

# 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.

---

**1926 г.**

(Год издания XXII).

**№ 10.**

О к т я б р ь.

---

КАЗАНЬ.  
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит ТССР № 1072

Тираж 3000 экз.

---

1-я гостипография „Красный Печатник“. Казань, Казанская, 9.

# Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Фармакологической лаборатории Казанского Университета.  
(Заведующий проф. В. М. Соколов).

## К вопросу о синергизме адреналина и тиреоидина.

Проф. В. М. Соколова.

Вопрос о синергизме и антагонизме действия лекарственных веществ является одним из наиболее интересных и важных с точки зрения общей фармакологии—тем более, что он возникает в большинстве случаев и при изучении фармакодинамики отдельных препаратов. Что касается в частности препаратов, действующих в одном и том же направлении, то здесь еще нельзя подвести итоги всем возможностям и дать исчерпывающие объяснения, в силу каких обстоятельств и как происходит усиление эффекта в каждом отдельном случае. В литературе по этому поводу мы находим только попытки установить, происходит ли здесь суммация доз, или активация. В некоторых случаях поднимается вопрос об активировании одного вещества другим, а также о создании более благоприятных условий одним препаратом для развития фармакологического действия вторым.

Lepine<sup>1)</sup> установил значительную задержку в развитии роста *Bacillus subtilis* под влиянием смеси 8 различных антисептических веществ в дозах, которые, будучи взяты в отдельности, являются недействительными. Происходила ли тут суммация, или какое-нибудь другое явление, сказать чрезвычайно трудно.

Исследования Благовещенского<sup>2)</sup> с судорожными и жароповыжающими и Руднева<sup>3)</sup>—с сердечными средствами являются более точными в этом отношении. Просматривая протоколы и выводы, сделанные авторами, приходится согласиться с тем, что усиление эффекта может получиться не только вследствие суммации доз, но также и вследствие активации одного вещества другим, причем в некоторых случаях возможно даже изменение характера реакции. Указанные авторы рассматривают действующие яды, как катализаторы физико-химических процессов, имеющих место в коллоидных растворах, каковыми являются и живые клетки. С этой точки зрения вполне допустимо предположение, что два одновременно действующих катализатора произведут больший эффект, чем каждый в отдельности.

Чрезвычайно интересными являются в данном отношении наблюдения Брауна<sup>4)</sup>, Fröhlich'a и Loewi<sup>5)</sup> относительно адреналина и кокаина, где авторы отмечают уменьшение токсичности кокаина при совместном действии с адреналином и увеличение его анестезирующих свойств, причем обычно эти явления объясняются резким сужением сосудов от адреналина, препятствующим всасыванию кокаина и способствующим более продолжительному пребыванию его на месте введения. Кравков<sup>6)</sup> затрудняется, однако, всецело присоединиться к этому

объяснению в виду того, что адреналин с тропококаином и эйкаином не усиливает анестезирующих свойств последних, следовательно, он действует специфически на кокаин.

Vurgi<sup>7)</sup> предполагает, что усиление действия ядов,—или, вернее, потенцирование,—возможно только в тех случаях, когда лекарственные вещества действуют на различные элементы органа, и когда эти препараты являются различными по своей химической природе. Таким образом при смеси эфира с хлороформом происходит одна суммация, при морфии же с хлороформом и эфиром—потенцирование.

Наконец, Кравков<sup>6)</sup> в своем учебнике по фармакологии объясняет более сильное действие тем, что яды, даже фармакологически весьма сходные, вступают в реакцию с различными группами протоплазмы (боковыми цепями в смысле Ehrlich'a) и тем полнее нарушают состояние ее равновесия.

Вот приблизительно те положения, которые до сего времени имеются по вопросу о совместном действии лекарственных веществ. Конечно, накопление экспериментального материала в большем количестве при рассмотрении совместного действия различных групп препаратов может осветить более детально данный вопрос и выяснить основные положения фармакодинамики синергистов.

За последнее время в нашей лаборатории предпринят ряд исследований с целью выяснить взаимоотношение препаратов желез с внутренней секрецией. Эта попытка, с нашей точки зрения, является в данный момент необходимой, во-первых потому, что в этом направлении в литературе мы не имеем еще достаточных указаний. Во вторых, результаты наших опытов могут дать известный материал для развития учения о синергизме лекарственных веществ вообще. В-третьих, мы думаем, что полученные нами результаты явятся небезынтесными и у постели больного, т. к. намечающиеся данные позволяют нам думать, что при дозировке органотерапевтических препаратов необходимо учитывать состояние работы желез этого порядка в организме больного, а, следовательно, они могут расширить и главу о показаниях и противопоказаниях к применению этих препаратов. Наше предположение вполне оправдывается мнением Meueг'a<sup>8)</sup> о том, что повышенную чувствительность некоторых лиц (т. наз. идиосинкразию) к кокаину можно объяснить существующим у них уже ранее повышенным тонусом симпатической нервной системы, поддерживаемым адреналином, причем уже незначительное усиление этого возбуждения, объясняемое явлением синергизма, может у них вызвать бурные симптомы. Наконец, в-четвертых, наши данные могут послужить косвенным материалом к изучению химической корреляции эндокринных желез.

В первую очередь мы задались целью выяснить взаимоотношения препаратов, полученных из надпочечников и щитовидной железы и выпущенных для лечебных целей, а именно, тиреоидина Baueг'a, йодотирина той же фирмы и адреналина Parke, Davis и Co.

Принимая во внимание данные учения о корреляции эндокринных желез, мы должны были уже а priori предположить, что взаимоотношения препаратов этой пары будут носить характер взаимоотношения синергистов. Уже Acher и Flack<sup>9)</sup> для того, чтобы установить наличие секреторных нервов в щитовидной железе, вводили адреналин

животному в одинаковых дозах до раздражения гортанных нервов и во время этого раздражения, причем показали, что адреналин совместно с отделяемым щитовидной железой действующим началом повышает значительно больше кровяное давление, чем один. Euger<sup>10)</sup> на препаратах Trendelenburg'a установил присутствие инкретов щитовидной железы в крови тем, что сыворотка животных, которым давалась щитовидная железа, усиливала действие адреналина. Kraus и Friedental<sup>11)</sup> показали, что у животных, кормленных щитовидной железой, повышение кровяного давления от адреналина держится значительно дольше, чем у нормальных животных.

Прежде всего перед нами встала задача выбрать наиболее подходящую методику для исследования. В этом отношении мы остановились на изолированных сосудах лягушки, предполагая, что, если этот метод оказался вполне удовлетворительным для определения действующих начал в крови в работе Euger'a<sup>10)</sup>, то и для наших исследований он должен быть также вполне уместным. Вторым объектом для нас послужил зрачок кролика. По данным Lewi<sup>12)</sup>, Кепинова<sup>13)</sup> и др. зрачок от адреналина, при введении последнего в конъюнктивальный мешок, не расширяется; и в то же время имеются указания (Lewi<sup>12)</sup>, что у базедовиков от адреналина наступает расширение зрачка. Точно также Erringer, Falta и Rudinger<sup>14)</sup> при многократном введении экстракта щитовидной железы собакам получали расширение зрачка от адреналина. Таким образом на основании приведенных данных наши предположения и методика, которой мы пользовались, являются вполне рациональными.

Переходя к рассмотрению наших опытов, мы должны разбить их на две группы, отнеся к первой опыты со зрачком глаза кролика, а ко второй — опыты на изолированных сосудах.

При выполнении опытов первой группы нами всегда брались три кролика одной породы и приблизительно одинаковые по весу. Одному из них вводилось в конъюнктивальный мешок определенное количество (от 4 до 8, не более) капель раствора адреналина 1:1000 через 2'—3' по 2 капли; этот кролик был контрольным. Второму кролику в ушную вену вводился 1,0 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> раствора тиреоидина, в конъюнктивальный же мешок одного глаза этого кролика накапывали тот же раствор адреналина и в том же количестве, как и контрольному; второй глаз этого кролика оставался без адреналина и служил контролем для действия тиреоидина. Наконец, третьему кролику в ушную вену вводился 1,0 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> раствора иодотиринна, а в конъюнктивальный мешок опять-таки тот же раствор адреналина и в том же количестве. Во всех опытах, поставленных вышеописанным образом, получался один и тот же результат: у контрольного кролика от адреналина зрачок не расширялся, чем подтверждались опыты Lewi<sup>12)</sup> и Кепинова<sup>13)</sup>. У второго кролика, т. е. того, которому предварительно вводился тиреоидин, уже через 1/4 часа было заметно расширение зрачка в том глазу, в который был введен адреналин; через 30' зрачок оказывался расширенным в достаточной степени, суживаясь очень немного при поднесении к глазу источника света; зрачок второго глаза оставался при этом нормальным, указывая на то, что тиреоидин не может расширять зрачка самостоятельно. Наконец, у третьего кролика, которому в кровь вводился иодотирин, мы ни в одном случае не получили расширения зрачка ни в том, ни в другом глазу.

Из этих опытов видно, что одно вещество, — а именно, тиреоидин, — недействительное по отношению к зрачку глаза (контрольный глаз у второго кролика), в связи с адреналином, — веществом, в условиях нашего опыта и в тех дозах, которые применяли мы, не вызывающим сужение зрачка (первый контрольный кролик), — при совместном их введении в организм, хотя и разными путями, расширяют зрачек. Здесь, конечно, не может быть и речи о суммации каких-либо доз, т. к. и тот, и другой препарат в отдельности не вызывают означенного эффекта. Нужно думать, что здесь имеют место совершенно другие фармакодинамические условия совместного действия препаратов. На основании вышеприведенных положений учения о синергистах при этом могут возникнуть, в связи с полученными данными, следующего рода предположения:

Во-первых, тиреоидин может активировать адреналин. На энуклеированных глазах лягушки адреналин все же способен вызывать расширение зрачка, за тиреоидином же таких свойств мы не знаем. Будучи введен на слизистую оболочку глаза, адреналин всасывается в кровь и должен подействовать на нервный аппарат — *dilatator pupillae*; но т. к. при нормальных условиях он быстро разлагается в крови, то, если он и успевает придти в соприкосновение с радужной оболочкой, то в таких минимальных разведениях, какие не в состоянии вызвать соответствующего эффекта. На энуклеированных глазах лягушки, где весь глаз опущен в раствор адреналина, и, следовательно, благоприятные моменты для его разложения до известной степени устранены, адреналин вызывает расширение зрачка. В виду этого мы можем сделать предположение, что адреналин в наших опытах, оставшийся в крови глаза свободным от разложения, активируется тиреоидином, введенным в кровь животного.

Во вторых, мы можем допустить, что тиреоидин повышает возбудимость радужной оболочки, вследствие чего способствует действию адреналина. Это предположение весьма возможно в данном случае потому, что действующие начала инкрета щитовидной железы, как мы это показали в своей работе „К вопросу о секреторных нервах щитовидной железы“, способны повышать возбудимость симпатической нервной системы. При этом поступление инкретов щитовидной железы в кровь под влиянием раздражения секреторных нервов (Ашер и Флакк<sup>9)</sup>, Осокин<sup>15)</sup>, Соколов<sup>16)</sup> и тиреоидина (Осокин<sup>15)</sup> не повышает кровяного давления, что говорит за то, что действующие начала отделяемого железы не вызывают сужения сосудов, а также самостоятельных движений 3-го века у кошки (Соколов<sup>16)</sup>).

Для разрешения того, какое из только что высказанных предположений является справедливым, а также для подтверждения результатов, полученных в опытах с кроликами, нами были подвергнуты исследованию смеси адреналина с тиреоидином и адреналина с йодотиринном на изолированных сосудах по Писемскому-Кравкову<sup>16)</sup>. Мы не будем останавливаться на описании методики этих опытов, ибо она хорошо всем известна, будучи нераз описана во многих экспериментальных работах. В этих опытах мы поступали следующим образом: прежде всего устанавливали в каждом отдельном случае нед ятельность взятого разведения адреналина (другими словами говоря, данное разведение не должно было вызывать совершенно сужения сосудов в продолжении 10—15 мин.). Далее на том же препарате устанавливалась недействительность взятого раз-

ведения тиреоидина или иодотирина. Установив недейтельность обоих разведений, мы готовили из них смесь, в каждом отдельном случае беря равные объемы того и другого разведения, т. е. адреналина и тиреоидина, или адреналина и иодотирина. Таким образом разведение каждого препарата, заведомо недейтельное, разводилось еще раз вдвое; вот эти-то заведомо недейтельные и разведенные вдвое концентрации и испытывались пропусканием через те же сосуды, причем они всегда вызвали сужение последних с тиреоидином и оставляли просвет сосудов без изменения с иодотиринном. Эти опыты всецело подтверждают результаты опытов первой группы, произведенных на кроликах, со зрачком. На основании этого мы приходим к заключению, что совместное действие адреналина в недейтельных дозах с тиреоидином вызывает как сужение сосудов, так и расширение зрачка, благодаря чему они должны быть отнесены к группе синергистов. В силу этих уже обстоятельств очевидно, что у лиц с гиперсекрецией щитовидной железы необходимо дозировать адреналин крайне осторожно, т. к. его фармакологические свойства могут значительно возрастать. Что касается иодотирина, то по отношению к нему мы такого заключения сделать не можем.

Здесь мы приводим выдержку из протокола одного опыта.

Время наблюдения	Количество капель в 1'	П Р И М Е Ч А Н И Я
1'	32	Норм. (жидкость Ringer'a) Адреналин 1:100,000,000.
3'	32	
16'	32	Тиреоидин 1:10,000.
18'	32	
32'	32	Адреналин 1:100,000,000. Тиреоидин 1:10,000.
34'	31	
46'	18	Ringer'овская жидкость.
1 ч. 6'	32	
1 ч. 8'	31	Адреналин 1:100,000,000.
1 ч. 22'	20	

Нам много раз пришлось модифицировать постановку опытов, чтобы получить материал, который-бы дал нам возможность выяснить, на что в данном случае действует то или иное вещество, и что чем активируется. При этом лишь сопоставляя протоколы целого ряда исследований, мы могли наметить путь, который приводил нас к намеченной цели. Прежде всего наше внимание было остановлено тем фактом, что недейтельное разведение адреналина, будучи пропускаемо через сосуды после того, как через них была пропущена смесь адреналина с тиреоидином, вызвавшая сужение сосудов, вызвала сужение сосудов и без тиреоидина. Конечно, здесь можно предположить, что тиреоидин задерживается в стенках сосудов, и не было произведено достаточного промывания последних, благодаря чему получилось опять-таки совместное действие указанных ядов. Чтобы исключить эту возможность, мы стали

пропускать один тиреоидин через свежие сосуды в течение 20—30' и вслед за ним один адреналин, причем в этих случаях сужения сосудов от адреналина не получали, как не получали изменения просвета сосудов и при пропускании тиреоидина после адреналина. Таким образом указанное выше предположение должно отпадать, т. к. тиреоидин и адреналин не обладают свойством задерживаться в тканях, а следовательно эффект от адреналина, пропускаемого после смеси, объясняется другого рода явлениями. Здесь остается только одно объяснение, к которому мы всецело и присоединяемся, а именно, что только смесь повышает возбудимость самой стенки сосудов, ибо адреналин до смеси не оказывал у нас сосудосуживающего эффекта, а после смеси становился действительным, причем отложение тиреоидина исключается на основании приведенных опытов.

Далее, из тех же опытов видно, что один тиреоидин не может повышать возбудимости стенки сосудов, по крайней мере настолько, насколько это делает смесь, т. к. адреналин после тиреоидина оказывается недействительным, а после смеси он суживает сосуды. Следовательно, механизм действия смеси мы должны рассматривать таким образом, что адреналин активирует свойство тиреоидина повышать возбудимость стенки сосуда, вследствие чего недействительные концентрации адреналина и вызывают сосудосуживающий эффект.

Для выяснения этого положения мы поставили опыты контрольного характера с кокаином и адреналином, имея в виду сосудосуживающие свойства обоих препаратов, причем уже известно, что они при совместном действии обладают свойствами синергистов. Действительно, при совместном пропускании заведомо недействительных концентраций кокаина и адреналина у нас получилось сужение сосудов, но после того, как последние приходили к норме под влиянием жидкости Ringer'a, пропускание недействительных концентраций адреналина не вызывало их сужения. Последние данные, на наш взгляд, до некоторой степени подтверждают наши объяснения фармакодинамики совместного действия адреналина и тиреоидина. Как кокаин, так и адреналин действуют возбуждающим образом на соответствующие элементы сосудистой стенки, благодаря чему получается сужение сосудов как при действии их в отдельности, так и при совместном пропускании.

Не затрагивая здесь вопроса относительно фармакодинамики смеси этих препаратов, имеется ли здесь процесс активации, или суммации, — мы отметим только, что эффект от смеси этих препаратов имеет место в момент проведения ее через сосуды. При последующем пропускании недействительных доз адреналина эффекта не наступает, т. к. изменения в стенках сосудов, произведенные смесью, к этому времени уже сглаживаются. Наоборот, в основных наших опытах с адреналином и тиреоидином, где тиреоидин обладает свойством под влиянием адреналина не возбуждать, а только повышать возбудимость симпатической нервной системы, последнее остается и после промывания сосудов жидкостью Ringer'a.

На основании всего вышесказанного мы приходим к следующего рода выводам:

1) Адреналин и тиреоидин при совместном их введении в организм действуют как синергисты, тогда как адреналин и иодотирин не являются таковыми.



2) При разборе фармакодинамики совместного действия адреналина и тиреоидина мы предполагаем, что адреналин активирует свойство тиреоидина повышать возбудимость ткани, благодаря чему тот же адреналин в недействительных концентрациях получает возможность вызывать со стороны данного органа соответствующий ему эффект.

---

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Lеріне. Цит. по Рудневу.—2) Благовещенский. Дисс. СПб. 1903 г.—3) Руднев. Дисс. 1910 г. СПб.—4) Braun. Цит. по Кравкову.—5) Frohlich u. Loewi. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1916, Bd. 62.—6) Кравков. Основы фармакологии. 1925 г. 7) Burgi. Цит. по Кравкову.—8) Meyer und Gottlieb. Exper. Pharmacol. 1922.—9) Acher und Flack. Zentr. f. Physiol., 1910.—10) Euger. Цит. по Weil'ю, Внутр. секрция. Перг., 1923.—11) Kraus und Fridental. Berlin. klin. Woch., 1908.—12) Lewi. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm., 1908, Bd. 59.—13) Кепинов. Дисс. М. 1912.—14) Eppinger, Falta и Rüdinger. Цит. по Кепинову.—15) Осокин. Дисс. Саратов. 1915.—16) Соколов. К вопросу о секреторных нервах щитов. железы.—17) Писемский. Рус. Врач, 1912.

---

Prof. W. M. Sokolow (Kasan). Ueber den Adrenalin-Thyreoidin-Synergismus.

Verfasser zeigte in Versuchen an isolierten Gefäßen und an der Pupille des Kaninchens, dass Adrenalin und Thyreoidin bei ihrer Zusammenwirkung zur Gruppe der Synergisten zugerechnet werden müssen, da unwirksame Dosen des Adrenalins die Gefäße nach der Wirkung einer Mischung von Adrenalin und Thyreoidin verengen, während nach dem Thyreoidin allein das Adrenalin unwirksam bleibt. Aus der Zusammenstellung der Ergebnisse der Grundversuche und einer ganzen Reihe von Kontrollversuchen kommt V. zum Schlusse, dass das Adrenalin die Eigenschaft besitzt die Wirkung des Thyreoidins zu aktivieren; letzteres erhöht die Erregbarkeit der Gefäßwand, weshalb sonst unwirksame Dosen von Adrenalin einen gefäßverengernden Effekt erweisen. Das Iodothyrim besitzt solche Eigenschaft nicht.

## К клинике и терапии *endocarditis lenta*.

Б. П. Кушелевского.

Выделенная Schottmüller'ом в 1910 г. из общей массы эндокардитов клиническая форма, названная им *endocarditis lenta*, только в самое последнее время стала описываться русскими терапевтами. Собранный за последние 2—3 года материал крупных больниц, главным образом юга СССР (Ростов/Д. Одесса, Харьков), охватывающий 61 сл. данного заболевания (Е. В. Перфильева - Вольфсон, С. А. Гроссман, Г. М. Зорохович \*), указывает на известное распространение его и у нас, подтверждая, в общем, установленную немецкими авторами клиническую картину. Актуальность вопроса, в связи с обсуждением его на IX Всесоюзном Съезде Терапевтов, побуждает нас опубликовать свой небольшой материал, не вдаваясь в описание клинической картины, которому в отечественной литературе уделено достаточно места.

За последние 3 года (1922—25) мы наблюдали 10 случаев е. л. За это время всего через наше отделение прошло около 2000 больных, что указывает на сравнительную редкость данного заболевания, хотя-бы по сравнению с доброкачественным ревматическим эндокардитом, встречающимся много чаще. Как и всякая другая инфекция, е. л. видимо дает временные учащения, встречаясь пачками. Так, не встречая его иной раз на протяжении полугода, мы во 2 й половине 1925 г. одновременно имели под наблюдением 3 больных с е. л.

Как правило, мы имели дело с длительным, незаметно для больного развившимся и протекавшим с умеренной, иной раз субфебрильной <sup>1</sup>° эндокардитом, поражавшим аортальные клапаны, у бывших участников войны, сопровождавшимся вторичным малокровием со своеобразным молочно кофейным колоритом окраски кожи, увеличением селезенки и печени. — заболеванием, неизбежно ведущим к внезапной смерти без предшествующих явлений тяжелой декомпенсации сердца, через 3—10 месяцев после начала видимого проявления болезни.

К числу постоянных симптомов данной болезни мы склонны отнести также наблюдавшееся нами во всех случаях характерное изменение концевых фаланг пальцев в виде барабанных палок, впервые отмеченное Jungmann'ом. Возможно, что последний симптом связан с поражением аортальных клапанов (Gallavardin), т. к. в случаях ревматического эндокардита двустворки мы его почти не встречали, тогда как при е. л. он развивается рано, и изменение пальцев бывает резко выражено.

Из других, реже встречавшихся, симптомов е. л. очаговый гломеруло-нефрит с небольшим количеством белка и значительным количеством

\*) Врач. Дело, 1925, №№ 19—20, 21; 1926, № 1.

эритроцитов и кровяных цилиндров в моче был отмечен нами в 4 случаях, мозговые явления (эмболия и кровоизлияние)—в 2 и кожные сыпи эмболического происхождения—также в 2 сл. Посев крови на сахарный бульон, произведенный в 6 случаях, дал в одном из них стрептококка и в одном—стафилококка<sup>1)</sup>. Во всех случаях наряду с понижением Нб до 60% (а в 1 случае—даже до 30%) и соответствующим снижением эритроцитов мы часто встречали и лейкопению с моноцитозом и без лимфоцитоза.

9 из наших 10 больных были люди тяжелого физического труда и бывшие участники войны. Влияние последних двух факторов мы склонны объяснять не только в смысле обычно указываемого уменьшения сопротивляемости ослабленного организма к инфекции, но, главным образом, в смысле давно известного, но мало учитываемого травматического воздействия чрезмерных физических напряжений на клапаны аорты, вызывающего вначале неопределимые повреждения их, а в дальнейшем способствующие развитию здесь инфекционного эндокардита. Этим можно объяснить относительную редкость е. I. у женщин (не более 20%), преимущественную заболеваемость в последние годы бывших участников войны и лиц тяжелого физического труда, а также отмеченное лишь в военное и послевоенное время некоторыми авторами (Mora witz, Curschmann, Hassenkamp) преобладающее, даже исключительное поражение клапанов аорты, вопреки первоначальному классическому описанию Schottmüller'a, где фигурируют заболевания двустворки.

Еще Eichhorst в своем известном руководстве (1904 г.) поражен был верностью наблюдений английских и американских военных врачей, считавших причиной фиброзного эндокардита сильное телесное напряжение, подтверждая вместе с ними, что болезнь эта поражает солдат и, главным образом, рекрутов. Теоретически здесь допустима возможность не только повреждения, но даже самопроизвольного разрыва аортальных клапанов, вследствие телесного напряжения, прекрасно иллюстрируемая в труде Stern'a<sup>2)</sup> рядом случаев Foster'a и Nestoen'a, где здоровые до того клапаны разрывались вследствие напряжения, следованного пострадавшими с целью удержаться от падения, особенно же в случае Lessen'a, где 40-летний рыбак, вследствие сильного душевного возбуждения, вынужден был усиленно работать в течение 1½ часов.

Всякий участник войны знает, как богата она была моментами, требовавшими одновременно сильных душевных и телесных напряжений, имеющих следствием внезапное и значительное повышение давления в системе аорты. Отсюда легко себе представить частоту легких, быть может незаметных и для самих пострадавших (нам памятные частые

<sup>1)</sup> Помимо этого, в одном случае заведующим бакт. отделением Свердловск. И-том Поляковым, которому приношу благодарность за бактериологические исследования, была выделена из 2 колб с сахарным бульоном очень мелкая палочка (одинаковая в обеих колбах), менее 1 микр. величиной, легко просматриваемая в препаратах, не красящаяся по Gram'у, неподвижная, растущая на средах без прибавления крови и при комнатной t°, дающая чрезвычайно медленный и нежный рост, круглые колонии, равномерно мутящая бульон, не разжижающая желатин и не разлагающая сахаров. В данном микробе мог-бы быть заподозрен *b. exiguum* Stäubli, выделенный последним при септическом эндокардите в 1905 г. (М. ш. W., 1905, № 45; Атлас Lehmann'a, 1920, стр. 272).

<sup>2)</sup> Травматическое происхождение внутренних болезней, вып. 1, СПб, 1911.

жалобы фронтовых солдат на боли в области сердца), а тем более неуловимых для обычных методов исследования, поверхностных поврежденных клапанов аорты, клинически проходящих бесследно, но создающих в дальнейшем механические условия для оседания на них и патогенного действия поступающих в кровь из различных первичных очагов возбудителей. Эта гипотеза кажется нам вполне приемлемой для объяснения учащения заболеваемости е. I. в военное и послевоенное время за счет поражения аортальных клапанов у бывших участников войны.

Ревматические заболевания в анамнезе, в виде вялых ревматондных явлений в недалеком прошлом, мы встретили 4 раза; но ни в одном случае не было у нас указаний на типичный острый сочленовный ревматизм, равно как и на старый порок сердца. Статистика с большим процентом последних в анамнезе, возможно, грешит увеличением количества случаев е. I., особенно с поражением двухстворки, за счет случаев рецидивирующего эндокардита, иногда под конец болезни принимающего затяжное течение,—тем более, что отсутствие ясной грани между ними вносит большую долю субъективизма в диагностическую оценку т. наз. промежуточных форм.

Если немецкие авторы сетуют на невозможность уловить незаметно подкрадывающееся начало болезни, что мешает своевременному терапевтическому вмешательству, то, при невзжитом еще долготерпении наших работников физического труда к начальным симптомам всякой болезни, мы постоянно имели дело с поздним обращением к врачу и еще более поздним направлением в больницу. Установить начало болезни нам обычно не удавалось, и оно терялось в ряде неопределенных симптомов, на протяжении  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  года предшествовавших выявлению заболевания. Однако тщательный распрос, как правило, мог установить ряд болезненных проявлений и в этом скрытом периоде инфекции. Лишь однажды мы наблюдали больного еще до развития аортального порока, а один больной был доставлен к нам уже с гемиплегией, развившейся у дотоле «грудоспособного» человека. Диагнозы, под которыми к нам поступали больные, не поддаются учету. Чаще всего были случаи, безуспешно леченные от малярии, а иногда—даже побывавшие на курортах в качестве случаев tbc или невропатии.

Обращаясь к диагностике болезни, мы, помимо этого, на основании своего опыта хотели бы указать на трудности в отличии е. I. от сифилитической недостаточности аорты. Имея дело уже с развившейся аортальной недостаточностью в средних letech (от 25 до 42), мы, естественно, направляли свое внимание прежде всего на сторону lues'a, наиболее являющегося причиной данной болезни. Отрицательный анамнез, как известно, не решает вопроса; WaR не только не помогает делу, но подчас запутывает диагностику, являясь часто положительной и при е. I.: на 8 обследованных в этом направлении случаев мы в 4 имели положительный результат, причем 3 раза WaR дала ++++, а SGR при них 2 раза была отрицательна и однажды неопределенна; в четвертом случае WaR была ++++ при положительной SGR. На основании этого у нас сложилось мнение, что в подобных случаях, с отрицательным анамнезом, в пользу скрыто протекавшего lues'a может говорить лишь резко выраженная WaR (++++) при положительной SGR, которую мы в такой степени при е. I. не встречали, но которая, как известно, обычно наблю-

дается при нелеченных поздних, осложненных люэтических аорритах. Ревматизм в анамнезе и барабанные пальцы, хотя и не так регулярно, как при е. I., встречаются и при сифилитической недостаточности, повышенная  $t^0$  также (Попов). Наличие гломеруло-нефрита, в отличие от сопровождающего иногда люэтического аоррита нефроза, редко приходит при е. I. на помощь диагнозу, как и выделение стрептококка из крови. В результате врач нередко оказывается в чрезвычайно затруднительном положении, из которого его могут вывести лишь опыт и искусство. Указанные трудности относятся, впрочем, к меньшинству случаев, протекающих с положительной WaR, большей же частью на основании всей клинической картины легко удается отличить е. I. от сифилитического аоррита с недостаточностью. Заслуживает внимания, что весьма часто сопровождающий последнее заболевание ангинозный симптомокомплекс (по Gallavardin'у в 88%) совершенно не встречается при е. I.—по крайней мере мы в своих случаях ни разу не видели его и не встретили соответствующих указаний в литературе.

Третьим, после аортальной недостаточности и WaR, моментом, определяющим сходство е. I. с сифилисом, является склонность к образованию аневризм—главным образом мелких мозговых сосудов с частым исходом в кровоизлияние. Нам удалось встретить подобный, редкий по своему течению случай, который может служить примером указанных диагностических затруднений. Случай этот, помимо типичности течения, отличается от остальных наших случаев как по возрасту больного, так и по его профессии,—это единственный наш больной с е. I., не занимавшийся тяжелым физическим трудом и не участвовавший в войне.

Б., 25 л., поступил 10/XI 1925 с высокой  $t^0$ , правосторонним параличем, афазией и кашлем. По словам жены, он еще вчера был на службе, причем после занятий посетил амбулаторию по поводу продолжавшегося недели 3 кашля с недомоганием и легкой лихорадкой; уже в кабинете принимавшего врача у него стал заплетаться язык, почему он и был направлен в больницу с диагнозом «психастения». Больной после этого кое-как добрал до своего дома (версты 3), где жена заметила, что он плохо говорит и не владеет правой рукой. К ночи отнялась и правая нога, и развились сильный жар, кашель и одышка. На следующее утро больной был доставлен к нам в отделение в тяжелом состоянии: помрачение сознания, цианоз, правосторонняя гемиплегия, отечность лица, кисти и стопы парализованной стороны, «барабанные пальцы»;  $t^0$  40°, дых. 40, пульс 120, altus et celer; притупление и влажные хрипы в обеих нижних долях, больше справа; сердце в поперечнике 4+11 см., систолический и диастолический шумы на верхушке, аорте и грудине; селезенку и печень прощупать не удается; арефлексия; слизистогнойная мокрота, в которой превалирует катарральный микрококк, Косч'овские же палочки не обнаружены; в моче лишь большое количество лейкоцитов в осадке; WaR++++, SGR+. Первоначальный диагноз: pneumonia catharralis, vitium cordis (insuff. v. aortal.), hemiplegia dex., lues visceralis?

Течение болезни: с 3-го дня пребывания в больнице—постепенное снижение  $t^0$ , временами с глубокими ремиссиями, прояснение сознания и улучшение легочных явлений; к 13-му дню подлихорадочная  $t^0$ , ясное сознание, невнятная речь и появление небольших движений в парализованных конечностях; сердце расширилось в поперечнике до 4,5+13 см., шумы стали громче и грубее, особенно на грудине, пульс—более скачущий, появились единичные экстрасистолы (дигален?), отечность исчезла, «барабанные пальцы» более резко выражены, селезенка и печень у края ребер; еще через неделю  $t^0$  снизилась до нормы, при общем улучшении легочных и паралитических явлений, замедлении сердечной деятельности до 92 и стойких в остальном сердечных симптомах. Диагноз в это время колебался между lues'ом и е. I. Посев крови оказался стерильным. Больной переведен в нервное отделение для электризации, причем одновременно ему были назначены втирания Hg; на другой день, однако,  $t^0$  вновь поднялась за 38°, и через 2 дня пациент был возвращен

к нам вследствие резкого ухудшения самочувствия, усиления одышки (дых. 56) и кашля, с расширением сердца до 6+20 см. в поперечнике и увеличением печени до пупочной линии. Всего ему было сделано 6 втираний Hg и 1 вливание неосальварсана (0,3), через 4 дня после которого наступила смерть при явлениях быстро нарастающей слабости сердца. Аутопсия: endocarditis polyposa vv. aortae (insuff.), infarctus lienis, haemorrhagiae l. tempor. sin. cerebri; в посеве крови, взятой пункцией сердца, стрептококка обнаружить не удалось.

Естественно возникает вопрос: почему данный случай мы относим к е. I., раз здесь не наблюдалось наиболее характерного признака этой болезни—длительного, затяжного течения? Не проще ли отнести его к септическому эндокардиту? Обращаясь к прошлому больного, мы узнаем, что 4 года тому назад он окончил военную службу, в течение которой и в последующие годы был здоров. Однако еще за 7 месяцев до настоящего заболевания он временами жаловался на боли в левом подреберье, на ночные поты и лихорадку; далее, за 5 месяцев до настоящего заболевания он пролежал несколько дней по поводу заболевания голеностопного сустава. Все это мы склонны отнести к инициальным симптомам е. I., как и всегда,—коварно, медленно и незаметно подкрадывающегося, но затем, под влиянием случайно присоединившейся (гриппозной?) инфекции, обнаружившего бурное течение и давшего мозговое кровоизлияние. Общую продолжительность болезни здесь, как и в большинстве случаев е. I., определить невозможно в виду полной невозможности более или менее точно установить начало болезни. Заслуживает внимания, однако, что к моменту проявления болезни, каковым мы считаем мозговое кровоизлияние, у больного уже имелось выраженное поражение аортальных клапанов с недостаточностью их, существовавшее до того незаметно для него. Подобный же случай, где начальным проявлением заболевания е. I. была мозговая эмболия, приводит Leschke. В нашем случае мозговые явления развились не сразу, как при эмболии, а толчкообразно: вначале парализовалась речь, затем рука и, наконец, нога. Это обстоятельство позволяет нам рассматривать лежащий в основе паралича процесс не как эмболию, а как кровоизлияние из микотической аневризмы, что и было подтверждено вскрытием.

Следующий вопрос, вытекающий из анализа приведенного случая, касается предпринятого здесь противосифилитического лечения: не явилось ли совпавшее с началом этого лечения обострение болезни следствием его? Я думаю, что нет. Функция печени и почек здесь не могли быть сильно поражены, неосальварсан же не только не встречает противопоказаний при е. I., но даже рекомендуется Johanson'ом и Schottmüller'ом. В числе наших случаев е. I. был еще один, где, при наличии аортальной недостаточности, WaR ++ и сомнительном анамнезе, диагноз также колебался между е. I. и люэтической недостаточностью, и был проведен курс ртутно-иодо-неосальварсанного лечения (24 втирания Hg. sin. и 4 вливания неосальварсана—в общей сложности 1,6 gr.), без какого-либо дурного влияния на течение заболевания, но и без заметного успеха.

Все остальные наши случаи е. I. обнаружили типичное для этой болезни вялое, затяжное течение и за исключением последнего, еще находящегося под наблюдением, были прослежены до обычного здесь смертельного исхода, наступавшего внезапно, без предшествующей тяжелой декомпенсации сердечной деятельности, а часто и без других, предве-

щающих скорый конец, симптомов. Общая продолжительность периода явных проявлений болезни, без предшествующего ему „скрытого септического состояния“, в большинстве случаев составляла 3—10 месяцев. Исключением, помимо вышеприведенного больного Б., является больной О., совершенно неожиданно скоропостижно погибший через 12 часов после пункции вены, произведенной для исследования крови; больной этот лишь за 4 недели до смерти прекратил работу и через 2 недели был направлен в больницу при явлениях вполне развитой картины е. I. и значительного разрушения (аутопсия) аортальных клапанов.

Естественным следствием безнадёжного исхода данного заболевания являются всевозможные попытки его лечения, давшие пока мало утешительных результатов. Сомнительный успех в некоторых одиночных случаях базируется большей частью на не прослеженных до конца наблюдениях, не позволяющих отличить продолжительную, но временную ремиссию от стойкого излечения. Общеизвестно в отношении терапии является профилактика эмболий путем строгого постельного содержания, холода на область сердца и осторожности в применении усиливающих сердечную деятельность средств. Однако современная активная терапия не может довольствоваться незавидной ролью хотя-бы и участливого свидетеля заранее обреченной на неудачу, вялой борьбы пораженного организма с медленно, но неуклонно побеждающей инфекцией. И вот, у многих авторов мы встречаемся с постоянными исканиями и испытаниями при е. I. различных терапевтических агентов: здесь и химиотерапия, начиная от неосальварсана до аргофлавина, трипафлавина, коллоидального тимола и интроцида, и вакцинотерапия, и серотерапия.

В посвященной лечению е. I. статье Stahl<sup>1)</sup> предостерегает от применения вакцино—и протейнотерапии, при которых общие реакции, не принося пользы, лишь пробуждают тлеющий болезненный процесс, обостряя его. Да едва-ли здесь и можно рассчитывать на достаточно продуктивную, в смысле выработки антител, реакцию пораженного организма. Больше шансов на успех должна дать уже испытанная при общем сепсисе серотерапия, применяемая при е. I. в виде активной иммунизации здорового человека аутовакциной с последующим внутримышечным впрыскиванием больному 10—20 к. с. крови иммунизированного (A. Wright<sup>2)</sup>), или, лучше, внутривенным введением 100 к. с. вакцинированной сыворотки (Linzer<sup>3)</sup>).

По простоте и доступности для практического врача наше внимание остановил способ, предложенный недавно Ralph'ом<sup>4)</sup>, который в одном случае инфекционного эндокардита, с нахождением streptococci viridans в крови, получил излечение от 3-кратного внутривенного введения 1:500 водного раствора генциана-виолета из расчета по 5 mgr. на кило веса больного. Решив применить это средство, я только употребил более концентрированный раствор его, в виду технических удобств и отчасти предположения, что большие количества внутривенно вводимой жидкости нежелательны, как способствующие появлению эмболий; именно, я применил 1/2% раствор генциана-виолета. Для демонстрации терапевти-

1) Therap. d. Gegenw., 1925.

2) По отчету Врач. Обзор., 1925, № 9.

3) Münch. med. Woch., 1925, № 30.

4) Реф. Вр. Дело, 1925, стр. 1046.

ческого действия этого средства в соответствующих случаях, я позволю себе сначала уделить несколько строк описанию не имеющего прямого отношения к трактуемой форме случая, к которому больше всего подходит название острого нафекционного эндокардита.

У 6-ного Т., на фоне интермиттирующего характера септической лихорадки с температурными колебаниями между 37° и 40°, увеличением селезенки и печени наблюдалось поражение двусторонки (расширение сердечной тупости влево, резко ослабленный I тон, систолический шум и акцент на а. pulmonalis). Болезнь началась остро после простуды, сопровождавшейся высыпанием herpes, и протекала при отсутствии симптомов, говорящих за tbc, малярию и брюшной тиф. Исследование крови: Hb—80%, E—4,100,000, L—14,600, из них нейтроф.—90%, лимфоц.—9% и переходн.—1%. Посев из крови на 3-й неделе болезни обнаружил стерильность, на 4-й неделе стафилококк и tetragnones (?). Потеряв, после 4 недельной изнурительной лихорадки, надежду на благоприятный исход заболевания, мы прибегли к генциану-виолету в дозах 0,3 на 28-й, 32-й и 35-й дни болезни и, сверх ожидания, получили снижение температуры и выздоровление.

Другой случай, где было применено лечение генциан-виолетом, является типичным случаем е. I,—кстати сказать, единственным, который поступил к нам до развития аортальной недостаточности, и где болезнь, к сожалению, не была своевременно распознана.

Б-ной П. поступил 10/VII 1925 с диагнозом крупозной пневмонии. Жалобы на колюще в левом боку и подреберье при глубоком вдыхании, кашле и физическом напряжении, появившееся 3 недели тому назад. Месяца за два до настоящего заболевания П. перенес ревматизм с лихорадкой и небольшим опуханием суставов, продолжавшимся около месяца. Другими инфекционными болезнями не болел; бывший участник войны. Объективно субфебрильная t°, со стороны легких лишь ограничение подвижности нижнего края левого легкого при некотором ослаблении дыхания и отсутствии притупления, чувствительность нижних межреберий к давлению и сильная болезненность в левом подреберье, локализуемая самим больным в точке M ü s s i. Сердце—поперечник 3,5+11-см, тоны глуховаты. Пульс 100—110, очень легко возбудим, до 150 при вставании. Селезенку и печень прощупать не удается. Первоначальный диагноз: pleuritis diaphragmatica sin. В дальнейшем, при умеренной лихорадке (37°—37,7°—38,6°), боли то в левом боку, то в левой руке, то опоясывающие в левой стороне груди. Потеряв больного из-под наблюдения на 1½ месяца (в виду отъезда), мы застали его 15/IX с такой же t°, расширением сердца до 5+14 см. в поперечнике, при систолическом и диастолическом шуме на аорте и прочих симптомах аортальной недостаточности; кровяное давление 95—40, пульс 90, сильная бледность с молочно-кофейным колоритом, резко выраженные барабанные пальцы, значительное увеличение печени и селезенки, кровь: WaR и SGR отрицательны, Hb—75%, E—4,700,000, L—5,600, из них нейтроф.—66%, лимфоц.—26%, озин.—2%, базоф.—1%, моноц. и переходных—5%. Посев на сахарный бульон обнаруж. стрептококка. В моче лишь лейкоциты и соли. Диагноз: endocarditis lenta.

В виду безуспешности обычной симптоматической терапии и беспокоивших б-ного болей в левом подреберье и левой ноге, через 3 месяца после начала болезни осторожно испытана аутогемотерапия. Первое впрыскивание, 2,5 к. с. крови, не оказало никакого влияния на боли и t°, второе же, 5 к. с., будучи произведено после недельного промежутка, уменьшило боли, но обострило t°, в течение последующей недели обнаружившую необычные вечерние повышения до 39°. В виду этого аутогемотерапия оставлена, и 8/X влито 0,3 генциан-виолета в 1,2% растворе, без заметного влияния на t°. Через 1½ суток после вливания обнаружались симптомы мозговой эмболии в области левой затылочной доли,—парафазия, алексия правосторонняя гемипарезия, головная боль, бессонница. 13/X второе вливание в той же дозе, поведшее к небольшому снижению t°. Третье вливание той же дозы 16/X повело на третий день к постепенному понижению t° до нормы, сопровождавшемуся субъективным улучшением и исчезновением стрептококков из крови: сердечные же и мозговые явления остались без изменений. Температурная ремиссия с редкими вечерними повышениями до 37,2° продолжалась 3 недели и ничем не предвещала скоростижной смерти, наступившей 6/XI, которой предшествовали



душевное волнение и повышение  $t^0$  до 38,1°. Аутопсия: endocarditis polyposa v. aortae (insuff.), infarctus lienis, очаг размягчения в левой затылочной доле мозга.

Поздно примененное терапевтическое воздействие в данном случае едва-ли могло рассчитывать на успех, но результаты его возбуждают ряд вопросов, а именно: какое действие оказала здесь аутогэмотерапия, в какой связи с ней, или вливанием генциана-виолета, находилась мозговая эмболия, и, наконец, являлось-ли достигнутое понижение  $t^0$  результатом применения последнего средства? Полученное нами длительное обострение после впрыскивания 5 к. с крови говорит против этого рода терапии при е. I., хотя в литературе и имеется указание на благоприятное действие протеинотерапии при sepsis и end. lenta (Hassenkamp). Влияние аутогэмотерапии на появление мозговой эмболии также не может быть исключено, хотя последняя и наблюдалась через 2 дня после первого вливания генциана-виолета, произведенного в обостренном аутогэмотерапией периоде болезни. Последующие вливания этой краски, как и применение ее в другом случае е. I., однако, не повели к эмболиям. Обезлихораживание же больного, сопровождавшееся субъективным улучшением, мы склонны поставить в зависимость от генциана-виолета. В последнее время мы имели возможность применить эту краску еще в одном случае е. I. с тем же обезлихораживающим эффектом.

У б-ного Т., с полугодовой продолжительностью болезни, выраженным эндокардитом аортальных клапанов, резким малокровием, большой печенью и селезенкой и очаговым гломеруло-нефритом, путем двухкратного вливания небольшой (0,2) дозы генциана-виолета удалось прекратить неизменно наблюдавшуюся на протяжении 5 недель, правда, невысокую лихорадку. Больной этот в настоящее время еще находится в состоянии ремиссии.

Приведенные случаи поощряют к дальнейшему испытанию данного средства при затяжных септических заболеваниях и эндокардитах, суля надежду на известную помощь больному организму в его заранее обреченной на неудачу, без своевременной энергичной терапии, борьбе. Такое лечение вполне соответствует последним экспериментальным и клиническим наблюдениям американских авторов (Gaich, Trussler и Owen<sup>1)</sup>, по которым генциан-виолет, хотя и не обеспечивает therapiae sterilisantis magne, но обнаруживает иногда способность задерживать размножение стафилококков в крови и тем самым приходит на помощь защитным силам больного. При этом чем раньше применена такая терапия, тем больше, конечно, шансов на успех, ибо наблюдаемые при развитии эндокардита аортальных клапанов разрушения несут в себе источник новых осложнений в виде эмболий и расстройства сердечной деятельности. Это обстоятельство диктует необходимость и возможно раннего, еще до клапанных разрушений, или даже до поражения эндокардия, распознавания заболевания.

Подводя итог всему сказанному, мы можем придти к следующим практическим выводам:

1) Симптомокомплекс е. I. представляет все данные для выделения его в самостоятельную клиническую единицу.

2) Для большей точности в номенклатуре, название это лучше не распространять на случаи возвратного ревматического эндокардита, хотя-бы, в заключительном периоде болезни, и принимающие сходное с е. I. течение.

<sup>1)</sup> Journ. of Am. Med. Ass., 1925, № 12 (реф. Вр. Дело, 1926, № 2).

3) Виолне выраженный е. I. является также заключительным периодом предшествующего ему скрытого септического состояния, к раннему распознаванию которого и нужно стремиться путем посева крови, памятуя об нем в случаях, подозрительных по хронической инфекции, нетипичной для tbc и малярии, особенно у бывших участников войны и лиц тяжелого физического труда.

4) Частая недостаточность аортальных клапанов на почве е. I. по нашим наблюдениям, по частоте занимает второе место после люэтической и при положительной WaR (в половине случаев) не всегда легко дифференцируется от aortitis luica.

5) Только раннее лечение, начатое по возможности еще до разрушения сердечных клапанов, а также до угнетения защитных сил организма, может гарантировать при е. I. от рокового исхода, причем из различных хемотерапевтических препаратов заслуживают испытания внутривенные вливания  $1/2\%$  раствора гентциана-виолета в дозе 0,5 mgr. на кило веса.

---

D-r B. P. Kuschelewsky (Swerdlowsk). Zur Klinik und Therapie der Endocarditis lenta.

Durchsicht der Litteratur und eigene Beobachtungen führten den Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1) Der Symptomokomplex der Endocarditis lenta entspricht sämtlichen Forderungen, welche bei seiner Abtrennung als eine selbstständige klinische Einheit aufgestellt werden können. 2) Im Interesse einer genaueren Nomenklatur wäre es besser diese Benennung auf Fälle von wiederkehrender rheumatischen Endocarditis nicht auszudehnen, wenn sie auch in der definitiven Periode der Krankheit einen der Endocarditis lenta ähnlichen Verlauf annehmen. 3) Eine völlig ausgebildete Endocarditis lenta stellt ebenfalls ein Endergebnis dar, nicht aber einer offenbaren rheumatischen Endocarditis, sondern eines okkulten septischen Zustandes dessen möglichst frühe Erkennung mittelst Blutkulturen angestrebt werden soll; man sollte seiner Gedenken in Fällen, welche durch eine chronische, für Tbc und Malaria nicht typische Infektion verdächtig werden, besonders bei Kriegsteilnehmern und schwer arbeitenden Leuten. 4) Die reine Aortenklappeninsufficienz als Folge der Endocarditis lenta steht laut Beobachtungen des Verfassers an Häufigkeit an zweiter Stelle nächst der luëtischen und ist bei positiver WaR (in der Hälfte aller Fälle) nicht immer leicht von der Aortitis luica zu differenzieren. 5) Nur die Frühbehandlung, nach Möglichkeit vor der Zertörung, der Herzklappen begonnen, und auch vor der Depression der Schützkräfte des Organismus, kann bei der Endocarditis lenta vor dem verhängnisvollen Ausgang schützen, wobei unter den verschiedenen chemotherapeutischen Praeparaten intravenöse Injektionen von  $1/2\%$  Gentianaviolettlösung in der Dosis 0,5 mgr. pro klg. Körpergewicht die Prüfung verdienen.

---

## К вопросу о функциональной диагностике печени и поджелудочной железы.

Д-ра Н. Н. Ковязина

В настоящее время предложено много всевозможных методов функциональной диагностики печени (на VIII Съезде Терапевтов 28 мая 1925 года проф. Кончаловским<sup>1)</sup> была дана их сводка), но все имеющиеся методы этого рода мало удовлетворяют клинику. Что касается методов функциональной диагностики поджелудочной железы, то их вовсе не имеется.

Мы предлагаем метод функциональной диагностики печени и поджелудочной железы, разработанный Rona<sup>2)</sup> и его учениками (Reinicke, Bach'om и др.).

Rona и его ученики, работая экспериментально над ферментами крови, заметили, что в сыворотке крови при некоторых условиях, кроме кровяного жирорасщепляющего фермента (липазы), имеющегося здесь нормально, появляется чужеродный для крови жирорасщепляющий фермент. Далее они доказали, что появление чужеродной липазы в крови обуславливается анатомическим повреждением какого-либо органа; другими словами, нарушение функции какого-либо органа выражается появлением в сыворотке крови жирорасщепляющего фермента этого органа, причем жирорасщепляющие ферменты различных органов различно относятся к разным фармакологическим ядам. Так, доказано, что кровяная липаза очень чувствительна к хинину и атоксилу; печеночная липаза, появляющаяся в крови вследствие нарушения функции печени, чувствительна к атоксилу и устойчива к хинину; такое же отношение к хинину и атоксилу имеется у почечной липазы; липаза поджелудочной железы (панкреатическая) устойчива к атоксилу и чувствительна к хинину. Эти различные отношения жирорасщепляющих ферментов печени и pancreatis к хинину и атоксилу и дают возможность определять нарушение функции этих органов по сыворотке крови.

Произведенные в этом направлении исследования Block'a<sup>3)</sup>, Картамышева<sup>4)</sup>, Petow'a и Schreiber'a<sup>5)</sup>, Broekmeyer'a<sup>6)</sup> показали, что печеночная липаза появляется в крови во всех случаях, где клинически имеется нарушение функции печени, при отсутствии же такового указанная липаза не определяется. В частности Картамышев проводил этим путем наблюдения над действием на функцию печени салварсана. Simon<sup>7,8)</sup> в своих исследованиях также приходит к выводу, что при болезнях печени в крови определяется устойчивая к хинину липаза, но эту липазу он находил, хотя не во всех случаях, и при болезнях легких, между тем как Löwenberg и Kwilecki<sup>9)</sup> этого

не наблюдали. Указанные авторы, также Peto w и Schreiber<sup>5)</sup> и Krö nke<sup>10)</sup> находили за то чувствительную к хинину липазу при болезнях почек.

В виду того, что хиниочувствительная липаза, кроме болезней печени, определяется и при других заболеваниях, Broekmeyer предлагает вместо хинина брать кокаин и стрихнин, причем, по его наблюдениям, печеночная липаза оказывается устойчивою по отношению к этим ядам.

Новизна метода и его простота с одной стороны и возлагаемые немецкими авторами (работ по этому методу в русской литературе не имеется) большие надежды на возможность в дальнейшем этим путем дифференцировать заболевания внутренних органов—с другой побудили нас, по предложению проф. М. Н. Чебоксарова, провести наблюдения по этому методу на материале нашей клиники.

Методика исследования липолитических ферментов, разработанная Rona и Michaelis'ом, основана на изменении жирового соединения, триглицерида масляной кислоты (трибутирина), под влиянием фермента, каковое изменение определяется сталагмометром. Для этой цели употребляется сталагмометр Traube, видоизмененный Rona и представляющий собою стеклянную трубку с шаровидным расширением определенного объема и с вертикальным капиллярным отшлифованным концом. Стекающая из сталагмометра капля принимает вначале шарообразную форму и только после этого отрывается от трубки. Сила, которая заставляет каплю падать несразу, хотя на нее и действует сила тяжести, есть поверхностное натяжение. Капля падает тогда, когда сила тяжести преодевает последнее. Чем поверхностное натяжение больше, тем и капля будет больше, и тем медленнее она будет отделяться от трубки сталагмометра. Если мы наберем в последний воду, которая обладает большим поверхностным натяжением, то получим малое число больших капель; эфир, обладающий меньшим поверхностным натяжением, будучи набран в сталагмометр в том же объеме, даст большое число малых капель. Раствор трибутирина в воде (4—5 капель на литр воды), продолжительное время взбалтываемый и профильтрованный, сильно изменяет поверхностное натяжение в сторону уменьшения его (т. е. увеличения числа капель). Прибавленный к данному раствору фермент (липаза) разлагает трибутирин на глицерин и масляную кислоту, отчего поверхностное натяжение раствора увеличивается, что можно констатировать, сосчитывая число капель в различные периоды ферментации. В конце концов можно видеть, что раствор трибутирина дает почти то же число капель, что и вода.

Так как действие ферментов лучше всего протекает при известном optimum'e концентрации ионов водорода, выше и ниже которого процесс ферментации задерживается, то при проведении данного метода употребляется буфферная смесь, состоящая из 1 части первичного  $\frac{m}{3}$  natrii phosphorici ( $NaH_2PO_4$ ) и 14 частей вторичного  $\frac{m}{3}$  natrii phosphorici ( $Na_2HPO_4$ ) с содержанием  $R_n=7,6$ .

Техника: из локтевой вены бралась кровь в количестве 6—8 к. с., после свертывания ступок крови осторожно отслаивался от стенок пробирки (стерильно), и для получения сыворотки кровь ставилась на 12—24 часа на холод. Далее уже вышеописанным способом приготавлился ex tempore раствор трибутирина, после чего в один стаканчик с 1 к. с. сы-

воротки и с 1 к. с. пуфферной смеси мы прибавляли 1 к. с. aq. destillatae в другой, с тем же количеством сыворотки и пуфферного раствора, — 0,3 к. с. 0,2 % раствора chinini muriatici, в третий—0,3 к. с. 0,2% раствора chinini muriat. и 1 к. с. раствора атоксила (0,01 : 100); таким образом во втором стаканчике имелся хинин, в третьем—хинин и атоксил, а в первом, вместо хинина и атоксила,—дистиллированная вода. После 30-минутного стояния этих стаканчиков мы прибавляли в каждый по 25 к. с. раствора трибутирина, замечали время и сосчитывали число вытекающих из сталагмометра капель; в дальнейшем число капель сосчитывалось через 45 и 90 мин. В качестве примера приведем результаты, полученные нами при исследовании сыворотки здорового субъекта и больного с циррозом печени.

В первом стаканчике, где не было хинина и атоксила, и где вначале опыта у здорового субъекта получилось 105 капель, а у цирротика 103 капли, через 90 м. стало 88 и 89 капель (aq. destillata в нашем сталагмометре давала 79 капель при 20°C.). Во втором стаканчике, с хинином, в конце опыта стало 102 капли у здорового и 92—у цирротика; таким образом здесь разложение трибутирина задержалось в сравнении с первым стаканчиком (остановка действия кровяной липазы). В третьем стаканчике, с хинином и атоксилом, разложение трибутирина у здорового шло, как и во втором стаканчике (102 капли), а у цирротика еще более задержалось, чем во втором стаканчике (100 капель); таким образом в этом опыте у цирротика была обнаружена чужеродная для крови липаза, устойчивая к хинину и чувствительная к атоксилу, т. е. печеночная липаза. У здорового субъекта, где разложение трибутирина в конце опыта во втором и третьем стаканчиках было одинаково (102 капли), печеночная липаза, напротив, отсутствовала. Таким образом о присутствии в сыворотке печеночной липазы судят по разнице капель во втором и третьем стаканчиках, причем, надо заметить, количество это может колебаться, так что по разнице капель второго и третьего стаканчиков судить о тяжести процесса нельзя.

№№ по пор.	Д И А Г Н О З	Число слу-чаев	С поло-жит. р.	С отри-цат. рез.
1	Cholecystitis chr.	4	4	—
2	Icterus cat.	3	3	—
3	Cirrhosis hepatis	2	2	—
4	Lues hepatis	1	1	—
5	Hydrops vesicae fel.	1	1	—
6	Echinococcus hepatis	2	2	—
7	Carcinoma hepatis prim.	2	2	—
8	„ ventric. et hepat.	3	3	—
9	„ pancreatis et hepat.	1	1	—
10	Carcinoma ventriculi	2	1	1
11	Polyserositis	2	2	—
12	Myocarditis chr. с явл. декомпенс.	2	2	—
13	Myocarditis chr.	4	—	4
14	Vitium cordis с явл. декомп.	2	2	—
15	Appendicitis chr.	3	—	3
16	„ acuta.	2	2	—
17	Carcinoma oesophagi	1	—	1
18	Achylia gastrica	1	—	1
19	Echinoc. unilocul. multiplex peritonei	1	—	1
20	Ulcus ventriculi et duodeni	3	1	2
21	Tbc pulmonum	2	—	2
22	Pneumonia	1	—	1
23	Asthma bronch.	1	—	1
24	Diabet. mel.	4	4	—
25	„ insip	1	1	—

В указанном направлении нами был обследован 51 случай (см. таблицу), причем оказалось, что в тех случаях, где клинически имелись изменения со стороны печени и желчного пузыря, как с желтухой, так и без желтухи (17 случаев), в крови всегда обнаруживалось присутствие печеночной липазы. В частности раковые процессы в печени, как первичные, так и вторичные, во всех случаях дали положительный результат. Рак желудка в 1 случае дал положительный результат, что дало возможность предположить о метастазе опухоли в печени. В 2 случаях polyserositis с увеличенной печенью также в крови определялась печеночная липаза. Миокардит и пороки сердца (8 случаев) дали положительный результат лишь в тех случаях, где имелись явления декомпенсации с застойными явлениями в печени. Хронический аппендицит (3 случая) дал отрицательный результат, острый же (2 случая) — положительный. Желудочные заболевания (achylia gastrica, ulcus ventriculi, ulcus duodeni) дали отрицательный результат, кроме одного случая ulc. duodeni. При заболеваниях легких во всех случаях получился отрицательный результат. Случай diabet. mel. (4 случ.) и diab. insip. (1 случай) дали положительный результат.

Таким образом результаты наших исследований сходятся с результатами вышеуказанных авторов, за исключением одного случая ulc. duodeni и диабета. У Löwenberg'a и Kwileck'ого впрочем также был один случай ulc. duodeni с положительным результатом; но диабет у этих авторов дал отрицательный результат.

В виду того, что панкреатическая липаза, появляющаяся в крови вследствие нарушения функции поджелудочной железы, устойчива к атоксили и чувствительна к хинину, постановка опыта для обнаружения ее бывает иная: в первый стаканчик, с 1 к. с. сыворотки и 1 к. с. пuffed ферной смеси, прибавляется 1 к. с. aq. destill., в другой стаканчик вместо aq. destill. прибавляется 1 к. с. атоксила (0,01:100); через 30 мин. в каждый стаканчик прибавляется по 25 к. с. раствора трибутирина, отмечается время и сосчитывается число капель, затем сосчитывается через 45 и 90 мин. О присутствии панкреатической липазы в сыворотке крови судят по разнице капель второго стаканчика вначале и конце опыта.

Исследования в этом направлении Marcus'a<sup>11)</sup> и Simon'a<sup>12), 13)</sup>, в особенности последнего, произведенные на очень большом материале больных с пораженным pancreatis, во многих случаях, проверенных аутопсией, показали, что при болезнях поджелудочной железы в крови действительно появляется панкреатическая липаза, причем в некоторых случаях (у Simon'a 4 случая) диабета липаза эта в крови не определяется; кроме того, атоксилоустойчивую липазу Simon находит при болезнях крови (злокачественное малокровие). На основании своих исследований этот автор приходит, однако, к выводу, что только тогда можно говорить о нарушении функции pancreatis, когда, при постановке опыта, число капель вначале и конце опыта более 6, так как до 6 капель он часто находил у больных, у которых не имелось никаких изменений со стороны поджелудочной железы, и даже у здоровых лиц.

Наши исследования на очень небольшом материале (4 случая diabet mel. и 1 случай carcinom. pancreatis) дали положительный результат только в 2 случаях диабета и в случае рака поджелудочной железы.

На основании изложенных наблюдений могут быть сделаны следующие выводы:

1) При всех заболеваниях печени и желчного пузыря, протекающих как с желтухой, так и без желтухи, в кровяной сыворотке определяется чувствительная к атоксиду, устойчивая к хинину липаза — печеночная липаза.

2) При болезнях сердца наличие этой липазы наблюдается только в стадии декомпенсации.

3) Желудочно-кишечные заболевания (кроме 1 случая) дали нам, при исследовании на печеночную липазу, отрицательный результат.

4) У больных с *diabetes mellitus* и *insipidus* в наших случаях получался положительный результат.

5) Болезни легких во всех случаях дали нам отрицательный результат.

6) Панк, еатическая атоксидуостойчивая липаза была нами найдена не во всех случаях диабета.

7) Функциональная диагностика по методу *Rona* заслуживает большого внимания, как вследствие своей простой техники, так и потому, что в этом методе кроется возможность функциональной диагностики не только печени и поджелудочной железы, но и других органов.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Врач. Дело, 1925, №№ 15—18 — 2) *Bioch. Zeit.*, 1920, №№ 111, 112; 1921, № 118.—3) *Klin. Woch.*, 1923, № 39 —4) *Arch. für Derm. und Syph.*, B. 147.—5) *Klin. Woch.*, 1923, № 27 —6) *Ib.*, 1924, № 20.—7) *Deut. med. Woch.*, 1923, № 16.—8) *Klin. Woch.*, 1924, № 16.—9) *Med. Klin.*, 1926, № 8.—10) *Klin. Woch.*, 1923, № 34.—11) *Ib.*, 1923, № 29.—12) *Ib.*, 1924, № 16.—13) *Ib.*, 1925, № 48.

---

Dr N. N. Kowjasin (Kasan). Zur funktionelle Diagnostik der Leber und des Pankreas.

Verfasser hat den Zustand der Leber und des Pankreas bei 51 an verschiedenen Krankheiten leidenden Kranken nach dem Verfahren von *Rona* untersucht und kam zu folgenden Ergebnissen: 1) Bei allen Erkrankungen der Leber und der Gallenblase, welche mit Icterus, sowohl auch bei denen die ohne solchen verlaufen, wird im Blutserum eine gegen Atoxyl empfindliche und gegen Chinin beständige Lipase (Leberlipase) gefunden. 2) Bei Herzkrankheiten wird diese Lipase nur im Stadium der Dekompensation gefunden. 3) Bei Magendarmerkrankungen ergab die Untersuchung auf Leberlipase ein negatives Resultat (mit einer Ausnahme). 4) Bei Diabeteskranken fiel die Untersuchung auf die Leberlipase positiv aus. 5) Die gegen Atoxyl widerstandsfähige Pankreaslipase wurde vom Verfasser nicht in allen Fällen von Diabetes gefunden. 6) Die Lipaseuntersuchung an Lungenkranken gab dem Verfasser immer ein negatives Resultat. 7) Die funktionelle Diagnostik nach *Rona* verdient grosse Aufmerksamkeit sowohl wegen ihrer einfachen Technik, als auch deswegen, dass sich in dieser Methode die Möglichkeit der funktionellen Diagnostik nicht nur der Leber und des Pankreas, sondern auch anderer Organe verbigt.

---

## К протеиновой терапии язв желудка и 12-перстной кишки \*).

Д-ра Д. А. Гроссмана.

Предшествовавшие империалистическая и гражданская войны, революция, а также сопутствовавшие им голод и эпидемии—резко изменили социально-экономические условия нашей страны, в частности, образ жизни и питание. Одним из последствий такого рода перемены явилась значительная частота некоторых видов заболеваний, к числу которых относятся и язва желудка и 12-перстной кишки. Вышеприведенные причины отразились не только на частоте данного заболевания, но также и на способе его лечения: в то время, как в довоенное время язва желудка и 12-перстной кишки лечилась в громадном большинстве случаев консервативно,—в военное и послевоенное время соотношение между хирургическим и консервативным методами лечения изменилось в смысле значительного перевеса первого; в то время, как раньше показания для хирургического вмешательства ставились по преимуществу медицинские, теперь расширяется круг т. наз. социальных показаний. Тяжелые материальные условия больных лишают их в большинстве случаев возможности применить длительное консервативное лечение, связанное с прекращением обычных занятий и значительными издержками. Что касается страховой кассы, то ресурсы ее в настоящее время еще ненастоять велики, чтобы в каждом случае язвы иметь возможность проводить больничный 4—6-недельный курс лечения. По крайней мере у нас в больнице за период времени с 1919 по 1923 г. консервативное лечение проводилось лишь в единичных случаях.

Однако и хирургический метод лечения не вполне оправдывает возлагаемые на него надежды. Имея в своем распоряжении большой язвенный материал, мы могли наблюдать, что больные, посланные нами для хирургического вмешательства, через более или менее короткий срок возвращались с прежними жалобами и зачастую с теми же объективными признаками, что и до операции. Литературные данные также подтверждают многие отрицательные стороны хирургических методов лечения. Мы позволим себе кратко остановиться на этих недостатках.

Наиболее употребительной операцией при язве является гастроэнтеростомия, которая, не имея целью удаления язвы, способствует ее заживлению путем создания новых анатомических, благоприятных для этой цели, условий. Операция эта, являясь сравнительно безопасной (от 2 до 5% первичной смертности), имеет однако много недостатков, к числу

\*) Доложено на I Съезде Терапевтов б. Одесской губ., 3/IX 25 г.



которых принадлежат сравнительно-частое последовательное возникновение *ulcus pepticum jejuni* или более легких кишечных расстройств, обусловливаемых исключением *duodeni* с ее пищеварительными соками из процесса пищеварения. Целый ряд авторов (Carle, Fantino, Terriez, Hartmann, Kelling, Anchultz, Mathieu, Savignac, Troell, Ochnell, Goldschmidt, Mülleder) наблюдали такого рода осложнения не менее, чем в 29,3% случаев. К другим недостаткам операции относятся наблюдающиеся закрытия отверстия анастомоза, образование спаек и частые рецидивы. % стойких выздоровлений после этой операции, по данным сборных статистик, составляет всего 60—65.

Другой вид непрямого хирургического вмешательства при язве желудка и 12-перстной кишки составляет *jejunostomia*, не нашедшая себе большого применения вследствие значительных неудобств, причиняемых ею пациенту, возможности перфорации, злокачественного перерождения язвы и прочих, сопутствующих язве, осложнений.

Наиболее радикальной хирургической операцией при данном заболевании является резекция в различных видах, которая имеет целью иссечение язвы вместе с частью здоровой ткани. Эта операция, имея преимущество перед предыдущими в смысле значительно большего процента полных излечений (до 93,6% по Finster'у), представляет также много недостатков. Самым серьезным из них является высокий процент первичной смертности, колеблющийся от 3 до 20 в зависимости от опытности хирурга; таким образом круг применения этой операции сильно суживается необходимостью наличия хорошей хирургической техники. Кроме того, иссечение значительного участка слизистой желудка является далеко не безразличным для процесса пищеварения. Показания к данной операции ограничиваются поэтому присутствием больших срощений с желчным пузырем, поджелудочной железой и пр. органами, а также наличием множественных язв. Наконец, несмотря на радикальное иссечение, все же иногда наблюдается образование новых язв.

Вышеприведенные недостатки хирургического лечения, которое, по мнению большинства хирургов, должно применяться лишь после неудачного консервативного лечения или при наличии осложнений, заставили нас вновь обратиться к консервативным методам лечения. Однако все способы внутреннего лечения язв желудка и 12-перстной кишки сопряжены со специальной диетой в продолжение 4—6 недель и постельным содержанием. В условиях нашей больничной работы эти моменты должны были быть учтены, и, естественно, надо было искать других методов лечения, которые, с одной стороны, не имели-бы вышеописанных недостатков хирургических вмешательств, с другой — не были-бы связаны со сложной диетой и продолжительным лечением. Наблюдения по поводу амбулаторного диетического лечения язв еще незначительны, и предложивший этот метод Воас не может еще сделать каких-либо окончательных выводов. Выход из этого положения давал предложенный Приггам'ом и Ноллер'ом способ лечения язв желудка и 12-перстной кишки при помощи парэнтерального введения протеинов. Основываясь на благоприятных результатах, полученных этими, а также и другими авторами, мы решили применить этот способ лечения на имеющемся в нашем распоряжении материале.

Прежде, чем перейти к изложению полученных нами результатов, скажем несколько слов о причинах благоприятного эффекта протеиновой терапии при язвах желудка и 12 перстной кишки. Нам думается, что причина особенно благоприятного влияния протеиновой терапии при этом заболевании по сравнению с другими, при которых результаты данного лечения сомнительны, заключается, главным образом, в воздействии на вегетативную нервную систему. Согласно исследованиям последнего времени (Rosenthal, Holzer, Epstein) парэнтеральное введение белков в небольших дозах вызывает понижение возбудимости парасимпатической нервной системы. Между тем в этиологии язвы, повидимому, большое значение имеет именно состояние тонуса вегетативной нервной системы (Bergmann, Westphal, Katsch, Rössler и др.). Отсюда можно предположить, что одним из моментов, обуславливающих успех протеиновой терапии при язвах желудка и 12-перстной кишки, является именно ее отношение к вегетативной нервной системе. Конечно, здесь возможны предположения, основанные и на других гипотезах, напр., объясняющих благоприятный эффект при введении протеинов активированием плазмы (Weichardt, Schittenhelm), раздражением (Bier) и пр. (Dietrich, Marchand, Auldt, Drisel, Freund, Müller и др.). Подробно останавливаться на рассмотрении всех этих теорий, вследствие недостатка места, мы не имеем возможности; следует заметить лишь, что и в настоящее время не имеется еще каких-либо более или менее убедительных доказательств в пользу той или иной теории, и вопрос этот не является еще разрешенным.

Переходя к изложению наших наблюдений, следует указать, что в число последних вошли лишь те случаи, где диагностика язвы могла быть поставлена вполне определенно, не вызывая никаких сомнений; во всех наших случаях она была подтверждена рентгеновским исследованием.

Препаратом, применявшимся нами, являлось молоко, на котором мы остановились в виду его дешевизны и доступности. Для обеззараживания сырое молоко ставилось в кипящую воду, где оно и оставалось в продолжении 20 минут. Инъекции его производились в чуть теплом виде, — при этом, согласно нашим наблюдениям, местная реакция бывает менее всего выражена. Вводилось молоко внутримышечно (intagluteal'но), принимая во внимание безопасность такого рода введения в смысле анафилактического шока. Доза вводимого молока колебалась от  $1\frac{1}{2}$  до 5—10 к. с., причем мы начинали с  $1\frac{1}{2}$  к. с. и постепенно увеличивали дозу; предельная доза зависела от интенсивности реакции. Промежуток между отдельными инъекциями равнялся 2—3 суткам. Исходили мы при этом из тех соображений, что, согласно исследованиям Buzello, введение умеренных доз протеинов вызывает непосредственно после инъекции понижение опсонического индекса (отрицательная фаза), и лишь спустя 1—2 суток индекс этот увеличивается (положительная фаза). Согласно наблюдениям указанного автора наилучший эффект получается при производстве инъекций лишь во время положительной фазы. Практически определения опсонического индекса в каждом случае не требуется, так как отрицательная фаза соответствует общей реакции после введения протеинов и с ее исчезновением переходит в положительную.

Что касается режима, то наши больные не придерживались строго постельного содержания, проводя значительную часть времени сидя и стоя.

Диета применялась по Boas'у, т. е. в течение первой недели молоко, масло, яйца, в течение второй—то же+суп и сухари, в третью—то же+каши, картофель, компот. Продолжительность лечения равнялась 2-3 неделям; в дальнейшем диета соблюдалась больным у себя на дому. Медикаментозные назначения делались симптоматические. В тех случаях, где помимо язвы имелись сращения, применялась термотерапия.

Исходя из тех соображений, что исчезновение субъективных жалоб больных не говорит об анатомическом излечении язвы, мы старались во всех случаях судить о результатах лечения на основании не только показаний больных, но и всех бывших в нашем распоряжении клинических и лабораторных методов исследования; с этой целью у больных до начала лечения и по окончании его мы исследовали кал, желудочный сок, быстроту опорожнения желудка, вес, рентгеновскую картину. Результаты лечения сведены нами в таблице I.

ТАБЛИЦА I.

ДИАГНОЗ	Колич. случаев	Кровь в кале				Кислотность			Моторн. функц.			Вес			
		До лечен.		После лечения		После лечения			До лечен.		После лечения	После лечения			
		Наличие	Исчезноен.	Без перемен.	Новос появл.	Понижен.	Без перемен.	Повышен.	Понижен.	Улучшен.	Без изменен.	Ухудшение	Прибавлен.	Без изменен.	Убавление
Ulcus ventriculi .	14	11	11	—	—	11	1	2	2	1	1	—	10	—	4
Ulcus duodeni . .	17	10	9	1	1	15	1	1	7	4	3	—	8	3	6
Всего . .	31	21	20	1	1	26	2	3	9	5	4	—	18	3	10

Как видно из этой таблицы, лишь в одном из наших случаев скрытое кровотечение не исчезло, а в другом появилось по окончании лечения; оба эти случая принадлежат к числу неудачных в смысле результатов лечения; больные отказались от продолжения последнего, а равно и от предложенной им операции. Остальные случаи, давшие или полное клиническое излечение, или значительное улучшение, шли с параллельным исчезновением крови в кале (реакция на кровь производилась при помощи бензидиновой пробы). В этом отношении наши результаты подтверждают результаты, полученные другими авторами, занимавшимися протеиновой терапией язв и контролировавших наличие скрытых кровотечений в кале (Pribram, Holler, Grote, Friedrich, Шаверин и другие).

Что касается влияния инъекций протеинов на кислотность желудочного сока, то из вышеприведенной таблицы видно, что в громадном большинстве случаев кислотность эта понизилась; лишь в 2 случаях она осталась без изменений и в 3 повысилась. Сравнивая полученные нами результаты с дан-

ными других авторов, мы можем скорее присоединиться к тем (Pribram, Holler), которые указывают на понижающее кислотность влияние инъекций протеинов. Следует, впрочем, оговориться, что разница в результатах у различных авторов могла зависеть от неодинаковой методики исследования: в то время, как наши исследования, как и исследования Pribram'a и Holler'a, производились при помощи толстого зонда, — Kalk и Шаверин, определяя кислотность тонким зондом, не находили изменения в кислотности после инъекций протеинов.

Рентгеновская картина после лечения обычно указывала на улучшение моторной функции (более быстрое опорожнение желудка от бариевой каши). Здесь следует заметить, что обычно при язвах желудка моторная функция бывает не изменена (Schlesinger), но наблюдаются и нарушения ее—в случаях пилорических и дуоденальных язв, сопряженных с сужением привратника или 12-перстной кишки. Из наших 9 случаев, в которых до лечения моторная функция была понижена, в 5 она возвратилась к норме; в 4, где она осталась без изменения, имели место язвы привратника и 12-перстной кишки с обильным количеством сращений. Такого рода улучшение моторной функции желудка отмечается даже теми авторами, которые не получали хороших результатов от протеиновой терапии, напр., Friedrichom; этот автор предполагает, что под влиянием инъекций протеинов, благодаря их обезблеивающему действию, происходит выведение желудочной мускулатуры из состояния депрессии, в котором она находится под влиянием болей. Нам, однако, думается, что скорее правы Pribram и Grote, считающие улучшение моторной функции следствием спазмолитического действия инъекций.

Изменения в весе, отмеченные в таблице, не являются доказательными, ибо одни из наших больных получали добавочную пищу из дому, тогда как другие находились исключительно на больничном рационе (около 1,400 кал. в течение первой недели, около 1,800—в течение второй и около 3,000—в течение третьей). Если мы вспомним, что парентеральное введение белков повышает обмен веществ, то те 10 случаев, где мы, несмотря на хорошее питание больных при постельном их содержании, все же получили убыль в весе, могут быть вполне объяснены.

С целью выяснения не только непосредственных но и отдаленных результатов лечения, большинство больных оставалось под нашим наблюдением и впоследствии, по сие время. К сожалению, срок наших наблюдений в настоящее время еще сравнительно невелик, а потому мы и воздерживаемся от каких-либо окончательных выводов в этом отношении. Ограничимся проведением лишь голых цифровых данных относительно как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения (см. таблицу II).

При сопоставлении полученных нами данных с теми неудовлетворительными или сомнительными результатами, которые получали некоторые другие авторы, занимавшиеся протеиновой терапией язв желудка и 12-перстной кишки (Kalk, Ehrmann, Richter, Koelman, Friedrich), естественно возникает вопрос: чем можно было бы объяснить такое несоответствие при одном и том же методе лечения? Причина здесь, повидимому, заключается с одной стороны

в дозировке инъецируемых протеинов, с другой—в неравноценности материала, подвергавшегося лечению.

Т А Б Л И Ц А II.

Повторно исследовано	С п у с т я м е с я ц е в											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	26	25	20	16	15	11	7	7	5	5	5	5
Выписались без жалоб 21 (67,7%) . . . . .	20	20	16	14	13	9	6	5	4	4	4	4
Рецидивов 3 . . . . .	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Выписались с улучше- нием 7 (22,6%) . . . . .	5	4	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Выписались без перемен 3 (9,7%) . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Касаясь первой причины, приходится сказать несколько слов о теоретических обоснованиях протеиновой терапии. Согласно закону Arndt-Schultz'a малые и умеренные дозы протеинов возбуждают жизнедеятельность клеток, большие парализуют ее, а очень малые дозы не оказывают никакого влияния. Принимая во внимание, что каждый больной индивидуально реагирует на равное количество парэнтерально введенного белка, следует строго индивидуализировать каждый отдельный случай и учитывать то обстоятельство, что доза, являющаяся умеренной для одного, может оказаться малой или большой для другого. Значение имеет также способ введения,—внутримышечный или внутривенный: в первом случае требуется значительно большая доза, нежели во втором.

Исходя из вышеприведенных соображений, можно думать, что причина разницы в результатах заключается в способе дозировки протеинов, и, вероятно, прав Vuzello, думающий, что успех протеиновой терапии заключается в умении рассчитывать количество вводимого белка, которое, с одной стороны, должно быть достаточным, чтобы раздражать больные ткани, с другой—ненастолько велико, чтобы их парализовать. Принимая во внимание то обстоятельство, что больные ткани реагируют сильнее и на меньшие дозы, нежели здоровые, наиболее целесообразным следует считать такую дозировку, которая при ясно выраженной очаговой реакции давала бы лишь незначительную общую.

В отношении подвергавшегося лечению материала мы проследили зависимость результатов лечения от длительности заболевания, предшествовавшего хирургического вмешательства, локализации язвы, наличия срощений и возраста.

Длительность заболевания имеет, повидимому, большое значение в успехе протеиновой терапии язвы. Нижеприводимая таблица III дает наглядное представление о зависимости результатов лечения от продолжительности заболевания: в то время, как процент выздоровлений в случаях не запущенных равен почти 100, в случаях, где заболевание существовало многие годы, это процент значительно понижается.

Т А Б Л И Ц А III.

Продолжительность заболевания	Колич. случаев	Выписались после лечения			Рецидив
		Без жалоб	С улучшен.	Без перемен	
До 2 лет . . . . .	17	16	1	—	—
От 2 до 5 лет . . . . .	5	3	1	1	—
Свыше 5 лет . . . . .	9	2	5	2	3

Мы могли, далее, установить (таблица IV) зависимость результатов от предшествовавшего хирургического вмешательства, — в том смысле, что после него протеиновая терапия является почти безрезультатной. В этом отношении наши данные совпадают с результатами Pribram'a, также отмечавшего эту зависимость, и совершенно расходятся с наблюдениями Perutz'a описывающего 7 случаев язвы, леченных протеинами после применения хирургического вмешательства с прекрасным результатом.

Т А Б Л И Ц А IV.

Результаты лечения	Количество случаев	Выписались после лечения		
		Без жалоб	С улучшен.	Без перемен
Без предшествовавш. хирургического вмешат. . . . .	27	21	6	—
После предшествовавш. хирург. вмешат. . . . .	4	—	1	3

Какой либо связи между результатом лечения и локализацией язвы, наличием сращений, или возрастом, подметить нам не удалось.

Из наблюдавшихся во время применения протеиновой терапии осложнений следует указать на один случай, где в анамнезе имелось заболевание малярией и объективно — увеличенная селезенка: в этом случае инъекциями молока мы провоцировали малярию, ликвидировавши впоследствии

ее приступы хинином. В другом случае мы получили скрытую кровь там, где ее до лечения не было. В отношении активирования старых tbc очагов мы опыта не имеем, так как, руководствуясь литературными данными, что tbc является противопоказанием к применению протеиновой терапии, мы тщательно исследовали легкие больных и отказывались от инъекций в тех случаях, где было подозрение на tbc.

Наши наблюдения ненастоятько многочисленны и продолжительны, чтобы делать окончательные заключения по данному вопросу. Все же и на основании их можно сделать кое-какие выводы. Эти выводы сводятся к следующему:

1) Протеиновая терапия язв желудка и 12-перстной кишки является не только локальной, но отчасти и каузальной, принимая во внимание ее отношение к вегетативной нервной системе.

2) Протеиновую терапию следует применять в неосложненных случаях язв, прежде чем перейти к хирургическому пособию.

3) Противопоказаниями к ее применению являются: tbc, хронически-кровоточащие язвы, наличие близкой к перфорации язвы.

4) Протеиновая терапия, являясь совершенно безопасной и не уступающая по своим результатам хирургическим методам лечения, имеет перед последними преимущество в смысле отсутствия последующих осложнений и риска операции.

5) Протеиновая терапия значительно превосходит по быстроте эффекта другие терапевтические методы лечения язв.

6) Протеиновая терапия способствует заживлению язвы, что клинически выражается исчезновением крови в кале.

7) Протеиновая терапия обычно понижает кислотность желудочного сока, как в случаях с hyperaciditas, так и в случаях с hypaciditas.

8) Моторная функция желудка под влиянием лечения протеинами улучшается.

9) Протеиновая терапия дает лучшие результаты в свежих случаях — до 2 лет.

10) Терапия эга, будучи применена после хирургического вмешательства, дает плохие результаты.

11) Локализация язвы и наличие сращений не влияют на результаты протеиновой терапии.

12) Возраст больных значения здесь также не имеет.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Klin. W., 1923 № 46.—2) M. Kl., 1922, № 36.—3) W. kl. W., 1921, № 19.—4) M. m. W., 1925, № 11.—5) Новое в медицине, сборн. № 3.—6) Практ. Мед. март.—7) M. m. W., 1924, № 13.—8) M. m. W., 1924, № 5.—9) M. m. W., 1924, № 46.—10) M. m. W., 1924, № 18.—11) Kl. W., 1923, № 29.—12) D. m. W., 1923, № 8.—13) D. m. W., 1924, № 24.—14) Златогоров. Протеиновая терапия.—15) D. m. W., 1923, № 34.—16) Kl. W., 1924, № 23.—17) M. m. W., 1923, № 52.—18) Presse méd., 1924, № 92.—19) Журн. для усов. врачей. 1924, № 2.—20) Научн. Медиц. Журн., 1923, № 2.—21) Kl. W., 1923, № 27.—

- 22) Врач. Дело, 1923, № 21.—23) D. m. W., 1924, № 46.—24) D. m. W., 1924, № 47.—25) D. m. W., 1924, № 48.—26) Prakt. Мед., 1925, № 4.—27) M. m. W., 1923, № 14.—28) Вест. Хър. и Погр. Обл. т. IV, № 10—11.—29) Kl. W., 1923, № 33.—30) M. m. W., 1923, № 27.—31) M. Kl., 1923, № 26.—32) Bier, Braun, Kümme l. Chir. Operationslehre.—33) Boas Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.—34) Schlesinger. Die Röntgendiagnostik der Magen und Darmkrankheiten.—35) D. m. W., 1925, № 4.
- 

D-r D. A. Grossmann (Odessa). Zur Proteintherapie des Ulcus ventriculi et duodeni.

Nachdem Verfasser die Proteintherapie in Form von intramuskulären Milchinjektionen in 14 Fällen von Ulcus ventriculi und in 7 Fällen von Ulcus duodeni erprobt hatte, kam er zum Schlusse, dass 1) diese Therapie nicht nur eine lokale, sondern zum Teil auch eine causale ist, wenn man ihre Beziehung zum vegetativen Nervensystem annimmt; 2) sollte man in nicht complicierten Fällen von Ulcus diese Therapie anwenden, bevor man sich zur chirurgischen Behandlung wendet; 3) als Gegenanzeigen ihrer Anwendung erscheinen Tbc, chronische blutende Ulcera, drohende Perforation; 4) in den Erfolgen der chirurgischen Behandlungsmethode nicht nachstehend und ganz ungefährlich hat die Proteintherapie den Vorzug der Complicationslosigkeit und der Freiheit vom Risiko der Operation; 5) nach der Schnelligkeit des Effektes beurteilt übertrifft sie andere therapeutische Behandlungsmethoden des Ulcus; 6) die Proteintherapie befördert die Heilung des Ulcus was klinisch im Verschwinden des Blutes im Stuhle seinen Ausdruck findet; 7) die Acidität des Magensaftes wird dabei gewöhnlich herabgesetzt; 8) die motorische Funktion des Magens verbessert sich unter dem Einfluss der Behandlung mit Proteinen; 9) diese Therapie gibt bessere Erfolge in frischen Fällen (bis 2 J.); 10) bei Anwendung nach chirurgischen Eingriffen gibt sie schlechte Erfolge; 11) die Lokalisation des Ulcus und die Anwesenheit von Verwachsungen haben auf den Erfolg der Proteintherapie keinen Einfluss; 12) ebenso hat auch das Alter der Kranken hier keine Bedeutung.

---



Посвящается дорогому учителю В. С. Груздеву ко дню 35-летия его научно-учебной деятельности.

## Риванол в хирургии \*).

Проф. А. Т. Лидского (Астрахань).

Тринадцать лет тому назад в клинике проф. В. С. Груздева, под его руководством, мною была проделана работа \*\*) по одному из крупнейших вопросов современной асептики, а именно, проведена сравнительная оценка наиболее употребительных методов дезинфекции рук. При этой работе мне, конечно, пришлось ознакомиться с учением об асептике и антисептике во всем его объеме, а попутно пришлось и углубиться в вопросы хирургической инфекции вообще. В то время задачи асептики и лечения ран казались ясными. Они были навеяны и заданы еще Bergmann'ом, Schimmelbusch'ем и др. К тому времени вполне сформировался тот взгляд, что никакими химическими веществами нельзя без значительного вреда для тканей создать обстановку, свободную от микробов, и что центр тяжести нужно перенести на физические методы очистки всего, что приходит в соприкосновение с раневой поверхностью, т. е. восторжествовала асептика, чему в высокой степени способствовало учение Koch'a, во второй половине 80-х годов, о действии сухого жара и пара на микроорганизмы. К этому времени твердо установился взгляд на вредное действие каких-бы то ни было антисептических веществ на ткани, в смысле понижения их стойкости по отношению к инфекции, депрессии в борьбе с последней и т. д. Сам Lister заявил, что „antiseptica при своем непосредственном воздействии на ткани являются злом“. Изучение воспаления вызвало целый ряд требований к тканям, как активнейшим участникам в борьбе с инфекцией. Отсюда „принцип бережного, чрезвычайно осторожного обращения с поверхностью зараженной раны должен глубоко внедриться в сознание хирурга, должен проникнуть в сферу его внесознательных рефлексов“, говорят Н. Н. Петров. Под этой бережливостью подразумевается не только воздержание от механического разминания или раздавливания тканей, но и бережливое, в биологическом смысле, отношение к каждой клетке. Не только смерти, но и тканевого stupor'a, нарушения функции или коллоидального состояния клетки нужно избегать, во что-бы то ни стало. Отдельная клетка и ткань в целом должны встретить инфекцию в полном здравии и вооружении. Отсюда полное исключение каких-бы то ни было antiseptica из обихода хирурга,—чистая асептика!

Но жизнь показала, что, несмотря на тысячи барьеров, которые мы устраиваем на пути проникновения инфекции в рану, все же добиться полного амикоза последней мы не смогли до сих пор, не сумеем, вероятно, и в будущем. С течением времени выявилось, что нестолько ко-

\*) Доложено в заседании Астраханского О-ва Теор. и Клин. Медицины, организованном в честь 35-летия научно-учебной деятельности проф. В. С. Груздева.

\*\*) Сборник работ по акушерству и гинекологии, посвященный проф. В. С. Груздеву в 25-ие его врачебно-научной деятельности. Ленинград, 1917.

личество, сколько качество микроба, его вирулентность, играет главную роль. Отсюда, если чистой асептикой мы могли еще довольствоваться при наносимых нами операционных ранах, то довольствоваться ею при лечении травматических ран мы сейчас уже не можем. Да собственно и не было в медицине такого периода, со времени *Lister'a*, когда по отношению к этим ранам проводилась бы чистая асептика: очень ядовитая карболовая кислота была вскоре заменена сулемой, потом появился иодоформ и т. д.

Война застала нас в периоде разработки данных, касающихся биологии ран и их флоры. Выяснилось, какие микробы легче прививаются, какие для этого необходимы условия, выяснилась роль вирулентности, инкубация и т. д. Попутно появились работы, указывавшие на то, что некоторые *antisepctica* не обязательно убивают ткани, приходя с ними в соприкосновение, а наоборот, вызывают в них такие столь благодетельные в деле борьбы с инфекцией процессы, как гиперэмия, фагоцитоз и т. п. Выяснилось также, что старое пожелание „смерть микробам при сохранении жизни тканей“, пожалуй, выполнимо. Начали намечаться и соответствующие вещества, как, напр., предложенный *Sut'er'o'm* перувианский балзам, или слабые водные растворы йода. Однако все это были опыты, оказавшиеся удачными на простых ранах, наносимых экспериментальным животным. В клинике, при том огромном разнообразии ран, с которым мы здесь встречаемся, все эти средства не оправдали себя. Но значение этих исканий все же было огромно: ими выявлены принцип индивидуализации подхода к ране и новая классификация, если можно так выразиться, лечебных мер в зависимости „от давности ранения, характера локализации и свойства раны“.

Война это подтвердила: учение *Bergmann'a* именно здесь, на фронте, не оправдало себя. Одной асептики оказалось слишком мало для успешного ведения *всех* ран. Начали прибегать все чаще и чаще к механической очистке ран, удалению инородных тел, ключьев ткани, иссечению ран по *Friedrich'u*, а затем уже явилась и химическая очистка,—сначала в виде применения *trae jodi*, затем жидкости *Cargel-Dakin'a*. Наконец, появляется учение о глубокой антисептике, выдвинутое в 1918 г. *Klapp'o'm*, и заключающееся в том, что можно, вводя антисептические вещества в толщу тканей, предохранить их от инфекции, т. е. сделать их стойкими по отношению к попавшей в толщу их инфекции, не дать последней развиться. Иными словами, предложена была активная профилактика инфекции. Это стало возможным лишь благодаря тому, что химики Германии, во главе с патологом *Morgenroth'o'm*, во время войны лихорадочно заработали над созданием новых антисептических веществ и дали сначала триафлавин и вуцин, а затем уже риванол—вещества, которые будто-бы не вредят тканям, но действуют сильно бактерицидно даже в белковой среде и почти избирательно—на гноеродных микробов.

Несравненно лучшие результаты, полученные хирургами различных стран, участвовавших в войне, от применения того или иного метода антисептического ведения ран, заставили во многом вновь вернуться во взглядах к переходному периоду от *Lister'a* к *Bergmann'u*. Антисептика из парии превратилась в могучий метод борьбы с инфекцией в первые часы ее попадания в рану. Но под нее теперь подведен новый фундамент, научно, экспериментально обоснованный изучением биологии

раны, законов заживления ее и детальнейшим знакомством с теми местными процессами, которые разыгрываются в инфицированной ране в разные периоды ее существования.

И русские врачи не остались в стороне от этого нового направления в лечении ран. Правда, мы примкнули к нему несколько позже, чем другие, но это объясняется той неблагоустроенностью, порой даже хаосом, который царил у нас на передовых линиях во время боя. У нас не было таких „санитарных крепостей“, какие были у наших противников, или у англичан и французов, куда раненый попадал через  $1\frac{1}{2}$ —1 час после ранения, и где врачи могли применять профилактический метод ведения раны.

Уже одно слово „активное вмешательство“ в лечение раны в первые часы зазвучало для нас, молодых работников госпиталей, ересью, ибо мы были воспитаны на совершенно других принципах. И когда, в 1916 г., я был переброшен из передовой линии в Одессу, я помню впечатление, которое произвели на меня французские журналы, ставшие для меня здесь доступными, где настоятельно рекомендовалась химическая очистка и пр. При старом способе нужно было только наблюдать больного и рану, ибо последняя „является тем очагом, куда внезапно перемещается весь центр тяжести жизненных опасностей для всего организма“ (Н. Н. Петров). При новом методе нужно было активно действовать. „Легче что-нибудь делать, чем ничего не делать“. Пущен был в ход Саггел-Дакіновский раствор, прекрасная, но к сожалению, почти забытая жидкость Сапезко и др. На первых же порах результаты получились значительно лучшие, чем до сих пор. Революция оторвала нас, русских врачей, на время от разработки этих методов активного ведения раны с первых часов, и мы вновь вернулись к этому вопросу с первыми, дошедшими до нас, иностранскими литературными источниками в 1921—22 гг.

За это время данный вопрос успел значительно развиться под влиянием целого ряда работ, по преимуществу немецких врачей. Тот пыл, с которым были встречены новые антисептические вещества, несколько улегся, и, как всегда в подобных случаях, выявились более или менее определенные показания и противопоказания к применению главным образом риванола, на котором остановились в последние годы, благодаря наименьшему вреду, причиняемому этим препаратом при соприкосновении с ним.

Приведу здесь кратко литературные данные относительно области применения этого препарата в хирургии и способа пользования им.

C. Brunner, один из виднейших современных знатоков в вопросе заживления ран, считает риванол отнюдь небезразличным по отношению к тканям. Но, во всяком случае, его вредное действие ненастолько значительно, чтобы отказаться от него. „Лучше пусть погибнет ткань в разрезе раны, чем микробы—смертельные враги—останутся живыми“. Автор этот считает риванол хорошим профилактическим средством против инфекции, но советует пользоваться крепкими (1:400) растворами его.

Schünemann, Ritter, Rosenstein и др. полагают, что повреждающее действие риванола на ткани настолько ничтожно, что его можно и не принимать в расчет. Но все же, несмотря на многочисленные благоприятные отзывы о незначительном повреждающем действии риванола на ткани, применение его в виде внутритканевых впрыскиваний в окружности свежей раны является вопросом открытым, и большинство

хирургов, пользующиеся риванолом, применяют растворы его лишь для промывания раневых полостей, протирания ран перед зашиванием и т. д.

Особенную славу приобрел риванол в применении его при лечении острогнойных воспалений суставов. Правда, противники риванола указывают на то обстоятельство, что еще раньше, пользуясь методом *Pauga* (промывание суставов фенол-камфорой), хирурги получали нехудшие результаты, и что вообще „*Nöhlendesinfektion ist nicht Gewebstiefdesinfektion*“, как говорит *Brunner*. Однако почти все авторы указывают на благотворное влияние риванола именно при острогнойных заболеваниях суставов, когда после 2—4 промываний процесс в суставе заканчивается, и функция сустава восстанавливается до нормы. На это указывают *Siebrecht, Fischer, Klapp, Beck*, приводящий свои 15 случаев, все с отличными результатами, и мн. др. авторы.

*Katzenstein* и *Schultz* особенно подчеркивают благотворное влияние риванола на брюшину. Благодаря риванолу, значительно улучшаются, по этим авторам, результаты запоздалого вмешательства при гнойных процессах в брюшной полости. Результаты здесь настолько хороши, что авторы предлагают смело оперировать, напр., во всех стадиях аппендицита.

*Mühsam* пользовался риванолом в 38 случаях перитонита различного происхождения, причем в 28 случаях получил выздоровление.

*Rosenstein* провел 13 случаев эмпием, получив при этом очень благоприятные результаты. В последних 3 случаях не пришлось даже прибегать ни к резекции ребра, ни к плевротомии. После нескольких промываний экссудат делался стерильным, и наступало слипание обоих листков плевры. По *Fischer*'у особенно благоприятны результаты лечения риванолом гнойных плевритов, вызванных стрептококком.

И в урологии накопилось немало наблюдений о благоприятном действии риванола при лечении паранефритов и простатитов, напр., у *Rapp'a*, а также циститов, в частности туберкулезного характера, — после нескольких промываний риванолом моча делалась чистой, и исчезали тенезмы, на что указывают *Perlmann, Joseph, Knosch* и др.

Особенно благоприятным является действие риванола при ведении наших „асептических“ операционных ран. В этом отношении почти все высказывавшиеся на с'ездах, в заседаниях хирургических обществ Германии и пр., где поднимался вопрос о ценности риванола, были единодушны. Промывание раны риванолом в последний момент перед наложением кожных швов гарантирует больного от последующего нагноения, — таковы наблюдения *Berszenyi, Rosenstein'a, Schünemann'a, Loetana'a* и др. Последний, на основании двухлетнего опыта, прямо говорит, что с тех пор, как он стал применять риванол, он спит много спокойнее, не опасаясь за асептику; теперь он не применяет перчаток при асептических операциях.

Особо стоит вопрос о применении риванола при сепсисе в виде внутривенных вливаний. Здесь, как можно судить по литературе, риванол бессилен. Так, напр., по матерьялу *Mühsam'a* в 11 случаях сепсиса было лишь 3 случая выздоровления. По *Ritter*'у в начальных стадиях общей моноинфекции можно еще иногда добиться от риванола благоприятных результатов, но и только.

На кровь риванол оказывает несколько своеобразное действие. По *Philipp*'у, из клиники покойного *Wim'a*, при вливаниях довольно

значительных количеств риванола (0,5) наблюдается уже вскоре уменьшение количества микробов в крови,—число их падает до 70—80%: однако уже спустя несколько часов количество микробов вновь быстро возрастает. По Schünemannу, Siebrechtу, Н. Н. Петрову и др. уже при внутримышечном вливании риванола появляется лейкоцитоз, держащийся несколько дней.

Размеры статьи совершенно не позволяют мне привести здесь всю массу литературных данных относительно применения риванола. Я не имею возможности останавливаться и на теоретическом обосновании действия этого средства, а также на экспериментальных данных и результатах применения его при роже, аденитах, маститах и т. д. Ограничивая вышесказанным свой краткий обзор, перехожу к собственным наблюдениям.

В заведомых мной хирургических отделениях \*) риванол начали применять во второй половине октября 1925 г. и до июня тек. года провели, в общей сложности, 146 грыжесечений и 50 аппендэктомий, пользуясь риванолом, как профилактическим средством. Всех же асептических операций под риванолом за это время было проведено гораздо больше,—около 350; я, однако, остановлюсь лишь на грыжесечениях и аппендэктомиях, чтобы иметь возможность сравнить полученные результаты с результатами „дориванолового периода“, опубликованными мною в „Казанском Медицинском Журнале“ за 1925 г., № 2. Из этой статьи видно, что при грыжесечениях мы имели раньше 8,3% нагноений, при аппендэктомиях—18%,—это на матерьяле в 204 грыжесечения и 54 аппендэктомии. Пользуясь риванолом, мы, работая совершенно в тех же условиях (если не считать, что матерьял на этот раз был взят из двух больниц), не получили ни одного нагноения.

По больницам наш матерьял распределялся таким образом:

Городская больница: грыжесечений—95, аппендэктомий—41.

Больница водников: „ 51 „ 9.

Вначале риванол применялся нами не при всех операциях данного рода. Так, при аппендэктомиях мы им не пользовались в первое время, ибо предыдущий наш опыт давал очень незначительный % нагноения при этой операции.

Когда, однако, 2 случая аппендэктомии, где риванол не применялся, нагноились, дав надапоневротический абсцесс, то мы прибегли к методу „Rettung der Prima“, как его называет Block,—в рубце пуповчатым зондом было проделано небольшое отверстие, через которое удален гной, а полость промыта риванолом с оставлением части его, после чего отверстие было заклеено коллодием. Эту манипуляцию мы повторили через 2 дня, после чего рана зажила. В тех случаях, где мы имели нагнаивающиеся глубокие швы, оставшиеся „в наследство“ от дориванолового периода, мы также помощью тупоконечной канюли вводили риванол в свищи, причем получали быстрое его заживление. Затем мы стали применять риванол и при асептических операциях.

Техника применения его при этих последних очень проста: после наложения ряда швов маленькой салфеткой, смоченной в растворе риванола 1:1000 (этим раствором, обязательно свежеприготовленным, мы исключительно пользуемся) протирается вся линия швов. Перед закрытием раны края ее вновь протираются очень нежно марлей, обильно

\*) Центральной Городской больницы им. Астр. Пролетариата и Центральной больницы водников им. З. П. Соловьева.

смоченной риванолом, с тем расчетом, чтобы после замыкания краев раны в полости ее осталась-бы часть раствора. Затем накладывается обычная коллоидная повязка.

Заливать рану риванолом или пользоваться более крепкими растворами его я избегаю, учитывая некоторые указания в литературе на вредное действие его на почки. Так, по Mühsam'y и Hillean'y после внутривенных вливаний этого препарата уже через 2—3 часа в моче находили гиалиновые и зернистые цилиндры. Картина нефроза наблюдалась иногда в течение 3—4 дней. В одном случае наступила смерть от уремии. Патолого-анатомические данные при исследовании почек после отравления риванолом напоминают картину при сулемовом отравлении. Впрочем при нашем осторожном отношении к этому средству каких-либо симптомов раздражения почек наблюдать не приходилось.

Я воздерживаюсь от описания целого ряда случаев применения риванола, напр., случаев эмпиемы коленного сустава, гнойного плеврита, цистита и пр., в виду их малочисленности. Но все же считаю нелишним упомянуть, что и здесь нами были получены очень интересные и утешительные результаты. Так, два случая стрептококкового гонита были излечены одними промываниями риванола после предварительного отсасывания гноя, причем у обоих больных удалось получить почти полное восстановление функции сустава.

Приведенные данные применения риванола при наших асептических операциях дают, мне кажется, право выставить положение о ценности этого препарата. Этим я вовсе не хочу сказать, что, пользуясь риванолом, мы имеем право ослабить наше внимание по отношению к мероприятиям по созданию асептических условий для оперирования в наших больницах и клиниках: так же строго, как и раньше, мы проводим их и в настоящее время. Но, пользуясь риванолом, мы получаем еще лучшие результаты. Более широкое и более длительное изучение вопроса на еще большем числе случаев,—в особенности грыжесечений, этого „пробного камня асептики“—„Prufstein der Asepsis“, как говорит P a u r, —подтвердит, я думаю, первое наше впечатление и даст нам право высказаться более определенно о ценности риванола, как профилактического средства при наших асептических операциях.

---

Главные источники: C. Brunner. Die Entwicklungsphasen... der Wundbehandlung in der letzten 50 Jahren. — Klapp. Technik der Wundbehandlung.—Н. Н. Петров. Лечение инфицированных ран, изд. III, и др.

---

Prof. A. T. Lid sky (Astrachan). Rivanol in der Chirurgie. Verfasser wandte das Rivanol bei 350 aseptischen Operationen an unter welchen 146 Herniotomien und 50 Appendektomien waren, und blieb mit den erhaltenen Erfolgen sehr zufrieden; Eiterungen, welche früher bei diesen Operationen vorkamen (in 8,3% der Herniotomien und 1,8% der Appendektomien), waren jetzt vollkommen verschwunden. Das Rivanol wurde vom Verfasser in 10/100-iger Lösung angewendet; mittels in dieser Lösung getränkter Gaze wurden die Bänder der Wunde abgerieben. Gute Erfolge hatte Verfasser mit dem Rivanol auch in inficirten Fällen z. B. beim Empyem des Kniegelenkes, bei eitrigen Pleuritiden u. a.

---

# Попытка образования примедиастинального искусственного пнеймоторакса.

В. А. Равич-Щербо (Воронеж).

Всякому, кто имел дело с искусственным пнеймотораксом, известно, какую огромную роль при этом играют плевральные сращения между висцеральной и костальной плеврой. Чтобы убедиться в этом, стоит лишь раскрыть обычное руководство, например, монографию Штернберга или Рубеля. От плевральных сращений зависят детали конфигурации спавшегося легкого; благодаря им, мы получаем иногда такую счастливую комбинацию, как элективный пнеймоторакс, рационально сжимающий только больные участки легкого, не уменьшая здоровой дыхательной поверхности; благодаря этим же спайкам, газовый пузырь может расположиться так, что спадаются только здоровые отделы легких, что сводит на нет терапевтический эффект искусственного пнеймоторакса. Нередки, наконец, случаи, когда введение газа в полость плевры совершенно не удается вследствие полного сращения висцеральной плевры с костальной.

Во всех этих случаях мы обычно считаемся с наличием сращений только между костальной и висцеральной плеврой, мало учитывая сращения диафрагмальной и тем более медиастинальной плевры. Наличие диафрагмальных сращений приходится в большинстве случаев точно диагностировать уже после наложения искусственного пнеймоторакса, когда рентгеноскопия дает нам более или менее ясные контуры газового пузыря. Что же касается сращений в медиастинальной плевре, то они почти не изучены, как явление, не имеющее практического значения. Между тем в большинстве случаев при искусственном пнеймотораксе мы наблюдаем прижатие спавшегося легкого к средостению, в сравнительно более редких случаях — проникновение к средостению газового пузыря. Нет сомнения, что первый тип газового пузыря обуславливается частыми сращениями медиастинальной плевры, не позволяющими проникновения газового пузыря в этом направлении. В тех же случаях, когда медиастинальная плевра оказывается свободной от сращений, мы наблюдаем скопление газа и у средостения, выше и ниже ворот легкого. Разумеется, возможны случаи, когда, при наличии распространенных сращений костальной плевры, диафрагмальная и медиастинальная плевры могут оказаться свободными от сращений. Описываемый ниже случай является подтверждением данного взгляда.

Больная Р., 18 лет, обратилась в апреле 1925 г. по поводу установленного уже ранее тbc легких. Наследственное отягощение тbc (мать умерла от тbc). Считает себя больной 3-й месяц, причем последние 6 недель лежит в постели. Температура за последний месяц колеблется в пределах 37,8°—40,5°, в мокроте бациллы Косха и эластические волокна.

Больная среднего роста, хорошего телосложения, хорошо упитанная, довольно бодрая, несмотря на высокую t°, во время которой производится осмотр. При

перкуссии, притупление справа в надключичной области, распространяющееся спереди до III ребра, а сзади почти до нижнего угла лопатки; слева приглушение над ключицей и сужение K r ö n i g'овского поля; подвижность нижних краев правого легкого ограничена. При аускультации бронхиальный выдох и средне-пузырчатые хрипы над правой ключицей и под ней; на уровне II ребра и второго межреберья—амфорическое дыхание; сзади над лопаточной остью бронхиальное дыхание, у середины лопатки—мелко-и среднепузырчатые хрипы; слева—жесткое дыхание над ключицей и *sp. scapulae*. Пульс 96 в минуту, среднего наполнения и напряжения. Сердце и брюшные органы уклонений от нормы не представляют.

20/IV 1925 г. у больной была сделана попытка наложения правостороннего пнеймоторакса,—сделан прокол по *lin. axillaris med. dext.*, в IV межреберье; колебаний манометра получить, однако, не удалось, и сделан второй прокол между *lin. mammillaris dext.* и *lin. axillaris anter.* в V межреберье, давший колебания манометра  $\frac{-2}{-1}$ . Введено 30 к. с. воздуха, после чего давление возросло до  $\frac{+4}{+5}$ , а после

введения 50 к. с. воздуха—до  $\frac{+9}{+11}$ . Сильная болезненность; дальнейшее введение воздуха приостановлено. 23/IV снова введено 40 к. с. воздуха через прокол в том же месте; давление после введения  $\frac{+7}{+8}$ , болезненность менее значительная, нежели раньше. В дальнейшем мы с промежутками в 3 дня еще 3 раза пытались вводить воздух, но более 50 к. с. ввести не удавалось, и изменений в состоянии больной не наступило.

Принимая во внимание, что нижние границы правого легкого были несколько подвижны, мы решили попробовать ввести газ в синус в надежде, что оттуда воздух распространится дальше. Наиболее хорошая подвижность нижней границы была по *lin. axillaris post.*, в десятом межреберье. 15/V произведен прокол в указанном месте; игла введена на глубину  $2\frac{1}{2}$  см. от поверхности кожи, давление манометра  $\frac{-4}{-2}$ ; введено 400 куб. см. воздуха; окончательное давление  $\frac{-1}{-0}$ .

18/V введено 400 к.с. воздуха, давление  $\frac{-2}{-0}$  . . .  $\frac{+4}{+3}$ . После введения 300 к.с. давление приняло извращенный тип (понижение на выдохе и повышение на вдохе). В дальнейшем мы без затруднения вводили воздух в этом месте и всякий раз, по достижении давления до +3, получали извращенный тип колебания манометра.

При выслушивании легких оказалось: почти все аускультативные данные имеются налицо, но прослушиваются со значительно меньшей интенсивностью; в частности, амфорическое дыхание неясное, в нижних отделах правого легкого—ослабленное дыхание. Сердце сместилось влево на 2— $2\frac{1}{2}$  сант. Рентгеноскопия показала, что газ распространился над диафрагмой и у средостения над и под *hylus*ом легкого. *Lingula* легкого срощена с синусом.

С 21/V  $t^0$  у больной быстро пошла на понижение, после 28/V стала колебаться от  $36,4^0$  до  $37,2^0$ , не выше. Мокроты стало значительно меньше, кашель ослабел, больная поднялась с постели, совершает большие прогулки. Таким образом, при хорошем общем состоянии больной, пнеймоторакс продолжался до октября 1925 г.

10/X было обнаружено, что у больной имеется небольшой экссудат в полости плевры, появившийся без всяких субъективных ощущений и без повышения  $t^0$ ; при проколе иглой для наложения пнеймоторакса получить колебаний манометра не удалось; после того с 20/X было замечено и нарастающее повышение  $t^0$ , достигшее к 5/XI  $38,9^0$ . Кашель и выделение мокроты резко усилились. При рентгеноскопии был обнаружен небольшой остаток воздуха в медиастинально-диафрагмальном углу. Ничтожное количество жидкости. Принимая во внимание несколько неудачных попыток ввести газ в полость плевры и нарастающую  $t^0$  при ухудшении общего состояния больной, была рекомендована торакопластика, от которой больная, однако, отказалась.

16/XI экссудат рассосался. Удалось ввести 600 к. с. воздуха через прокол на прежнем месте. Давление  $\frac{-4}{-2}$  . . .  $\frac{-1\frac{1}{2}}{+1}$ .

19/XI снова введено 700 к. с. воздуха. В дальнейшем вдувания производились беспрепятственно.  $T^0$  быстро установилась в пределах  $36,5^0$ — $37,3^0$ , кашель



стих, мокрота перестала отделяться. Пнеймоторакс продолжается до настоящего времени. Общее состояние больной и самочувствие удовлетворительны.  $t^0$  36,2—37,2°. При объективном исследовании: мелкопузырчатые хрипы над и под ключицей, нерезкий амфорический оттенок, исчезающий непосредственно после вдувания, на уровне II ребра справа, неясная крепитация сзади у середины лопатки, в прочих отделах правого легкого несколько ослабленное дыхание. При рентгеноскопии—газовый пузырь занял то же положение, что и раньше.

Больная до настоящего времени находится под нашим наблюдением, сохраняя вполне удовлетворительное общее состояние, при колебаниях  $t^0$  в пределах от 36,4° до 37,2°. Мокроты немного—не более 5—10 куб. сант. в сутки. В мокроте бациллы Косл'а.

Из особенностей данного случая мы должны остановить внимание на следующих моментах: 1) на несоответствии между общим терапевтическим эффектом и местными (очаговыми) физикальными явлениями после наложения искусственного пнеймоторакса и 2) на необычном расположении газового пузыря.

Нам не удалось здесь добиться совершенного коллапса верхней доли правого легкого, в котором мы попрежнему выслушиваем и хрипы, и амфору, хотя и несколько более слабые, нежели до наложения пнеймоторакса. При всем том мы считаем себя вправе утверждать, что терапевтический эффект от искусственного пнеймоторакса в данном случае был очень значительный.— $t^0$  с 40° упала до субфебрильных цифр, больная встала с постели и превратилась в довольно трудоспособного человека. Не подлежит сомнению, что именно наложение пнеймоторакса обусловило здесь этот терапевтический эффект, а не случайное совпадение спонтанного улучшения со времени этого наложения, ибо в тот период, когда по техническим обстоятельствам (экссудат в полости плевры) наложение пнеймоторакса нам не удалось (период с 10/X по 19/XI 25 г.), и газовый пузырь рассосался, у больной снова повысилась  $t^0$ , и возобновились почти исчезнувшие было явления общей интоксикации; при возобновлении же пнеймоторакса мы снова наблюдали улучшение в состоянии больной.

Обычно мы приписываем понижение  $tbc$  интоксикации под влиянием пнеймотерапии сужению мельчайших лимфатических сосудов, берущих начало от воспаленного участка легких. В данном случае едва-ли мы имели этот феномен: аускультативные данные слишком демонстративно указывали, что ни каверна, ни прилегающая к ней зона воспаленной легочной ткани не подверглись сжатию. Повидимому, в нашем случае резкое понижение общей интоксикации было результатом сужения притока довольно крупных лимфатических сосудов, расположенных, быть может, близ *hulus'a* легкого или в самом *hulus'e*. Мы склонны думать, что не только в данном случае, но и во многих других случаях искусственного пнеймоторакса по существу наблюдается подобное же изменение лимфообращения.

После этого случая мы остановили свое внимание на других благоприятно протекавших случаях искусственного пнеймоторакса, учитывая по преимуществу рентгеноскопические данные, и эти наблюдения показали нам, что в целом ряде случаев мы имели наличие плевральных срощений, которые, безусловно, являлись непреодолимым препятствием к коллапсу области воспаленного очага, а между тем клиническое течение этих случаев оказалось весьма благоприятным. Особенно часто подобные явления приходилось нам наблюдать при верхушечных срощениях (7 случаев), реже в других случаях (1 случай каверны в нижней доле левого

легкого, 1 случай очага в верхней доле правого легкого); тем не менее и в этих случаях мы имели вполне удовлетворительный результат от пнеймоторакса.

Возвращаясь, далее, к больной Р., история болезни которой изложена выше, заметим, что в данном случае факт благоприятного действия от полученного примедиастинального газового пузыря для нас был очевиден, и это обстоятельство навело нас на мысль о необходимости при всяком неудавшемся пнеймотораксе, как *ultimum refugium*, делать попытку вводить газ к средостению. При этом возможны 2 пути: или подойти к средостению сзади, около позвоночника, или спереди—у края грудины. Что касается прокола сзади, то он по существу применяется нередко и особых трудностей, кроме необходимости проходить через значительную толщину мышц, не представляет. Нас больше занимала мысль о подходе к средостенному межплевральному пространству спереди из тех соображений, что здесь уже а priori меньше шансов ожидать плевральных сращений, так как, во-первых, дыхательные экскурсии передней поверхности грудной клетки гораздо значительнее, чем задней, а потому и возможность образования сращений меньше; во-вторых, благодаря близости сердца эта область получает постоянные ритмические сотрясения, которые также являются механическим препятствием для образования спаек.

Правда, близость сердца и больших сосудов, заложенных в средостении, заставляет отнестись к этому подходу весьма осторожно. Необходимо учесть также очень небольшую толщину межреберий в этом месте. С другой стороны необходимо иметь в виду и то обстоятельство, что передне-внутренний край легкого, за исключением сердечной вырезки левого легкого, прикрыт грудиной приблизительно на 1 см. Кроме того, в каждом данном случае, под влиянием сращений и сморщивающего фиброзного процесса в легких, средостение вместе с заложенными в нем сосудами может смещаться в ту или в другую сторону. Таким образом прокол в этой области требует, во избежание повреждения сосудов, большой осторожности. В силу этих соображений мы перед каждой попыткой образования примедиастинального газового пузыря предварительно тщательно исследуем рентгеном топографические соотношения между грудиной и сосудами, зарисовываем проекцию сосудов на груди и лишь после этого приступаем к операции, причем, как правило, строго следим за тем, что при проколе игла погружалась не более  $1\frac{1}{2}$  см.

С сентября 1925 г. мы сделали, таким образом, пять попыток образования примедиастинального пнеймоторакса, через прокол у края грудины, из которых, однако, лишь одна увенчалась успехом. Во всех 4 неудавшихся случаях мы наблюдали следующий феномен: при погружении иглы, при проколе, на  $\frac{1}{2}$ —1 см.,—что, повидимому, соответствовало проколу париетальной плевры,—мы довольно ясно ущущали иглою ритмические толчки, соответствующие сердечной пульсации. Это происходило оттого, что вследствие наличия сращений между висцеральной и медиастинальной плеврой сокращения сердца и сосудов передавались на легочную ткань. Манометр аппарата при этом колебаний не показывал, несмотря на повзгорную прочистку иглы мандрином и небольшие (в пределах  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  сантим.) перемещения конца иглы. Вынув иглу после прокола, мы имели возможность убедиться, что просвет канала ее свободен.

Остановимся вкратце на описании успешного случая образования примедиастального пнеймоторакса.

Б-й П., 27 лет, болен года 2, наследственность не отягощена, в анамнезе рецидивирующий сухой плеврит. Т° до 37,7°. в мокроте бациллы К о s h'a. Диагностирован фибро-экссудативный тbc верхней доли правого легкого, значительные спращения. Девять проколов в разных местах правой половины грудной клетки с целью наложения искусственного пнеймоторакса цели не достигли. 12/1 1926 г. с той же целью сделан прокол в III межреберье справа на  $\frac{1}{2}$  см. от правого края грудины; игла введена под углом в 45° кнутри, на глубине между 1 и 1 $\frac{1}{2}$  см.; манометр дал колебания  $\frac{-7}{-2}$  (водяного столба), причем ритмических толчков на игле, подобных тем, которые мы ощущали при наличии медиастинальных спаек, заметно не было. Введено 200 к. см. воздуха. Окончательное давление  $\frac{-3}{-1}$ . В дальнейшем больному производились повторные инсуффляции от 150 до 200 к. см. воздуха с промежутками сначала в 3—4, а потом в 6—7 дней. 20/1. при рентгеноскопии обнаружен газовый пузырь у средостения, по преимуществу выше hylus'a; нижняя часть пузыря распространялась кзади, образуя довольно значительное скопление воздуха над задней поверхностью правого купола диафрагмы. Дальнейшие вдувания производились уже сзади, несколько кнутри от лопаточной линии, в IX межреберье. При аускультации дыхание резко ослаблено повсюду, кроме подмышечной области, где оно несколько обострено. После третьего вдувания т° у больного нормальная, мокроты и кашля почти нет, 2-III бацилл К о s h'a в мокроте не обнаружено.

На основании описанных двух случаев мы полагаем, что никогда не следует считать невозможным наложение искусственного пнеймоторакса, не испытав возможности образования газового пузыря у средостения и у диафрагмы. Мы, правда, не склонны думать, что эти попытки достаточно часто приведут к желательным результатам, но все же известный % удачных случаев здесь возможен. Из наших 6 случаев в 2-х, т. е. в трети, эта попытка дала желаемые результаты. Дальнейшие наблюдения должны показать, насколько близка эта цифра к действительной. Во всяком случае, каким-бы малым не оказался % удачных случаев, пренебрегать этой возможностью, по нашему убеждению, не следует.

---

D-r W. A. R a w i t s c h - S t s c h e r b o (Woronesch). Versuch einen nebenmediastinalen künstlichen Pneumotorax zu bilden.

Auf Grund persönlicher Erfahrung ist Verfasser der Meinung das man niemals die Anlegung eines künstlichen Pneumotorax für unmöglich halten soll bevor man eine Gasblase am Mediastinum und am Zwerchfell zu bilden versucht hat. Diese Versuche führen wohl nicht immer zum Ziel doch gibt es dabei eine gewisse Zahl von Erfolgen. Verfasser erreichte das Ziel zweimal in 6 Fällen.

---

Из Госпитальной Хирургической клиники (директор проф. А. В. Вишнеvский) и Патолого-Анатомического института (завед. проф. И. П. Васильев) Казанского Гос. Университета.

## К вопросу о псевдомиксомах брюшной полости аппендикулярного происхождения \*).

Ординатора **М. П. Жакова.**

Сущность заболевания, известного в настоящее время под названием ложного слизевика брюшины (pseudomyxoma peritonei), состоит в характерных патолого-анатомических изменениях брюшины, появляющихся вследствие поступления в последнюю содержимого ложно-слизистых кистом после разрыва их стенки. Впервые это было установлено в 1884 году Werthom для овариальных кистом, и долгое время такая этиология считалась единственно возможной, а заболевание—свойственным только жевцам. В 1901 году Fraenkel описал такое же заболевание у мужчины и установил новую этиологию псевдомиксомы,—из лопнувших ретенционных кист червеобразного отростка, что было подтверждено наблюдениями многих исследователей. В дальнейшем сделались известными единичные случаи псевдомиксом еще более редкого происхождения: из энтерокистомы (Roegner), из кисты мочевого протока (Stangel), из эмбриональных остатков пупочно-желточного протока (Schildhaus). Имеются сообщения о нахождении этого заболевания при одновременном существовании овариальной кистомы и кисты червеобразного отростка (Кривский, Горизонтов, Rathe, Ries и др.), причем некоторые авторы (Meyer, Bondy, Fraenkel) считают последнюю причиной не только псевдомиксомы брюшины, но и овариальной кистомы, что совершенно не согласуется с общепринятым взглядом большинства авторов.

Псевдомиксомы овариального происхождения не являются большой редкостью; возникшие же из кист червеобразного отростка представляют далеко нечастое заболевание: в литературе известно всего около 40—50 подобных случаев, из которых на долю русских авторов приходится 6—8 (Винтелер, Пикин, Леонтьев, Спасокукоцкая), почему мы считаем нелишним сообщить о наблюдавшихся нами в Госпитальной Хирургической клинике трех случаях псевдомиксомы брюшины аппендикулярного происхождения, одна из которых является совершенно необычным по величине и особенностям локализации опухолью.

Благодаря исследованиям многих авторов, вопрос о псевдомиксомах аппендикулярного происхождения в настоящее время нужно считать более или менее выясненным. Возникновению заболевания предшествует ряд процессов, последовательность которых представляется в следующем виде: чаще всего в результате воспаления или других причин происходит

\*) Доклад в О-ве Врачей при Казанском Университете 14/V 1925 г.

облитерация просвета отростка на ограниченном месте; если эпителий дистального конца сохранил способность продуцировать слизь, то из замкнутой части отростка образуется ретенционная слизистая киста, которая, достигая различных размеров, может истончиться и лопнуть, и тогда содержимое ее, часто вместе с жизнеспособным эпителием, начинает поступать в брюшную полость, где и ведет к возникновению псевдомиксомы. Картина болезни может быть различной в зависимости от места перфорации кисты и количества слизи: если последняя в большом количестве попадает в свободную брюшную полость и разносится движением кишек, — образуется общая псевдомиксома брюшины (редко имеющая аппендикулярное происхождение); если же слизи немного, и она попадает в брюшинные сращения вокруг отростка или между листками его брыжейки, — развивается местная псевдомиксома отростка (наиболее частая форма аппендикулярной псевдомиксомы). Попав в брюшную полость, слизь сначала лежит свободно в виде желатинозных масс, причем, являясь инородным телом, в дальнейшем вызывает хронический продуктивный перитонит, проявляющийся развитием соединительной ткани, цуги которой постепенно окутывают и прорастают слизистые массы и ведут к образованию сращений между органами брюшной полости. Благодаря непрерывному поступанию слизи и организации ее соединительной тканью, в результате этих процессов в брюшной полости образуются соединительно-тканые опухоли кистовидного строения, различной величины — от небольших бляшек до объемистых узлов перламутрового цвета, иногда принимающих форму гроздей. Опухоли бывают разбросаны по пристеночной и висцеральной брюшине, локализуясь чаще всего в окружности слепой кишки, на сальнике и в сращениях между петель кишек. Часть слизи и в этой стадии болезни находится в свободном виде.

Более тщательное микроскопическое исследование псевдомиксомы, кроме картины организации слизи соединительной тканью, обнаружило еще другой, весьма интересный, факт в патолого-анатомическом процессе заболевания. Многие авторы находили среди слизи и на внутренней стороне стенок кист тяжи из цилиндрических и кубических эпителиальных клеток. Некоторые считали их за измененный брюшинный эндотелий, принявший цилиндрическую форму (Trotter, Hueter), другие (Merckel, Obendorfer, Comolle, Ries, Lejars), не допуская возможности подобного метаморфоза, принимают эти клетки за эпителий отростка, вышедший из кисты последнего вместе со слизью, имплантировавшийся на новом месте и не потерявший жизнеспособности. Присутствие среди него бокаловидных клеток, продуцирующих слизь, подтверждает это мнение, т. к. трудно представить себе переход брюшинного эндотелия в бокаловидные клетки. Таким образом заболевание патолого-анатомически характеризуется реакцией брюшины на инородное тело и имплантацией кишечного эпителия, причем не обнаруживает ни деструктивного, ни инфилтративного роста, локализуясь только в брюшной полости, чем и объясняется доброкачественность клинического течения его, даже при очень значительных изменениях брюшины, а также возможность радикальной операции при условии удаления первоисточника заболевания. При оперативном лечении, по Спасокукоцкой, до 1916 г. не наблюдалось ни одного рецидива, чем псевдомиксома аппендикулярного происхождения отличается от овариальной, вызывающей более обширные

изменения в брюшной полости и часто дающей рецидивы после операций. В последнее время опубликованы, впрочем, два случая рецидива после оперативного лечения псевдомиксома аппендикулярного происхождения— Спасокукоцкой и Michaelson'a.

Клинически аппендикулярная псевдомиксома протекает то под видом опухоли брюшной полости (редко) или рецидивирующего аппендицита, чаще же всего совершенно скрытно, являясь случайной находкой при операции или вскрытии; подавляющее большинство описанных случаев было обнаружено именно таким путем. При дифференциальном диагнозе нужно исключить слизистый рак брюшины, множественную кистовидную лимфангиому и эндотелиому, что не всегда удается даже при операции, и достигается только путем микроскопического исследования.

Предпослав эти краткие данные о разбираемом заболевании, перейдем к описанию наблюдавшихся нами случаев.

И. В. К., 49 лет, крестьянка, поступила в клинику 27/XI 1924 г. с жалобами на опухоль живота. Больная сообщила, что опухоль эту заметила около 1½ лет тому назад в левой подвздошной области; сначала она была величиной с яйцо и легко подвижна, потом постепенно стала увеличиваться, не причиняя, однако, больной особенных расстройств, кроме незначительных тупых болей в животе, не имевших определенной локализации и не связанных ни с физиологическими отправлениями, ни с внешними моментами. К. имела 10 беременностей, кончившихся в срок; menses у ней прекратились года 2. Кроме тифа в 1922 году, никаких заболеваний не отмечает; тиф сильно ослабил больную, что сказывается и в настоящее время.

Объективно найдено следующее: сложение правильное, подкожно-жировой слой развит слабо, имеется нерезкая анемия; органы дыхания и кровообращения в пределах нормы; моча без уклонений. Живот увеличен, отвисает; стенки его дряблы, имеется расхождение прямых мышц живота на ширину ладони; в этом месте особенно отчетливо прощупывается внутри часть плоской, твердой, мелкобугристой опухоли, прилегающей непосредственно к передней брюшной стенке. Вся опухоль занимает пространство от лобка до середины расстояния между пупком и грудиной; боковые ее границы определяются на боковых стенках брюшной полости. Границы резко обозначены, а опухоль легко подвижна и не связана ни с органами малого таза, ни с органами верхнего этажа брюшной полости. При перкуссии в последней определяется свободная жидкость, а над опухолью всюду получается тупой звук. Гинекологическое исследование показало, что матка подвижна и с опухолью не связана. Таким образом опухоль на подобие щита закрывала брюшную полость спереди и с боков, не позволяя произвести более глубокого ее обследования. Предположена опухоль большого сальника (рак?)

1/XII операция (д-р С. М. Алексеев) под хлороформным наркозом. Через разрез, проведенный по средней линии от лобка до верхней границы опухоли, последняя, оказавшаяся перерожденным сальником, с трудом вывихнута. Из брюшной полости выделено при этом около литра прозрачной желтой жидкости с желатинозными массами. Верхняя часть опухоли задней поверхностью оказалась спаянной с передней стенкой поперечной кишки, остальные части опухоли были свободны. По отделении кишки от опухоли и удалении последней явилась возможность обследовать брюшную полость, причем оказалось, что кишки и другие органы свободны от срощений, на париетальной же брюшине, кишках, передней стенке желудка и задней поверхности матки обнаружены единичные, плотно сидящие на брюшине, круглые образования (бляшки) перламутрового цвета величиной до волошского ореха; такие же образования находились на краях сальника, в виде гроздей, и свободно плавали в асцитической жидкости. Матка и яичники уклонений от нормы не представляли. Слепая кишка, окутанная срощениями и желатинозными массами, была плотно припаяна к подлежащим тканям, червеобразный отросток фиксирован к соесум; на конце его находилось кистовидное вздутие величиной со сливу; другое кистовидное образование, величиной с куриное яйцо, находившееся, повидимому, в брыжейке отростка, наполовину было прикрыто нижним концом соесы и также спаяно с подлежащими тканями. Попытка удаления обеих кист, вследствие их неподвижности, не увенчалась успехом, а от резек-

ции слепой кишки, в виду слабости больной, решено было воздержаться. Швы. Послеоперационное течение без осложнений, отмечалась лишь общая слабость. 27/XII больная выписалась из клиники.

Удаленная опухоль большого сальника \*) состоит из 2 неровных долей почти прямоугольной формы, с закругленными краями, плоска, мелко-бугриста, хрящевой консистенции, по краям имеет гроздевидные образования, состоящие из шариков беловатого цвета, величиной в кедровый или волошский орех; размеры опухоли 36—38 X 18—20 X 3—1½ сантиметра. На разрезе опухоль обнаруживает мелко-кистовидное строение; кисты наполнены слизью; такое же строение имеют шарики гроздей и свободные образования, найденные в жидкости.

Микроскопическому исследованию были подвергнуты около 10 кусочков опухоли, гроздевидных ее краев и свободных образований (заливка в параффин, окраска по v. Gieson'y, гематоксилин-эозином и Toluidinblau). Всюду найдена одна и та же картина: основой опухоли является соединительная ткань, образующая наполненные слизью полости различных размеров; местами последние невелики, с толстыми, мощными соединительнотканными стенками, местами же, наоборот, полости велики и ограничены тонкими и нежными прослойками соединительной ткани, дающей отростки в слизь внутрь полостей; в общем более нежное строение имеют гроздевидные части опухоли,—очевидно, имеющие более позднее происхождение. В некоторых полостях внутренняя сторона их стенок выстлана высоким цилиндрическим, однослойным эпителием с овальными ядрами у основания клеток; кое-где попадаются бокаловидные клетки, наполненные слизью. Местами же на ограниченных участках стенок некоторых полостей эпителий обнаруживает особенно интенсивный рост; расположение клеток теряет форму правильного обода вдоль стенки кисты, эпителий в этих местах разрастается в виде длинных складок с основанием у стенки, идущих внутрь полостей. Клетки, образующие эти складки, находятся в стадии усиленной продукции слизи, так как среди них встречается огромное количество бокаловидных клеток, а соседние участки полостей сплошь наполнены каплями слизи. Вообще картина этих участков напоминает строение желез в стенке червеобразного отростка (склонность клеток к свойственному им типичному росту?).

Таким образом, сопоставляя данные анамнеза, объективного исследования, операции и микроскопического изучения препаратов, мы можем с несомненностью установить, что в описанном случае мы имели псевдомиксому аппендикулярного происхождения. Доброкачественное клиническое течение (почти полное отсутствие жалоб у больной), отсутствие деструктивного и инфильтрирующего роста опухоли (несмотря на тесную связь ее с поперечной кишкой, не было ни стеноза, ни сращений с соседними органами), наконец, микроскопические картины—подтверждают наше предположение о характере опухоли, а нормальное состояние яичников и наличие кистовидных образований отростка и его брыжейки дают указания на исходный пункт заболевания.

Но в описанном нами случае, кроме типичных черт, имеются некоторые особенности, необычные как вообще для общей псевдомиксомы брюшины, так, в частности, для псевдомиксомы аппендикулярного происхождения. Необычным является, во-первых, полное отсутствие сращений кишек и других органов, каковые сращения всегда наблюдаются при разлитых псевдомиксомах, во-вторых,—изолированное, почти исключительное поражение сальника, в-третьих,—величина самой опухоли, совершенно несвойственная заболеванию при аппендикулярном происхождении. При попытке найти подходящее объяснение этим особенностям, припоминаются некоторые свойства большого сальника по отношению к посторонним телам, попавшим в брюшную полость,—свойства, благодаря которым сальник получил название охранителя порядка в последней.

\*) Препарат хранится в Патолого-Анатомическом музее Казанского Университета.

Взвесь туши, угля или висмута, будучи впрыснута в брюшную полость животным, через некоторое время поглощается сальником, при недоразвитии же последнего распространяется по всей полости (опыты Muscatello и др.); то же самое наблюдали Безредка и Оппель при опытах с микробами; инородные тела, вводимые в полость живота с целью эксперимента, инкапсулируются тканью сальника (Renzi, Шерман). Клиника также подтверждает это,—при операциях неоднократно находили в сальнике инородные тела, тем или иным путем попавшие в брюшную полость (цит. по Цветаеву).

То же самое явление происходило, по нашему мнению, и в описанном нами случае; слизь, поступавшая из кисты отростка в брюшную полость небольшими количествами, вся поглощалась сальником, обладавшим, очевидно, большой жизненной энергией, и только, когда вся его ткань была уже использована для этой цели, слизь и эпителий, продолжавшие поступать в полость брюшины, перестали захватываться им и начали инкапсулироваться в других местах брюшины. В начале этого периода и была произведена операция. Такое толкование объясняет все особенности нашего случая, подобного которому нам не удалось найти в доступной литературе.

Два другие случая местной псевдомиксомы брыжейки червеобразного отростка, наблюдавшиеся в нашей клинике, не представляя исключительного интереса, все же, в виду редкости заболевания, заслуживают хотя краткого описания.

II. Больной К., 34 лет, поступил в клинику 4/IX 1924 г., через 2 месяца после 4-го приступа аппендицита средней тяжести. Об'ективно в ileo-coecal'ной области у него прощупывался толстый тяж, принятый за отросток. 12/IX операция (проф. А. В. Вишнеvский)—аппендэктомии с обычным косым разрезом. Отросток оказался окутанным спайками, по разделении которых обнаружены две кисты—отростка и его брыжейки; обе кисты удалены вместе с отростком. Брюшная полость не обследована. Послеоперационное течение гладкое, и на 14-й день больной выписался из клиники.

Макроскопический препарат был получен нами разрезанным и частью использованным для исследований. Он представляет из себя ретенционную кисту отростка со значительно утолщенными стенками; облитерация просвета имела место на расстоянии 1 сант. от основания; киста была величиной 5×2 сант. В брыжейке, ближе к основанию отростка, находилась другая киста, связанная с первой, величиной с волошский орех. Обе кисты наполнены слизью. При микроскопическом исследовании оказалось: стенка растянутого отростка утолщена за счет мышечного слоя; слизистая, железы и подслизистая ткань были хорошо выражены, незначительно гипертрофированы. Стенка кисты брыжейки состояла из соединительной ткани, дававшей многочисленные отростки в слизистые массы, а кое-где образовавшей полости различной величины; словом, имелась картина организации слизи. Кишечного эпителия не было найдено; места перфорации также обнаружить не удалось.

III. Больная Я., 31 года, поступила в клинику через 6 месяцев после 2-го приступа аппендицита средней тяжести. Об'ективно отмечалась незначительная болезненность при пальпации, и прощупывался тяжик в области слепой кишки. 16/II 1925 г. операция аппендэктомии (проф. А. В. Вишнеvский). Отросток найден в спайках, которыми он был притянут к слепой кишке, в центральной трети он был перегнут под прямым углом, а в дистальной части кистовидно вздут; в брыжейке просвечивали небольшие скопления слизи. Удаленный отросток был длиной в 5½ сант., в месте перегиба облитерирован, дистальные 2/3 его заняты кистой в виде боба, наполненной слизью, прорвавшейся в брыжейку. При микроскопическом исследовании оказалось, что просвет отростка расширен, наполнен слизью; эпителий местами сохранен, с бокаловидными клетками; стенка отростка неравномерной толщины, значительной на свободном крае и постепенно убывающей



к брыжеечному краю, истончаясь у последнего до толщины волоска (место перфорации в срезе не попало); в этом месте снаружи, между листками брыжейки, непосредственно прилегая к отростку, находились слизистые массы в стадии организации их соединительной тканью; эпителия в слизи не было найдено.

Таким образом в обоих последних случаях мы имеем местную псевдомиксому отростка в различных стадиях развития. Случаи эти наглядно иллюстрируют последовательность процессов, ведущих к образованию общей псевдомиксомы брыжины: приступы аппендицита, облитерацию просвета, образование ретенционной кисты отростка, перфорацию ее в брыжейку, как место наименьшего сопротивления, накопление и организацию слизи в последней вплоть до образования другой кисты в брыжейке. Процесс может на этом и остановиться, но не исключается возможность и дальнейшего развития заболевания, — новой перфорации одной из кист в свободную брюшную полость и развития общей псевдомиксомы, как это и было в первом из наших случаев.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Винтлер. Дисс., 1909, Харьков.—2) Леонтьев. Русс. Врач, 1913, № 37.—3) Горизонтов. Сборн. в честь 25-летия проф. В. С. Груздева. 1917.—4) Цветаев. Нов. Хир. Арх., 1923, т. III, кн. 3.—5) Спасокукоцкая. Ibid., 1924, т. V, кн. 3.—6) Эйгер. Дисс., СПб, 1900.—7) Comolle. Frankf. Ztschr. f. Path., 1916, XXXII.—8) Schildhaus. Virch. Arch., 1923, Bd. 244.—9) Ries. Surg., gynec. and obst., 1924, vol XXXIX, № 5.—10) Elbe. Beitr. z. klin. Chir., 1909, Bd. LXIV.

---

D-r M. P. Schakoff (Kasan). Ueber Pseudomyxom der Bauchhöhle appendikularer Herkunft.

Den Kern dieser Arbeit bildeten 3 vom Verfasser untersuchte Fälle, von denen in einem ein Pseudomyxoma peritonei appendikulärer Herkunft sich fand, in 2 anderen ein lokales Pseudomyxom des Mesenterium processus vermicularis. Der erste Fall stellte einige Besonderheiten dar, welche für Pseudomyxom des Peritoneums und speziell für Pseudomyxom appendikulärer Herkunft ungewöhnlich sind und zwar: 1) volle Freiheit von Verwachsungen der Darmschlingen und anderer Organe, 2) isoliertes, fast ausschliessliches Befallensein des Omentum majus vom Pseudomyxom, 3) sehr bedeutende Grösse der pseudomyxomatösen Netzgeschwulst.

## К вопросу об удалении крупных инородных тел из пищевода.

Врача П. Ф. Гусева.

21/V 1925 г., в 5 ч. утра, в больницу была доставлена больная Р., 35 л., которая во сне проглотила зубной протез. Больная доставлена в довольно тяжелом состоянии, с затруднением дыхания, она с трудом говорит, жалуется на боли в горле и шее и на невозможность глотать. Вставивши роторасширитель и произведя исследование пальцем, я кончиком указательного пальца достиг до инородного тела, которое от края зубов было на расстоянии 16—17 сант., причем ясно ощущались зубы. Не было сомнения, что имеется зубная пластинка, плотно вколотившаяся в просвет пищевода. Ни исследования рентгеном, ни эзофагоскопии я произвести в это время не имел возможности, так как электрическая станция больницы работает только вечером и ночью, и, чтобы применить эзофагоскоп, пришлось бы ждать вечера, а состояние больной не позволяло выжидать, да и надобности особой в эзофагоскопии и исследовании рентгеном в этом случае не было. Диагноз был ясен, а относительно лечения в тех случаях, где пальцем можно добраться до инородного тела, показано извлечение его через рот, если даже тело и лежит глубоко, как это было в случае Riedel'я<sup>1)</sup>. Имея это в виду, я по пальцу ввел крепкие изогнутые щипцы Fгаенкеля с длинными браншами; захватив ими пластинку, довольно плотно внедрившуюся в стенки пищевода, раскачал её поворотами в стороны и, хотя и не без труда, извлек. При этом показалось некоторое количество крови. Пластинка с двумя зубами держалась на двух крючках, длина ее равнялась 4,5 сант., ширина—3,5 сант. Один небольшой кусочек ее с краю оказался отломанным; по слову больной, он был отломан раньше. По извлечении пластинки состояние больной резко изменилось к лучшему, и она была отпущена домой. Каких-либо неблагоприятных последствий у нее не наблюдалось, но она была так напугана этим случаем, что протезом более не пользуется уже больше полугода, не думает вставлять его и после.

Зубные протезы среди инородных тел пищевода встречаются нередко: Диллоном<sup>2)</sup> на 13 случаев было извлечено три протеза, у Венгловского<sup>3)</sup> на 54 случая извлечения инородных тел пищевода удален один протез, по Березнеговскому<sup>4)</sup> из 256 случаев на искусственные протезы падают 104. Можно думать, что в дальнейшем, с развитием зубной техники, хирургам еще чаще придется иметь дело с удалением, тем или другим путем, зубных протезов, а потому вопрос о помощи таким больным представляет значительный практический интерес.

Протезы проглатываются чаще всего ночью, но могут, конечно, проглатываться и во время припадков, обмороков, наркоза и пр. Часто при этом бывает необходима экстренная помощь, хотя описаны случаи, где протезы оставались долгое время в пищеводе; так, в случае Соhп'a<sup>5)</sup> нечаянно проглоченная искусственная челюсть оставалась в пищеводе

1) Bruns-Mikulicz-Bergmann, руков., т. II, стр. 453.

2) Нов. Хир. Арх., 1923, № 9.

3) Прив. по Диллону.

4) Прив. по Михалкину, Нов. Хир. Арх., 1925, № 27.

5) Прив. по Морозовой, Хир. Арх. Вельяминова, 1914, кн. I, стр. 43.

около 4 лет. Leenox Brown, Le Roy и Mc. Lean удалили искусственные зубы через  $3\frac{1}{2}$ , 7 resp. 12 лет<sup>1)</sup>. Эти случаи доказывают, что инородное тело может лежать годы в пищеводе, не причиняя никаких затруднений при глотании. С другой стороны описаны случаи, где уже с самого начала наступали тяжелые явления, как то было у моей больной, или впоследствии появились тяжелые осложнения. Осложнения эти могут быть очень разнообразны: некрозы гортани и трахеи от давления, флегмоны подслизистой соединительной ткани, кровотечения — иногда обильные и даже смертельные, плевриты, медиастиниты и пр.

В виду серьезности разбираемого заболевания, хирург в каждом отдельном случае должен выбрать соответствующие приемы распознавания и лечения.

Прежде всего, выслушав заявление больного, что им проглочено инородное тело, необходимо убедиться, что это действительно так, — что инородное тело в самом деле имеется, а затем установить, какое это инородное тело и где оно находится. Иногда ранение пищевода дает повод больным говорить, что у них в пищеводе имеется инородное тело, причем больные нередко ошибочно указывают и на место нахождения его. Недаром один из старых немецких авторов писал, что в случае заявления больного, что им проглочен зубной протез, необходимо сначала убедиться, что протеза нет под диваном. Дело в том, что проглоченное инородное тело, если оно даже и не застряло в пищеводе, может причинить повреждение стенок последнего, которое оставляет у больного, часто на много дней, ощущение как-бы сидящего в пищеводе предмета. Затем, при некоторых страданиях пищевода, — стенозах, неврозах и пр., — у больных иной раз бывает ощущение, как будто у них в пищеводе имеется инородное тело. Во всяком случае к таким заявлениям нужно относиться с большою осторожностью.

Из методов объективного исследования такие приемы для диагностирования инородных тел в пищеводе, как проглатывание воды или кусочка хлеба, не имеют, по Диллону<sup>2)</sup>, положительного значения, и ими одними нельзя ограничиваться при столь серьезном заболевании. Более важное значение имеют здесь эзофагоскопия и исследование рентгеном, но они не всегда могут быть применены; так, в моем случае их нельзя было применить, хотя в моем распоряжении имеются и эзофагоскоп, и рентгеновский аппарат. Что касается зондирования, то оно мне кажется действительным и полезным, по крайней мере в некоторых случаях, и при осторожном его применении не таким уж опасным, как его считает Диллон. Я думаю, что опасность здесь не больше, чем при зондировании пищевода при раке его. Между тем при этом последнем заболевании зонд зачастую применяется не только для целей диагностики, но и для терапевтических целей. Так, в клинике Mayo<sup>3)</sup> из 154 больных с раком пищевода только 11 было подвергнуто операции, а у 125 применялось расширение оливами (зонд Plummer'a), причем улучшение после расширения продолжалось 6—8 недель, а жили больные, леченные бу-жированием, в среднем около 5 месяцев. Если зондирование при раке пищевода является, т. о. не очень опасным, то еще меньше опасность его

<sup>1)</sup> Руков. Bruns-Mikulicz-Bergmann'a, т. II, стр. 441.

<sup>2)</sup> О. с.

<sup>3)</sup> Нов. Хир. Арх., 1925, № 26.

при инородных телах пищевода—при условии, конечно, осторожного применения зонда.

Против чего я хотел-бы предостеречь при зондировании,—это против употребления зондов Troussseau старого образца из китового уса, так как подобный зонд легко может сломаться. что в моей практике и было однажды в 1907 году, когда ни рентгена, ни эзофагоскопа в моем распоряжении не было.

Зондирование производилось мною по поводу инородного тела (медная монета в одну копейку) у ребенка 8 л.; ребенок очень беспокоился; монета находилась в нижней части пищевода и зондом была протолкнута в желудок; при обратном вынимании зонда, последний сломался, и при повторном исследовании другим зондом ни монеты, ни оливо в пищеводе не оказалось. Два дня я беспокоился за больного, несмотря на то, что он чувствовал себя хорошо, а на третий день *per vias naturales* вышли и монета, и олива (костяная олива среднего размера и на ней частичка китового уса длиной около 5 сант. с острыми краями в месте отлома).

Я считаю нелишним сделать это указание, так как зонд из китового уса, повидимому, и теперь еще употребляется, по крайней мере он значится в каталогах Швабе, Шаплыгина и др., а на хирургов может повлиять совет Köpиг'a иметь в хирургическом наборе, в числе инструментов, „зонд из китового уса со слоновьей или металлической пуговкой“<sup>1)</sup>.

Излишне говорить, что зондирование и крепким металлическим зондом должно производиться осторожно, и что в некоторых случаях зонд может пройти мимо инородного тела, в особенности если последнее плотно прилегает к стенке пищевода; в последних случаях зондирование не только не достигнет цели, но и может ввести в заблуждение.

В одном случае я, при зондировании, не мог определить медной пятикопеечной монеты, которая находилась ниже надгортанника и плотно прилегала к задней стенке пищевода. Этого ошибочного диагноза я долго не мог простить себе—тем более, что случай этот имел место не на первых годах моей практики; хорошее самочувствие больного, возможность для него глотать не только воду, но и пищу,—немало способствовали ошибочному диагнозу, хотя больной и уверял, что пятак его проглочен. Рентгена и эзофагоскопа тогда в больнице не было.

Этот случай научил меня быть осторожным с диагнозом инородных тел пищевода и в сомнительных случаях применять все возможные способы исследования, из которых на первом плане стоят, повторяю, рентген

эзофагоскоп. При эзофагоскопии можно глазом видеть инородное тело, определить его величину, форму, расположение и пр. и под руководством глаза же извлечь его.

Признавая эзофагоскопию очень полезной, а при глубоко расположенных, особенно больших, инородных телах—крайне необходимой, я думаю, однако, что в тех случаях, где инородное тело удается прощупать пальцем, возможно обойтись и без эзофагоскопа. Это бывает в тех случаях, где инородное тело расположено ближе, чем на 20 сант. от края зубов,—тогда его можно извлечь и без эзофагоскопа с помощью изогнутых щипцов с длинными, крепкими браншами.

В некоторых случаях может оказаться полезным, при извлечении больших инородных тел пищевода, и монетоизвлекатель. Мне в практике встретился случай, где была проглочена и извлечена из пищевода именно

<sup>1)</sup> Ручов. част. хир., т. I, стр. 751.

этим инструментом говяжья кость, по величине и форме несколько напоминающая собой зубной протез.

В 1917 году в амбулаторию Ветлужской больницы явилась 6-ная Е., 20 л., с жалобой на то, что проглотила кость. Состояние больной было удовлетворительное, затруднение дыхания неособенно большое, глотать 6-ая не могла. При осторожном зондировании, в 17—18 сант. от края зубов было прощупано инородное тело. Введенным затем монетоизвлекателем без особых затруднений была извлечена кость длиной 4,3 сант. и шириною в 3,2 сант., несколько изогнутая по ребру, с острыми краями. Монетоизвлекателем довольно легко удалось захватить и извлечь ее потому, что кость была довольно толстая и крепкая, притом узким концом она была обращена кверху, а широким—книзу, и за нижний конец удобно было завести крючек монетоизвлекателя.

Полной аналогии между костью и зубным протезом, конечно, проводить нельзя: зубной протез имеет более гладкие стенки, более хрупок, и на нем более острых частей, которыми он внедряется в стенки пищевода. В некоторых случаях, однако, и при зубных протезах в пищеводе можно сделать попытку извлекать их монетоизвлекателем.

При глубоко расположенных в пищеводе зубных протезах или других инородных телах необходимо пользоваться, повторяю, эзофагоскопом, но и при эзофагоскопии не всегда удается их захватить и извлечь. В отчете Хирургического отделения больницы имени Бабухина в Москве за 1924 год <sup>1)</sup> приводятся четыре случая эзофагоскопии, причем в двух из них, где инородными телами были искусственные зубы, тело извлечено не было, проскочило в желудок и вышло *per vias naturales*, а в двух других (мягкая кость и монета) было извлечено. Первые два случая отчета показывают, что и при эзофагоскопии можно не извлечь зубного протеза, а только протолкнуть его в желудок,—это во-первых, а во-вторых, что даже такие инородные тела, как зубные протезы, могут, попавши в желудок, выйти без особо вредных последствий наружу. Что же касается мелких монет, то они обыкновенно даже у детей проходят без вреда через желудочно-кишечный канал, почему в случае нахождения их в нижней части пищевода и возможно проталкивать их в желудок.

Относительно зубных протезов нужно, впрочем, признать, что их нужно тем или другим путем стараться извлечь из пищевода, а не проталкивать в желудок, так как такие инородные тела с острыми краями, как зубные протезы, могут и не пройти через желудочно-кишечный канал. Во всяком случае, проходя через желудок и кишки, они могут причинить травму, которая может иметь весьма серьезные последствия. Да и самое проталкивание их в желудок опасно, так как, при попытках протолкнуть зубной протез из пищевода в желудок, может произойти разрыв пищевода, как это и было однажды в случае *Sym'e'a* <sup>2)</sup>. Особенно же важно, конечно, предупреждать попадание зубных протезов в пищевод, и потому нельзя не присоединиться к тем авторам, которые настаивают, чтобы зубные врачи и зубные техники возможно более прочно укрепляли зубные пластинки в полости рта.

<sup>1)</sup> Новая Хирургия, 1925, № 3.

<sup>2)</sup> Прив. по Михалкину, Нов. Хир. Арх., 1925, № 27.

D-r P. F. Gussew (Wetluga, Gouv. Nischny-Nowgorod). Zur Technik der Entfernung grosser Fremdkörper aus der Speiseröhre.

Verfasser gibt zu, dass das beste Verfahren, um Fremdkörper aus der Speiseröhre zu entfernen, die Entfernung unter der Kontrolle des Auges mit Hilfe des Oesophagoskop ist; doch ist er der Meinung, dass Fremdkörper, welche nicht mehr als 20 ctm. vom Zahurande gelegen sind, durch den Mund ohne Oesophagoskop mittelst einer Zange mit langen Branschen entfernt werden können. Diese Behauptung illustriert er durch einen Fall, in dem ihm auf diese Weise eine verschluckte Zahnprothese mit 2 Zähnen von  $4\frac{1}{2}$  ctm Länge und  $3\frac{1}{2}$  ctm. Breite zu entfernen gelang.

---

## К вопросу о физиологическом valgus'e колена.

И. д. Ассистента П. А. Никифорова.

### I.

Коленный сустав, как показывает ряд наблюдений анатомов, является уже в норме вершиною кнаружи открытого тупого угла, образованного за счет соединения костей бедра и голени. Этот тупой угол и составляет то, что мы разумеем под названием genu valgum physiologicum. Многие клиницисты забывают об этом физиологическом явлении; другие, с Lange и Spitzu во главе, полагают, что X-нога образуется лишь на 2-м году, считая характерной для 1-го года жизни O-ногу, являющуюся результатом приспособления к яйцевидной форме маточной полости.

Точных измерений наружного угла колена, насколько нам известно, не существует. Клиницист-ортопед не имеет до сих пор определенных цифровых данных, позволяющих ему отграничить здесь явление физиологическое от патологического. Наши измерения, произведенные по предложению проф. Фридланда, как нам кажется, в достаточной мере устанавливают эту грань. Однако, прежде, чем перейти к обсуждению полученных нами результатов, мы должны коснуться, хотя-бы вкратце, анатомических деталей, важных для выяснения нормальных отношений.

Положение бедренной кости у человека при стоянии всегда косо, причем длинник ее идет сверху вниз и снаружи внутрь. Ход m. quadriceps femoris в норме соответствует наклону бедра, а lig. patellare proprium с сухожилием выше коленной чашки образует кнаружи открытый угол и идет в обратном направлении (Pansch, Rauber, Тонков, Новицкий).

Причинами косо́й постановки бедра, согласно общепринятому мнению анатомов, являются два анатомических момента: наклон шейки бедра и конфигурация нижнего суставно коленного конца. Первый момент выражается наклоном шейки в среднем на  $130^{\circ}$  для взрослого мужчины. У ребенка угол больше, у старика и женщины меньше (Тонков, Duvall, Cuver). Большой или меньший наклон шейки зависит от разницы в нагрузке на бедро и от большей или меньшей величины бокового диаметра таза. Общеизвестно также, что соха vara более характерна для профессий физического труда. Второй момент косо́го положения бедра заключается в большем выступании и выпуклости внутреннего мыщелка бедра, что становится особенно заметным, если кость бедра держать вертикально (Duvall, Тонков). Наклон бедренной кости, по отношению к голени, выравнивает разницу в конечных точках обоих мыщелков (те же и Лысенков).

Бедро своим нижним концом имеет тенденцию уходить внутрь; помимо тяжести всей ноги, этому стремлению, при вертикально выпрямленных ногах, ставит сильное препятствие расположение прикреплений *lig. Bertini*,—на некоторой величине приведения бедер эта связка сводит силу дальнейшего приведения к нулю. Приводящая сила колен, при такой установке, не в состоянии раздавить даже скорлупы куриного яйца (*Hurtl, Pansch, Dival*).

Голень участвует в образовании коленного сочленения большеберцовой костью. Верхне-суставной конец *tibiae* не конгруентен с артикуляционной поверхностью обоих мыщелков бедра. Недостаток конгруентности компенсируется менисками, из которых внутренний выше и сращен с суставной сумкой, наружный ниже, круче изогнут и с сумкой не сращен.

Из связочного аппарата колена для нас практически важны боковые связки: *lig. collaterale tibiale*, интимно связанная с суставной сумкой, и *lig. collaterale fibulare*, отстоящая на некоторое расстояние от нее и отделенная от капсулы рыхлой клетчаткой; кроме того, прикрепляясь к верхней головке *fibulae*, *lig. fibulare* является более автономной в коленном сочленении. Мы, в нашей клинике, дважды имели возможность наблюдать резкое отстояние головки *fibulae* от *tibia* при патологическом *genu valgum* (в одном случае в сочетании с 2-сторонним *luxatio patellae congenita*).

Механическая ось бедра, голени и стопы проходит в норме через коленный сустав. При уменьшении кнаружи открытого угла, ее ход становится внесуставным; таким образом, линия центра тяжести отодвигается от коленного сочленения. Это обстоятельство вызывает растяжение внутренней связки колена и, кроме того, способствует атрофии от давления в наружном мыщелке бедра. С другой стороны укорочение *mm. tensoris fasciae latae* и *bicipitis femoris* (*Lange, Bade*), а также и латеральное смещение *m. quadricipitis femoris* (*Новицкий, Grassler*), могут являться исходными причинами образования патологического *genu valgum*. Тем не менее едва ли не самой главной причиной вышеупомянутых аномалий является эмбриологическая недоротированность внутри самого бедра, что особенно резко заметно в латеропозиции *m. quadricipitis femoris* при *luxatio patellae lateralis*, в большинстве сопровождающейся сильно выраженным *genu valgum* (*Фридланд*). Нам лично представляется, что, при этой позиции бедра, боковой связочный аппарат должен быть расположен не в строго поперечной плоскости колена, почему и не может представлять тех препятствий к патологическому *genu valgum*, какие он ставит в норме.

Большеберцовая кость искривлена в виде сильно вытянутого латинского S, что особенно хорошо заметно по ходу *cristae tibiae* на скелете. Верхняя половина этого искривления выпукла кнутри, что, по нашему личному мнению, является результатом влияния внутренней ротации бедра при его развитии. Ходжение детей в начале 2-го года с сильно варированными (повернутыми кнутри) ногами указывает также на распространение внутренней ротации и на всю голень. Нижний конец голени с годами, под влиянием статического приспособления типа наружной ротации, скручивает наружу *fibula* и обуславливает наружную выпуклость в нижнем конце *cristae tibiae*.



Мы не останавливаемся на других подробностях в строении коленного трохогинглима, так как они не имеют особого значения в образовании физиологического valgus'a колена; отметим лишь еще одно обстоятельство,—это частоту вариаций в емкости и конфигурации самой суставной полости коленного сустава, что, по Henle, тесно связано с разнообразием в конгруэнтности составляющих сустав частей.

## II.

Методику исследования genu valgum, которую описывает Bade, из клиники Lange, мы не сочли возможным применить для определения физиологического наружно-коленного угла: очерчивание карандашом контуров ноги, не говоря уже о том, что требует громадного количества бумаги, не может дать точных цифр и применимо только для сравнения результатов ортопедического лечения патологического genu valgum с состоянием до лечения. Для нашей цели мы пользовались принятым в нашей клинике дуговым угломером типа транспортира, состоящим из трех частей: горизонтали (диаметра транспортира), дуги и стрелки. Дуга и горизонталь состоят из одного куска металла. Длина горизонтали равна 30 см.; стрелка, равная радиусу, прикреплена винтом к середине горизонтали и свободным концом скользит по дуге, на которой нанесены деления градусов от 0 до 180.

Для измерений мы брали только тех лиц, внешний вид ног которых был, по общему впечатлению, нормален и клинически мог быть определен, как здоровый. Измерения мы производили в лежачем положении, при оголенной ноге. Перед началом измерения мы всегда убеждались в том, что коленные чашки стоят строго во фронтальной плоскости. Место прикрепления стрелки к горизонтали мы устанавливали на коленный сустав в его фронтальной плоскости, дуга угломера всегда была обращена в латеральную сторону, верхняя половина горизонтали соответствовала оси диафиза бедра, стрелка своим концом устанавливалась на crista tibia. У детей, когда размер прибора не представлял возможности измерить им угол, мы это осуществляли проволокой, соответственно изгибая ее, и тотчас же определяли величину угла, прикладывая проволоку к угломеру.

Для удобства записи мы, в наших таблицах, отмечали не наружный угол, а градус отклонения его от 180°, что дало нам возможность писать однозначное, а не трехзначное число. Так, угол в 7° в нашей записи соответствует 180°—7°=173° фактическим градусам латерального угла колена.

Нами было произведено исследование 500 пар ног: у 250 лиц мужского пола и у 250 женского. Обследованные лица по годам распределяются следующим образом:

до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	всего
21	32	30	42	64	98	69	44	34	31	22	13	500

Полученные нами результаты мы распределили по градусам и возрасту так, как это изображено на прилагаемой таблице (см. стр. 1148).

В этой таблице цифры обозначают количество сочетаний данного градуса в определенном возрасте. Сумма этих сочетаний различных градусов по возрасту (Q) указывает нам на число измерений в данном возрасте. Сумма произведений градуса на число его сочетаний (SNg), деленная на число измерений (Q), дает нам средний градус (mg), харак-

терный для данного возраста. Таким образом  $mg = SNg/Q$ . По этому типу мы построили сетки для правой и левой сторон, для мужчин и женщин и для представителей разных национальностей. Сеток этих мы по техническим соображениям здесь не помещаем, скажем только, что все итоги их строго сходятся между собой.

	Q	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	mg
ВОЗРАСТ СТ РОЖД. ДО 1 Г.	42	2	—	8	1	2	10	4	3	9	1	2	—	—	—	—	—	—	5,3
от 1- 5 л.	64	—	—	1	6	13	7	6	9	6	2	4	5	—	2	—	1	—	6,6
« 6-10 л.	60	—	—	—	2	3	17	10	6	10	9	1	—	—	—	2	—	—	6,6
« 11-15 л.	84	—	—	1	2	3	25	11	14	7	3	11	3	2	1	1	—	—	7
« 16-20 л.	128	1	1	—	—	5	6	18	14	24	10	27	3	8	—	1	4	—	8,2
« 21-25 л.	196	—	—	1	2	9	19	21	21	26	24	43	7	16	1	2	3	1	8,4
« 26-30 л.	138	—	—	—	8	6	28	11	13	14	17	16	7	11	1	4	2	—	7,8
« 31-35 л.	88	—	—	1	1	5	15	26	12	10	9	8	1	5	—	3	2	—	7,5
« 36-40 л.	68	—	—	—	—	1	6	5	20	5	9	13	2	4	—	—	3	—	8,4
« 41-50 л.	62	—	—	—	1	3	4	5	10	16	4	11	1	3	3	—	1	—	8,2
« 51-60 л.	44	—	—	1	1	1	6	3	8	7	6	4	4	2	1	—	—	—	7,8
« 61-70 л.	26	—	—	—	1	2	4	4	3	2	—	9	1	—	—	—	—	—	7,4
Итого .	1000	3	1	13	25	53	147	114	139	138	94	149	34	51	9	13	16	1	7,7

Вычисляя по вышеприведенной формуле средний градус для каждого возраста, мы получим следующие отношения:

до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	средн.
5,3°	6,6°	6,6°	7°	8,2°	8,4°	7,8°	7,5°	8,4°	8,2°	7,8°	7,4°	7,7°

На основании этих данных мы можем построить наглядную кривую, которая рельефно будет распадаться на три периода: первый до начала хождения, второй до наступления половой зрелости (15 лет), третий от этого момента до старости. Первый период охватывает 42 измерения, из коих 34 приходятся на первые дни жизни (20 из них мальчики, 14 девочки). По дням после рождения измерения распределяются так:

1 день	2 дня	3 дня	4 дня	5 дней	6 дней	7 дней	8 дней	9 дн.	12 дн.	до 1 г.	Итого
2	2	6	2	4	8	4	2	2	2	8	42

Средний градус этого периода 5,3°; мы думаем, что этих измерений достаточно для того, чтобы, вопреки Lange, утверждать, что физиологический genu valgum—явление врожденное.

Второй период характеризуется постепенным увеличением физиологического valgus'a колена до 7°, пропорционально увеличению веса тела.

Подъем между 16 и 25 годами, заходящий за грань 8°, в третьем периоде, помимо возрастающей нагрузки, говорит еще, повидимому, и о том, что и в норме здесь имеют место декальцинационные процессы в костях и гиперемия связочного аппарата суставов, на что в свое время предположительно указывал Hoffa, объясняя происхождение genu valgum adolescentium. Уменьшение градуса valgus'a колена между 26 и 35 годами, весьма вероятно, находится в связи с усилением медиальной мускулатуры коленного сустава. Подъем между 36 и 50 годами мы объясняем возрастным увяданием и ослаблением мускулатуры, противодействующей статическим моментам, а литическое падение от 50 до 70 лет — усилением склерозирования тканей и уменьшением механической нагрузки.

Средний градус для всей 1000 измерений будет равен 7,7° (его мы получаем по формуле:

$$Mg = \frac{SNg}{Q} = \frac{7687}{1000} = 7,7^{\circ}.$$

Средний градус для каждого возраста, при сравнении с тремя наиболее частыми сочетаниями градусных величин того же возраста, дает такие отношения, охватывающие 664 измерения:

до 1 г.	от 1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	возраст
5,3°	6,6°	6,6°	7°	8,2°	8,4°	7,8°	7,5°	8,4°	8,2°	7,8°	7,4°	mg
5°	4°	5°	5°	10°	10°	5°	6°	7°	8°	7°	10°	1-я частота
8°	7°	6°-8°	7°	8°	9°-8°	9°-10°	5°-7°	10°	10°	8°	5°-6°	2 "
2°	5°	9°	6°-10°	6°	7°-6°	7°-8°	8°-9°	9°	6°	9°	7°	3 "
64%	45%	73%	73%	54%	67%	63%	75%	61%	67%	47%	76%	0% общ. ч. измерений.

Первая частота имеет в промежутках 16—25 и 61—70 лет два максимальных градусных выражения, вторая — таковые же между 26—30 и 36—50, третья не дает какого-либо определенного представления. Минимальные градусные выражения ясны из таблицы. Производя сложения сверху вниз по возрастам, мы убедимся, что наш средний градус возраста, полученный иным путем, в общем совпадает с вариационным средним.

### III.

Переходя к рассмотрению взаимоотношений результатов измерения правой и левой ног, мы прежде всего должны отметить % несовпадений градусных величин между собою в той и другой ноге; это обстоятельство мы выражаем так:

до 1 г.	от 1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	итого
30%	37%	13%	26%	34%	41%	33%	34%	24%	58%	32%	23%	32%

В среднем имеется 32% несовпадений градусных величин между собою. В смысле преобладающего чередования углового градуса одной ноги над другой отношение равноценно (т. е. обе ноги по 50%). Интересно, что преобладание правой ноги над левой на все 1000 измерений, в смысле большего valgus'a колена, можно обнаружить только до 6 лет; далее отличия становятся мало ощутимыми, и в средних выводах обе ноги не представляют различий в genu valgum, что очевидно из следующего:

возраст	до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	mg.
правая	5,4	6,7	6,7	6,8	8,3	8,3	7,9	7,5	8,4	8,3	7,8	7,4	7,7
левая	5,2	6,2	6,7	7,2	8,2	8,4	7,7	7,5	8,3	8,1	7,8	7,5	7,7

Акушеры Schweighäuser и Hasse. при изучении строения таза, обращали внимание на его асимметрию. Первый отметил то обстоятельство, что правый acetabulum расположен ближе к promontorium'у в силу большей нагрузки правой стороны туловища. Hasse учел больший наклон таза вправо и выдвигание его вперед. При подсчитывании своих измерений мы заметили, что у женщин правый наружный угол колена преобладает более часто над левым, чем у мужчин. Мы полагаем также, что в согласии с уловленной акушерами разницей в строении и посадке таза той и другой стороны стоит и преобладающая частота левосторонних сколиозов.

Распределение нашего материала по полу и возрасту выражается так:

возраст	до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	всего
мужчины	24	32	44	46	74	102	50	38	32	30	18	10	500
женщины	18	32	16	38	54	94	88	50	36	32	26	16	500
mg мужч.	4,5	6,7	6,6	6,9	8,2	8	7,3	6,2	7,9	8,3	7,8	6,5	7,3
mg женщ.	6,4	6,2	6,3	7,1	8,2	8,8	8,1	8,6	8,8	8,2	7,8	8,0	8,0

Средние градусные величины у женщин, начиная с периода полового развития и пятилетия, ему предшествующего, заметно превышают соответственные градусные величины у мужчин; это обстоятельство стоит в строгом соответствии с большей шириной поперечного диаметра таза у женщины и более острым углом бедренной шейки у них. Резкая разница в периоде между 25 и 40 годами в сторону преобладания женского valgus'a над мужским может быть объяснена механическими моментами, а именно, увеличением нагрузки в периоды беременностей, ношением детей, большей полнотой и меньшей развитостью мышц. С 40-лет-

него возраста различия делаются менее ощутимы, чему виной является, по видимому, период климактерия. В промежуток между 26 и 36 годами у мужчин мы наблюдаем резкое уменьшение физиологического genu valgum, что, вероятно, стоит в связи с усилением медиальной мускулатуры коленного сустава и большей прочностью связочного аппарата.

Большой интерес представляют половые различия в величине угла genu valgum до начала 2-го года жизни: вальгирование у девочек почти на 2° больше, чем у мальчиков. Казалось-бы, причиной этого должны быть половые различия таза новорожденного; но у Schroeder'a мы находим, что эти различия мало выражены; исследования Henig'a, Turquet, Конникова и Klein'a не решили этого вопроса (цит. по Schroeder'у в переводе проф. Груздева); литературных данных по вопросу о половых различиях в строении костей нижних конечностей у новорожденных мы не нашли.

Если мы расположим наш материал по градусам и полу, то получим такую картину:

градус	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	
мужчины . .	3	1	12	17	36	69	56	74	71	36	66	25	24	5	3	2	—	500
женщины . .	—	—	1	8	17	78	58	65	67	58	83	9	27	4	10	14	1	500

В этой картине частота градусов от 5 до 10 включительно резко превалирует, составляя 781 измерение (78,1%). Второе место занимают соседние 3,4 и 11-12 градусы, — сумма измерений их равна 163 (16,3%). Измерения остальных составляют 5,6%. Из этих сопоставлений мы видим, что нормой нужно считать величину, лежащую где-то между 5 и 10 градусами. Сдвиг вправо и влево на 2 градуса — менее частый вариант; 5,6% величина незначительная.

Интересно, что мужские цифры дают в общем постепенное повышение частоты градусов до 7° и медленное понижение к 15°. Измерения женщин обнаруживают своеобразную картину в виде двух максимальных антитез соответственно 5 и 10 градусам, стоящим по бокам главной массы измерений. Интересно, что наибольшая частота величины в 10° приходится на возраст от 16 до 50 лет, давая 66 измерений из 83; когда мы разбирали наши первые записи, то оказалось, что из измеренных 38 рожениц 22 имели угол в 10° или более на обеих ногах; к сожалению, мы не имели возможности взвешивать измеряемых, но у нас сохранилось впечатление, что более полные имели всегда угол genu valgum более резкий. Наибольшая частота 5° у женщин наблюдается в более молодых возрастах (не старше 30 лет), преимущественно у женщин не рожавших и худощавых.

Очень рельефно половые различия сказываются в наблюдавшихся нами колебаниях максимальных и минимальных градусов по отдельным возрастам:

возраст	до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	общий
maxim.	10/9	15/14	14/9	13/14	12/15	15/16	12/15	14/15	12/15	13/15	13/11	11/10	15/16
minim.	0/5	3/2	3/4	2/4	6/4	2/4	3/3	2/3	5/4	3/5	2/5	3/5	0/2

*Примечание* Числители указывают результаты измерения у мужчин, знаменатели—у женщин.

И здесь мы видим большой градус у женщин, в максимумах с 11 до 51 года жизни.

По национальностям наш материал делился так: русских 83,4%, татар 14,8%, евреев 2%. Последнюю группу, как слишком малочисленную, мы не можем принимать в расчет, отметим лишь, что в общем мы на эти 2% имели одинаковую с русскими, для всех возрастов, величину в 7,6°.

При сравнении измерений русских и татар можно убедиться, что расовые и бытовые условия выпукло отражаются на величине вальгирования коленного сустава:

возраст	до 1 г.	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61-70	средн.
русские	5,1	6,9	6,7	6,9	8,1	8,1	7,9	7,2	8,4	8,2	7,8	7,8	7,6
татары	7,5	5,9	—	7,8	8,6	9,3	7,3	8,9	8,4	9,0	8,5	7,3	8,3

#### IV.

Резюмируя полученные данные, мы можем высказать следующие положения:

1) Физиологический genu valgum — явление врожденное, зависящее от наклона бедренной кости и анатомического устройства суставных концов бедра.

2) До начала хождения угол valgus'a в среднем равен 5,3°; половые различия сказываются уже в этом возрасте, в среднем составляя у младенцев мужского пола 4,3° и у женского 6,4°; у монгольской расы угол больше.

3) В периоде увеличения веса тела с возрастом genu valgum медленно нарастает до средней цифры в 7°.

4) Между 16 и 26 годами у мужчин наступает первый период неустойчивости в коленном сочленении, дающий колебания между 8 и 9 градусами (у татар даже выше), что зависит от большей гиперемии связочного аппарата и декальцинационных процессов в костях.

5) Между 26 и 36 годами, — вероятно, благодаря усилению мускульной мускулатуры коленного сустава, — genu valgum мужчин падает до 6—7°, у женщин же сохраняет высокие цифры. что, очевидно, стоит в связи с механическим моментом, а именно, с беременностью, ношением детей и большей полнотой женщин, при наличии менее развитой мускулатуры.

6) Повышение угла *genu valgum* в периоде от 36 до 50 лет свидетельствует о возрастном увядании и ослаблении мускулатуры, противодействующей статическим моментам.

7) Литическое падение угла *valgus'a* в старости объясняется меньшим пользованием и меньшей нагрузкой конечности и склерозирующими процессами в костях, мышцах и связочном аппарате.

8) Средний *genu valgum* у мужчин менее соответственного у женщин и относится, как 7,3:8.

9) В 32% угол одной ноги не совпадает с углом другой; при этом до 6 лет заметно преобладание *valgus'a* правой ноги, в дальнейшем это различие становится менее рельефным.

10) Индивидуальные колебания максимумов и минимумов подтверждают справедливость мнения анагома Henle об индивидуальных особенностях в строении коленного сустава.

11) Наиболее часты величины градусов от 5 до 10; девятый и десятый градусы указывают на отягощение; средним градусом для всех полов и возрастов является 7,7°.

12) Бытовые и расовые особенности, несомненно, сказываются в величине физиологического *genu valgum*.

13) Физическая работа, особенно связанная с ношением тяжестей и длительным стоянием, способствует большей величине *genu valgum*.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Тонков. Руковод. норм. анат. чел., 1918.—2) Rauber. Руковод. анат. чел., 1905.—3) Pansch Основы анат. чел. Рус. пер., 1888.—4) Nуртl. Рук. к анат. чел.—5) Фо и Сувер. Анат. чел. тела для художн., 1892.—6) Duval. Анат. для художн. Рус. пер., 1912.—7) Дьяконов, Рейн, Лысенков, Напалков. Лекц. топ. ан. и опер. хир., 1908.—8) Grasser. Arch. f. klinische Chir., Bd. 74, 1906.—9) Bade. Lange's Lehrbuch d. Orthopädie. Iena, 1922.—10) Lange. Рук. по хирургии Wullstein'a и Wilms'a, пер. 1913.—11) Фридланд. Arch. f. orthop. u. Unf. Chir., Bd. 23, 1924.—12) Тихов. Частная хирургия, т. 3, 1917.—13) Tillmans. Рук. по частн. хирург., 1914.—14) G. Müller. Ортоп. для прак. врач., 1913.—15) Парин. Хир., 1913, т. 34.—16) Киптенко. Каз. Мед. Журн., 1924.—17) Schroeder. Учебн. акуш. Рус. пер. 1908.—18) Новицкий. Днев. Общ. Врач. г. Каз., 1885.

D-r P. A. Nikiforoff (Kasan). Ueber den physiologischen Valgus des Kniegelenkes.

Bei Messung mit Hilfe des Bogen-Winkel-Messapparates des physiologischen äusseren Kniewinkels bei 500 Personen im Alter von der Geburt bis zum 70. J. (250 männlichen und 250 weiblichen) fand Verfasser, dass dem Menschen ein physiologisches *genu valgum* eigen ist, welches angeboren ist und von der schrägen Lage Abhang des Oberschenkelbeines und vom anatomischen Bau seiner Gelenkenden abhängt. Vor der Zeit, als das

Kind zu gehen anfängt bildet der Valgus einen Winkel von durchschnittlich  $5,3^{\circ}$ , wobei schon dann die Geschlechts- und Rassenunterschiede sich merklich machen (bei Knaben ist der Winkel  $4,5^{\circ}$ , bei Mädchen  $6,4^{\circ}$ ; bei Mongolenkindern ist der Winkel grösser). Mit dem Alter in der Periode der Vergrösserung des Körpergewichtes nimmt das genu valgum langsam zu bis zur mittleren Grosse von  $7^{\circ}$ . Zwischen dem 16.—26. J. rückt bei den Männern die erste Periode der Labilität im Kniegelenke heran, welche Schwankungen von  $8^{\circ}$  bis  $9^{\circ}$  zeigt, was durch die grössere Hyperaemie der Knochenbänder und die Decalcinierungsprocesse in den Knochen bedingt wird. Nachher, zwischen dem 26. und 36. J., vielleicht infolge der Verstärkung der medialen Muskulatur der Kniegelenkes fällt der Winkel bei Männern bis  $6-7^{\circ}$ , bei Frauen aber (vielleicht infolge von mechanischen Momenten, welche mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen u. A.) behält er grosse Zahlen. Weiter vom 36. bis 50. J. vergrössert sich der Winkel des genu valgum was vom Altersverwelken und von der Muskelschwäche abhängt. Schliesslich im hohen Alter findet ein lytischer Abfall des Knickungswinkels infolge von geringerer Benutzung des Gliedes, seiner kleineren Belastung und sklerosierenden Processen in den Knochen, Muskeln und Knochenbändern. Ausser dieser Altersverschiedenheiten, zeigt der Winkel des physiologischen Valgus Variationen je nach Geschlecht, Rasse, Profession (physische Arbeit, besonders mit Lastentragen und langem Stehen verbunden fördert die Vergrösserung des Winkels) und stellt auch individuelle Schwankungen dar.

---



## К вопросу о внутриматочных впрыскиваниях при запоздании месячных и внематочной беременности\*).

Заведующего приютом д-ра **Е. Д. Рузского.**

Довольно обычным в настоящее время является обращение женщин к врачам с просьбой вызвать запоздавшие на несколько дней крови. Большинство женщин при этом,—а в некоторых случаях, несомненно, и сами врачи,—склонны объяснять эту задержку кровей причинами, не зависящими от возникшей беременности. Это следует признать заблуждением, так как не подлежит сомнению, что аменоррея, по поводу которой больные обращаются к врачам, в громадном большинстве случаев обусловливается наступившей беременностью и только в редких случаях зависит от других причин.

Одним из наиболее применяемых способов вызывания в подобных случаях кровей,—по крайней мере у нас в Казани,—служат внутриматочные впрыскивания по Грамматикати. Появляющиеся после одного или нескольких таких впрыскиваний крови бывают почти всегда более обильными, чем обычные месячные, и их следует рассматривать в сущности как ранний аборт.

Благодаря доступности указанного метода, применение его с целью освободиться от столь нежелательной для женщины задержки menses (resp. для вызывания аборта) стало во многих местах обычным, почти рядовым и приобрело права гражданства даже среди специалистов, в особенности за последнее время, в связи с легализацией аборта.

Указанное значение, которое приобрели внутриматочные инъекции йода, как метод вызывания запоздавших кровей (resp. раннего аборта) и как одна из технических разновидностей операции прерывания беременности, производимой и специалистами, должно привлечь к этому методу внимание представителей научной гинекологии, которые и должны сказать свое веское слово о допустимости подобного рода метода прерывания беременности, об его положительных и отрицательных сторонах, в особенности же о влиянии его на половую сферу женщины.

Почин в этом направлении сделан в работе проф. В. С. Груздева „Внутриматочные впрыскивания и внематочная беременность“ (Каз. Мед. Журнал, 1923, № 3), в которой описано 5 случаев, где были сделаны инъекции для вызывания кровей при внематочной беременности, и впервые высказана мысль, что инъекции эти, будучи применяемы с профилактической целью, могут служить непосредственно причиною возникновения внематочной беременности. Затем появилась статья прив.-доц.

---

\*) Сообщено в Акушерско-Гинекологической Секции Общ. врачей при Каз. Университете 21/IV 1926 г.

Парсамова „К вопросу об этиологии внематочной (трубной) беременности“ (Врач. Дело, 1925, № 7), где автор, на основании своего материала, определенно приходит к заключению, что внутриматочные впрыскивания для прерывания беременности могут, благодаря производимым ими в трубе или самом плодном яйце изменениям, в дальнейшем служить причиной возникновения внематочной беременности. Далее д-р Вейсенберг (Zentr. f. Gyn., 1926, № 19), указывает, что внутриматочные впрыскивания, произведенные с целью вызвать прерывание беременности, не всегда ведут к цели, и часто беременность после них продолжается. Автор этот обращает также внимание на то, что иногда попытки вызвать аборт этими впрыскиваниями предпринимается слишком рано, когда плодное яйцо еще не успело проникнуть из трубы в матку. Уже эти сообщения наводят на мысль, что разбираемый метод вызывания кровей (resp. аборта) не столь невинен и несет особые, ему присущие, опасности.

Полагая, что накопление фактического материала имеет большое практическое значение для оценки метода внутриматочных инъекций с указанной целью, я хотел-бы поделиться своими,— правда немногочисленными,—наблюдениями в этой области.

С октября 1922 г. по 1 января 1926 г. в заведуемом мною Родильном Приюте мне представилась возможность наблюдать 5 характерных случаев связи внематочной беременности с впрыскиванием по Грамматикати, сделанными после незначительного запоздания месячных, и это побудило меня разобраться в них.

Вкратце случаи эти следующие:

1. Больная Н., 26 л., поступила 23/II 23 г. Замужем 3 года, месячные правильные, беременна не была, последние крови были 8/I, 7—8/II они не пришли, и 11/II Н. обратилась к врачу-специалисту. Ей было сделано 4 впрыскивания. После третьего впрыскивания пошла жидкая кровь и в небольшом количестве продолжали идти около 1½ недель. За это время у нее развились сильная слабость и отсутствие аппетита. 22/II Н. чувствовала себя очень хорошо, но 23/II утром у ней обнаружили явления внутреннего кровотечения. Диагностирован перерыв внематочной беременности, и больная была экстренно оперирована. При операции оказалось, что брюшная полость полна жидкой кровью, правая труба разорвана в р. isthmica, беременность очень небольшая. Послеоперационное течение гладкое.

2. Больная О., 30 лет, поступила 14/I 24 г. Замужем 15 л., беременна была 6 раз,—четверо родов и два искусственных аборта, последний 2 года тому назад. Menses правильны, последние были 26/XI; 25—26/XII они не пришли, и 31/XII О. обратилась к специалисту, который сделал ей 4—5 впрыскиваний. Крови пошла немного и продолжалась довольно долго. В ночь на 14/I больная почувствовала себя дурно, и днем у ней была диагностирована внематочная беременность. Экстренная операция. Брюшная полость полна жидкой кровью, полный разрыв правой трубы в р. isthmica. Труба расширена в месте разрыва до размеров вишни. Послеоперационный период гладкий.

3. Больная Х., 30 л., поступила 16/I 24 г. Замужем 12 лет. Крови нормальные. Беременна была 5 раз: 4 родов и 1 аборт год тому назад. Обратилась с просьбой вызвать крови на 8-й день после того, как они не появились в обычный срок. Ей было сделано 3 внутриматочных впрыскивания. Крови пошла обычным порядком. 2 недели спустя после этого, во время шитья на ножной машине, Х. почувствовала сильную боль внизу живота, у ней пошла кровь, и вышел кусочек белого цвета. На другой день обратилась в Родильный Приют, где при исследовании получила типичный приступок острого малокровия. Экстренное чревосечение. Брюшная полость полна жидкой кровью, полный разрыв в ближайшем к матке отрезке р. ampullaris беременной, мало раздутой правой трубы. Послеоперационное течение гладкое.

4. Больная М., 28 л., поступила 4/XII 25 г. Половую жизнь ведет с перерывами 5 лет, беременна была 2 раза и оба раза вызвала искусственный аборт

внутриматочными впрыскиваниями, в последний раз 2 года тому назад. Крови нормальны, последние крови были 5/X; следующие *menses*, которые должны были прийти в конце октября или в первых числах ноября, не пришли, и больная 5/XI обратилась к специалисту. Было сделано 4 впрыскивания. Крови пошли, но мало. Через неделю было сделано еще 2 впрыскивания. Крови опять пошли, но тоже немного. Числа 27—28 появились внезапно боли внизу живота, головокружение и рвота, которые 4/XII повторились опять. Диагностирована внематочная беременность. 4/XII экстренная лапаротомия. Брюшная полость полна кровью, частью со сгустками, разрыв беременной правой трубы на границе перешеечной части с ампулярной. Послеоперационное течение гладкое.

5. Больная А., 28 л., поступила 16/XII 25 г. Замужем 7 лет, беременна была 3 раза: 2 раза родила в срок и 1 раз имела искусственный аборт—3 месяца тому назад. Крови правильно. Последние должны быть 20/XI, но не пришли. 27/XI обратилась к врачу, который сделал одно впрыскивание. Крови тотчас пошли, как менструации, но продолжительнее (2 недели). Все время были боли внизу живота. Через 2 недели больная обратилась к тому же врачу, и он предложил ей выскабливание. Больная не согласилась и обратилась в больницу, где ей были рекомендован лед на живот, *stypica* и покой. Крови стали тише, а боли сильнее, с чем больная и обратилась в Родильный Приют. Здесь ей был сделан пробный прокол, давший кровь. 18/XII—чревосечение, при котором оказалось, что брюшная полость полна сгустков крови от разрыва беременной правой трубы. Послеоперационное течение гладкое.

Случай проф В. С. Груздева, описанный в его работе под № 1 и трактуемый им, как пример последствий предупредительных впрыскиваний, с нашей точки зрения также можно, пожалуй, отнести к приводимой здесь группе: в нем впрыскивание было сделано хотя и после бывших кровей, но меньших, чем обычно, причем сама больная опасалась, что она уже беременна. Следовательно, в сущности здесь тоже была произведена попытка к раннему аборту и тоже в дальнейшем (через 1—6 недель) окончившаяся внематочной беременностью.

Комбинируя бросающиеся в приведенных случаях в глаза однотипные данные, можно отметить следующие особенности: 1) из всех случаев в 5 женщины обратились к врачу-специалисту и лишь в 1—к неврачу; 2) крови вызывались спустя от 3 до 7 дней после того, как они не появлялись в обычный для них срок, т. е. спустя месяц и несколько дней после первого дня последней бывшей менструации (срок начала беременности по *Naegеле*); 3) перерыв эктопической беременности, — во всех случаях в форме наружного разрыва плодовместилища, — последовал спустя довольно долгое время по прекращении впрыскиваний: в случаях 1-м и 2-м через 9 дней, в 3-ем—через 14 дней, в 4-ом—через 12—18 дней, в 5-ом—неясно, приблизительно через 1—2 недели, и в 6-ом—через 1—6 недель; 4) все беременности оказались очень ранними, яйцо при них располагалось или в *pars isthmica* (2 случая), или на границе ее с *pars ampullaris* (2 случая), а в одном случае место разрыва трубы в истории болезни не было указано; 5) сильного кровотечения из матки кусками, столь характерного для маточного аборта, ради которого впрыскивания и производились, ни в одном случае не наблюдалось.

Останавливаясь теперь на возможной связи между наблюдавшимися нами внематочными беременностями и внутриматочными инъекциями, которые были применены у больных в качестве попытки к раннему аборту, прежде всего приходится допустить предположение, что в момент инъекций эктопическая беременность была уже налицо, а самые инъекции послужили лишь толчком к ее прерыванию. Этому последнему предположению мало, однако, соответствует сравнительно большой срок меж-

ду инъекциями и моментом ясной клинической картины разрыва трубы: у 2 больных этот срок равнялся 9-ти дням, у 4—был около 2-х недель, причем у одной больной в качестве содействующей разрыву причины указан особый момент—работа на ножной машине.

Далее, если принять во внимание, что среди наблюдавшихся в нашем Приюте случаев внематочной беременности (99) предшествующие инъекции имели место не так уж редко (в 5 случаях, а в действительности, возможно, и больше), то предположение, что здесь мы имеем лишь случайное совпадение, кажется нам маловероятным, и мы склонны видеть между внутриматочными инъекциями и последующей трубной беременностью причинную связь.

Мы неполно еще осведомлены о точном соотношении между временем копуляции сперматозоида с яйцевой клеткой и временем менструации, не знаем также, сколько времени требует у человека продвижение оплодотворенного яйца по трубе в матку. Во всяком случае указанные соотношения у разных женщин и у одной и той же, в зависимости от многих условий, могут быть различны. Возможно допустить такое стечение обстоятельств, что в момент впрыскиваний, хотя они и производились через месяц и несколько дней после первого дня последней бывшей менструации, яйцевая клетка, оплодотворенная незадолго перед появившейся менструацией или во время ее, оказалась еще непопавшей в полость матки. Вполне возможно, далее, что как маточная часть трубы, так и само яйцо могли быть повреждены впрыснутой и попавшей в трубу жидкостью, каковое повреждение вызвало растройство их функций; растройство же функций трубы и яйца, по современному взгляду, и является основною причиною трубной беременности. Все дальнейшее явилось уже обычным исходом эктопической беременности. Доказать это бесспорно при настоящем состоянии наших знаний относительно времени зачатия и скорости продвижения яйцевой клетки, конечно, невозможно, но такая мысль все-таки напрашивается, по крайней мере для некоторых случаев. К такому же выводу,—что плодного яйца в момент принятия abortивных мер немногих дней спустя после появившихся месячных может не быть в полости матки, а оно может попасть в нее лишь значительно спустя после этого,—пришел и Вейссенберг. Давно известно, что целый ряд травм: бурный coitus, падение, прыжок и т. д.—может содействовать возникновению внематочной беременности, раstraивая различным образом процесс продвижения плодного яйца (See-light and Kakuшкин, Ж. Ак. и Жен. Бол., 1913, № 1). В частности, кажется нам, к такому последствию может повести и та травма, которая причиняется внутриматочными инъекциями.

Таким образом накапливающиеся клинические наблюдения развертывают все большие и большие опасности внутриматочных впрыскиваний, применяемых в целях прерывания беременности. Имеющиеся уже в настоящее время данные позволяют, повидимому, установить следующие возможности: 1) возможно случайное совпадение внутриматочных впрыскиваний такого назначения с имеющейся уже прогрессирующей внематочной беременностью, причем впрыскивания могут здесь послужить ближайшим толчком к разрыву плодместилища (проф. В. С. Груздев); 2) аборт, производимые путем внутриматочных впрыскиваний, могут в дальнейшем повести к таким изменениям в половой сфере, которые ока-

жуются непосредственной этиологической причиной внематочной беременности (прив.-доц. Парсамов); 3) наконец, на основании наших случаев можно думать, что внутриматочные впрыскивания, произведенные в ближайшие дни после не появившихся месячных, могут в некоторых случаях оплодотворения, далеко отстоящего от первого дня последней бывшей менструации, когда плодное яйцо еще не проникло в полость матки, превратить имевшую быть нормальной маточной беременность в беременность эктопическую, помешав оплодотворенному яйцу попасть в полость матки, т.е. сделав то же, что, по мнению проф. В. С. Груздева, делают профилактические впрыскивания, производимые вне беременности.

В заключение, присоединяясь в общем к положениям, высказанным проф. В. С. Груздевым в приведенной выше его работе, мы считали бы возможным высказать следующие пожелания:

1) Следовало бы совершенно отказаться от внутриматочных инъекций, как метода прерывания беременности.

2) Если же почему-либо этот метод нужно бывает применить, то приступать к производству инъекций надо не ранее двух-трех недель после не появившейся менструации, при возможно точном диагнозе „*graviditas uterina*“.

3) Наконец, если, при впрыскиваниях, вызванные ими крови окажутся нехарактерными для маточного аборта, то прежде всего надо подумать о внематочной беременности и принять по отношению к больной соответственные меры наблюдения и лечения.

---

D-r E. D. Russky (Kasan). Intrauterine Injektionen bei Verspätung der Menstruation und extrauterine Schwangerschaft.

Des Autor ist der Meinung, dass intrauterine Injektionen bei verspäteter Menstruation in die Zeit fallen können, wenn das Ei schon befruchtet ist, aber die Gebärmutterhöhle noch nicht erreicht hat, sondern sich im Eileiter befindet. In solchen Fällen können die Injektionen Bedingungen schaffen, welche dem Eindringen des Eies durch das Ostium uterinum tubae stören können; das Ei bleibt im Eileiter und auf solche Weise entsteht die extrauterine Schwangerschaft. Zur Bestätigung dieses Gedanken führt der Autor einige Fälle aus seiner Praxis an.

---

# Туберкулез среди детей школьного возраста в школах г. Казани.

(По данным реакции Pirquet).

Школьно-санитарного врача **С. М. Маркузе**.

Социальная профилактика тbc выдвигает на первый план борьбу с детским тbc. В детстве происходит заражение главной массы населения, особенно городского, на тbc же взрослых смотрят обычно, как на реинфекцию, притом эндогенную: „Ritter и Fehling показали.—говорит Любарский<sup>1)</sup>.—что 82,5% из взрослых чахоточных больных имели тbc в детстве“. Детское население является не только объектом, по которому можно судить о распространении туберкулезной инфекции, но и наиболее чувствительным манометром для суждения о борьбе организма с инфекцией.

Главную роль в изучении заражаемости тbc играет реакция Pirquet, как наиболее чувствительный метод массового обследования. Именно чрезвычайная чувствительность этой реакции и препятствует ей служить средством для суждения о распространении заболеваемости тbc: если у детей до 3—4 лет как отрицательная, так и положительная реакция Pirquet имеют диагностическое значение, причем последняя обычно указывает на наличие тbc заболевания у ребенка в данное время, то у более старших детей положительная реакция указывает лишь на то, что организм когда-то был инфицирован тbc, и в нем происходит борьба с инфекцией, но не доказывает, что он теперь болен.

„Болезнь, — говорит Н а у е к<sup>2)</sup>,—представляет часто произвольно выделенную форму проявления оборонительной борьбы организма против вредных влияний. Эта борьба с болезнетворными возбудителями, несомненно, протекает гораздо чаще без болезненных проявлений в клиническом смысле, чем с таковыми“. С этой точки зрения судить о борьбе организма с тbc инфекцией следует не только по „макроскопическому“ проявлению этой борьбы—по симптомам тbc, как болезни, но и по более интимным биологическим процессам, обнаруживаемым, напр., реакцией организма на туберкулин. Еще Н а м б у р г е р<sup>3)</sup> показал, что степень чувствительности к туберкулину активно-туберкулезных обычно (но не всегда) больше, чем у инактивно-туберкулезных. Поэтому различная интенсивность реакции Pirquet могла-бы служить показателем состояния борьбы организма с инфекцией, может быть более точным, чем данные физикального обследования, если-бы на нее не влияли различные посторонние обстоятельства: общее состояние организма в зависимости от дру-

<sup>1)</sup> Вопросы Туб., 1923, № 3—4.

<sup>2)</sup> Проблема туберкулеза, рус. пер.

<sup>3)</sup> Туберкулез у детей.

гих инфекций, состояние кожи, техника производства реакции. Все же, повидимому, эти случайности не затушевывают той закономерности, что более острому течению тbc процесса вначале соответствуют обычно более интенсивные реакции, как показали это, напр., Модель и Сидельникова (В. Туб., 1923, № 3—4) на большом количестве детей от 3 до 16 лет, прошедших через диспансер ОЗД в Москве. Если так, то реакция Pirquet имеет, повидимому, значение и для оценки состояния иммунитета, т. е. состояния биологической борьбы с инфекцией, по крайней мере в этом возрасте. Особый интерес представляет обследование нормальной детской среды в своем естественном составе, которую и представляют из себя школьники.

Все вышеуказанное, а также желание проверить данные физикального обследования прошлого года поставили предо мной задачу обследовать вновь школьников своего района и ответить на следующие основные вопросы: 1) Какое значение имеет реакция Pirquet для групповой характеристики по отношению к тbc детей школьного возраста? 2) Какова „туберкулезная характеристика“ с помощью этой реакции отдельных групп детского населения? 3) Какое влияние оказывает школа на распространение тbc?

Всего мною было обследовано около 500 детей в возрасте от 7 до 14 лет в течение октября и ноября 1925 г. в трех русских школах, расположенных в одном из центральных районов города (Казанский монастырь),—школах различных по социальному составу учеников и материальному положению их родителей и неодинаковых по своему санитарному состоянию. При этом нами умышленно была выбрана, во первых, школа (№ 6) с преобладающим составом хорошо обеспеченных родителей (совелужащих-интеллигентов), но с плохим санитарным состоянием ее помещения (средняя кубатура 2 куб. метра на человека, содержание CO<sub>2</sub> в воздухе достигало 6:1000, занятия в две смены),—имелось в виду, что влияние школы, может быть, проявится в этом случае особенно резко, так как дети поступают здесь из хорошей обстановки в плохую. Вторая обследованная школа (№ 12) по составу родителей—наиболее пролетарская, находится на госнабжении, родители учеников—большую частью высшие технические служащие (сторожа, уборщицы, прачки и т. п.), жители коморок и подвалов (последних 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); санитарное состояние самой школы почти такое же, как и первой, занятия в одну смену; здесь предполагалось, что влияние школы усугубляется влиянием домашней обстановки. Наконец, третья обследованная школа (№ 1) представляет по своему составу среднее между первыми двумя,—здесь среди учащихся значительное количество детей „мещан“ (кустарей, ремесленников и т. п.); по санитарному состоянию эту школу можно считать удовлетворительной.

Прививки по Pirquet производились опытной фельдшершей Тубдиспансера применительно к инструкции, принятой на II Всероссийском съезде по борьбе с тbc (В. Туб., 1923, № 1) Alt-Tuberculinom Koch'a (Hoechst) 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Результат проверялся через 1, 2, 3 и 7 дней. Повторных прививок не делалось. Физикальное обследование производилось лично мною. Анамнестические данные о социальном положении, жилищных условиях, перенесенных болезнях и заболеваниях в семье собирались анкетным путем, причем там, где можно было положить на достаточную культурность родителей, анкеты заполнялись ими.

О материальном положении делалось заключение на основании сведений школьной канцелярии о причинах освобождения от платы за право учения. Обработка результатов обследования велась путем сопоставления результатов реакции: с 1) данными физикального обследования, 2) анамнестическими данными о перенесенных заболеваниях и о больных в семье, 3) возрастом и полом и 4) социально-бытовыми условиями.

Таблица I показывает количественное распределение различных клинических форм тbc среди общей массы обследованных детей.

ТАБЛИЦА I.

Клиническая характеристика детей.		%%	Примечание.	
Вполне здоровые	{ В семье нет туберкулезных	11,5		
	{ В семье есть туберкулезные	0,6		
Подозрительные	{ В семье нет туберкулезных	4,4		
	{ В семье есть туберкулезные	0,2		
Инфицированы тbc, но без ясных клинических признаков анатомич. изменений в органах	{ Практич.-здоров. (status allergicus)	66		
	{ Туберкулезная интоксикация	12		
С ясными признаками анатомическ. изменений в орган.	Тbc лимфатических желез . . . {	A 1,2	Компенсир. Некомпенсир.	
		B 0,4		
	Костный тbc . . . . . {	A 0,8		5,2
		B 0,6		
Тbc легких . . . . . {	A 1,0			
	B 1,2			
Всего обследовано . . . . .		495 чел.		

При постановке диагноза принимались во внимание также данные обследования прошлого года, в течение которого большинство детей было обследовано 2—3 раза мною и школьной амбулаторией, а больные с очаговым тbc или подозрительные обследованы были также диспансером.

Бронхадениты не учитывались за отсутствием рентгена и вследствие неподходящих условий для констатирования симптомов *Koranu* и *d'Espine'a*. Кроме того, *Namburger*, напр., считает достаточным для распознавания тbc бронхиальных желез лишь наличие положительной реакции *Pirquet* и решительно восстаёт против всех аускультативных и перкуторных данных (реферат в В. Туб., 1925, № 2, „Tuberculose und Serophulose“).

В группу „тbc лимфатических желез“ вошли дети только с признаками настоящего или бывшего нагноения периферических желез.

Из таблицы видно, что детей, нуждающихся в наблюдении диспансера, было в нашем материале ок. 20%.



Нижеследующая таблица II сопоставляет клиническую характеристику детей с результатами реакции:

ТАБЛИЦА II.

Клиническая характеристика.	Реакция Pirquet в ‰				
	+	++	+++	++++	
	Д. папул 0,1—0,2 см.	Д. папул 0,2—0,4 см.	Д. папул 0,5—0,9 см.	Д. папул 1,0—1,5 см.	
Нетуберкулезные . . . . .	0	0	0	0	
Практически- здоровые	без всяких физикальных симптомов . . . . .	22	63,5	14	0,5
	с увеличением лимфатич. желез . . . . .	19,7	48,5	28,5	3,3
Туберкулезная интоксикация . . . . .	8,3	30	56,6	5	
Очагов. тbc . . . . .	некомпенсир. . . . .	—	18,1	36,3	45,5
	компенсир. . . . .	6,6	60	20	13,3

*Примечание.* В группу детей с увеличенными лимфатическими железами включены те, у которых периферические (большой частью подчелюстные и шейные) железы были не менее лесного ореха величиною и плотны; таких детей было 91, или 18,4%.

Эта таблица показывает, что соответствие клинической картины тbc процесса с состоянием кожного иммунитета не сглаживается посторонними случайностями (даже при обследовании в школьной обстановке) и ярко проявляется на массовом материале: с прогрессированием тbc процесса растет и количество интенсивных реакций, с выздоровлением же—падает.

Всего нами было обнаружено: 3,3‰ реакций + + + +, 22‰ — + + +, 43‰ — + +, 15‰ — + и 16,7‰ — отрицательных. Клинические признаки тbc были обнаружены: в группе + + + + в 93‰, в группе + + + — в 70‰, в группах + + и + — в 36‰, в группе отрицательных — в 26‰; последнее составляет 4,6‰ общего числа обследованных (см. табл. I, „подозрительные“). Две группы более интенсивных реакций (с папулами 0,5 и больше), составляющие  $\frac{1}{4}$  нашего материала, в 40‰ содержали больных тbc, из них 82‰ — с декомпенсированным очаговым тbc и 62‰ — с туберкулезной интоксикацией, т. е. большую часть горючего материала, нуждающегося в диспансерной помощи. Реакция Pirquet имеет, таким образом, некоторое диагностическое значение, позволяя ограничить последующее физикальное обследование группой вчетверо меньшей.

Таблица III дает другой пример соответствия между результатами реакции Pirquet и предполагаемым, на основании физикальных и анамнестических данных, иммунно-биологическим состоянием обследованных групп:

ТАБЛИЦА III.

Характеристика группы.		Рез. р. Pirquet		Примечание.
		Отрицат.	Очень сл. 0,1 — 0,2 см. +	
Дети без физикальных и анамнестических данных за tbc . . . . .	172	28%	12,8%	} % более интенсивн. реакций почти одинаков для всех групп.
Болевшие «золотухой», но теперь клинически-здоровые . . . . .	51	17,5%	19,5%	
Имеющие в семье tbc больных, но клинически-здоровые . . . . .	46	6,5%	30,4%	

Из этой таблицы видно, что даже самая слабая реакция неравнозначуща отрицательной, так как между ними нет параллелизма, но замечается антагонизм. Как известно, слабая реакция на туберкулин характеризует обычно стадий развивающейся аллергии или же положительной анергии; поэтому такая реакция должна быть более свойственна недавно заразившимся или давно получившим инфекцию и благополучно с нею справившимся; но Pirquet считал положительной лишь реакцию с папулой не менее 0,5 см. Слабые реакции к тому же, повидимому, характерны для зажившего tbc желез, на что указывает то обстоятельство, что все 6 обнаруженных нами случаев с наличием рубцов и без признаков декомпенсации попали в следующую по интенсивности группу — + +.

Если эпидемиологическое значение реакции Pirquet признается всеми и не требует уже в настоящее время доказательств, то не так обстоит дело с вопросом о диагностическом значении этой реакции. Приведенные в таблицах II и III цифры все же дают право по результатам реакции не только судить о наличии инфекции, но также оценивать и состояние иммунитета. С этой точки зрения рассмотрим следующую таблицу (IV), в которой распределены результаты реакции по возрасту и полу.

ТАБЛИЦА IV.

В о з р а с т	8—9 л.		10—11 л.		12—13 л.		И Т О Г О	
	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.
% интенсивных реакций (0,5—1,5 см.) . . . . .	38,3	28,5	29	23	22	18	29,7	23
% слабых реакций (0,1—0,4 см.) . . . . .	36,2	47,7	57	62	66	75	54,3	62,3
% отрицательных реакций	25,5	23,8	14	15	12	7	16	14,7
Количество обследованных	47	84	79	95	49	86	175	265

Как видно из этой таблицы, в периоде 12—13 лет заражаемость tbc среди девочек, по сравнению с мальчиками, увеличивается более резко, что, может быть, стоит в связи с периодом полового созревания девочек. Вообще же девочки реагировали у нас слабее мальчиков. С возрастом у обоих полов падало количество интенсивных реакций и росло количество слабых, что соответствует уменьшению количества активных форм tbc.

По данным вскрытий (Hamburger) частота зажившего tbc увеличивается с возрастом (7—10 лет—17%, 11—14 лет—33%), а % смертельного—уменьшается.

Падение количества активного tbc с возрастом обнаружено мной и в прошлом году на 1000 школьников: большая часть их значительно поправилась за летний период. Сводка физикальных данных последнего обследования нынешнего года также показывает, что количество больных tbc с возрастом (по крайней мере в первые 4 года обучения) падает, и притом столь значительно, что объяснить это можно преимущественно выздоровлением (см. таблицу V).

ТАБЛИЦА V.

	В первые 2 года обучения.	В последующие 2 года.
Увеличение лимфатических желез . . . . .	21%	18%
Туберкулезная интоксикация . . . . .	15%	12%
Очаговый tbc {	компенсированный . . . . .	2,3%
	некомпенсированный . . . . .	1,3%
ИТОГО . . . . .	42,3%	33,9%
Количество обследованных . .	268	227

Из больных tbc, прошедших через Ольгинскую Детскую больницу в Москве за 35 лет, приходится на возраст 5—10 лет 40%, а 10—15 лет—18% (Ширвинд, В. Туб., 1923 г., № 5—6).

Таким образом возраст 8—13 лет соответствует, повидимому, тому периоду естественного развития иммунитета, когда борьба с инфекцией, в большинстве случаев, в наших условиях идет уже на убыль в пользу победы организма (может быть, впрочем, лишь временной победы). Влияние школы, как видно, не сглаживает преобладания в общей массе детей естественных процессов исцеления, по крайней мере в первые годы. Но о влиянии школы на распространение tbc инфекции и на заболеваемость tbc можно судить более детально по следующей таблице VI.

ТАБЛИЦА VI.

В о з р а с т .	Материальные условия.											
	Хорошие.						Плохие.					
	7—9 л.		10—11 л.		12—14 л.		7—9 л.		10—11 л.		12—14 л.	
П о л .	м.	д.	м.	д.	м.	д.	м.	д.	м.	д.	м.	д.
% клиническ. тbc .	50	12,1	35,5	38,1	9,5	32	52,2	53,2	52,8	36,3	36,8	32,1
% интенсивн. ре- акций (0,5—1,5 см.)	41	15	27	26	19	24	30,4	34	30,5	16,3	31,6	14,3
% отрицательных реакций . . . . .	32	30	19	24	9,5	16	13	23,5	5,5	7,3	13	3,6
	(31)		(22)		(13)		(18,6)		(6,6)		(7,4)	
Количество обследованных . . . . .	22	33	31	42	21	25	23	47	36	55	38	56

Плохо обеспеченные дети еще до поступления в школу оказываются, т о., более зараженными, а после поступления в школу заражаются преимущественно в первые 2 года. Это, может быть, объясняется не только материальной необеспеченностью, но и отсутствием гигиенических навыков. Заражение других детей происходит более равномерно. Мальчики при этом заражаются скорее, что среди обеспеченных сказывается в школе, среди необеспеченных—еще до школы. Быть может, это происходит в силу большей подвижности мальчиков.

Группой детей, среди которых преобладает заболеваемость тbc, являются мальчики необеспеченных родителей,—может быть, в силу их большей зараженности и большей подверженности вредным влияниям вне школы. Наименьшая заболеваемость до школы замечается среди хорошо обеспеченных девочек: зато вредное влияние школы резко сказывается на последующей заболеваемости тbc именно этой группы детей,—вероятно, вследствие большей ее изнеженности. Конечно, эти данные требуют дальнейшей проверки в течение нескольких лет на одних и тех же детях.

Процент интенсивных реакций в группе обеспеченных детей ближе подходит к % клинически туберкулезных, чем в группе плохо обеспеченных: это объясняется тем, что среди последних больше поздних, заживших форм, дающих слабую реакцию (напр., очагового компенсированного тbc 4,7% против 1,1% в другой группе детей).

Таблица VI показывает, что параллелизм между % интенсивных реакций и % клинического тbc настолько значителен, что позволяет придавать реакции Pirquet также диагностическое значение для групповой характеристики детей.

Более доказательные данные о вредном влиянии школы на заболеваемость тbc получают при сопоставлении процента заболеваемости с санитарной характеристикой отдельных школ (см. таблицу VII).

ТАБЛИЦА VII.

Название школы.	Санитарное состояние школы.	% плохо обеспеченн.	% туберкулези. больных				Количество детей
			Тbc интоксикац.	Очагов тbc		Всего	
				А	В		
№ 6	Плохое . . . . .	28	15,4	1,5	3	19,9	136
№ 1	Удовлетворительное . . . . .	58	10,8	2,5	1,9	15,2	267
№ 12	Плохое . . . . .	84	15,4	6,6	2,2	24,2	91

Вредное влияние школы, как видно из этой таблицы, сказывается преимущественно увеличением % тbc интоксикаций, а % очагового компенсированного тbc, т. е. самой поздней клинической формы, соответствующей самому раннему заражению, пропорционален проценту плохо обеспеченных детей.

При сравнении наших данных с данными других авторов оказывается, что распространение тbc инфекции среди казанских детей школьного возраста соответствует распространению ее в других крупных городах (см. таблицу VIII).

ТАБЛИЦА VIII.

	% инфицированных тbc		
	8—9 л.	10—11 л.	12—13 л.
Казанские школьники 1925 г. . . . .	75,6	85,6	91,8
Московские школьники 1922—23 г. (Маркузон и Залеская-Сухова <sup>1)</sup> . . . . .	82,5	85,2	96,9
Венские дети (Hamburger) . . . . .	72	89	94
Омские школьники 1924 г. (Сokolova-Пономарева <sup>2)</sup> . . . . .	71,6 (7—9 л.)	91 (10—12 л.)	94,2 (13—16 л.)
Ленинградск. школьники 1924 г. (Мочан <sup>3)</sup> . . . . .	—	81	—

<sup>1)</sup> В. Туб., 1923, № 3—4.

<sup>2)</sup> Проф. Мед., 1924, № 9—10.

<sup>3)</sup> Доклад на III Противотуберкулезном Съезде в Харькове.

Общие выводы.

1. Реакция Pirquet имеет не только эпидемиологическое, но также и диагностическое значение для групповой характеристики по отношению к тbc детей школьного возраста.

2. Современная школа способствует распространению тbc, но большинство детей вступает в школу в том периоде, когда развитие иммунитета после первичной инфекции уже является законченным.

3. Распространение тbc инфекции среди казанских школьников соответствует распространению ее среди детей в других крупных городах.

---

D-r S. M. Markuse (Kasan). Die Tuberkulose unter den Kindern des Schulalters in den Schulen von Kasan (nach der Reaktion von Pirquet).

Auf Grund der Untersuchung von 500 Kindern im Alter von 7—14 J. kam der Autor zu folgenden Schlüssen: 1) Die Reaktion von Pirquet hat nicht nur epidemiologische sondern auch diagnostische Bedeutung für die Gruppencharakteristik der Kinder des Schulalters in Beziehung zur Tbc. 2) Die gegenwärtige Schule befördert die Verbreitung der Tbc, der grösste Teil der Kinder tritt aber in die Schule in der Periode ein, wenn die Entwicklung der Immunität nach der Erstinfektion schon beendet erscheint. 3) Die Verbreitung der тbc Infektion unter den kasaner Schülern entspricht der Verbreitung unter den Kindern in anderen Grosstädten.

---

## К материалам о боле-пальцевом рефлексе Гроссмана.

Проф. А. А. Сухова (Ленинград).

В № 4 „Врачебной Газеты“ за текущий год проф. И. Б. Гроссман описал новый патологический рефлекс, названный им „пальцевым болевым“. Этот феномен заключается в следующем: сильное, почти до боли, нажатие ногтевой фаланги большого пальца ноги больного вызывает у него плантарную флексию всех остальных пальцев ее; такое же нажатие ногтевых фаланг всех последних дает длительную резкую экстензию (дорзальную) большого пальца. Рефлекс Гроссмана наблюдался им при органических заболеваниях нервной системы, развивающихся, главным образом, при поражении боковых столбов; по выводам автора, он служит ранним признаком поражения пирамидного пути, причем появляется до появления феномена Babinsk'ого и угасает после исчезания его, т. е. отличается большим постоянством.

Проф. Гроссман наблюдал свой рефлекс в резко выраженной степени при *myelitis transversa*, *sclerosis disseminata*, амиотрофическом боковом склерозе, болезни Littl'я, геморрагиях различного генеза и т. д. Ставя описание его предварительным сообщением, автор тем самым кладет начало общей проработке вопросов описанного им рефлекса и накоплению материала о нем. Исходя из этого, приведу 4 клинических случая данного рефлекса из материала Ленинградского Бюро Научно-врачебной Экспертизы, добавив к ним 5-й случай, где этот рефлекс отсутствовал.

1) Ш., 54 лет, слесарь, с 23-летним стажем службы. В анамнезе сосудистая наследственность (апоплексия), в личном анамнезе ничего особенного, в частности интоксикаций не было. 1/X 25 г. острый инсульт с правосторонним параличем, стационарно лечился в больнице. Status 20/IV 26: средних роста, сложения и питания; климактерическая астения; хронический миокардит и артериосклероз, при нормальности остальных внутренних органов (д-р А. А. Смирнов); соматическая иннервация: правосторонний гемипарез с участием нижней ветви n. facialis dex., со следами моторной афазии, с понижением всех видов чувствительности и мышечного чувства в правых конечностях, с небольшим повышением сухожильных рефлексов их, с понижением правых брюшных и подошвенного рефлексов; рефлекса Babinsk'ого нет; ясно выраженный справа рефлекс Гроссмана, слева нет. Психика пресенильная.

2) Р., 60 лет, портной, с 12-летним стажем; в анамнезе наследственности нет, личный анамнез чистый; 3 года назад инсульт с последовательным параличем левой половины; лечился стационарно в 1924 г. Status 20/IV 26: астеническая конституция, сенильная дистрофия, хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов); иннервация: левосторонний спастический гемипарез, с понижением всех видов чувствительности и фотоэстетического ощущения, с повышением сухожильных рефлексов, повышенных здесь больше, чем в правых конечностях, где они также несколько повышены, и с понижением кожных рефлексов; рефлекса Babinsk'ого нет; слева ясный Гроссман; со стороны дна глаз—слегка сероватые соски. Психика ясно сенильная.

3) М., 54 лет, служащий, с 15-летним стажем. В анамнезе наследственности нет, в личном анамнезе: много курил. Болен с 24/VI 24 г.; после острого инсульта развился левосторонний паралич, лечился стационарно в больнице. Status 20/IV 26: средних роста, сложения и питания; артериосклероз и хронический миокардит (д-р А. А. Смирнов). Иннервация: левосторонний гемипарез с равномерной паретичностью верхней и нижней конечностей, с понижением всех видов чувстви-

тельности, с повышением сухожильных рефлексов и с понижением кожных: В а b i n s k i отсутствует; слева ясный Г р о с с м а н. Психика неврастеничная.

4) В., 53 лет, свердловщик, с 24-летним стажем. Наследственности нет. Личный анамнез чист. Болен 15 лет. Status 20/IV 26: климактерическая астения с большой выраженностью гипотиреоза; хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов). Иннервация: мидриаз, вялая реакция зрачков на свет, повышенные и неравномерные коленные и Ахилловы рефлексы, намек на R o m b e r g'a, небольшая атаксия нижних конечностей, глазное дно нормально. двухсторонний хронический отит; психика ясно сенильная.

5) Р., 70 л., фармацевт, с 30-летним стажем. Анамнез плохо помнит, за последние 2 года быстро дряхлеет. Status 20/IV 26: средних роста и сложения; старческая астения с преобладанием гипотиреозных явлений; хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов); иннервация: вялость всех кожных рефлексов, заметное повышение всех сухожильных рефлексов; из патологических нельзя отметить ни одного, нет и рефлекса Г р о с с м а н а. Психика—глубоко сенильная деменция.

Описанные случаи могут быть вкратце охарактеризованы так: 1-ый, 2-ой и 3-ий случаи представляют атероматозно-тромботическое поражение моторной зоны коры cerebri, 4-ый дает синдром развивающегося tabes'a, 5-ый, приведенный дополнительно,—синдром сенильного артериосклероза центральной нервной системы с явлениями сенильной деменции. Интересно, что в последнем случае со склерозной атрофичностью коры cerebri и с дементностью в клинической картине не было констатировано рефлекса Г р о с с м а н а. Это подтверждает выводы проф. Г р о с с м а н а, который, считая свой кожный рефлекс в отношении проводящих путей корковым, заключает, что разрушения коры психомоторной области центральных извилин или перерыв проводников внутри головного мозга выявляют спинномозговую натуру рефлекса: „дорзальная экстензия большого пальца, являясь рефлексом преформированным из области спинального автоматизма, подчиняется вполне деятельности высших центров“, истощивание которых и выявляет рефлекс Г р о с с м а н а.

Накопление клинического материала в литературе по вопросам рефлекса Г р о с с м а н а, особенно в формах психо- и невропатологических, может помочь диагностированию органических форм их и дифференциальному отграничению последних от форм функциональных. В частности, при помощи его можно, как и при помощи симптома проф. Р о т а, дифференцировать диагностику сложных случаев истерических гемипарезов от органических. Поэтому не мешает, чтобы психиатры и невропатологи усиленно проработали вопросы рефлекса проф. Г р о с с м а н а в психиатрических и неврологических учреждениях.

---

Prof. A. A. S s u c h o w (Leningrad). Ein Beitrag zum Fingerschmerz-Reflex von Grossmann.

Prof. I. B. Grossmann hat in diesem Jahre einen neuen pathologischen Reflex beschrieben, welcher darin besteht, dass fast bis zum Schmerz starkes Aufdrücken auf die Endphalange der grossen Zehe beim Kranken eine plantarë Flexion aller anderer Finger hervorruft, während das Aufdrücken auf alle übrigen Endphalangen eine langdauernde Extension (dorsale) der grossen Zehe zur Folge hat. Der Autor beobachtete diesen Reflex in 3 Fällen von atheromatös-trombotischer Veränderung der motorischen Zone der Hirnrinde, in 1 Falle einer beginnenden Tabes und in 1 Falle von seniler Arteriosklerose des zentralen Nervensystems mit Erscheinungen der Dementia senilis.

---



## О применении галила (1116) при сифилисе и некоторых кожных болезнях.

Д-ра П. Ф. Орлова (Ленинград).

Терапевтическая ценность галила при сифилисе не подлежит сомнению. По сообщению авторов, работавших с ним (Troisfontaines, Abraham, Зеленев и др.), он в этом отношении не только не уступает салварсану, но, может быть, превосходит его. За то мнения относительно его побочных действий разноречивы: одни считают его токсичнее салварсана и указывают на случаи даже летального исхода от применения галила, другие находят, что он безвреден, переносятся хорошо и не дает серьезных осложнений. Поэтому я позволю себе поделиться теми впечатлениями, которые были получены от внутривенных инъекций галила в клинике Нижегородского Университета за 1921—22 г.г. при лечении как сифилиса, так и некоторых кожных болезней.

Галил изготовлен проф. А. Mouneyrat и представляет собою желтый порошок; его химическая формула  $C_{24}H_{22}O_8N_4P_2As_4$  (тетраоксидифосфотетрааминодиарсенобензол); он содержит 35,5% мышьяка и 7,2% фосфора. Отпускается галил в наполненных азотом стерилизованных флакончиках. К каждому флакончику прилагается ампулла, содержащая стерилизованную углекислую сыворотку, и маленькая стеклянная трубочка для фильтрования. В прилагаемых проспектах рекомендуется, вскрыв напильником флакон и ампуллу, вылить сыворотку на порошок, причем должно произойти быстрое растворение последнего, а затем, надев на шприц фильтрующую трубку, набрать раствор в шприц и произвести впрыскивание его в вену с соблюдением обычной техники. При своих работах мы, однако, держались несколько иного способа действия. В тех препаратах, которые имелись в нашем распоряжении, сыворотка почти постоянно была не вполне прозрачна и содержала выпавший в виде хлопьев осадок. Поэтому, вскрыв ампуллу лишь с одного конца, мы насаживали на шприц фильтрующую трубку и через этот фильтр набирали сыворотку, которая становилась при этом уже совершенно прозрачной. Из шприца сыворотка выливалась во вскрытый флакон с порошком. Однако полного растворения последнего при этом не только через несколько секунд, но и через несколько минут почти никогда не наступало, несмотря на рекомендуемое встряхивание. Для получения прозрачного раствора приходилось прибавлять несколько (3—8) капель 20% раствора едкого натра. Так как мы предпочитали менее концентрированные впрыскивания, то, набрав полученный раствор (около 7 куб. сант.) в 20-граммовый шприц, мы дополняли его до полного объема дистиллированной водой. Больные при впрыскивании находились в горизонтальном положении, а после него, в большинстве случаев, лежали в постели в течение 1—2 часов.

Вопрос о дозировке галила являлся весьма существенным в наших опытах. Уже проф. Зеленеv, применявший предложенную автором препарата дозу в 0,5, в своих выводах указывает на необходимость видоизменить эту дозу. Стремясь избежать тех побочных действий галила, которые были описаны различными авторами, мы решили придерживаться лишь малых, дробных доз. Поэтому взрослым больным в первый раз мы впрыскивали 0.1, а в последующие—0,2 галила; детям дозировка соответственно уменьшалась. При лечении одним только галилом впрыскивания делались каждые 3—7 дней и повторялись 5—6 раз. В некоторых случаях было произведено до 12 впрыскиваний на протяжении 1½ мес. При смешанном лечении, с ртутью и иодом, на протяжении обычного курса делалось 2—3 вливания. В общем галил был применен нами на 70 больных, которым было сделано, в общей сложности, 220 впрыскиваний.

Терапевтическое действие галила при сифилисе оказалось чрезвычайно благоприятным и, по нашим наблюдениям, несколько не уступало неосальварсану. При твердом шанкре применять его нам не приходилось, но розеолезная сыпь, слизистые папулы и т. п. исчезали даже быстрее, чем от неосальварсана. Третичные поражения также успешно поддавались действию галила.

Из кожных болезней галил применялся нами у больных с *lichen ruber planus*, *pemphigus vegetans*, *pemphigus vulgaris* и фурункулезе, причем, если при первом заболевании можно было отметить от него известный успех, то при остальных никакого определенного действия на течение болезни заметно не было. Здесь следует лишь упомянуть о влиянии галила на состав крови у больных с пемфигусом. Проф. Зеленеvым было отмечено уменьшение количества эозинофилов у сифилитиков после вливания галила. Интересно было проверить это влияние на эозинофилию при пемфигусе. С этой целью мы произвели у наших больных ряд систематических исследований крови. Для краткости я приведу лишь по одной паре цифр у двух больных.

I. Б-ная К., *pemphigus vegetans*. Кровь 4/IV 22 г. (до вливания галила): гемоглобина по *S a h l i* 55%, эритроцитов 4.095.000, лейкоцитов—9.062, из них нейтрофилов—42,2%, лимфоцитов малых—31,9%, больших—4,4%, мононуклеаров—3,1%, переходных—2,3%, эозинофилов—16,1%. Кровь 7/XI (после вливания): Нв.—52%, эритроцитов—3.960.000, лейкоцитов—12.608, из них нейтрофилов—54,5%, лимфоцитов малых—24,8%, больших—2,5%, мононуклеаров—1,5%, переходных—1,7%, эозинофилов—15,0%.

II. Б-ная Ф., *pemphigus vulgaris*. Кровь 21/III 23 г. (до вливания галила): Нв.—75%, эритроцитов—3.350.000, лейкоцитов—8.437, в том числе нейтрофилов—56,7%, лимфоцитов малых—27,7%, больших—3,9%, мононуклеаров—4,7%, переходных—2%, эозинофилов—5%. 25/III 23 г. (через 3 дня после вливания): Нв.—9,5%, эритроцитов—5.150.000, лейкоцитов—7.813, нейтрофилов—61,0%, лимфоцитов малых—31%, больших—4%, мононуклеаров—1,7%, переходных—1%, эозинофилов—1,3%.

В обоих случаях имело место, значит, повышение нейтрофилов и уменьшение эозинофилов. Однако у первой больной, как показали многочисленные исследования крови, количество эозинофилов колебалось в пределах 11—16% и независимо от применения галила.

Обратимся теперь к побочным действиям галила, боязнь которых, повидимому, и являлась главным препятствием для более широкого распространения этого препарата. Проф. Зеленеv дает чрезвычайно похвальный отзыв об его действии как на сифилиды, так и на общее

состояние больных; однако он отмечает и токсический эффект препарата, который выражался главным образом в тошноте, рвоте, энтерите, головных болях и повышении  $t^0$ . Troisfontaines также более, чем в половине своих случаев, имел осложнения со стороны желудка и кишечника. Hastings Willis сообщил даже о случае смерти после второго вливания галила. Все упомянутые авторы применяли, однако, слишком большие (не менее 0,5) дозы препарата. Имея это в виду, мы приступили к вливанию галила с большою осторожностью. Опыт, однако, вскоре же рассеял наши опасения: при указанной выше дозировке и методике мы совершенно не наблюдали сколько-нибудь серьезных побочных действий. Так, расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, хотя-бы и в легкой форме, не было отмечено нами ни разу, жалобы на головную боль также почти отсутствовали. Что касается температурной реакции, то она наблюдалась сравнительно часто, но обычно была умеренна: приблизительно в  $\frac{1}{3}$  всех случаев через 2—3 часа после вливания  $t^0$  повышалась на 1—2°, причем повышение это сопровождалось небольшим ознобом. Неблагоприятного действия на почки, однако, отмечено не было. На другой день после вливания общее состояние больных, аппетит и т. д. в большинстве случаев заметно повышались. Повторное применение более малых доз давало те же прекрасные терапевтические результаты при сифилисе, какие уже описаны проф. Зеленевым, но без отмеченных им побочных действий.

Суммируя наши выводы, мы можем сказать следующее: галил является ценным противосифилитическим средством; при невысокой дозировке (0,2), часто повторяемой, он не дает никаких серьезных осложнений; благотворное действие его на общее состояние и состав крови сифилитиков несомненно; влияние на эозинофилию при pemphigus'e, повидимому, незначительно.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А :

1) Troisfontaines. Presse méd., 1913, № 11.—2) Зеленов. Русск. Журн. Кожн. и Вен. Бол., 1913, XXV и XXVI.—3) Abraham. По реф. в Дермат., 1914, № 3.—4) Проф. Г. И. Мещерский. Лечение сифилиса. М. 1922.—5) Hastings Willis. Med. J. of Austr., 1915, XII, p. 536.

---

Dr P. F. Orloff (Leningrad). Ueber die Anwendung des Halils (1116) bei Syphilis und manchen Hautkrankheiten.

Halil wurde bei 70 Kranken angewendet, meistens bei Syphilis und auch bei manchen mit Lichen ruber, Pemphigus vegetans, Pemphigus vulgaris und Furunkulosis Kranken. Bei Erwachsenen zum ersten Mal wurde intravenös 0,1 Halils injiziert, nachher — 0,2; die Injektionen wurden 5—6 Mal mit der Zwischenzeit von 3 bis 7 Tagen wiederholt. Der Autor überzeugte sich bei diesem, dass Halil, als ein kostbares, nicht nachgebendes dem Salvarsan antisiphilitisches Mittel erscheint, welches bei bezeichneter Dosierung keine ernsthafte Complicationen gibt. Was die Anwendung bei oben bezeichneten Hautkrankheiten betrifft, so wurde ein gewisser Erfolg nur bei Kranken mit Lichen ruber planus beobachtet.

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

### Этиология, профилактика и серотерапия скарлатины\*).

М. П. Изоболинского (Смоленск).

В течение 30 с лишним лет вопрос об этиологии скарлатины является предметом самого глубокого внимания и тщательного изучения со стороны целого ряда исследователей. На этом длинном и тернистом пути исканий бывали моменты, полные надежд, когда казалось, что вот-вот мы приближаемся к разрешению столь тяжелой и заманчивой проблемы; но, к сожалению, надежды эти быстро сменялись разочарованием, и научная мысль погружалась снова в безнадежный скептицизм.

Если проследить вопрос исторически, то мы видим, что еще в 1895 г. Löffler впервые указал на постоянное присутствие стрептококков в зеве скарлатинозных больных. Baginsky и Sommerfeld подтвердили наблюдения Löffler'a, доказав при этом наличие стрептококков в крови сердца и в органах скарлатинозных трупов. К аналогичным результатам пришли и другие исследователи, занимавшиеся вопросом об этиологии скарлатины. Скоро, однако, в оценке этих результатов мнения авторов разделились: в то время, как одни исследователи рассматривали стрептококка, как возбудителя скарлатины, другие, с Neuberg'ом во главе, отрицали это, приписывая стрептококку роль микроба, лишь сопутствующего неизвестному возбудителю скарлатины. Габричевский вначале с большой осторожностью высказывался о роли стрептококка при скарлатине, но затем, когда вакцина его в некоторых случаях стала давать комплекс симптомов, типичных для скарлатины, он всецело присоединился к той группе исследователей, которая считала стрептококка специфическим возбудителем скарлатины.

В 1903 г. Moser и Pirquet сообщили, что им удалось, путем иммунизации лошадей, получить сыворотку, обладающую способностью агглютинировать скарлатинозных стрептококков в разведении 1:20.000; другие же стрептококки совсем не агглютинировались, или, в лучшем случае, агглютинация их появлялась только при разведении этой сыворотки 1:100. Однако, открытие Moser'a и Pirquet не получило полного признания, вследствие разноречивости результатов целого ряда позднейших исследователей, и вопрос этот скоро предан полному забвению. Обстоятельству этому помогла еще работа Joschmann'a, который указал на отсутствие стрептококков в крови и органах при тяжелых, молниеносных формах скарлатины, особенно подчеркнув противоречие между абсолютным иммунитетом после скарлатины и отсутствием явлений невосприимчивости после других стрептококковых инфекций.

За последние 3 года в столь темный и запутанный вопрос об этиологии скарлатины проник яркий луч света. С одной стороны американские исследователи Doschez, в Нью-Йорке, и супруги Dick, в Чикаго, на основании своих блестящих экспериментов пришли к заключению, что возбудителем скарлатины является особый вид гемолитического стрептококка, гнездящегося в зеве и миндалинах у скарлатинозных больных и выделяющего специфический токсин; с другой—итальянская школа исследователей, с di Cristina, Caronia и Sindoni во главе, сообщила, что ее представителям удалось выделить из крови скарлатинозных больных, на особой питательной среде, фильтрующийся вирус, ультрамикроскопически имеющий вид овоидных образований. При помощи этого вируса им удалось экспериментально вызвать у людей типичную скарлатину.

Вполне естественно, что из этих двух открытий больше внимания останавливает на себе открытие американских исследователей—в силу того уже, что у

\*) Доклад в заседании Научного О-ва Смоленских Врачей.

них идет речь о стрептококке, нашем старом знакомом, о котором так много говорилось и писалось на протяжении десятков лет и в котором так упорно подозревали одного из главнейших виновников скарлатины. И мы видим, что постепенно целый ряд сначала американских, а затем английских, немецких и в последнее время русских исследователей приходит к выводу, что почти во всех случаях скарлатины (90%) удается выделить из зева и миндалин скарлатинозных больных особый тип гемолитического стрептококка, дающего при иммунизации им специфическую, агглютинирующую только данный вид стрептококка, а не стрептококка другого происхождения, сыворотку.

Что касается экспериментальной скарлатины, то в этом отношении необходимо указать на опыты супругов Dick. Им удалось инфицировать через миндалины 10 студентов-добровольцев, не болевших ранее скарлатиной, живой 24-часовой культурой скарлатинозного стрептококка. Из этих 10 студентов 5 не заболело, 2 заболели ангиной с  $t^{\circ}$  до  $39^{\circ}$ , а остальные 3 студента — типичной скарлатиной, закончившейся через 4—5 дней шелушением.

Возникает вопрос: являются ли все симптомы скарлатины и в первую очередь скарлатинозная сыпь результатом действия самих стрептококков? На этот вопрос дают нам ответ оригинальные опыты тех же супругов Dick. Они доказали, что, если впрыснуть внутривенно восприимчивым к скарлатине людям фильтрат из конденсационной воды кровяного агара, на котором росла культура скарлатинозного стрептококка, то фильтрат этот в разведении 1:1000 вызывает покраснение и инфильтрацию на коже, аналогично реакции Schick'a при дифтерии, при внутримышечной же инфекции неразведенного фильтрата-токсина в количестве 0.1 к. с. получают общую скарлатинозную сыпь и повышение температуры. Отсюда ясно, что центр тяжести лежит в том токсине, который выделяется скарлатинозным стрептококком.

Контрольные опыты с токсинами из других стрептококковых рас упомянутых реакций не вызывают, а если удается иногда вызвать положительную реакцию Dick'a, то для этого требуются более концентрированные разведения токсина (1:50:100). Кроме того, Friedemann'y и Deicher'y удалось доказать, что при смешивании довольно сильного скарлатинозного токсина с сывороткой иммунизированной скарлатинозным стрептококком лошади получается смесь, которая теряет способность давать реакцию Dick'a при внутривенном введении ее; аналогичный результат был получен этими авторами при смешивании токсина с сывороткой выздоравливающих от скарлатины. Наконец, на чрезвычайно интересный факт указал Döschel: если сыворотку лошади, иммунизированной скарлатинными стрептококками, впрыскивать больному с ярко выраженной экзантемой, то на местах впрыскивания замечается т. н. феномен угасания сыпи. Этот феномен угасания наблюдается даже при разведениях сыворотки до 1:1000. Нормальная лошадиная сыворотка этого феномена не дает.

Таким образом на основании вышеприведенных данных мы видим, что между стрептококком и скарлатиной, несомненно, существует очень тесная связь. Связь эту еще больше подтверждают те многочисленные опыты, которые произведены до сих пор при помощи реакции Dick'a на здоровых, скарлатинозных и выздоравливающих от скарлатины людях. Является ли один только стрептококк возбудителем скарлатины,—сказать, конечно, сейчас трудно. Весьма возможно, что в культурах скарлатинозного стрептококка имеется еще какой-то невидимый вирус, который при переносе переносится на свежие питательные среды вместе с стрептококком и вместе с ним участвует во всех биологических процессах. Во всяком случае мы должны теперь согласиться, что доминирующую роль в этиологии скарлатины играет стрептококк, оставляя пока в стороне все гипотезы относительно другого, невидимого, ультрамикроскопического вируса. Поэтому нам думается, что следует пока с величайшей осторожностью относиться к ультрамикроскопическому вирусу итальянских исследователей, несмотря на то, что ими уже опубликованы даже благоприятные результаты вакцинации против скарлатины специально приготовленной вакциной из найденных ими возбудителей.

Если мы остановим свое внимание на том токсине, который выделяют скарлатинозные стрептококки при известных условиях их выращивания, то увидим, что при помощи этого токсина Dick'y удалось выяснять целый ряд весьма важных эпидемиологических вопросов, которые до того оставались для нас совершенно неясными. Dick'y и целому ряду других американских авторов удалось, на основании довольно большого количества исследований, установить, напр., что лишь известный и сравнительно небольшой процент населения восприимчив к скарла-

тине,—что наибольшей восприимчивостью обладают дети до 5 лет,—что с возрастом восприимчивость уменьшается, и что люди старше 20 лет обладают значительным иммунитетом к скарлатине. Иммунитет этот обуславливается известным содержанием в крови антитоксина, который в большинстве случаев является результатом повторных, легких и незаметных инфекций, а может быть и бациллоношения, как это наблюдается по отношению к дифтериту.

На такую аналогию дают нам право и результаты параллельных исследований по Dick'у и Schick'у, когда почти в 2/3 случаев получается совпадение цифр для обеих реакций. Наши собственные, пока немногочисленные, наблюдения над реакцией Dick'a позволяют нам во многих отношениях согласиться с эпидемиологическими выводами американских исследователей; но, с другой стороны, мы полагаем, что реакция Dick'a несовсем специфична и в этом отношении уступает реакции Schick'a при дифтерите. Наши наблюдения в этом направлении продолжаются, и мы еще пока не можем высказать своего окончательного мнения.

Переходя к вопросу о профилактике скарлатины, необходимо раньше всего остановить свое внимание на вакцине Габричевского, предложенной им еще 30 лет тому назад. Со стороны иностранных исследователей вакцина эта сочувствия не встретила, т. к. этиологическая роль стрептококка при скарлатине в то время совершенно отрицалась. Вакцина эта нашла себе широкое применение в наших русских условиях, при отсутствии других профилактических мероприятий и особенно в условиях деревенской обстановки. В нашем распоряжении имеется довольно большой—еще довоенный, до 1914 г.—материал наблюдений над применением вакцины Габричевского, из которого видно, что во многих случаях вакцина оказывала благоприятное действие,—обрывала эпидемии, предохраняла целые группы населения от инфекции.

Однако, наряду с этими благоприятными впечатлениями, имеется и целый ряд отрицательных и неопределенных выводов по поводу действия вакцины. По всей вероятности, причиной столь разноречивых мнений является то обстоятельство, что опыты применения вакцины были поставлены недостаточно научно,—при них не учтены были все эпидемиологические факторы. В течение прошлого года нашим Институтом выпущено было большое количество вакцины по Габричевскому для прививок населению г. Смоленска и Смоленской губ. К сожалению, материал по прививкам не попал в наши руки, и мы не могли научно разработать; удалось только узнать, что во многих местах, благодаря прививкам, прекращалась эпидемия, а среди привитых, если и были случаи заболевания скарлатиной, то они протекали чрезвычайно легко и abortивно.

В настоящее время, в связи с новейшими исследованиями американских авторов о роли стрептококка при скарлатине и в связи с возможностью контролировать результаты иммунизации при помощи реакции Dick'a, мы имеем полное основание шире проводить опыты с вакцинацией по Габричевскому при соблюдении, конечно, строго-научной обстановки. Эти опыты и наблюдения должны производиться при ближайшем участии бактериологических институтов и должны быть научно разработаны.

Наряду с вакцинацией по Габричевскому в последнее время американскими авторами выдвинут вопрос об иммунизации населения токсином из скарлатинных стрептококков, т. к. американская школа, во главе с Dick'ом, рассматривает скарлатину, как токсикоз, следствие отравления организма токсином, а поэтому и иммунитет при скарлатине представители этой школы считают антитоксическим. Опыты активной иммунизации токсином по Dick'у еще весьма ограничены, но, судя по данным американских исследователей, они настолько благоприятны, что позволяют надеяться на значительные успехи в деле борьбы с скарлатиной. В этом направлении нужны еще наблюдения, нужны еще предварительные опыты изучения токсинов различного приготовления, необходимо еще тщательное изучение дозировки этих токсинов, изучение роли протеинов в этих токсинах и т. п. Во всяком случае, в вопросе об активной иммунизации при скарлатине американскими авторами, во главе с Dick'ом, открыты новые, интересные и многообещающие перспективы.

Несколько слов еще о вакцине итальянских авторов. Из выделенного ими микроба,—специфического, по их мнению, возбудителя скарлатины—выкультивированного на специальной среде Noguchi-Tarozzi или на асцитном бульоне с примесью человеческой крови, авторы готовят вакцину, которую впрыскивают под кожу или в мышцу. По наблюдениям Sindoni из 292 вакциниро-

ванных таким образом детей, находившихся потом в непосредственном соприкосновении с инфекцией, заболел скарлатиной только один ребенок. Vogá, Roshapо и другие итальянские авторы, применявшие вакцину Cristina, констатируют прекращение заболеваемости и значительное падение смертности от скарлатины. Однако, как я уже упомянул, к этим наблюдениям необходимо отнестись пока с большой осторожностью, т. к. они еще малочисленны и недостаточно проверены как с экспериментальной, так и с клинической стороны.

В вопросе о серотерапии скарлатины необходимо также отметить за последнее время значительный сдвиг в благоприятную сторону. После неудачного применения при скарлатине сывороток Marmorek'a и Aronson'a нельзя обойти молчанием сыворотку, предложенную венским педиатром Moser'ом. Moser иммунизировал лошадей скарлатинными стрептококками и получал сыворотки, не только агглютинирующие стрептококки, но и благоприятно действующие, по его мнению, на самый процесс скарлатинной инфекции, — вызывающие понижение температуры, улучшение общего состояния и пр.

О благоприятном действии сыворотки Moser'a имеется ряд наблюдений наших русских авторов, особенно Эгиза и Лангового, которые в 374 случаях, леченных сывороткой Moser'a, получили снижение смертности с 47% до 16%. Однако, наряду с этими благоприятными отзывами, мы имеем целый ряд отрицательных выводов, и даже сам Moser впоследствии признал, что ему не удалось получить специфической лечебной сыворотки. На основании новейших данных мы должны признать, что для Moser'a, очевидно, в то время было неясно, что лечебная скарлатинная сыворотка должна быть антитоксической, а не антибактериальной. Сейчас мы уже знаем, что не все стрептококки, гнездящиеся в зеве скарлатинозных больных, являются скарлатинными стрептококками, и весьма возможно, что Moser оперировал с неподходящими расами их. Наконец, в виду отсутствия в то время методов испытания сыворотки, возможно также, что для клинических целей попадались совершенно неактивные сыворотки. Что все эти препятствия в настоящее время устранены, — показывает, насколько велика заслуга американских исследователей.

Еще в 1895 г. Weizbácher и Blumenthal предложили пользоваться для лечения скарлатины сывороткой рековалесценто́в. Целый ряд клинических, особенно Jungmann и Reiss, горячо рекомендовал этот метод лечения. Однако, принимая во внимание, что в сыворотке рековалесценто́в, как показали исследования, содержание антитоксина ничтожно, нельзя признать этот метод научно обоснованным. Кроме того, получение, сохранение этой сыворотки и применение ее на практике сопряжены с целым рядом весьма существенных препятствий. Ни одна рековалесцентная сыворотка не может содержать такого количества антитоксина, как искусственная, полученная путем иммунизации животных.

Исходя из тех соображений, что скарлатина является токсикозом, американские исследователи обратили свое внимание на приготовление антитоксических сывороток. Dick'i иммунизируют лошадей токсинами из скарлатинных стрептококков, получая сыворотки, дающие прекрасный эффект при скарлатине. Другой американский исследователь, Dochez, получает сыворотку таким образом, что он впрыскивает лошадям подкожно сначала значительное количество агара, а затем в застывшую агаровую массу вводит стрептококков; таким образом он предохраняет лошадей от общей стрептококковой инфекции с одной стороны, а с другой — создает условия для постоянного диффундирования из агара токсинов, которые, постепенно всасываясь, вызывают образование специфических антитоксинов. Сыворотка эта испытана была недавно в Virchow'sкой больнице, в Берлине, Friedemann'ом и дала блестящие результаты; она впрыскивается внутримышечно в количестве 40—50 к. с., а в тяжелых случаях доза эта повторяется на следующий день. Friedemann рекомендует впрыскивать сыворотку не позже 4-го дня после заболевания, т. к. более позднее применение ее не дает такого лечебного эффекта. Спустя 12—14 часов после введения сыворотки сыпь исчезает, температура падает до нормы, общее самочувствие значительно улучшается, и дети на следующий день играют в постели. На основании своих наблюдений названный автор приходит к выводу, что в сыворотке Dochez мы имеем в настоящее время могучее средство против скарлатины.

Еще до опубликования американскими авторами метода иммунизации лошадей с целью получения противоскарлатинной сыворотки, нами в Институте применяется в течение уже двух лет метод получения антистрептококковой сыворотки. Лошади иммунизируются нами подкожно 12-ю различными штаммами стреп-

токкокка, из коих 9 скарлатинозных и 3—септических. Впрыскивается бульонная культура стрептококка в постепенно повышающихся дозах, сначала убитая, а затем живая. Живой культуры мы вводим до 400—500 к. с. за период иммунизации, продолжающийся 3—4 месяца. Во время иммунизации лошади реагируют местными явлениями — инфильтратами и высокой температурой, доходящей до 39—40°. Полученная нами сыворотка обладает довольно высокими активными свойствами по отношению к скарлатинозному процессу. Подобно сыворотке D o s c h e z, будучи применена в первые дни болезни, она вызывает резкое падение температуры, угасание сыпи и значительное улучшение самочувствия. Подробному описанию метода приготовления этой сыворотки и ее действия посвящена будет специальная работа; поэтому я считаю излишним останавливаться сейчас на этом вопросе.

Подводя итоги всему изложенному, мы должны прийти к выводу, что проблема скарлатины, благодаря новейшим исследованиям, находится на пути к ее разрешению. В трех главнейших ее этапах—этиологии, профилактики и серотерапии—внесено много нового и много ободряющего. Влзится время, когда мы, преодолев все препятствия на пути к разрешению этой проблемы, сумеем записать на свой актив еще одну крупную победу. Не будем только увлекаться в оценке наших достижений на пути к этой победе. Будем спокойно и объективно разбираться в каждом из них, медленно и осторожно, вооруженные опытом и строгой научной критикой, идти верными и бодрыми шагами по проторенной уже дороге к заключительной победе еще над одним из злейших врагов человечества.

## Рефераты.

### а) Физиология.

451. *К физиологии селезенки.* По экспериментальным исследованиям проф. Г. П. Сахарова и д-ра С. С. Зубова (Вестн. Эндокринолог., 1926, № 6), селезенка выделяет особое вещество—лейкоцитолитин, ферментоподобной природы, разрушающееся при нагревании в течение  $\frac{1}{2}$ -часа при 56°. Эта лейкоцитолитическая функция селезенки находится под влиянием различных воздействий, в частности гормональных. Щелочи стимулируют эту функцию, кислоты же, наоборот, тормозят. Печень в отношении лейкоцитолита обладает противоположными по сравнению с селезенкой свойствами. В. С.

452. *О функциях мозжечка.* По опытам Я. тен-Катэ (Врач. Об., 1926, № 8) мозжечек оказывает тоническое и стеническое влияние на мускулатуру, причем это влияние на отдельные мышечные группы и обуславливает сохранение животного равновесия. Клинические данные, по автору, свидетельствуют, что происхождение различных нарушений движений, наблюдаемых после повреждения мозжечка, должно быть отнесено главным образом на известную атонию мышц. В. С.

### б) Бактериология и иммунитет.

453. *К методике изучения строения бактерий.* На основании своих исследований проф. Ф. Я. Китаев (Вест. Мир., и Эпид., 1926, вып. 3) нашел, что такие микробы, как палочки дифтерии, брюшного тифа и сибирской язвы, обладают ясно дифференцированными ядрами. Последние, однако, большей частью невидны, благодаря присутствию в бактериальной клетке белкового вещества (дейтоплазмы), обладающего способностью особенно хорошо воспринимать окраску; окружая ядро со всех сторон, вещество это и делает его невидным. Чтобы сделать ядра бактерий доступными для исследования, автор предлагает, для удаления дейтоплазмы, обрабатывать бактерии слабыми растворами щелочей, а именно, рекомендует  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % растворы NaOH или KOH для Gram-положительных бактерий и 1% раствор Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>—для Gram-отрицательных. В. С.

454. *К вопросу об изменчивости микробов.* Б. И. Курочкин (Мед. Об. Нижн. Пов., 1926, № 7—8), выращивая культуры некоторых микробов (*b. subtilis*, *b. typhi* abd., *staph. aureus*) на бульоне, содержащем этиловый алкоголь, в течение ряда генераций, вызвал изменения как морфологического строения, так и биологических особенностей этих микробов, каковые изменения передавались новым



поколениям последних. Пересадив затем „алкогольных“ микробов на бульон, не содержащий алкоголя, и производя пересев каждые 2 суток, автор за 436 дней не получил полного возврата к исходным штаммам. В. С.

455. *К проблеме иммунитета.* Проф. В. М. Здравосмыслов (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2) при своих опытах убедился, что не только бактерии, но и вещества, повидимому, нейтрального свойства (вроде кармина), какими-бы путями они не были введены в организм, направляются главным образом в кишечник. Автор думает, что и антитела, как таковые, представляют собою результат ферментативных процессов, разыгрывающихся главным образом в кишечнике. С этой точки зрения легко объясняются результаты предложенных за последнее время различными авторами способов иммунизации per os (Безредка, Calmette, Guérin и пр.). В. С.

456. *Стафилококки и метиленовая синька.* Уже ранее некоторые авторы (Lougos, Fuss и др.) указывали, что существует известный параллелизм между вирулентностью микробов,—в частности стрептококков, стафилококков, *b. coli* и пр.,—и способностью их редуцировать метиленовую синьку в жидких средах. Чтобы проверить это, Lesbrie и Jautsion (С. r. de la Soc. de Biol., 1926, № 9) приготавливали растворы Löffler'говской синьки в пептонной воде и бульоне, в концентрации 1:30 для стафилококков, 1:40 для *b. paratyphi*, 1:60 для дизентерийных палочек и 1:250 для стрептококков, засекали их и следили за быстротой и степенью обесцвечивания. При этом они могли действительно установить для стафилококков параллелизм между их вирулентностью и восстанавливающей способностью. В. С.

457. *Роль кожи при заражении бешенством.* Д-р К. Халяпин (Тр. Азерб. Инст. Микр., вып. 2—3) экспериментальным путем убедился, что у морских свинок кожа является органом, весьма чувствительным к вирусу бешенства,—инфекция свинок бешенством через кожу удается очень легко, что автор ставит в связь с анатомическими ее особенностями (богатая нервная сеть). Если переносить данные этих опытов на человека, то и у него нужно более внимательно относиться к поверхностным, ограничивающимся лишь кожей, укусам бешеными животными. В. С.

458. *Лечение рожи по Безредка.* К. Т. Глухов (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2), применив лечение антивирусом Безредка в 129 случаях рожистого воспаления, пришел к следующим выводам: 1) Антивирус Б. (стрептококковый фильтрат), будучи применяем при рожистом воспалении в виде компрессов, мази, впрыскиваний в толщу кожи и обкалываний, безвреден. 2) Применяемый в указанных формах антивирус действует, повидимому, как специфический лечебный агент, особенно, если применять его не только на больной участок, но одновременно и на окружающую здоровую кожу. 3) В форме обкалывания (впрыскивания в кожу) антивирус более активен. 4) Лечение им уменьшает количество осложнений при роже, рецидивов последней и смертельных исходов, а также сокращает срок пребывания в больнице. 5) Антивирус в виде мази упрощает технику применения, являясь поэтому очень удобной лекарственной формой. 6) Он действует, как лечебный агент, и в случаях хронической рожи. 7) Антивирус оказывается менее активным при роже со стрептококками в крови. В. С.

459. *Одномоментная вакцинация против оспы и дифтерии.* Проф. Здродовский предложил, в сельской практике, производить одновременно с прививкой оспенной лимфы детям, и активную иммунизацию их против дифтерии дифтерийным анатоксином. По его предложению д-р Г. Амин-Заде (Тр. Азерб. Инст. Микроб., вып. 2—3) экспериментально проверил, на кроликах, не отражается ли прививка оспы на продукции иммунитета против дифтерии. Оказалось, что — нет. В. С.

460. *К этиологии детской холеры.* Проф. П. Здродовский и Н. Бренн (Тр. Азерб. Инст. Микроб., вып. 2—3), на основании своих наблюдений устанавливают важную роль *b. coli* в этиологии детской холеры. Повидимому, кишечная палочка является главной виновницей этой болезни, хотя в возникновении последней могут принимать участие и другие микробы, в частности *b. proteus*. В. С.

461. *Вакциноterapia бациллярной дизентерии per os.* Испытыв этот способ лечения в 105 случаях, К. Т. Глухов, Е. А. Волкова, Г. Л. Ерусал-

лимчик и Л. Г. Папина (Проф. Мед., 1926, № 7—8) убедились, что применение дизентерийной вакцины в дозах даже до 600 миллиардов в сутки на человека в течение 6—8 дней совершенно безвредно. Для получения хорошего терапевтического результата вакцину нужно применять по возможности раньше, — в первые же сутки заболевания; при этом условии вакцинация в течение первых же суток ведет к уменьшению стула и улучшению самочувствия больных; для закрепления этих результатов вакцинацию, однако, следует продолжать до появления вполне оформленного стула. Для применения per os лучше брать поливалентную вакцину из штаммов Shiga, Flexner'a и Hiess'a. В. С.

### в) Туберкулез.

462. *Фильтрующиеся формы tbc вируса.* Еще в 1910 г. Fontes'om было обнаружено существование чрезвычайно маленьких, способных проходить через фарфоровый фильтр и плаценту форм tbc бацилла. Исследования Arloing'a и Dufour'ta (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2) и др. авторов доказали, что такие фильтрующиеся формы действительно наблюдаются как в культурах tbc палочек, так и в бугорчатых очагах у человека и экспериментальных животных. Так как способность их проходить через плаценту установлена прямыми опытами, то проблема наследственной передачи бугорчатки, считавшаяся разрешенной в отрицательном смысле, должна быть, по Arloing'у и Dufour'ty, пересмотрена в связи с новыми взглядами. В. С.

463. *Существует ли какой-либо параллелизм между алкоголизмом и заболеванием tbc?* Arnoult (Revue d'hyg., 1925, № 7) отвечает на этот вопрос отрицательно. Ни статистические данные, ни клиника, ни эксперимент не дают никаких доказательств в пользу выдвинутой некогда Lансегеса и поддерживаемой до сих пор многими гигиенистами мысли об этиологической связи между tbc и алкоголизмом, и ее лучше оставить. В. С.

464. *Туберкулез мезентериальных желез.* Проф. А. Штернберг (Вр. Газ., 1926, № 15—16) обращает внимание на важное клиническое значение при tbc брыжжеечного аденита, — значение неменьшее, чем какое имеет трахео-бронхиальный аденит. Вызывая местное воспаление брюшины, мезентериальный аденит у tbc больных, в связи с этим, ведет к болям и расстройствам деятельности кишечника в форме то запоров, то поносов. В деле диагностики этого заболевания прощупывание увеличенных брыжжеечных желез не имеет значения, ибо такое прощупывание даже при дряблых, тонких стенках живота обычно бывает невозможно. Гораздо более ценные результаты дает определение болезненности при глубокой пальпации живота, в тех местах, где лежат мезентериальные железы, т. е. в области корня брыжейки, — по линии от правой подвздошной области до точки слева от позвоночника на уровне II поясничного позвонка. С практической точки зрения важно помнить, что наличие болезненности в правой подвздошной ямке может смулировать аппендицит; для отличительного распознавания мезентериального аденита от этого последнего надо обращать внимание на наличие болезненности во второй точке, т. е. точке слева от позвоночника около II поясничного позвонка. В. С.

465. *К кальциевой терапии туберкулеза.* Произведенные в этом направлении наблюдения С. П. Косьмодемьянского и К. Н. Кобелевой (Журн. для усов. врачей, 1926, № 6) показали, что введение  $CaCl_2$  per os мало влияет на увеличение Са в крови, внутривенное же введение ведет к увеличению содержания Са в крови с улучшением клинических явлений в организме. На кровяное давление, пульс и морфологический состав крови внутривенные вливания  $CaCl_2$  почти не оказывают влияния; лейкоцитарная формула лишь незначительно изменяется в сторону повышения лимфоцитоза; щелочность крови понижается. В. С.

### г) Внутренние болезни.

466. *Кровяные пластинки при злокачественных опухолях.* Исследовав количество кровяных пластинок у 51 больного со злокачественными опухолями, В. Н. Соколов (Рус. Клин., № 27) нашел, что у 36 из них, т. е. в 70%, число пластинок было увеличено. В виду этого автор примыкает к мнению Naegeli и Rosenbaum'a, что исследование числа кровяных пластинок может служить подсобным методом для диагностики злокачественных опухолей. В. С.

467. *Комбинированное исследование функции печени и рентгенизация желчного пузыря.* С этой целью Faltitschek и Krasso (Wien. klin. Woch., 1926, № 14) предлагают следующий метод: в 8 ч. веч. больному вливается внутривенно раствор 3,0—4,0 tetraiodphenoleinnatriя в 40 к. с. aq. destil. Через 15 мин. производится первая проба с кольцом (по Kunfi), которая повторяется каждые 15 м. до исчезновения кольца. На следующее утро больной рентгенизуется. В норме через 15 мин. после вливания раствора проба с кольцом бывает уже отрицательна. При частичных заболеваниях печеночной паренхимы проба эта часто также является отрицательной. Положительная же проба, т. е. долгая задержка краски в крови, получается при диффузных поражениях печени. В виду зависимости выделения краски от функции печени, для правильной оценки данных рентгенологического исследования желчного пузыря исследованию этому, по F. и K., обязательно должна предшествовать хромодиагностика печени. Критикуя данные и выводы указанных авторов. R. Вагг (ibid., № 16) считает, однако, что, в противоположность предложенной им пробе с галактозой, хромодиагностика печени дает мало надежных точек опоры для дифференциального диагноза. Выделение красящих веществ зависит, главным образом, от секреции и оттока желчи и только в незначительной и трудно учитываемой степени—от функции печени. Пробы с красящими веществами должны оцениваться только как мерило секреции и навряд ли дают больше, чем определение уробилина, уробилиногена и билирубина в моче, крови и кале, а иногда они дают даже меньше. *Д. Р. Могилевский.*

468. *Лечение злокачественных новообразований свинцом.* Проф. Blair-Bell (Врач. Об., 1926, № 7) употребляет для этой цели водную электрическую взвесь металлического свинца, добытую по методу Brediga и смешанную с 0,4% желатины. После центрифугирования продукт этот делается гипертоническим путем добавления 2% NaCl, 9,95% KCl и 9,92% CaCl. Препарат этот содержит 0,50% свинца и носит название St. Blair-Bell впрыскивает его внутривенно, по 10—20 куб. сант. pro dosi. 4 раза в 6-недельный период, причем, как показывают исследования, большая часть введенного свинца концентрируется в злокачественной опухоли. Из 207 леченных т. о. больных 50 погибли до конца лечения (в том числе 2 от случайных инфекций), 106—по окончании лечения (из них 2 при явлениях острого свинцового нефрита и 4—от последствий обширного разрушения опухолей свинцом), относительно 14 сл. нельзя еще пока сказать ничего, 9 больных с незаключенным еще лечением ни на что не жалуются, у 10 болезнь удалось совершенно приостановить, и у 31 получилось стойкое излечение.

*В. С.*

469. *Гипофизарная вытяжка при запорах.* Carnot и Terris (Paris méd., 1926, № 14) видели прекрасные результаты от применения вытяжки из задней доли гипофиза при запорах. Наилучший эффект получается при внутривенном введении вытяжки: после него обычно перистальтика резко усиливается, появляются колики и быстрое послабление. Внутримышечные впрыскивания действуют слабее, а подкожные—еще слабее.

*В. С.*

470. *К лечению отеков новазуролом.* Saxl (Wien. klin. Woch., 1926, № 28) с успехом применял новазурол, вместо впрыскиваний, per os,—в виде уплотненных желатиновых капсул, содержащих по 0,2 порошка новазурола; обычно больным давалось по одной капсуле в день после завтрака. В этой форме новазурол может быть назначаем тем, страдающим отеками, больным, которые почему-либо не переносят впрыскиваний; кроме того новазурол per os можно давать больным, у которых отеки устранены впрыскиваниями новазурола и др. мероприятиями,—в качестве профилактического средства против нового появления отеков.

*В. С.*

471. *К лечению бронхиальной астмы.* В. В. Космачевский (Средне-Аз. Мед. Ж., 1926, № 7) рекомендует для этой цели кальциевую терапию в виде внутривенных впрыскиваний 10% раствора бромистого кальция по 10—15 куб. сант., через день. Обычно для получения стойкого результата достаточно бывает 20 таких впрыскиваний, улучшение же самочувствия больных замечается уже после 3—5 вливаний.

*В. С.*

472. *Предупреждение отравления свинцом.* Mc Kail (по реф. в Гиг. Гр., 1926, № 7—8) рекомендует для этой цели давать рабочим, подвергающимся опасности вдыхания или проглатывания свинца, след. раствор: magn. sulph. 0,95, Na sulph. 1,25, ac. sulph. 0,38, ac. sulph. arom. 0,003, воды в количестве 100,0 на 13,8

смеси. Половина этого раствора употребляется для полоскания рта, другая половина принимается per os. Раствор дается 2—3 раза в день.

В. С.

473. *Действие уротропина*. И. М. П о р у д о м и н с к и й (Урология, 1926, № 12) убедился, что дезинфицирующее действие этого средства при обычно употребляемых дозах его зависит исключительно от освобождающегося из него формальдегида. Это распадение уротропина на его составные компоненты и отщепление формальдегида происходят лишь в кислой среде. Антисептическое действие уротропина для живого организма ограничивается дезинфицирующим действием содержимого лоханок и пузыря. Максимального использования уротропина можно достигнуть внутривенными вливаниями этого средства, благодаря которым, с одной стороны, удается избежать разлагающего влияния кислого желудочного сока, а с другой—назначать такие дозы, которые не могут быть назначены per os, не причиняя вреда желудку.

И. Циммерс.

### д) Хирургия

474. *Искусственное образование пищевода*. Проф. В. Р. Б р а й ц е в (Zent. f. Chir., 1926, № 32) оперировал 12-летнюю девочку, вышедшую случайно едкой щелочью, после чего пищевод стал едва пропускать немного жидкости. Сначала больной была произведена гастростомия по К а д е р у. Затем, спустя 4 мес., было сделано вскрытие пищевода посредине левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, и, по освобождении от рубцов, образован свищ пищевода. Следующий момент операции заключался в том, что проведен продольный разрез по левой прямой мышце тотчас под реберным краем, и вскрыта брюшина, после чего оператор, перекрестивши два пучка волокон прямой мышцы, образовал отверстие, через которое была выведена в виде конуса передняя стенка желудка у малой кривизны и cardii, так что конус находился как-бы в сфинктере: выделенная часть желудка была фиксирована к брюшной стенке. Спустя два месяца конус желудка был вскрыт, и края его сшиты с кожей; в это отверстие был вставлен резиновый дренаж, причем сфинктер крепко удерживал его. Следующая операция состояла в том, что двумя продольными разрезами, от ключицы и до конца реберного края, была вырезана полоска кожи в 3½ пальца шириной, проходившая через грудную кость и несколько влево, на эту полосу был наложен резиновый дренаж в палец толщиной, и края кожи сшиты, так что образовался кожный туннель. Наконец, спустя три недели, был произведен последний момент операции: оба отверстия, как пищевода, так и желудка, были закрыты путем сшивания кожи, вырезанной по бокам и сверху для пищевода и конуса желудка, а снизу—для желудочного свища; образовавшиеся на этих местах окровавленные поверхности закрыты пластически или зажали per secundam. Всего от первой операции и до начала приема пищи через пищевод у больной прошло 8 месяцев. Рентгеноскопия показала, что жидкая барийная кашка скользит по искусственно образованному пищеводу и быстро проходит в желудок, не останавливаясь при переходе в него, плотная же пища проходит несколько медленнее, собираясь в небольшом количестве во входе в желудок и постепенно переходя в последний. Большая была продемонстрирована автором на XVIII Съезде Российских Хирургов.

И. Циммерс.

475. *Новая модификация anus praeternaturalis*. А. Н. К р у г л о в (Zent. f. Chir., 1926, № 32) описывает видоизменение способа L a m b r e t t', примененное с успехом в 5 случаях в клинике проф. Н. Н. П е т р о в а. Особенность этой модификации заключается в том, что, после обычного выведения наружу петли кишки, не вскрывают последнюю, а окружают кожным лоскутом, что несколько не влияет на движение кишечного содержимого; лишь после приживления кожного лоскута в кишке (спустя 12—18 дней) просвет последней вскрывается. На основании исследований на 18 трупах автор убедился, что выгоднее всего для питания кожного лоскута, если он будет с широким основанием, направленным кнутри и книзу. Т. о. операция наложения противоестественного заднего прохода в этой модификации состоит в следующем: проводится кожный разрез параллельно и поверх дупартовой связки, как при обычной операции anus praeternaturalis; этим разрезом вскрывается брюшная полость и осматривается S romanum; при неподвижности последней и инфильтрации в связи с опухолью накладывается обычный anus praeternaturalis, если же S romanum хорошо подвижно, то она извлекается из брюшной полости, в брыжейке ее близ кишки перевязываются и перерезаются 3—4 сосудистых ветки, и делается отверстие, пропускающее 2—3 пальца. После того берется лоскут кожи на ножке, ширина и длина которого должна соответствовать

объему кишки (ширина, однако, должна быть не менее 8 сант.), обводится по окружности кишки и прикрепляется в отверстия брыжейки. Извлеченная кишка фиксируется несколькими швами к париетальной брюшине и фасции. Кожный дефект стягивается несколькими швами. Таким образом  $\frac{4}{5}$  извлеченной кишки со всех сторон оказываются покрыты кожей, и только на неокруженной стороне выдается узкая полоса кишки, которая вскрывается во второй момент, после прижигления кожной раны.

*И. Цимхес.*

476. *Хирургическое лечение хронических запоров.* Проф. Finstereger (Wien. kl. Woch., 1926, № 32) предлагает для этой цели, вместо дающей слишком высокую первичную смертность полной экстирпации толстых кишек (colectomia totalis) по Lane,—частичную их резекцию, особенно в форме удаления левой половины толстых кишек, от середины colonis transversi до colon pelvium. Такую частичную резекцию он произвел у 40 больных, в том числе у 39 взрослых и одного ребенка 9 лет, причем смертельный исход операция имела в 2 случаях—у ребенка и одного взрослого, где собственно была произведена не частичная, а полная colectomia. У перенесших операцию больных отдаленные последствия вмешательства оказались вполне удовлетворительными, особенно в случаях, где резецирована была левая половина colonis, каковую операцию автор и признает типичной: операция эта давала хорошие отдаленные результаты не только там, где она была произведена по поводу megacolon, но и там, где она производилась по поводу спастических запоров. Менее удовлетворительный эффект получился при резекции слепой кишки и colonis ascendens.

*В. Сергеев.*

### е) *Офтальмология.*

477. *Аутосеротерапия трахомы.* Angelucci (Arch. d'opht., v. 42, № 9), применив у ряда трахоматозных больных впрыскивания собственной кровяной сыворотки этих больных в количестве 1—1½ куб. с. pro dosi, с промежутками в 2—3 дня, остался в общем доволен полученными результатами. Особенно хорошо поддавались аутосеротерапии осложнения со стороны роговицы: уже после 1—3 впрыскиваний инфильтраты в роговице рассасывались, боль, светобоязнь, слезотечение исчезали и пр. Труднее поддавался лечению самый трахоматозный процесс, хотя после 10—13 впрыскиваний и здесь наблюдался заметный эффект в виде уменьшения гиперпластических процессов со стороны конъюнктивы.

*А. П.*

478. *К лечению трахомы.* Merhoff (Zeit. f. Augenh., 1926; по реф. Врач. Об., 1926, № 8) в 15 случаях трахомы получил очень хорошие результаты от внутривенных инъекций 4% раствора сернокислой аммиачной меди. Раствор, который всегда должен быть свежеприготовлен на дважды дистиллированной воде, впрыскивался в количестве 1½—1 куб. сант., ежедневно или с промежутками. Улучшение получилось как субъективное, так и объективное.

*В. С.*

### ж) *Акушерство и гинекология.*

479. *Трихомонады влагалища.* Schmidt и Kamnicker (Arch. f. Gyn., Bd. 127), исследовав влагалищный секрет у 153 женщин, в 69,9% обнаружили в нем присутствие трихомнад. Интересно, что последние были встречены не только в кислом секрете, как это можно было бы думать на основании литературных данных. Для исследования их авторы рекомендуют соскабливать влагалищную стенку петелькой и затем окрашивать сокоскоп по Gram'у. Чистые культуры трихомнад получить до сих пор не удалось. В рукаве трихомонады обычно встречаются в симбиозе с бактериями, особенно с trichococcus gazogenes. Патогенная роль их несомненна: наличие их в рукавном секрете резко отражается на заболеваемости в пuerпериальном периоде. Для лечения трихомонадного кольпита можно применять спринцевания с ас. lacticum или смесью сернокислого Zn с квасцами.

*В. Груздев.*

480. *К определению способности женщины кормить.* Исследовав установленную Moll'ем и подтвержденную Хохлавым<sup>1)</sup> связь между т' грудной железы и секреторною способностью ее, Т. Абрамсон (Вр. Г., 1926, № 15—16) убедился, что, если у женщины в периоде лактации разница между температурами под грудью и in axilla равна 0,3° и выше, то такая женщина без-

<sup>1)</sup> К сожалению, автор,—как это нередко водится у нас,—совершенно игнорирует работу последнего, помещенную в „Каз. Мед. Ж.“, 1925, стр. 1164. *Ред.*

условно способна кормить; напротив, если то под грудью равняется температуре in axilla, или ниже ее, то это говорит, что данная женщина неспособна к кормлению.

В. Г.

481. *О действии никотина на беременных.* Указания ряда авторов о частоте выкидышей у работниц табачных фабрик побудили О. В. Лещинскую (Гиг. Труда, 1926, № 7—8) экспериментально изучить влияние никотина на беременных. Оказалось, что действительное отравление никотином дает высокую смертность плодов. Опыты на изолированной матке кролика убедили, далее, автора, что в матке под влиянием никотина создается среда, благоприятствующая появлению выкидышей и мертворождений. Помимо непосредственного влияния на матку, никотин действует на последнюю и через посредство эндокринных желез, особенно надпочечников, которые при хроническом отравлении никотином резко гипертрофируются; увеличивается и hypophysis cerebri, тогда как щитовидная железа уменьшается.

В. С.

482. *О предотвращении аборта после операций на беременных.* В тех случаях, когда врач бывает вынужден произвести оперативное вмешательство на беременной женщине, причем желательно бывает сохранить беременность, Vagò рекомендует (Zentr. f. Gyn., 1926, № 30) обращать особенное внимание на выбор момента для операции. На основании собственных наблюдений (30 овариотомий у беременных) он пришел к заключению, что аборт наступал главным образом в тех случаях, когда момент операции совпадал с моментом менструации, которая должна была-бы быть у данной женщины, если-бы она не была беременна. По его мнению в этот момент матка является особенно чувствительной ко всяким раздражениям. В послеоперационном периоде автор рекомендует заботиться об уменьшении раздражительности мускулатуры беременной матки, применяя ежедневно 2—3 раза от 1 до 1,5 mgr. новотропина и 2—2,5 стр. папаверина, в первые дни в форме инъекций, а потом per os.

Е. Заболотская.

483. *Внутриутробное заражение плода паразитическими червями.* Собранные из литературы данные заставляют проф. К. П. Скрябина (Проф. Мед., 1926, № 7—8) думать, что из организма беременной матери в организм плода могут переходить многочисленные виды паразитических червей из классов Trematodes, Cestodes и Nematodes. Особенно часто переходят таким образом те паразитические черви, личинки которых часть своей жизни проводят в крови. Попав гематогенным путем в организм плода, личинки продвигаются в нем тот же самый путь миграции, как и в организме матери. В редких случаях может иметь место заражение утробного плода ленточными глистами при наличии у матери цистицеркоза матки и при условии заглатывания зародышей финн из околоплодной жидкости. Внутриматочная инвазия может иметь место как при заражении беременной per os, так и через кожные покровы. Попав к плоду, зародыши паразитических червей могут способствовать внутриутробной смерти его, а также вести к заболеванию глистами новорожденных и грудных детей. В виду этого во время беременности женщина должна особенно тщательно проводить личную противоглистную профилактику.

В. Сергеев.

484. *Влияние экстракта из зубной железы на деятельность матки и практическое применение его в акушерстве.* Изучая действие thymus-экстракта на мускулатуру, Ternesváry (Zentr. f. Gyn., 1926, № 6) убедился, что экстракт этот действует возбуждающим образом на сократительную работу матки, причем, в противоположность экстракту гипофиза, вызывающему длительные, подчас тетанические сокращения, thymus-экстракт вызывает правильные, ритмические сокращения. Комбинированное применение обоих экстрактов дает также ритмические сокращения, причем действие получается более сильное и более продолжительное. Испытав эту комбинацию („thymophysin“) в периоде открытия при редких и слабых схватках, автор получил очень хорошие результаты. Действие thymophysin'a проверили также Vorkhard (Zentr. f. Gyn., 1926, № 30) и Jahgeiss (ib., № 31), причем оба пришли к заключению, что препарат представляет собой великоценное средство для ускорения родового акта в периоде открытия, — средство, не оказывающее притом никакого вредного действия ни на мать, ни на ребенка. Попытки применить этот препарат с целью вызывания преждевременных родов окончились неудачей: на матку, находящуюся в состоянии покоя, thymophysin не оказывает почти никакого действия.

Е. Заболотская.

485. *Значение бактериологического исследования флоры влагалища у рожениц.* Вопреки общепринятому мнению, д-р А. В. Александров (Вр. Газ., 1926, № 15—16) находит, что результаты этого исследования не дают возможности предвидеть наступления пuerперальных заболеваний. Автор убедился, далее, что поздний coitus не отражается на флоре влагалища, и значение его в этиологии послеродовых заболеваний невелико. Решающим фактором в возникновении этих заболеваний, по А., являются роды, методика родовспоможения и родоразрешения, а также послеродовой уход, почему центр тяжести профилактики послеродовых болезней должен быть перенесен в родильный покой и палаты для родильниц. (Это, конечно, справедливо для громадного большинства случаев; встречаются, однако, в акушерской практике и такие случаи, где мы должны искать причины возникновения пuerперального заболевания не в занесении заразы извне sub partu или в пuerперии. *Реф.*).

В. Груздев.

486. *К вопросу об опасностях кесарского сечения.* Как известно, операция эта получила в акушерской практике за последнее время чрезвычайно широкое распространение. Этим путем опоражнивают матку не только при срочных родах, но и в ранних стадиях беременности. Ничтожная первичная смертность после этой операции в руках современных акушеров отчасти оправдывает увлечение ею; с другой стороны, однако, не следует забывать, что она создает иногда такие изменения в матке, которые грозят серьезною опасностью при последующей беременности. Rother (Zentr. f. Gyn., 1926, № 30) описывает один случай, где у женщины 35 л. IV беременность была закончена надлобковым внебрюшинным кесарским сечением. Через 5 мес. после операции наступила новая беременность, на последнем месяце которой больная, при попытках у ней вызвать преждевременные роды (кольнейринтер, впрыскивания хинина), внезапно погибла от коллапса. При вскрытии оказалась, что низко расположенная плацента так растянула область операционного рубца, что местами в этой области маточная стенка состояла из одной брюшины. В одном месте этой области имелось сквозное перфорационное отверстие в 3 мм. диаметром, через которое вылилось в брюшную полость около 2 литров крови.

В. Груздев.

487. *К генезу фибромиом матки.* По Schillerу и Frankl'ю (отч. в Wien. kl. Woch., 1926, № 29) исходным пунктом этих опухолей является не сосудистая стенка, как на этом настаивает Schottländer, а они происходят из миобластов. Что такое, однако, представляют последние,—недифференцированные-ли эмбриональные элементы в смысле Coehnheim'a, или элементы индифферентной физиологической зоны, из которой, по Kohl'у и Scharper'ю, происходит физиологическое увеличение миометрия, напр., во время беременности,—сказать трудно. Во всяком случае разрастание миобластов, превращение их в пучки мышечных клеток, происходит под влиянием деятельности яичников. Интересный случай в этом отношении наблюдал Fleischmann, который пересадила 34-летней аменорройной больной две половинки яичников от миомазной пациентки; больная после пересадки стала менструировать, но одновременно у ней развилась в матке интрамуральная миома.

В. Груздев.

488. «*Нужно-ли об этом сообщать?*» В статье под таким заголовком проф. Vanverts (Gyn. et Obst., 1926, № 3) обсуждает вопрос о том, имеет-ли право оперированная и ее близкие знать всю правду о характере произведенной ей операции, и должен-ли хирург-гинеколог сообщать им эту правду, или, в некоторых случаях, должен часть ее скрыть от заинтересованных лиц? Когда женщина после операции сохраняет способность зачатия, то скрывать что-либо от нее, конечно, незачем. Но, если после операции остается лишь слабая возможность зачатия, то врачу следует обсудить, должен-ли он сказать об этом, или не говорить 1) в виду того, что вообще лучше не ставить категорического прогноза там, где события могут не оправдать его, 2) чтобы не отнимать у супругов надежды на потомство. В частности, в тех случаях, когда при операции удается сохранить оба яичника и матку, а удаляются лишь трубы, и т. о. оперированная сохраняет видимый признак женственности—менструацию, автор думает, что говорить правды не следует ни мужу, ни жене, т. к. во многих случаях, особенно у супругов, не имевших раньше детей, потеря надежды на зачатие может повести к полному растроянью семейной жизни.

В. Черноярова.

з) *Невропатология.*

489. *К патогенезу генерализованной головной боли.* По мнению проф. М. С. Маргулиса (Вест. Совр. Мед., 1926, № 7), генерализованная головная боль представляет собою вазо-секреторный невроз, развивающийся на почве раздражения и более глубоких изменений симпатического и парасимпатического нервного аппарата мягких мозговых оболочек. В. С.

490. *К патогенезу и оперативной терапии encephalocoele.* На основании изучения 4 случаев этой болезни, проф. Л. Е. Комендантов (Вестн. рино-лар.-от., 1926) приходит к заключению, что т. наз. мозговая грыжа (encephalocoele) не представляет из себя истинной грыжи, а является особым новообразованием, в происхождении которого, — по крайней мере, что касается мозговых грыж типа meningocele, — известную роль играет местный воспалительный процесс. При оперативном лечении передних мозговых грыж надо главное внимание обращать на предупреждение воспаления придаточных полостей носа и не допускать образования сообщения с этими полостями. Разрез при операции выгоднее производить вертикально, т. к. он дальше отстоит от глаз. После удаления мозговой грыжи нет настоятельной необходимости закрывать грыжевые ворота костной пластижкой. Безусловно показывается оперативное лечение мозговых грыж лишь там, где опухоль значительно выступает над очертаниями головы, и, следовательно, всегда имеется значительная опасность ее травматизации, а также — где грыжевой мешок истончен, хотя-бы самая опухоль и была незначительна. В. Сергеев.

491. *Лечение хорей нирванолом.* Matzdorff (Deut. med. W., 1926, № 13) получил от такого лечения очень хорошие результаты, причем вводил (10-летним детям) 0,1—0,2 нирванола pro dosi; за весь же курс лечения больные принимали 4—6 грм. средства. В одном случае, впрочем, у М. получилась оравление, выразившееся в появлении сыпи, учащении т' и затемненности сознания.

492. *Вакцинальный энцефалит.* За последнее время в заграничной печати описан целый ряд случаев смертельного энцефалита у детей после прививки оспы. По Levaditi и Nicolau (C. ren. d. l. Soc. de Biol., 1926, № 2) в этих случаях оспенный вирус не является, как то думают некоторые, непосредственным возбудителем энцефалита, а вакцинация является лишь фактором, благоприятствующим развитию болезни у носителей энцефалитического virus'a, а также у лиц, находящихся в латентном периоде инфекции. В. С.

и) *Сифилидология и дерматология.*

493. *Сифилис без шанкра.* Уже давно клиницистами была подмечена возможность общей сифилитической инфекции человека без каких-либо признаков первичного или вторичного характера. Факт этот в настоящее время подтвержден Kolle и Evers'om (Deut. m. W., 1926, № 14) и экспериментально, опытами на кроликах, которым сначала вводились большие дозы висмута, а затем они заражались сифилисом. При таких условиях у большинства животных шанкра не развивалось, а между тем они были, несомненно, инфицированы бледными спирохетами.

494. *Костные изменения при врожденном сифилисе.* Исследовав х-лучами 240 детей с врожденным сифилисом, М. М. Райц (Вен. и Дерм., 1926, № 4) у 80%, из них мог установить специфические заболевания костей. При этом у грудных детей большею частью наблюдался osteochondritis luetica Wegener'a, также — периостит и остеосклероз, редко — гуммозные процессы в периосте и губчатом веществе. У детей старше 1 года остеондрит встречался, напротив, лишь в виде исключения, а чаще здесь наблюдались периостальные отложения, оссифицирующий периостит и изменения в s. corticallis и spongiosa; гуммозные процессы попадались здесь более часто, чем в грудном возрасте. Как убедился автор, у грудных детей, особенно в первые 3 месяца жизни, результатом специфического остеондрита нередко бывает отделение эпифизов длинных костей, т. е. болезнь Parrot's. Сифилитические изменения костей у детей зачастую сопровождаются тяжелыми изменениями крови и специфическими явлениями в других системах (в коже и слизистых), но существуют и такие случаи, где они являются единственными проявлениями врожденного сифилиса. В. С.

495. *Лечение psoriasis vulgaris облучением gl. thymus.* А. Л. Халипский и Ф. М. Абрамович (Вен. и Дерм., 1926, № 4) в довольно большом про-



денте случаев псориаза получили хорошие результаты от рентгенизации зубной железы (метод Вгоска). Отсюда авторы думают, что, может быть, в этиологии хотя части случаев этой болезни лежит гипофункция gl. thymus. Особенно уместно применение данного способа в острых и свежих случаях, хотя и в застарелых следует испытать его действие. Если 1—2 сеанса облучения не дают результатов, — надо перейти к другим способам лечения, ибо дальнейшее облучение обыкновенно оказывается безрезультатным.

В. С.

### к) Железны уха, носа и горла.

496. *Лечение субъективных шумов.* Как известно, субъективные шумы являются одним из самых частых и тяжелых спутников ушных страданий. Причина их, несмотря на множество предложенных для объяснения их происхождения теорий, до сих пор остается неизвестной, хотя все авторы видят в основе этого расстройства повышенную раздражимость слухового нерва. Что касается терапии, то В. А. Сгибов (Ж. ушн., нос. и гор. б., 1926, № 7—8) горячо рекомендует для устранения их выпускание цереброспинальной жидкости (в количестве 10—20 куб. с.); применив это средство у 160 больных, он в большинстве случаев даже однократным выпускиванием добивался уменьшения, а иногда и полного исчезновения субъективных шумов.

В. С.

497. *К этиологии генуинной озены.* Исследовав вегетативную нервную систему у 4 больных с этим страданием, Я. А. Гальперин и Л. Л. Фруммин (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 7—8) нашли, что, повидимому, генуинная озена представляет собою трофонейротический процесс, развивающийся на почве нарушения висцеральной системы, каковое нарушение характеризуется ослаблением тонуса симпатического отдела ее. Это понижение тонуса sympathici при озене может зависеть либо от повреждения или заболевания периферического отдела sympathici в gang. spheno-palatinum, либо от недостатка в организме симпатикотропных средств, в свою очередь зависящего от малой функциональной способности симпатической группы желез внутренней секреции.

В. Г.

498. *Пересадка нервов в мышцы гортани.* Произведя в этом направлении ряд опытов на собаках, Н. Николаев (Вест. рино-лар.-от., 1926, № 3) нашел, что периферический конец двигательного нерва, будучи непосредственно пересажен в предварительно денервированные мышцы, приживает и вступает в функциональную связь с парализованною ранее мышцей при посредстве вновь образованных концевых аппаратов. Рост молодых нейрофибрилл совершается преимущественно в направлении длинника мышечных волокон, причем нейрофибрилли растут главным образом по межмышечным промежуткам. Полная невротизация м. thyrgeo-arythaeoidei наступает приблизительно в 3—4 мес. Концевые нервные аппараты морфологически отличаются между собою — в зависимости, повидимому, от их зрелости; неодинаково и их число, — одни мышечные волокна имеют по одной пластинке, другие — по 2, 3 и 4, а некоторые — ни одной; различна, наконец, и локализация концевых пластинок.

В. Сергеев.

### л) Судебная медицина.

499. *Реакция Бернадцкого.* В основу этой реакции положена мысль, что тканям как растительных, так и животных организмов присущи биохимические половые различия, вследствие чего пол организма, которому принадлежит ткань, и может быть установлен колориметрически. Для этой цели проф. Н. Л. Бернадцкий (по реф. Рус.-Нем. Мед. Ж., 1926, № 7) предлагает следующий способ: берется изотоническая с физиологическим раствором NaCl (0,85%) смесь равных частей водных растворов едкого кали и едкого натра; в 1 куб. сант. этой смеси погружается, при помощи стеклянной палочки, кусочек, в 0,25 весом, подлежащей исследованию ткани, предварительно высушенной на воздухе (кровь можно высушивать на пламени); затем к смеси прибавляется одна капля „цветового индикатора“, состоящего из смеси равных объемов 1% водных растворов далии, Methylgrün'a и озина; капля эта тщательно размешивается стеклянной палочкой в экстракте из ткани, после чего в пробирку добавляется 1 капля 10% раствора соляной кислоты. Если ткань принадлежит организму мужского пола, то экстракт после этого принимает окраску от оранжево-желтого до кроваво-красного цвета, экстракты же из тканей женских организмов окрашиваются в различные оттенки от лилового до густо-фиолетового цвета.

В. С.

500. *Женские самоубийства*. По данным Я. Лейбовича (реф. в Вестн. Совр. Мед., 1926, № 7), с 1920 г. относительное количество самоубийств у женщин (по сравнению с числом их у мужчин) возросло в России в 2,3 раза. Из 413 женских самоубийств, бывших за 1920—1922 гг., у девиц их было 163, у замужних—162, у вдов—34. Неграмотных среди самоубийц было 63, малограмотных—134, со средним образованием—119, с высшим—лишь 1. По профессиям самоубийцы распределились так: занятых в сельском хозяйстве—87, домашней прислуги—29, канцелярских служащих—46, домашних хозяек, портних и пр.—54, медработниц—36, учащихся и учительниц—35. Главной причиной самоубийств была неудовлетворенность личной жизнью. Из способов самоубийства на первом месте стоит повешение (255), потом отравление (161), огнестрельные ранения (116), утопление (29) и др.

## Рецензии.

Проф. В. И. Глиничков. *Клинические лекции*. Курс факультетской терапевтической клиники. Часть II. Издательство «Кубуч», Ленинград, 1926.

В свое время на страницах «Казанского Мед. Журнала» (1924, № 7) мы дали отзыв о первой части клинических лекций моего уважаемого ученика и товарища по профессии. Если I выпуск его лекций не удовлетворил меня в некоторых отношениях, то настоящая, вторая книга, содержащая пять отделов, посвященных желчно-каменной болезни, круглой язве желудка, раку желудка и печени, грудной жабе и эмфиземе легких, наконец, гипертрофическому циррозу печени,—во много раз превосходит первый опыт автора. В подходе к больному, в обработке его, трактовке симптомов автор выявляет себя созревшим клиницистом, порой отчетливо и ярко вырисовывающим свою клиническую самостоятельность. Клинический опыт, обширное знакомство с литературой, умение пользоваться без излишностей необходимыми для освещения вопроса и случая данными клиники и лаборатории,—все это делает лекции В. И. Глиничкова интересными, а самую трактовку клинических фактов и терапевтические этюды—полезными для врача-читателя как младшего, так и старшего возраста. Вот эти-то особенности в изложении затрагиваемых вопросов, равно как хороший язык и стиль, и делают книгу проф. Глиничкова достойной рекомендации читателям. Приходится радоваться, что ученики Боткинской школы следуют заветам своего учителя и *lampadam medicinae* gradunt.

Проф. С. Зимницкий.

Р. Гайкович. *Поведение туберкулезного больного* (в общедоступном изложении). Ленинград, 1926. 58 стр. Ц. 60 коп.

Книжечка эта, небольшая по объему, содержит ряд разъяснений и указаний относительно различных моментов в жизни туберкулезного больного. Она толково составлена и может принести существенную пользу больному туберкулезом, объясняя ему, в общем, сущность лечения и помогая проведению в жизнь целого ряда врачебных указаний и мероприятий. С этой точки зрения книжка эта как по изложению, так и по содержанию заслуживает внимания и может быть рекомендована туберкулезным.

Проф. С. Зимницкий.

Р. Гайкович. *Лечение туберкулезного больного*. Современные основы и методы лечения. 3-е издание. Ленинград, 1926. 372 стр. Ц. 3 р. 60 к.

Автор старается охватить затрагиваемый вопрос широко, даже в отношении туберкулеза к конституции и состоянию эндокринных желез. Он подробно останавливается на раннем распознавании болезни; но, говоря о методике бактериологического и биологического распознавания, он, к сожалению, не дает указаний на специальные работы в этом направлении русских авторов (хотя-бы монографии Никольского, Зимницкого и др.), так что его литературные ссылки производят впечатление чего-то неполного и случайного. Далее автор приводит методы физического исследования, классификацию хронических форм туберкулеза согласно постановлению Всероссийского Съезда Тубинститутов, дифференциальную диагностику, упоминает об осложнениях и останавливается на прогнозе. Сравнительно подробно затронута с практической точки зрения лечение: здесь говорится о психотерапии, о лечении питанием, о климато-гелиотерапии, о воздуш-

ных ваннах и лечении кварцевой лампой. Отведено место и специфическому лечению, активному и пассивному (по способу Sprengle'a); затронут также вопрос о неспецифическом лечении (молоком, золотом, кризолганом, санокризином, хлористым кальцием). Уделено место лечебному пнеймотораксу и симптоматическому лекарственному обслуживанию туберкулезного больного. Таким образом вопрос охватывается автором широко, но, конечно, попытка эта обстоятельно не освещает всей сложной проблемы туберкулеза и является лишь стремлением дать практические указания для фтизиатров. С этой точки зрения книжка может быть полезна врачу-практику лишь для его ориентировки в вопросах терапии туберкулеза; самому же вопросу о туберкулезе, как болезни, в ней отведено, сравнительно с практической стороной дела, к сожалению, мало внимания; этого, однако, нужно было ожидать уже из заглавия книги. Проф. С. Зимницкий.

Пр.-доцент М. Я. Др'ев. *Бронхиальная астма* (патогенез, клиника и лечение). Изд. Практ. Медицины. 1926. 120 стр. Цена 1 р. 50 к.

Автор, принимая во внимание, что по такому животрепещущему вопросу, как бронхиальная астма, на русском языке нет охватывающих вопрос монографий, предлагает вниманию свой труд, имеющий целью осветить вопрос на основании литературы и собственного опыта, полученного в клиниках проф. К. Н. Георгиевского и Г. Ф. Ланга. И надо отдать справедливость, что монография затронула вопрос всесторонне, как с точки зрения клиники, так и терапии. Очень хорош исторический обзор. Автор разбирает теорию бронхоспазма (Willis-Biegner'a), спазма диафрагмы (Wint'rich'a) и сосудисто-секреторные теории. Он не придает значения спазму диафрагмы и т. о. отрицает участие ее в механизме приступа, говоря, что в настоящее время «нет уже вовсе сторонников взглядов Wint'rich'a», и упуская из виду интересную работу проф. Р. А. Гурья (его диссертацию и работу в «Рефер. Московском Журнале»). Автор весьма толково разбирает теории рефлекторную, интоксикационную и анафилактическую и приходит к верному заключению, что к бронхиальной астме нельзя подходить, как к носологической единице, а надо смотреть на нее, как на симптом (лучше—симптомокомплекс), как результат причин рефлекторного, интоксикационного и анафилактического порядка или их сочетания. Очень обстоятельно разобрана д-ром А. Клиническая сторона болезни (стр. 30—65), причем отмечено отношение туберкулеза легких вообще и туберкулеза бронхиальных желез в частности к астме (стр. 65—70). Очень тщательно проведен дифференциальный диагноз, но особенно хорошо обработана глава о терапии (79—116 стр.),—здесь собраны предложенные для лечения астмы методы лечения, и многие подвергнуты критике на основании клинической проверки. Автор высказывается также по поводу новейшего течения—хирургического лечения бронхиальной астмы. На основании литературных данных он считает, что это новое направление дало пока еще мало убедительного в свою пользу; поэтому автор рекомендует внутреннюю терапию и советует обращать особое внимание на железы внутренней секреции. Все врачебные мероприятия, по его мнению, суть по существу дела паллиативы, включая сюда и оперативное лечение, предложенное проф. Кйт'шел'ем в качестве радикального (автор говорит главным образом о симпатэтомии,—ваготомии, по его мнению, не следует вовсе производить). На наш взгляд монография эта является удачным и уже не первым опытом автора дать врачу-читателю хорошо скомпонованный и литературно и клинически обработанный обзор современного положения вопроса о бронхиальной астме. Пожелаем же книге заслуженного успеха.

Проф. С. Зимницкий.

Д-р Н. П. Тагер, преподаватель Гос. Инст. для усовершенствования врачей. *Язва двенадцатиперстной кишки* (ulcus duodeni). Ленинград. 1925. Издательство П. П. Сойкина. 95 стр. и приложение: литература и 2 таблицы. П. 1 р.

Задача автора состояла в том, чтобы в кратких чертах, но, в то же время, с возможной полной обрисовать клиническую картину язвы 12-перстной кишки в том виде, в каком она представляется в настоящее время. На основании обширного своего материала и литературных данных автор очень подробно и умело разобрал положение вопроса ad hoc tempus, и поэтому книга эта может принести пользу всякому врачу как в теоретическом, так и в практическом отношении, разбирая и освещая различные пункты учения. Загравивая обширную литературу вопроса, автор очень часто прибегает к ссылкам, а не подлинникам. Русская литература приведена недостаточно полно; так, напр., не упоминается вовсе о моно-

графиях проф. Ф. В. Вербицкого об язве 12-перстной кишки (изд. Практ. Медиц., 1917), Лифшица о круглой язве желудка (1912 г.) и др. С некоторыми положениями автора нельзя согласиться,—напр., стем, что топическая диагностика язв практического значения не имеет (стр. 61); если это верно по отношению к *ulcus duodeni*, то неверно по отношению к *ulcus ventriculi*. Автор мотивирует свое положение тем, что «отказ от топической диагностики язв, практически бесполезной и к тому же навсегда надежной, разгружая наше внимание в одну сторону, давал-бы возможность с большим успехом сконцентрировать его в другую—на дифференциальное отличие *ulcus (ventriculi sive duodeni)* от других заболеваний». Нам кажется такое положение регрессом в диагностическом стремлении. Противоположное воззрение проводится большинством авторов,—см., напр., *Henriquez* и *Gaston-Dugand*, Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Бюлл. Пр. Врача, 1926 г., где имеется тенденция к строгой топической диагностике (стр. 83—129). Несмотря на эти,—правда, небольшие,—недочеты, книга Тагера производит очень хорошее впечатление по содержанию, по существу разбора вопроса и по последовательности и обстоятельности изложения.

Проф. С. Зимницкий.

## I Поволжский Венерологический Съезд.

На Съезд этот, открывшийся 11/IX текущего года в г. Казани, прибыло 95 делегатов, из них 60 иногородних и 35 казанцев; всего были представлены 16 губерний, 5 республик, 32 города. Заслушано было 46 докладов, которые делятся по содержанию следующим образом: общественная венерология—14 докладов, сифилис—11, гоноррея—11 и кожные болезни—10. Казанцам принадлежали 25 докладов, остальные—иногородним докладчикам. Клиниками Казанского Университета представлено 12 докладов, отделениями Казанского Ин-та для усовершенствования врачей—10, Саратовской Университетской Клиникой—4, Московским Венерологическим Институтом—4, остальные—венерологическими диспансерами. Съезд прошел во вполне деловой обстановке.

Съезд был открыт председателем Оргкомитета проф. М. С. Пильновым, который в краткой, но содержательной речи отметил давно назревшую потребность в районных съездах и пожелал Первому Поволжскому Съезду плодотворной работы. Затем были заслушаны приветствия от НКЗ РСФСР, ТНКЗ, Правления и Медицинского Факультета Казанского Ун-та, Казанского Института для усовершенствования врачей, Общества Врачей при Казанском Университете и др. В президиум Съезда были избраны профессор В. М. Броннер, В. Ф. Бургсдорф, П. С. Григорьев, М. С. Пильнов, Н. С. Эфрон, доктора М. В. Грязнов, Ф. Г. Мухамедьяров и Н. Россиянский, в секретариат—доктора М. П. Батуниц, Н. И. Окунь, Я. Д. Печников и Н. Н. Яснитский. Почетным председателем был избран проф. Н. А. Семашко, которому послана от имени Съезда приветственная телеграмма.

Из серии докладов по общественной венерологии первым был заслушан с большим вниманием, при переполненной аудитории, доклад проф. В. М. Броннера „Состояние борьбы с венерическими болезнями в РСФСР и перспективы ее“. Далее были заслушаны доклады проф. Г. В. Терентьева (Астрахань) „Венерические болезни в Астраханской губ. и борьба с ними“, А. Пасхалова (Астрахань) „Борьба с сифилисом среди казакского (киргизского) населения Астраханской губ.“, Э. Ю. Эллана (Нижегород) „Борьба с венерическими болезнями в Нижегородской губ.“, С. Я. Голосовкера (Казань) „Пути диспансерной деятельности в ТССР“, Эльфонда (Краснодар) „Состояние диспансеризации венерологической помощи на Кубани“, Н. И. Окуня (Саратов) „К вопросу о половом просвещении в плане Санпросвета“, Ц. Ю. Ротштейна (Казань) „Половая жизнь рабочих Казани“, В. А. Толстова (Казань) „Проституция в Казани“, Розова (Кострома) „К вопросу учета больных диспансера“, Н. Россиянского (Москва) „Задача борьбы с сифилисом на селе в связи с темпом его развития“, Г. Я. Клебанова (Казань) „О диспансерной деятельности в условиях деревни (данные работы обследовательского отряда“, Е. И. Никольской (Ульяновск) „Опыты работы Ульяновского Губвддиспансера в деревне в 1905 г.“ Шалыта (Ив.-Вознесенск) „Опыты работы венотряда в Иваново-Вознесенской губ.“.

Из решений Съезда по вышеупомянутым докладам и широко развернувшимся приемам по ним необходимо отметить следующие:

I Поволжский Съезд констатировал, что диспансерные методы борьбы с венерическими заболеваниями в городах в общем и целом себя оправдали.

Съезд отметил намечающуюся в городах тенденцию к падению заболеваемости сифилисом.

Ближайшей задачей в борьбе с венерическими заболеваниями в городах должно являться дальнейшее уточнение методов диспансерной работы и концентрации всей противовенерической борьбы вокруг диспансера.

Основной и наиболее насущной задачей Съезд считает концентрацию в диспансере всего дела регистрации и учета венерических больных в районе, обслуживаемом диспансером.

Съезд обратился в НКЗ с просьбой разработать в возможно близком будущем план осуществления методов единого учета венерических заболеваний.

Одной из важнейших задач настоящего момента в борьбе с венерическим заболеванием является выполнение органами здравоохранения постановлений II Всесоюзного Съезда по борьбе с венерическими заболеваниями об обеспечении венерических стационаров помощью с приближением количества коек к норме, намеченной II Съездом. Съезд решил, что для наиболее целесообразного использования стационарной специальной помощи в целях как лечебных, так и социально-профилактических, в распоряжении венерических стационаров должен находиться специальный косячный фонд, и обратился в НКЗ с просьбой разработать соответствующее положение о взаимоотношениях диспансеров со стационарными специальными отделениями.

Съезд решил, что одним из реальных методов борьбы с проституцией, как с важным источником распространения венерических заболеваний, может являться организация профилакториев, состоящих из общежитий полулечебного типа, где больные венерическими заболеваниями, близкие стоящие к проституции, временно изолируются и подвергаются лечению. При общежитиях должны быть организованы мастерские, имеющие целью трудовое воспитание вышеуказанных женщин и обучение их какой-либо работе.

Съезд отметил, что в тех местах, где общегигиеническая помощь особенно недостаточна или совершенно отсутствует, отряды являются наиболее целесообразной формой организации, позволяющей предварительно выявить заболеваемость и пути борьбы с ней. Наиболее ценные услуги оказывают венотряды в областях, занимаемых национальными группами, живущими разбросанно и в особо примитивных условиях.

Съезд констатировал также, что работа по выяснению степени и характера распространения сифилиса на селе, проведенная преимущественно венотрядами, дала ценные результаты, позволяющие приступить к организации планомерной борьбы с венерическими заболеваниями и в первую очередь — к ликвидации наиболее активных очагов сифилиса.

Основной задачей борьбы с сифилисом на селе Съезд считает укрепление и улучшение работы медучастков, являющихся основной лечебно-профилактической организацией по борьбе с сельским сифилисом, а также дальнейшую организацию венотрядов и венпунктов, имеющих целью возможно большее расширение обследовательской работы по выявлению очагов сифилиса и их ликвидации.

В виду того, что как данные регистрации больных в медучастках, так и данные проведенных специальных обследований, показывают наличие значительного количества очагов со свежими и рецидивными заразными формами сифилиса, которые могут стать источниками дальнейшего значительного роста этой болезни, Съезд обратил внимание на необходимость планового организованного проведения лечебных мер и мер обезвреживания больных с заразными формами сифилиса и решил просить НКЗ разработать план проведения минимального необходимого единого метода обезвреживания и оздоровления этих больных.

Съезд обратил внимание на те благоприятные перспективы в деле организованного массового проведения лечения больных сифилисом, в первую очередь его заразными формами, которые открываются в связи с все более выясняющимся могучим терапевтическим действием препаратов типа стоварсола (стоварсолан), и просил НКЗ принять меры к постановке наблюдений над применением этого препарата в условиях стационарной и амбулаторной работы.

Считая, что развертывающаяся работа по борьбе с сельским сифилисом требует наличия кадров венерологов, обладающих необходимой подготовкой в области как лечения, так и профилактики венерических заболеваний, Съезд приветствовал начинание НКЗ по проведению на местах стажирования молодых врачей, предназначенных

для работы по борьбе с венерическими болезнями на селе, и призвал органы здравоохранения выделить местные средства на расширение этого дела.

Съезд отметил как имеющиеся успехи в борьбе с сифилисом, так и четкость дальнейших перспектив и мероприятий в этой области, констатировав в то же время, что в борьбе сгонореей достижения малозначительны, и обратив внимание на необходимость более детальной разработки и проведения организованных лечебных и профилактических мероприятий для борьбы с этой болезнью.

Съезд отметил, еще что в водном транспорте имеются особенно благоприятные условия для распространения венерических болезней, как среди транспортных работников и их семей, так и среди лиц, пользующихся транспортом.

Борьба с венерическими болезнями в водном транспорте должна принять организованные формы, соответствующие условиям работы. Венучреждения водного транспорта должны в целях создания единого плана борьбы с венеризмом—тесно связаться с другими венучреждениями своего района.

Форма организации венпомощи должна быть такова, чтобы в крупных водных пунктах (Казань, Самара, Саратов, Сталинград, Рыбинск) была обеспечена ко времени прибытия пароходов венпомощь водникам. Означенные водпункты должны иметь возможность направлять венериков, нуждающихся в кочном лечении, в больничные учреждения.

На крупных пристанях желательное устройство профилактических станций при пунктах, намеченных для оказания венпомощи водникам.

В целях предупреждения занесения инфекции в деревню следует перед возвращением водников к месту своего жительства проводить общий осмотр работников водного транспорта с направлением венериков в соответствующие венучреждения.

Вечернее заседание третьего дня Съезда и утреннее—четвертого были посвящены докладам по сифилису.

Проф. П. С. Григорьев (Саратов) сделал доклад „Висмутотерапия сифилиса по данным Саратовской клиники“. Обширный клинический материал и ряд экспериментальных исследований, произведенных под руководством докладчика, дали последнему возможность подтвердить полностью высказанные ранее другими авторами взгляды на терапевтическую ценность висмутовых соединений. Произведенные в клинике докладчика тщательные исследования над изменениями биологических свойств спирохэт, в частности характера их агглютинации, а также наблюдения над изменениями морфологических их особенностей под влиянием висмутового лечения являются чрезвычайно показательными для признания высокой спирохэтоцидности солей висмута.

Доц. Г. И. Белоглазов и А. А. Кашинский (Саратов) выступили с докладом „К вопросу лечения сифилитических склерозов у кроликов при экспериментальном сифилисе препаратами висмута 1) *Na bismuthum citrojugobatum* (растворимый препарат) и 2) биохинолом (нерастворимый препарат)“. В заслуживающей внимания обстоятельной работе докладчики экспериментальным путем доказали справедливость выдвинутых проф. Григорьевым положений о терапевтическом значении висмута, причем как первый, так и второй препараты горячо рекомендованы ими для лечения сифилиса.

Проф. Э. Н. Гржебин (Смоленск) сделал сообщение «Сравнительная оценка различных висмутовых препаратов». Доклад этот для большинства участников Съезда представлял особый интерес, поскольку докладчик по опыту Гос. Венерического Института дал объективную сравнительную оценку терапевтического действия различных висмутовых препаратов и указал, что русские препараты биохиноль и бисмутовги отнюдь не уступают по своим свойствам заграничным аналогам.

Д-р Р. Р. Гельтцер (Казань) сделал два доклада: 1) „Наблюдения над культивированием *sp. pallida*“ и 2) «Первые попытки получения luetin'a». С большим вниманием Съезд выслушал оба доклада. В первом из них докладчик познакомил с применяющейся в Казанском Бактериологическом Институте методикой получения чистых культур бледной спирохэты, во втором—затронул чрезвычайно интересный и сложный вопрос биологической диагностики сифилиса. Докладчик приходит к выводу, что реакция сифилитиков на luetin несомненно является специфической и не может быть объяснена только повышенной чувствительностью кожи. Практическое значение её для клиники должно быть определено дальнейшими клиническими наблюдениями.

Д-ра С. Я. Голосовкер и А. Д. Целищева (Казань) сообщали «О лечении сифилиса стоварсоланом». Непродолжительное наблюдение над небольшим количеством клинического материала все же дало докладчикам возможность реко-

мендовать этот препарат для широкого применения у стационарных и амбулаторных больных.

Д-ра А. Б. Вайнштейн и С. Я. Голосовкер (Казань) сделали доклад «К лечению раннего сифилиса рекурренсом». Под наблюдением докладчиков находилось 20 больных, леченных рекурренсом (штамм проф. Аристовского), и 5—малярией. Несмотря на столь незначительное число больных и краткость срока наблюдения (у некоторых больных только 5—6 месяцев), докладчики сочли возможным сделать довольно смелые выводы: они заявили о быстром исчезновении спирохэт в тканях, о скором исчезновении клинических припадков сифилиса и в заключение вывели положение, что случаи раннего и серопозитивного латентного сифилиса должны подвергаться этой терапии,— правда, дополняемой специфической терапией. Конечно, значения разбираемых докладчиками методов лечения отрицать не приходится, но, с другой стороны, имея в своем распоряжении иные способы неспецифической терапии в дополнение к основному ртутно-сальварсанному лечению, зачем прибегать к столь сложному и далеко небезразличному для больного методу, как прививка малярии и рекурренса,—методу, результаты и последствия которого еще до сих пор не изучены в достаточной степени? Мы думаем, что едва-ли правы докладчики, утверждающие на основании своего незначительного опыта, что прививка рекурренса штаммом проф. Аристовского является удобным и быстрым методом инфекционно-лихорадочной терапии.

Проф. Т. И. Юдиц (Казань) сообщил о „наблюдениях над лечением прогрессирующего паралича малярией и рекурренсом“. Полученные им при этом лечении у прогрессирующих паралитиков результаты иногда были весьма хороши даже в далеко зашедших случаях. Особенно благоприятные результаты наблюдались у субъектов с пикническим строением тела.

Д. З. Елин (Казань) посвятил доклад раннему наследственному (врожденному) сифилису по материалам Акушерской клиники Казанского Гос. Ун-та за 1900—1926 гг. Доклад этот, как было отмечено председателем Съезда, является очень ценным для объективного определения врожденного сифилиса. Будучи основан на большом материале, он дает количественный и качественный учет всех имеющих налицо симптомов врожденного сифилиса. Из 5257 родов клинический диагноз врожденного lues'a, при суммарном учете всех признаков с их качественной оценкой, мог быть установлен в 74 случаях, что составляет 1,4%; в частности на 217 недоношенных плодов—с признаками врожденного сифилиса оказались 61 или 28,12%. Цифры эти не определяют, однако, действительной частоты lues'a новорожденных,—последняя может быть установлена, с наибольшим приближением к истине, лишь при использовании, наряду с учетом данных анамнеза родителей и клинической симптоматологии, всех современных методов исследования.

Проф. З. Н. Гржебин (Смоленск) сделал доклад: „Liquor-диагностика, как профилактика neurolues'a“. В докладе этом автор указал на важность исследования спинномозговой жидкости, добываемой путем лумбальной пункции, при сифилисе. Побочные явления после пункции наступают в среднем в 20%, в том числе тяжелые—в 3%. В практическом значении важны „4 реакции Nonne“ (pleocytosis. r. Nonne, RW liquor'a и RW крови). Все-таки проф. Гржебин отметил много неясностей в учении о liquor'e и рекомендует дальнейшее изучение данного вопроса.

М. Н. Ашанин (Казань) в своем докладе затронул вопрос „о сравнительном значении реакций Wassermann'a и Хитрово для клиники“, причем рекомендовал реакцию Хитрово предпочтительно перед осадочными реакциями, особенно в маленьких лабораториях. Результаты этой реакции, по его наблюдениям, почти всегда совпадают с результатами RW.

Вечернее заседание четвертого дня Съезда было уделено докладам по гонорее. Доклады эти были прочитаны в следующем порядке: 1) З. А. Осипова и А. Ф. Ухин (Саратов)—„К вопросу об экспериментальной гонорее“. 2) Я. Д. Печников и А. Д. Целищева (Казань)—„Несколько слов к вопросу об экспериментальной гонорее“. 3) З. А. Осипова (Саратов)—„Внутрикожная реакция у гонорройных больных“. 4) Б. С. Тарло (Казань)—„Цитологические исследования выделений при женской гонорее“. 5) Г. Д. Дерчинский (Казань)—„К вопросу о диагностике женской гонорее“. 6) Ц. Ю. Ротштейн и М. И. Миркин (Казань)—„Некоторые данные о провокации гонококка при мужской гонорее“. 7) Я. Д. Печников (Казань)—„К вопросу о вакцинотерапии мужской гонорее“. 8) И. С. Бейрах (Казань)—„Наблюдения действия лампы Solux при мужской гонорее“. 9) Я. Д. Печников и Х. Г. Гильман (Казань)—„Наблюдения над применением диатермии при мужской гонорее“. 10) Л. М. Хатене-

вер (Москва)—Реакция оседания эритроцитов при экспериментальной гонококковой токсемии у кроликов“. 11) Кривошеев (Балашев)—„К методике окраски гонококка“. Все перечисленные доклады были в высшей степени интересны за единственным исключением разве доклада тт. П. Ю. Ротштейна и М. П. Миркина (Казань), которые не сообщили ничего нового, повторив в своем докладе лишь давно всем хорошо известные положения.

По вопросу об экспериментальной гоноррее на Съезде столкнулись главным образом Саратовская клиника (Осипова и Ухин) и Казанский Институт для усовершенствования врачей (Печников и Целищева), причем, если первые получили удачные результаты в этом направлении, то вторые, несмотря на большой материал по данному вопросу, в своих случаях типичных гонококков не находили.

Среди посвященных гоноррее докладов нельзя обойти молчанием еще интересного доклада Г. Д. Дерчинского, из клиники проф. А. П. Тимофеева, „О диагностике женской гонорреи по новому способу“,—лакмусовой бумажкой, пропитанной особым химическим составом.

Последний день Съезда был посвящен докладом по *дерматологии*. Обширный и чрезвычайно интересный доклад был сделан проф. М. С. Пильновым (Казань) под заглавием „К вопросу о развитии рака на местах существующих кожных заболеваний: psoriasis, keratosis arsenicalis и lupus-carcinoma“. Указав на прогрессирующий рост раковых заболеваний, докладчик отметил важность изучения патогенеза раковых опухолей. Особый интерес с точки зрения этиологии представляют те случаи рака кожи, где его развитию предшествуют заболевания кожных покровов, сопровождающиеся гиперплазией покровного эпителия. Исходным пунктом рака наиболее являются старческие бородавки, далее те процессы, которые ведут к образованию рубцовой ткани (волчанка); сравнительно редко встречаются раковые опухоли на почве мышьякового кератоза и как величайшая редкость—на эфлоресценциях чешуйчатого лишая. Приведя исчерпывающее описание клинической картины таких форм рака, докладчик остановился на патолого-анатомических изменениях на месте опухоли.

Приват-доцент Н. Н. Яснитский и А. М. Никитин (Казань) сделали два доклада: 1) „К учению о сосудодвигательных рефлексах кожи и патогенезе гиперемии.“ и 2) „О ваго—и симпатикотонии при кожных болезнях“. В своем первом докладе докладчики остановились на чрезвычайно важном и мало еще разработанном вопросе о механизме сосудодвигательных рефлексов кожи. На основании литературных данных и собственных опытов, составленных на 34 больных (96 опытов), они приходят к выводу, что изучение сосудистых рефлексов имеет исключительное важное значение для клиники, в особенности для той группы кожных болезней, этиологическим фактором которых считаются расстройства в сфере нервной системы. Во втором докладе докладчики поделились результатами своих исследований над состоянием вегетативной нервной системы у 155 кожных больных, причем ими было найдено, что в громадном большинстве случаев здесь наблюдались расстройства вегетативной иннервации.

Бейрах, Клебанов и Шварц (Казань) сообщили „результаты обследования кожных болезней у рабочих Бондюжского завода“, причем отметили действие химических веществ на кожу человека.

В. Е. Зайцев (Казань) и А. М. Никитин (Чувреспублика) в докладе „К лечению чесотки гипосульфитом и соляной кислотой“ установили, что широкое распространение чесотки и других паразитарных заболеваний, особенно среди сельского населения, выдвигает на очередь вопрос о планомерной борьбе с ними. К числу мер такой борьбы принадлежит и метод лечения гипосульфитом, являющийся дешевым, простым и, в то же время, не уступающим по своему действию другим способам лечения.

Дальше заслуживает большого внимания обширный доклад С. М. Фрида (Москва)—„К вопросу об экспериментальной микроспории“ (с демонстрацией зараженных животных).

После этого доклада Съездом были заслушаны сообщения М. Д. Гольдштейна (Казань)—„К вопросу о лечении злокачественных новообразований кожи рентгеном“ и Я. В. Хороша (Казань)—„Лечение кожных болезней кварцевой лампой системы В а с h а“.

Бурными аплодисментами переполненной аудитории был встречен доклад проф. В. Ф. Бургсдорфа (Казань) „К хемотерапии проказы“. Многолетние исследования докладчика, произведенные частью на больных Казанской клиники, а главным образом на материале лепрозорий Терской области, Азербейджана и



Грузинской республики, позволили ему выступить горячим сторонником применения для лечения проказы золото-цианистого калия. Нужно пожелать, чтобы этот доклад, полный захватывающего интереса, возможно скорее появился в печати.

15/IX С'езд закончил свою работу.

В заключение мы хотели-бы отметить, что на С'езде, к сожалению, совершенно не был освещен вопрос о распространении сифилиса и мерах борьбы с ним на водных путях Поволжского района и среди многочисленных национальных меньшинств, населяющих обширный Волжско-Камский бассейн.

М. Батунин.

## Заседания медицинских обществ.

### Уральское Медицинское Общество в г. Свердловске.

Заседание 4/I.

Д-р С. А. Амчиславский демонстрировал больного с ложной мегалогастрией.

Д-р В. М. Онуфриев представил больную, у которой им была сделана операция искусственного образования влагалища из прямой кишки. Результат получился вполне удовлетворительный, если не считать небольшого влагалищно-кишечного свища.

Д-р В. Г. Перетц сообщил „О реакции осаждения эритроцитов в гинекологии и акушерстве“ на основании 197 произведенных им исследований; результаты, полученные им, совпали с таковыми же Мандельштама и др.

Заседание 18/I.

Д-р М. М. Виленский сделал сообщение на тему „Современное состояние вопроса о пневмококиозах“, вызвавшее весьма оживленный обмен мнений.

Проф. Л. М. Ратнер в докладе „Роль почек в генезе хлороформной смерти“ подробно остановился на причинах смерти от наркоза на основании своих случаев, проверенных путем аутопсии.

Заседание 1/II.

Д-р В. П. Кушелевский демонстрировал больного с „бытовым отравлением свинцом“ в результате употребления, в качестве посуды для щей, железной банки из-под свинцовых белил.

Д-р Штенберг показал мальчика 14 лет со спондилитом, вызвавшим деформацию конечностей.

Д-р Любимов демонстрировал 10-летнего мальчика со смещением глазного яблока, явившимся результатом порочного развития.

Заседание 9/II.

Д-р С. П. Фридьев демонстрировал больного с реинфекцией сифилиса.

Д-р М. Н. Карнаухов прочитал доклад „Туберкулез у полиграфистов“.—В прениях по докладу много внимания было уделено вопросу о связи the со свинцовым отравлением.

Д-р В. П. Кушелевский демонстрировал больного с распространенной подкожной эмфиземой, получившейся в результате большого физического напряжения.

Заседание 23/II.

Д-р Вочаров показал 20-месячного ребенка с злокачественным сифилисом в комбинации вторичного и третичного периодов.

Д-р Любимов вторично демонстрировал мальчика после произведенной операции, обнаружившей *microphthalmus congenita*, а также больного с рубцовыми изменениями конъюнктивы и роговой оболочки после пемфигуса.

Проф. Л. М. Ратнер демонстрировал оперированного 1½ года тому назад по Оппелю больного с самопроизвольной гангреной, приобретшего в настоящее время полную работоспособность.

Д-р В. Б. Бродовский демонстрировал 5 инородных тел, удаленных из пищевода.

Д-р Г. С. Мышкин сделал сообщение „О контакте между рентгенологом и лечащим врачом“, где указал, что к рентгенологу надо прибегать тогда, когда все другие способы диагностики уже исчерпаны.

Заседание 2/III.

Д-р М. И. Карнаухов продемонстрировал большую *после френикотомии*.  
Д-р И. С. Фурман предъявил препарат *эмбола брюшной аорты* на месте отхождения брызжеечной артерии, вызвавшего гангрену кишек.

Заседание 6/III.

Рядом докладчиков сделаны сообщения об *эпидемиях инфлюэнцы* вообще, эпидемиях, бывших на Урале, и о настоящей эпидемии.—После обмена мнений избраны 2 комиссии для изучения настоящей эпидемии—эпидемиологическая и клиническая.

Д-р Е. П. Сластенов сделал доклад на тему „*Опыт лечения скарлатины съвороткой реконвалесцентом*“.

Годичное заседание 16/III.

Почетный член О-ва д-р В. М. Онуфриев произнес речь на тему: „*Достижения и проблемы в акушерстве и гинекологии*“.

В новый президиум избраны: председателем—проф. Л. М. Ратнер, тов. председ.—д-р М. И. Карнаухов, секретарями—д-ра М. Л. Шапиро-Аропштам и В. Г. Перетц (он же казначей) и библиотекарем д-р В. Е. Одинцов.

Заседание 30/III.

Д-р Р. Н. Вигдергауз и Г. С. Мышкин продемонстрировали *случай лейкемии*, где рентгеновское лечение оказало хорошее воздействие.

Д-р В. Е. Одинцов продемонстрировал больную с *удаленной половиной плечевого пояса*.—В прениях проф. Шамарин сообщил о таком же своем случае, оперированном им в клинике проф. Федорова.

Д-р П. П. Вартминский сообщил о *случае оживления больной впрыскиванием адреналина в сердечную сорочку*.

Заседание 6/IV.

Д-р Штенберг сделал обзорный доклад на тему *о современной ортопедии*, ее пределах и достижениях.

Д-р М. Н. Шутихин в докладе „*Об абортах по г. Свердловску и Свердловскому округу за 1925 год*“ отметил увеличение числа зарегистрированных искусственных выкидышей за отчетный период на 116%.—В прениях был главным образом затронут вопрос о прерывании беременности в связи с туберкулезом.

Заседание 13/IV.

Д-р Цукер сделал обширный доклад „*Рефлексология и марксизм*“.

Проф. И. П. Степанов-Григорьев сообщил *информацию о ходе работ клинической комиссии по изучению эпидемии инфлюэнцы в г. Свердловске*.

Д-р Гитерман сделал сообщение: „*Клинические наблюдения при инфлюэнце по данным специального отделения Горбольницы*“.—В прениях было обращено особое внимание на тяжелое течение инфлюэнцы у детей, из которых некоторые переболели 2 раза. Наиболее частыми осложнениями у них были воспаления легких с общим процентом смертности, равным 12%.

Заседание 11/V.

Д-р Фишман продемонстрировал больного с *мозжечковым поражением*.

Д-р В. А. Ляпустин зачитал первую часть своего доклада „*Вопрос о промышленном травматизме на Урале*“.

Заседание 1/VI.

Заслушано 3 доклада: д-ра М. М. Виленского—„*История борьбы с туберкулезом на Западе и в СССР*“, д-ра М. И. Карнаухова—„*Основы научной профилактики туберкулеза*“ и д-ра А. В. Подсосова—„*Физкультура и туберкулез*“.

Заседание 15/VI.

Д-р А. П. Девириц продемонстрировал больного с *гангреной Каупаилт на почве отравления спорыньей*.

Д-р В. А. Ляпустин закончил свой доклад „*О промышленном травматизме на Урале*“, широко охватив данный вопрос для Урала и остановившись также на промышленном травматизме на Западе.

Д-р Фишман сообщил „*О поздней апоплексии после травмы черепа*“.

Заседание 22/VI.

Д-р Сухов продемонстрировал типичный, выраженный *случай базедовой болезни*.

Проф. Л. М. Ратнер и д-р Г. С. Мышкин демонстрировали больную с *остео-саркомой нижней части бедра*, симулировавшей на первый взгляд туберкулез коленного сустава.

Д-р Фишман демонстрировал препарат *мозга больного с кистой в виллизиевом мосту*.

Д-р Талаловский показал больного с *Jackson'овской эпилепсией* в результате травмы.

### Медицинские Конференции при Ярославской Губ. Акушерско-Гинекологической больнице.

В марте 1926 г. при Ярославской Губернской Акушерско-Гинекологической больнице были организованы Медицинские Конференции, имеющие своей целью разбор вопросов научно-практического характера, а также вопросов врачебной этики. Членами Конференций являлись не только врачи, но и средний медицинский персонал. На этих конференциях, происходивших два раза в месяц, присутствовали не только сотрудники данной больницы, но и прочих лечебных учреждений Ярославля. Кроме того терапевты, хирурги, педиатры, отиатры и пр. являлись почти всегда активными участниками Конференций. Всего с марта по август месяца было 7 заседаний (с перерывом на летнее время), на которых были заслушаны след. доклады: 1) *Вопросы врачебной этики в акушерстве*—Ф. А. Глебовой, 2) *О разрывах промежности и мерах предупреждения их*—М. А. Рабинович и М. Г. Ивановой, 3) *Терапия при placenta praevia*—С. С. Шах-Паронянца, 4) *Случай внезапной смерти после родов (embolia art. pulmon.)*—Д. А. Порташиковой, 5) *Биологическая трагедия женщины*—Ф. А. Глебовой, 6) *Случай разрыва влагалища во время coitus'a*—В. А. Тильша, 7) *Образование искусственного влагалища из тонкой кишки по способу Baldwin-Konstantin'a* (с демонстрацией больной)—проф. Тихоновича, 8) *Демонстрация больной после пересадки мочеточников в прямую кишку без нарушения функции мочеиспускания*—И. В. Владимирского, 9) *Демонстрация препарата anepserphalus'a*—С. С. Шах-Паронянца, 10) *О постановке научного дела во Франции* (в частности новое в лечении рака)—С. И. Шах-Паронянца, 11) *О VII Съезде Акушеров и Гинекологов в Ленинграде*—И. В. Владимирского, Ф. А. Глебовой и В. В. Голубкова.

## Хроника.

— Уголовный Кодекс РСФСР дополнен статьей 155 след. содержания: «Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасное заражения венерической болезнью влечет за собою лишение свободы или принудительные работы на срок до 6 месяцев».

— Недавно исполнилось 50-летие научной деятельности старейшего из профессоров Казанского У-та, Н. А. Миславского. По представлению Наркомпроса Совнарком РСФСР постановил присвоить ему звание заслуженного деятеля науки и назначил ему персональную пенсию в 150 руб. в месяц.

— Избранный предметной комиссией и ученым советом Медфака Казанского У-та на кафедру общей патологии д-р Окунев утвержден Главпрофобром на этой кафедре в звании доцента.

— На вакантную кафедру социальной гигиены в Казанском У-те предметной комиссией выбран профессор Астраханского Мединститута Сергеев.

— Благодаря затянувшемуся ремонту,—каковая затяжка, кстати сказать, за последние годы сделалась обычным явлением.—факультетские клиники Казанского У-та в нынешнем году не могут быть открыты раньше первых чисел октября.

— В предстоящем семестре контингент врачей, прикомандированных к Казанскому И-ту для усовершенствования врачей, будет равняться 180 чел., не считая 25 врачей, специально прикомандированных на курсы охраны матмлада.

# ТОРГОВЫЙ СЕКТОР „Комбината Издательства и Печати“.

„ТАТГИЗ“.

ИМЕЮТСЯ В ПРОДАЖЕ:

«Вопросы психофизиологии, рефлексологии и гигиены труда», под общей редакцией академика В. М. Бехтерева (Ленинград) и профессора Н. А. Миславского (Казань).

Сборник № 1, стр. 186, цена 1 р. 30 к.

**Содержание:** Акад. В. М. Бехтерев. Лечебное значение умственного труда для больных общими неврозами.—Д-р В. И. Рабинович. Утомление в свете ионной теории.—Д-р Л. Л. Васильев. Влияние раздражения воспринимающих органов на работоспособность мышц.—А. Р. Лурья. Рефлексологический метод в исследовании внушаемости.—Проф. Н. А. Белов. Особенности физического, умственного и художественного труда женщин в связи с особенностями их физиологической структуры.—К. И. Сотонин. О колебаниях в женской психике под влиянием периодов менструаций.—Проф. В. В. Белоусов. К вопросу о непосредственной переноске тяжестей.—А. Р. Лурья. Психическая утомляемость

словолитчиков.—Д-р М. А. Юровская. Проблема умственной одаренности у взрослых и определение пригодности к умственному труду.—И. Шпильрейн. К методам психо-технического анализа профессий.—И. А. Ветехин. О коллоидно-химической модели мышечного сокращения.—С. Ф. Флавицкий. Об общности начал в анализе работы машины и труда личности.—К. И. Сотонин. Графический метод исследования внушаемости.—К. И. Сотонин. К методике статистической обработки результатов психологического исследования.—Я. П. Красников. О новом видоизменении теста Bourdon'a.—Я. П. Красников. Об интерпретации кривых работы.—Отчеты.—Библиография.

Сборник № 2, стр. 292, цена 4 р.

**Содержание:**—Элементы научной биографии В. М. Бехтерева (с портретом).—К. И. Сотонин. К методике исследования утомления.—С. Ф. Флавицкий. Об исследовании утомляемости мышц при ритмичности повторяющихся движений.—М. М. Либерман. Задержка дыхания, как метод определения утомления.—В. Н. В. Н. Мясищев. Данные о влиянии трудового дня на нервную систему рабочего.—И. М. Бурдянский. Бюджет времени студентов ТКУ.—М. А. Юровская. Утомляемость студентов Татарского Коммунистиче-

ского Университета.—И. Н. Шпильрейн. Новый метод психологического анализа элементарных процессов счета.—В. В. Милославский. Видоизмененный метод *Stich'a* для определения количества пыли в воздухе.—В. Кашкадамов. Исследование условий труда педагогов в гигиеническом отношении.—В. Бейлини Ф. Анциполовский. Гигиеническое исследование воздуха, произведенное на II словолитне им. Гуттенберга в Ленинграде.—Е. Римская. Работа ИНОТ'а с 1/X—24 г. по 1/X—1925 г.

Заказы направлять по адресу: **КАЗАНЬ, Б.-Проломная, 33.**  
Адрес для телеграмм: **КАЗАНЬ, ТАТГИЗ.**

Фирма сущ. с 1868 г.

„И. И. МАРКОВ“

влад. И. И. ГРЮНБЕРГ.

Тел. 161—99.

магазин и мастерская

Тел. 161—99.

# ХИРУРГИЧЕСКИХ и ОПТИЧЕСКИХ

## ИНСТРУМЕНТОВ.

Пантостаты. Автоклавы. Стерилизаторы. Аппараты для искусственного пневмоторакса. Приборы Рiquet для прививки и разведения туберкулина. Зонды для исследования желудочного сока. Гемоглобинометр. Камеры Thoma. Сфигмоманометры Riva-Rocci. Спирометры модель „Марков“, „Phoebus'a“ и Hutschinson'a. Ростомеры. Циркуля толстотные скользящие, Weber'a. Динамометры. Секундомеры. Метрономы и проч.

Резиновые изделия и предметы для ухода за больными. Ортопедические аппараты и бандаж.

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородные заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.

Продолжается подписка на 1926 год на журнал

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ,

изд. ГЛАВНАУКОЙ и ГОСИЗДАТ. по соглаш. с НАРКОМЗДРАВом.

ГОД ИЗДАНИЯ IV.

Ответственные редакторы:  
М. П. КОНЧАЛОВСКИЙ и Г. Ф. ЛАНГ.

Ответственный секретарь  
Р. М. Обакевич, Москва, 2-й Смоленский пер., д. 1, кв. 12.

ВЫХОДИТ 6 КНИГ В ГОД

Подписная цена: на год—8 р.

Рассрочка платежа: при подписке—3 р., по получении 2 книг—3 р., по получении 4-й книги—остальные.

**ПОДПИСКА и ЗАКАЗЫ** принимаются Периодсектором Госиздата (Москва, Воздвиженка, 10/2), провинциальными конторами и уполномоченными (имеются во всех губ. и уездных городах СССР), снабженными удостоверениями Периодсектора Госиздата или его контор, а также всеми почтово-телеграфными конторами.

ИЗДАТЕЛЬСТВО 1-го МОСК. ГОСУД. УНИВЕРСИТЕТА.

ПОСТУПИЛА В ПРОДАЖУ КНИГА:

„МЕДИЦИНА и ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ“

(Труды Кружка врачей материал. I МГУ за 1924—25 г.). Стр. 146.

Цена 1 р. 60 к.

Заказы направлять в книжный магазин Издательства Коммунистической Академии, Москва, Моховая, 26.

# Издание „Казанского Медицинского Журнала“.

ВЫШЛА ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛА В ПРОДАЖУ:

## „ПЛАСТИКА ЛИЦА (ПРИРОТОВАЯ ОБЛАСТЬ)“.

Д-ра В. А. ГУСЫНИНА.

КНИГА ИЗДАНА НА ВЕЛИКОЛЕПНОЙ ПЛОТНОЙ  
БУМАГЕ И СНАБЖЕНА 49 РИС. В ТЕКСТЕ И НА  
ОТДЕЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ.

ЦЕНА 1 РУБЛЬ.

ВЫСЫЛАЕТСЯ НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ, БЕЗ  
ЗАДАТКА. ПРИСЛАВШИМ ДЕНЬГИ ВПЕРЕД — ПЕ-  
РЕСЫЛКА БЕСПЛАТНО.

ТРЕБОВАНИЯ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ РЕДАКЦИИ:  
*г. Казань, Акушерско-Гинекол. Клиника Университета.*

---

## МОСКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Посвящен организационным и научным вопросам здравоохранения, научной и экспериментальной медицине, гигиене, проф. болезнями, эпидемиологии и общественной медицине.

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ответственный редактор: Завед. Мосздравотделом В. А. Обух. Редакторы: А. Н. Сьсин, П. И. Елистратов, Я. Ю. Кац, Л. С. Боголепова, С. А. Гуревич, проф. С. В. Коршун, В. Р. Хесин. Ответственный секретарь А. К. Богомолов

Адрес редакции: Москва, Кузнецкий Мост, д. 6. 4-й этаж. Леч. п/о. Телефон 2-80-40, 1-84-92.

### В журнале следующие отделы:

I. Оригинальные статьи по клинической медицине, патологич. анатомии и физиологии. II. Оригинальные статьи по гигиене, профессиональным болезням, эпидемиологии и социальной медицине. III. Отчетные данные по деятельности отдела Здравоохранения М. С. Р. и Д. IV. Обзоры и рефераты. V. Библиография. VI. Съезды и заседан. медицинских обществ. VII. Хроника.

Подписная цена с доставкой, пересылкой и бесп. приложением—12 рублей.  
ОБЪЯВЛЕНИЯ: позади текста 1 стр.—60 р., 1/2 стр.—40 р., 1/4 стр.—25 р.

# „СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ“

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

## ПРОФЕССОРА ДРА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 3362  
ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ**  
ИЗГОТОВЛЯЕТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ  
ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ.

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ**  
С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ  
ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРЧЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,

**СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ, НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**  
АРТЕРИОСКЛЕРОЗ, СПИННАЯ СУХОТКА,

**ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОСЧИЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,**  
А ТАКЖЕ ПРИ **ВСЕХ ВИДАХ ПОЛОВОГО БЕССИЛИЯ.**

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ**  
БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ  
ПОСЛЕ ПЕРЕНОСНЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ:

**ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ**  
**ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАИЗМЕ, И.Т.П.**

**СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ**  
ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ **АПТЕКАХ**  
И **МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.**

ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОЙ ВЫСЫЛАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ 4 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%.  
ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕСЫЛКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ  
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ: „ГАЛЕН-МОСКВА“

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА **МОСКВА** УЛ. **ГЕРЦЕНА** №5 ОТД.  
ПОЧТ. ЯШ. №1025

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

XXIII год

издания

XXIII год

издания

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1927 г.

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

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

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

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

**В предстоящем 1927 году** «Журнал» будет выходить, как и в 1926 году, ежемесячно, книжками, каждая не менее 7 листов (112 стр.) убористой печати. При этом редакция по-прежнему будет стремиться, чтобы «Журнал» в состоянии был удовлетворить научным и практическим потребностям провинциального врача, не имеющего возможности тратить на выписку дорого стоящих специальных изданий, и позволил ему иметь возможно полное представл. обо всех главн. этапах прогресса научн. медиц. мысли в России и загр. В соответствии с этими задачами «Журнал» будет состоять из 2 отделов:

**ОТДЕЛ I** будет заключать оригиналы статей по всем отраслям теоретической и практической, лечебной, профилактической и общественной медицины (не менее 12—15 в каждом №).

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

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

**Подписная цена** на „Журнал“ остается прежняя, т. е. 6 руб. на год (12 №№), 3 руб. 50 коп. на 1/2-года (6 №№). Для годовых подписчиков допу-

скается расценка в два (при подписке — 3 руб. и к 1 июня — 3 руб.) и три (при подписке — 2 руб., к 1 апреля — 2 руб. и к 1 августа — 2 руб.) срока.

**Во избежание задержки в высылке первых №№ редакция просит гг. подписчиков поторопиться с внесением подписной платы.**