украшением. В настоящее время не существует почти ни одного уголка в человеческом теле, на который не простиралось-бы искусство хирурга. Современная хирургия захватывает в свои владения все новые и новые органы, отвоевывая все большие и большие области внутренней медицины. Мы видим, что в своем великом поступательном движении хирургия постепенно вовлекает в сферу своего влияния целый ряд заболеваний, входивших ранее исключительно в область внутренней медицины, как некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта, желчных путей, легких и т. д. Мы видим, что даже те органы, которые еще так недавно считались недоступными искусству хирурга, начинают подлежать хирургическому вмешательству. Таким последним неприкосновенным органом, на который долго не посягала рука хирурга, является сердце. Но и „сердце,—говорит Kocher,—это безноконный и капризный орган, не могло устоять пред успехами хирургии и вместе с тем это—последний орган человеческого тела, который вошел в круг планомерной хирургической терапии“.

Целый ряд препятствий долгое время мешал развитию хирургии сердца. Болезнь оперировать на сердце, как на центральном органе кровообращения, целый ряд технических затруднений, как сложность оперативного доступа, возможность повреждения соседних органов, неудобство оперирования на движущемся органе, страх перед осложнениями в виде кровотечений, возможности вхождения воздуха в полость сердца и в венечные сосуды, опасности тромбоза, пнеймоторакса, инфекции и пр.—все это создавало целый ряд непреодолимых затруднений для оперативного вмешательства на сердце и содействовало тому, что хирургия сердца развивалась в высшей степени медленно. Только с развитием общего прогресса хирургии, с усовершенствованием оперативной техники, с введением пневматических камер и инфляционного метода Meltzer-Luer'a, а также вообще с расширением наших знаний о патологии сердца, мало по малу начинают отступать на задний план причины, задерживавшие развитие хирургии данного органа, и за последние десятилетия хирургия сердца начинает завоевывать права гражданства, находясь все же и сейчас в эмбриональной стадии своего развития и далеко не сказав еще своего последнего слова<sup>2)</sup>. Но уже и те перспективы, которые намечаются в данной области в настоящее время, представляют настолько много захватывающего интереса, что может быть бесполезно остановиться, хотя-бы в нескольких кратких словах, на этой странице современной хирургии.

Интерес к хирургии сердца впервые пробудили у врачей *травматические повреждения этого органа*. Уже с давних пор имелось стремление узнать и

<sup>1)</sup> Речь произнесенная в годичном заседании Общества Врачей при Казанском Университете 27 января 1927 г.

<sup>2)</sup> Нельзя при этом не отметить того деятельного участия, которые принимали русские хирурги в развитии хирургии сердца. Имена Цейдлера, Грекова, Напалкова, Гессе, Цеге-фон-Мантейфеля, Джанелидзе, Опеля, Тихова, Войнич-Сяноженцкого и др. навсегда будут связаны с этим отделом современной хирургии.

в течение долгого времени обсуждался вопрос, могут ли раны сердца излечиваться самопроизвольно, или же они всегда заканчиваются смертью. В старой медицине в течение продолжительного времени держался взгляд, что всякая рана сердца смертельна, и человек с ранением этого органа немедленно погибает. „*Vulnere corde homo vivere non potest*“,—говорит *Fallopi*. *Ambroise Paré* первый описал случай ранения сердца, не сопровождавшийся немедленной смертью,—раненый мог даже преследовать врага. На основании некоторых наблюдений подобного же рода постепенно стал устанавливаться взгляд, что не все повреждения сердца непосредственно и наверное ведут к смерти, что также было подтверждено случайными находками на вскрытиях, при которых находили зарубцевавшиеся раны сердца, а также экспериментами на животных. Первое подобное наблюдение, относящееся к началу XVIII века, принадлежит *Sanctorius*’у, который панес укол в сердце кролику, после чего тот жил в течение нескольких месяцев.

В последующий период времени эксперименты подобного рода повторялись неоднократно. Таким образом с течением времени вопрос о возможности самопроизвольного излечения ран сердца получил положительное разрешение. *Fischer*, в 1868 г., на основании собранного им материала, обнимающего 452 сл. поврежденных сердца, мог установить, что при ранениях сердца в 11% случаев раны сердца могут излечиваться самопроизвольно<sup>1)</sup>. Приходится только удивляться, что подобные больные, даже с тяжелыми проникающими повреждениями сердца, иногда оставались в живых еще довольно продолжительное время. *Kerr* собрал из американской литературы 64 подобных случая с продолжительностью жизни больных от 55 дней до 40 мес. *Woghard*’т получил выздоровление в одном случае ранения сердца и легкого у 12-летнего мальчика, который, при падении с дерева, проткнул себе грудь о железную изгородь. *Köplein* наблюдал револьверное повреждение правого желудочка, перегородки сердца, стенки левого желудочка, передней и задней стенок нисходящей аорты, причем с этими повреждениями больной жил еще в течение 9 дней.

Наиболее часто хирургам приходится иметь дело с колотыми и колото-резаными, а также с огнестрельными ранами сердца. Так, напр., по статистике *Джана* и *Дзе*, обнимающей 535 сл. сердечного шва при повреждениях сердца, в 72,7% дело шло о колотых и резаных ранах, в 24,8%—об огнестрельных ранах, в 1,8%—о колотых ранах и в 0,5%—о ранах рваных. В громадном большинстве случаев раны сердца являются проникающими в его полость.

Главная опасность сердечных ранений заключается в кровотечении, от которого и погибают такие субъекты. В тех же случаях,—как это особенно бывает при небольших колото-резаных и колотых ранах сердца, где рана грудной стенки невелика, и сдвигающиеся вокруг нее ткани препятствуют излиянию крови наружу,—непосредственная опасность кровотечения отступает на задний план, но создается другая опасность, а именно, сдавление сердца кровью, излившейся в околосердечную сумку. Это явление, известное еще современ *Morgagni*, было отмечено особенно *Rose*, давшего ему клиническое обозначение „сердечной тампонады“ и рекомендовавшего производить в таких случаях облегчающую инцизию сердечной оболочки. Сердечная тампонада уже сама по себе представляет очень опасное явление, так как может быстро повести к остановке сердца. По современным нашим воззрениям опасность ее заключается в общем давлении скопившейся крови на сердце, главным же образом в давлении ее на большие, впадающие в сердце вены, сжатие которых ведет к прекращению функции сердца. При этом следует отметить, что одновременное ранение плевры, имеющее место в громадном большинстве случаев ран сердца, оказывает до некоторой степени спасительное влияние на подобных больных, предупреждая тампонаду сердца тем, что дает выход крови из полости околосердечной сумки в обширную полость плевры.

Симптоматология сердечных ранений чрезвычайно сложна. Следует в настоящее время признать, что абсолютно-типичной картины ранения сердца не существует, так как повреждения других соседних органов, как легких и плевры, а. *mammariae internae*, а иногда и межреберных артерий, могут давать клиническую картину, аналогичную картине ранения сердца. Субъективные ощущения (чувство страха, боли и чувство давления в сердечной области) при ранах сердца непостоянны. Так же непостоянны и объективные явления. В громадном большинстве

<sup>1)</sup> По статистике *Simona* самопроизвольное излечение при повреждениях сердца наступает в 10%—15%.

случаев налицо имеется картина тяжелого внутреннего кровотечения, причем в диагностическом отношении важно постоянно нарастающее ухудшение общего состояния. Одновременно существующие гемоторакс и пнеймоторакс могут прикрыть и сместить сердечную тупость. Акустические явления при ранах сердца также далеко не всегда дают определенные результаты, так как аналогичные же явления могут наблюдаться и при гемопнеймотораксе. Расположение наружной раны имеет также лишь относительное значение. Наружная рана при ранениях сердца может располагаться в очень широких пределах, со II до VIII ребра и от левой аксиллярной линии до правой мамиллярной, находясь нередко вне пределов проекции фигуры сердца на наружной поверхности тела, между тем как многие раны, лежащие в области проекции сердечной фигуры, не проникают в сердце. Röntgenовское исследование в тяжелых случаях недопустимо и может быть рекомендовано только главным образом при слепых огнестрельных ранениях. В общем же, как это правильно и указывается (Гессе), место больного со свежим ранением сердца—в операционной комнате, а не в Röntgenовском кабинете.

Таким образом следует признать, что вообще мы не имеем ни одного вполне верного признака, который мог-бы указывать на ранение сердца, и распознавание ран последнего возможно только на основании оценки совокупности всех, имеющих у больного, явлений, причем всякое постепенное нарастающее и угрожающее внутреннее кровотечение при ране грудной клетки является показанием для немедленного оперативного вмешательства. Чем раньше предпринято оно при ране сердца, тем более имеется шансов на успех операции.

Оперативному лечению подлежат главным образом раны сердца, нанесенные острыми орудиями. Огнестрельные ранения для хирургического вмешательства менее благоприятны вследствие обширности и тяжести побочных повреждений. Подкожные повреждения сердца, причиняемые действием тупого насилия, обычно не подлежат операции, хотя и здесь возможно вмешательство, предпринимаемое по поводу кровоизлияния в полость перикарда (Mansell-Moulin).

Хирургическое вмешательство на сердце при его ранениях заключается в наложении на рану сердца шва. Block впервые, в 1882 г., произвел ряд опытов на животных с целью выяснения возможности зашивания ранений сердца и пришел к выводу, что наложение швов на раны сердца у кроликов и собак представляет операцию вполне возможную и надежно останавливающую кровотечение. Через 3 года подобные же опыты были повторены Филипповым, а затем и другими (Del Vecchio, Сабаневым, Salomoni), в виду чего некоторые хирурги (Chalot, König и Rüdiger) стали высказываться в пользу возможности наложения шва и на человеческое сердце при его ранениях. В 1896 г. эта операция и была почти одновременно выполнена на людях Farina, Carrel'ом и Rehn'ом. В случаях Farina и Carrel'а больные погибли, больной же Rehn'a выздоровел. Это был первый случай успешного наложения сердечного шва, составивший целую эпоху в хирургии сердца и побудивший целый ряд хирургов прибегать к подобному же оперативному вмешательству. В настоящее время казуистика сердечного шва насчитывает уже несколько сотен случаев. Так, Джанелидзе, до 1921 г., мог собрать 535 сл. шва сердца, наложенного 378 хирургами, причем первое место здесь занимает Россия (109 случаев шва сердца), затем Германия (103 случая)<sup>1</sup>.

Для обнажения сердца перед наложением шва на него предложены многочисленные методы, в том числе разнообразные способы с образованием и временным откидыванием различным образом выкроенных костно-мышечно-кожных лоскутов<sup>2</sup>). Мысль, положенная в основу этих способов,—выработать метод, пригодный

<sup>1</sup> Следует при этом отметить, что ранения венечных сосудов сердца стали также предметом оперативного вмешательства. Целый ряд хирургов, как Pagestecher, Bircher, Foramiti, Bradburg и др., перевязывали без вредных последствий одну из главных ветвей венечной артерии, большею частью *ramus descendens a. coron. sin.* Constantini (1919) собрал 23 сл. перевязки венечных сосудов с 13 случаями излечения. Джанелидзе (1925) на 43 сл. ранения венечных сосудов (в 41 сл. имелось ранение венечных артерий, главным образом *ramus desc. a. coron. sin.*, и в 2 случаях—ранения вен) отмечает 18 сл. выздоровления и 25 случаев смерти (56%). Чем выше к месту отхождения, корню сердца, ранится сосуд, тем более опасна его перевязка.

<sup>2</sup> Кроме лоскутных способов следует упомянуть о методе обнажения сердца длинным интеркостальным разрезом (Wilms) и путем расщепления грудной



для обнажения сердца при всякого рода его повреждениях,— не может впрочем считаться правильной. Нет такого метода, который был-бы удобен для всякого повреждения сердца. Следует приспособляться к каждому случаю в отдельности, обнажая сердце наименее травматичным, но в то же время наиболее простым и быстрым способом. Наиболее правильным при свежих ранениях сердца следует считать принцип индивидуального послойного расширения раны с резекцией ребер, выдвигаемой в особенности Обуховской больницей, имеющей первый в мире материал по количеству ранений и шва сердца. Экстраплевральное обнажение сердца, являющееся хирургическим идеалом, на практике, при свежих ранениях сердца, в большинстве случаев неприменимо, почему приходится прибегать к чрезплевральной перикардиотомии. Принцип окончательной резекции ребер при ранах сердца, выдвигаемый Грековым (а позже Гессе и Жанелидзе), является вполне целесообразным, так как с резекцией ребер уничтожается неподатливость грудной стенки в области соответствующих ребер, создается «профилактическое окно», закрытое только мягкими тканями, что облегчает дальнейшую работу сердца, представляя прекрасный предохранительный прием против последствий адгезивного медиастино-перикардита, могущего развиться после ранения сердца<sup>1)</sup>.

Далее весьма важным моментом операции при ранении сердца является остановка кровотечения из сердечной раны, которое, при наличии большой раны, может быть настолько сильно, что больной погибает на операционном столе или в ближайшее время от потери крови. Остановка кровотечения в некоторых случаях более или менее удовлетворительно достигается зажиманием или сдавливанием кровотока раны сердца пальцами. При сильном кровотечении некоторые хирурги сжимают сердце рукой, другие, захватив сердце, вытягивают его наружу и перегибают через край грудной кости. Реhn считает более целесообразным для остановки кровотечения производить кратковременное сдавливание нижней и верхней полых вен или правого предсердия пальцами.

Вполне надежная остановка кровотечения достигается путем сердечного шва. Трудность наложения последнего обуславливается тем, что шов приходится накладывать на движущиеся органы,— тем более, что при ранениях сердца имеет место сильное учащение сердечных сокращений, которые ктому же имеют неправильный характер. Кроме того, при существовании пнеймоторакса, при наличии которого и приходится нередко оперировать, сердце западает назад и является мало доступным. Некоторые хирурги для удобства наложения шва захватывают сердце инструментами, что нельзя признать, однако, допустимым. Наименее травматичным способом является подтягивание за края околосердечной сумки, благодаря чему сердце приближается к грудной ране<sup>2)</sup>. Нахождение раны на сердце облегчается тем, что подобные раны располагаются преимущественно на передней стенке сердца.

Наложение шва на сердце должно производиться по возможности *in situ*, не прибегая к вытягиванию сердца. Шов можно накладывать, не считаясь с тем, находится ли сердце в данный момент в систоле, или в диастоле. По наложению первого шва не следует обрезать его концов, легкое потягивание за которые может облегчить наложение дальнейших швов. Швы накладываются тонкими круглыми иглами, из тонкого шелка, причем наиболее целесообразно применять узлова-

кости (Rehn, Duval-Barasty). Несомненно, что большое значение для успеха операции имеет применение пневматической аппаратуры, предупреждающее образование пнеймоторакса, при необходимости широкого вскрытия плевры. Кроме того применение повышенного давления в легких облегчает и выполнение операции при наличии пнеймоторакса, приближая сердце к грудной ране и делая его более доступным (при полном пнеймотораксе сердце западает назад, и доступ к нему является более затруднительным).

<sup>1)</sup> По данным Жанелидзе (535 сл. шва сердца) для наложения шва на сердце всего чаще применялось послойное расширение раны с окончательной резекцией ребер (52,4%), лоскутные методы были применены в 41,7% сл., интракостальный разрез— в 3,2%, продольное расщепление грудины— в 3,2% и трансдиафрагмальная перикардиотомия— в 0,4%. При лоскутных способах излечение наступило в 41,6%, при окончательной резекции ребер— в 46%.

<sup>2)</sup> При возможности пользоваться пневматическими приборами, повышение внутрилегочного давления и раздувание при этом легких также приближает сердце к грудной ране.

тые швы. Не следует очень туго затягивать лигатуры во избежание прорезывания швов, что особенно легко возможно при алкогольном сердце. При операции должно быть обращено внимание на сопутствующие повреждения других органов (легких и пр.), при наличии которых следует применить соответствующее вмешательство. Глухой шов плевры и околосоердечной сумки заслуживает предпочтения и дает лучшие результаты. Рана в сердечной мышце всегда заживает посредством соединительнотканного рубца, ценность которого, по сравнению с нормальной тканью сердечной мышцы, несравненно ниже. После зашивания сердца даже и при условии своевременного оперативного вмешательства может наступить смерть вследствие образования тромба на месте шва с последующей эмболией или вследствие разрыва на месте рубца, а также, особенно часто, от инфекции плевры и перикарда.

Результаты наложения шва на сердце по разным статистикам различны. Так, по данным Tuffier на 305 сл. ранений сердца было 151 сл. выздоровления и 149 сл. смерти (49,66%). По материалу Джанелидзе на 535 сл. шва сердца выздоровление наступило в 44% и exitus letalis—в 56%. Таким образом в настоящее время можно считать, что при наложении шва на сердце излечение наступает приблизительно в 50%, т. е. в половине случаев. Отдаленные результаты шва сердца в тех случаях, где больной перенес операцию, большую частью очень хороши. По данным Джанелидзе на 113 сл. этого рода, прослеженных в течение от 2 мес. до 18 лет после операции, в громадном большинстве случаев (96,5%) последние дали хорошие отдаленные результаты. Приблизительно такие же данные получили Гессе на основании 119 сл. шва сердца с отдаленными результатами; при этом оказалось, что в 80,1% сл. сохранилась полная работоспособность сердца. В целом ряде наблюдений раннее и зашитое затем сердце доказало свою работоспособность при тяжелых испытаниях.—подобные субъекты хорошо переносят тяжелые инфекционные болезни, тяжелую работу, роды и проч.

Существующую казуистику ранений сердца мы можем пополнить следующими двумя собственными наблюдениями:

Случай I. Большой А., 19 лет, нанес себе, с целью самоубийства, скальпелем 2 раны в области V межреберного промежутка, несколько медиальнее lin. mamillaris sin. Через 50 минут после нанесения повреждения произведено нами, под эфирным наркозом, обнажение сердца при помощи образования подковообразного лоскута в области III, IV и V ребер слева, с основанием у грудины. Обнаружена небольшая рана в околосоердечной сумке, haemopericardium, а также haemopneumothorax (плевра вскрыта). При осмотре сердца найдены 2 проникающие сквозные раны, из которых одна располагалась на передней поверхности правого желудочка, вблизи верхушки сердца, другая же на задней поверхности, также вблизи верхушки. При сокращениях сердца из ран выбрасывались струи крови. Наложено три узловатых шелковых шва на обе раны (обнаружено также небольшое ранение диафрагмы, которое тоже зашито). Швы на сердечную оболочку и на лоскут из грудной стенки, который помещен на свое место. Через 26 час. после операции больной погиб от нарастающей слабости сердца.

Случай II. Большой К., 17 л., доставлен с колото-резаной раной груди, нанесенной ему с целью убийства. На палец ниже левого носка и несколько кнутри от него имелась рана сант. в 4 длиной. Через 1/2 часа после доставления в клинику <sup>1)</sup> (через 4 1/2 ч. после ранения) нами произведено обнажение сердца путем углового разреза вдоль края грудины и VI ребра с резекцией хрящей V и VI ребер на протяжении около 10 сант. Обнаружена рана плевры и перикарда, а также гемоперикард. Найдена рана около 3 сант. длиной на передней поверхности левого желудочка вблизи ramus desc. a. coronariae sin., сильно кровотокающая. На нее наложено 2 шелковых шва. Во время операции, при попытке осмотреть заднюю поверхность сердца, произошла почти полная остановка его сокращений. В сердечную мышцу впрыснуто несколько капель адреналина (1:1000), после чего деятельность сердца возобновилась. Шов сердечной оболочки и плевры. В ближайшие дни пульс 106—120, дыхание около 50, t° 37,2°—38,4°. Явления бронхопневмонии и левого гемопневмоторакса. Exitus letalis через 3 суток и 6 час. <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Оба случая оперированы в Хирургической клинике Казанского Гос. Института для усоверш. врачей.

<sup>2)</sup> Аутопсия, произведенная в обоих случаях, не прибавила ничего особенно нового к клиническим данным. Со стороны сердца были констатированы повреждения, найденные при операциях.

Ближайшее отношение к сердечным ранениям имеют *инородные тела в сердце*.

Наиболее часто встречаются в последнем иглы и пули, более редко—булавки, гвозди, куски проволоки, тростника, костяные зубочистки, отломки ножей, троакаров и проч. В большинстве случаев инородные тела проникают в сердце через передсердную область грудной клетки, попадая туда случайно или при попытках к самоубийству и убийству; в редких случаях возможно проникание инородных тел в сердце со стороны пищевода и дыхательных путей, а также эмболическим путем (посредством тока крови).

Важно при этом отметить тот факт, что инородные тела в известных случаях могут вживать и оставаться продолжительное время в сердце как у животных, так и у человека. Так, указывается, что мясники иногда встречают в сердце свиней куски палок, вжившие в мышечной массе сердца. Также охотники при свеживании убитых медведей нередко встречали в сердце зажившие пули. Экспериментальные исследования (Тихов, Оппель, Носкег и др.) определенно показали относительную выносливость сердца к инородным телам и возможность вживания в нем инородных тел без наличия каких-либо растройств. Нам самим приходилось видеть неоднократно, при экспериментах на кроликах и собаках с введением им в сердце игол, что животные продолжительное время после этого жили без всякого нарушения их здоровья.

Что касается людей, то при вскрытиях неоднократно находили в сердце инородные тела (пули, булавки и проч.). В одном случае Stephenson'a была найдена в сердце осумкованная пуля, оставшаяся там 11 лет. В случае Beers'a у одного солдата пуля оставалась в сердце 37 лет. Venard при вскрытии одной женщины нашел в толще мышц правого сердца у ней гвоздь длиной в 6 сант. Trendelenburg собрал из литературы 19 сл. длительного пребывания пуль в сердце, а Fischer—47 сл. инородных тел сердца и сердечной сумки.

Небезинтересно отметить, что некоторые инородные тела, попавшие в полость сердца, особенно пули, имеют наклонность в известных случаях переноситься с током крови в артерии. Так, напр., в сл. Müntzaler'a пуля из левого желудочка была перенесена затем током крови в aorta ascendens, в сл. Schlosser'a пуля из левого желудочка попала в art. subclavia, откуда и была вынута, в сл. Morgenstina пуля из правого желудочка передвинулась в art. pulmonalis, в набл. Rubesch'a, а также Сергиевской, пуля из левого желудочка была перенесена в art. femoralis d., откуда и была извлечена, и т. д. В других случаях наблюдалось передвижение пуль в сердце из больших вен—vena cava inf., v. pulmonalis, v. femoralis и пр.

По данным Paul'a Delbet (1917) известны 115 сл. инородных тел сердца, из которых в 70 сл. таковыми были пули и осколки снарядов. По статистике Zesaga в литературе описано 118 сл. инородных тел сердца, куда относятся иголки, булавки, пули, гвозди и пр., причем в 90 сл. инородные тела проникли через грудную стенку, в 12—через пищевод, в 4 занесены током крови и в 1 тело проникло через дыхательные пути.

Весьма важным вопросом является вопрос об оперативном вмешательстве при инородных телах сердца. По отношению к иглам, сравнительно нередко попадающим в сердце, следует сказать, что предсказание при них неблагоприятно. Так, Loison отмечает среди 23 подобных случаев, где не было произведено извлечения иглы, в 19 сл. смертельный исход. Поэтому настоятельно необходимо рекомендовать извлечение всякой иглы, попавшей как в околосердечную область, так и в само сердце, определив предварительно возможно точно положение иглы Röttge и П'овским исследованием.

Более массивные инородные тела, как обломки ножей, кинжалов и пр., напротив, ни в коем случае не следует извлекать немедленно, а необходимо оставлять их в сердце до тех пор, пока больной не будет помещен в соответствующую обстановку, позволяющую произвести оперативное обнажение сердца и немедленное зашивание раны сердца после извлечения подобного инородного тела. Следует помнить, что такие инородные тела, как отломки ножей, кинжалов и пр., фиксируясь в сердце, в то же время тампонируют рану, а как только подобный отломок будет извлечен без указанных правил (т. е. без обнажения сердца, позволяющего тотчас остановить кровотечение из раны), наступает ужасающее кровотечение со смертельным исходом, примеры чему имеются как в старой, так и в новой истории хирургии.

По отношению к пулям и осколкам снарядов, попавшим в сердце, приходится различать свежие и старые ранения. При *свежих огнестрельных ранениях сердца*, подвергающихся оперативному вмешательству, встретившиеся в сердце пуля или осколок снаряда должны быть, конечно, удалены. Вопрос же о том, следует ли извлекать пулю или осколки снарядов при *старых ранениях сердца*, должен быть решаем в зависимости от местоположения огнестрельного снаряда в сердце и вызываемых им расстройств. Без достаточно настоятельных показаний предпринимать удаление подобных инородных тел не следует в виду того, что они могут заживать, в известных случаях, в сердце, не нанося явного ущерба жизни больных, а также и в виду тяжести подобного оперативного вмешательства. По данным Джанелидзе (1922) пули, находившиеся в стенке сердца, были определены в 39 сл., из которых оперировано 16, выздоровело 13 и умерло 3. В 23 сл. пули находились в полостях сердца, из этих случаев оперировано 10, выздоровело 7 и умерло 3; из неоперированных 13 больных выздоровело 12 и умер 1<sup>1)</sup>.

Весьма интересной главой хирургии сердца является *оживление сердца* при его остановке, вызванной отравлением хлороформом, а также и другими причинами. Оставляя в стороне и способы, имеющие целью воздействовать на сердце в таких случаях косвенным путем, мы остановимся здесь только на тех приемах, которые имеют своей задачей возбудить деятельность остановившегося сердца путем прямого воздействия на него. Применение этих приемов основано на том факте, что между моментом наступления видимой смерти, с прекращением дыхания и сердцебиения, и моментом действительной смерти существует определенный промежуток времени для различных тканей и органов, в том числе и для сердца, когда непосредственным воздействием на эти органы можно возбудить их к жизни. Физиология дает нам массу примеров проявления жизни органов в мертвом организме. Известен целый ряд наблюдений и экспериментов, установивших, что сердце более или менее продолжительное время может совершать свои сокращения после наступления признаков видимой смерти и даже будучи изолировано от организма. Так, напр., Regnard и Loyer, вскрыв труп одного субъекта, казенного обезглавливанием, через 20 мин. после казни, наблюдали, что движения сердца прекратились только через час., а Rousseau, странным образом, при вскрытии трупа одной казенной женщины мог наблюдать будто-бы движения сердца спустя 29 час. после ее смерти. Богораз видел, как одного мужчину переехало паровозом, причем все внутренности грудной полости были выдавлены наружу, сердце выпало из грудной полости и, лежа на песке, минуты две продолжало сокращаться. Несколько аналогичных наблюдений приводит Fischer.

Способы оживления сердца и основаны на том принципе, что сердце, прекратившее свою деятельность, остается еще в течение некоторого времени возбудимым и может реагировать под влиянием тех или других приемов. Наиболее важными методами непосредственного оживления сердца являются *прямой массаж сердца и внутрисердечные (интракардиальные) инъекции*.

В 1874 г. Schiff и Hake доказали экспериментально на животных, что посредством искусственного дыхания и массажа сердца можно возбудить на несколько часов деятельность сердца, остановившегося вследствие отравления хлороформом. Затем Pflüger сообщил в 1900 г. целый ряд случаев оживления животных путем массажа сердца. Первые попытки применения прямого массажа сердца на людях принадлежат Langenbuch'у (1887) и Niehans'у (1888), а затем Tuffier. В 1901г. Maag сообщил первый случай оживления сердца путем его массажа на более продолжительный промежуток времени (11 час.). В 1903 г. Starling'ом был опубликован первый случай вполне успешного применения массажа сердца у человека (сл. Lane'a). С тех пор некоторые хирурги получали в отдельных случаях от массажа сердца также полный успех. Сущность прямого массажа сердца заключается в том, что обнаженное сердце захватывают рукой и нежно, легко, ритмически сжимают в руке до 60 раз в минуту, подражая фазам систолы и диастолы. Для обнажения сердца могут быть применяемы три пути: грудной (Langenbuch, Niehans, Tuffier), где сердце обнажается тем или другим способом через грудную клетку, чрездиафрагмальный (Maclaigue), при котором производится надчревная лапаротомия, разделяется диафрагма, и сердце захватывается через отверстие в диафрагме, и, наконец, поддиафрагмальный путь (Lane), являющийся наилуч-

<sup>1)</sup> Насколько нам известно, первое извлечение пули из сердца (с исходом в выздоровление) было произведено Цеге-фон-Мантейфелем.

шим, где, после лапаротомии в надчревной области, сердце захватывается рукой через не вскрытую диафрагму. По данным Кулебякина, собравшего из литературы 100 сл. оживления сердца посредством массажа, из которых исход указан в 93 сл., полный успех был получен в 20 сл., переходящий и частичный успех—в 38 сл., полный неуспех—в 35 сл. По данным Lee и Down's'a (1924) из 101 опубликованного случая прямого массажа сердца в 25 сл. была спасена жизнь больных. Среди 23 сл., собранных мною с 1918 г., было 3 успешных случая.

Повидимому, более успешные и ободряющие результаты дает оживление сердца при помощи внутрисердечных (интракардиальных инъекций). Из различных средств, рекомендованных для этой цели (кофеин, строфантин, камфора и пр.), наилучшим является адреналин. Последний возбуждает деятельность сердца, суживая сосуды большого круга кровообращения, и расширяет важные сосуды путем непосредственного влияния на многочисленные симпатические нервные окончания в сердце. Кроме того адреналин одинаково хорошо действует, будет ли он вприснут в сердечную мышцу, или в полость сердца, являясь к тому же, по мнению некоторых авторов, антагонистом хлороформа.

Применение интракардиальных адреналиновых инъекций показано везде там, где остановка сердца не вызвана параличем сердечного центра в продолговатом мозгу. Инъекция должна быть произведена в течение первых 5 мин. после наступления остановки сердца; инъекции, произведенные позже, остаются большею частью без должного действия. Техника их очень проста. Укол производится в IV межреберном промежутке справа или слева от грудины, причем игла вкалывается возможно ближе к грудной кости (дабы не поранить а. mammae), будучи направлена слегка к средней линии на глубину 5-6 сант. Инъекция производится в сердечную мышцу или полость сердца, причем в последнем случае необходимо, путем насаживания в шприц крови, убедиться, что игла находится действительно в полости сердца<sup>1)</sup>. Инъекруют обычно 1—2 к. сант. адреналина (1:1000). После инъекции необходимо применять обычные механические средства для возбуждения деятельности сердца (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца и проч.).

Интракардиальные инъекции на людях были впервые произведены Latzko и Grilem. Опыт последних лет показал, что они во многих случаях дают успех. По данным Petit-Dutaillis (1923) на 25 сл. применения интракардиальных адреналиновых инъекций во всех случаях удалось на короткое или более продолжительное время получить ритмическое сокращение сердца там, где другие способы не дали никаких результатов; из этих 25 сл. в 14 получился полный успех. По данным Новикова из 28 сл. применения адреналиновых инъекций при остановке сердца в 19 наступило полное выздоровление. Petzetakis (1926) упоминает о 43 сл. с успехом в 20 сл. За последнее время интракардиальные инъекции адреналина с успехом применяются также для оживления сердца *при мнимой смерти новорожденных* (asphyxia pallida<sup>2)</sup>. (Окончание в след. №).

<sup>1)</sup> Согласно исследованиям Лисицына место вкола иглы должно видоизменяться в зависимости от типа грудной клетки и возраста больного.

<sup>2)</sup> Из других способов оживления сердца следует упомянуть о внутрисосудистых инъекциях через а. carotis физиологического раствора NaCl и жидкости Locke'a и внутривенных инъекциях адреналина в изотоническом солевом растворе. Нельзя при этом умолчать о весьма интересных опытах, произведенных на трупах людей, где оживление сердца производилось пропусканьем через сердце крови и некоторых растворов. Так, напр. Hédon и Gilis на трупе одного казненного обезглавливанием ввели в аорту, по направлению к сердцу, дефибрированную кровь собаки, после чего тотчас же наступили сокращения сердца, продолжавшиеся в течение 1 ч. 20 м. Аналогичный опыт был произведен Depneske, причем сердце продолжало сокращаться 3 ч. Hering вырезал сердце из трупа мужчины и оживил его на некоторое время через 11 час после смерти, пропуская жидкость Ringera. Кулябко удавалось вызвать биение сердца, вырезанного из трупа 3-месячного ребенка на 2-й день после смерти от воспаления легких, путем пропускания через орган подогретой, насыщенной кислородом жидкости Locke'a (при этом через 20 м. появились сокращения сердца, продолжавшиеся более часа); далее, этому исследователю приходилось неоднократно наблюдать частичные слабые сокращения некоторых отделов сердца (предсердий, ушков) даже через 30 ч. и более после смерти при пропускании через сердце упомянутой жидкости. Cesaris Demel в 1911 г. сообщил о большом количестве удачных опытов с оживлением вырезанного человеческого сердца.

## Рефераты.

### а) Физиология.

101. *Функции периферического сердца.* По данным проф. А. И. Игна-т овского (Врач. Об., 1926, № 12) в настоящее время имеется возможность доказать наличие у сосудов тех же функций, которые характеризуют и сердце: автоматизм раздражения, возбудимость, тоничность, контрактильность и проводимость раздражения. Кровообращение нужно рассматривать, как совокупность действия сердца и сосудов, признавая в то же время функциональную обособленность того и других. Учение о периферическом сердце необходимо понимать в том смысле, что сердце является как-бы динамомашиной для сосудов, последние же являются как-бы нагнетающим насосом кровообращения. Первенствующая роль в периферическом сердце принадлежит артериальной системе, именно, мелким артериям. Венозная система обладает теми же функциями, что и сердце, и в нормальных условиях согласует свою работу с артериальной системой. Роль капиллярной сети в гемодинамике—второстепенная: капилляры в главном—аппарат для процессов обмена между кровью и тканями. Р.

102. *Стоимость элементов человеческого тела.* Проф. Pearl (Нов. Фр. Мед., 1926, № 11—12) вычислил, что тело мужчины весом в 75 кило включает 1) жир в количестве достаточном, чтобы сделать 3 свечи, 2) воду, в которой можно вымыть две простыни, 3) железо для гвоздя в мизинец длиною, 4) извести столько, сколько нужно, чтобы побелить маленькую комнату, 5) серы количество необходимое для уничтожения блох у большой собаки, 6) количество сахара достаточное для утреннего чая. Сделав это вычисление, Р. отправился в лавочку, чтобы узнать, сколько стоят все эти продукты; оказалось—98 центов. Р.

### б) Внутренние болезни.

103. *Экспериментальный артериосклероз.* Nasum, Seegal, Garland и Osborne (Arch. of int. med., 1926; по реф. в Нов. Фр. Мед., 1926, № 11—12), дабы вызвать у животных (кроликов) артериосклероз, вскармливали их пищей с повышенным содержанием азота, а именно, одна группа животных получала животные белки (печень), другая вскармливалась овсом. кролики третьей группы получали сою. У первой группы раньше других развилось повышенное кровяное давление, и выступили типичные артериосклеротические изменения, особенно в аорте и венечных сосудах. У кроликов второй группы гипертензия и артериосклероз наблюдались в более слабой степени, у кроликов же третьей группы они совершенно отсутствовали. Р.

104. *К лечению артериосклероза.* В № 12 «Клин. Мед.» за 1926 г. помещено три статьи, посвященных лечению артериосклероза гиперсолем (видоизмененной сывороткой T g u n e s e k'a, имеющей след. состав: aq. destillatae 100.0, Na chlorati 4.92, Na phosphorici 0.015, Na bicarbonici 0.33, Na sulfurici 0.44, kalii chlorati 0.35). Автор первой статьи, д-р С. Ф. Майков, на основании своих 17-летних наблюдений находит, что применение гиперсола ведет к понижению кровяного давления, уменьшению кислотности крови и повышению жизнедеятельности всех клеток организма; вызываемые артериосклерозом припадки от гиперсола ослабевают, восстанавливаются умственная и половая деятельность. Применять гиперсол. по М., можно или per os (по 1 стол. ложка после еды, 2 раза в день, 4 месяца подряд), или в клизмах, или подкожно, или внутривенно, или—лучше всего—интрамускулярно (в дозе 2.0, первые 10 дней ежедневно, затем через день, пока общее число инъекций не достигнет 50). Автор второй статьи, проф. Н. А. Шилов, пытаясь объяснить действие гиперсола при артериосклерозе, находит, что действие это зависит от нарушения электрокапиллярного и адсорбционного равновесия между стенками кровеносных сосудов и омывающей их кровью в сторону уменьшения и замедления адсорбции солей кальция, как первой стадии отложения их в сосудах. Автор третьей статьи, д-р М. А. Заусайлов, испробовав применение сыворотки T g u n e s e k'a у 61 больного (38—с сердечными заболеваниями, 15—с мозговыми явлениями и 2—с перемежающейся хромотой) нашел, что сыворотка эта оказывает, несомненно, благоприятное действие на склероз сосудов, связанные с ним болезни сердца, стенокардию и зависящие от склероза сосудов мозговые явления. В. Г.

105. *Повышенное кровяное давление и запоры.* Alvarez, Colla и Zim mer man (Arch. of int. med., 1926; по реф. в Нов. Фр. Мед., 1926, № 11—12) оспаривают общераспространенное мнение, что запоры, в силу вызываемой ими аутоинтоксикации, являются одною из причин повышенного кровяного давления. Многочисленные измерения кровяного давления у лиц обоего пола и различного возраста, страдавших запорами, показали, что у мужчин запоры не оказывают ни малейшего влияния на кровяное давление, у женщин же при этом наблюдается даже небольшое понижение последнего. P.

106. *К патогенезу пеллагры.* На основании как наблюдений на людях, так и экспериментальных данных K a r g z a g (Wiener kl. Woch., 1926, № 50) приходит к выводу, что пеллагра,—болезнь, наблюдающаяся при питании маисом и относимая обычно к числу авитаминозов,—представляет собою хроническое заболевание хромофинной системы с периодическими колебаниями, причем в первую голову здесь принимают участие эндокринный железистый аппарат и вегетативная нервная система. P.

107. *Возбудитель затяжного септического эндокардита.* Обследовав бактериологически 21 случай бесспорного endocarditis lenta, Ф. И. Гейлиг (Клин. Мед., 1926, № 12) в 11 случаях выделил стрептококков,—в 9 сл. str. viridans и в 2—str. haemolyticus. Лучшими средами для обнаружения str. viridans в крови автор считает белковые и, в частности, бульон с прибавлением 10% лошадиной сыворотки, причем засев этих сред лучше производить по Freund'y и Berg'e'y, освобожденным от сыворотки сгустком крови. P.

### б) Малярия.

108. *Культуры малярийных плазмодиев.* В. В. Яковлев (Ленигр. Мед. Ж., 1926, № 10) пытался получить эти культуры по методу Bass'a и John's'a, а именно, после приступа брал шприцем Resord'a 10 к. с. крови из v. mediana, быстро переносил ее в градуированную пробирку, на дне которой находилось 0,1 50% декстрозы, и дефибрировал путем помешивания стеклянной палочкой. После дефибрирования палочка со сгустком удалялась, пробирка закрывалась новой стерильной ватной пробкой и ставилась в термостат при 40°—41° С. Для дальнейшего исследования автор пользовался эритроцитами из верхнего слоя осадка, находившегося под столбиком сыворотки,—эритроциты эти осторожно набиралась Pasteur'овской пробиркой, и из них изготовлялись мазки на предметных стеклах. Этим путем автор пытался культивировать плазмодии m. tertianaе и m. tropicae, причем после приступа в красных кровяных тельцах находились лишь молодые шизонты, дальнейшее развитие которых до полного созревания и образования меруляций прослеживалось уже в культурах, причем мазки из последних автор готовил каждые 2—5 часов. Указанные попытки нельзя назвать вполне удачными,—в большинстве случаев этим путем можно было проследить лишь первые стадии развития плазмодиев. P.

109. *Плазмохин, новое средство против малярии.* На 89 Съезде Германских Естествоиспытателей и Врачей, происходившем в сентябре 1926 г. в Дюссельдорфе, проф. Mühlens сообщил (Die Naturwissenschaften, 1926, № 48—49) о результатах лечения малярии синтетически полученным производным хинолина, плазмохином. Последний давался внутрь дозами в 0,02—0,05 в количестве 0,1—0,15 р. die. Лечение проводилось в первые 5—7 дней ежедневно, затем несколько раз с перерывами в 4—5 дней по 3 дня подряд, в общем же в продолжение 4—6 недель. Паразиты малярии, за исключением молодых форм тропической малярии, исчезали из крови в первые же дни лечения; при этом пропадали также полуплунные формы паразита тропической малярии, чем действие плазмохина выгодно отличается от действия хинина. Но количество рецидивов было в первое время довольно значительно: 23 рецидива на 39 случаев, несмотря на сравнительно краткий срок наблюдения больных. Когда же стали применять плазмохин вместе с хинином, количество рецидивов опустилось почти до нуля. Поэтому изготовившая плазмохин фабрика в Эльберфельде теперь выпускает под названием «plasmochin compositum» пилюли, содержащие на 0,01 плазмохина и 0,125 chin. sulfur.; взрослому дают 3 раза в день по 2 таких пилюли. После первых наблюдений в Гамбургском Институте Тропических Болезней плазмохин был испытан на большом числе больных на Балканах, в Италии и Испании с такими же результатами. Дети принимают плазмохин легко, так как он безвкусен, и переносят его в сравни-

тельно больших дозах, напр., до 0,06 p. die в возрасте 3 лет и до 0,1—в 10 лет. У некоторых больных, особенно у невропатических субъектов, наблюдается во время лечения пианоз; докладчик объясняет его действием плазмохина на сосуды и считает это только косметическим недостатком лечения. Плазмохин был применен с успехом и для профилактики малярии (два дня в неделю по 0,09 p. die), а также в единичных случаях пароксизмальной гемоглобинурии и при идиосинкразии к хинину. Наиболее ценным качеством его, повидимому, является его действие на гаметы тропической формы паразита, на которые другие до сих пор известные противомаларийные средства такого действия не оказывают.

Е. Л.

110. *Лечение малярии у беременных хинином.* Чтобы опровергнуть существующее среди врачей мнение, что хининная терапия малярии при беременности угрожает сохранению этой последней, Santón Eliseo (Ber. ii. d. g. Gyn., Bd. XI) опытами на беременных кроличихах показал, что введение 2—4 сантигр. chinini muriciati pro kilo не вызывает аборта. Клинические наблюдения автора показали, что у нелеченных маляричек с легкими формами заболевания аборт наблюдался в 9,7%, преждевременные роды—в 33%, мертворождения—в 50%; при тяжелых формах малярии аборт имели место в 12,5%, преждевременные роды—в 35—50%, мертворождения—в 40—60%, тогда как у леченных хинином аборт и преждевременных родов не наблюдалось. При хронической малярии у нелеченных больных аборт имели место в 16%, преждевременные роды—в 47% и мертворождения—в 50—100%, а у лечившихся хинином—аборт в 1,8%, преждевременные роды—в 21%, мертворождения—в 33%.

Тимофеев.

### г) Хирургия.

111. *Аутоцитотерапия.* Как известно, Макай предложил для лечения холодных и горячих нарывов впрыскивать подкожно собственный гной больных—в количестве 0,25—5 куб. сант. при горячих нарывах и 10—20 куб. сант.—при холодных; впрыскивания повторяются каждый 5-й—7-й день, пока содержимое абсцесса не сделается серозно-кровянистым или бульоноподобным. Испробовав этот метод лечения в 25 случаях холодных и горячих абсцессов, Lutz (Deut. med. Woch., 1926, № 43) пришел к заключению, что, хотя данный метод, возможно, и имеет правильное теоретическое обоснование, но на практике он не оправдывает себя. Автор, правда, не видел от применения его каких-либо тяжелых осложнений, вроде пиэмии и сепсиса, но все же опыт с этим методом заставляет его примкнуть к старому правилу: «ubi pus, ibi evasua».

В. С.

112. *К вопросу о внутривенных вливаниях при кровопотерях.* Н. Д. Перумов (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) считает, что вливание раствора гумми-арабика и капельный метод внутривенных вливаний физиологического раствора поваренной соли, приблизительно, равноценны и превосходят простое однократное вливание физиологического раствора. Практические затруднения при изготовлении растворов гумми, вероятно, заставят, однако, в клинике отдать предпочтение капельному методу вливания солевого раствора. Реинфузия собственной крови дала автору в 2 случаях результаты, превосходшие результаты всех остальных методов.

И. Цимхес.

113. *Оперативное лечение свежих переломов.* Проф. В. Н. Парин (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 24) находит, что оперативное лечение свежих переломов, или остеосинтез, постепенно завоевывает все большее и большее применение в хирургии. Такое лечение является показанным а) при интерпозиции мягких частей, б) при переломах в области суставов, в) при отрывах костных участков, к которым прикрепляются важные в функциональном отношении мышцы или связки, при одновременном повреждении сосудов и нервов, г) в случаях, где другие способы лечения, после 10—14-дневного их применения, оказались несостоятельными, и правильная репозиция отломков не достигнута. Напротив, в детском возрасте, где обычные способы лечения в большинстве случаев дают благоприятные результаты, надо прибегать к оперативному лечению. Производить остеосинтез надо не раньше 6—10 или 10—14 дней, при строжайшем соблюдении правил асептики. При этом сначала производится репозиция отломков, затем они фиксируются тем или другим способом. Наилучшие результаты в настоящее время получаются от скрепления костных отломков пластижкой и винтами (сп. Lane'a и Lambotte'a).

Р.

114. *О хирургическом лечении фиброзных полипов основания черепа.* Проф. Никольский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23), основываясь на



материале в 18 случаев, полагает, что каждый случай полипа основания черепа должен быть в оперативном отношении строго индивидуализирован. Там, где представляется возможность удалить полип через естественные пути, через нос и рот,— последние должны быть использованы в первую очередь. Аутогампонада, т. е. гампонада самой опухолью операционного поля после отсечения ножки полипа, является при этом целесообразной мерой, останавливающей бурное кровотечение. Напротив, перевязка наружной сонной артерии не уменьшает кровотечения в момент удаления полипа основания черепа, а поэтому она является бессильной и излишней травмой. Положение головы по Rose, как мера, предупреждающая затекание крови в дыхательные пути,—способ вполне целесообразный. Впрочем смерть больных при оперировании полипов основания черепа обуславливается не столько кровотечением, сколько параличем сердца вследствие изменений последнего. Хлороформный наркоз при операциях полипов основания черепа должен быть сведен до минимума и лучше заменен местной анестезией. *И. Цимхес.*

115. *К вопросу об удалении инородных тел из пищевода.* Feldman (Zeit. f. N. N. Ohrenheilk., XVI, 4) имея в виду широкую пропаганду эзофагоскопии, снова ставит пред врачебной массой вопрос, следует-ли зондировать пищевод вообще, а тем более там, где имеются эзофагоскопы и эзофагоскописты. Зондирование это является очень опасным методом вмешательства при попадании в пищевод инородных тел,—нередко в результате его получается вклинение тела в стенку пищевода, перфорация его с последующим медиастинитом, воспалением легких, прорывом в трахею, аорту и пр. С другой стороны выносимость пищевода по отношению к инородным телам очень велика, почему больной может долго дожидаться рациональной медицинской помощи. Для иллюстрации своих положений автор приводит описание 3 случаев, из которых в одном больной только на 36-й день после того, как он подавился мясной костью, согласился на эзофагоскопию, кость была удалена, и пациент совершенно оправился; в двух же других применение зондирования пищевода повело к летальному исходу. *С. Яхонтов.*

116. *К методике нефрэксии.* В. П. Вознесенский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) описывает способ фиксации почки при помощи фасции (33 случая). Для этого сначала выкраивается фасциальная лента из широкой фасции бедра во всю его длину, шириною в 3 см. Затем, после обычного обнажения почки поясничным разрезом и вывихивания ее, проводятся 2 параллельных поперечных разреза через фиброзную капсулу почки по передней и задней поверхности средней части ее, капсула же этой области ослабляется тупым путем. Далее производится поднадкостничная резекция XII, XI или X ребра—в зависимости от стояния диафрагмы; в пределах резецированного ребра прошиваются непрерывным швом плевральные синусы и диафрагма. В обшитом месте делается разрез, проникающий в поддиафрагмальное пространство. Концы фасциальной ленты протягиваются под описанные выше лоскуты почечной капсулы, после чего лента четырьмя узловыми швами фиксируется к капсуле и на кортикажах проводится через отверстие в синусе и диафрагме. Концы фасции подшиваются к мышцам спины. Отрицательными сторонами способа являются его сложность и опасность ранения плевры при резекции ребра. Подобное осложнение имело место в одном из случаев автора. *И. Цимхес.*

117. *Опыт хирургического лечения гастроптоза.* Проф. В. Р. Браицев (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) в 8 случаях испытал следующий метод лечения гастроптоза: обычное вскрытие брюшной полости по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка, экстрамукозная пилоропластика, lig. gastro-colicum рассекается в поперечном направлении, mesocolon без натяжения пришивается к передней брюшной стенке в поперечном направлении на уровне концов 10-х ребер. Особенно тщательно рекомендует автор подшивать левую половину mesocolon'a, дабы создать прочную опору для дна желудка и вполне отделить созданное для него вместилище от остальной брюшной полости. Рассеченная lig. gastro-colicum несколькими швами прихватывается к линии прикрепления mesocolon'a. *И. Цимхес.*

118. *Лечение гнойных диффузных перитонитов.* Novak (Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI, N. 3/6) сообщает, что в клинике Petrivalskys'a при лечении диффузных перфоративных перитонитов дренажа не применяют, если инфекционный очаг удален; абсцессы дренируются; антисептических средств тоже не применяют в виду их вредного действия на жизненные свойства эндотелия брюшины, а реко-

мендуется вливание в брюшную полость 50—100 к. с. 3% раствора hydrogenii superoxydati, причем образующаяся пена механически очищает брюшную полость, а выделяющийся кислород производит окисление токсинов; образующееся при отщеплении кислорода тепло вызывает перистальтику кишек и усиливает активную гиперэмию. Henfelder при лечении перитонитов употребляет предложенный G. Meyer'ом vaccinoseriform, представляющий соединение животной сыворотки, вакцин и живых, молочную кислоту образующих бактерий. Wolfsohn, еще в 1918 году предложивший для лечения диффузных гнойных перитонитов вливания эфира, подверг этот метод новой тщательной экспериментальной обработке и разработал новую технику его применения, которая состоит в следующем: в заключение операции брюшная полость промывается соевым раствором, после чего наркоз прекращается, больной из Trendelenburg'овского положения переводится в горизонтальное, брюшная рана широко растягивается крючками, и в нее вливается 30—50 к. с. эфира; после этого выжидают одну минуту, чтобы часть эфира испарилась, и еще раз слегка промывают брюшину 100 к. с. раствора NaCl. Брюшная полость закрывается наглухо, или ставится дренаж в зависимости от случая. Механизм действия эфира еще не вполне ясен. Автор думает, что, вероятнее всего, здесь играют роль не столько бактерицидные свойства эфира, сколько его биологическое действие на сосуды, приводящее к развитию сильной активной гиперэмии.

*А. Тимофеев.*

119. *Послеоперационный ацидоз* (циркуляция в крови резко увеличенного количества солей органических кислот), как показывают новейшие наблюдения, является очень частым осложнением. Так, Березов, Куховаренко и Лифшиц (Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. VIII, кн. 22, 1926), сделавшие наблюдения над 281 больным, констатировали характерную для ацидоза ацетонурию в 43% случаев, независимо от того, была произведена операция под общим наркозом, или под местной анестезией; параллельно имела место гипергликемия (сахар в крови выше 0,17%). Ma y d l (по реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 34) констатирует ацидоз несколько чаще после местной анестезии (в 55%), нежели после общего наркоза (в 30%). O r t (по реф. ibid.), также указывая на большую частоту послеоперационного ацидоза, считает, что хлороформ легче вызывает это страдание, нежели эфир. Ацидоз возникает не только после операций, но, вообще, после всяких травм. По Ma y d l'ю, после травм он наблюдается в 20%. Ближайшей причиной ацидоза является, по видимому, не гипофункция печени, а понижение окислительных процессов в тканях. Клинические симптомы ацидоза колеблются от самых легких, каковы незначительная головная боль и бессоница, до самых тяжелых—тошнота, рвота, сухость во рту, упадок сил и даже смертельная кома. В борьбе с ацидозом весьма действительным средством является инсулин, который применяется многими в сочетании с глюкозой. Березов, Куховаренко и Лифшиц предлагают вводить по 400 куб. см. 5%, глюкозы в комбинации с 10 единицами инсулина внутривенно в следующие моменты: накануне операции, непосредственно перед операцией, после операции и, наконец, на другой день после операции. Последний раз можно вводить один инсулин без глюкозы. При такой обработке больного цитированные авторы наблюдали необыкновенно благоприятное течение болезни даже после очень тяжелых операций.

*М. Фридланд.*

120. *Lumbago*—одно из распространеннейших и, в то же время, одно из наименее изученных страданий. Остен-Сакен (Журн. Совр. Хир., вып. 3—4, 1926) полагает, что под lumbago следует подразумевать поясничные боли с острым началом, с нарушением статической и динамической функций позвоночника, но без других явных изменений. Главнейших форм две: травматическая, наблюдающаяся чаще всего у носителей тяжести, при которой требуется сохранение равновесия („носаки“ из категории деревообделочников), и вторая форма—ревматическая, поражающая преимущественно литейщиков. В основе травматических форм lumbago, по видимому, чаще всего лежит чрезмерное или некоординированное сокращение мышц, причем боли зависят или от первичного одновременного воздействия на нервную систему, или от вторичных в ней изменений, наступающих вслед за повреждением мускулатуры и кровеносных сосудов. В основе ревматических форм прострела лежит утомление мышц, что может обусловить надрывы ее волокон (L o g e n z), коллоидные изменения,—ревматический мюгелоз (S c h a d e, L a n g e, E v e r s b u s c h), или травматизацию межпозвоночных кружков (Z o l l i n g e r). Особенно резко влияние утомления при одновременном воздействии моментов охлаждения,—простуды. Кроме указанных двух главных форм, автор различает

еще lumbago на почве острых и хронических инфекций, а именно, поясничные боли при инфлюэнце, малярии, тифозных инфекциях, гонорее и туберкулезе (туберкулезный ревматизм P o n s e). Предрасполагающий возраст для lumbago—после 30—40 лет, когда (особенно у лиц физического труда) начинается изнашивание позвоночника и, прежде всего, межпозвоночных хрящей, дегенерация и рассасывание которых ведут к характерному старческому кифозу. Поражаются прострелом главным образом мужчины; у женщин типичное lumbago встречается редко, но очень часты пояснично-крестцовые боли, основа которых кроется преимущественно в гинекологической сфере.

М. Фриланд.

### д) *Офтальмология.*

121. *Лечение старческой катаракты.* Kerr, Hosford и Shepardon (Endocrinology, t. 10, № 2) сообщают о своих наблюдениях над лечением старческой катаракт экстрактом из щитовидной железы. Основанием для такого лечения послужило наблюдение Керра, который в 1921 г. подметил, что у одной больной с катарактой, где производилось лечение микседемы вытяжкой из щитовидной железы, помутнение хрусталика исчезло. Авторы сообщают о 28 случаях старческих катаракт, пользовавшихся тиреоидином и находившихся под наблюдением 1—33 месяца. Ясное улучшение наблюдалось при таком лечении в 35,6%.

В. Адамюк.

122. *К лечению трахомы.* W. Meerhoff (Zeit. f. A., 1926, Bd. 59) провел 15 случаев лечения трахомы внутривенными вливаниями 4% раствора аштонии cupro-sulfurici. После 1—2 инъекций больные обычно ощущали большое облегчение всех субъективных расстройств; а после 3—4 инъекций таковые исчезали совершенно. Ощущение постороннего тела, тяжесть век, воспаление глаз, весьма тягостная светобользнь, слезотечение—поддаются этому лечению так, как никакому другому. Отек соединительной оболочки уменьшается уже после третьей инъекции, зерна заметно уменьшаются после 4—5 выпрыскиваний, раппус просветляется день ото дня. Для достижения благоприятных результатов как со стороны век, так и со стороны роговицы, автор проделывал обыкновенно целый курс—до 25 инъекций, причем на каждое выпрыскивание сначала брал 0,5—1,0 куб. с. раствора, а потом доходил до 2 куб. с.

Е. Волженский.

123. *Трепанация роговицы.* E. Seidler (Zeit. f. A., B. 59, H. 12) на основании своего опыта рекомендует применять при ulcus corneae serpens и других прогрессивных абсцессах роговицы трепанацию последней по S o n d e r m a n 'у. Этот метод лечения имеет то преимущество пред расщеплением по S a e m s c h 'у, что при нем удается избежать выпадения радужки. Что касается техники трепанации, то автор придерживался способа самого S o n d e r m a n 'а. После основательной анестезии (он применял 1% тутогалин, вкапывая одну каплю адреналина  $\frac{1}{1000}$ ) в центре абсцесса высверливался ручным трепаном 1-1,5 мм. в диаметре кусочек роговицы так, чтобы он удерживался с одной стороны на мостике; после этого кусочек захватывался ирис-пинцетом и отрезался V e s k e g 'овскими ножницами. Обычно затем под сильным давлением вымывался гипопион, если же последний не выделялся, то автор извлекал его из передней камеры ирис-пинцетом через трепанационное отверстие; впрочем и оставление его не влияло на ход лечения, так как он быстро рассасывался. В первое время автор соединял трепанацию с гальванокаустикой, в дальнейшем же стал ограничиваться одной трепанацией. После операции обильно вкапывался стерильный атропин, оперированный глаз покрывался S n e l l e n 'овской повязкой, и больной укладывался в постель. Через несколько часов камера восстанавливалась, и перфорированное место закупоривалось фибриным сгустком. На следующий день повязка снималась, и применялось повторное впускание атропина, лучше in substantia, чтобы предотвратить ирит и оттянуть радужку из области трепанационного отверстия; хорошие услуги для этого оказывали также подконъюнктивальные инъекции адреналина  $\frac{1}{100}$ . Смотря по результатам бактериологического исследования гноя, автор применял также оптохин, цинк или препараты серебра. В ближайшие дни процесс обычно затихал, и содержимое абсцесса принимало особенный стекловидный характер. В среднем пациенты становились трудоспособными через 3 недели. Окончательный visus был довольно хороший: из 9 леченных этим способом больных у 3 visus был  $\frac{6}{13}$ , у 2— $\frac{6}{12}$ , в остальных случаях—счет пальцев на 1—2 метра и в 1 случае—движение руки на 40 см.

Е. Волженский.

124. *Сущность и лечение глаукомы.* По С. Hamburger'y (Рус.-Нем. М. Журн., 1927, № 1) глаукома, как правило, зависит от венозной гиперемии, и, если превратить последнюю в артериальную гиперемию, — этим можно достигнуть улучшения, а в острых случаях и излечения глаукомы. Для указанной цели можно применять или неоперативное лечение — в виде, напр., впускания в глаза капель глаукозана (препарат фабрики Voelma), по 2 капли, 3—5 раз, с интервалами в 15 мин., или оперативное, причем своим успехом операции при глаукоме, по автору, также обязаны воспалению, т. е. артериальной гиперемии с повышенной проходимостью сосудов. Р.

125. *Слепота при ринологических вмешательствах.* При ринологических вмешательствах наблюдаются иногда случаи слепоты, объясняемые обыкновенно повреждением зрительного нерва вследствие травмы canalis optici. Проф. Halle (Mon. f. Ohrenheilk., 1926) за причину слепоты считает здесь кровоизлияние в орбиту, которое сдавливает питающие сетчатку сосуды. По Kriickman'у сетчатка в этих случаях может жить не более 10 мин. В одном случае, где слепота наступила после впрыскивания нескольких куб. сант. анестезирующего раствора перед операцией, автор немедленно через Killian'овский разрез отслоил периорбиту, рассек и удалил часть laminae papyraceae, после чего к следующему дню зрение восстановилось. Такое же вмешательство, но предпринятое позднее, по опыту автора результатов не дает. Б. Лебедевский.

### е) Акушерство и гинекология.

126. *Реакция влагалищного секрета у новорожденных.* Университетская клиника в Гамбург-Эппендорфе держится того взгляда, что способность палочки Döderlein'a и кишечной палочки вырабатывать молочную кислоту имеет второстепенное значение, и что наличие известной кислотности является необходимым предварительным условием для роста b. vaginalis. Чтобы доказать это положение, Kienlin (Zentr. f. G., 1926, № 11) поставил ряд наблюдений над степенью кислотности влагалищного секрета у новорожденных, свободного еще от каких-либо микробов. Секрет брался тотчас по отделении пуповины и исследовался по колориметрическому методу Mendel'я и Goldscheider'a. Во всех случаях реакция его оказалась кислой, почему автор и думает, что она обуславливается ферментативной деятельностью тканей, — возможно под влиянием гормональных процессов, — а не действием микробов. А. Т.

127. *Липиодол для диагноза беременности* предложил Neuser (Lancet 1925, № 22; реф. в Berich. über d. ges. G., Bd. X). После предварительной дезинфекции влагалища и опорожнения кишечника в мочевою пузырь вводится 40—60 к. с. воздуха, а в матку при помощи длинной канюли осторожно вырывается 1—2 к. с. липиодола, после чего делается рентгеновский снимок. В случае беременности липиодол не может выполнить всей полости тела матки, а потому типичной трехугольной тени на рентгенограмме не получается. Если плодное яйцо уже несколько более развито, контрастная жидкость заполняет лишь нижний отдел маточной полости, причем верхняя ее граница на снимке выступает в виде характерной изогнутой линии. Для целостности плодного яйца введение в беременную матку липиодола опасности не представляет. Способ пригоден и для определения проходимости труб, но тогда липиодола надо брать 10—20 к. с. А. Тимофеев.

128. *Фонокардиографические исследования на человеческих плодах.* Sampson, McCalla и Kerr (Amer. heart journ. v. 1, № 6; по Ber. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI) при помощи специального электрического стетоскопа („Western I. A. model“) и струнного гальванометра произвели фонокардиографические исследования на 33 внутриутробных плодах. В аппаратуру введены были особые фильтры, сконструированные таким образом, что они пропускали только тоны определенной высоты. На основании клинических опытов Gamble'я наиболее пригодными оказались такие фильтры, которые регистрировали тоны с частотой колебаний ниже 130 в секунду. В 25 случаях исследования были повторены на новорожденных после родов. Наблюдения показали различие сердечных тонов перед и после родов. В 17 случаях обнаружился пресистолический шум. В 7 случаях наблюдались систолические или диастолические шумы без каких-либо врожденных пороков сердца, и авторы объясняют возникновение их током крови в foramen ovale и ductus arteriosus. В одном случае таким образом был открыт врожденный порок сердца на основании высокочастотного шума в продолжении всей систолы. А. Т.

129. *Усовершенствование наружных методов акушерского исследования* предлагает Windeyer (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI, N. 8). При достаточном навыке можно прощупать плечико и следить за изменением его положения, что позволяет судить о повороте головки. Далее, он указывает прием, при помощи которого можно определить, в каком косом размере таза стоит головка. Прием заключается в том, что обоими указательными пальцами стараются в боковых отделах таза проникнуть между головкой и горизонтальной ветвью лонной кости. Если при этом с правой стороны встречается меньшее сопротивление, то, значит, головка стоит в правом косом диаметре, и наоборот. Взаимоотношения между головкой и размерами таза определяют подобным же образом, причем акушер старается установить, можно ли и на какую глубину проникнуть пальцами между головкой и передней стенкой таза.

А. Тимофеев.

130. *Изменения лохимального секрета в связи с внутренним исследованием рожениц.* Küstner (Zeit. f. G. u. G., Bd. 90, 1926) изучил послеродовые выделения у трех групп родильниц, различным образом исследованных во время родов. В первую группу вошли родильницы, не подвергавшиеся внутреннему исследованию *sub partu*, во вторую—родильницы, у которых исследующий палец при внутреннем исследовании не вводился за пределы наружного зева, и в третью—такие родильницы, у коих при внутреннем исследовании палец вводился в матку. Родильницы первой группы обнаружили постепенное нарастание в лохиях стрептококков, как это было установлено Loeser'ом. Родильницы второй группы дали содержание стрептококков на 1-ый день—40%, на 2-ой—20% на 3-ий—30—40%, и на 4-ый—70%. Уменьшение стрептококков на второй день есть результат действия защитных сил организма, а увеличение их на следующие дни—явление вполне физиологическое. У родильниц третьей группы на 1-ый день стрептококки были найдены в 50%, а на 3-ий—в 90%. Автор приходит к заключению, что влагалищное исследование, понимая его вместе с Sellheim'ом, как исследование, при котором исследующий палец за наружный зев не вводится, надо признавать безопасным. Опасность наступает, когда, при внутреннем исследовании, переходят границу наружного зева. Опасность заключается в мелких повреждениях и гематомах, а также быстро происходящих некрозах тканей, что особенно важно в виду доказанного автором факта, что авирулентные стрептококки на некротических тканях приобретают высокую вирулентность.

А. Т.

131. *Ведение родов с местной анестезией.* Gellert (Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. 73, 1926, N. 3/4), считая, что все современные методы обезболивания родов, за исключением разве гипноза, в общем неблагоприятно отражаются на родовом акте, разрабатывает метод ведения родов под местной анестезией. В виду кратковременности действия местного обезболивания необходимо при этом проводить роды в кратчайший срок, вследствие чего метод автора является комбинированным, состоя в одновременном применении местной анестезии и средств, усиливающих маточные сокращения. Устранение болезненности схваток достигается инъекцией раствора новокаина в область цервикального сплетения, причем ослабляющего действия на схватки не наблюдается. Усиление родовой деятельности вызывается введением препаратов гипофиза, которые прибавляются к анестезирующему раствору. Наступающее вслед за введением новокаина расслабление мышц маточной шейки позволяет усилить родовую деятельность уже в периоде раскрытия без боязни осложнений. Техника автора такова: при открытии зева на 1—1½ пальца *portio vaginalis* обнажается зеркалами, и сбоку и несколько кзади от нее с каждой стороны на глубину 1—2 сант. вводится 10 к. сант. 1% раствора новокаина с адреналином и 0,5 экстракта гипофиза; через 3 мин. наступают энергичные, но безболезненные схватки, которые в дальнейшем подкрепляются еще интрамукулярным введением гипофизарного экстракта. При таком образе действия период раскрытия завершается в течение 1 часа, причем действие анестезии не успевает еще исчезнуть. После этого матке дается отдых на ¼—½ часа, а затем производится анестезия *p. pudendi* при помощи инъекции 2% раствора новокаин-адреналина с примесью 0,5 экстракта гипофиза на глубину 5 сант. тотчас кнутри от седящного бугра (по Sellheim'у). Период изгнания протекает быстро и безболезненно. Весь родовой акт длится около 2 часов. Автор отмечает поразительно малое количество теряемой при этом роженицами крови. Никаких осложнений при введении даже 4—6 куб. с. гипофизина не наблюдалось. Послеродовой период протекал гладко (всего автор провел 30 наблюдений.)

А. Тимофеев.

132. *Этиология и прогноз преждевременного разрыва плодного пузыря.* В своей диссертации Vogel (по Berich. u. d. ges. Gyn., Bd. XI) на основании 5,300 родов Гёттингенской клиники приходит к следующим выводам: преждевременный разрыв пузыря уже после первых схваток наблюдался в 10% всех случаев, причем с 1913 по 1922 г. наблюдается учащение этой аномалии с 6,1% до 15,8%; частота этого осложнения при затылочных предлежаниях равняется 8,9%, при передне-черепных—26,4%, при лицевых—22,9%. при тазовых и поперечных—16%; средний вес оболочек в случаях с преждевременным разрывом пузыря равняется 53,7 грм. вместо 64,8 в нормальных случаях; с возрастом рожениц частота преждевременного разрыва пузыря увеличивается; слишком длительное, а равно и слишком быстрое течение родов при этой аномалии встречается чаще обычного; необходимость оперативного вмешательства в случаях с преждевременным разрывом пузыря встретилась в 15,7%, а при своевременном отхождении вод—в 8,8%, что, вероятно, стоит в связи с частотой неправильных положений и узких тазов при этом; в 9,6% случаев с преждевременным разрывом пузыря наблюдалось повышение температуры sub recti, в особенности у первобеременных, и в 22,6% (вместо обычных 13,8%) послеродовой период был лихорадочным; смертность матерей равнялась 2,3% (вместо 0,8%); новорожденные лишь в 79,9% (вместо 88%) были вполне зрелыми, причем асфиксия у них наблюдалась вдвое чаще; общая смертность детей равнялась 7,8% вместо 4,8%, причем здесь известную этиологическую роль играют неправильные положения и вынадение луновины. *А. Тимофеев.*

133. *К вопросу о применении фильтра по Безредко при послеродовых заболеваниях.* Gron (Zentr. f. Gyn., 1927. № 5) с успехом применил это средство у 37 больных и пришел к следующим выводам: 1) фильтр следует применять в первые же дни заболевания; 2) при местном применении его наступает повышенная иммиграция лейкоцитов в раневые поверхности, что является защитой организма в борьбе с инфекцией; 3) после одно-или двухкратного применения фильтра наступает очищение раневых поверхностей; 4) применение фильтра в начале заболевания препятствует распространению процесса.

*Е. Заболотская.*

134. *Влияние пирамидона на женскую половую сферу.* Исходя из клинических наблюдений Januschke и данных экспериментальных работ Januschke и Lascha, Perutz и Lasch (Arch. f. Derm. u. Syph., 1926, Bd. 150, II. 3) предприняли ряд исследований, имевших целью установить характер действия пирамидона на изолированную матку и трубы морских свинок. Авторы нашли, что средство это в концентрации 1:25,000 вызывает значительное понижение тонуса мускулатуры матки; при повышении концентрации до 1:10,000, кроме этого, происходит полное исчезновение ритмических сокращений этого органа. Далее, авторам удалось применением соответствующих доз пирамидона значительно ослабить действие на матку эрготина, хлористого, кальция и бария. Аналогичный эффект был получен и в опытах на трубах. Авторы полагают, что пирамидон в их опытах действовал непосредственно на мускулатуру, в подтверждение чего ими были поставлены контрольные опыты с применением адреналина и пилокарпина.

*Прив.-доц. Н. Яеницкий.*

135. *Местная эозинофилия при раке матки.* На основании гистологического изучения 417 препаратов рака шейки матки Schock (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) отмечает, что защитительная реакция организма на развитие раковой опухоли выражается в образовании на границе между здоровой тканью и опухолью мелкоклеточковой инфильтрации, причем нейтрофильные лейкоциты отступают на задний план, а мелкие лимфоциты и плазматические клетки составляют главную массу, среди которой в небольшом количестве всегда бывают базо и эозинофильные лейкоциты. При этом в некоторых случаях эозинофилы встречаются в особенно большом количестве, и такие случаи отличаются всегда наиболее благоприятным течением болезни. Является ли эозинофилия явлением первичным, или вторичным,—вопрос еще не решенный, но автор склонен скорее допустить первое. На основании микроскопической картины можно думать, что эозинофилы обладают протеолитическим ферментативным действием.

*Е. Заболотская.*

136. *«Химическая экстирпация» матки при раке тела.* Для тех случаев операбельного рака тела матки, при которых полная экстирпация представляет серьезную опасность для больной в виду наличия различных осложнений общего характера, как, напр., сердечная слабость и т. п., Drissen (Zentr. f.

Gyn., 1927, № 5) предлагает «химическую экстирпацию» матки, основанную на прижигающем действии хлористого цинка. Берутся палочки состава *zinci chlorati* 40,0, *oxydi zinci* 10,0, *farinae tritic.* 30,0, *aquae dest.* q. s ut f. *bacilli* 8—10 mm. ×70—130 mm. и вводятся в полость матки после предварительного расширения цервикального канала бужами *Negara*. Слизистая тела и шейки, а также подлежащий мышечный слой, на много миллиметров претерпевают при этом характерные изменения: ткани мумифицируются, кровь свертывается в капиллярах и даже в артериях, лимфа затвердевает, мышечные и соединительнотканые волокна сморщиваются, и вокруг палочки хлористого цинка образуется мертвая масса в форме цилиндра, которая постепенно секвестрируется. Вокругности получается интенсивное раздражение и массовое скопление полинуклеарных лейкоцитов. Процесс разыгрывается в течение 8—14 дней, пока секвестр совершенно не отделится от здоровых тканей. Отделившийся секвестр выделяется самостоятельно, или же его можно извлечь щипцами, каковая операция производится без наркоза, причем, если она предпринимается неслишком рано, то производится без труда, без кровотечения и совершенно безболезненно. Натуживание больной облегчает удаление секвестра. В большинстве случаев палочки с хлористым цинком переносятся больными без значительной общей реакции,—только в первые 2 дня больные жалуются на болезненные схватки, которые устраняются морфием или пантопоном; <sup>10</sup> иногда повышается до 38,5—39°, аппетит почти не страдает, общее состояние здоровья в течение недели обычно улучшается, беспокоящие симптомы исчезают. По удалении секвестра автор рекомендует все же профилактическое освещение рентгеном или радием. В всех 8 случаях, леченных по данному способу, больные перенесли лечение благополучно; в 6 операбельных случаях получилось полное выздоровление (отсутствие рецидива 1—5 лет), в 2 неоперабельных больные погибли через 4 месяца.

*Е. Заболотская.*

### ж) Педиатрия.

137. *О патогенезе детской холеры.* Вratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, В. 78) усматривает причину детской холеры в действии на различные системы органов патологических продуктов брожения, развивающихся в инфицированном кишечной палочкою (весьма возможно, своеобразным штаммом) кишечнике и легко всасывающихся через пораженную слизистую. Та же причина нарушает способность тканей связывать воду, что сказывается потерей в весе; обеднение же тканей водой нарушает функции различных органов, прежде всего мозга. Таким образом потеря организмом воды не является патогенетической причиной синдрома детской холеры, а лишь одним из его симптомов. Высказанное мнение подтверждается как тем фактом, что даже острые потери воды (напр., в некоторых случаях спазмофилии) сами по себе не вызывают явлений детской холеры, так и фактом исчезновения симптомов интоксикации без вымещения утраченной организмом воды, т. е. при продолжающемся падении веса.

*М. Прозорова.*

138. *О лечении детской холеры.* Пеходя из своего понимания патогенеза детской холеры, Вratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, В. 78) предлагает лечить эту болезнь по методу проф. Монгад водной диетой. Ребенку дается исключительно вода, подслащенная сахарином, причем одновременно применяется очищение желудка и кишечника дезинфицирующими и слабительными средствами, а также практикуются подкожные введения физиологического раствора (2—4 раза в день по 20—50 куб. сант.). Такое лечение продолжается до исчезновения явлений интоксикации и появления голодного стула, т. е. от 2—3 до 8—10 дней. Автор настаивает, что один лишний день голодания приносит меньше вреда, чем слишком рано начатое питание. Вслед затем ребенку дают сначала ничтожные дозы пищи (по 1 дес. ложке цельного молока на каждое кормление, или пахтанье), а потом количество пищи быстро доводится до необходимой ребенку калорийности. При таком лечении автор получил сокращение цифры смертности от детской холеры вдвое.

*М. Прозорова.*

139. *Бронхоэктазия у детей.* В. А. Кисель (Педиатрия, 1926, № 3—4), изучив материал, относящийся к бронхоэктазиям у 40 детей в возрасте от 1 г. до 13 лет, пришел к следующим выводам: 1) Бронхоэктазия—болезнь по преимуществу младшего детского возраста, почему надо думать, что бронхоэктазии у старших детей и взрослых имеют свое начало в более раннем возрасте. 2) Бронхоэктазия чаще всего развивается, как результат пневмонии после кори и коклюша. 3) Си-

филис, повидимому, не играет никакой роли в этиологии приобретенной бронхоэктазии. 4) Роль тbc в этиологии расширения бронхов не выяснена. 5) Рентген мало облегчает раннюю диагностику этого заболевания: из 12 случаев в 5, при просвечивании, расширения бронхов обнаружено не было. 6) Действительного средства для лечения бронхоэктазий в настоящее время не имеется; главное внимание при этом заболевании следует обращать на улучшение условий жизни больных в санитарно-гигиеническом отношении. 7) Улучшение при бронхоэктазиях наблюдалось в 47,5%, без улучшения остались 22,5% больных, exitus наблюдался в 30%; случаев полного выздоровления не наблюдалось. *Левинсон.*

### з) Сифилидология.

140. *К лечению сифилиса.* На основании патолого-анатомического материала, охватывающего 23,015 вскрытий, произведенных с 1906 до 1925 г., L a n g e r (Münch. med. W., 1926, № 43) находит, что за это время заболеваемость сифилитическим аортитом возрасла почти втрое! Факт этот заставляет автора прийти к заключению, что в наших современных стремлениях возможно повысить интенсивность противосифилитического лечения мы стоим на неверном пути. Правда, гуммозные поражения при употреблении сальварсана и т. п. уменьшились, но процент параличей, сухотки и аортитов значительно возрос. *Р.*

141. *Признаки врожденного сифилиса во время родов изучали* S o t t m a n d e u r и R h e n t e r (Berich. über d. ges. Gyn., Bd. XI, H. 1/2) и пришли к заключению, что они могут быть обнаружены лишь у сравнительно-небольшого количества сифилитических детей. Вес плаценты в качестве признака, указывающего на сифилис, может иметь значение только в том случае, если он по отношению к весу плода дает пропорцию не менее, как 1:5. Клинические явления редки. Необходимо подвергать аутопсии всех мертворожденных детей.

142. *Лечение врожденного сифилиса по Müller'y* (Врач. Об., 1926, № 7). Каждый курс лечения длится 12 недель и состоит из 4 периодов, в каждом по 3 недели, во время которых больной получает 3 внутримышечных впрыскивания каломеля и 3 внутривенных впрыскивания неосальварсана. Доза каломеля—0,001 на кило веса ребенка, доза неосальварсана на 1-м году жизни—0,03, на 3—4-м году—0,02 на кило, причем она постепенно понижается до 0,01. После 12-недельного лечения следует пауза в 1/4 года. Если р. W a s s e r m a n n'a отрицательна, то, для большей уверенности в результатах, проделывают 2 курса лечения, затем следует пауза в 1/4 года, и в заключение проделывается провокационное впрыскивание неосальварсана, причем, если до и после этого впрыскивания исследование по W a s s e r m a n n'y дает отрицательный результат, то лечение считается законченным. В 90% всех случаев RW дает отрицательный результат уже до 2-го курса лечения, и в таком случае все лечение продолжается 1 1/2 года. Не более, как в 10% случ. р. W a s s e r m a n n'a оказывается положительной; в таких случаях лечение обнимает еще 4 курса, которых обычно бывает вполне достаточно, чтобы RW осталась отрицательной на долгое время. *В. Редлих.*

143. *К симптомопатологии и патогенезу поражений внутреннего уха при lues hereditaria tarda.* С. К. Б е р н ш т е й н (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) описал 2 случая поражения внутреннего уха с сифилитической этиологией, значительным понижением слуха, отсутствием роторатного, спонтанного и калорического нистагмов и наличием фистульного. Терапия в обоих случаях была безрезультатна. Причину нистагма автор ищет в остеоитических изменениях, сифилитической этиологии, овального окна и стремени и внутрилабораторных поражениях нервных элементов. По его заключению при наследственном сифилисе встречается особая форма поражения органа слуха, характеризующаяся: 1) быстрым, глубоким, диффузным, двусторонним и окончательным поражением функций внутреннего уха, без повреждения среднего уха; 2) отсутствием всяких симптомов невроменингита; 3) присутствием ей симптомом фистулы без фистулы, указывающим на локализацию поражения во внутреннем ухе. *Матвеев.*

144. *Антисифилитическое лечение беременных* K l a f t e n (Arch. f. Gyn., Bd. 128, H. 1/2) советует начинать возможно раньше и проводить возможно энергичнее, причем рекомендует комбинированное лечение ртутью и сальварсаном, или висмутом и сальварсаном. При лечении неосальварсаном начинают с дозы 0,15, которую затем повышают до 0,3, и вводят такое количество два раза в не-



делу, пока общая доза введенного препарата не достигнет 4.2—5 грм. Тяжелых побочных явлений при этом не наблюдалось. При лечении висмутом вводится интраглугеально препарат *Bismogenol* в количестве 1—1½ куб. с. до общей дозы в 30 куб. с. Особую осторожность следует соблюдать при поражении почек и декомпенсированных заболеваниях сердца и сосудов. Если мать во время беременности лечилась недостаточно, рекомендуется профилактическое лечение новорожденных, которое должно состоять в приеме 3 раза в день вместе с молоком 0.01 *protojodurati hydrargyri* и еженедельных глубоких внутримышечных инъекций 0.1 неосальварсана. Курс лечения должен продолжаться 12 недель. *А. Тимофеев.*

### и) Пользы уха, носа и горла.

145. *О сущности симптома Weber'a.* Для объяснения сущности опыта Weber'a (при заболеваниях звукопроводящего аппарата камертон с темени лучше слышен в больном ухе, а при заболеваниях звуковоспринимающего—в здоровом) предложен многими авторами ряд теорий. По проф. Комендантову заболевания звукопроводящего аппарата преграждают непрерывный доступ в ухо звуков, чем звуковоспринимающему аппарату доставляется „отдых“. При приставлении в этих случаях к темени звучащего камертона более утомленное здоровое ухо слышит этот камертон хуже, т. е. получается латеризация звука в больное ухо. П. М. Крукосер (Вестн. рино-ларинго-отитрии, 1926, № 3) проделал ряд опытов, подтвердивших правильность этой теории: 1) У здоровых людей закладывалась ватой здоровое ухо на несколько часов; после удаления ваты камертон с темени был слышен этим ухом (отдохнувшим). 2) Ухо утомлялось в течение нескольких минут звуком одного камертона; после этого тот же камертон, приставленный к темени, был слышен в неутомленном ухе. 3) Одним камертоном утомлялось в течение нескольких минут одно ухо, другим (с иным числом колебаний)—другое; приставленные к темени, эти камертоны были слышны лучше ухом противоположным утомленному. *Б. Лебедевский.*

146. *Дифтерия ран в отохирургии.* L. Seifert (Ztschr. f. Hals-Nas- und Ohrh., Vd. 14, N. 4) пытается осветить вопрос о раневой дифтерии с отохирургической точки зрения, находя очень важным в практическом отношении иметь в виду, во-первых, что рана при трепанации сосцевидного отростка через среднее ухо и евстахиеву трубу находится в непосредственной связи с верхними дыхательными путями и зевом, во-вторых,—что наряду со слизистыми оболочками дифтерией нередко поражается и среднее ухо, а также ретроаурикулярные раны. Автор приводит 2 случая раневой дифтерии, где в одном случае ребенок ранее дифтерией не болел, но был, по видимому, бациллоносителем; у него возникла первичная дифтерия среднего уха и затем, после антротомии, дифтерия раны. Во втором случае ребенок перенес ранее дифтерию носа, так что поражение дифтерией среднего уха здесь было вторичным. Заболевание при дифтерии ретроаурикулярных ран может носить или общий характер, с повышением  $t^{\circ}$  и интоксикацией, или местный, ограничиваясь лишь образованием на ране пленок. Диагностику раневой дифтерии автор ставит на основании клинической картины, бактериологического и анатомо-гистологического исследования. В зависимости от характера заболевания применяется или общая терапия, в виде интрамышечных инъекций антидифтерийной сыворотки, или же локальная терапия—специфическая (посыпают раны сухой антидифтерийной сывороткой), или неспецифическая (обычные антисептические средства). *Л. Ильина.*

147. *О лечении сепсиса отогенного происхождения хлористым кальцием.* Лихачев (Вест. Р.-л.-о, 1926, № 4—5) приводит два случая излечения сепсиса отогенного происхождения внутривенным вливанием 1½‰—1‰ хлористого кальция в дозах 200.0. Введением  $\text{CaCl}_2$  восполняется недостаток солей, выравнивается солевой обмен, а следовательно усиливается сопротивляемость организма против инфекции. *Н. Лопатина.*

148. *К учению о хоанальных полипах.* Работами Killiana и Kubo установлено, что хоанальные полипы имеют своим исходным пунктом, как правило, Highogovu полость, в очень редких случаях—задние клетки решетчатой кости и сфеноидальную пазуху. На основании пяти случаев А. Фетисов (Вест. Рино-л.-о., 1926, № 4—5) делает заключение, что хоанальный полип представляет собою воспалительную гипертрофию слизистой пазух, являясь симптомом серозного, реже

гнойного воспаления их. Удаление только полипа всегда дает рецидив.—необходима радикальная операция с удалением слизистой оболочки пораженной назухи.

*В. Лебедевский.*

149. *К вопросу о риносклероме.* Проф. Комендантов (Вест. Р.-л.-о., 1926, № 4—5), наблюдая благоприятные результаты после вакцинотерапии риносклеромных больных, находит этот метод лечения наиболее реальным. На местную терапию—светолечение, рентгенотерапию, выскабливание и др.—автор смотрит, как на своего рода аутовакцинацию.

*Гобровский.*

150. *К вопросу о ринопластике.* Serser (Mon. f. Ohrenheilk., LX, H. 6) при полном отсутствии носа производит ринопластику след. образом: сначала он имплантирует под перностр лба кусок хряща толщиной в указательный палец, взятого из VII ребра, причем хрящ должен быть покрыт перихондрием; через два месяца, когда хрящ приживет, производится уже настоящая пластика, которая состоит из нескольких этапов, причем между каждою последнею проходит 5—6 дней. Первый этап состоит в том, что вырезывается большой косою лоскут кожи, который имеет ножку около угла глаза; в середине этого лоскута косо лежит трансплантированный хрящ. Второй этап состоит в препаровке кожи с перностром и хрящом от лба. Третий этап—отделение перностра от кожи и окутывание им хряща со всех сторон. Четвертый этап состоит в вырезывании в известном месте хряща клиновидного кусочка и перегибании хряща для получения кончика носа. Наконец, пятый этап состоит в подрезывании и подгибании кожи для крыльев носа. После того, как нос совершенно сформирован, он ставится на свое место путем перегиба ножки на 90° и пришивается к освеженным краям дефекта. Через 14 дней, когда нос крепко прирос, ножка отрезывается, и ею частично закрывается дефект лба, остальная же часть дефекта закрывается по Tirsch'y. Автор присоединяется к мнению Sebileau, который советует при больших дефектах ампутировать весь нос и на его место переносить пластически построенный нос со лба. При дефектах кончика носа S. из оставшейся перегородки рекомендует создать тонкую, но прочную опору, покрывая ее кожным лоскутом со лба. Если же носовая перегородка уничтожена, то приходится делать опору для кончика носа из трансплантированного хряща. Для создания носовых крыльев автор рекомендует двойной кожный лоскут, причем внутренний пласт берется из кожи носа, а наружный—из щеки; способ этот хорош тем, что при нем операция выполняется в один прием, после нее никогда не наблюдается эктропиона, и получается хороший косметический эффект. При горбатых носсах автор советует резецировать с обеих сторон из носа и его перегородки кусочки в виде миртовых листьев и опускать спинку носа, причем последняя не изменяет своей ширины. При седлообразных носсах автор в легких случаях рекомендует вырскивать параффин, в более тяжелых—применять имплантацию хряща через маленький разрез под кончиком носа. Наконец, при риносколиозе в костной части он предлагает производить резекцию клиновидного куска из более широкой стороны носа и ношение протеза в продолжении 6—8 дней для поддержки его в правильном положении.

*М. Груздкова-Венецианова.*

## Рецензии.

*Труды IX Съезда Терапевтов СССР. (Москва, 23—28 мая 1926 г.).* Госиздат, 1926, 543 стр. Цена 4 р. 50 коп.

Мы, терапевты, так привыкли к тому, что „Труды“ наших съездов обычно выходят в свет через год, что появление этого сборника через 6 месяцев, как раз к Новому Году, является действительно приятным новогодним подарком, и этим мы всецело обязаны глубокоуважаемому редактору „Трудов“ Р. М. Обакевичу. Пред нами большой, отлично изданный том, обнимающий собой доклады, микроклады и прения по программным и другим вопросам, допущенным Редакционным Комитетом на повестку заседаний IX Всесоюзного Терапевтического Съезда. Нужно радоваться, что с каждым годом издание „Трудов“ заметно улучшается во всех отношениях: бумага, печать, диаграммы и рисунки не оставляют желать ничего лучшего,—всюду видна опытная и любящая рука издателя-редактора.

Я не задаю целью прореферировать содержание этого обемистого тома—тем более, что на страницах „Каз. Мед. Ж.“ (1926, № 6) своевременно был дан

очень обстоятельный и подробный отчет о IX Съезде Терапевтов д-ром В. Ф. Якимовым. Считаю, однако, необходимым подчеркнуть, что программные доклады, содоклады и прения здесь даны полностью. Так, по вопросу о хроническом и endocarditis lenta в частности напечатаны статьи О. О. Гартоха, К. Ф. Флерова, С. С. Стериоуполо, В. Н. Виноградова и др., об endocarditis lenta—С. С. Зимницкого, Н. Д. Стражеско, Талалаева, Г. Ф. Ланга Ф. Гейлига, Н. А. Скульского, С. С. Стериоуполо и А. И. Позова. Вообще этот вопрос рассмотрен подробно, и ему отведено 100 страниц.

К сожалению, в „Трудах“ нет интересных докладов по вопросу о диабете и инсулине Е. Е. Фромгольда и В. М. Когана-Ясного, налицо лишь ряд микродокладов (стр. 104—157).

Вопрос о дизентерии выявлен в „Трудах“ докладами Г. А. Ивашенцова, Я. Т. Воробьева и Г. Я. Гуревича, о поносах—Р. А. Лурия, о желудке—С. С. Зимницкого, Пунина, А. И. Яроцкого и др. Из докладов о болезнях сердца необходимо отметить доклады Б. А. Егорова (прижизненный диагноз инфаркта миокарда), Д. Д. Плетьева (возможен ли прижизненный диагноз аневризмы желудочков сердца), Л. Б. Бухштаба (о механизме излечения некоторых форм грудной жабы), В. Ф. Зеленина и Л. И. Фогельсона (о сердечных блокадах). Необходимо отметить ряд докладов о спленэктомии.

В общем и целом „Труды“ IX Всесоюзного Съезда Терапевтов представляют очень ценный том, который содержит в себе весьма много полезных сведений для терапевта, как теоретика, так и практика, и мы должны быть благодарны редакционной коллегии, главным образом Р. М. Обакевичу, за быстрый выпуск их в свет в том привлекательном виде, который удовлетворяет даже самым взыскательным требованиям. Нужно пожелать в заключение, чтобы идея проф. М. П. Кончаловского о демонстрационных днях на съездах терапевтов вошла в жизнь их, как очень полезное нововведение. Проф. Зимницкий.

А. Богданов. *Борьба за жизнеспособность*. Москва, 1927 г.

Книга (159 стр.), вышедшая под флагом „Института переливания крови“, согласно предисловию автора является вводной к ряду работ, посвященных вопросу о переливании крови и намеченных Институтом. Автор очень широко смотрит на переливание крови, ставя его в связь с вопросом о методах борьбы с общим упадком организма вообще.

Подробно остановившись на современных теориях старческого упадка—1) шлаковой, 2) токсинно-фагоцитарной и 3) гормональной, автор подчеркивает их одностороннее значение в борьбе организма за жизнеспособность. Не отрицая их частичного значения, он рекомендует, как средство в борьбе за жизнеспособность, кровь, эту универсальную ткань жизнеобмена. Доказывая значение переливания крови, как средства борьбы с упадком организма, он делает ссылки на природу, которая указывает на путь к повышению жизнеспособности в виде слияния одноклеточных организмов, когда из двух износившихся организмов создается один бодрый и сильный.

Автор приводит протоколы своих первых опытов взаимного переливания крови на людях в целях восстановления распатанных сил (10 человек), из которых некоторые надо считать удачными.

Наряду с твердо установленными фактами в книге, однако, немало уделено внимания „рискованному творчеству“. Неприятным диссонансом в ней звучит также предпринятая автором в конце книги полемика в невыдержанных тонах с Завадовским и жесткая критика работы Брускина. Читается книга легко.

Н. Соколов.

## Существует-ли русская наука?

С. Рафалькеса (Москва).

....Что может собственных Платонов  
И быстрым разумом Невтонов  
Российская земля рождать.

Державин.

Перед нами 6-я книга Ленинградского „Журнала Акушерства и Женских Болезней“ за 1926 год,—книга, вышедшая только в декабре прошлого года. После ее прочтения я сделал маленькую арифметическую экскурсию и получил следующие цифры:

Наименование статей	Количество цитированных авторов	Из них	
		иностран-ных	русских
Абуладзе. К вопросу о т. наз. самозаражении в родильном периоде . . . . .	75	60	15
Ильин. Сравнение результатов лечения рака матки операт. спос. и лучами . . . . .	10	10	—
Теребинская-Иопова. Морфологическая конституция женщины. . . . .	21	17	4
Томсон. Показания к операции перегиба матки. . . . .	13	9	4
Гусаков. Материалы к вопросу о предлежании последа . . . . .	28	26	2
Бурамшина. Опыт применения сакральной анестезии. . . . .	60	56	4
Ябовлев. Гликоген в слиз. обол. матки . . . . .	17	14	3
Дубинчик. Роль проф. вредностей у текстильщиков . . . . .	13	10	3
Ульяновский. К казуистике осложнений во время операции ис. вык . . . . .	8	4	4
Богин. К казуистике шеечно-влаж. свищей . . . . .	40	35	5
Билинкис. Случай разрыва матки во время родов. . . . .	3	2	1
Итого . . . . .	288	243	45

Цифры поразительные! Несмотря на все наши медицинские факультеты, институты, клиники, — статьи обычного журнала, статьи трактующие о весьма обычных вещах, эпоху в нашей науке не делающих, пестрят сотнями фамилий немецких авторов (главным образом), и лишь несколько больше 15% всех ссылок относятся к русским авторам.

Любой читатель научной литературы знает, что это явление присуще всем нашим авторам. Иной долго и добросовестно сидит в библиотеках, роется в старых немецких и французских журналах и старательно выписывает длинные страницы — списки относящейся к избранной теме литературы. Особым шиком считается блеснуть в списке литературы английскими, испанскими, американскими, даже японскими именами, хотя много-ли наберется среди авторов людей, которые знали-бы эти языки? Способ нахождения этой литературы очень простой: список составляется по реферативному отделу какого-нибудь Zentralblatt'a. Но никто не дает себе труда проделать такую же работу с нашими, русскими журналами. И добро-бы все ссылки делались на корифеев науки! А то ведь значительная часть из них — мало чем (чтобы не сказать больше) выдающиеся авторы. Но... то ведь иностранцы!

Но, может быть („в своем отечестве трудно быть пророком“), иностранцы точно так же поступают по отношению к своим авторам? Достаточно взять любой № любого иностранного журнала, чтобы увидеть, что там дело обстоит как раз наоборот: редко, редко найдешь у немецкого автора ссылку на иностранца, а если уже имеется подобная ссылка, то обычно — на автора с чрезвычайно крупным

именем. Вероятно, поэтому у иностранцев списки литературных (если эти списки не преследуют каких-либо специальных целей, например, дать исчерпывающий указатель литературы по данному вопросу) очень невелики по объему.

Между тем русская научная мысль (хотя-бы в той области, откуда мы черпаем в настоящей статье свои примеры.—в области акушерства и гинекологии) работает весьма интенсивно. Последний Съезд Акушеров и Гинекологов в Ленинграде привлек такую массу докладов, что его занятия пришлось разбить на три секции, работавшие одновременно. Наши общие и гинекологические журналы вовсе не являются собой пример оскудения. Жизнь наших медицинских обществ (не будем даже касаться столичных) бьет ключом. Есть области, в которых наши авторы говорят далеко не последнее слово,—взять хотя-бы вопросы о профвредностях. И вся эта масса научной работы остается как-бы под спудом („писатель пописывает, читатель почитывает“). Мне лично говорил на Съезде Гинекологов один из весьма видных представителей нашей науки, что ему часто приходилось обращаться к немецким указателям, чтобы найти... русскую работу.

У нас есть, правда, примеры, когда весьма и весьма серьезные научные труды имеют литературные указатели исключительно русских авторов. Я имею в виду труды проф. Груздева „Акушерство“ и „Гинекология“. Если труд, который является в настоящее время одним из лучших *учебников* по акушерству и гинекологии, содержит исключительно русский литературный указатель, то, понятно, большая часть литературных указателей статей обычного типа в журналах тем более может и должна иметь также русские указатели. У меня самого есть небольшой личный опыт в этом отношении. Мною в свое время была написана статья „Современное состояние вопроса о группах человеческой крови“ (Вестник Совр. Мед., 1926, № 9), для которой мною была собрана вся доступная литература. Оказалась, что за период времени с 1921 по 1926 гг. только в главнейших и наиболее распространенных русских журналах было по этому вопросу напечатано 39 статей. Вместе с тем при ознакомлении с иностранной (немецкой) главным образом литературой пришлось сделать вывод, что в последней нет ничего такого по затронутому вопросу, что не получило-бы освещения в русской литературе.

Мысль моя ясна. Я думаю, что каждый автор, пишущий на русском языке в русском журнале, *обязан* прежде всего дать в литературном указателе хотя-бы новейшую—за 4–5 лет—русскую литературу по затронутому вопросу. Можно не привести иностранной, но русская обязательно должна быть представлена. Точно также и ссылки внутритекстовые должны быть в первую очередь сделаны на русских авторов. Конечно, о корифеях нашей дисциплины мы не говорим,—дело идет о литературном середняке.

В заключение позволю себе еще одно замечание, правда, непосредственно нашу тему не затрагивающее, но весьма к ней близкое. Я имею в виду расположение частей в каждой статье. Все наши статьи обычно пишутся по такому шаблону: 1) историческое введение, 2) изложение принимаемой автором теории, 3) изложение собственных наблюдений и 4) выводы. Еще из средней школы известно, что все части „сочинения“ должны быть по объему в гармоничных между собою отношениях. В наших же статьях этого зачастую нет: введение и изложение теории (обычно чужой) занимает  $\frac{9}{10}$  всего текста, а все остальное—едва  $\frac{1}{10}$ . Вряд-ли такое взаимное соотношение частей способствует внимательному чтению. Не лучше-ли было-бы делать наоборот,—под историческое введение и изложение чужой теории отводить  $\frac{1}{3}$  всей статьи, а под собственные наблюдения и выводы—остальные  $\frac{2}{3}$ ? Кроме того к статьям должны быть прилагаемы хорошо и вдумчиво составленные литературные указатели.

Итак мои выводы: 1) Русская литература по любому вопросу вовсе не так плоха и скудна, чтобы ее надо было третировать; в ней есть масса ценного, и она должна быть выявлена в должной степени. 2) Авторам должно быть поставлено условие, без которого статьи к печати не принимаются: обязательный русский литературный указатель. 3) Должны быть сведены до *minimum'a* „исторические части“ статей <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Со своей стороны редакция вполне присоединяется к выводам уважаемого автора. В. Г.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество Врачей при Казанском Университете.

#### Общие заседания.

Заседание 10/II.

Д-р Н. И. Вылегжанин сделал сообщение *К вопросу об отложении железосодержащих пигментов в селезенке* (с демонстрацией микроскопических препаратов). В селезенке, сильно увеличенной и уплотненной вследствие застоя в системе воротной вены, при одновременном сифилитическом циррозе печени, находились множественные образования продолговатой или округлой формы величиною от чечевицы до горошины. В каждом из этих образований макроскопически можно было различить центральную часть, состоящую из полупрозрачной бледно-серой ткани, и периферическую—в виде извилистой полоски, окаймлявшей первую и отличающуюся от нее своим ржаво-коричневым цветом. Микроскопическое исследование показало, что описанные участки состоят из сравнительно-бедной сосудами рубцовой соединительной ткани, в периферических отделах которой имелось в необычно богатом количестве отложение двойного рода железосодержащих пигментов—гемосидерина и фосфорного железа, которые отличались друг от друга как по своему морфологическому виду, так и по некоторым реакциям, свойственным каждому из них. Пигменты импрегнировали как отдельные соединительнотканые волокна, так и стенки сосудов. Некоторые из сосудов представляли изменения типа сифилитического эндартериита. По наиболее вероятному предположению данные рубцовые участки развились на месте гумм, а образование пигментов произошло из кровоизлияний, которые, в свою очередь, происходили из сосудов per diapedesin, вследствие изменения их стенок.

Проф. А. Ф. Самойлов: *Работы R. Magnus'a и его лаборатории в г. Утрехте (Голландия)*. Докладчик поделился личными впечатлениями, вынесенными им от посещения лаборатории проф. Magnus'a летом прошлого года, а также изложил направление и сущность работ этой лаборатории. Сообщение будет напечатано в „Каз. М. Журнале“. Секретарь А. Вылегжанин.

#### Физиологическая Секция.

Заседание 31/I.

Д-р Н. В. Пучков: *О содержании гемоглобина в притекающей и оттекающей крови надпочечников*.

Ветер. врач С. Г. Колосова: *О действии хлористого бария на сосуды изолированной печени*.

В административном заседании произведены перевыборы Бюро Секции, причем почетным председателем избран заслуж. проф. Н. А. Миславский, председателем— проф. Ветер. Ин-та К. Р. Викторов, замест. председателя— проф. В. М. Соколов и секретарем—д-р М. В. Сергиевский.

Заседание 7/II, посвященное памяти † проф. А. А. Панормова.

Проф. В. М. Соколов произнес краткое слово, посвященное памяти А. А. Панормова.

Д-р А. Н. Поляков: *Жизнь и научные труды проф. А. А. Панормова*.

Д-р М. А. Крылова: *О действии на изолированное сердце лягушки Ringer-Lockowской жидкости, пропущенной через изолированную лангу кошки*.—Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие прив.-доц. Ветер. Ин-та С. Афонский, пр.-доц. С. Щербаков, проф. В. Соколов и д-ра Поляков, Ардашев, Нудин, Пучков и Сергиевский.

Прив.-доц. С. А. Щербаков, д-р В. Р. Дмитриев и студ. А. Кибяков: *Колебания Са в крови в зависимости от некоторых условий раздражения*. Сообщение напечатано в настоящем № журнала полностью.—Прения: проф. В. М. Соколов, прив.-доц. С. Афонский, д-ра Н. Пучков и М. Сергиевский.

Заседание 16/II.

Прив.-доц. Ветер. Ин-та С. И. Афонский: *Концентрация Рn в кишечнике у птиц*.—В прениях приняли участие: профф. В. Н. Терновский,

В. М. Соколов, К. Р. Викторов и д-ра Нуждин, Павловский и Зороастрова.

Прив.-доц. С. А. Щербаков, д-р В. Дмитриев и д-р М. Сергиевский: *Колебания Са в слюне*. Докладчики проделали ряд экспериментальных наблюдений над содержанием Са в крови и в слюне, причем было установлено, что увеличение Са в крови влечет за собой уменьшение Са в слюне, и наоборот. Другая часть наблюдений была произведена на собаке с фистулой слюнного протока, причем выяснилась зависимость содержания Са 1) от состояния животного (удрученное состояние имеет своим последствием уменьшение концентрации Са более, чем вдвое; в голодном состоянии Са в слюне меньше, чем у сытого животного); 2) от времени приема пищи (в первые полчаса в слюне происходит падение содержания Са, а затем постепенное нарастание, быстрота которого зависит от аппетита животного); 3) от внешних раздражений (напр., если опыты производились в общей комнате, то нельзя было взять несколько порций слюны с одинаковым содержанием Са; если же опыты ставились в изолированной комнате, то колебания содержания Са в слюне, если и были, то крайне незначительные). Авторы пытались также проследить колебания Са в слюне в зависимости от периодической деятельности пищеварительного тракта, но чего-либо закономерного здесь установить им не удалось. Докладчики полагают, что слюнные железы являются одним из органов, от которых зависит постоянство концентрации Са в крови.—В прениях по докладу участвовали д-р Зороастрова, проф. Викторов, д-р Пучков и проф. Соколов.  
Секретарь М. Сергиевский.

### Хирургическая секция.

Заседание 16/II.

Проф. М. О. Фридланд: *Результат гетеропластики придатка мозга у больной, страдающей diabetes insipidus*. Докладчик продемонстрировал большую 30 лет с диурезом до 20 литров в сутки. После пересадки hypophysialis cerebri от собаки в подкожную клетчатку передней стенки живота уже в 1-е сутки мочеотделение понизилось до 1 литра, на 2-е сутки поднялось до 3½ литров, на 3-ьи—до 7 литров, а в течение 4-х суток (день демонстрации) отмечается дальнейшее увеличение диуреза. Соответственно с этим улучшившееся, было, общее самочувствие опять стало ухудшаться. Т. о. в ближайшие дни, с израсходованием запаса гормонов, заключавшихся в пересаженной железе, следует ожидать полного рецидива страдания. Все другие способы лечения, испробованные в данном случае (инъекции питуитрина и новазурола, рентгенизация и освещение ртутно-кварцевой лампой) также не дали сколько-нибудь стойкого терапевтического эффекта.—Прения: д-р А. Н. Сызганов.

Д-р М. А. Романов: *Случай огнестрельного ранения черепа* (с демонстрацией больного).—Прения: профф. А. В. Вишневский и Н. В. Соколов, прив.-доц. С. А. Флеров и д-р В. А. Гусынин.

Д-р И. Л. Цимхес: *Случай огнестрельного ранения кишечника*.—Прения: профф. А. В. Вишневский и В. Л. Боголюбов.

Д-р Кревер: *Опыт применения стереоскопо-вазографии органов после аутопсии*. Предъявлены стереоскопические рентгеновские снимки сосудов.—Прения: профф. И. П. Васильев, Б. А. Вольтер и В. Л. Боголюбов.

Д-р Ю. А. Ратнер: *К оперативному лечению выпадения прямой кишки*. Докладчик отметил, между прочим, что в случаях средней тяжести проф. В. Л. Боголюбовым практикуется подшивание с помощью полоски из fascia lata.—Прения: профф. А. В. Вишневский и В. Л. Боголюбов

Д-ра А. Л. Августинов и А. И. Алексеева-Кузьмина: *Изменение высоты свода стопы под влиянием функциональной нагрузки в течение одного рабочего дня*. Докладчиками было обследовано 85 учащихся медтехникума и 30 врачей упрощенным стопомером проф. М. О. Фридланда. У лиц молодого возраста (средним числом в 19 лет) отмечается повышение свода стопы к вечеру, а у лиц со средним арифметич. числом лет в 35—понижение свода стопы. Лица, имеющие pes planus, к вечеру дают понижение свода, тогда как нормальная стопа дает повышение.—Прения: проф. М. О. Фридланд и прив.-доц. С. А. Флеров.

Заседание 2/III.

Проф. Н. В. Соколов: *К казуистике огнестрельного повреждения брюшной полости* (демонстрация больного). Докладчиком предъявлен выздоровев-

ший после огнестрельного ранения (из нагана) ребенок, у которого пуля прошла через левую долю печени, желудок и нижний полюс селезенки. На означенные органы докладчиком были наложены швы. Случай приведен в пользу принципа более активного вмешательства при огнестрельных ранениях брюшной полости.—Прения: д-р В. А. Гусынин и проф. В. Л. Боголюбов. Последний считает установленным, что в мирной обстановке и в первые 12 часов активно вмешаться необходимо.

Прив.-доц. С. А. Флеров: *Дегастроэнтеростомия* (с демонстрацией больного). Докладчик демонстрировал больного, которому участковый хирург, при наличии резкого гастроптоза и дилатации желудка, но, повидимому, без наличия язвы, произвел гастростомию. Болезненные явления чрез некоторое время возобновились. Проф. А. В. Вишневым под местной анестезией были произведены разделение анастомоза и резекция желудка по Billroth I. Докладчик считает необходимым обратить внимание, что гастростомия нередко производится без нужды; он считает ее противопоказанной, в общем, при гастроптозе, запущенном расширении желудка, недостаточной деятельности поджелудочной железы и в тех случаях, когда язва не может быть при операции осмотрена или прощупана. Способ дегастроэнтеростомии с помощью Billroth I он считает наилучшим, способ же, употребляемый в таких случаях Finsterer'ом, опасным в смысле возникновения вторичной пептической язвы jejuni.—Прения: проф. А. В. Вишневыский, В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов и д-ра А. Н. Рыжих и В. А. Гусынин. Проф. В. Л. Боголюбов рекомендовал испробовать способ проф. В. Н. Разумовского—высасывать в малый сальник 80% спирт в тех случаях, когда у больного на первом плане боли, а причина этих болей при операции ясно не обнаруживается.

Проф. В. К. Трутнев: *Трахеобронхоскопия* (с демонстрацией метода). Докладчик остановился на вопросе о показаниях к трахеобронхоскопии, горячо рекомендует данный метод, как профилактическое и лечебное мероприятие при некоторых легочных заболеваниях. Хорошие результаты докладчик видел от применения трахеобронхоскопии, между прочим, при бронхиальной астме. Детей, как правило, Т. трахеобронхоскопирует без всякой анестезии, отдавая при этом предпочтение верхней трахеобронхоскопии. Сообщение сопровождалось демонстрацией инородных тел, извлеченных из трахеи и бронхов в Казанской клинике, а также техники трахеобронхоскопии.

Д-р Д. Н. Федоров: *К иллюстрации неврофиброматоза* (с демонстрацией микроскопических препаратов и снимков больной). Это—4-ый случай неврофиброматоза, описанный Казанскими авторами.

Секретарь Секции приват-доцент С. Флеров.

### Офтальмологическая секция.

Заседание 29/V 1926 г.

Проф. В. В. Чирковский: *Состояние вопроса об этиологии трахомы по новейшим данным*. Докладчик осветил современное положение вопроса об этиологии трахомы, особенно остановившись на исследованиях Lindnera и Nicolle'я. Придавая значение находждению Growazеских телец при данной болезни, он указал на необходимость дальнейших наблюдений над этиологической ролью этих включений, особенно путем эксперимента над животными. Теорию, выдвинутую уже давно Lindner'ом о генитальном происхождении трахоматозного вируса, Ч. считает более отвечающей современным данным, чем недавно опубликованную теллурическую теорию Nicolle'я.

Д-р Д. Ф. Скворцов: *Опыт применения аутосеротерапии при трахоме*. Докладчик сообщил о сделанных в Казанской Глазной клинике наблюдениях над аутосеротерапией трахомы по методу Angelucci. Этот способ лечения был здесь, без всякого другого медикаментозного воздействия, применен у 9 больных со свежей, не леченой трахомой, в том числе в 6 случаях трахомы в I периоде, средней интенсивности, и в 3 случаях—трахомы в стадии перехода в рубцевую, с незначительным паннусом. Кровь для вырскиваний бралась из локтевой вены самих больных, и сыворотка, по  $\frac{1}{2}$ —2 кубика, вприскивались под кожу живота каждый 3-й—4-й день. Продолжительность наблюдения была от 3 до 5 месяцев. Терапевтический эффект выразился незначительным улучшением клинической картины трахомы в 3 случаях, а в 6 случаях лечение оказалось безрезультатным.—По поводу доклада несколько замечаний сделал проф. В. В. Чирковский.



Д-р Р. А. Батарчук демонстрировал *большого с двусторонней эмболией центральной артерии сетчатки*. Больной, 22 лет, страдавший стенозом valv. semilunaris aortae и недостаточностью valv. mitralis и малярией, в первых числах апреля 1926 г. подметил у себя внезапное понижение зрения. В настоящее время он имеет чрезвычайно суженное поле зрения с сохранением центрального зрения в пределах нормы. 22/V того же года у него внезапно развилась абсолютная слепота на правый глаз при картине эмболии центральной артерии сетчатки со стороны глазного дна, с чем он и явился в клинику. Случай представляет интерес по своей чрезвычайной редкости (в литературе описано всего только 27 случаев двусторонней эмболии артерии сетчатки), а также по клинической картине поражения левого глаза. В этом случае нужно предполагать сохранение макулярной ветви, выходящей позади эмбола главного ствола центральной артерии.

Д-р А. Н. Круглов: *Вопросы о трахоме на V Всеукраинском Санитарном Совете*. Докладчик присутствовал в заседаниях Всеукраинского Санитарного Совета, имевших место 16—21/V с. г. в гор. Харькове, в качестве представителя от Казанского Трахоматозного Института. На двух заседаниях, посвященных трахоме и мерам борьбы с нею, было заслушано 6 докладов, которыми устанавливалось отсутствие точных сведений о распространении трахомы на Украине, как в настоящее, так и в дореволюционное время, но отмечено, что по отдельным округам имеются данные о постепенном росте трахомы среди населения, обитателей детдомов и школьников; отмечалось также и отсутствие плана борьбы с трахомой. Санитарный Совет положил начало плановой работе по борьбе с трахомой, наметив в этом направлении целый ряд конкретных мероприятий и, между прочим, возложив на бактериологические институты Украины изучение вопроса об этиологии трахомы.

Заседание 30/X 1926 г.

Д-р Р. Х. Микаэлян: *Наблюдения над лактотерапией при экспериментальных инфекциях глаза*. Докладчик произвел опыты с двумя инфекциями: оспенной вакциной и стафилококком. Оспенная вакцина была введена 15 кроликам, из коих те, у которых применялась протеиновая терапия в виде инъекций молока (от 0,3 до 0,5), дали более легкое и быстрое течение заболевания (блефароконъюнктивит и кератит), чем контрольные животные; более легко протекал процесс и у тех животных данной серии, которые получали впрыскивания молока профилактически до заражения. Стафилококковая инфекция вводилась в переднюю камеру глаза в дозе 0,1 обычного разведения суточной агаровой культуры. Здесь также можно было отметить, что животные, получившие протеин, переносили заболевание легче, чем контрольные: у последних дело кончалось эндофтальмитом с перфорацией глазного яблока, у первых же удавалось в некоторых случаях сохранить *bulbus*.—В прениях д-р Л. А. Дышниц спросил, как делалось заражение стафилококком? Докладчик отвечал, что обычно бралась 1 петля суточной агаровой культуры, разводилась в 10 куб. с. физиологического раствора, и 0,1 взвеси впрыскивалась в переднюю камеру. Д-р Л. А. Дышниц спросил, выпускалась ли передняя камерная влага? Докладчик отвечал утвердительно: 1 капля передне-камерной влаги выпускалась, и вместо нее впрыскивалось такое же количество культуры. Проф. В. В. Чирковский спросил докладчика о дозе протеина, применявшегося при опытах. Докладчик сообщил, что он оперировал с высшими дозами молока, каковыми являются 0,3—0,5.

Д-р Н. И. Блitzштейн-Неворожкина: *Несколько наблюдений над лечением трахомы подконъюнктивальными инъекциями цианистой ртути*. Инъекции 1/20—1/5% раствора цианистой ртути, в дозе 0,2—0,5, применялись под конъюнктиву переходных складок у 15 больных при трахоматозном процессе и у 23 больных—по поводу осложнения трахомы паннусом. Количество инъекций было от 3 до 5; промежуток между ними равнялся 3—5 и более дням. Местная реакция после инъекций отмечалась почти у всех больных. Эффект от лечения наступал после 2—3 инъекций и усиливался с последующими. Преимущество этого способа заключается в легкости его применения в обстановке практической деятельности врача.—В прениях д-р Корчемкин осведомился, были ли произведены патолого-анатомические исследования в этих случаях и чем можно объяснить благоприятное действие этой терапии? Докладчица отвечала, что патолого-анатомических исследований произведено не было, что же касается объяснения эффекта этой терапии, то авторы (Wassing, Jones и др.) усматривает причину этого действия в бактерицидном влиянии цианистой ртути на предполагаемого возбудителя болезни и склерозирующее ее влияние на ткани конъюнктивы.

Д-р Г. С. Лнорбер: *К вопросу о распространении трахомы среди школьников и рабочих подростков г. Казани и несколько замечаний о борьбе с нею.* Весною текущего года докладчиком было произведено обследование глаз у 1782 воспитанников Казанских школ открытого типа и 276 рабочих подростков, всего у 2058 человек в возрасте от 7 до 20 лет. Среди них было зарегистрировано пораженных трахомой 103 (5%), в том числе среди русских оказались больными трахомой 2,3%, а среди татар—8%. По мнению докладчика систематическое обследование глаз школьников и рабочих подростков, санитарно-просветительная работа, изоляция заразных форм трахомы и бесплатное лечение пораженных этой болезнью должны быть немедленно проводимы в жизнь.—По поводу доклада несколько замечаний сделал проф. В. В. Чирковский.

Заседание 13/ХІІ 1926 г.

Д-р М. Н. Милославская: *К казуистике эпителиом лимба роговицы.* Докладчица сообщила о двух редких случаях эпителиомы лимба роговицы, причем демонстрировала рисунки и патолого-анатомические препараты этих случаев. Под микроскопом в одном случае оказалась плоско-целлюлярный ороговевающий рак, в другом—базоцеллюлярный не ороговевающий рак. У обоих больных было произведено удаление опухолей, которые не имели склонности к разрушению оболочек глаза. После нескольких сеансов радиотерапии больные были выписаны с полным восстановлением функции глаза.—Проф. В. В. Чирковский указал на редкость подобных случаев. За последние 26 лет в Казанской клинике такого рода случаев совершенно не отмечено. Опухоли у обоих больных распространялись на большую часть роговой оболочки, и казалось, что простое срезывание будет недостаточно в виду возможности более глубокого проникновения новообразований. Операция в обоих случаях прошла легко, наступило быстрое заживление, рецидивов пока нет течение 5 месяцев.

Д-р А. Л. Вознесенская: *К новейшей методике исследования глии* (с демонстрацией препаратов). Понятие о нейроглии, установленное Weiger'ом, Nisslem и др., значительно обогатилось за последние годы, благодаря школе Сажаля. Ученик Сажаля Кио-Нортега предложенными им методами исследования доказал, что, кроме астроцитов или паутиных клеток, в глии существуют еще элементы опорной субстанции, обладающие отростками, а именно, элементы microglia и oligodendroglia. Первые обладают активной амебoidalной подвижностью и важными свойствами фагоцитоза; Нортгега называет их макрофагами нервной ткани. Полученные им данные были проверены докладчицей при помощи его методов исследования. Для исследования были взяты нормальный и патологический зрительные нервы человека, собаки и кролика, гетина человека и кролика и, кроме того, большой, продолговатый и спинной мозг. Клетки Нортгега были докладчицей обнаружены в большом мозгу и сетчатке.—Проф. В. В. Чирковский отметил интерес показанных препаратов.

Д-р Д. А. Дымшиц продемонстрировал *щелевую лампу Gullstrand'a.*

Заседание 29/ХІІ 1926 г.

А. А. Щеглова продемонстрировала *больную с отравлением хинином.* Больная Е. Т., 20 лет, с целью самоубийства приняла 30 порошков хинина по 0,3; в первые два дня наступила слепота, на 4-й день зрение стало восстанавливаться, на 6-й день острота зрения в правом глазу была 0,4, а в левом 0,1 нормы; поле зрения сужено до точки фиксации в правом глазу и concentрически до 5° в левом. Лечение: в первые дни вдыхание амил-нитрита и иодистый кали per os, затем инъекции стрихнина.—По поводу демонстрации несколько замечаний сделали профф. В. В. Чирковский и В. Е. Адамюк и д-р Р. А. Батарчук.

Д-р Р. Х. Микаев: *О распространении трахомы на южном берегу Крыма.* По литературным данным (Марков и Амстердамский) и проверке амбулаторных книг трахома—очень редкое заболевание на южном берегу Крыма. Обследовательская работа д-ра Фиша по Севастопольскому району показывает, что среди 5656 лиц найдено лишь 5 трахоматозных. Данные, полученные докладчиком летом 1926 года, показали, что % трахоматозных в горной части Крыма (Бахчисарайский район) равен 1,22, а на южном берегу—0,39. Если принять во внимание, что многие из этих больных заразились вне Крыма, то выходит, что % должен быть еще снижен. Данный факт может быть объяснен высоко-благоприятными условиями климата южного берега.—В прениях проф. В. В. Чирковский отметил, что выводы докладчика еще не дают возможности говорить о климатическом иммунитете при трахоме, и легенда, что в горных местностях нет трахомы, в настоящий момент должна быть оставлена.

Д-р В. П. Рощин: *О взаимоотношениях между кровяным, внутричерепным и внутриглазным давлением.* С помощью параллельной записи внутриглазного, внутричерепного и кровяного давления докладчиком установлено, что 1) повышение внутричерепного давления несомненно отражается на тонеусе глаза, вызывая или повышение, или понижение внутриглазного давления, причем эти колебания тонеуса глаза являются результатом изменений общего кровяного давления, о чем свидетельствует полный параллелизм в ходе кривых кровяного и внутриглазного давления; 2) опыты с перетяжкой сонной артерии, со сдавливанием брюшной аорты, с раздражением п. ischiadici, п. vagi, п. sympathici на шее, с введением в кровь адреналина дали доказательство прямой зависимости колебаний внутричерепного и внутриглазного давления от общего кровяного давления resp. от кровенаполнения сосудов того и другого органа; 3) в опытах с асфиксией животного и введением пилокарпина в кровь выявилось определенное расхождение в кривых внутричерепного давления с одной стороны, кровяного и внутриглазного — с другой. Необычайно высокий подъем давления внутри черепа при асфиксии и его повышение (наряду с понижением кровяного давления) после пилокарпина, по мнению докладчика, обязаны своим происхождением усиленной продукции спинномозговой жидкости. На основании своих опытов докладчик отвергает аналогично происхождения внутриглазной и цереброспинальной жидкостей.

Д-р И. С. Мельников: *О деятельности глазного отряда Самарского уезда за последние 3 года.* Докладчик провел довольно крупную работу как лечебного (сделано до 2.000 операций), так и санитарно-профилактического и обследовательского характера в 3 пунктах Самарского уезда. При этом выяснились некоторые интересные бытовые черты, играющие роль в распространении трахомы. Предлагая план борьбы с трахомой, докладчик считает целесообразным брать объектом борьбы отдельные очаги трахомы, как село, волость и пр., и на них обращать преимущественное внимание.

Д-р И. Э. Барбель: *О трахоме в детдомах г. Миасса.* Докладчик сообщает о широком распространении трахомы в детдомах г. Миасса. Путем принятия соответствующих мер за последние 1½ года удалось, однако, добиться заметного сокращения здесь числа трахоматозных детей и предупредить дальнейшее распространение трахомы: в 1924 г., напр., было 269 больных детей, а к концу 1925 г. их осталось лишь 99; новых заболеваний за 1925 г. и половину 1926 г. отмечено 12.

### Гигиеническая секция.

Заседание 26/X 1926.

Д-р Виноградов: *О командировке на курсы по усовершенствованию санитарей в Ленинграде.*

Заседание 9/XI 1926.

Д-р Лившиц: *II Поволжский Съезд врачей по борьбе с малярией.*

Проф. В. В. Милославский и д-р Л. И. Лось: *Витамины* (обзор иностранной литературы).

Заседание 30/XI 1926.

Проф. В. В. Милославский и д-р М. О. Козьмин: *Современное состояние вопроса о кататермометре и эффективной температуре* (обзоры иностранной литературы). Проф. М. отметил, что кататермометр дает возможность определить величину охлаждающего действия внешних условий — температуры, влажности и движения воздуха, т. е. факторов, определяющих самочувствие человека; эффективная температура — результирующая тех же факторов: ее градусы означают степень действия метеорологических условий на организм человека. Что правильное отображает различные комбинации этих условий, — ката или эффективная  $t^0$ , — вопрос этот решить еще нельзя, требуются дальнейшие наблюдения. Английская школа утверждает, что лучшим индексом комфорта являются показания сухого ката при обычных условиях и влажного ката — при тяжелой мышечной работе. Наоборот, американская школа считает кататермометр ценным лишь как прибор, с помощью которого можно определять минимальные движения воздуха, но который не может служить индексом человеческого комфорта, так как он физически слишком отличается от человеческого тела.

Д-р Козьмин и, основываясь на работах Neumann'a, Koff-Petersen'a и Weiss'a, указал, что в покойном воздухе со средней влажностью наблюдаются определенные простые отношения между лобной  $t^0$  и показаниями сухого ката-

термометра; хорошему самочувствию отвечает *kata-index* 5—6. В движущемся воздухе зависимость между самочувствием и *kata* выступает лучше, но точных границ пока установить не удалось. Влажный *kata* едва намечает определенные отношения к лобной *t<sup>o</sup>* и самочувствию. В движущемся воздухе между *kata* и ощущением авторам не удалось подметить какой-либо закономерности. На результаты опытов оказывают большое влияние сознательность опытных лиц и выносливость их в зависимости от тренировки и акклиматизации. Необходимы дальнейшие опыты для получения руководящих норм при устройстве вентиляции и вообще для обеспечения здоровых условий работы.

Заседание 7/XII 1926.

Д-р Механович: *Жилищные условия в рабочих поселках г. Казани.*

Заседание 14/XII 1926.

Проф. В. В. Мясославский: *К 30-летию юбилею научной деятельности проф. Г. В. Хлопина.* 13/XII в Ленинграде чествовали проф. Г. В. Хлопина в день 30-летнего юбилея его профессорской деятельности, причем в этом празднике науки приняли участие почти все профилактические кафедры и все санитарные организации СССР. Григорий Витальевич Хлопин родился в 1863 г. Окончил Петербургский У-т с званием кандидата естеств. наук в 1886 г. и затем Московский У-т по медиц. ф-ту в 1893 г. С 1894 г. по 1896 г. состоял лаборантом, а потом прозектором при кафедре гигиены Московск. У-та, которую тогда занимал Ф. Ф. Эрисман. В 1896 г. получил степень д-ра медицины за диссертацию «К методике определения растворенного в воде кислорода». С 1896 г. по 1903 г. состоял профессором Юрьевского У-та; в 1903 г. был избран в Одесский У-т, а в 1904 г. — в Женский Медц. И-т. С 1906 г. по 1918 г. занимал кафедру гигиены в Клин. И-те б. Елены Павловны. В 1918 г. был избран в Военно-Медиц. Акад. и оставил Клин. И-т. В настоящее время проф. Х. занимает кафедру общей гигиены в В.-М. А. и Мед. (б. Женском) И-те. Г. В. опубликовал 120 научных работ, из них 40 лабораторных исследований. Работы его относятся ко всем отделам гигиены: вода и водоснабжение, удаление нечистот, питание и пищевая санитария, городская гигиена, школьная гигиена, профессиональная гигиена, военная гигиена, — все это было их предметом. Здесь нет возможности перечислить все его работы, упомянем только самые крупные из них (кроме его диссертации): Каменноугольные краски, 1903; Основы гигиены, т. 1, 1921—1922 г., т. 2, 1923 г.; Химические и микробиологические методы санитарных исследований питьевых и сточных вод, 2 изд., 1918 г.; Методы санитарных исследований пищевых продуктов и напитков, вып. 1 1913 г., вып. 2-ой 1915 г., вып. 3-ий 1917 г.; Методы санитарных исследований предметов повседневного обихода и косметических средств, 1923 г.; Сокращенный учебник гигиены, ч. 1 и 2, 1926 г.; Пермские казенные рудники Урала в санитарно-врачебном отношении, 1916 г.; Самоубийство среди учащихся русских средн. уч. заведений, 1909 г.; Химическая промышленность и народное здравие, в. 1—4, 1919—1923 г. Под редакцией Г. В. издано 18 сборников и монографий, и из заведующих им лабораторий вышло около 260 экспериментальных работ. Ряд учеников его занимает кафедры в разных высших учебн. заведениях. Почти все санитарные врачи до 1918 г. слушали его лекции и под его руководством учились методике санитарных исследований в б. Еленинском И-те. Все студенты учатся теперь по его руководствам. Г. В. никогда не был только кабинетным ученым, — он всегда принимал самое близкое участие в общественно-санитарной жизни; отметим его участие в оздоровительных мероприятиях по г. Петербургу, его обследование санитар. сост. городов Поволжья, Уральских заводов; его многолетнюю работу в Русс. Об-стве Охран. Нар. Здрав. и др. научн. обществах. С 1907 г. Г. В. состоит членом-сотрудн. Лондонского Корол. Института. Пожелаем дорогому юбиляру еще долгие годы быть нашим учителем и хранителем заветов Ф. Ф. Эрисмана.

Д-р С. М. Шварц: *Жилищные условия и заболеваемость рабочих Бондюжского завода.*

Заседание 23/XII 1926.

Д-р Дезидерьев: *Туберкулез в Казани за 2 последних года по данным тубдиспансеров.*

**Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.**

Заседание 26/Д.

Проф. Т. И. Юдин произнес речь «Памяти Кгаереліна», где характеризовал К., как гения психиатрии, создавшего основные психиатрические единицы,

составившего эпоху в психиатрии и оказавшего огромное влияние на всех психиатров мира.

Д-р С. А. Эсселевич сообщил о *случае нарколепсии*.—Прения: проф. Фаворский и Юдин, д-ра Шифрина и Русецкий.

Д-р Г. Р. Максудов сделал сообщение о *случае псевдоатабеса на почве отравления спорыньей*. В случае этом у больного после нескольких месяцев употребления в пищу хлеба, содержавшего спорынью (в каждом колосе ржи 5—6 головок спорыньи), развилась атаксия в нижних конечностях с наличием симптома Romberg'a, отсутствием коленных и ахилловых рефлексов, расстройством тазовых органов и наличием стреляющих болей; кроме того у больного наблюдались приступы тонической судороги в верхних конечностях. В люмбальной жидкости была констатирована ксантохромия. Случай этот представляет интерес, как образец отравления спорыньей нервной системы. Особенности его—подчеркнутое расстройство тазовых органов и наличие ксантохромии в люмбальной жидкости. Представляют интерес и стреляющие боли при поражении интрамедуллярного отрезка задних спинномозговых корешков. Интересен, наконец, и тот факт, что проба с гипервентиляцией вызвала приступ судорог.—В прениях по докладу приняли участие проф. Фаворский и д-р Русецкий.

Д-р Н. И. Попов сделал доклад „*Försterовская гипервентиляция и эпилепсия по данным Окружной Психиатрической лечебницы*“. После гипервентиляции у эпилептиков, особенно в т. наз. „органических“ случаях, чаще всего уже через 2—4 минуты (иногда до 20 минут) наступает в ряде случаев типичный судорожный эпилептический припадок с расширением зрачков и отсутствием реакции их на свет, а также отсутствием коленных рефлексов, причем после припадка наблюдается продолжительный сон или спутанность сознания. В другом ряде случаев не было типичного эпилептического приступа, но судорожные явления наблюдались. В случаях симуляции, находившихся в лечебнице на испытании, судорожных явлений при гипервентиляции не развивалось совсем. Травматики часто давали при гипервентиляции не эпилептические припадки, а истерические.—Прения: проф. Фаворский и Юдин, д-ра Русецкий, Жилин, Максудов, Чураев, Андреев.  
Секретарь Общества *Ворошилов*.

### Заседания Научного Кружка при Рыбинской Врачебной Секции.

Заседание 26/1.

Д-р Н. А. Трескин: *К учению о витаминах*. Доклад был посвящен изложению современного состояния вопроса о витаминах и витаминозах.

Заседание 4/II.

Д-р Либинзон: *Об инородных телах в пищеводе по материалам Ярославской I Советской больницы*. Докладчик отметил, что жалобы на инородные тела не всегда соответствует наличию таковых: по Vgone'у только в 1/5 всех случаев с такими жалобами в пищеводе действительно оказываются инородные тела. Докладчик указал, далее, на ряд характерных случаев этого рода из своей практики и продемонстрировал ряд инородных тел, извлеченных им из пищевода. По заграничным статистикам первое место среди инородных тел в пищеводе занимают зубные пластинки, у нас—кости. Д-р Л. привел случай, когда кость оставалась в пищеводе больше 10 дней, вызвала нагноение и была удалена путем эзофагостомии под местной паравертбральной анестезией. Он предостерегал от попыток проталкивания инородных тел в желудок, т. к. иногда это вызывало разрыв пищевода и воспаления средостения с последующим смертельным исходом, а также рекомендовал отказаться от применения монетоловок и щеточек, т. к. бывали случаи разрыва пищевода монетоловкой. По окончании доклада д-р Л. продемонстрировал применение эзофагоскопа на больных.  
Секретарь *Синакевич*.

## VII Областной Съезд врачей Татареспублики.

И. А. Казанцева.

С 13 по 18 января 1927 г. в Казани состоялся VII Областной Съезд врачей ТР. Всех делегатов на Съезде было 119 чел., в том числе из кантонов—25 чел. Работа Съезда носила исключительно-деловой характер и привлекла к себе внимание не только делегатов Съезда, но и очень большого количества гостей, число

которых в день открытия Съезда доходило до 200 чел.; в остальные дни посещаемость Съезда также была для Казани небывало высока, из чего можно сделать один вывод, — врачебная масса выросла, за последнее время она шагнула вперед, о чем свидетельствует и рост ее профессионального актива: из 119 делегатов Съезда несут профессиональную работу 69,5%.

Бюро Врачебной Секции перед Съездом проделало довольно серьезную работу, — с участков им было получено большое количество анкет, полно характеризующих положение врача на селе, что позволило, с цифрами в руках, объективно выступить на Съезде с докладом «Условия участковой работы врача». Многие врачи города, — к сожалению, далеко не все, — также заполнили анкеты, цифровой материал которых послужил основанием для доклада «О материальном и правовом положении врачей». Программные вопросы Съезда были заранее намечены и получили некоторое освещение на страницах газеты «Красная Татария». Наконец, получение делегатами тезисов по ряду докладов дало им возможность вполне ознакомиться с предстоящими занятиями и принять в работе Съезда то активное участие, которое отмечено выше, значительно сократив время по многочисленным выступлениям.

В итоге за 6 дней Съезда на последнем был проработан огромный материал по 10 докладам и 4 содокладам. Особенной полнотой отличался доклад секретаря Центрального Бюро Врачебных Секций, д-ра Воробьева, «О работе Центрального Бюро Врачебных Секций». Вопросы заработной платы, правового и материального положения врачей, охраны врачебного труда, усовершенствования врачей, вопросы взаимопомощи, мастерски освещенные докладчиком, вполне гармонировали с настроением делегатов Съезда и, будучи детализированы в ряде последующих самостоятельных докладов по указанным вопросам, вызвали оживленные прения и получили свое отражение в приводимых ниже резолюциях.

В широко развернувшихся прениях по основным докладом Съезда «О работе Татотдела Союза Медсантруд и Бюро Врачебной Секции», все выступавшие делегаты фиксировали внимание Съезда на необходимости большего участия врачей в работе месткомов, производственных совещаний, в культработе, и т. д. Это дает основание думать, что работа Бюро Врачебной Секции за межсъездный период не прошла даром; она в корне изменила отношение врачебной массы к вопросам общественно-политического характера; она внедрила в сознание врачей здоровую мысль, что только привлечение общественного мнения вокруг вопросов здравоохранения и его постоянных, подчас незаметных работников способно создать ту благоприятную атмосферу, которая позволит врачу плодотворно нести его по истине героическую работу по оздоровлению труда и быта трудящегося населения.

По докладу Наркомздрава д-ра Мухамедьярова впервые на Съезде, как об этом указывалось на страницах «Красной Татарии», во всей полноте встал вопрос о постановке зубо-врачебного дела в Татарской Республике. Вопросы все еще хромающей сельской медицины были ярко освещены в прениях кантонными представителями. Не останавливаясь на целом ряде других докладов, не менее интересных и важных в практической жизни врача, деловой и серьезной проработке которых Съезд уделил много внимания, необходимо отметить, что на последнем заседании Съездом был заслушан весьма интересный доклад д-ра Эпштейна «О правовом положении и судебной ответственности врачей». Жаль, что, за недостатком времени, прений по этому наиболее важному вопросу не было.

В процессе текущей работы Съезд был посещен председателем Совета Народных Комиссаров Татарской Республики, тов. Габидуллиным, и дважды — председателем Татпрофсовета, тов. Боярским, которые в своих обширных выступлениях подробно остановились на задачах и роли врачей в деле советского строительства и профессионального движения, на что Съезд единодушно ответил посылкой приветствия ЦИК'у и Совнаркому Татарской Республики, выразив готовность отдать все свои силы Советской Власти на проведение в жизнь задач нового строительства и процветание Татарской Республики.

6 дней напряженной работы Съезда показали, что ликвидаторское настроение в отношении врачебных секций изжито, врачи все более и более втягиваются в общественную работу. Остается пожелать, чтобы они не остановились на полдороге, а продолжали шаг за шагом завоевывать позиции в общественно-политической жизни, и тогда, с ростом культурно-экономического положения страны, с проводимой Правительством политикой по вовлечению трудовой интеллигенции в активную работу по новому строительству, их лучшее будущее обеспечено.

## Приветствие ЦИКу и Совнаркому Татареспублики

VII Областной Съезд врачей Татарии шлет горячий привет Правительству ТССР. Улучшение культурно-экономического состояния СССР, Татарской Республики в частности, проводимая Советской властью политика по вовлечению трудовой интеллигенции в активную работу по новому строительству—для советского врача создают благоприятные условия для широкого оздоровления трудового населения, для успешной и плодотворной борьбы за новый, здоровый быт и за поднятие производительных сил страны, как необходимая предпосылка нового социалистического строительства. Съезд уверен в том, что Правительство ТССР, по мере роста экономики края, примет меры к дальнейшему улучшению условий труда и быта врачей, в лице которых Советская Власть найдет убежденных и преданных проводников задач нового строительства.

*Президиум Съезда.*

### Резолюции Съезда.

#### *Резолюция по докладу Центрального Бюро Врачебной Секции.*

1. VII Областной Съезд врачей ТР, заслушав доклад тов. Воробьева о работе Центрального Бюро Врачебной Секции за период от III Съезда Врачебных Секций, одобряет деятельность ЦБ и проводимую линию признает правильной.

2. Съезд констатирует достижения ЦБ в следующих областях работы: а) в мероприятиях по улучшению материального и правового положения врачей; б) в мероприятиях по привлечению внимания Советской Общественности к жизни и нуждам врачей и установлению тесной связи ЦБ с прокуратурой, что позволило ЦБ вступить в защиту отдельных врачей и добиться отмены ряда приговоров; в) в разработке ряда законоположений, регулирующих права, обязанности и ответственность врачей; г) в усилении связи с местами, как живой, так и письменной; д) в ряде мероприятий по обслуживанию культурных нужд врачей.

3. Съезд выдвигает следующие положения, которые должны быть будущим ЦБ проведены в жизнь:

А) *В области организационной:* а) необходимо сконцентрировать внимание на работе У/отделений и К/отделений; б) на лучшем обслуживании врачей железнодорожного и водного транспорта; в) на большем вовлечении зубврачей в работу Секции и изучении их труда и специфических нужд.

Б) *В области экономической:* а) ЦБ должно принять все меры по проведению в жизнь декрета Совнаркома РСФСР от 2/XII 1925 г.—1) относительно более полного урегулирования норм труда врачей, особенно на участках; 2) относительно декретирования для участков врачей на ближайшие годы месячных отпусков. б) ЦБ необходимо стремиться к окончательному изжитию руководящими органами убеждения о побочном приработке врача, настаивая на предоставлении ему зарплаты, которая из года в год должна повышаться и быть уравнена с зарплатой специалистов промышленности. в) Зарплата зубных врачей должна быть доведена до минимума, установленного для медицинских врачей. г) ЦБ следует поставить вопрос перед соответствующими организациями об оплате ординаторов клиник наравне с оплатой штатных ординаторов, работающих в лечебных учреждениях органов здравоохранения. д) Съезд считает необходимым бронирование через ЦБ курортных мест для врачей, ибо места на курорты, поступающие в порядке общей разверстки, врачами не используются, так как использование их могло бы вызвать нарекания масс, могущих рассматривать поездку врача на курорт, как использование служебных прав в личных интересах. е) ЦБ должно установить еще более тесную связь с местами и усилить свое внимание по отношению к страховым органам, ибо на местах несогласованность работы часто вредит делу здравоохранения и обостряет взаимоотношения между медперсоналом и обслуживаемым населением.

В) *В области культурного обслуживания:* ЦБ должно поставить вопрос перед местными организациями о создании культурных центров для врачей на местах, в виде домов врачей или клубов, и добиваться от органов здравоохранения обеспечения врачебных участков соответствующей медицинской литературой.

#### *Резолюция по докладу Правления Татотдела Союза и Бюро Врачебной Секции Медсантруб.*

1. Областной Съезд врачей АТССР, заслушав доклад о деятельности Правления и Бюро Врачебной Секции, констатируя, что за истекший год Правлением и Бюро проделана значительная работа по налаживанию связи с врачами кантонов,

защите правовых интересов врачей и участию в производственной работе ТНКЗ'ва, признает работу Правления и Бюро удовлетворительной.

2) Съезд считает необходимым добиваться дальнейшего улучшения материального положения врача и увеличения зарплаты, еще значительно отстающей от зарплат других специалистов, широко используя прессу, бюджетные кампании и т. д.

3) Признавая особые условия труда зубврачей, Съезд поручает Бюро Врачебной Секции провести необходимую работу об изучении этих условий и охране труда зубврачей. В отношении зарплат зубврачей Съезд считает необходимым подтянуть ее до уровня врачебного минимума ТССР.

4) Отмечая недостаточную связь с врачами транспорта, находящимися в специфических производственных и бытовых условиях, Съезд считает необходимым провести работу по вовлечению их в работу Бюро Врачебной Секции.

5) Отмечая интерес и активность врачей в разрешении вопросов производственного характера и считая активное участие врачей в здравоохранении чрезвычайно целесообразным и полезным как с производственной, так и с профессиональной точки зрения, Съезд считает необходимым поручить Бюро Врачебной Секции работу по вовлечению широких масс врачей в строительство здравоохранения.

6) В виду своеобразных условий сельской жизни, условий географических и социально-бытовых, сильно отличающихся от таковых в городе, необходимо на каждом Съезде врачей уделять достаточно внимания докладам участковых врачей о постановке здравоохранения на селе.

7) В виду того, что размер стипендии врачей-стажеров не соответствует прожиточному минимуму, Съезд признает необходимым поручить Бюро Врачебной Секции возбудить перед соответствующими организациями вопрос об увеличении ее и своевременной выплате.

8) Врачи-стажеры в отношении всех видов лечебной и социальной помощи должны пользоваться правами застрахованных.

#### *Резолюция по докладу Татнаркомздрава.*

1) Заслушав отчетный доклад Наркомздрава тов. Мухомедьярова, с докладом зав. Отделом медпомощи застрахованным тов. Луцакова, VII Областной Съезд врачей ТССР, констатируя качественное и количественное улучшение лечебно-санитарного обслуживания населения г. Казани и кантонов за межсъездный период, считает работу ТНКЗ'а удовлетворительной и общее направление в ней правильным.

2) Наряду с этим Съезд отмечает крайне недостаточное ассигнование средств на дело здравоохранения, в особенности по местному бюджету (города и кантонов), вследствие чего мы имеем слабую постановку дела на участках, весьма тяжелые условия труда медработников (низкую зарплату, отсутствие нормального рабочего времени), чрезвычайно слабый темп развития больничного строительства и ремонтно-восстановительных работ, в особенности в кантонах, недостаточную обеспеченность кантонов врачами и средним медперсоналом и невозможность проведения необходимых мероприятий по борьбе с эпидемическими заболеваниями и улучшению санитарного состояния Республики.

3) В целях улучшения постановки дела здравоохранения и устранения вышеуказанных недочетов Съезд считает первоочередной задачей органов здравоохранения ТР: а) добиться увеличения доли участия здравоохранения в местном бюджете, хотя-бы до уровня соседних республик и областей (от 15,2 % до 17,1 %), которые в экономическом отношении мало отличаются от ТР; б) принять все меры к увеличению зарплаты всему медперсоналу; в) принять все меры к проведению нормальных штатов в лечебно-санитарных учреждениях и повсеместному осуществлению Кодекса законов о труде, обратив внимание на установление правил внутреннего распорядка в учреждениях; г) следить за проведением декрета ТСНК от 13/VIII 1926 г. об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала ТР; д) принять меры к увеличению нормы расходов на содержание лечебно-санитарных учреждений; е) принять меры к усилению трудовой дисциплины в лечебно-санитарных учреждениях, уточнив права и обязанности возглавляющих их врачей в соответствии с постановлением Пленума Ц. К. Медсантруд по докладу НКЗ т. Семашко «О мерах к устранению беспорядков в лечебных учреждениях».



4) Придавая большое значение участию трудящихся в деле здравоохранения, Съезд обращает внимание органов здравоохранения на необходимость оживления работ административно-хозяйственных совещаний и обязательного участия администрации в работе производственных совещаний.

5) Признавая в целом недостаточность существующей больницы сети в кантонах и отмечая крайне неравномерное распределение этой сети по национальному признаку (19,5 % в татарских, 8 % в немецких, 72,5 % в русских селениях), Съезд одобряет проводимую НКЗ-м линию по развертыванию больницы и врачебно-амбулаторной сети в татарских районах, одновременно обращая особое внимание на качественное улучшение существующей; Съезд считает, что ТНКЗ'ву необходимо разработать план нового больничного строительства в кантонах с учетом национально-бытовых и культурно-экономических условий кантонов.

6) Констатируя неудовлетворительное состояние зубо-врачебного дела как в городе, особенно на его окраинах, так и в кантонах, Съезд считает необходимым усилить зубо-помощь; в частности необходимо: а) расширение сети зубо-лечебных учреждений, б) оборудование зубо-амбулаторий инвентарем и инструментарием — в первую очередь в кантонах и на окраинах города, в) возглавление их квалифицированным персоналом, путем полного использования мест для усовершенствования зубо-врачей в ГИЗ'ах и созданием при Казанском Клиническом Ин-те курсов для зубо-врачей и одонтологов, г) создание при ТНКЗ'ве должности консультанта на зубо-врачеванию, д) усиление профилактической работы по зубо-врачеванию.

7) Придавая большое значение профилактике, Съезд одобряет план проведения диспансеризации лечебного дела и организации амбулаторных объединений в Казани, причем обращает внимание органов здравоохранения на более рациональное проведение профилактической работы на участках, усиление работы смешанных диспансеров, лечебно-обследовательских отрядов и передвижных выставок и более энергичное проведение оспопрививательной кампании на местах, а равно на улучшение дезинфекционного дела на местах и на упорядочение санитарной статистики.

8) Отмечая тяжелое состояние санорганизации ТР, выразившееся в хронически пустующих местах санврачей в части кантонов, усиленном уходе на лечебную работу и ничтожном пополнении их кадров врачами последних выпусков, Съезд находит необходимым: а) улучшение материально-правового положения санврачей, б) усиление общественной работы в санорганизациях, в) возобновление созыва сансоветов в обще-республиканском масштабе и периодических сансовещаний в кантонах, г) ускорение издания мед.-санитарного журнала при ТНКЗ'ве, д) обеспечение жил.-сан. инспекции надлежащим количеством работников, е) приравнение кантональных санврачей в пользовании коммунальными услугами к участковым врачам.

9) В виду того, что санорганизация в кантонах является молодой, а бюджет кантонов недостаточен окрештим, необходимо ТНКЗ'ву и в дальнейшем добиваться перед соответствующими организациями оставления ее на госбюжете.

10) Отмечая, что недостаточное число работников в аппаратах кантздоров и частая смена заведующих отделами весьма отрицательно отражаются на постановке дела в кантонах, Съезд поручает НКЗ'ву, при поддержке Правления Союза, провести твердые штаты кантздоров через соответствующие органы и урегулировать этот вопрос, а равно принять меры к урегулированию взаимоотношений лечебно-санитарных учреждений с ВИК'ами, в соответствии с постановлением ЦК Союза Медсантруд по докладу НКЗ т. Семашко. «О мерах к устранению непорядков в лечебных учреждениях».

11) В виду специфических особенностей в работе здравотделов, последние должны возглавляться по возможности врачами; медицинские совещания, устраиваемые при здравотделах для проработки вопросов здравоохранения по мере надобности, должны созываться, как правило, регулярно; действующее положение о медицинских совещаниях, как устаревшее, должно быть в ближайшее время пересмотрено.

12) Съезд считает ненормальной загрузку ТНКЗ'ва и его учреждений большой отчетностью и рекомендует взять на себя инициативу перед соответствующими советскими организациями о необходимости ее сокращения, а равно принять меры к изжитию недостатков в работе аппарата ТНКЗ'ва, каковы: несвоевременное начало работы комиссий, продолжительное ожидание некоторых заведующих отделами, задержка в разрешении финансовых вопросов и пр.

13) Съезд подчеркивает необходимость усиления влияния ТНКЗ'ва при проведении тех или иных мероприятий по линии здравоохранения в кантонных отделах здравоохранения.

14) Необходимо усилить обследование, инструктирование и всестороннее изучение сельского здравоохранения путем выезда представителей ТНКЗ'ва в плановом порядке.

15) Необходимо усилить работу по продвижению участковых медработников на свободные городские должности через конкурсные комиссии, на основе нового положения ЦБ Врачебной о конкурсных комиссиях.

16) Отмечая крайне незначительное ассигнование на разъездные и суточные участковому медперсоналу, а также отсутствие разъездной летней и зимней спецодежды, при весьма недостаточном количестве спецодежды вообще, Съезд считает абсолютно необходимым добиваться в самом непродолжительном времени вполне достаточных денежных средств на удовлетворение означенных надобностей.

17) Необходимо приступить в самом непродолжительном времени к обеспечению наиболее мощных врачебно-больничных участков собственным транспортом, в целях более планомерной и продуктивной лечебно-профилактической работы.

18) Съезд считает обеспечение участков вторыми врачами задачей вполне назревшей, для разрешения которой необходимо стремиться создать в самом непродолжительном времени соответствующие материальные, трудовые, бытовые и правовые условия.

19) Отмечая чрезвычайно низкий процент служащих из татар и нацменов, Съезд обращает внимание органов здравоохранения на необходимость вовлечения в производство большого количества работников из татар и нацменов и принятия соответствующих мер к подготовке высшего и среднего персонала из них, согласовав эту работу с союзными организациями.

20) Съезд обращает внимание органов здравоохранения на проведение режима экономии в лечсанучреждениях.—следует рационально расходовать отпущенные средства, избегать нецелесообразных расходов и стремиться к наиболее упрощенным методам работы—с условием, чтобы эти мероприятия отнюдь не отражались отрицательно на обслуживании больных и на положении персонала.

21) В целях рационализации лекарственного отпуска для застрахованных и всего населения, в особенности в кантонах, необходимо вновь пересмотреть список правил лекарственного отпуска в сторону его расширения в пределах финансовых возможностей, улучшить постановку аптечного дела в сельских местностях, а также урегулировать учет медикаментозного отпуска за счет страховых сумм, путем регулярных обследований аптек Татмедторга.

#### *Резолюция по докладу о материальном и бытовом положении врачей.*

1) Материальное положение врачей улучшается в связи с общим экономическим ростом государства; отсталость этого положения в сравнении с довоенным временем находится в связи с тяжелым экономическим положением страны в эпоху гражданской войны, разрухи и голода; оно начинает постепенно улучшаться после окончания гражданской войны и связано с эпохой строительства страны. При этом улучшение материального положения участковых врачей идет более медленно, чем городских, в связи с более медленным ростом местного бюджета; в городских условиях у отдельных врачей, кроме того, имеется возможность дополнительного заработка.

2) Это улучшение материального положения врачей, однако, недостаточно пропорционально в сравнении с улучшением экономического положения страны вообще и других работников трудовой интеллигенции в частности (инженеры, архитекторы, землемеры и т. д.). Указанное явление зависит от недостаточной пропорциональности роста бюджета здравоохранения в сравнении с общим бюджетом вообще и в ТР в частности; кроме того, имеется частичная недооценка значения здравоохранения в общем строительстве страны.

3) Безработицы среди врачей ТР нет, так как имеются незамещенные участки, но в Казани среди врачей имеются желающие получить работу только в городе и отказывающиеся от работы в кантонах. Борьба с этим явлением затрудняется неудовлетворительным материальным положением участковых врачей и местами ненормальным правовым положением врачей в кантональных условиях, а также бытовыми причинами.

4) Совместительство среди врачей—крайне ненормальное явление, приносящее вред самим врачам, делу здравоохранения, населению и государству. Боль-

шинство случаев совместительство обуславливается недостаточной основной зарплатой и наблюдается, главным образом, среди семейных врачей. Для борьбы с совместительством Бюро Врачебной Секции должно изучить причины этого явления; в дальнейшем, кроме того, всякое совместительство должно быть согласовано с Бюро Врачебной секции.

5) Бытовые условия врачей складываются крайне ненормально, вредя их врачебной, научной и общественной работе. Работа по хозяйству, перегруженность работой, отсутствие отдельных комнат, неудовлетворительные жилищные условия вообще, а также недостаточный, урезанный бюджет врачебной массы мешают повседневной подготовке врачей и их нормальной работе для общества; отсутствие средств на культурные нужды отягощает это положение.

6) Те же условия,—перегруженность работой и стремление остаток времени употребить на подготовку к повседневной врачебной деятельности и усовершенствование,—отрывают врачебную массу от широкой общественной деятельности, ограничивая ее работой в жилтовариществах и т. п.

7) Значение частной практики в бюджете врачей минимально. Только у небольшой группы врачей частная практика ощутительно подкрепляет бюджет, у большинства же врачебной массы она отсутствует совершенно. Значение частной практики обывательски преувеличено.

8) Необходимо создать широкое общественное мнение вокруг дела здравоохранения, постоянно выясняя роль здравоохранения в общем строительстве Союза и роль врачей в деле здравоохранения. Улучшение материального положения врачей является необходимой базой дальнейшего развития дела здравоохранения.

*Резолюция по докладу о профилактической работе и санитарном просвещении д-ра Биккенина и содокладчика д-ра Гринберга.*

1) Съезд считает правильной линию советской медицины относительно превращения медицинских участков в здравпункты, путем последовательного и систематического проведения профилактических начал лечебного дела в работе участка.

2) Съезд отмечает, что уже сделан первый сдвиг в отношении поворота лечебной организации в сторону профилактики (начало работы по диспансеризации в г. Казани, введение профилактического дня в целом ряде участков ТР) и констатирует усиление санитарно-просветительной работы, а также расширение деятельности по охране матмлада и повышению активности населения в вопросах здравоохранения.

3) В интересах проведения планоности в работе и ее дальнейшего усиления на участке, Съезд считает нужным: а) обследование и изучение санитарно-бытовых условий населения и проведение надлежащих мер с целью оздоровления труда и быта последнего; б) планомерное проведение регистрации и статистического учета детской смертности, эпидемических заболеваний и социально-бытовых болезней; в) в целях рациональной борьбы с эпидемическими заболеваниями—устройство заразных отделений при б-цах, где таковых нет, и улучшение дезинфекционного дела в кантонах (в частности, в борьбе с натуральной оспой должны принимать участие не только санитарная организация, но и участковый персонал, крайне заинтересованный в оздоровлении своего участка); г) использование в целях учета социально-бытовых болезней и борьбы с ними материалов комиссий по приему на действительную военную службу; д) дальнейшее углубление и расширение работы по охране материнства и младенчества; е) проведение в жизнь, в целях оздоровления школы, положения о сельских комиссиях по охране здоровья детей и подростков с обращением в первую очередь внимания на нагрузку учащихся и учащих, на профилактику школьных заболеваний и распространение тbc и остро-заразных заболеваний в школе и через школу; ж) признание вопросов оздоровления сельской школы вообще программными вопросами будущего очередного съезда врачей ТР, для чего необходима проработка этих вопросов на местах; з) в виду культурной отсталости сельского населения и чрезвычайно широкого распространения знахарства—усиление санитарно-просветительной работы, которая должна проводиться в тесном контакте с учителем, агрономом, ветврачом, опираясь на сельский актив, на медучастках, в избах-читальнях, а главным образом через школу; и) для успешности проведения санитарно-просветительной работы на селе—усиление снабжения кантонов санпросветительной литературой и наглядными пособиями, отражающими местный быт, а также и организацию передвижных выставок в большем количестве; при этом к) в условиях работы среди татарского и вацменского населения, при недостаточном числе медработников, владеющих местными языками, наглядность проведения санпросветработы должна быть особенно отненена.

4) Съезд подчеркивает необходимость усиления самостоятельности населения путем оживления работы сельских санитарных комиссий и объединения в организационно-оперативном отношении всех медико-санитарных учреждений на территории участка, под непосредственным руководством участкового врача.

5) Съезд еще раз указывает, что необходимым условием для проведения всех вышеуказанных мероприятий является приглашение второго врача на участок, а также налаживание транспорта, как фактора смычки сельского медперсонала с бедняцкой средой крестьянства.

6) Съезд считает необходимым усиление участия медико-санитарных организаций в деле жилищного строительства, в особенности школьного.

7) Съезд считает необходимым уделять большее внимание на санацию полости рта среди организованных групп как взрослого, так и детского населения.

8) Съезд считает необходимым, по вопросу о нагрузке учащихся, обратить серьезнейшее внимание на таковую в ВУЗ'ах, в смысле уменьшения существующих норм ее.

9) В виду целого ряда специфических условий ТР Съезд считает своевременным и целесообразным организацию НКЗ'ом Института Социальной Гигиены, который должен стать научно-практическим центром профилактической деятельности как для города, так и для деревни.

10) Съезд считает необходимым, чтобы НКЗ оказывал всяческое содействие работе Научно-Консультативной Комиссии и непосредственную помощь в проведении диспансеризации медработников.

*Резолюция по докладу проф. Р. А. Лурья об усовершенствовании врачей.*

1) Систематическое усовершенствование врачей является государственной задачей органов здравоохранения, как предпосылка для осуществления и проведения в жизнь задач советской медицины, обеспечивающая удовлетворение нарастающей в населении потребности в квалифицированной медицинской помощи, как лечебной, так и профилактической.

2) Усовершенствование врачей имеет своими задачами: а) пополнение знаний периферического врача в различных отраслях теоретической и практической медицины и б) выработку научно-образованного врача-специалиста как в области клинической, так и в области санитарно-общественной медицины.

3) Систематическое пополнение знаний периферических врачей, или усовершенствование их в тесном смысле слова, осуществляется путем периодических командировок их либо институты для усовершенствования, либо в специальные научные институты НКЗ сроком на 4 месяца, причем командировку для этого могут получать только врачи, прослужившие на периферии не менее 3 лет. Командировки должны быть периодическими, повторяться не реже, чем через 5 лет, причем врачи, прослужившие в данной местности (уезд, кантон) 3 года, получают их без каких-либо обязательств отслуживания за предоставление командировки. Командировки врачей с периферии желательно организовать с определенным уклоном, в зависимости от конкретных заданий органов здравоохранения в данном районе и с расчетом иметь либо на одном участке, либо на соседних — врачей, прошедших командировку в различных циклах клинической или общественной медицины, согласуя разверстку с пропускной способностью институтов для усовершенствования врачей.

4) Основным учебным план института для усовершенствования должен строиться так, чтобы теоретические курсы, освещающие достижения медицинской науки и определяющие мышление современного врача, были выделены в сжатые, укладывающиеся в немного часов лекции-обзоры, доступные большинству командированных врачей. Учебный план практических дисциплин должен строиться по циклам, в которые следует объединять наиболее соприкасающиеся клинические и лабораторные занятия. Однако работа на цикле не может иметь целью специализацию врача в отдельной дисциплине.

5) Внутри каждого цикла учебный план должен предусматривать небольшое число руководящих лекционных курсов, а главным образом практическую проработку материала у постели больного, в лаборатории, в операционной, в амбулатории и в профилактическом учреждении; эта практическая работа ведется небольшими группами врачей, со строгим ограничением числа участников, под руководством профессоров и ассистентов института и с возможно большим активным участием самого врача-курсанта.

6) Разработка учебного плана по циклам, число которых может быть расширено, в зависимости от заданной периферическим врачам, не исключает свобод-

ного выбора врачом курсов и практических работ, причем, однако, врачи, желающие работать по различным дисциплинам, должны все же вначале семестра предъявить определенный план занятий, согласовав его с учебной частью института.

7) При составлении учебного плана необходимо выделить ряд практических курсов, имеющих значение для всех циклов, как в области методики исследования (лабораторные исследования, клинические и санаторные, рентгенодиагностические), так и в области терапии (физиотерапия, рентгенотерапия и т. п.).

8) Кроме общих курсов в институтах для усовершенствования врачей могут быть организованы и специальные курсы (главным образом по заболеваниям, имеющим социальный характер—по охране матмлада, по тбс, по трахоме, по венерическим болезням и т. д.), для выработки врачей-общественников для периферических практических учреждений. На эти курсы командировются только врачи, проработавшие уже определенный срок (год—два) практически в данной отрасли и имеющие командировки с определенным с мест заданием.

9) Кроме усовершенствования врачей, необходимо углубить работу по выработке специалистов различных отраслей клинической и общественно-профилактической медицины. Помимо медицинских факультетов, это задание выполняется научными институтами НКЗ'ва, вырабатывающими для этого специальные программы и учебные планы. В эти институты командировются врачи, уже имеющие практический стаж по данной специальности и на срок не меньше года. Кроме того, для предоставления врачам периферии возможности специализироваться, при институтах должны быть учреждены ординаторские вакансии. Эти ординатуры, а также ординатуры в университетах, должны предоставляться при прочих равных условиях врачам, имеющим не менее 3—4 лет работы в условиях кантона. Из лиц, окончивших эти ординатуры, могут формироваться кадры преподавателей институтов.

10) Для научных работников НКЗ по усовершенствованию врачей устанавливаются периодические командировки как в специальные исследовательские институты СССР, так и за границу, с целью практического ознакомления их с современной постановкой дела данной дисциплины в лучших учреждениях Европы и Америки и углубления знаний в своей специальности.

11) Чтобы связать практическую работу командированных врачей с условиями их повседневной деятельности, соответственные учреждения НКЗ, как лечебные, так и профилактические, должны предоставляться институтам для преподавания врачам, без всякого нарушения размера и плана производимой в этих учреждениях работы.

12) При осуществлении вопросов усовершенствования и специализации врачей обращается особенное внимание на выработку врачей для национальных меньшинств, владеющих языком и знающих быт отсталых народностей.

13) Командируемые в институты врачи сохраняют все без исключения виды получаемой ими на местах по основной должности зарплаты: квартиру, коммунальные услуги и т. д., обеспечиваются госстипендией и проездными деньгами в оба конца. Для создания нормальных условий работы институты обеспечиваются кредитами на организацию достаточного оборудованного общежития, на приобретение научных пособий, книг и т. п. для командированных врачей.

*Резолюция по докладу д-ра Лишица о здоровье медработников.*

1) Доложенный докладчиком материал представляет значительный интерес в отношении выявления профзаболеваний всех групп медработников.

2) Вместе с тем Съезд считает необходимым дальнейшее изучение профвредностей медработников, обследуя врачей, как местных (города), так и прикомандированных.

3) Съезд предлагает Бюро Врачебной Секции усилить внимание к работе Научно-Консультативной Комиссии при Союзе, оказывая ей всемерное содействие и помощь.

*Резолюция по докладу д-ра Батунина о кассе взаимопомощи врачей.*

1) Отсутствие твердого финансового базиса общих касс взаимной помощи, недостаточный охват союзными кассами врачей, малый размер пособий, ограничение ссудами врачебного персонала, слабая постановка отчетности и популяризации касс среди врачей, усиленное внимание профсоюзных и советских органов к пущам и правовому положению врачей,—все это заставляет широкие врачебные массы актуально и справедливо поставить вопрос о взаимной товарищеской материальной поддержке через отдельные врачебные кассы взаимной помощи.

2) Союзные органы, больше, чем кто-либо, заинтересованные в поднятии самодеятельности масс, особенно врачей, должны всемерно содействовать этому движению, помня, что оживление деятельности врачебной массы через самостоятельные (врачебные) кассы взаимопомощи в значительной степени усилят общесоюзную работу.

3) Кассы взаимной помощи до сих пор являлись организациями, работавшими под непосредственным руководством союзных органов, и только согласно решениям VI Всесоюзного Съезда и организационного совещания ВЦСПС они должны быть самостоятельными организациями, находясь лишь под идейно-организационным руководством Союза, что должно быть строго проведено в жизнь при организации касс взаимопомощи врачей. Это создаст обстановку, которая заставит врача помнить, что судьба кассы в его собственных руках и зависит от всей массы врачей в целом и каждого врача в отдельности. Все это поставит кассу на твердую финансовую базу, даст действительную поддержку своему товарищу-врачу и усилит самодеятельность врачебной массы в целом.

4) Самостоятельные кассы взаимопомощи врачей не должны играть роли отвлечения внимания врачебной массы от профсоюзных вопросов и от широкой союзной массы.

5) Касса взаимопомощи врачей должна быть областной—единой.

*Резолюция по докладу д-ра Гордеева об условиях участковой работы врача.*

1) Большой радиус медучастков (в среднем—23 версты), большая цифра обслуживаемого медучастком населения (около 30,000 в среднем), необходимость работать среди малокультурного, экономически-бедного, пестрого по своему национальному составу населения (татары, чувашы, мордва, черемисы и вотяки) со своими специфическими заболеваниями, как трахома, чесотка, парша,—все это ставит участкового врача ТР в особо-трудные условия труда и существования.

2) Перегрузка врачей лечебной и профилактической работой доходит почти до 100%. Переработку эту необходимо компенсировать, если нет возможности осуществить норму рабочего дня.

3) Отсутствие транспорта и невозможность получения последнего от виков и сельсоветов лишают участкового врача возможности правильно наладить обслуживание своего участка как в лечебном, так и санитарном направлении.

4) Недостаток больничного белья, а частью и инвентаря, хирургического инструментария, перевязочного материала и самых ходовых лечебных средств, недостаточность хозяйственных кредитов и местами встречающаяся ненадежность в их выдаче—создают весьма неблагоприятные условия и без того уже полной трудностей работы участкового врача.

5) Оторванность от культурного центра, отсутствие материальных возможностей выписывать научно-медицинскую литературу, отсутствие микроскопов, лабораторных принадлежностей и др. предметов, необходимых для мало-мальски сносной научной и практической работы, заставляют участкового врача отставать от современной научно-практической жизни.

6) Низкая зарплата, не удовлетворяющая самых насущных жизненных потребностей культурного человека, несомненно не может поднять продуктивности и производительности труда врачей и создать желаемую тягу последних на участок.

7) Съезд единодушно полагает, что только приличная зарплата, нормальный радиус обслуживаемого участка, надлежащее оборудование больниц, обязательное введение в штат участковых больниц второго врача и налаженность транспорта могут создать более или менее нормальное существование и работу участкового врача.

*Список членов Бюро Врачебной Секции, избранных на VII Областном Съезде врачей ТР.*

1) Августинов. 2) Аксянцев. 3) Биккенин. 4) Гринберг. 5) Дрягин. 6) Дыхно. 7) Еникеев. 8) Еналеев. 9) Казанцев. 10) Кузнецов. 11) Лавров. 12) Лукьянов. 13) Мухамедьяров. 14) Майборода. 15) Мишанин. 16) Охотин. 17) Плещицер. 18) Попов. 19) Рахлин. 20) Фридберг. 21) Эпштейн. *Кандидаты:* 1) Славин. 2) Касимов. 3) Кугушев. 4) Тихонов. 5) Шифрина. 6) Чудносоветов. 7) Гольдштейн. 8) Тихомирнова. 9) Мухитова.

*Данные Мандатной Комиссии VII Областного Съезда врачей ТР*

Всего делегатов 119 чел., из них женщин 27, мужчин 92,—с правом решающего голоса 94 (в том числе городских 79, кантональных 15), с правом совещательного голоса 25.

По национальностям делегаты распределялись так: русских 67, татар 8, евреев 38, латышей 1, поляков 2, армян 1, немцев 2; по партийности: членов ВКП 10, кандидатов 4, остальные беспартийные; по профсоюзному стажу: со стажем до 3 лет — 5, до 6 лет — 19, свыше 6 лет — 98; по врачебному стажу: со стажем до 1 года — 7, до 3 лет — 21, до 6 лет — 21, свыше 6 лет — 40 (из них свыше 15 лет — 12) и свыше 25 лет — 4 (из них один свыше 35 лет); по специальности: санврачей 8, гинекологов 12, терапевтов 21, хирургов 11, ортопедов 1, окулистов 4, невропатологов 2, психиатров 1, педиатров 6, без указания специал. 3, одонтологов 1, зубврачей 6; по должности: администраторов 13, ассистентов 13, ординаторов 35, страховых врачей 3, безработных 4, санитарных врачей 3, стажеров 2.

## Хроника.

76) 4/II в публичном заседании Медфака Казанского У-та состоялась защита д-ром А. Терегуловым работы «К вопросу о роли продолговатого мозга в регуляции дыхания». Официальными оппонентами были профф. Н. А. Миславский, М. Н. Чебоксаров и Т. И. Юдин. После защиты работа д-ра Т. была признана трудом высокой научной квалификации.

77) Профессор Казанского У-та П. Н. Николаев Предметной Комиссией и Советом Медфака Саратовского Университета рекомендован на вакантную кафедру факультетской терапевтической клиники в этом Университете (Клин. Ж. Саратов. У-та, 1926, № 4).

78) Прозектор по кафедре патологической анатомии Казанского У-та Г. Г. Непряхин избран и утвержден профессором этого предмета в Астраханском Мединституте.

79) Опубликован Кодекс законов о семье и браке. По Кодексу могут вступать в брак — мужчины с 18 лет, женщины с 16. Не могут вступать в брак душевнобольные, слабоумные и родственники по прямой линии. В заявлении о желании вступить в брак должно быть указано, что вступающие взаимно осведомлены о состоянии своего здоровья.

80) Наркомторг СССР приказом от 19/VI 1926 г. за № 221 разъяснил, что для получения научными учреждениями и ВУЗ'ами посылок из-за границы, содержащих в себе научные пособия и весящих не более 5 кило, не требуется лицензий Внешторга.

81) По решению НКЗ все средние медицинские школы РСФСР должны быть преобразованы в медицинские техникумы с одинаковыми программами и правилами приема, причем для поступления в них признан обязательным общеобразовательный ценз не ниже школы-семилетки.

82) Норма приема по медицинским ВУЗ'ам в предстоящем 1927-8 уч. г. оставлена, по сравнению с прошлым годом, почти без изменений. Всего в медицинские ВУЗ'ы РСФСР будет принято в этом году 2,375 чел.

83) С 1/II при Томском У-те открываются 3-месячные повторительные курсы для участковых врачей — по гигиене, внутренним болезням, хирургии, акушерству и гинекологии, глазным, кожно-венерическим и нервным болезням, а также политике.

84) 15/III 1927 г. оканчивается срок конкурса на следующие кафедры: в Воронежском У-те — одонтологии, в Иркутском — эксперим. гигиены, соц. гигиены и суд. медицины, в Омском Мединституте — физиологии, пат. анатомии, опер. хирургии и биол. химии, в Пермском У-те — биол. химии, соц. гигиены и патол. физиологии, в Смоленском — клиники уха, горла и носа, в Томском — суд. медицины и эксп. гигиены, в Северо-Кавказском — эксп. гигиены и одонтологии.

85) В ноябре 1926 г. исполнилось 40-летие врачебно-научной деятельности профессора невропатологии Ленинградского Гос. Института для усов. врачей Л. В. Блуменау, 35-летие профессора офтальмологии Смоленского У-та А. С. Чемолосова и 30-летие проф. офтальмологии Томского У-та С. В. Лобанова и профф. Ленинградского Института для усов. врачей Я. А. Ловцкого (терапевт) и А. В. Марковского (акушер).

86) В конце января тек. г. было отпраздновано 45-летие деятельности первой женщины-врача-сифилидолога не только в России, но и в Европе З. Я. Ельциной.

87) Профессор - окулист Кубанского Мединститута С. В. Очаповский награжден орденом Красного Трудового Знамени в ознаменование 25-летия его деятельности.

88) 21 Января тек. г. произошел большой пожар в главном здании Пермского У-та. Огнем уничтожен весь пятый этаж здания, где жило до 16 семей преподавателей У-та; кроме того, пострадали ботанический сад и 19 лабораторий и кабинетов. Пожар продолжался свыше 1½ суток. Общий убыток от него—более 600 тыс. руб. Сгоревшее имущество застраховано не было.

89) В Москве с 21 по 28 февраля происходил IV Всесоюзный Съезд Врачей. Из заслушанных на Съезде докладов выяснилось, между прочим, что общее число врачей в Союзе достигает теперь 46,000 чел. общее же число медицинских работников, объединяемых в союзе Медсантруд,—485 тыс. чел. Безработных врачей на I/X 1926 г. числилось 4,195 (и 1,270 зубных врачей), в том числе в одной Москве—1,180, в Ленинграде—620 и т. д. Процент женщин среди безработных врачей колеблется от 65 до 75. В то же время в деревне 30—35% участков пустуют. Рождаемость населения в 1911-13 гг. была 43,8‰, смертность 27,3‰, прирост 16,5‰; в 1920-22 гг. рождаемость была 33‰, смертность 33,4‰, т. е. имела место убыль населения в 0,4‰; в 1923 г. рождаемость равнялась 42,5‰, смертность 22,9‰, прирост населения 19,6‰.

90) В истекшем январе (с 13/1) в Казани происходил областной Съезд врачей Татарии, собравший очень большое число врачей. На Съезде был затронут и разработан целый ряд вопросов врачебного быта. Резолюции Съезда см. в настоящем №.

91) II Всесоюзный Съезд Физиотерапевтов откладывается на год.

92) III Всесоюзный Венерологический Съезд предполагается созвать (в Ленинграде) не в мае тек. года, как это первоначально предполагалось, а в мае 1928 г.

93) В декабре 1927 предполагается созвать IV Всесоюзный Съезд по борьбе с тbc, причем местом Съезда намечен Тифлис. Программные темы: 1) Состояние борьбы с тbc в СССР. 2) Методика и опыт изучения диспансерами заболеваемости и смертности от тbc. 3) Оценка результатов применения принятой в СССР классификации взрослого и детского тbc. 4) О принципах и практике питания тbc больных. 5) Клиника тbc грудного возраста. 6) О пределах и ошибках рентгеновской диагностики при тbc легких. 7) Химиотерапия тbc. 8) Климато- и гелиотерапия тbc.

94) II Всероссийский Съезд Урологов, о котором было уже оповещено в „Хронике“ „К. М. Ж.“ за истекший год (стр. 1089), состоится в Ленинграде, вслед за XIX Съездом Хирургов, 29, 30 и 31 мая.

95) Рождаемость в Ленинграде в 1925 г. была на 4‰ выше довоенной, а смертность—на 30‰ ниже. В частности смертность от тbc была значительно ниже довоенной; то же самое надо сказать и о смертности от алкоголизма; напротив, число самоубийств и убийств было выше довоенных чисел.

96) Количество абортс у нас все растет. В Тверской губ., напр., количество это за один последний год удвоилось, в Иваново-Вознесенске аборты составляют 23% всех случаев беременности и пр. (Вр. Газ., 1927, № 3).

97) На Украине в настоящее время имеется около 300 тыс. больных тbc, в том числе около 100 тыс. в городах. Между тем, как в городах, благодаря принятым мерам, смертность от этой болезни уменьшилась (в 1913 г. равнялась 22,9 на 10 тыс. населения, в 1925—19,2), в деревнях она осталась in statu quo. Для борьбы с тbc к 1/1 1927 г. на Украине было около 140 диспансеров и 3 тbc института.

98) За январь месяц т. г. в Казани были зарегистрированы следующие заразные заболевания: корь—118, скарлатина—40, дифтерия—15, натуральная оспа—6, коклюш—89, тиф сыпной—12, возвратный—1, брюшной—3, ветряная оспа—34, кровавый понос—1, сибирская язва—3, краснуха—4, церебральный менингит—1, грипп—33, заушница—56, рожа—50, всего 466 случаев (против 572, зарегистрированных в декабре 1926 г.). По районам города больные распределялись так: в I районе—81, во II—41, в III—94, в IV—99, в V—35, в VI—31, в VII—58, без указания района—27. За февраль месяц: корь—82, скарлатина—24, дифтерия—16, натуральная оспа—8, коклюш—84, тиф сыпной—17, возвратный—1, брюшной—3, неопределенный—1, кровавый понос—4, краснуха—3, ветряная оспа—27, цереброспинальный менингит—1, заушница—223, рожа—43, всего 537. По районам города: в I районе—83, во II—42, в III—58, в IV—93, в V—46, в VI—152, без указания района—17. Кроме того наблюдалось усиление заболеваемости гриппом, которого в феврале зарегистрировано 2384 случая (против 980, зарегистрированных в феврале 1926 г.).

99) Первый советский крематорий в Москве, об открытии которого мы уже сообщали, начнет свою деятельность в апреле. В крематории установлены 2 германские печи, которые будут в состоянии сжигать около 20 трупов ежедневно.



100) В Самарканде 10/II, во время приема, убит в своем кабинете популярный детский врач Мирлес. Убийцы—двое армян, в том числе отец умершего ребенка, которого М. лечил от скарлатины.

101) В Полторацке врач Ахундов заявил прокурору о нанесении ему, во время исполнения им служебных обязанностей, побоев зампредом Госплана СССР Сорокиным. В день избития Ахундов заболел рожей, от которой впоследствии и умер. (Вр. Г., 1927, № 3).

102) В свое время мы сообщали (см. № 12 «К. М. Ж.» за 1926 г.) о приговоре Московского Губсуда по делу о рентгеновском ожоге, имевшем место в Мясницкой центральной лечебнице врачей-специалистов. Верховный Суд этот приговор признал неправильным и отменил.

103) Недавно в Москве происходил сенсационный процесс врача Готлиба, обвиняемого в производстве аборт в противосанитарной обстановке. Г.—видный врач-общественник, занимавший крупные должности в Мосздравотделе. В качестве администратора он горячо ратовал против частной практики, в частности и абортной, со стороны подведомственных ему врачей. В то же время он сам широко практиковал аборты, притом в такой обстановке, которая делала легко возможными случаи сепсиса, иногда со смертельным исходом. Суд признал его виновным в производстве абортов в виде промысла, в противосанитарной обстановке, а также в дискредитировании власти, и по совокупности преступлений приговорил его к 5 годам лишения свободы с поражением в правах на 5 лет и с запрещением в течение такого же срока заниматься врачебной практикой (Изв. ЦИК'а 1927, № 56).

104) В истекшем феврале исполнилось 125 лет со дня рождения знаменитого эмбриолога К. Бэра, открывшего человеческое яйцо. Уроженец Эстляндии, он оставил здесь своих потомков, которые до времени европейской войны жили в своем фамильном поместье, а в настоящее время, подобно другим эстонским немцам, вынуждены покинуть свою родину и искать приюта на чужбине (Münch. med. Wochn., 1927, № 8).

105) В Копенгагене умер известный хирург проф. Rovsing.

106) В Берлине праздновалось недавно 25-летие Ц. Комитета по усов. врачей. В настоящее время в Германии имеется около 75 учреждений для усовершенствования врачей, через которые проходит ежегодно около 8000 врачей, слушающих курсы по различным отделам медицины.

107) По сведениям, имеющимся в ст. М. Донского (Бюл. НКЗ, 1927, № 2), на 10 тыс. населения в Соед. Штатах имеется 13 врачей, в Австрии—11, Англии—10, Голландии и Дании—7, Германии—6, Норвегии и Чехо-Словакии—5, ССР—3, Финляндии, Польше и Болгарии—2.

108) В декабре прошлого года в Западной Европе вспыхнула крупная эпидемия гриппа, давшая высокую смертность. Эпидемия проникла и к нам, что заставило органы здравоохранения принять специальные меры против этой болезни.

109) По сообщению английского министра здравоохранения рак в Англии учащается «с ужасающей быстротой». Согласно подсчету, из каждых 7 человек, достигших 30-летнего возраста, один погибает от рака (Вр. Г., 1927, № 3).

### *Обращение к тт. врачам.*

Уважаемые коллеги! Работая над обзором работ русских психо-неврологов в области эндокрино-психоневрологии и собирая такой материал, прошу Вас, в интересах полноты освещения его, выслать мне все Ваши работы в данной области. Проф. А. А. Сухов (Ленинград, уг. Просп. 25 октября и ул. Герцена, д. 18/12, кв. 19).

## **Спрос врачебного труда.**

Киевский Гос. Клинический Институт для усов. врачей объявляет конкурс на замещение должности заведывающего кафедрой глазных болезней. Заявления с приложением жизнеописания и научных трудов подаются до 1 июня 1927 г. по адресу: Правление Клинического Института—Киев, ул. Пятакова, № 75. От кандидатов требуется знание украинского языка.

### *Требуются врачи:*

В г. Купянск: рентгенолог (зав. рентген. каб.) на окл. 200 р., невропатолог на окл. 120 р., санврач для Купянского, Сеньковского и Раковского районов, на окл.

100 р., Санврач для окружн. инспект. труда на окл. 100 р. + нагрузка до 300% и раз'ездн., зан. санпросветом инспект. здравоохран. на окл. 100 р.—Зав. больн. на 25 к. в Двуречной (район. центр) на окл. 115 р. и врач детск. консультации на окл. 75 р., им. кварт. с ком. услуг.—Зав. б-цей на 15 к. в Шиповатой на окл. 95—100 р., им. кварт.—Зав. б-цей на 30 к. в В. Бурлуке (район. центр) на окл. 120 р. и там же врач детской консультации на окл. 75 р., им. кварт.—Зав. б-цей на 20 к. в Сенкове (район. центр, в 20 в. от Куянска) на окл. 95—100 р., им. кварт.—Ординатор в б-цу на 30 к., знаком. с клин. анализами, в Сватово (район. центр) на ок. 125 р.—Врач детск. консультации во II Октябрьское (район. центр, в 25 верст. от ж.-д. ст. Приколотное) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач детской консультации в В. Балаклею (район. центр) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач на Н.-Свердловский врач. уч. (Н.-Дуванского района) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач на Кременской врач. уч. (Кабанского района) на окл. 85 р., им. кварт.—Врач Слыховатского врач. уч. (В.-Бурлуцкого района, в 9 верст. от ж. д. ст. Приколотное) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач на Н.-Георгиевский врач. уч. (Слышанск. района, в 25 в. от Куянска) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач в Куземовский (Сватовск. района) врач. уч. на окл. 75 р., им. кварт.—Врач Гусьянского врач. уч. (Куянск. р.) на окл. 75 р., им. кварт.—Врач Стельмаховского врач. уч. (Сватовск. р.) на окл. 75 р., им. кварт.—В В. Бурлуке (район. ц.): врач по обслужив. совхозов В-Бурлуцкого района на окл. 100 р. + раз'езды до 45 р., кварт. нет, и санврач для В-Бурлуцкого и II Октябрьск. районов на окл. 100 р., им. кварт.—В с.д. Троицкое (в 25 в. от ж.-д. ст. Уразово)—санврач для Троицкого и I Октябрьского районов на окл. 100 р., им. кварт.—Школьно-санитарн. врач в с. Сватово на окл. 100 р., кварт. нет.—В Куянскую поликлинику нужен массажист-мужчина, знаком. с общ. массажем, окл. 60 р. (мож. иметь частн. практику), и 2 фармацевта зав. сельск. аптеками на окл. 85 р., кв. и отоп. (под'емн. в разм. месяц. окл. после 6-месячн. службы). По всем указ. должностям—под'емные в размере месячного оклада.

В Запорожский окр.—2 уч. врача, до 100 руб. В Кремен. окр.—санврач, 100 р.; зав. консультацией, 75 руб.; 5 перв. врачей, 75—80 руб.; 2 втор. врача, 70 руб. В Сев. Дон. ж. д.—врач-терапевт, 118 р.; уч. врач, 127 р.; раз'ездной врач, 118 руб.; младш. врач, 94 руб. По Конкурсу НКЗдрава—врач-невропатолог ДОИР а № 1 в Харькове, 84 руб.; ст. ассистент Харьк. Бакт. Инст., оклад 100 руб.; врач-лабор. (естествен.), Харьк. венерологич. институт, 80 руб.; 10 интернов для Укр. Гос. института раб. медицины, 74 руб. 25 коп.; санинспект. по охране труда в округах: Луганском, Артемовском, Сталинском, Криворожском, Шепетовском, Б.-Церковском, Коростенском, Изюмском на окл. от 100 руб. до 160 руб.

В Артемовский округ.—12 уч. врачей, оклад 90—150 руб.; 13 врачей ВКК, оклад до 170 руб.; два ушника, 2 невропатолога, 3 терапевта, 2 педиатра, 2 рентгенолога, 2 хирурга, окл. 170 р.; 7 сан. врачей профил., оклад от 170 руб.; 6 врачей ОЗД и физкульт., оклад 120—150 руб.; 4 фаззаврача, окл. 160 руб.; 6 школьн. санит. врачей, 2 втор. врача, оклад 90 руб. В Симский окр. глав. врач-хирург, оклад 90 руб.; 2 ординатора, оклад 70—75 руб.; зав. консультацией, оклад 75 руб.; 2 уч. врача, оклад 75 руб. В Зиновьевский окр.—2 втор. врача, оклад 70 руб.; 2 санврача 120 руб., зав. мал. отр., оклад 80 руб.; участков. врач—100 р. В Черкасский окр.—врач-хирург, оклад 90 руб.; главврач, оклад 80 руб.; 8 уч. врачей, оклад 75 р. В Куянский окр.—2 район. санврача, 100 руб.; зав. консультацией, оклад 70 руб.; судмедврач, оклад 70 руб.; рентгенолог, до 200 руб.; 2 врача с хирургическ. уклоном, 95—100 руб.; 2 уч. врача, оклад 75 руб. В Криворожск. окр.—санврач, 130 руб.; уч. врач, 90 руб.

#### *Требуются зубврачи:*

В Артемовск. окр. 2 зубврача, 100 руб. В Сумский округ. 3 зубврача, 50 руб. В Мариупольск. окр. 2 зуб. врача, 75 руб.

#### *Требуются средний медперсонал:*

В Артемовск. окр.—15 лекомов и 18 фельдшерниц-акушерок, оклад от 45 до 62 руб. В Зиновьевск. окр.—2 лекома, одна фельдшерница-акушерка, 40—48 руб. В Черкасский окр.—4 фельдш.-акушер, 1 акушерка, 40 руб. В Моршанский у.—3 фельдш.-акушера, 41 руб.

Обращаться: 1) в местное посредническое бюро или биржу, 2) в Центральное Посредбюро медработников при НКТ УССР, лично и письменно.

# Златоустовский Окргдравотдел приглашает на службу:

## *В г. Златоуст:*

Одного врача по уху, носу и горлу с клиническим стажем не менее одного года, оклад 150 рублей.

Двух венерологов для работы в хорошо оборудованном вендиспансере — одного на должность зав. диспансером, оклад 150 рублей, и одного ординатором с клиническим стажем не менее одного года, оклад 110 руб.

Одного педиатра, оклад 110 рублей.

Двух педологов в оборудованную профамбулаторию, оклад 110 руб.

Одного врача для заведывания больницей исправдома на 25 коек, оклад 120 руб.

## *В рай.медучастки:*

Хирургов: 1 в гор. Сатку (больница на 50 коек) и 1 в завод Катав (больница на 25 коек); оплата по соглашению; оба пункта расположены по линии Самаро-Златоустовской жел. дороги.

Райсанврачей: 1 в Миасс и 1 в завод Катав, оклад 130 рублей.

1 педолога в г. Миасс, в оборудованную профамбулаторию, оклад 110 р.

2 врачей в завод Кусу: 1 для заведывания больницей на 25 коек, оклад 130 рублей, и 1 ординатором, оклад 110 рублей (завод по линии жел. дороги).

2 зубврачей в заводы Миньяр и Сим, расположенные по линии ж. дороги; оклад жалования 90 руб. в месяц.

## *В сельские районы (на оклад 120 рублей):*

1 заведующего больницей на 15 коек в село Кундравы, 1 зав. больницей на 15 коек в село Айлино, 1 зав. Серпиевской и 1 зав. Порожской врачебными амбулаториями (все пункты в 15—17 верстах от жел. дороги); всем участковым врачам предоставляются бесплатные квартиры, а также выдаются подъемные в размере месячного оклада при условии службы не менее одного года, — как участковым, так и городским врачам.



**ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ РТУТНО-КВАРЦЕВОЙ ЛАМПЫ**  
ФОТОКВАНТИМЕТР изготавливается монопольно 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.**

# „СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ“

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

## ПРОФЕССОРА Д-РА БИОХИМЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362

ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“.

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ** ИЗГОТОВЛЯЕТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ

ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ,

С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ

ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРУШЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,

СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОНРОВИЕ, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**

АРТЕРИОСКЛЕРОЗ, СПИНАЛЬНАЯ СУХОТКА, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**

ОКИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,

А ТАКЖЕ ПРИ **ВСЕХ ВИДАХ ПОПОВОГО БЕССИЛИЯ**.

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ** БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ:

ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РАДОВ, ПРИ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАИЗИМЕ, И Т. П.

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ** ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ

И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С. С. С. Р.

ЦЕНА ФЛ., 2 РУБ. ПОЧТОЙ ВЫБЫВАЕТ НЕ МЕНШЕ ЧА ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%. ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕВЫКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ  
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА  
„ГАЛЕН-МОСКВА“

МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.  
ПОЧТ. ЯЩ. №1025