

# 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.

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 1.

Я Н В А Р Ь.

(Вышел из печати 20 января).

Цена 65 коп.

ПОСВЯЩАЕТСЯ  
ПРОФЕССОРУ

Ивану Григорьевичу  
САВЧЕНКО,

по поводу 40-летия его славной ученой  
деятельности.

КАЗАНЬ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1929 г.

Издание Общества Врачей при Казанском гос. университете. Орган медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

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

Абуладзе Д. А. (Киев), Адамюк В. Е. (Казань), Алякритский В. В. (Пермь), Аристовский В. М. (Казань), † Бенинг К. В. (Казань), Bielschowsky М. (Берлин), Боголюбов В. А. (Казань), Богораз Н. А. (Ростов и Д.), Божовский В. Г. (Тобольск), Болдырев В. Н. (Баттл-Крик, Америк. Соед. Штаты), Борман В. А. (Омск), Бродский Я. И. (Берлин), Бруштейн С. А. (Ленинград), Бубличенко А. И. (Ленинград), Бургсдорф В. Ф. (Тифлис), Быков С. Г. (Саратов), Васильев И. П. (Казань), Викторов К. Р. (Казань), Вишневский А. В. (Казань), Вольтер Б. А. (Казань), Воржс В. В. (Саратов), Воробьев В. Н. (Казань), Галант И. (Москва), Гасуль Р. Я. (Казань), Глушков П. А. (Казань), Горизонтов Н. И. (Томск), Горяев Н. К. (Казань), Гремячкин М. Н. (Самара), Гржебин З. И. (Смоленск), Гросман И. Б. (Астрахань), Груздев В. С. (Казань), Груздев С. С. (Братислава, Чехо-Словакия), Гусев А. Д. (Казань), Гусынин В. А. (Казань), Жбанков Д. Н. (Москва), † Зимницкий С. С. (Казань), Зюков А. М. (Киев), Кавецкий Н. Е. (Самара), Кисель А. А. (Москва), Kistemperger F. (Берлин), Клячкин Г. А. (Казань), Коган-Янский В. М. (Харьков), Козлов И. Ф. (Омск), Красин П. М. (Казань), Кроль М. Б. (Минск), Куляков А. А. (Москва), Курлов М. Г. (Томск), Кушев Н. Е. (Саратов), Левин А. М. (Ленинград), Левин И. А. (Н.-Новгород), Лепский Е. М. (Казань), Лидский А. Т. (Астрахань), Линберг Г. Е. (Смоленск), Лозинский А. А. (Пятигорск), Лопатин Г. М. (Саратов), Лурия Р. А. (Казань), Меньшиков В. К. (Казань), Милославский В. В. (Казань), Миртов-

ский Н. В. (Саратов), Миславский А. Н. (Казань), Миславский Н. А. (Казань), Михайловский И. П. (Ташкент), Mühlens P. (Гамбург), Невядомский М. М. (Москва), Неприхин Г. Г. (Астрахань), Николаев П. Н. (Саратов), Омороков Л. И. (Томск), Опокин А. А. (Томск), Осюкин Н. Е. (Саратов), Парин В. Н. (Пермь), Пильнов М. С. (Казань), Подьяпольский П. П. (Саратов), Поляков Н. Л. (Ленинград), Попов П. И. (Казань), Пучек А. И. (Астрахань), Разумовский В. И. (Саратов), Ратнер Л. М. (Свердловск), Российский Д. М. (Москва), † Россолимо Г. И. (Москва), Русецкий И. И. (Казань), Русских В. Н. (Свердловск), Руткевич К. М. (Краснодар), Савченко И. Г. (Краснодар), Самойлов А. Ф. (Казань), Семашко Н. А. (Москва), Смородицев И. А. (Москва), Соколов В. М. (Казань), Ссолов Н. В. (Казань), Софотеров А. К. (Самара), Стадницкий Н. Г. (Саратов), Степанов-Григорьев И. И. (Краснодар), Strauss H. (Берлин), Сухов А. А. (Ленинград), Телятников С. И. (Астрахань), Терновский В. Н. (Казань), Тимофеев А. И. (Казань), Тушинов М. П. (Казань), Фаворский А. В. (Казань), Фридланд М. О. (Казань), Чалусов М. А. (Самара), Чебоксаров М. Н. (Казань), Чирковский В. В. (Ленинград), † Чистович Н. Я. (Ленинград), Чистович Ф. Я. (Ленинград), Швагер Р. И. (Москва), Шварцман С. Я. (Одесса), Шипачев В. (Иркутск), Ширшов Д. И. (Казань), Щербakov С. А. (Казань), Эдельберг Г. (Ярославль), Эмдин П. (Ростов и Д.), Юдин Т. И. (Казань), Якобсон С. А. (Москва), Ясинский Н. Н. (Казань).

**В наступающем 1929 году** «Журнал» будет выходить, как и в 1928 году, ежемесячно, книжками, каждая не менее 7 листов (112 стр.) убористой печати. В каждой книжке, наряду со статьями по различным отраслям теоретической и клинической медицины, будет помещаться и ряд статей по вопросам профилактической и общественной медицины. Кроме того, по примеру прежних лет, на страницах «журнала» будут помещаться обзоры по наиболее интересным и важным для врача вопросам, рефераты важнейших работ из русской и заграничной печати, рецензии и библиографические заметки о вновь выходящих медицинских книгах, отчеты о поездках за границу с ученою целью, отчеты о главнейших врачебных съездах, о заседаниях медицинских обществ Казани, и др. городов Восточной России, хроника медицинской жизни и пр.

Наконец, в 1929 г. подписчики получат бесплатно несколько приложений, которые будут выходить под названием „МЕДИЦИНСКОЕ МОНОГРАФИИ“ и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного, практического характера. Подписная цена на „Журнал“ (с приложениями) остается прежняя, т. е. 6 руб. на год (12 №№), 3 руб. 50 коп. на 1/2-года (6 №№). Для годовых подписчиков допускается рассрочка в два срока (при подписке и к 1 июня—по 3 руб.) и три срока (при подписке, к 1 апреля и к 1 августа—по 2 руб.).

Редакционная коллегия.

# 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.

---

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 1.

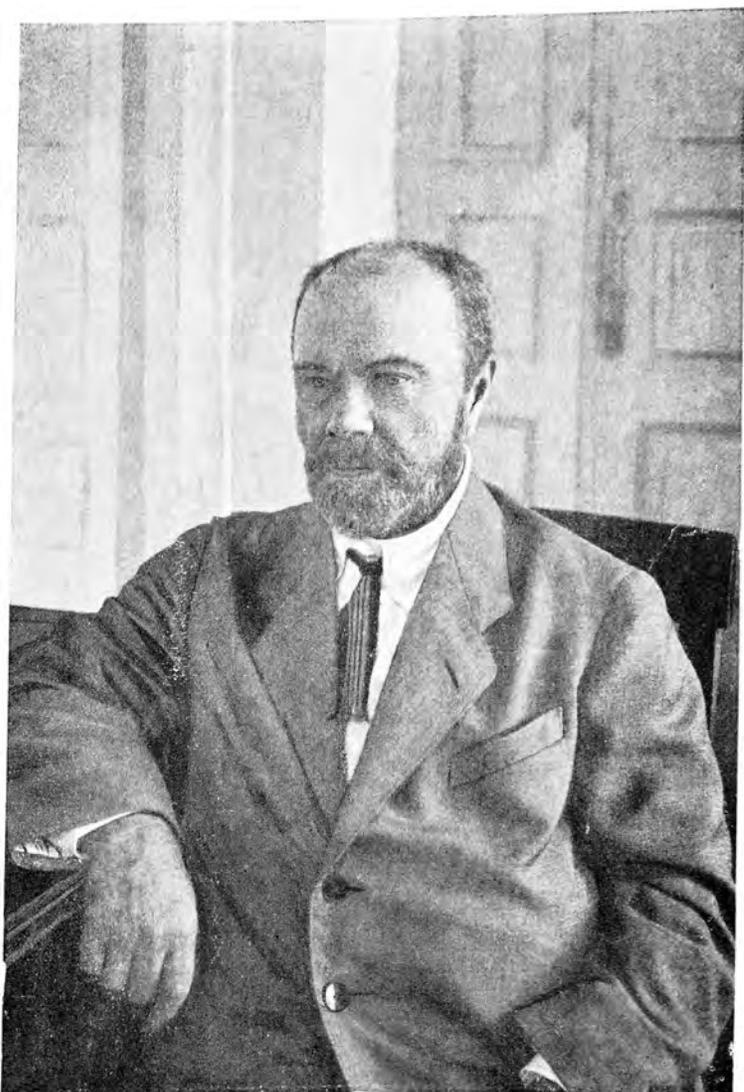
Я Н В А Р Ь.

ПОСВЯЩАЕТСЯ  
ПРОФЕССОРУ

Ивану Григорьевичу  
САВЧЕНКО,

по поводу 40-летия его славной ученой  
деятельности.

КАЗАНЬ.



Профессор  
Иван Григорьевич  
САВЧЕНКО.

## Профессор Иван Григорьевич Савченко).

Проф. В. С. Груздева.

(С портретом).

Последние годы прошлого столетия и первые—нынешнего были временем расцвета Казанского университета вообще и медицинского факультета его в частности. Будучи самым восточным из европейских университетов, обладая сравнительно бедными лабораториями и клиниками, он по своим научным достижениям сравнился со своими гораздо более богато обставленными западно-европейскими собратьями. Объясняется это тем, что большинство его кафедр было занято тогда лицами, которые высоко держали знамя науки и, несмотря на неблагоприятную обстановку, сумели создать целые школы, ставшие рассадниками научных работников для всей тогдашней России. В этой блестящей плеяде научных деятелей, сделавших Казанский университет известным во всем ученом мире, далеко не последнее место занимает один из крупнейших русских бактериологов—Иван Григорьевич Савченко.

Я—не бактериолог, и мне трудно будет с надлежащею полнотою обрисовать многогранную деятельность Ивана Григорьевича в той научной области, которой он посвятил всю свою жизнь. Но долготелая служба вместе с ним, тесные дружеские отношения, всегда нас связывавшие, и помощь ближайших учеников Ивана Григорьевича, среди которых отмечу прежде всего его преемника по Казанскому бактериологическому институту, проф. В. М. Аристовского, дают мне возможность сделать эту попытку.

Хотя имя И. Г. Савченко неразрывно связано с нашим университетом, хотя именно в Казани он создал школу, из которой вышли профессора В. М. Добросмыслов в Перми, А. А. Мелких в Иркутске, покойный К. З. Клепцов в Казани, В. А. Барыкин в Москве, А. И. Бердников в Париже, В. К. Меншиков и В. М. Аристовский в Казани,—сам Иван Григорьевич—не казанец: украинец по происхождению, родившийся 18 февраля 1862 г. в Роменском у. Полтавской губ., он получил высшее медицинское образование в Киевском университете. По окончании, в 1888 г., медицинского факультета последнего ему посчастливилось найти такого талантливого руководителя, каким был покойный профессор Владимир Валерианович Подвысоцкий, занимавший тогда в Киеве кафедру общей патологии. Поступив в его лабораторию, сначала в скромной должности

\*) Сообщено в заседании Общества врачей при Казанском университете 18/XII 1929 г., посвященном 40-летию ученой деятельности проф. И. Г. Савченко.

помощника прозектора, Иван Григорьевич с первых же шагов развил здесь энергичную научную деятельность в той области, поразительный прогресс которой привлекал тогда к себе всеобщее внимание,— я разумею область инфекционной патологии.

Время, когда Иван Григорьевич впервые выступил на научное поприще, было как раз временем, когда бессмертные открытия Pasteur'a прогремели повсюду,—когда последний, по выражению его знаменитого учителя Dumas, „в бесконечно-малых существах открыл третье царство природы“, царство микробов, а своими прививками курьей холеры, сибирской язвы и особенно бешенства положил основание учению об иммунитете. Во всех культурных странах началась кипучая разработка идей Pasteur'a, не осталась безучастною к этой работе и наша родина. Но ни особых кафедр бактериологии при наших университетах, ни специальных бактериологических институтов у нас тогда,—как, впрочем, и везде,—не существовало. Разработка вопросов бактериологии производилась у нас то при кафедрах хирургической патологии, то в лабораториях общей патологии, гигиены и пр. Лаборатория профессора Подвысоцкого в Киеве была как раз одною из таких, где вопросами бактериологии и иммунитета живо интересовались как сам руководитель ее, так и ближайшие его сотрудники, и вот, мы видим, что в первые же годы после поступления Ивана Григорьевича в эту лабораторию он выпускает отсюда целый ряд работ в данной области,—работ, в которых предугадываются некоторые крупнейшие идеи, лишь в наше время сделавшиеся достоянием науки.

Так, в работе, опубликованной в Centralblatt f. Bacteriologie за 1891 г. под заглавием „Zur Frage über die Immunität gegen Milzbrand“, молодой исследователь ясно подчеркивает значение входных ворот инфекции при сибирской язве и выдвигает явления местной чувствительности и местного иммунитета, занимающие в настоящее время умы бактериологов и иммунологов.

В работе „Die Beziehung der Fliegen zur Verbreitung der Cholera“, напечатанной в том же журнале за 1892 г., Иван Григорьевич доказывает важную роль комнатных мух в распространении холеры.

Еще более крупное открытие,—открытие, практическая важность которого выяснилась лишь в новейшее время,—делает Иван Григорьевич совместно со своим товарищем, ныне президентом Украинской академии наук, профессором Даниилом Кирилловичем Заболотным, в вопросе об иммунизации к холере, доказывая (см. их статью „Опыт иммунизации человека против холеры“, помещенную во „Враче“ за 1893 г., и „Добавление“ к этой статье, помещенное там же) возможность иммунизации против этой болезни приемами вакцины per os.

Заслуживает внимания,—даже, я бы сказал, удивления,—тот поистине героический способ, к которому прибегли Иван Григорьевич и Даниил Кириллович, чтобы доказать возможность такой иммунизации: рискуя собственной жизнью, они поставили опыты в этом направлении на самих себе.

Кроме работ в области бактериологии и иммунитета, среди которых упомянем еще работу о бациллярном псевдо-актиномикозе, напечатанную в I томе „Рус. арх. патологии“, Иван Григорьевич много занимался в лаборатории профессора Подвысоцкого и вопросами пато-

логической гистологии. Первым исследованием такого рода, опубликованным им в печати, было исследование об изменениях костей при проказе, помещенное в Ziegler'овских Beiträge, т. IX. Далее, он изучал патолого-гистологические изменения, имеющие место при холере (статья напечатана во „Враче“ за 1893 г.), но особенно много работал над вопросом о паразитах рака. Работы эти, — „О паразитизме в раковых опухолях“ („Врач“, 1892), „Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen in den Krebsgeschwülsten“ (Centr. f. Bacteriologie, 1892), „Die Sporozoen in Geschwülsten“ (Biblioteca medica, 1895) и диссертация „Споровиковые чужеродные в злокачественных опухолях“ (Киев, 1894), — попали во все учебники общей патологии и патологической анатомии, не только русские, но и иностранные, и сделали имя Ивана Григорьевича известным всему ученому миру, а последняя из них, после публичной защиты, доставила ее автору степень доктора медицины. Как известно, проблема возникновения рака и до настоящего времени остается нерешенною. Многие крупные ученые до сих пор, подобно Ивану Григорьевичу, высказываются в пользу паразитарного происхождения раковых и вообще злокачественных опухолей. Важно отметить, что, защищая такое происхождение рака, он подчеркивает, что воздействие паразитарных возбудителей рака на ткани является своеобразным, не имеющим аналогии с воздействием на них патогенных бактерий, — мысль, сохранившая свое глубокое значение до настоящего времени.

Вскоре после защиты докторской диссертации Иван Григорьевич получает от медицинского факультета Киевского университета звание приват-доцента общей патологии и в этом звании начинает свою преподавательскую деятельность, читая курсы патологии инфекционных болезней.

В 1896 г. исполняется горячее желание Ивана Григорьевича. — он получает годовичную командировку заграницу, и для него открывается возможность поехать в Париж, в Pasteur'овский Институт, бывший тогда, как и теперь, центром притяжения для бактериологов всех стран. Правда, самого Pasteur'a тогда уже не было в живых. — он скончался в предыдущем 1895 г., но остались такие его ученики, как Мечников, Roux, Duclaux и др., энергично продолжавшие дело своего великого учителя. Под их руководством Иван Григорьевич принял живое участие в кипучей работе Pasteur'овского Института, плодом чего является его исследование о значении антибактериальных веществ в живых клетках при иммунитете к сибирской язве, появившееся на русском языке в „Архиве“ Подвысоцкого, 1897 г., т. III, а на французском — в Ann. de l' Inst. Pasteur, 1897. Продолжал И. Г. работать здесь и по вопросу о паразитах опухолей (на крысах).

Не успел еще молодой исследователь приехать из Парижа, как 5 декабря 1896 г. получил назначение на кафедру общей патологии в Казанский университет, освободившуюся за увольнением профессора Алексея Николаевича Хорвата, с тех пор начинается длящийся свыше 20 лет период его казанской деятельности, — деятельности, навсегда зафиксировавшей имя Ивана Григорьевича в анналах нашего университета.

Деятельность эта слишком свежа, чтобы на ней была необходимость подробно останавливаться. В Казани она протекала в том же

направлении, в каком была столь блестяще начата в Киеве и продолжалась в Париже. В противоположность своему предшественнику по кафедре, проф. Хорвату, — крупнейшему исследователю в области патологической физиологии, но совершенно игнорировавшему инфекционную патологию, — Иван Григорьевич центр тяжести и преподавания, и научно-исследовательской работы занимаемой им кафедры, подобно своему учителю, проф. Подвысоцкому, и в соответствии с требованиями времени, переместил в сторону этой последней.

Совершенно естественно, что, когда в Казани, по инициативе покойного профессора Николая Федоровича Высоцкого, возник один из первых в России бактериологических институтов, Иван Григорьевич с самого основания его стал играть в нем главную роль. Сделавшись в 1901 г., по поручению Медицинского факультета, заведывающим научным отделением Института, он перенес в него преподавание общей патологии и впервые в Казанском университете организовал здесь преподавание бактериологии студентам-медикам (с 1903 г.).

Каков был Иван Григорьевич, как преподаватель, — это, конечно, хорошо помнят многие из присутствующих здесь: влюбленный в свою науку, живой и подвижный, он, по словам профессора Аристовского<sup>\*)</sup>, „невольно заражал своим настроением слушателей... Его смелые, подчас резкие суждения, соединенные с богатой научной фантазией, невольно вызывали живой интерес к затрагиваемым им темам, будируя мысль и раскрывая перед слушателями широкие горизонты. Эта черта Ивана Григорьевича придавала особенный блеск и интерес его лекциям, которые всегда собирали переполненную аудиторию“...

Среди студентов Иван Григорьевич слыл строгим, требовательным преподавателем, и это вполне понятно: высоко ценя звание врача, придавая громадное значение т. наз. „теоретическим“ дисциплинам в общей системе высшего медицинского образования, прекрасно понимая, насколько необходимо для современного медика знание основ общей патологии и бактериологии, он считал своим долгом требовать от студентов этого знания, и это, в соединении с сангвиничностью, вспыльчивостью его характера, сказывавшиеся нередко на экзаменах, производило впечатление излишней требовательности. Эта требовательность не мешала, однако, тому, что чуткая молодежь высоко ценила его преданность науке, его прямую, кристально-чистую натуру, несмотря на стычки на экзаменах любила его и гордилась честью быть его учениками.

Казанский бактериологический институт был местом и научно-исследовательской работы Ивана Григорьевича и его учеников. Лаборатория общей патологии, довольствоваться которою ему пришлось в первые годы пребывания в Казани, по тесноте своего помещения и крайней скудости оборудования не могла служить таким местом, хотя Ивану Григорьевичу и удалось и отсюда выпустить целый ряд солидных трудов. Таковы его работы: „Острый ревматизм и бактерия *Achaism'e'a*“ (Русский архив патологии, 1898 г., т. V), „Споровиковые чужеродные и патогенные дрожжи“ (там же), „К биологии бактерии острого ревматизма“ (совместно с д-ром А. А. Мелких, Русский архив патологии,

<sup>\*)</sup> В. М. Аристовский. Биографический очерк П. Г. Савченко, предназначенный для журнала „Гигиена и Эпидемиология“.

1899 г., т. VIII), „К вопросу об иммунитете при возвратной горячке“ (там же, 1900 г., т. IX) и др.

Однако, именно перейдя в стены Бактериологического института, Иван Григорьевич получил возможность во всей широте развернуть свою научно творческую деятельность, здесь создал он центр, привлечший к себе многочисленных научных работников, отсюда главным образом вышли перечисленные мною выше профессоры, занимающие кафедры бактериологии и других медицинских дисциплин на всем пространстве нашего Союза от Москвы до отдаленного Иркутска. Лишенный возможности дать характеристику научной деятельности самого Ивана Григорьевича в Казанском бактериологическом институте, предоставляю здесь опять слово профессору В. М. Аристовскому. „Работая в период блестящих открытий в области учения об инфекциях и иммунитете, в период горячих споров между Мечниковскою и немецкою школою иммунологов,—говорит В. М. в уже цитированном мною очерке,—главную долю своего внимания Иван Григорьевич уделяет вопросам фагоцитарного иммунитета. Из-под его пера выходит целый ряд работ, касающихся явлений фагоцитоза при отдельных инфекциях (сибирская язва, геспергенс) и роли отдельных ингредиентов в акте фагоцитоза. Изучив частные явления в акте фагоцитоза *in vivo* и *in vitro*, Иван Григорьевич посвящает ряд статей теории фагоцитарной реакции (Архив биол. наук за 1909—1911 гг.). Разбирая механизм фагоцитоза, как результат физических взмешений поверхностных слоев фагоцита и объекта фагоцитоза, он расчленяет сложный акт фагоцитоза на отдельные этапы (явления коагуляции, погружение объекта фагоцитоза в протоплазму лейкоцита и пр.), стремясь при этом определить роль отдельных факторов, участвующих в реакции и вызывающих изменение поверхностных сил, которыми в каждый отдельный момент определяется взаимоотношение между лейкоцитом и объектом фагоцитоза“...

Работая в стенах Казанского бактериологического института, И. Г. впервые, в 1905 г., изготовил здесь сыворотку против скарлатины, нашедшую в настоящее время столь широкое применение преимущественно в Америке, причем приоритет открытия ее и американцами не оспаривается у И. Г. Здесь же он начал изготавливать антипневмококковую сыворотку и пр., и пр.

Летом 1918 г. Иван Григорьевич уехал из Казани в очередной каникулярный отпуск к себе на родину, в Полтавскую губ. Вместо обычного отдыха ему, однако, пришлось испытать на себе различные перипетии в зависимости от неоднократно менявшегося в те годы политического положения Украины. „Белые“, „красные“, „зеленые“, махновцы, петлюровцы, гетманцы и пр., и пр. много раз беспокоили своими налетами скромный хутор, где Иван Григорьевич обычно проводил лето. Не раз ему и его семейным приходилось спасать свою жизнь поспешным бегством. Он лишился всего своего имущества, часто не имел пристанища, вел полуголодное существование и, что еще тяжелее, потерял обоях своих сыновей. Но все эти потери не угасили ни энергии Ивана Григорьевича, ни его преданности науке.

Отрезанный от Казани, занесенный судьбою на далекую Кубань, в Краснодар, он вместе с другими подобными же профессорами-беженцами, среди которых упомянем Н. Н. Петрова, Н. Ф. Мельни-

кова-Разведенкова и др., при первой же возможности организует здесь новый рассадник высшего медицинского образования, Кубанский медицинский институт, где берет на себя преподавание общей патологии и медицинской микробиологии. Благодаря главным образом Ивану Григорьевичу, старавшемуся вдохнуть в него тот дух, которым была проникнута вся его деятельность в Казанском университете, институт этот, — как я вочию лично убедился при недавнем посещении Краснодара, — несмотря на свою сравнительную юность, уже в настоящее время может претендовать на почетное место среди других высших медицинских школ нашего Союза.

В Краснодаре же Иван Григорьевич организует, при живой поддержке местных советских властей, из существовавшей здесь раньше небольшой городской лабораторией обласной Химико-бактериологический и санитарный институт, по своему благоустройству и широкой деятельности пользующийся всесоюзною известностью.

В стенах этого института Иван Григорьевич продолжал и продолжает интенсивную научную работу по различным вопросам инфекционной патологии. Ряд выпущенных им отсюда высокого теоретического и практического значения работ, посвященных малярии, тифозным заболеваниям, холере и пр., красноречиво свидетельствуют, что ни преклонный возраст, ни тяжелые семейные потери, ни болезнь, — Иван Григорьевич за последнее время страдает припадками астмы, — не повлияли на интенсивность его научно-творческой деятельности. Образчиком этих работ может служить исследование „О присутствии в сыворотках лихорадочных больных веществ, дающих отклонение комплемента с экстрактами из нормальной крови“, опубликованное Иваном Григорьевичем, совместно с д-ром И. М. Бароновым, на страницах „Казанского медицинского журнала“ за 1926 г., № 5—6.

Под руководством Ивана Григорьевича Кубанский химико-бактериологический институт, подобно Казанскому, сделался центром, привлекающим научных работников, воодушевляемых примером своего учителя, — и здесь Ивану Григорьевичу удалось создать целую школу молодых бактериологов, многочисленные труды которых то и дело появляются в русских и иностранных периодических изданиях, в том числе и в журнале нашего Общества.

Краснодарский период жизни Ивана Григорьевича, помимо широкой научной и преподавательской деятельности, отмечается еще столь же интенсивной работой общественно-санитарного характера. „Можно без преувеличения сказать, — говорит профессор В. М. Аристовский, — что ни одно противоэпидемическое мероприятие не проводилось в крае без его санкции, без его авторитетных указаний“. Состоя консультантом Кубанского окружного здравотдела, консультантом 2-й городской заразной больницы в Краснодаре и заведывающим Окружной малярийной станцией, Иван Григорьевич поставил на рациональную почву борьбу с малярией, являющеюся настоящим бичем Кубанского края, оказал Краснодару огромные услуги по ликвидации вспыхнувшей здесь в последние годы брюшнотифозной эпидемии, принял живое участие в борьбе со скарлатиной здесь, его авторитетными указаниями всегда пользуется местный здравотдел при разрешении различных вопросов коммунальной санитарии, водоснабжения города и пр., и пр.

Таков, — сознаюсь, бледный, — абрис научной, преподавательской и общественной деятельности Ивана Григорьевича в различные периоды его жизни. В заключение мне, как лицу, близко знающему Ивана Григорьевича, хотелось бы сказать несколько слов об нем, как о человеке.

Основными чертами характера Ивана Григорьевича я считал бы его поистине кристальную честность, прямоту и искренность. Никогда не шел он кривыми путями, никогда не подлаживался к „сильным мира сего“. Он всегда открыто высказывал свои убеждения и горячо, иногда даже запальчиво отстаивал их, касались ли они научных вопросов, или вопросов морального характера. При вспыльчивой натуре Ивана Григорьевича это иногда вело его к столкновениям и ссорам даже с близкими друзьями, но это несколько не мешало всем, близко знавшим его, любить и глубоко уважать Ивана Григорьевича.

---

## К методике микрофотографии.

Д-ра В. Е. Родионова.

(С 4 рис.).

В нашей профессии очень часто возникает нужда, в особенности при разработке какой-либо научной темы, или даже просто в практической деятельности, зафиксировать и сохранить интересующую нас микроскопическую картину. Зарисовка препарата не дает точного отображения последней, и в этом отношении микрофотография является незаменимой. Между тем в настоящее время даже в больших медицинских центрах редкое учреждение имеет оборудование для микрофотографии, не говоря уже о провинции, где об этом и не думают, в виду сложности и дороговизны необходимого для данной цели аппарата.

Работая в хирургическом отделении, я нередко имел дело с патологическими препаратами, микроскопическая картина которых представляла настолько значительный интерес, что ее требовалось зафиксировать. И вот, я попытался упростить оборудование и технику для получения микрофотограмм до таких пределов, чтобы ею мог воспользоваться даже врач провинции, не имеющий для этого никаких специальных приспособлений, кроме простого микроскопа и любительского фотографического аппарата.

Оборудование для получения микрофотограмм состоит обычно из 4 главных частей: 1) микрофотоаппарата, 2) специального микроскопа, 3) вольтовой дуги для освещения объекта и 4) столика-штатива для закрепления всей системы. Взамен всего этого я приспособил имеющийся в нашем распоряжении любительский фотографический аппарат в  $9 \times 12$  сант. размерами с объективом-апланат, светосилою 1,8 и фокусным расстоянием в 135 мм., простой лабораторный микроскоп системы Leitz'a и сконструированный мною столик-штатив. В качестве источника освещения взамен вольтовой дуги я приспособил рефлектор от эпидиаскопа системы Токмачева, которым пользуются в настоящее время многие культурно-просветительные организации для целей демонстрации картин во время лекций. Рефлектор этой системы имеет особую конструкцию, а именно, поверхность его представляет комбинацию эллипсоида вращения с шаром, благодаря чему максимум лучей, идущих от источника света, собирается в одном фокусе и дает возможность сильно осветить препарат.

Назначение всякого рефлектора, как известно,—увеличить полезное действие источника света. Если освещать предмет без рефлектора, то только самая незначительная часть лучей попадет на предмет, а остальная, большая останется неиспользованной; рефлектор же Токмачева<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Желающим познакомиться с системой этой рефлектора указываю адрес для получения проспекта: Ленинград, Проспект 25 октября, № 78, мастерские «Рефлектор».

усиливает освещение в 20 раз по сравнению с лампой без рефлектора. т. е., если в фокусе его поставить электрическую лампу в 100 свечей, то результат освещения будет равен  $100 \times 20 = 2000$  свечам, что вполне заменит вольтову дугу. Второе свойство рефлектора,—собирать лучи в один точный фокус,—позволяет обходиться без целой системы линз, которые требуются для концентрации света при фотографировании с вольтовой дугой. При неимении этого источника света, требующего электрической энергии, можно пользоваться и простой карбидной горелкой от проекционного или велосипедного фонаря с простым вогнутым рефлектором, с которыми я получал также хорошие результаты. В общем вся установка будет иметь тот вид как это показано на рис. 1.

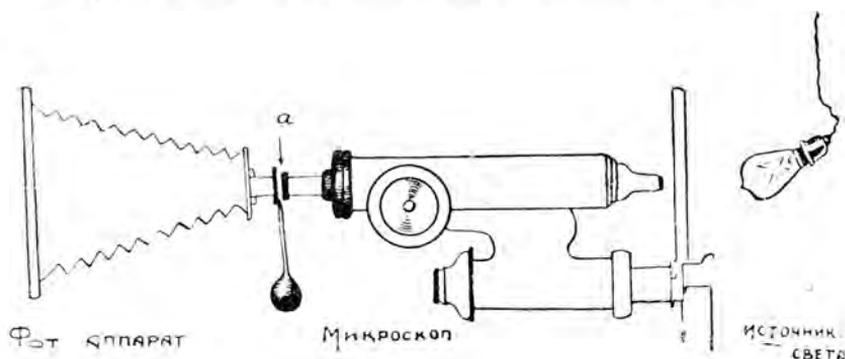


Рис. 1.

Всю установку необходимо утвердить на каком-либо штативе так чтобы оптические оси фотографического аппарата и микроскопа совпали и в таком положении были прочно фиксированы,—в противном случае фотографировать будет очень трудно. Я предлагаю следующий очень простой, удобный и дешевый штатив (рис. 2):

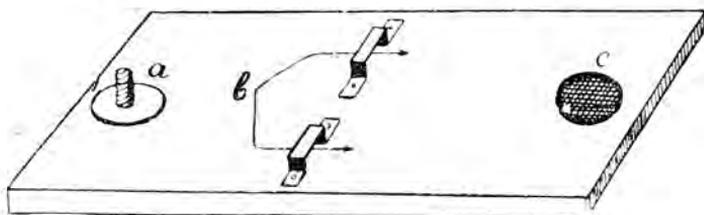


Рис. 2.

Берется продолговатая, квадратной формы доска, на которой вделывается винт от фотографического штатива, или специально заказанный, и на нем укрепляется фотографический аппарат. Для установки микроскопа к доске привинчиваются или прибиваются гвоздями скобки *б*, соответствующие подставке последнего. Прежде, чем укреплять винт и скобки, предварительно всю систему необходимо, конечно, установить в таком положении, при котором препарат даст изображение на матовом стекле, а это будет тогда, когда центры всех отверстий—объектива фотографического аппарата, окуляра и объектива микроскопа—будут совпадать,

т. е. лежать на одной горизонтальной линии. Установить аппараты в таком положении можно при помощи нитки, которую протягивают через отверстия револьвера микроскопа, окуляра и объектива аппарата, затем фиксируют и устанавливают все части так, чтобы нитка приходилась в центре всех отверстий, а на доске отмечают данное положение для фотографического аппарата и ножек микроскопа и после этого врезают винт и скобки. Для источника освещения фиксирующих приспособлений можно не делать, а очертить на доске место, с которого получается наилучшее освещение.

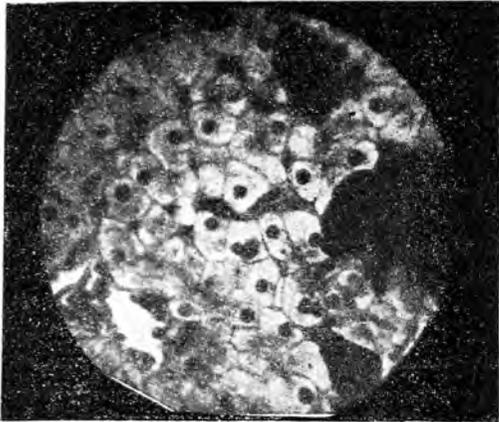


Рис. 3. Клетки печени, сфотографированные при увеличении в 420 раз.

Для того, чтобы лучи имели сходящееся направление. Передвигая эту линзу, можно добиться такого положения ее, при котором фокус лучей будет лежать в области препарата. Затем одновременно нужно пользоваться и осветительным приспособлением, имеющимся у микроскопа.

Установив все, как указано выше, можно приступить и к фотографированию. Вращая кремальер фотографического аппарата и микрометрический винт микроскопа, добиваются того, чтобы на матовом стекле получилось резкое изображение препарата. Затем манипулируют осветительным прибором, а диафрагмами усиливают резкость изображения и при получении нужной картины фотографируют обычным путем. Для того, чтобы на пластинку не попадал посторонний свет, щель между объективом и окуляром (а на рис. 1) закрывают черной материей.

Снимки производятся в горизонтальном положении всей системы. При употреблении рефлектора Токмачева его устанавливают так, чтобы фокус лучей приходился в области предметного стекла. Если же пользуются карбидной горелкой, то здесь дело несколько усложняется тем, что нужно иметь двояковыпуклую линзу с длинным фокусным расстоянием (10—20 см.), которую ставят между объектом и источником света



Рис. 4. Коллоидный зуб при увеличении в 420 раз.

Что касается времени экспозиции, то каких-либо точных указаний в этом отношении дать невозможно,—все зависит от окраски препарата, силы освещения и т. д. Лучшие результаты дают хорошо приготовленные и окрашенные срезы. Самый подходящей окраской для микрофотографии является окраска по V. Gieson<sup>1</sup>у, затем—окраска гематоксилином в сочетании с эозином и комбинации других красок. Препараты, окрашенные в яркий красный цвет, нужно фотографировать со светофильтрами, так как красные лучи не действуют на фотографическую пластинку. Пластинки лучше всего употреблять фабрики Red-Star, в зависимости от препарата—простые или ортохроматические. Для контрастности негативов рекомендуем проявитель с преобладанием гидрохинона, именно, метоло-гидрохиноновый, по следующей пропорции:

Воды дистиллированной . . . . .	500,0.
Метола . . . . .	1,5.
Гидрохинона . . . . .	2,0.
Сернисто-кислого натрия . . . . .	25,0.
Соды кристаллической . . . . .	25,0.
Бромистого калия . . . . .	0,5.

Фиксажная ванна—кислая, обыкновенная.

Прилагаемые при сем микрофотограммы могут свидетельствовать о том, что при этой комбинации сравнительно простых приспособлений можно получить удовлетворительные результаты, и всякий врач, имея этот несложный инструментарий может, при желании, заняться микрофотографией. Микрофотограммы исполнены на русской бром-серебряной бумаге невысокого качества; имея заграничную бумагу, лучшего качества, можно получить отпечатки гораздо контрастнее. Снимки получены с помощью сухих систем микроскопа, но хорошие результаты получаются при фотографировании бактериологических препаратов и иммерсионными системами.

---

*Литература:* Венгловский. Учебник микроскопической и лабораторной техники.—Предтеченский. Руководство к клинической микроскопии.—Иохим. Фотографический каталог и его же Руководство к фотографии.—Токмачев. Эллипсоидальный эпидиаскоп.

---

## К гистогенезу лимфогранулематоза.

Ст. ассистента кафедры общей патологии Кубанского мед. института

**А. В. Абрамова.**

Множественное набухание лимфатических желез с одновременным заболеванием селезенки было впервые описано и выделено в самостоятельную группу Hodgkin'ом в 1832 г. Название *morbus Hodgkini* первый ввел Wilks, который вместе с Bonfils'ом установил, что, в отличие от лейкемии, при этом заболевании не наблюдается увеличения числа белых шариков крови. Sohnheim, в 1865 г., описал псевдолейкемию, которая клинически и анатомически дает весьма схожую картину с *morbus Hodgkini*. Затем последовал длительный период времени, в течение которого ничего не было добавлено к выяснению сущности болезненного процесса. Появилось только больше названий: *lymphosarcoma* (Virchow), *lymphadenoma* (Wunderlich), *desmoidcarcinoma* (Schulz). Bard и Dreschfeld первые указали на инфекционный характер заболевания, дав ему имя „*adénie infectieuse*“. Только в 1898 г. Sternberg внес ясность в понятие этого процесса, назвав его лимфогранулематозом, провел резкое различие между *morbus Hodgkini* и алейкемией и дал описание гистологических изменений в тканях при этой болезни (цит. по Fabian'у).

Клинически болезнь начинается с набухания лимфатических желез, чаще шейных, тянется годами, ограничиваясь первичным местом заболевания или постепенно генерализируясь и вовлекая в процесс другие группы желез и внутренние органы. Железы безболезненны, не нагнаиваются, вначале мягки, с развитием же процесса принимают более плотную консистенцию. Долгое время железы остаются подвижными, но в дальнейшем могут срастаться между собою и с кровеносными сосудами, но не с кожей (Fabian). Объем желез иногда достигает колоссальных размеров. Одновременно могут быть увеличены печень и селезенка, не всегда определяемые клинически. В коже наблюдаются изменения в виде *pruritus* и *erythrodermia*. Кровотечений, как правило, не бывает. Большинство случаев заболевания лимфогранулематозом сопровождается лихорадкой, которая по типу кривой может быть 1) *continua*, 2) *intermittens* и 3) *remittens*. Что касается крови, то она представляет незначительные изменения: в начальной стадии болезни отмечаются лейкоцитоз за счет нейтрофилов и эозинофилия, под конец же болезни наблюдается резко выраженная анемия. Предрасполагающие моменты неизвестны. Заболевают здоровые, крепкие люди, чаще мужчины. Известны случаи лимфогранулематоза у животных (Mac Faudeau, Hodgson, Lustig, Spencer, цит. по Fabian'у). Входными воротами, принимая во внимание клиническое течение болезни и анатомические изменения, видимо, надо считать лимфатические железы.

Как на этиологическую причину болезни, указывают на туберкулез. И действительно, описаны несомненные случаи туберкулеза при lymphogranulomatosis (Sternberg, Paltauf). Much и Fraenkel нашли в тканях гранулезной формы бактерии и зерна, окрашивающиеся по Грам'у, не кислотоупорные, которые ими рассматриваются, как ослабленные палочки Koch'a (цит. по Clerc'y). Некоторые исследователи допускают, что при этом заболевании известную роль играет сифилис. Были находимы также стафилококки, стрептококки, proteus, bac. diphteroid (coryne bact. Hodgkini). Последний микроорганизм вызывал у обезьян в опытах Bellings'a, Rosenow'a и Negri лимфадению с острым течением, а по данным Bunting'a и Yates'a—лимфоидную лейкомию, алейкэмическую лимфадению и лимфосаркому (цит. по Clerc'y).

На вскрытии лимфогранулематоз представляет своеобразную картину изменений в органах. Чаще всего отмечается увеличение поверхностных и глубоко лежащих лимфатических желез шеи, паховых, медиастинальных, бронхиальных и забрюшинных. Некоторые железы достигают объема куриного яйца. Участие отдельных групп лимфатических желез неодинаково: часто одни из них увеличиваются необычайно резко в то время, как другие макроскопически остаются нормальными. Кроме увеличения желез наблюдается в большом числе образование узлов, то ограниченных, то диффузных, в селезенке, печени, легких, реже в других органах (в поджелудочной железе, почках, костном мозгу, сердце, щитовидной, грудной железе, коже и др.). Лимфатический аппарат желудочно-кишечного канала обычно в болезненном процессе не участвует. Очень редко были описаны случаи изолированного заболевания одного органа. Лимфатические железы и узлы в органах в начальной стадии болезни мягки, серо-красного цвета, с течением же болезни делаются плотными и принимают желтовато-белую окраску. На разрезе в них видны соединительнотканые тяжи и некротические очаги в виде мелких желтых вкраплений. Некрозы обычно невелики, множественны. Количество и объем видимых узлов в органах бывают различны: в одних случаях они немногочисленны, лежат изолированно, величиной от булавочной головки до горошины и более, круглой, угловатой и неправильной формы; в других случаях узлы содержатся в огромном количестве, иногда сливаясь в сплошную массу. Характерный вид имеет селезенка: она увеличена в объеме, неравномерно-плотна, бугриста. Через капсулу видны узлы желтовато-белого цвета, чередующиеся с кирпично-красной селезеночной тканью. Эти узлы довольно плотны наощупь. Благодаря им и темно-красному фону пульпы селезенки, поверхность разреза имеет мраморный вид (Bauerwurstmilz, hardbake spleen). Symmers в 3 случаях нашел селезенку нормальной не только макроскопически, но и при гистологическом исследовании. Печень может совершенно не быть вовлеченной в процесс, но иногда бывает пронизана множеством желтовато-белых узлов. Легкие относительно редко захватываются болезнью; обычно узлы располагаются здесь в перибронхиальной ткани вблизи hilus'a.

Микроскопическая картина начальной стадии лимфогранулематоза выражается в гиперплазии ткани лимфатических желез и фолликулов селезенки, зависящей от увеличения числа лимфоцитов, и в сращивании эндотелия синусов (Kaufmann). Одновременно с увеличением числа

клеточных элементов пульпы разрастается и строма (По жарнеский). Стадия гиперплазии быстро проходит в отдельных случаях (Fabian), но может длиться и довольно продолжительное время (Aschoff). В дальнейшем на первый план выступает клеточная пролиферация, в которой принимают участие эндотелии кровеносных и лимфатических сосудов, интерстициальная ткань и клетки адвентиции сосудов (Kaufmann, Fabian). В этой стадии в железах, в узлах, видны малые и большие лимфоциты, в большом числе эпителиоидные клетки, богатые протоплазмой, с ядрами, бедными хроматином, много фибробластов, эозинофилы. Часто встречаются большие клетки, описанные впервые Sternberg'ом, с большим, неправильной формы, лапчатым ядром, богатым хроматином (Riesenkernzellen). Эти клетки имеют и по несколько ядер, которые лежат компактной массой, заполняя иногда всю протоплазму клетки. Menetrier и Bertrand-Fontaine среди клеток Sternberg'a различают несколько типов: одни похожи на эндотелиальные клетки, другие, благодаря дольчатому (лопастному) ядру и сродству к краскам, приближаются к мегакардиоцитам. Существуют и промежуточные формы, что, вероятно, зависит не только от развития, но и от возраста клеток (цит. по Clercy). Clarke допускает происхождение этих клеток из больших лимфоцитов. Реже встречаются Plasma-mastzellen. Богатство новообразованной ткани эпителиоидными и гигантскими клетками с кардиокинетическими фигурами деления ядер иногда напоминают картину саркоматозной ткани (Sternberg). По мере развития болезни паренхима органа (лимфатической железы, селезенки) замещается полиморфноклеточной грануляционной тканью, которая отличается разнообразием форм клеток. Количество входящих в состав этой ткани тех или других клеточных элементов неодинаково. В грануляционной ткани, с течением процесса потерявшей совершенно структуру лимфоидной ткани, попадают некротические очаги, в которых можно встретить отдельные клетки или тени их и фиброзные рубцовые тяжи. Невсегда можно видеть отложения амиллоидных масс. Рубцовые тяжи в дальнейшем подвергаются пилиповому перерождению. Замещение первоначальной богатой клетками ткани фиброзной тканью настолько идет вперед, что структура органа делается неузнаваемой. Вокруг некротических очагов и тяжелой рубцовой ткани отлагается бурый кровяной пигмент.

Лимфогранулематоз относительно редко попадает на секционном столе, хотя это заболевание—наиболее частое из всех лимфоматозов (Fabian), почему мы и считаем полезным дать описание 3 случаев, встретившихся нам на вскрытии.

*Случай I.* Вскрытие 30/IV 1925 г. Мужчина 40 лет; история болезни неизвестна. Резкое истощение. Кожа, склеры окрашены в желтушный цвет. Лимфатические железы шеи, надключичные, подмышечные увеличены, некоторые до лесного ореха, чрезвычайно плотны. В правой плевральной полости до 1½ литров мутноватой жидкости. Правое легкое сдавлено, справа небольшие плевральные спайки. Левое легкое вынимается свободно. Лимфатические железы корня обоих легких увеличены: от горошины до ореха, образуют пакеты мягкой консистенции. Поверхность их разреза белого цвета с желтоватыми вкраплениями. По плевре левого легкого повсюду рассеяны, в виде белых бляшек, узелки с чечевичное зерно. Более крупные, плотные узлы имеются в большом числе в глубине ткани. Отдельные бронхи зияют, стенки их утолщены, кругом их видны полосы соединительной ткани. В правом легком узлов не найдено, ткань его сдавлена, ателектатична. Лимфатические железы вдоль трахей образуют сплошную слившуюся

массу так, что трахея, вплоть до бифуркации, окружена как бы футляром из увеличенных желез. Железы брыжжейки и забрюшинные увеличены в числе и объеме. Около желудка и поджелудочной железы имеются компактные массы из желез, на разрезе белого цвета, мягкие наощупь. Остальные органы видимых изменений не представляют.

Микроскопическое исследование: узлы в легких под микроскопом располагаются преимущественно вокруг бронхов, но в отдельных участках лежат вокруг кровеносных сосудов, реже изолированно в легочной ткани, построены они не все одинаково, — то состоят из пучков вытянутых, отростчатых клеток (фибробластов), то построены исключительно из лимфоидных клеток, среди которых встречаются в небольшом числе Plasmazellen. Изредка, далеко не в каждом узле, можно встретить крупные клетки с объемистыми, интенсивно красящимися, фрагментированными ядрами, располагающимися компактной массой центрально, иногда заполняющими всю клетку; клетки богаты протоплазмой. Наконец, попадаются узлы весьма бедные клетками, — все образование превратилось в фиброзную ткань, среди пучков которой встречаются небольшие некротические участки, напоминающие гиалиновые массы. Если в узлах имеется бронх или кровеносный сосуд, то стенки их инфильтрированы лимфоидными клетками, — в бронхах сплошь до внутреннего эпителиального покрова, который часто слущен. Просвет бронха иногда пуст, иногда заполнен гомогенной массой с небольшим числом лимфоцитов и клетками отпавшего эпителия. В случае расположения узла вокруг бронха, имеющего хрящевой каркас, в надхрящнице также встречаются очаги из лимфоидных клеток. В сосудах инфильтрат часто захватывает и среднюю оболочку. Среди клеток инфильтрата видны в изобилии кровеносные капилляры. По периферии узла обычно можно встретить желтовато-бурый аморфный пигмент. Окружающая узлы легочная ткань изменена, межальвеолярные перегородки утолщены, сосуды расширены, альвеолы сдавлены, просвет некоторых из них заполнен клетками альвеолярного эпителия, среди которых изредка встречаются лимфоциты (десквамация эпителия). В клетках эпителия виден бурый пигмент. По мере удаления от узлов легочная ткань принимает свое обычное строение, но все же отмечается небольшое разрастание соединительной ткани. Бляшки по плевре на срезах представляют фиброзные утолщения плевы, в прослойках соединительной ткани которой имеются скопления лимфоидных клеток в виде очагов.

Характер изменений во всех лимфатических железах почти одинаков. Разница между ними скорее количественная, в смысле богатства отдельных желез клеточными элементами. Богаче клетками те железы, которые на вскрытии были мягкой консистенции. Большею частью гистологическая картина дает отдаленное представление о бывшей структуре желез. Трудно найти границу между корковым и мозговым слоем, только местами уцелели фолликулы, вся же остальная ткань желез превратилась в фиброзную ткань, между грубыми волокнами которой встречаются некротические массы с обломками хроматина. Изредка встречаются лимфоидные клетки. Как исключение, видны большие многоядерные клетки Steigberg'a. Пучки фиброзной ткани местами представляют гомогенную массу (гиалиновое перерождение).

В печени резко выраженный застой, благодаря чему печеночные балки сдавлены, и клетки их атрофированы. Изредка можно встретить в перипортальной ткани небольшие скопления из лимфоидных клеток, которые ничего характерного для процесса не представляют. В селезенке нерезко выраженные склеротические изменения, заключающиеся в утолщении волокон ретикулярной ткани и стенок сосудов и в разрастании соединительной ткани пульпы.

*Случай II.* Мужчина 36 лет, болен около 6 месяцев; температурная кривая ундулирующего типа с свободными промежутками в  $1\frac{1}{2}$ —2 недели. Резкая анемия, количество гемоглобина около 10%. Вскрытие 17/VI 1926 г. Резкое истощение. Кожа и склеры окрашены в желтый цвет. Паховые железы справа увеличены, некоторые достигают объема голубиноного яйца и ореха, образуют конгломераты, плотны, на разрезе желтовато-белого цвета; в них видны прослойки соединительной ткани. В верхушке левого легкого петрифицированный очаг с горшочку. Слева фиброзные плевральные спайки. Ткань легких полнокровна. Лимфатические железы корня легких невелики, аспидно-черного цвета. Селезенка увеличена раз в 5, неравномерно-бугристая, соответственно чему и плотность ее неодинакова. Сквозь капсулу ее просвечивают узлы желтовато-белого цвета, объемом от просияного зерна до горошины. Вся ткань селезенки пронизана такими узлами, которые на разрезе резко отграничены от окружающей темнокрасной пульпы селезенки. Лимфатические железы корня большого сальника и забрюшин-

ные увеличены, некоторые на разрезе серокрасного цвета, другие — желтоватого. Брызжеечные железы не изменены. В печени застойные явления; в ней, как и в остальных органах, особых видимых изменений не отмечено. Почки бледны, малокровны.

Микроскопическое исследование: узлы в селезенке, отмеченные в протоколе, как образования желтовато-белого цвета, на срезах представляются расположенными почти исключительно на месте Мальпигиевых телец, которые изменены до полной неузнаваемости. Вместо фолликулов мы имеем фиброзную ткань, очень напоминающую рубцовую, кольцеобразно располагающуюся вокруг артерий фолликула. Узлы довольно тесно прилежат один к другому, ибо пространство, занимаемое ими, гораздо больше, чем обычно занимают фолликулы. Фиброзная ткань, образующая узлы, состоит из фибробластов, среди которых встречаются лимфоидные клетки. Очень редко, не во всех узлах, попадаются большие, крупные клетки. Довольно часто встречаются эозинофилы, реже полинуклеары. Часто в узлах имеются обширные гомогенные массы, напоминающие гиалиновые, с рассеянными в них единично фибробластами и лимфоцитами. Местами в такие массы включены в большом количестве обломки ядерного вещества разнообразной формы. Между узлами имеются местами узкие, местами широкие прослойки, — видимо из остатков селезеночной ткани, более богатые клетками и кровеносными сосудами. В этих прослойках эозинофилы почти отсутствуют, а большие с фрагментированным ядром клетки исключительно редки. Здесь в большом количестве имеются лимфоидные элементы. Участки ткани, о которых можно говорить, как о сохранившейся селезеночной пульпе, отличаются тем, что клетки пульпы нагружены в избытке пигментом, среди них видны чаще единичные, реже расположенные группами крупные клетки, лежащие обособленно от окружающей ткани; форма этих клеток редко круглая, чаще неправильно-овальная, удлинненная.

Печень, казавшаяся на вскрытии мало измененной, под микроскопом представляла своеобразный вид: в перипортальной соединительной ткани, а также внутри долек встречались в большом количестве мелкие очаги, в которых имелись характерные для лимфогранулематоза клетки Sternberg'a.

В лимфатических железах те же изменения, как и в первом случае: если и есть разница, то количественная. В этом случае в некоторых железах больше уцелело лимфоидной ткани, в которой отмечается в большем количестве клетки Sternberg'a. В паховых железах преобладает процесс фибринозного разращения ткани, в некоторых из них видны в большом числе очаги некроза.

*Случай III.* Юноша 16 лет, болен 4 месяца. Все время высокая температура. Вскрытие 2/VII 1927 г. При наружном осмотре трупа обращали на себя внимание резко выраженные отеки являных и верхних конечностей, а также подкожной клетчатки живота. В правой плевральной полости до 3 литров желтоватой прозрачной жидкости. В легких застой. В брюшной полости до 3 литров прозрачной желтой жидкости. Селезенка огромная, — увеличена раз в десять, крупнобугристая, узловатая. На разрезе узлы объемом с орех, темно-красного цвета, возвышаются над поверхностью, центр их темнее в окраске, периферия нерезко отграничена от окружающей ткани. Число узлов достигает нескольких десятков. Печень резко увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 поперечных пальца. Сквозь капсулу ее просвечивает бесчисленное множество узелков серовато-желтого цвета объемом от просыпного зерна до крупной горошины. На разрезе цвет печеночной ткани буро-красный, на фоне которого вкраплены узлы, благодаря чему печень имеет мраморный вид. Узлы довольно плотны наощупь, тесно спаяны с окружающей тканью. В распределении их нельзя отметить какого-нибудь порядка, — встречаются участки печеночной ткани, более густо пронизанные узлами, другие места содержат их меньше. На разрезе они не возвышаются над окружающей тканью. Капсула печени гладкая, блестящая. Перипортальные железы увеличены, образуют целый пакет, плотны, на разрезе желтовато-белого цвета, со вкраплениями. Увеличены также ретроперитонеальные железы, которые на подобие четок идут вдоль кровеносных сосудов, местами образуя целые скопления. В одном участке они одевают нижнюю полую вену как бы футляром. Просвет вены в этом месте резко сужен. Эти увеличенные железы так же, как и перипортальные, то мягки, то более плотной консистенции.

Микроскопическое исследование: вследствие огромного числа узлов, пронизывающих селезеночную ткань, последняя изменена до неузнаваемости, — от нее остались лишь участки в виде узких полос, в которых только местами можно найти Мальпигиевые тельца: в них среди лимфоцитов имеются клетки Sternberg'a и фибробласты. Узлы богаты клеточными элементами, которые отличаются разнообразием форм клеток, — в одних узлах преобладают лимфоидные клетки,

среди которых вкраплены эпителиоидные и большие, с фрагментированным ядром, клетки Sternberg'a в большом числе, в других узлах берут количественный перевес фибробласты, и меньше клеток Sternberg'a. По периферии многих узлов имеется кольцевидно расположенная фиброзная ткань, между пучками которой часто видны обширные кровоизлияния, нередко встречающиеся и в самих узлах, преимущественно в тех, которые подверглись фиброзу преобразованию. Узловая селезеночная ткань склерозирована, богата кровеносными сосудами. Селезеночные вены расширены, в них можно наблюдать набухание клеток эндотелия. В просвете сосудов видны в большом количестве крупные, круглые клетки типа макрофагов, лежащие одиночно и группами, протоплазма которых буквально набита эритроцитами. В тех же клетках можно встретить и заглоченных лимфоцитов. Процесс фагоцитоза эритроцитов наблюдается не только в русле сосудов, но и вне его. В печени местами можно встретить очаги кровоизлияний. В перипортальной соединительной ткани, реже внутри долек, большое количество узлов (были видны макроскопически), в которых резко выражен процесс разрастания фиброзной ткани. В узлах, среди лимфоидных клеток и фибробластов, попадаются в ограниченном числе клетки Sternberg'a. Нередко встречаются мелкие узлы, богатые клеточными элементами, среди них попадаются и много больших крупных клеток.

Гистологическая картина лимфатических желез такова же, как и в предыдущих случаях; отличие ее состоит в том, что в ткани желез можно видеть обширные кровоизлияния.

Если изучать узлы лимфатической ткани (в селезенке, лимфатических железах, перипортальной ткани), богатой лимфоцитами, то невольно можно придти к заключению, что первая стадия развития узлов есть пролиферация лимфоидных клеток. Поэтому для выяснения генезиса узелка удобнее изучать его в такой ткани, где нет предсуществующей лимфоидной ткани. Таким органом является печень. Узелки в печени находятся не только в Глиссоновой капсуле, где все-таки есть лимфоидная ткань, но и внутри долек, в которых предсуществующей лимфатической ткани не имеется.

Мельчайшие узелки, находящиеся внутри долек и не имеющие связи с перипортальной тканью, или вовсе не содержат лимфоидных элементов, или содержат лишь минимальное количество их. Структура таких узелков чрезвычайно своеобразна и несколько не напоминает воспалительного процесса: состоят они из молодых соединительнотканых клеток, то кругловатых, то вытянутых, с значительным количеством протоплазмы; большую часть эти клетки имеют фибриллярные отростки; ядра их довольно богаты хроматином, то овальные, то продолговатые. Эпителиоидных клеток в этой стадии процесса нет. Среди этой ткани, вне всякой связи с другими клетками и тканью, всегда лежат в большем или меньшем количестве крупные клетки с фрагментированным ядром и с большим количеством протоплазмы, присутствие которых всеми исследователями считается характерным для данного процесса (клетки Sternberg'a).

Узлы большей величины по характеру клеток состоят из той же ткани, что и первичные, но ткань их ясно разрыхлена. Главную массу узла составляют небольшие соединительнотканые клетки с фибриллярными отростками, благодаря чему получается сетчатая строма. Клетки неодинаковы по величине, то с компактным круглым, то с продолговатым ядром. Среди этой ткани свободно лежат не спаянные с нею, иногда как будто находящиеся в расширенных щелях, большие клетки Sternberg'a. Клетки эти морфологически походят на вышеописанные клетки в первичных узлах, отличаясь от них только большими размерами. Узлы снабжены новообразованными капиллярами с хорошо выраженной соб-

ственной стенкой, не стоящей ни в какой связи с клетками основной ткани. По богатству основных соединительнотканых клеток протоплазмой и по беспорядочности их расположения, несвойственной для фибробластов воспалительных очагов, такие узелки напоминают саркому, почему Sternberg и называет их саркоматозной тканью. Так как, однако, эти узлы вообще отличаются разнообразием клеточных форм, и сосуды их вовсе не построены, как в саркомах, то об этих узлах можно сказать, что они не укладываются ни в понятие саркомы, ни в понятие хронических воспалительных процессов. Привходящими моментами могут иногда быть здесь размножение лимфоидных клеток и эмиграция полинуклеаров, которые попадают в узлах.

При дальнейшем развитии узла происходит постепенно увеличение числа отростчатых клеток (фибробластов), их разволокнение и гиалинизация новообразованной соединительной ткани. В ходе этого процесса идет постепенное исчезновение лимфоцитов и клеток Sternberg'a. Последние при фиброзном превращении узла исчезают из центра и находятся лишь по периферии его, где еще имеется молодая соединительная ткань и лимфоциты. Весь узел в конечной стадии замещается фиброзной тканью, в которой можно видеть очаги некроза и гиалиновое перерождение. Если узлы развиваются в лимфоидной ткани, то в первоначальных узлах наблюдается большое число лимфоидных клеток, весьма вероятно, предшествующих или отчасти размножившихся благодаря специфическому раздражению. С развитием узла лимфоидные клетки исчезают, и узел принимает вышеописанный характер образования, как и в других органах.

Целым рядом авторов указывается на присутствие в узлах эпителиоидных клеток, т. е. клеток, характерных для хронических воспалительных процессов. При тщательном исследовании узлов мы находим клетки с ядрами, похожими на ядра эпителиоидных клеток, но по структуре протоплазмы и отросткам мы их относим к молодым соединительнотканым клеткам. Настоящих эпителиоидных клеток, характеризующих воспалительный процесс, повидимому, здесь нет. Как развитие узла, так и его структура сводятся к временной гиперплазии ретикуло-эндотелиальных соединительнотканых клеток с исходом в рубцевание и гиалиновое перерождение.

Большие клетки, характерные для данного процесса, которые некоторыми авторами называются гигантскими, а другими — мегакариоцитами, не встречаются ни в норме, ни при каких известных нам болезненных процессах. Они представляют такие морфологические особенности, что мы считаем необходимым остановиться на более детальном описании их. Эти клетки крайне различны по величине. Самые малые из них больше обыкновенного лимфоцита раза в 3, а крупные превосходят диаметр его раза в 5. Среди других клеток узла эти клетки отличаются чрезвычайно интенсивно красящимся ядром. Даже у самых молодых клеток этого типа ядро, кроме своей интенсивной окраски, отличается странной ячеистой структурой, занимает большую часть протоплазмы. В дальнейшем ясно выражена склонность ядер к фрагментации. Иногда ядро располагается подковообразно и состоит из отдельных фрагментов, в других клетках фрагменты ядра скучены в центре. В мелких клетках всегда видна оболочка ядра, резко отграничивающая его от протоплазмы.

В больших клетках ядро громадных размеров, расплывчато, границы его нерезки. У молодых клеток протоплазма видна в виде узкого ободка; более крупные клетки богаты протоплазмой, которая имеет губчатое строение. При окраске тионинном эти клетки бросаются среди других в глаза своей резко окрашенной протоплазмой. Как в крупных, так и в самых начальных узлах эти клетки лежат вне всякой связи с клетками окружающей ткани, иногда они как бы плавают в лимфатических щелях. Небольшие клетки большей частью круглой формы; в больших клетках, у которых уже есть значительное количество протоплазмы, часто можно видеть большей или меньшей величины толстые амебовидные отростки, состоящие из такой же губчатой протоплазмы. Иногда эти отростки как бы заходят из одной полости в другую. Получается впечатление, что клетка подвижна, протоплазма ее переливается. Такие клетки более похожи на крупные амобы, чем на какие-либо клетки организма. О подвижности этих клеток говорит и следующее обстоятельство: в печени, вдали от узлов и вне всякой связи с ними, можно видеть эти характерные клетки внутри совершенно неизменных капилляров, в неизменной еще ткани печени. Очевидно, они не могли развиться на месте и должны заполнить туда из узлов. В других местах вокруг таких клеток попадаются соединительнотканые и лимфоидные элементы, — повидному, здесь начинается развитие узла.

Из приведенного описания этих клеток видно, что они не подходят ни под понятие гигантских клеток, ни под понятие мегакариопитов, имеющих в костном мозгу. С понятием гигантских клеток у нас связано представление о многоядерности клеток, — будь они типа Langhans'a, костномозговые, или саркоматозные. Правильнее было бы называть их большими „гигантоядерными клетками“ (Riesenkernzellen).

При некоторых процессах в лимфатических железах развиваются, — повидному, из эндо-перителлия сосудов, — большие клетки с большим фрагментированным ядром, но протоплазма этих клеток гомогенная и своими тончайшими отростками находится в соединении с окружающими клетками ткани. Ни по характеру ядра, ни по характеру протоплазмы эти клетки не имеют ничего общего с клетками при лимфогранулематозе. Изучая развитие узлов в печени и развитие этих клеток, нельзя обвинить эндотелий в их происхождении. В молодых, уже сформировавшихся узлах рядом с типичными гигантоядерными клетками встречаются крупные лимфоидные клетки (лимфобласты?). Clarke утверждает, что большие клетки Sternberg'a происходят из больших лимфоцитов, но изучение узлов в наших случаях не дает права с категоричностью подтвердить это предположение, и происхождение этих клеток остается под вопросом. Повидному, эти амебоподобные клетки не развиваются из клеток, образующих узел, а наоборот, узел лимфогранулемы развивается там, где попадают эти клетки.

*Литература:* Fabian. Ueber den Blutbefund der Lymphogranulomatosis. Centr. für allgem. Path. u. path. Anat., XXII, S. 417.—Fabian. Die Lymphogranulomatosis. Sammelreferat. Ibid., XXII, S. 145.—Aubertin. Pathologie de la rate. Nouveau traité de médecine, v. IX, p. 795.—Clerc. Lymphadénie. Ibid., p. 360.—Kaufmann. Path. Anat., Bd. I, S. 203.—Aschoff. Path. Anat., Bd. I, S. 131.—Пожарисский. Основы пат. анат., т. III, стр. 303.

## Опыты вакцинации человека к возвратному тифу<sup>1)</sup>.

Проф. В. М. Аристовского и д-ра А. Б. Вайнштейна.

Современными нашими представлениями о патогенезе и иммунитете при возвратном тифе мы обязаны многочисленным научным изысканиям целого ряда ученых, работавших в этой области со времени открытия Obermeier'ом, в 1873 году, спирохеты возвратного тифа. Просматривая историю этого вопроса, мы можем с гордостью сказать, что работа русских ученых здесь принадлежит к особенности большая и важная роль. Основные факты, на которых до сих пор зиждется учение о патогенезе и иммунитете при *recurrens'te*, связаны с именами Габричевского, Мечникова, Мочутковского, Минха, Савченко, Мелких, Иванова, Тиктина и др. За последние годы в этой области много сделано школой проф. Кричевского.

Первые попытки практического применения добытых в лаборатории данных в борьбе с возвратным тифом исходят также от русских ученых. Мы разумеем здесь опыты изготовления и применения у постели больного лечебной сыворотки, полученной Габричевским путем иммунизации лошадей спирохэт-содержащей кровью больного человека. Как известно, работа в этом направлении была продолжена Löwenthal'ем. Так как, за отсутствием в то время культур спирохэт Obermeier'a in vitro, поневоле приходилось для иммунизации лошадей пользоваться материалом, содержащим человеческий белок, то применение такого рода сывороток у постели больного встретило возражение со стороны некоторых ученых в связи с наличием в таких сыворотках противотел к человеческому белку (см. у Manteufel'я). Да и с точки зрения лечебного эффекта эти сыворотки, повидимому, не оправдали возлагавшихся на них надежд. Основной же причиной, почему вопрос об изготовлении лечебных сывороток против возвратного тифа не привлек в дальнейшем к себе внимания со стороны исследователей, является то обстоятельство, что лечение возвратного тифа нашло, как известно, свое блестящее разрешение по пути хемотерапии.

Если т. о. вопрос о специфической терапии возвратного тифа не представляет в настоящий момент большого практического интереса, то вопросы специфической профилактики по-прежнему заслуживают нашего внимания, и благоприятное разрешение их должно иметь не только теоретическое, но и чисто-практическое значение в борьбе с эпидемиями возвратного тифа. Из того, что мы знаем об иммунитете при возвратном

<sup>1)</sup> Доклад в заседании Общества врачей при Казанском университете 18/XII 1928 г., посвященном 40-летию ученой деятельности проф. И. Г. Савченко.

тифе, едва ли можно сомневаться, что перенесение инфекции оставляет после себя невосприимчивость к повторному заболеванию, и есть все основания думать, что эта невосприимчивость сохраняется организмом продолжительное время, исчисляемое годами. За это говорят наблюдения, что лица, раньше переболевшие возвратным тифом, если потом, спустя даже много лет, подвергаются инфекции, не заболевают вовсе, или же, как негры в Африке,—только в легкой форме. С этим общим положением находятся в резком противоречии совершенно достоверные факты, неоднократно сообщавшиеся в литературе (Littén, Габричевский и др.) о повторном заболевании возвратным тифом одних и тех же лиц в течение одной и той же эпидемии, на протяжении нескольких месяцев. Несомненно, однако, что подобные случаи, оставаясь единичными, не могут подорвать общего положения и легко могут быть объяснены некоторыми свойствами самого возбудителя инфекции и неразрывно связанными с этими свойствами особенностями иммунитета при *recurrens'e*, о чем речь будет ниже. Наши чисто-серологические наблюдения, сделанные попутно при проведении лихорадочной терапии на больных венерологического отделения Казанского института для усовершенствования врачей и Казанской кожно-венерической больницы, дали нам косвенное доказательство в пользу продолжительного сохранения человеком иммунитета, приобретенного им под влиянием естественной инфекции. Толчком к такого рода наблюдениям послужило то обстоятельство, что при заражении с лечебной целью указанных больных путем подкожной инъекции наших культур *spig. Obermeier'a* мы время от времени не получали развития инфекции у некоторых лиц, несмотря на применение сравнительно-больших доз культуры—в 3—5 и более раз превышавших ранее установленную нами заражавшую дозу (0,2 к. е.). В поисках за причиной таких неудач мы прибегли к систематическому исследованию сывороток соответствующих больных на содержание спирохэтолизина помощью реакции спирохэтолиза *in vitro* и реакции Rickenberg'a-Брусина. В результате этих опытов, как правило, оказывалось, что сыворотки эти реагировали положительно с нашей культурой спирохэты *Obermeier'a* при той и другой реакции, т. е. содержали в себе спирохэтолизины. При опросе таких лиц многие из них совершенно определенно указывали на перенесенный ими 7—8 лет тому назад (в период голодных годов в Казани) возвратный тиф.

Как бы ни смотрели на механизм иммунитета при *recurrens'e*, нельзя сомневаться в том, что наличие спирохэтолитических противотел является индикатором иммунитета, что вполне т. о. согласуется с отрицательным результатом наших попыток искусственно вызывать заражение лиц, содержащих в своей сыворотке специфические лизины. Если нельзя сомневаться в том, что возвратнотифозная инфекция оставляет после себя иммунитет, показателем которого являются специфические противотела типа лизинов, обнаруживаемые в сыворотке иммунного человека, то по аналогии с другими инфекциями, где иммунитет сопровождается выработкой подобных же противотел (брюшной тиф, холера), можно и при *recurrens'e* рассчитывать на успех искусственной вакцинации человека телами убитых микробов, если такого рода вакцинация поведет к выработке лизинов к спирохэтам *Obermeier'a*.

Поставив себе в настоящем исследовании задачу о возможности вакцинации человека к *recurrens'y*, мы, в связи с вышеизложенным,

должны были прежде всего решить вопрос о том, можно ли путем вакцинации нашими убитыми культурами вызвать образование спирохетозлизинов, и, прежде чем перейти к наблюдениям над человеком, постараться решить этот вопрос на экспериментальных животных. Опыты, произведенные в этом направлении в нашей лаборатории д-рами Якимовым и Шехтером, давали нам полную надежду рассчитывать на положительный результат. Вновь повторенные нами эксперименты на крысах, морских свинках и кроликах лишь раз убедили нас, что вакцинация этих животных убитыми нагреванием при 60° в течение 1/2 часа спирохетами наших культур ведет к накоплению у опытных животных специфических лизинов, открываемых *in vitro* как реакцией спирохетоллиза, так и реакцией Rickenberg'a-Брусина. Результаты эти стоят в резком противоречии с данными школы проф. Кричевского, которая утверждает, что убитыми спирохетами не удается вызвать образования тромбоцитарных (которые нами отождествляются со спирохетоллинами).

Само собой понятно, что переносить безоговорочно полученные нами в лабораторных экспериментах результаты на человека нельзя, и потому для окончательного решения этого вопроса мы должны были обратиться к опытам иммунизации человека. Для этой цели мы выбрали 3 больных, предназначенных в последующем для лихорадочной терапии, которым и ввели под кожу 3 раза с 3-дневными промежутками убитую при 60° в течение 1/2 часа 2-дневную культуру спирохеты Obersteig'a (исходная раса) в количестве 1—1,5—1,5 к. с. Через неделю после последней инъекции кровяная сыворотка таких больных была подвергнута исследованию *in vitro* на содержание лизинов к живым культурам той же расы спирохет. Само собой понятно, что для вакцинации отбиралась только те больные, у которых по предварительным исследованиям сыворотка была свободна от специфических противотел к спирохетам. Все лица, подвергнутые указанной выше обработке, оказались в результате вакцинации содержащими в своей сыворотке специфические лизины. Величина титра лизинов, определяемая реакцией спирохетоллиза *in vitro*, колебалась у вакцинированных в пределах от 1:20 до 1:50; в опытах же с реакцией Rickenberg'a-Брусина титр достигал до 1:1000.

Если эту концентрацию лизинов в сыворотке вакцинированных сопоставить с величиной титра, которую мы наблюдали у указанных ранее лиц, имевших в анамнезе рецидивы и оказавшихся резистентными к заражению нашими культурами, то оказывается, что величина титра у искусственно вакцинированных не ниже, чем у лиц, перенесших инфекцию несколько лет назад и продолжающих оставаться иммунными. Это обстоятельство давало нам надежду, что и вакцинированные нами лица также окажутся резистентными к последующему заражению. Все трое вакцинированных после того, как в их сыворотке были обнаружены специфические противотела, были подвергнуты испытанию на резистентность к инфекции возвратным тифом, для чего им была введена под кожу живая 2-суточная культура спирохет исходной расы в количестве от 0,8 до 1,5 к. с., т. е. доза, в 4—8 раз превышающая минимальную заражающую дозу. Ни у одного из этих больных, при наблюдении до 2 недель с момента заражения, заболевания не наступило.

Из этих наблюдений над вакцинацией человека к возвратному тифу, проведенных в условиях чистого эксперимента, необходимо сделать вывод, что специфическая профилактика в виде предохранительных прививок к возвратному тифу у человека вполне возможна, и мы вправе ожидать от нее на практике вполне реальных результатов. Будучи правильным по существу, такое заключение, однако, требует некоторых дополнений. Прежде всего нужно иметь в виду те своеобразные особенности патогенеза возвратного тифа, которые связаны со свойствами спирохэт превращаться в сывороточно-устойчивые расы и которые приводят к периодическому чередованию приступов и периодов апирексии в клинической картине болезни. Мы теперь знаем, что спирохэты 1-го приступа резко отличаются от спирохэт 2-го, а эти последние—от спирохэт 3-го приступа и т. д. (Levaditi и Roche, Levaditi и Stanesco, Mantoufel) своим отношением к спирохэтолитическим противотелам: эти последние строго специфичны в том смысле, что их литическое действие точно ограничено той расой спирохэт, которая послужила для иммунизации макроорганизма. В связи этим спирохэтолизины, появляющиеся в крови больного человека после 1-го приступа (во время 1-й апирексии), обладают способностью растворять только спирохэт 1-го приступа, не действуя на спирохэт последующих приступов. Другими словами, человек, перенесший только один приступ *recurrens'a*, обладает лишь относительным иммунитетом к возвратному тифу, невосприимчивостью к заболеванию и резистентностью к заражению только той расой спирохэт, которая циркулировала в крови во время этого приступа, оставаясь в то же время по-прежнему чувствительным к спирохэтам другого иммунобиологического порядка.

В этом факте мы имели возможность убедиться при наблюдениях как над больными с естественными лизинами к нашей исходной расе спирохэт, так и над больными, искусственно иммунизированными убитыми спирохэтами той же расы. Выше говорилось, что среди больных, подвергавшихся лихорадочной терапии, ряд лиц оказался резистентным к заражению культурой исходной расы спирохэт, т. к. содержал в своей сыворотке лизины к спирохэтам этой культуры (и только к исходной расе!). Этими больными мы прежде всего и воспользовались для доказательства узкой специфичности их иммунитета, для чего им после неудавшейся попытки заразить их исходной расой была введена 2-дневная культура нашего штамма спирохэт, выделенная от одного из наших искусственно инфицированных лиц во время 2-го приступа, т. е. культура 1-й рецидивной расы. В других случаях мы заражали этих лиц культурой спирохэт 2-й рецидивной расы, т. е. культурой, полученной от наших больных во время 2-го приступа при первичном заражении их 1-й рецидивной расой. Как правило, мы всегда получали при этих условиях положительный результат: на 5-й или 6-й день начинался 1-й приступ возвратного тифа, причем в крови появлялись спирохэты, принадлежащие к той же расе, которою эти больные были заражены, т. е. 1-ая или 2-ая рецидивная. Т. о. мы убедились, что наличие в сыворотке больных спирохэтолизиннов к исходной расе не сообщает им иммунитета к заражению модифицированными расами.

Ту же самую картину мы получили и при заражении лиц, вакцинированных нами убитой культурой исходной расы: лица эти, оставаясь

резистентными к заражению живой культурой исходной расы, проделывали возвратный тиф при заражении их рецидивными расами. Не с аналогичными ли обстоятельствами стоят в связи случаи повторных заболеваний рецидивом одного и того же лица на протяжении нескольких месяцев, в течение одной и той же эпидемии? Не идет ли и здесь дело о заражении человека спирохетами сначала одного, а затем другого иммуно-биологического порядка?

Т. о. мы видим, что проблема вакцинации человека к возвратному тифу осложняется в связи с наличием у спирохет Obermeier'a способности переходить в сывороточно-устойчивую модификацию. Мы стоим т. о. перед задачей вакцинировать человека не только к исходной расе спирохет, но и к тем модификациям их, которые могут появиться в результате иммуно-биологических условий их жизни. В соответствии с этим теоретически нужно признать, что идеальной вакциной была бы такая, которая содержала бы в себе разнообразные антигены всех возможных рас спирохет. Число же отдельных модификаций, которыми может подвергнуться спирохета Obermeier'a, надо полагать, очень велико. У нашего штамма (при незаконченных еще наблюдениях) мы имели уже возможность установить наличие 4 различных модификаций, резко отличающихся друг от друга по своим иммуно-биологическим свойствам. Если же принять во внимание, что в течение возвратнотифозных эпидемий наблюдались случаи с числом приступов, превышающим цифру 10, то а priori следует допустить возможность образования очень большого числа разнообразных модификаций. В связи с этим нам кажется, что едва ли практически возможно приготовить вакцину, отражающую в себе все мыслимые антигенные свойства спирохеты Obermeier'a. С другой стороны есть основания полагать, что, м. б., к изготовлению такой идеальной вакцины особенно стремиться и не нужно. В подавляющем большинстве случаев при рецидиве дело ограничивается 2—3 приступами, и в связи с этим возможность заражения здорового человека практически ограничивается наличием соответствующих этим приступам модификаций.

Далее мы знаем, что рецидивные, модифицированные расы спирохет имеют постоянную тенденцию возвращаться в исходную расу, и этот процесс обратного метаморфоза во многом зависит от условий и среды, в которых спирохеты находятся. Наиболее продолжительное время рецидивные расы, по нашим наблюдениям, сохраняют присущие им индивидуальные свойства в условиях некустаренного выращивания *in vitro*. Первые признаки превращения в исходную расу в условиях искусственной питательной среды мы могли отметить на нашем штамме спирохет только через несколько месяцев по выделении культуры из крови больного человека, к тому времени, когда эта культура успевала проделать *in vitro* около 100 генераций. Иначе происходит дело в живом инфицированном организме. Из экспериментов на белых мышах и крысах мы знаем, что для превращения рецидивной расы в исходную достаточно всего нескольких пассажей (от 4 до 7). Наши наблюдения у постели больного человека убедили нас, что иногда превращение рецидивной расы в исходную наступает внезапно за время от одного приступа до другого в течение априори. Так, при заражении некоторых больных 2-ой рецидивной расой мы наблюдали, что 2 й приступ у них обуслов-

ливался появлением в крови спирохэт исходной расы. Таким образом в этих случаях 2-я рецидивная раса в течение нескольких дней пребывания в организме больного человека успела проделать обратный метаморфоз в свое первобытное состояние. К сожалению, до сих пор мы не знаем, как обстоит дело с рецидивными расами в теле вшей, которые, как известно, являются распространителями и передатчиками возвратного тифа у человека. Нет ничего невероятного в предположении, что там рецидивные расы быстро превращаются в исходное состояние. За это говорят наблюдения Тоуода, по которым превращение рецидивной расы *spiro. recurrentis* в исходную наступало в теле клещей уже после однократного пассажа. В связи с ясно выраженной тенденцией рецидивных рас к обратному метаморфозу нам кажется, что в естественных условиях распространения заболеваний *resurgens*-ом исходной расе должна принадлежать выдающаяся роль по сравнению с расами рецидивными. Если, кроме того, принять во внимание, что при широком и своевременном применении сальварсановой терапии болезнь ограничивается одним приступом, и т. о. исключается в этих случаях возможность превращения исходной расы в рецидивные, то роль этих последних в эпидемиологии возвратного тифа еще более уменьшается. Все эти чрезвычайно интересные вопросы можно бы было разрешить в условиях эпидемического развития возвратного тифа, чего мы сделать не могли за отсутствием *resurgens*-а за последние годы в Казани. Мы только хотели бы указать на одно наблюдение, которое как будто подтверждает преимущественную роль исходной расы в происхождении заболеваний возвратным тифом у человека. Дело в том, что при предварительных серологических исследованиях наших больных, предназначенных для лихорадочной терапии, мы столкнулись с фактом преимущественного обнаружения спирохэтотезисов именно к исходной расе. Так, из группы в 11 человек, содержавших в своей сыворотке спирохэтотезисы, у 10 обнаружены тезисы к исходной расе, и лишь у одного — к 1-й рецидивной расе.

Если при естественных условиях заражения человека исходной расе принадлежит решающая роль, то и вакцинация человека, хотя бы только к исходной расе, должна иметь немаловажное практическое значение.

Как с практической, так и с теоретической точек зрения нам представлялось все же важным поставить перед собой вопрос и о возможности вакцинации человека к рецидивным расам. — тем более, что у Тоуода мы нашли некоторые указания на то, что совместное действие тезисов к исходной и рецидивной расам обеспечивает организму более успешную борьбу с возбудителем болезни. Приступая к разрешению этого вопроса, мы имели в виду произведенные в этом направлении в нашей лаборатории эксперименты на животных. Работами д-ра Якимова, а также еще не опубликованными исследованиями д-ров Шехтера и Вайнштейна было показано, что при иммунизации белых крыс живыми спирохэтами рецидивных рас в сыворотке этих животных появляются, наряду с противотелами к рецидивным расам, также и противотела к исходной расе спирохэт. Эти опыты находятся в полном согласии с результатами исследований Тоуода, работавшего с африканским возвратным тифом. Из этих опытов вытекает с несомненностью, что спирохэты рецидивной расы, содержа в себе антиген, который при-

дает этим спирохетам их специфическую физиономию, обладают также и антигеном исходной расы. Представляя из себя смесь антигенов, рецидивная раса, казалось бы, должна служить более совершенной вакциной, вызывая иммунитет не только к рецидивной расе, но и к исходной, что действительно и имеет место, как выше было указано, при иммунизации экспериментальных животных. Однако у постели больного человека дело обстоит не так просто: при заражении наших больных рецидивной расой мы убедились, что в сыворотке таких лиц появляются противотела только к рецидивной расе, и никогда нам не удавалось обнаружить их к исходной. Мало того, при наших попытках вакцинировать человека убитой при 60° культурой рецидивной расы мы не могли добиться появления лизинов ни к рецидивной, ни к исходной расе. В соответствии с этим такие лица не обладали и иммунитетом к последующему заражению. Так, 3 лица, получившие по 3 подкожных инъекции убитой культурой рецидивной расы, были подвергнуты нами искусственному заражению живой культурой той же расы; все трое заболели гесцигенсом в установленный срок, причем из крови их во время 1-го приступа была выделена культура, по своим иммуно-биологическим свойствам вполне соответствовавшая расе, примененной для заражения. Другими словами говоря, наши опыты вакцинации человека к рецидивной расе окончились неудачей и по своим результатам резко разошлись с опытами вакцинации к исходной расе, где, как указано выше, мы при той же самой методике получили вполне удовлетворительные результаты.

Сопоставляя с одной стороны факт появления специфических лизинов в условиях инфекции человека спирохетами рецидивной расы, а с другой—отсутствие этих противотел при вакцинации человека убитыми культурами этой же расы, мы должны признать, что нагревание резко изменяет свойства антигена, характеризующего рецидивную расу, лишая его иммунизирующих свойств (по крайней мере в опытах на человеке). Антиген этот, будучи вообще лишь временным придатком в теле спирохет, отличается таким образом и меньшей стойкостью к высокой  $t^{\circ}$  по сравнению с антигеном исходной расы, который не теряет своих иммунизирующих свойств даже после 2-часового нагревания при 60°.

Оставляя в стороне в настоящем сообщении вопрос о характере измененных антигенных свойств спирохет при переходе их в рецидивные расы, а также и вопрос о взаимных отношениях между антигенами исходной и рецидивной расы, вернемся снова к вопросу о возможности вакцинации человека к спирохетам рецидивных рас. Тот факт, что при помощи убитой культуры рецидивной расы спирохет Obermeier'a не удается у человека ни вызвать образования специфических противотел, ни создать у него иммунитета к последующему заражению, вовсе еще не означает, что этим исчерпаны все пути к благоприятному разрешению вопроса. Факт этот указывает только на некоторую термолабильность антигена, в силу которой метод нагревания, обычно применяемый для изготовления вакцины, в данном случае оказывается неприемлемым. Для практического разрешения вопроса об изготовлении деятельной вакцины из рецидивных рас спирохет нужно искать других путей, которые позволили бы нам иметь в руках соответствующий антиген, лишенный инфекционности, но сохранивший иммунизирующие свойства. И на основании некоторых литературных данных экспериментального характера

можно рассчитывать на успех в этом деле. Опытами Novu и Kларр'a, Manteufel'я, Reiter'a на экспериментальных животных показано, что, в противоположность убитым нагреванием спирохетам (Reiter), матернал, содержащий отмерших (gestorbene) и лишенных своей инфекциозности спирохет, обладает способностью сообщать животным активный иммунитет, не вызывая заболеваний их возвратным тифом. Правда, указанные авторы не говорят, с какими расами (исходной или рецидивной) они имели дело. Для нас, однако, важно в этих опытах то, что они определенно подчеркивают наличие резкого различия в иммунизирующих свойствах убитых нагреванием и погибших другим путем спирохет. По аналогии с этим мы рассчитываем, изменив метод изготовления вакцины из рецидивных рас в сторону более осторожной обработки антигена, получить в дальнейшем активную вакцину и по отношению к этим расам. Опыты в этом направлении нами уже начаты.

Итак, в итоге наших опытов вакцинации человека к возвратному тифу мы получили вполне определенные положительные результаты лишь по отношению к исходной расе спирохет. Лица, провакцинированные убитыми культурами исходной расы, оказались резистентными к последующему заражению той же расой.

Считая весьма возможным, что при естественных условиях распространения *resurgens*'а человек значительно чаще инфицируется спирохетами исходной, а не рецидивных рас, мы думаем, что вакцинация человека, хотя бы только к одной исходной расе, может иметь определенную практическую ценность в деле специфической профилактики к *resurgens*'у. Само собой понятно, окончательное решение этого вопроса могут дать только соответствующие наблюдения, произведенные в условиях естественного распространения болезни, когда на сцене могут появиться факторы, не поддающиеся учету в условиях эксперимента, хотя бы и у постели больного человека\*).

---

\*) Уже после сдачи настоящей работы в печать нам стала известной работа Sage'l'я (Arch. f. Schif. und Trop.-hyg., 1928), где автор сообщает об одном случае произведенной им вакцинации человека к *sp. Duttoni* путем прививки инактивированной мышинной крови, содержащей спирохеты. Вакцинация оказалась неудачной. Ввиду того, что в работе автора совершенно нет указаний на расу спирохет, примененную им для эксперимента, мы не считаем возможным дать объяснение причин полученного им отрицательного результата.

## К вопросу о функциональной диагностике надпочечников.

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

Диагностика заболеваний надпочечников является одним из труднейших вопросов внутренней патологии. Если классическую форму Аддисоновой болезни без всякого труда может распознать даже малоопытный врач, то различные формы гипер- и гипофункции надпочечников нелегко поддаются учету и для крупного специалиста. Признаки нарушения функции надпочечников, как астения, известные трофические расстройства, изменения пигментации и пр., часто бывают настолько нерезко очерченными, расплывчатыми, что не дают достаточно солидной базы для диагностики. Различные методы, предложенные для функциональной диагностики надпочечников, как проба Эррингера и Хесса с адреналином, проба с амил-нитритом, белая линия Сергента и пр., имеют только относительное и притом косвенное значение, ибо указывают настолько на заболевания самих надпочечников, сколько на сопутствующие расстройства вегетативной нервной системы. В виду этого нам кажется не лишним как теоретического, так и практического интереса сообщить о применяемом нами методе функциональной диагностики надпочечников, основанном на определении в крови надпочечниковой органо-липазы по способу Рона.

Как известно, при нормальных условиях в крови имеется одна только так называемая сывороточная липаза; при заболеваниях же различных паренхиматозных органов, благодаря, вероятно, аутолизу их клеточных элементов, в кровь может поступать и липолитический фермент, содержащийся в клетках этого органа, т. наз. органолипаза, напр., печеночная, почечная и пр. Как показали исследования Рона и его сотрудников, липазы различных органов различным образом относятся к известным ядам (хинину, атоксилу и др.), благодаря каковому свойству представляется возможным дифференцировать их между собой.

В № 31 *Klin. Wochenschrift* за 1927 г. и в № 3 Казанского медицинского журнала за тот же год мы сообщили о наших экспериментальных исследованиях над надпочечниковой липазой. На основании многочисленных наблюдений мы пришли к заключению, что надпочечниковая липаза резистентна к хинину и чувствительна к хлорал-гидрату и атоксилу. Подавляющее действие хлорал-гидрата на надпочечниковую липазу является наиболее характерным свойством ее, ибо липазы других органов (напр., печени, почек, поджелудочной железы) к этому яду вполне устойчивы. Таким образом, благодаря указанным свойствам надпочечниковой липазы, ее легко дифференцировать от других органолипаз.

В цитируемой работе мы высказали мысль, что, пользуясь этим своеобразным отношением надпочечниковой липазы к хинину и главным образом к хлорал гидрату, можно будет определять присутствие надпочечниковой липазы и в крови человека, при заболевании у него надпочечников, т. е. можно будет использовать метод этот в целях функциональной диагностики.

И на самом деле, дальнейшие клинические наблюдения подтвердили это предположение. Мы находили надпочечниковую липазу, с одной стороны, в сыворотке больных, у которых уже предварительно был поставлен диагноз того или иного заболевания надпочечников, а с другой,—что особенно интересно,—надпочечниковую липазу в крови нам приходилось находить у таких больных, у которых поражения надпочечников мы и не подозревали, и где только дальнейшее клиническое наблюдение или патолого-анатомическое вскрытие заставляло нас убеждаться в патологическом состоянии надпочечников.

Для иллюстрации мы приводим здесь таблицу, где приведены данные о 10 наших больных, у которых в крови была обнаружена надпочечниковая липаза. Первый случай приведен в качестве примера для демонстрации протекания сталагмометрической реакции у здорового человека (методика подробно описана нами в вышеприведенной нашей работе). Из таблицы видно, что у нормального человека в крови мы обнаруживаем только сывороточную липазу, чувствительную к хинину и атокенлу и устойчивую по отношению к хлорал-гидрату. У всех же больных с тем или иным поражением надпочечников обнаружена была в крови липаза нечувствительная к хинину и чувствительная к хлорал-гидрату, а также к атокенлу, т. е. надпочечниковая липаза. Эту последнюю мы находили в крови при Аддисоновой болезни, притом как при выраженной форме ее, так и при *formes frustes*, при плюригландулярной недостаточности, в некоторых случаях брюшного и сыпного тифов, при дифтерите, при тяжелом легочном туберкулезе (подтверждено аутопсией) и в одном случае рака печени. Позволим себе остановиться на двух интересных случаях.

Первый случай (№ 5) относится к больному, который лежал в нашей клинике с диагнозом хронического продуктивно-фиброзного туберкулеза легких, артериосклероза и хронического миокардита: заболевание протекало при явлениях какой-то своеобразной интоксикации, причину которой мы не могли себе с достаточной определенностью объяснить. Исследование крови показало присутствие в ней надпочечниковой липазы. Больной вскоре умер при явлениях острой сердечной слабости. Труп был отправлен в Патолого-анатомический институт для вскрытия с диагнозом поражения надпочечников. И действительно, при патолого-гистологическом исследовании было обнаружено со стороны коркового слоя последних резкое уменьшение липоидного вещества и неравномерное распределение его, а в мозговом веществе обнаружены дегенеративные процессы.

Второй случай (№ 7) относится к молодой женщине, у которой после только что перенесенного в клинике брюшного тифа развилась стойкая тахикардия (пульс 140 в 1 м.) с гипертензией (Mx 160, Mп 105), без каких-либо объективных изменений со стороны сердца. Несмотря на постоянный режим, диету и соответствующую лекарственную терапию (*roborationis, sedativa, cardiaca*), никакого улучшения в состоянии больной не наступало в течение 1½ месяцев. Наконец, была исследована кровяная сыворотка, и в ней найдена была надпочечниковая липаза. Проба *Erpinger's* и *Hess's* а адреналином дала чрезвычайно бурную реакцию. Мы поставили тогда диагноз гиперфункции надпочечников с резкими явлениями гиперсимпатикотомии, развившейся на почве брюшнотифозной интоксикации. Дабы повысить тонус парасимпатической нервной системы, мы назначили больной ежедневные впрыскивания инсулина. Эффект получился чрезвычайно демонстрационный: через какую-нибудь неделю пульс у больной пришел к норме, кровяное давление понизилось (Mx 124, Mп 74), и общее состояние резко улучшилось.

№№	Диагноз			30'	60'	Раз-ница	Примечания.
1	Здоров.	Сыворотка	108	100	96	12	
		" + хинин	108	108	107	1	
		" + хлор.-гидрат	108	99	96	12	
		" + атоксил	108	108	108	0	
2	Аддисонова болезнь.	Сыворотка	104	95	91	13	
		" + хинин	104	101	100	4	
		" + хлор.-гидрат	104	98	95	9	
		" + атоксил	104	104	104	0	
3	Хрон. сепсис с плевриглан- дулярным синдромом.	Сыворотка	109	102	96	13	У больн. бронз. окраска кожи. адиамаия, ки- шечн. расстр.
		" + хинин	109	107	105	4	
		" + хлор.-гидрат	109	105	101	8	
		" + атоксил	109	109	108	1	
4	Аддис. бол., forme fruste.	Сыворотка	99	94	90	9	
		" + хинин	99	98	97	2	
		" + хлор.-гидрат	99	95	92	7	
5	Тве легких, артериосклер.	Сыворотка	108	103	100	8	На вскрытии найдене пора- жение обоих надпочечник.
		" + хинин	108	106	104	4	
		" + хлор.-гидрат	107	105	103	4	
		" + атоксил	108	107	107	1	
6	Atrophia cya- notica digitor.	Сыворотка	100	95	92	8	Большая ин- фильтрация типа. Поражены пальцы рук.
		" + хинин	101	98	98	3	
		" + хлор.-гидрат	100	96	94	6	
7	Брюшной тиф.	Сыворотка	112	107	102	10	
		" + хинин	111	109	107	4	
		" + хлор.-гидрат	111	111	107	4	
8	Рак печени.	Сыворотка	107	102	100	7	
		" + хинин	107	106	105	2	
		" + хлор.-гидрат	107	103	103	4	
		" + атоксил	107	107	107	0	
9	Тве легких.	Сыворотка	108	105	100	8	На вскрытии обнаружен тве надпочечников.
		" + хинин	108	107	105	3	
		" + хлор.-гидрат	108	106	105	3	
		" + атоксил	100	100	108	0	
10	Аддис. бол., f. fruste.	Сыворотка	104	95	91	13	
		" + хинин	104	101	100	4	
		" + хлор.-гидрат	104	98	95	9	
11	Сыпной тиф.	Сыворотка	107	105	100	7	
		" + хинин	107	106	105	2	
		" + хлор.-гидрат	107	105	103	4	
		" + атоксил	107	107	107	0	

Примечание. Для реакции брались: сыворотки—1,0, хинина—1 mlg., хлор.-гидрата—0,1 mlg., атоксила—0,1 mlg.

Таким образом первый случай может служить примером, где нахождение в крови надпочечниковой липазы дало нам возможность поставить правильный диагноз, хотя мы не имели никаких других клинических данных, указывающих на заболевание надпочечников, а второй,—где нахождение липазы не только помогло нам распознать заболевание надпочечников, но и поставить на правильный путь нашу терапию.

Конечно, метод определения липазы не указывает нам, имеем ли мы в каждом отдельном случае дело с гиперфункцией или гипофункцией надпочечников, с поражением коркового или мозгового их слоя,—он указывает только, что функция надпочечников патологически нарушена. Но и этого, кажется нам, более, чем достаточно, дабы, в сочетании с другими клиническими данными и другими способами исследования, можно было уточнить нашу диагностику заболеваний надпочечниковых желез.

На основании наших исследований и клинических наблюдений мы считаем возможным прийти к следующим выводам:

1) Пользуясь избирательным отношением надпочечниковой липазы к ядам, мы можем определять присутствие ее в крови у больных.

2) Надпочечниковая липаза обнаруживается в крови больных с поражением надпочечников и отсутствует в крови людей с здоровыми надпочечниками.

3) Метод определения надпочечниковой липазы в крови в значительной мере облегчает распознавание заболеваний надпочечников.

4) Практическое значение имеют только положительные результаты реакции.

---

## О преподавании хирургии в высшей медицинской школе<sup>1)</sup>.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Вопрос о преподавании клинических дисциплин, в том числе и хирургии, в высшей медицинской школе неразрывно связан с вопросом о том, какой тип врача должна готовить высшая медицинская школа. Так как задачи подготовки врачей в свою очередь непосредственно связаны с задачами советского здравоохранения и дальнейшим развитием медико-санитарного строительства на селе, то необходимо установить, какой тип врача нужен в настоящее время для этой цели. Таким типом врача является тип врача-универсалиста, подготовленного вообще к работе на участке. „Сейчас нам нужен еще врач общеобразованный,“—говорит Н. А. Семашко,—„который мог бы на участке, на селе проводить врачебную работу целиком и полностью; поэтому мы решительным образом отвергаем намечавшиеся по линии Наркомпроса уклоны, чтобы в самой системе медицинского образования давать известный уклон по специализации. Нам нужен сейчас врач общеобразованный, могущий вести работу медицинскую в полном объеме, и этот врач нам многие годы будет еще нужен“. „Когда мы полтора года тому назад поставили в Государственном ученом совете вопрос о реформе медицинского образования“,—говорит В. М. Броннер,—„то основным вопросом, который перед нами встал, был вопрос относительно того, какой же должен быть тип врача, которого будет готовить наша высшая школа. Ответ был единодушный,—что таким типом должен быть участковый врач“.

Исходя, таким образом, из указанного выше положения, что задачей высшей медицинской школы является подготовка участкового врача, мы должны признать, что и самое преподавание в высшей медицинской школе должно быть приспособлено к выполнению данной задачи—дать врача, подготовленного к участковой деятельности.

Вполне естественно теперь задать себе вопрос, может ли наша высшая школа в течение 5-ти, а в будущем, может быть, и 6-ти лет, готовить таких врачей, которые были бы действительно вполне готовы к практической лечебной деятельности на участке. На это следует сказать, что современный рост и обширность медицинской науки, прогрессивное развитие многочисленных отдельных специальностей, опытный характер медицины, требующий углубленного и длительного практического изучения ее,—создают в настоящее время значительные затруднения для усвоения медицины. К тому же следует добавить, что эти трудности в значительной мере усугубляются еще целым рядом дефектов нашей высшей медицинской школы, далеко еще не изжитых и в настоящее время, как-

<sup>1)</sup> Сообщено в Хирургической секции Студенческого научного медицинского кружка при Казанском университете 12 ноября 1928 г.

то: перегруженность слушателями, недостаточность учебно-вспомогательных учреждений и оборудования, недостаток преподавательского персонала, материальная необеспеченность и недостаточная общая подготовка студентов, отсутствие учебников и проч. Все это, вместе взятое, заставляет нас прийти к заключению, что задача высшей медицинской школы—выпускать из своих стен слушателя действительно вполне подготовленным практическим врачом—является задачей неосуществимой, задачей, к выполнению которой высшая медицинская школа может только приблизиться. Короче говоря, высшая медицинская школа может дать слушателям только основы медицинского образования, необходимые для того, чтобы из них выработались практические врачи, „врача“ же, как такового, вырабатывает сама практическая деятельность, вырабатывает сама жизнь. Высшая медицинская школа должна дать студенту как теоретическую подготовку по усвоению основ современной медицины, так и ряд практических навыков, которые дали бы возможность ему по крайней мере не растеряться при первых попытках к самостоятельной деятельности. Нельзя, конечно, при этом не подчеркнуть, что для целесообразного усвоения практических навыков в области клинических дисциплин совершенно необходимо предварительное основательное знакомство с теоретическими основами современной медицины, каковы анатомия нормальная и патологическая, физиология, гистология, биологическая химия, бактериология, общая патология и проч., так как эти основы есть тот фундамент, на который опирается клиническая медицина, и только тот слушатель может успешно воспринимать клинические дисциплины, только тот слушатель может стать в будущем „врачем“ в истинном значении этого слова, кто тщательно усвоит себе эти совершенно необходимые для врачебной деятельности теоретические основы медицинской науки.

Но если усвоение естественно-научного фундамента, усвоение теоретических основ современной медицины есть условие совершенно необходимое для изучения клинических дисциплин, то с другой стороны следует признать, что преподавание клинических дисциплин в высшей медицинской школе должно носить преимущественно практический характер, чтобы слушатель всегда видел перед собой объект своего изучения—больного и подходил к нему с анализом клинициста, учитывающего индивидуальные и социальные факторы. Нужно, чтобы в преподавании клинических дисциплин теоретический материал не превалировал над практическим. А между тем, как это справедливо отмечает один из авторов, писавших о высшей школе, „студенты до такой степени полны слухов (увы, не фактов) о конституции, синергии желез внутренней секреции, реакциях организма, сложных лабораторных данных и т. д., что они не видят живых людей, больных. Студент как-то отрывается от прочной почвы наблюдения и факта“. Такое положение вещей, конечно, нельзя признать нормальным, и нельзя не выразить пожелания, чтобы в основе клинического преподавания живой человек—больной, клиническое наблюдение и клинический факт занимали бы первое место. С другой стороны следует сказать, что преподавание клинических дисциплин не должно перегружать студента большим количеством сложных клинических случаев, редких казуистических научных наблюдений, памятуя, что задача преподавания студентам—не делать из них специалистов, но сообщить им общее современное направление данной клинической дисциплины и дать

им ряд определенных, часто наиболее простых, элементарных и практических сведений и навыков, совершенно необходимых для них в их будущей деятельности практических участковых врачей.

Таким образом высшая медицинская школа должна дать студенту, во-первых, основательное знакомство с теоретическими основами медицинских наук, а во-вторых, ввести его в курс современной клинической медицины и добиться усвоения им тех практических сведений и навыков, которые совершенно необходимы всякому врачу, вне зависимости от того, в каком направлении он будет специализироваться в будущем. Вместе с тем желательна концентрация клинического преподавания с перенесением центра тяжести на обыденные, повседневные случаи практической медицины, которые и представляют главный материал практической деятельности участкового врача. Основательное и углубленное знакомство с этим материалом должно составлять главнейшую задачу преподавания клинических дисциплин в высшей медицинской школе.

Все вышесказанное, конечно, относится всецело к преподаванию хирургии. Так как задача высшей школы состоит не в том, чтобы готовить из студентов специалистов-хирургов, но рядовых врачей, в особенности врачей, готовых к работе на участке, то тем самым определяются задача и объем преподавания хирургии слушателям высшей медицинской школы. Хотя деятельность участкового врача весьма разнообразна, и к нему обращаются больные по всевозможным специальностям, но несомненно, что от участкового врача требуется основательное знакомство в первую очередь с внутренними болезнями, акушерством и хирургией. Нельзя при этом не отметить, что акушерские и хирургические случаи в деятельности участкового врача являются наиболее ответственными. Необходимо поэтому, чтобы молодой врач, приступающий к практической деятельности участкового врача, не растерялся бы на первых порах, не повредил бы больному (*grimmig pop posege*) и мог оказать сильную помощь в повседневных и неотложных случаях, чаще всего встречающихся в обстановке обыденной жизни среди рабочего и крестьянского населения.

Для своей хирургической подготовки слушатель высшей школы должен: 1) усвоить теоретические основы хирургии, основательное изучение которых служит необходимой предпосылкой и является совершенно обязательным не только для целесообразного ознакомления с хирургической клиникой, но и с клиникой других дисциплин хирургического характера (гинекология, офтальмология и пр.); 2) изучить основные принципы технических приемов при оперативном вмешательстве и их хирургическо-анатомическую основу (оперативная хирургия); 3) в сфере клинического преподавания хирургии слушатель должен усвоить основные методы исследования хирургических больных, быть хорошо знакомым с наиболее часто встречающимися формами хирургических заболеваний, самостоятельно диагностировать их, быть осведомленным в терапии их (ставить показания к оперативному вмешательству и иметь основательное представление об этом вмешательстве), наконец, уметь оказать самостоятельно помощь в области повседневных случаев малой хирургии и в наиболее часто встречающихся хирургических неотложных случаях.

Весьма существенным является, далее, вопрос, каким путем должно наиболее целесообразно проводиться преподавание хирургии, чтобы до-

стигнуть наилучших практических результатов. В нашем распоряжении имеется для этого две группы педагогических приемов: 1) лекции и 2) семинарские занятия.

Было бы излишне подробно останавливаться здесь на значении лекций в методике преподавания, если бы в настоящее время эти два метода, т. е. лекции и семинарские занятия, не трактовались бы иногда, как методы, конкурирующие и даже исключаящие друг друга, и если бы со стороны студентов не обнаруживалась тенденция противопоставлять практические занятия лекциям и нередко совершенно игнорировать последние. Не подлежит, конечно, никакому сомнению, что при всем том предпочтении, которое отдается в настоящее время семинарским занятиям, последние ни в коем случае не могут совершенно заменить лекций. Против этого едва ли станет возражать кто-либо из лиц, понимающих дело преподавания и серьезно относящихся к нему. Причины того, почему семинарские занятия не могут совершенно заменить лекций, довольно разнообразны. 1) Пребывание студента в течение нескольких недель в клинике при семинарских занятиях является совершенно недостаточным для ознакомления его с разнообразными клиническими формами, из которых многих студент за время пребывания в клинике и не увидит, между тем как посещение лекций в течение всего учебного года дает возможность слушателю ознакомиться с многочисленным и разнообразным клиническим материалом, который проходит через клинику в течение всего года. 2) Ведение семинарских занятий, которые были бы действительно целесообразны для студента, представляет задачу нелегкую и требует от ассистентов, ведущих их, значительного педагогического умения и опыта; в противном случае эти семинарские занятия превращаются в „рассказывание“, т. е. в те же, в сущности, лекции, только читаемые большей частью преподавателями и менее квалифицированными, и менее опытными, чем профессор, — иными словами, при таком положении вещей преподавание из рук преподавателей высоко квалифицированных и опытных переходит в руки преподавателей менее квалифицированных и менее опытных. 3) С педагогической точки зрения совершенно ясно, что кратковременное пребывание в клинике в течение семинарских занятий, требующее от студента интенсивного и спешного усвоения известной суммы знаний, ни в коем случае не может заменить систематическую и планомерную работу в течение годичного курса лекций, которая дает возможность более широко, плодотворно и прочно усвоить знания. 4) Лекции представляются совершенно необходимыми и при семинарских занятиях. Проф. Горниевская в следующих удачных словах характеризует значение лекций в деле преподавания хирургии: „Лекции при непременно условии талантливости лектора (мы знаем прекрасных хирургов, не умеющих читать лекции) должны быть сохранены в ограниченном количестве, в качестве руководящей нити, проходящей через все преподавание, — они должны служить не только введением и заключением к каждому отделу хирургии, но и давать обобщения, связь между отдельными частями курса, связь хирургии с другими отделами медицины; лектор-хирург должен уметь в широкой, обобщающей форме познакомить с тернистым путем преподавания хирургии, с современными достижениями хирургии и с теми перспективами, которые вдохновляют хирурга и дают ему энергию в его тяжелой работе. Лектор действует отчасти на эмоци-

альную сторону слушателя, вдохновляя его, заинтересовывая предметом, будит новые мысли и даже чувства... Лекции, конечно, по возможности должны быть демонстративны и хорошо обставлены (рентгенограммы, снимки, муляжи и проч.) и должны сопровождаться демонстрацией большого количества больных».

Все вышесказанное заставляет нас придти к заключению, что лекции ни в коем случае не могут быть совершенно заменены семинарскими занятиями и должны быть сохранены, как весьма ценный метод преподавания хирургии. Но само собою разумеется, что лекционная система, как метод пассивный, не может быть главным методом преподавания хирургии, которая требует для своего практического изучения активного вовлечения слушателей в процесс работы. Эту роль должны выполнять семинарские занятия, которым в нашей высшей школе в настоящее время и отводится доминирующее место. Признавая всю целесообразность и важность семинарских занятий, при их правильном проведении, мы все же ни в коем случае не должны противопоставлять их лекциям, как метод преподавания, конкурирующий с лекционной системой. По нашему мнению семинарские занятия и лекции должны не противопоставляться друг другу, а дополнять друг друга, как два метода преподавания, неразрывно связанные друг с другом и оба совершенно необходимые для преподавания хирургии.

Останавливаясь теперь на семинарских занятиях, как методе преподавания, мы должны уяснить себе некоторые вопросы: 1) Каковы цели, преследуемые семинарским методом преподавания? 2) Каковы те необходимые условия, которые должны обеспечивать целесообразное проведение семинарских занятий? 3) Каково должно быть содержание семинарских занятий и как они должны проводиться?

Задача семинарского метода преподавания заключается в развитии активности и самостоятельности студента путем непосредственного вовлечения его в клиническую работу, с целью привучить слушателя к медицинскому мышлению, развить в нем наблюдательность и самостоятельность логического рассуждения, поставить его в условия непосредственного изучения больного и непосредственного ознакомления с организацией и ведением клинического дела.

Несмотря, однако, на кажущуюся, может быть, простоту семинарского метода, следует сказать, что действительно целесообразное проведение его в жизнь связано с значительными затруднениями. Прежде всего семинарские занятия могут более или менее успешно проводиться только при условии пребывания студента в клинике в течение значительного промежутка времени и при делении студентов на мелкие группы. Между тем многочисленность слушателей заставляет распределять студентов в клинике 2—3 неделям и принуждает распределять слушателей на более крупные группы, ведение занятий с которыми более затруднительно и меньше достигает цели, чем с группами мелкими. Кроме того, для проведения семинарских занятий требуется достаточное количество преподавателей, ктому же преподавателей опытных не только в медицинском, но и в педагогическом отношении. Следует сказать, что ведение семинарских занятий представляет задачу трудную, и от преподавателя, ведущего их, требуется значительный опыт в медицинской педагогике. Для семинарских занятий совершенно недостаточно, если препода-

ватель будет сам „рассказывать“ слушателям или, вернее говоря, читать те же лекции над больными. Вся трудность семинарского метода заключается в том, что преподаватель должен каждого учащегося в отдельности и всю группу в целом вовлекать в активную работу, должен будить мысль слушателей, должен приучать эту мысль к развитию самостоятельного медицинского мышления. Вся трудность семинарского метода состоит в том, чтобы вывести студента из его пассивного состояния, разбудить его и не идти по той торной и самой обычной дороге, по которой идут часто преподаватели, а именно — воздержаться от чтения лекций над больным. Совершенно прав прив.-доц. Х е с и н, говоря: „Все дело в том, чтобы 1) преодолеть пассивность участников группы и 2) преодолеть тесно с этим связанное стремление преподавателя перейти на чтение лекций (хотя бы перед малым числом слушателей и в палате). И то, и другое нелегко. Студенты боятся сказать „глупость“ или пассивно слушают куратора; преподавателю крайне трудно следить, направлять, активировать, гораздо проще самому все сказать. Между тем надо добиться чего-то вроде маленького диспута, но без многословия и праздноглаголанья. Этого удастся достичь несразу и путем всякого рода вопросов, обращенных к участникам группы“.

Таким образом еще раз следует подчеркнуть, что от преподавателя, ведущего семинарские занятия, требуется несомненное педагогическое умение, без чего и сами семинарские занятия получают совершенно им несоответствующее и извращенное направление. Между тем много ли действительно таких преподавателей-педагогов, которые действительно умело могли бы вести семинарские занятия со студентами? Я думаю, что таких преподавателей не так много. За свою довольно уже продолжительную деятельность мне приходилось видеть среди преподавателей высшей школы достаточно много хороших хирургов, хороших врачей, хороших ученых и всего меньше я видел хороших педагогов. Это объясняется, как мне кажется, тем неправильно сложившимся взглядом, что для преподавателя высшей школы прежде всего требуются достоинства хорошего ученого, хорошего хирурга и врача, тем самым подразумевая, что всякий хороший ученый, хороший хирург и врач должен быть и хорошим педагогом. Действительность показывает, что это не так, и „медицинская педагогика“ есть та область знания, о которой обычно не говорят или говорят очень мало. Между тем вопросы медицинской педагогики чрезвычайно, конечно, важны и чрезвычайно актуальны в настоящее время — время реорганизации медицинского преподавания. И вот, сейчас, когда центр тяжести медицинского преподавания перенесен на семинарские занятия, целесообразно вести которые может только преподаватель-педагог, недостаточно внимательное отношение к педагогической подготовке преподавателей дает себя знать тем, что семинарские занятия ведутся иногда не так, как нужно. Это обстоятельство, конечно, дискредитирует семинарский метод преподавания, представляющийся весьма целесообразным при его умелом ведении, но требующий для своего правильного проведения некоторых необходимых условий и среди них главного — достаточного количества преподавателей-педагогов. Известным выходом из этого положения являлось бы усиление внимания на педагогическую подготовку научных сотрудников, специализирующихся при кафедрах. Тем самым вопрос о подготовке кадра преподавателей-педаго-

гов является неразрывно связанным с чрезвычайно важным, но почти не разработанным у нас вопросом о подготовке научных сотрудников. Не имея возможности входить сейчас в рассмотрение этого большого и сложного вопроса, мы думаем все же, что подготовка научных сотрудников при клинических кафедрах должна вестись в двух направлениях, в зависимости от тех задач, которые преследуются при этом, а именно, подготовка с практическим уклоном, имеющая своей целью образование практиков-специалистов, и подготовка с научным уклоном—для образования кадра академических работников. Для последней группы научных сотрудников должно быть обращено особое и специальное внимание на их педагогическую подготовку<sup>1)</sup>.

Переходя теперь к рассмотрению вопроса о содержании семинарских занятий, мы должны отметить, что эти занятия должны охватывать все стороны клинической работы, имея своей задачей активное изучение больного при условиях как амбулаторной, так и стационарной лечебной работы отделения.

Весьма важным прежде всего мы считаем ведение семинарских занятий в амбулатории. Амбулаторный материал представляет как раз тот повседневный материал наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний и повреждений, с которым так часто приходится иметь дело участковому врачу. Разнообразные воспалительные процессы, повреждения и проч. представляют здесь богатую и благодарную почву для практического обучения студента. Руководя, помогая и направляя студента, следует добиваться, чтобы он самостоятельно ставил распознавание заболеваний и назначал соответствующее лечение, причем было бы весьма целесообразно, чтобы слушатели тут же, в амбулатории, приучались делать небольшие операции, накладывать повязки и проч. Семинарские занятия в амбулатории представляются весьма полезными для слушателей, вырабатывая в них привычку к быстрой ориентировке, быстрому распознаванию, немедленному назначению лечения и приучая их таким образом к той массовой амбулаторной работе, которую они должны будут вести в условиях своей будущей участковой деятельности.

Семинарские занятия в стационарном отделении должны иметь своей задачей охватить все этапы клинической работы: всестороннее клиническое изучение больного, предоперационную подготовку, производство операции, ведение послеоперационного периода (послеоперационный уход, перевязки и проч.). Согласно такому плану практические работы со студентами должны проводиться: 1) в палатах, 2) в перевязочной и 3) в операционной.

Семинарские занятия в палатах должны познакомить слушателя с клинической методикой исследования больных и с клиникой наиболее важных в практическом отношении хирургических заболеваний. Ведение занятий должно и здесь преследовать развитие в студенте самостоятельности. Помогая соответствующим образом слушателю, надо направлять его мысль таким образом, чтобы он самостоятельно произвел исследование

<sup>1)</sup> В настоящее время в Казанском государственном институте для усовершенствования врачей ведется большая работа по выработке планов для подготовки научных сотрудников. О результатах этой в высшей степени интересной работы мы надеемся в будущем сообщить в печати.

больного, изучая его, продумал диагноз и составил план лечения. В зависимости от характера того или другого заболевания полезно в процессе занятий знакомить студентов и со специальными методами исследования хирургических больных (рентгенография, цистоскопия, ректоскопия и проч.), расширяя таким образом специальный кругозор слушателя.

Семинарские занятия в палатах могут проводиться в двух формах и прежде всего — в виде курирования больных, причем каждый студент данной группы получает больного преимущественно с одной из наиболее важных типических форм хирургических заболеваний или повреждений. При соответствующем руководстве со стороны ассистента куратор должен произвести исследование больного, поставить диагноз и составить план лечения. Весьма целесообразным является задание слушателю литературной проработки той главы хирургии, к которой относится данное заболевание, имеющееся у больного: так, напр., если у студента имеется больной с той или другой формой грыжи, то слушатель должен литературно ознакомиться со всем отделом учения о грыжах; если имеется больной с хроническим аппендицитом, — слушатель должен приготовить главу об аппендиците (различные его формы, осложнения, показания к лечению при различных видах аппендицита и т. д.). Наконец, считаем важным, чтобы слушатель, вполне изучивши своего больного и ознакомившись с данной главой хирургии, написал историю болезни, отнесясь к этому делу серьезно, а не формально, шаблонно, помня, что умение хорошо написать историю болезни весьма важно прежде всего для него самого, так как тем самым он приучается к ведению будущих больничных историй болезни, что является совершенно необходимым в его будущей деятельности практического врача. Следует, конечно, опять сказать, что как исследование больного, так и усвоение соответствующих литературных данных, наконец, самый способ и правильность составления истории болезни должны проверяться, исправляться и протекать в процессе постоянного общения и обмена мнений между ассистентом, руководящим занятиями, и куратором, а также и другими участниками данной группы. В процессе активного изучения больного и составления истории болезни должен быть вовлечен весь коллектив, т. е. вся данная группа, каждый из участников которой должен хорошо знать всех больных своей группы, принимать самое деятельное участие в разборе не только своего больного, но и всех других больных, курируемых другими участниками данной группы. Весьма важно при руководстве этого коллективного изучения и разбора больных приучать студентов правильно формулировать свои мысли и наблюдения и следить за правильным применением медицинских терминов. Для большей и всесторонней полноты исследования больного желательным было бы, по крайней мере в ряде соответствующих случаев, не ограничиваться индивидуальным клиническим исследованием пациента, но постараться принимать во внимание и социальные факторы путем ознакомления на месте (на фабрике, на дому) с условиями жизни и работы больного. Для этого могли бы быть полезны групповые экскурсии на заводы, фабрики и проч.

Второй формой проведения практических занятий в палатах являются обходы больных с группой студентов, причем производится осмотр старых больных, находящихся на излечении в клинике, и отмечаются те изменения, которые произошли в их состоянии, обращается внимание на

особенности и осложнения послеоперационного периода, производится разбор вновь поступивших больных и проч. Общий характер занятий и здесь должен быть тот же, т. е. должно вестись собеседование, род маленького диспута со студентами, причем в процессе работы должна вовлекаться вся группа, а не только отдельные слушатели.

Само собой разумеется, что семинарские занятия со студентами не должны ограничиваться только амбулаторией и палатами, а должны вестись также в перевязочной и операционной. Желательно, чтобы в перевязочной студенты принимали активное участие в перевязках, а также им должно поручать производство несложных хирургических манипуляций, как снятие швов, разрезы, дренирование ран, наложение шин и проч. Задача семинарских занятий в перевязочной имеет своей целью практически ознакомить слушателей с лечением ран и воспитать в них столь необходимые для будущей врачебной деятельности принципы асептики.

В операционной студент знакомится с общей обстановкой производства операций. Операции должны сопровождаться предварительными объяснениями, с изложением краткой истории болезни, диагноза и предполагаемого плана операции. После окончания оперативного вмешательства полезно путем беседы со студентами выяснить, что они видели при операции, и правильно ли они поняли производство отдельных актов оперативного вмешательства. Вполне понятно, что роль студента в операционной может быть только пассивной. Высшая медицинская школа не может, конечно, научить студентов оперировать на живом. Задачей высшей школы является—дать студенту общемедицинское образование, а не специальное хирургическое. Для того, чтобы научиться оперировать на живом, нужно получить специальную подготовку, долго и серьезно этому учиться. Высшая школа может дать в этом отношении только возможность оперировать на трупах, на животных и производить мелкие операции в области малой хирургии. Кроме указанных выше принципиальных соображений, следует сказать, что, конечно, массовое обучение студентов оперированию на больных представляется и фактически совершенно невозможным в силу целого ряда причин<sup>1)</sup>.

Дальнейшей весьма важной задачей семинарских занятий является подробное ознакомление студентов, как будущих организаторов лечебного дела на участках, с устройством и организационной жизнью хирургического отделения (размещение палат и других помещений, устройство операционной и перевязочной, организация работы в них), а также с правилами внутреннего распорядка, распределением больных в отделение, питанием, уходом за больными и пр.

По окончании срока пребывания студента в клинике производится проверка знаний его (зачет) на основании совокупности всех занятий, проведенных в клинике. Зачеты происходят в форме коллоквиумов, иногда с разбором больных. Вопросы должны предлагаться в пределах материала, проработанного в клинике. На зачете же может предлагаться ряд вопросов, относящихся и к истории болезни, представление которой каждым студентом мы считаем обязательным.

<sup>1)</sup> Тем самым мы не исключаем, конечно, возможности предоставления отдельным студентам, обнаруживающим достаточную подготовку, производство некоторых более крупных операций (ампутации, грыжесечения и пр.).

Все вышесказанное заставляет нас придти к заключению, что семинарский метод преподавания при правильном его проведении имеет ряд принципиальных достоинств. К сожалению, желательное и планомерное проведение этого метода встречает ряд затруднений, которые умаляют его достоинства. Таким затруднением является, во-первых, многочисленность слушателей, благодаря чему срок семинарских занятий для каждой группы является слишком недостаточным для того, чтобы дать студенту необходимый минимум знаний по хирургической клинике. Вместе с тем, благодаря большому количеству студентов, приходится подразделять их на слишком большие группы, ведение занятий с которыми затруднительно и требует достаточного количества ассистентов. Вторым существенным препятствием для желательных педагогических достижений при семинарском методе является то обстоятельство, что ведение семинарских занятий так, как они должны вестись, представляет задачу трудную, требующую от преподавателя не только медицинского, но и значительного педагогического опыта и умения.

Чрезвычайно важным условием преподавания хирургии мы считаем тесный контакт между хирургическими кафедрами по вопросам преподавания, что, несомненно, могло бы внести значительную целесообразность в подготовку слушателей (взаимная увязка методической работы, распределение между кафедрами педагогической проработки тех или других отделов клинической хирургии и пр.).

Вопрос о летней практике студентов, проведение которого в жизнь сейчас начинается, является, конечно, также вопросом весьма важным и целесообразным, имея своей задачей познакомить слушателей с условиями и общей обстановкой их будущей работы в качестве участковых врачей и тем участковым хирургическим материалом, с которым им придется иметь дело.

Придавая большое значение практическому ознакомлению студентов с хирургией, тем не менее, конечно, следует отметить совершенную необходимость и книжных занятий со стороны студентов. Учебники, более обширные руководства и даже иногда журнальные статьи и монографии по тем или другим вопросам хирургии должны быть предоставлены в широкое пользование студентов. Слушатель должен отказаться от привычки зазубривания учебника, отказаться от мысли, что такое зазубривание может заменить и практические занятия, и лекции. Основой образования студента является посещение им практических занятий и лекций. Учебник же, руководство—должны служить студенту вспомогательным средством для более твердого запоминания и усвоения того, что он слышал на лекциях и видел на практических занятиях. К сожалению, возможность пользования учебниками и другим литературным материалом для студентов весьма ограничена как вследствие относительной дороговизны книг, так и вследствие материальной необеспеченности слушателей, не имеющих возможности приобретать их.

Известным выходом из этого положения является приобретение для студенческих библиотек, которые, конечно, должны существовать при каждой высшей школе, достаточного количества необходимых учебных книг по указанию представителей кафедр. Еще лучше было бы организовать специальные студенческие библиотеки-чтальни при каждой клинике, что дало бы возможность студентам пользоваться книгами и вообще

специальной литературой под непосредственным руководством преподавательского персонала клиники.

Наличие указанных студенческих клинических библиотек могла бы сослужить также хорошую службу для студенческих научных кружков. Следует при этом сказать, что мы относимся вообще к специализации студентов отрицательно, исходя из следующих соображений: 1) специальный уклон слушателя по той или другой клинической дисциплине не может быть проведен иначе, как с ущербом для других клиник, на посещение которых у студента не хватит времени; 2) задачей высшей медицинской школы является общемедицинское образование студента, подготовка из него рядового, общего врача, а не специалиста; 3) даже для тех лиц, которые со студенческой скамьи намечают для себя специализацию в том или другом направлении, мы считаем совершенно необходимым сначала получать общее врачебное образование, а специализироваться уже по окончании высшей школы, так как, по нашему мнению, хороший специалист должен быть прежде всего хорошим общим врачом и раньше своей специализации должен получить общее врачебное образование<sup>1)</sup>. Тем не менее, высказывая вышеизложенную точку зрения на специализацию студентов, мы находим желательным существование студенческих научных кружков, хотя бы носящих название специальных (хирургический, терапевтический и др.). Конечно, строго говоря, ни о какой специализации в таких кружках не может быть и речи. Многочисленность и обширность клинических дисциплин и недостаток времени для преподавания каждой из них ведут, конечно, к тому, что самый добросовестный студент получает во время своего обучения в высшей школе только минимум знаний, необходимых для врача. Расширить и пополнить эти знания путем самообразования студента и является задачей научных кружков. Кроме того работа в этих кружках содействует росту и укреплению студенческой мысли, развивая анализ, критику и приучая студента к обращению с литературными данными, что может пригодиться ему в будущем. Руководить кружками должны опытные преподаватели. Желательно, чтобы для разработки в кружках предлагались студентам темы более общего характера, знакомящие их с современными достижениями медицинской науки, что представляется более целесообразным для общемедицинского развития студентов, чем темы узко-специальные, мало расширяющие кругозор и для разбора которых студенты мало подготовлены.

Заключая настоящий очерк о преподавании хирургии в высшей медицинской школе, — очерк, конечно, далеко не полный, — мы должны в заключение сказать то же, что говорили и в начале: высшая медицинская школа может дать студенту только общую подготовку, общие основы медицинского образования, практический же врач создается лишь самой жизнью постепенно, путем приобретения врачебного опыта и медицинского совершенствования. Дело образования врача не может считаться законченным с момента его выпуска из высшей медицинской

<sup>1)</sup> Высказываясь здесь против специализации студентов, как метода общемедицинской подготовки, мы здесь не касаемся вопроса о т. наз. выдвиженцах, так как данный вопрос занимает совершенно особое положение, будучи непосредственно связанным с подготовкой научной смены и научных сотрудников, а не с вопросом массового общемедицинского образования слушателей.

школы, которая может дать только основы общего медицинского образования, образование же врача должно продолжаться и в дальнейшем — в течение его врачебной работы в виде различных форм усовершенствования врачей. Главное же, что требуется от студента и от врача, желающих изучать и успешно совершенствоваться в медицине, это — личная самостоятельность, личная инициатива и долгий, упорный и тяжелый труд, ибо, как говорят латинское изречение, Nil sine magne vita labore dedit mortalibus („Без великого труда жизнь ничего не дает смертным“).

---

*Литературные источники:* Боголюбов. О задачах усовершенствования врачей. Казань, 1927.—Гориневская. К вопросу о преподавании хирургии на медич. фак. Нов. хир., 1927, IV, 5.—Забудовский. Заметки о преподавании хирургии на медич. фак. Нов. хир., 1926, II, 5.—Опель. По поводу преподавания хирургии в высшей мед. школе. Нов. хир., 1927, IV, 3.—Труды Всесоюзн. съезда участковых врачей. Москва, 1926.—Хесин. Опыт семинарских занятий по клинической хирургии со студентами V курса. Нов. хир., 1926, II, 5.

---

## К вопросу о радикальной операции эхинококка печени<sup>1)</sup>.

Ассистента клиники М. Н. Кушевой.

Радикальное вмешательство при гидатидном эхинококке печени начинает за последнее время все более и более привлекать внимание хирургов. Вопрос этот изучается детально со всех сторон, ставится на обсуждение на съездах, но все же он еще далек от разрешения, так как нет еще согласованности хирургов даже в вопросе об открытом и закрытом методах лечения эхинококковых кист.

Развитие учения об оперативном вмешательстве при гидатидном эхинококке печени шло очень медленно, и история его поступательного движения богата как именами хирургов, принимавших участие в разработке способов этого вмешательства, так и колебаниями в направлении хирургической мысли. Марсуниализация кисты, т. е. открытый способ лечения, применявшийся вначале широко как у нас, так и за границей, особенно в Германии, перестал впоследствии удовлетворять хирургов, так как тяжелые осложнения, сопровождающие послеоперационное течение, естественно побуждали хирургов к исканию новых путей. Наиболее тяжелым осложнением являлось желчеотделение, которое, продолжаясь месяцами, ведет к смерти от истощения. Серьезными невыгодами марсуниализации были также длительный послеоперационный период и свищи, не заживавшие иногда годами. В виду этого появился ряд предложений, сводящихся к зашиванию наглухо эхинококковых кист с вливанием в полость различных веществ (10% водоформ-глицериновой эмульсии, физиологического раствора и т. д.).

Наибольшую известность из этого ряда получила операция Роза-дас-Боброва. Многие хирурги вносили в нее свои изменения с целью устранения тевевых сторон способа: „caritonage“ полости, т. е. сшивание стенок полости струнной нитью (Delbet), фиксацию зашитой наглухо кисты к передней стенке брюшной полости (Разумовский) и пр. Этот последний способ широко применялся хирургами и многими признавался методом выбора (Алексинский, Орлов). Короткий послеоперационный период и отсутствие желчеистечения были главными преимуществами метода, привлекавшими хирургов на его сторону. При этом даже нагноение эхинококковых кист в настоящее время многими хирургами не считается противопоказанием к нему (Спасокукоцкий, Шаткинский).

<sup>1)</sup> Сообщено на I Областном съезде хирургов, акушеров и гинекологов Нижне-Волжского края 30/IX 1928 г.

По мере накопления наблюдений стали, однако, увеличиваться и случаи неудач: скопление жидкости в мешке, образование абсцессов, вынуждавшие переходить к открытому лечению, невозможность применения этого метода в случаях омелотворенного эхинококка—опять обратили мысль и симпатии хирургов к открытому методу. Марсупиализация опять ставится на первое место (Савков), причем во избежание длительного желчеистечения хирурги присоединяют к ней возможно тщательное удаление капсулы.

Таким образом вопрос о преимуществах того или другого метода не может еще считаться вполне разрешенным. Неудивительно, что метод тотального удаления эхинококковых кист вместе с фиброзной капсулой многими авторами и не упоминается (Мыш). Впервые удаление эхинококковых кист с фиброзной капсулой было признано идеальной операцией Thöle в 1913 году. У нас признание этого метода идет очень медленно: до текущего столетия он совершенно не применялся, за исключением нескольких неудачных попыток. Впервые этот способ был предложен у нас для широкого применения Напалковым, который научно обосновал необходимость тотального удаления паразита. Изучая клинический материал и препараты органов животных, этот автор и его ученики установили экзогенное развитие дочерних пузырей. Паразиты, развивающиеся в фиброзной капсуле и вне ее, могут давать рецидивы и отхождение через свищ дочерних пузырей в тех случаях, где как будто бы был удален весь паразит. Отсюда, по его мнению, удаление эхинококка вместе с фиброзной капсулой путем резекции пораженного органа должно быть основным методом. Это положение было высказано Напалковым на I Съезде хирургов Северо-Кавказского края в 1925 г. и вызвало оживленные прения. Выразителем настроения большинства был председатель Съезда, проф. Греков, который в заключительном слове ограничил применение тотального удаления случаями поверхностно расположенных кист.

Представителем радикального направления в деле удаления эхинококковых кист является уже упомянутый выше Thöle. Он считает клиновидную резекцию печени с пузырем идеальной операцией. Гладкие раневые поверхности органа хорошо сближаются наложением внутривисцеральных швов, гемостаз достигается вполне и позволяет зашивать рану брюшной стенки наглухо. Этому способу Thöle отдает предпочтение перед энуклеацией эхинококковой кисты тупым путем и перед энуклеацией-резекцией, производимой частью острым, частью тупым путем. Впрочем применение этого метода не получило еще большого распространения, так как хирурги подходят к нему с большой осторожностью, руководясь в выборе операции эхинококка печени определенными показаниями, каковы отсутствие нагноения кисты, хороший доступ, обездвиженные паразита, поверхностное его расположение (Мыш, Видеман).

По нашему мнению эти условия действительно должны приниматься во внимание, и вообще необходимо подходить с большой осторожностью к выбору радикального вмешательства, так как резекция печени до сих пор является еще очень опасной операцией из-за возможности обильного кровотечения. С другой стороны тупое вылушение паразита даже с частью печеночной ткани не несет с собой тяжелых осложнений и технически легко выполнимо. Мы в своих 10 случаях вылушения эхинококковых кист, расположенных или в краевых отделах печени, или на поверхности

органа, не имели ни одного осложнения в зависимости от травмы печеночной ткани. В большинстве случаев кисты вылуцались нами тупо, и повреждение печени было не больше, чем при удалении желчного пузыря. Дефект ткани (доже опухоли) закрывался нами или просто узловыми швами, или с присоединением тампона вж живой ткани (сальник).

Перехожу к разбору нашего материала. Нами в Хирургической пропедевтической клинике Саратовского университета было прооперировано за 2 последних года 10 случаев поверхностно расположенных эхинококковых кист печени. Все больные—женщины в возрасте от 23 до 44 лет. Жалобы их сводились к наличию опухоли в том или другом подреберье, медленно растущую и мало беспокоящую. Все больные были оперированы под общим наркозом. Солитарные эхинококковые кисты занимали или краевые отделы печени, или исходили из нижней поверхности той или другой печеночной доли, заходя в ткань органа не более, как на 5 сант. Только в 2 случаях было обнаружено два пузыря. У одной из этих больных пузыри исходили из правой и левой долей печени, обе эти кисты удалены одновременно; у второй же, находящейся еще под наблюдением, была удалена поверхностно расположенная киста краевого отдела левой доли по способу энуклеационно-резекционному, а большая киста правой доли печени прооперирована по способу Боброва с зашиванием полости наглухо после тщательного протирания 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> формалином в глицерине.

В 7 наших случаях удалось тупое вылуцение, в 3 удаление было произведено по методу энуклеационно-резекционному. Ложе опухоли ушивалось одними узловыми швами в 7 случаях и в 3 тампонировалось сальником. Заживление первичным натяжением наступило в 7 случаях, в двух остались свищи на месте дренажа; больные в этих случаях ушли с неглубокими свищами в стадии заживления. Срок пребывания в клинике равнялся в среднем 17 дням.

Заканчивая на этом краткий обзор нашего материала, перехожу к выводам:

1) Тотальное вылуцение паразита из ткани печени там, где оно возможно, является крайне рациональным методом, удовлетворяя стремление хирургов к радикализму и сокращая значительно послеоперационный период.

2) Тотальному удалению подлежат в большинстве случаев поверхностно расположенные кисты или кисты, занимающие краевые отделы печени.

3) Ушивание ложа печени швами с тампонадой сальником вполне гарантирует от последующих скоплений крови и позволяет зашивать брюшную полость наглухо.

## Экспериментальные данные по вопросу о механизме прямого поражения продолговатого мозга при разлитом перитоните.

Ассистента Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета **П. В. Маненкова.**

Исследованиями А. Д. Сперанского и его сотрудников устанавливается, что в происхождении некоторых т. наз. „местных“ процессов главную роль играет непосредственное гнездное поражение нервных клеток центральной нервной системы теми вредными веществами, которые доставляются сюда с периферии через нервно-лимфатические пути. Таким путем различные вредные вещества вызывают первичное заболевание клеток того или иного сегмента. В этих случаях „местный“ процесс на периферии является лишь отражением изменений физиологического состояния клеток соответствующего сегмента мозга. Наряду с такими процессами существуют и другие, действительно местные реакции, но и при них нервная система так или иначе вторично вовлекается в патологический процесс. При этом механизм вторичного вовлечения нервной системы весьма близок к механизму упомянутых выше гнездных поражений мозга. К реакциям последнего рода нужно отнести, между прочим, и острый разлитой перитонит.

Клиника свидетельствует, что острое разлитое воспаление брюшины у человека представляет чрезвычайно серьезное заболевание, ведущее обычно к смерти. Не менее опасен, по клиническим наблюдениям, также перитонит, захватывающий верхний отдел брюшной полости, так называемый „верхний“ перитонит. В то же время воспаление нижнего отдела брюшной полости (пельвеоперитонит) дает более благоприятный исход. Интересно отметить и то, что опасность острых разлитых и „верхних“ перитонитов существует, несмотря на наличие тех защитных приспособлений, которыми весьма богата брюшная полость.

Для объяснения опасности этих видов перитонита существуют различные теории. Так, указывают на сильную всасывательную способность брюшины, благодаря которой инфекция (resp. токсины) при перитоните быстро поступают в кровь, — на шок, аналогичный по механизму шоку в опыте Goltz'a, и т. д. Но этих объяснений недостаточно для понимания всех клинических и экспериментальных фактов. В частности, что касается опыта Goltz'a, то значение его при перитоните сильно уменьшается прямыми экспериментами Бушмакиной и Пигалева с заражением кроликов в брюшную полость вирулентной культурой стафилококка одновременно или вскоре после девагирования (перерезка обочек п. п. vagorum под диафрагмой).

Несостоятельность указанных теорий побуждает искать объяснения опасности перитонита в том же механизме, который имеет место при многих других местных процессах и состоит в непосредственном отравляющем действии воспалительных продуктов на нервные клетки, связанные с очагом воспаления прямым нервно-лимфатическим путем. Единственным таким путем, соединяющим органы брюшной полости с центральной нервной системой, является п. *vagus*, ядро которого заложено в продолговатом мозгу.

Экспериментальное изучение этого вопроса было начато уже цитированными авторами—Бушмакиной и Пигалевым. Вводя в толщу ствола п. *vagi* каплю взвеси китайской туши или каменноугольного дегтя с последующим извлечением цереброспинальной жидкости, авторы эти прежде всего установили, что введенные вещества передвигались по этому нерву главным образом центростремительно (к мозгу). Установив это, они перешли к решению основного вопроса, для чего воспользовались доказательством от противного: если опасность и тяжесть перитонита зависят, главным образом, от прямого поражения ядер продолговатого мозга, и если это поражение вызывается вредными веществами, поступающими по единственному прямому проводнику—блуждающему нерву, то достаточно нарушить перерезкой целостность этого пути,—и опасность перитонита должна уменьшиться.

Опыты их состояли в том, что у нормальных кроликов, путем лапаротомии, производилась перерезка обоих блуждающих нервов (девагирация) тотчас ниже диафрагмы. Так как кролика нелегко переносит такую операцию, то на уход за ними обращалось особое внимание. Из девагированных кроликов *по прошествии 12—24 дней после девагирования* выбирались наименее пострадавшие животные и подвергались внутрибрюшному заражению 1/15—1/20 суточной культуры очень вирулентного для кролика *септического* стафилококка (безусловно смертельная доза). Одновременно с опытными кроликами той же дозой стафилококка заражались внутрибрюшинно контрольные нормальные кролики. Бушмакина и Пигалев проследили развитие разлитого гнойного перитонита у 12 девагированных и 15 нормальных кроликов. В результате этих опытов был установлен очень интересный факт: все нормальные кролики заболели перитонитом и погибли от него, причем большинство ( $\frac{4}{3}$ ) из них погибло в течение первых суток, а остальные в течение ближайших дней; девагированные же кролики значительно (на несколько дней) пережили первых, и более трети из них выздоровело. Отсюда авторы пришли к заключению, что нарушение прямой связи брюшной полости с продолговатым мозгом предохраняет последний от быстрого и тяжелого поражения. Останавливаясь на выяснении механизма полученного в эксперименте факта, они склонились к тому, что факт устойчивости девагированных кроликов против внутрибрюшного заражения зависит главным образом от устранения прямого подвоза вредных веществ к продолговатому мозгу, а также от исключения возможности нервного шока.

Объяснение это нельзя, однако, считать свободным от возражений. Одно из таких возражений—это то, что в указанных опытах между опытными и контрольными кроликами имелось не одно условие—девагирование, а два—девагирование и лапаротомия. Между тем имеются экспе-

риментальные и клинические указания, что уже одна лапаротомия сама по себе, без девагирования, повышает устойчивость брюшной полости в борьбе с инфекцией. Эти соображения требовали дальнейшего экспериментального исследования. Необходимо было в новой постановке опыта подтвердить добытые уже данные и выяснить более точно их механизм, что А. Д. Сперанским и было поручено мне.

Прежде всего нами на 4-х парах кроликов были проверены опыты Бушмакиной и Пигалева с точным соблюдением всех указанных в их работе условий опыта. Результат оказался не только не хуже, но даже, повидному, лучше: все 4 контрольных кролика погибли, из них 3 до истечения 24 часов с момента заражения, причем вскрытие этих кроликов обнаружило в брюшной полости картину, одинаковую с найденной в таких же случаях указанными авторами, т. е. у быстро умерших животных были найдены серозно-кровянистая жидкость в брюшной полости и резкая инъеция всего желудочно-кишечного тракта, а у проживших несколько дольше—разлитой гнойный перитонит; из 4-х же девагированных кроликов, зараженных одновременно той же дозой той же суточной культуры стафилококка через 13—22 дня после девагирования, один пал через  $1\frac{1}{2}$  сут., один—через 3 суток, а два выздоровели. Итак, полученный Бушмакиной и Пигалевым факт мы можем вполне подтвердить.

Необходимо еще обратить внимание на характер той культуры стафилококка, которою мои предшественники и я пользовались при своих опытах. Эта культура настолько вирулентна для кролика, что в нашей лаборатории не наблюдалось пока ни одного случая, где бы после введения *смертельной дозы* этой культуры нормальный кролик остался в живых. 1/15—1/20 суточной культуры этого стафилококка, при внутрибрюшинном введении, обычно убивают нормального здорового кролика, весом в 1600—2000 грм., в срок от 10 часов до 3 суток, а при введении в кровь тот же эффект получается от дозы в  $\frac{1}{80}$  суточной культуры стафилококка (культура была получена нами из Киева от д-ра П. В. Гах). Такая сильная вирулентность нашей стафилококковой культуры заставила сравнить ее действие с действием токсинов. Это дало нам повод испытать в тех же условиях опыта различные токсины.

Из сильно действующих токсинов нам известны дифтерийный и столбнячный токсины, но можно было думать, что дифтерийный токсин для указанной цели не вполне пригоден: вследствие легкого поступления из брюшной полости в кровь токсин этот, свободно проникающий через гемато-энцефалический барьер в район мозга, вызывает этим путем,—можно было думать,—быстрое поражение последнего и делает незаметной разницу между нормальными и девагированными кроликами. Другое дело—столбнячный токсин, который при введении в кровь оказывает гораздо более слабое действие, чем при введении в ткани, особенно такие, которые обильно снабжены нервными волокнами (мышцы). Поэтому мы отказались от дифтерийного токсина и поставили несколько опытов с токсином столбнячным.

Для этой цели нами была взята самая сильная серия столбнячного токсина, полученного в Институте экспериментальной медицины, а именно, серия № 16. С этим токсином мы и поставили опыты аналогичные описанным выше. В каждую пару кроликов входил один дева-

гированный (опытный) и один нормальный (контрольный) того же веса. Предварительно мы установили безусловно смертельную при внутрибрюшинном введении дозу токсина. Такой дозой оказался 1 куб. с. неразведенного столбнячного токсина. Привожу протокол одного из этих опытов.

*Опыт.*

Кролик № 607, самец, черный. Девагирован 12 дней тому назад. После девагирования упал в весе на 100 грм. Здоров.

5/VI 1928 г. Вес 1290 грм. В 2 часа дня шприцем введен в брюшную полость 1 куб. с. столбнячного токсина.

6/VI. Здоров.

7/VI. Тоже.

8/VI. Тоже.

9/VI. Утром—первые симптомы заболевания (двигается с трудом, при бросании на пол «пружинит», ест).

10/VI. Болен (шатается, едва двигается, почти не ест, нечистоплотен).

11/VI. Упал на бок, голова закинута.

12/VI. Тоже. Пал в 4 ч. вечера.  
*Прожил 7 суток.*

*Контроль.*

Кролик № 167, самка, черный, нормальный, здоровый.

5/VI 1928 г. Вес 1290 грм. В 2 часа дня шприцем введен в брюшную полость 1 куб. с. того же токсина.

6/VI. Здоров.

7/VI. Тоже.

8/VI. Утром—начало заболевания. Не ест. Вечером—резкий общий столбняк.

9/VI. Упал на бок.

10/VI. Пал в 3 часа утра. *Прожил  $4\frac{1}{2}$  суток.*

Опыты, подобные только что описанному, мы поставили еще 4 раза и во всех случаях получили почти одинаковый результат: на внутрибрюшинное введение смертельной дозы столбнячного токсина все животные ответили заболеванием—общим столбняком, закончившимся смертью; но время наступления заболевания, быстрота его развития и срок смерти при столбняке у девагированных и нормальных кроликов были различны,—в то время, как нормальные (контрольные) кролики уже на второй—третий день давали картину общего столбняка, после чего это заболевание быстро усугубилось и на 4-е—5-е сутки заканчивалось смертью; девагированные (опытные) кролики заболевали позже, заболевание развивалось у них медленнее и позже заканчивалось смертью.

Сравнивая теперь результаты наших опытов с внутрибрюшинным введением столбнячного токсина и культуры нашего стафилококка, мы можем отметить в них большое сходство. Несмотря на то, что в первом случае развивался общий столбняк—чисто токсическое заболевание, а во втором—общий перитонит, девагированные кролики при обоих этих различных процессах вели себя одинаково, обнаруживая большую устойчивость против заболевания, чем нормальные животные. Отсюда можно заключить, что в механизме развития как исходящего из брюшной полости столбняка, так и перитонита имеется весьма много общего.

В дальнейшем мы перешли к выработке формы эксперимента, при которой опыт и контроль различались бы одним, а не двумя или больше условиями, и опыты носили бы характер прямого доказательства, а не доказательства от противного. Решить эту задачу нам удалось, по идее А. Д. Сперанского, следующим образом: мы брали двух одинакового

веса, вида и возраста здоровых кроликов; у каждой такой пары асептично производилось по небольшому разрез у брюшной стенки; после этого животным вводилась одинаковая доза ( $1/40$ — $1/100$ ) одной и той же суточной культуры стафилококка—одному кролику под серозный покров передней стенки желудка, а другому—под серозный покров толстой кишки; впрыскивание производилось в 2—3 укола на ограниченном участке, и брюшная рава зашивалась наглухо. Таким образом в нашем эксперименте при совершенно одинаковых условиях один кролик получал инфекционное начало в *той единственном органе брюшной полости, который связан с продолговатым мозгом прямым нервно-лимфатическим путем, а другой—в орган, где такого прямого пути нет, хотя чисто-нервная связь с продолговатым мозгом имеется приблизительно такая же, как и в первом случае.*

Произведенные в этом направлении опыты дали нам следующие результаты:

### ПРОТОКОЛ № 1.

#### *Опыт.*

Кролик № 416, молодая самка, рыжий, гладкий, вес 1250 грм.

5/VI 1928 г. В 12 ч. дня рег *Taragotomiam* впрыснута под серозную оболочку передней стенки желудка  $1/40$  суточной культуры стафилококка в 0,5 куб. с.

6/VI. Пал в 4 часа утра. *Прожил 16 часов.*

При вскрытии—резкий разлитой перитонит (резкая гиперемия серозного покрова желудка и кишек, менее резкая—париетальной брюшины и серозно-кровянистый экссудат в брюшной полости).

#### *Контроль.*

Кролик № 289, молодая самка, серый, гладкий, весом 1220 грм.

5/VI 1928 г. В 12 ч. дня рег *Taragotomiam* впрыснута под серозную оболочку толстой кишки, в области *taeniae*,  $1/40$  суточной культуры стафилококка в 0,5 куб. с.

*Кролик не заболел и оставлен живым.*

### ПРОТОКОЛ № 2.

#### *Опыт.*

Кролик № 408, молодой самец, серый, гладкий, вес 995 грм.

5/VI 1928 г. Около 1 ч. дня рег *Taragotomiam* впрыснута под серозную оболочку передней стенки желудка  $1/40$  суточной культуры стафилококка в 0,5 куб. с.

6/VI. Пал в 2 ч. утра. *Прожил 13 часов.*

При вскрытии разлитой перитонит с преимущественным поражением серозного покрова желудка.

#### *Контроль.*

Кролик № 290, молодой самец, голубой, гладкий, вес 980 грм.

5/VI 1928 г. Около 1 ч. дня впрыснута под серозную оболочку в *taenia* толстой кишки  $1/40$  суточной культуры стафилококка в 0,5 куб. с.

6/VI. Вечером болен.

7/VI. Сильно болен (шатается, не ест, нечистоплоден). Пал в 3 ч. дня. *Прожил 50 часов.*

При вскрытии—нагноение и спайки в месте инъекции в кишку. Признаков разлитого перитонита (инъекции брюшины и экссудата) нет. Кокцидиоз.

### ПРОТОКОЛ № 3.

#### *Опыт.*

Кролик № 441, взрослый самец, серый, гладкий, вес 2300 грм.

#### *Контроль.*

Кролик № 666, взрослый самец, серый, гладкий, вес 2100 грм.

S/VI 1928 г. В 4 час. дня впрыснута субсерозно в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{80}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

9/VI. Кролик пал в 8 час. утра.  
*Прожил 16 часов.*

При вскрытии—разлитой перитонит с наиболее резкой реакцией в брюшине всей передней стенки желудка.

S/VI 1928 г. В 4 часа 15 м. дня впрыснута субсерозно в ясеня толстой кишки  $\frac{1}{80}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

12/VI. Кролик заболел и в 6 час. вечера пал.

*Прожил больше 4 суток.*

При вскрытии—субсерозный гнойник в месте инъекции в кишку, в окружности легкая гиперемия с точечными экстравазатами. Разлитой перитонит нет. Серозный покров остальной части кишечника и желудка—без заметной реакции.

## ПРОТОКОЛ № 4.

### *Опыт.*

Кролик № 440, взрослый самец, серый, длинношерстный, вес 1900 грм.

8/VI 1928 г. Около 5 ч. дня впрыснута субсерозно в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{80}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

9/VI. Кролик пал в 3 ч. утра.

*Прожил 10 часов.*

При вскрытии—разлитой перитонит верхнего отдела брюшной полости с особенно резкой диффузной гиперемией серозного покрова всей передней стенки желудка.

### *Контроль.*

Кролик № 165, взрослая самка, белый, длинношерстный, вес 1750 грм.

8/VI 1928 г. Около 5 ч. дня впрыснута субсерозно в ясеня толстой кишки  $\frac{1}{80}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

9/VI. Пал в 9 час. утра.

*Прожил 16 часов.*

При вскрытии—ограниченная гиперемия в участке инъекции. Серозный покров желудка и остальной части кишечника бледен. Резкий кокцидоз сальника и печени.

## ПРОТОКОЛ № 5.

### *Опыт.*

Кролик № 400, молодая самка, белый, гладкий, вес 1170 грм.

11/VI 1928 г. Около 1 час. дня впрыснута субсерозно в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

В 9 час. вечера того же дня кролик пал.

*Прожил 8 часов.*

При вскрытии—резкий разлитой перитонит с преимущественной реакцией покрова передней стенки желудка.

### *Контроль.*

Кролик № 518, молодой, серый, гладкий, вес 1120 грм.

11/VI 1928 г. Около 11 час. дня введена субсерозно в ясеня толстой кишки  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

*Кролик не заболел и остался живым.*

## ПРОТОКОЛ № 6.

### *Опыт.*

Кролик № 576, молодая самка, черный, гладкий, вес 1400 грм.

13/VI 1928 г. Около 11 ч. утра введена субсерозно в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

В 8 час. вечера того же дня кролик пал.

*Прожил 9 часов.*

При вскрытии—обычная в наших опытах картина разлитого перитонита.

### *Контроль.*

Кролик № 368, молодой, черный, длинношерстный, вес 1470 грм.

13/VI 1928 г. Около 11 час. утра введена субсерозно в ясеня толстой кишки  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

*Заболевания не наступило. Кролик остался жив.*

## ПРОТОКОЛ № 7.

### *Опыт.*

Кролик № 200, молодая самка, серый, гладкий, вес 1520 грм.

13/VI 1928 г. Около 12 ч. дня введена в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

В 10 ч. вечера того же дня кролик пал.

*Прожила 10 часов.*

При вскрытии—разлитой перитонит с преобладающей реакцией со стороны серозного покрова желудка.

### *Контроль.*

Кролик № 66, молодая самка, черный, гладкий, вес 1500 грм.

13/VI 1928 г. Около 12 ч. дня введена субсерозно в таenia толстой кишки  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

19/VI. Кролик заболел.

20/VI. В 11 ч. вечера пал.

*Прожила больше 7 суток.*

При вскрытии—нагноение и спайки в месте инъекции, остальная брюшина нормальная.

## ПРОТОКОЛ № 8.

### *Опыт.*

Кролик № 413, молодой самец, черный, гладкий, вес 1250 грм.

13/VI 1928 г. В 12 ч. 45 м. дня обычная инъекция в стенку желудка  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

В 10 ч. вечера того же дня кролик пал.

*Прожила 9 часов.*

При вскрытии—разлитой верхний перитонит с особенно резкой реакцией со стороны серозного покрова желудка.

### *Контроль.*

Кролик № 380, молодой, серый, гладкий, вес 1200 грм.

13/VI 1928 г. В 1 ч. дня обычная инъекция в кишку  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

*Заболевания не наступило. Кролик остался жив.*

## ПРОТОКОЛ № 9.

### *Опыт.*

Кролик № 67, молодой самец, белый, гладкий, вес 1050 грм.

11/VI 1928 г. Около 2 ч. обычная инъекция в переднюю стенку желудка  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

12/VI. Кролик пал в 2 ч. утра.

*Прожила 14 часов.*

При вскрытии—разлитой перитонит (особенно резкая гиперемия желудка).

### *Контроль.*

Кролик № 167, молодой самец, белый, гладкий, вес 1050 грм.

11/VI 1928 г. Около 2 час. дня обычная инъекция в таenia толстой кишки  $\frac{1}{100}$  суточной культуры стафилококка в 0,25 куб. с.

17/VI. Кролик болен.

18/VI. В 9 ч. утра пал.

*Прожила 6 суток 19 часов.*

При вскрытии—субсерозный гнойник и спайки в области инъекции в кишку. Признаков разлитого перитонита нет. Брюшина бледна.

Из приведенных протоколов видно, что введение нормальным кроликам одной и той же дозы одинаковой культуры стафилококка в различные органы брюшной полости (в стенку желудка одному и в стенку толстой кишки—другому) дало резкую разницу в течении заболевания и патолого-анатомической картине процесса: все (9) нормальные кролики, получившие инфекционный материал под серозный покров желудка, погибли спустя 8—16 часов от начала опыта, причем во всех этих случаях вскрытие дало картину разлитого перитонита с преобладающей реакцией со стороны серозного покрова желудка; среди же нормальных кроликов, получивших одинаковую дозу того же стафилококка под серозную

оболочку толстой кишки, только один пал спустя 16 часов (резкий кокцидиоз), остальные же значительно пережили этот срок, а именно, один пал через 50 часов, один—через 4 дня, один—через 6½ дней, один—через 7 дней от начала опыта, а 4 даже не заболели. При вскрытии павших контрольных кроликов мы видели только нагноение и спайки в области инъекции, но *не наблюдали картины разлитого перитонита*.

Этими опытами устанавливается тот новый факт, что введение стафилококковой культуры в стенку толстой кишки переносится нормальными кроликами значительно лучше, чем инъекция в стенку желудка, и не влечет за собой разлитого перитонита, развитие которого является правилом при инъекции в стенку желудка.

Итак, в наших опытах, применив новую форму эксперимента, исключая ряд недостатков прежней методики, мы получили прямые доказательства в пользу того представления о механизме процесса при перитоните, который намечен опытами Бушмакиной и Шигалева.

Данные наших экспериментов свидетельствуют, что нормальные (недезагированные) кролики при впрыскивании культуры стафилококка в стенку желудка (т. е. в единственный орган брюшной полости, откуда ветви п. vagi идут в виде прямого и непрерывного нервно-лимфатического пути) все погибают в течение первых 8—16 часов при патолого-анатомической картине острого разлитого перитонита. В случаях впрыскивания той же культуры в стенку толстой кишки, откуда имеется только нервная связь, но не имеется прямого нервно-лимфатического пути кядру п. vagi, кролики не только лучше переносят заболевание, но изменяется даже и самый характер процесса. Острое воспаление, исходным пунктом которого является стенка желудка, легко выходит за пределы первичного очага и дает разлитые формы. Устойчивость „местной“ ткани при этом оказывается недостаточной, и процесс легко генерализуется по всей брюшной полости. Сама стенка желудка *не только в ближайшей окружности места введения инфекционного материала, но и на всем своем протяжении* представляет картину тяжелого поражения (сильная диффузная гиперемия, отек и иногда кровоизлияния). В то же самое время на месте инъекции стафилококка в стенку кишки местные явления бывают выражены гораздо более слабо,—здесь видны ограниченная краснота при почти отсутствующей отечности, образование ограниченного субсерозного гнойника и спайки в ближайшей окружности. *Распространения воспаления на значительные участки толстой кишки, а тем более на всю кишку, не происходит.*

Таким образом и характер местной реакции на вредность, и общий результат всего процесса, его опасность и исход—зависят не только от количества и качества инфекционного материала или от целостности нервных связей воспаленного участка, *но в значительной степени также от того, каким образом осуществляется нервная связь этого участка с центральной нервной системой.* Одного „раздражения“ нервных окончаний п. vagi теми веществами, которые развиваются в воспалительном очаге, недостаточно для того, чтобы предопределить судьбу всего процесса, или даже его характер. Для этого требуются еще какие-то условия. Изучение условий развития других местных процессов, которое до настоящего времени производилось в лаборатории А. Д. Спе-

ранского, дало возможность уловить некоторые общие черты в механизме всех этих процессов. Естественно и здесь мы стали искать эти условия, для чего и поставили ряд приведенных выше опытов с измененной и уточненной методикой.

В результате экспериментального анализа вопроса мы должны еще раз подтвердить факт прямого участия поражений центральной нервной системы в развитии и течении перитонита. Мы имеем основание здесь видеть два различных процесса: один септический в брюшной полости и другой „токсический“ в продолговатом мозгу. Они связаны между собой при помощи того механизма, изучению которого и посвящена настоящая работа.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Бушмакина и Пигалев. Экспериментальные данные по вопросу о механизме прямых поражений продолговатого мозга при разлитом перитоните. *Арх. биол. наук*, 1928, XXVIII.—Вишневский. О механизме сегментарных поражений мозга в деле развития трофических расстройств. *Вест. хир. и погран. обл.*, 1928.—Он же. Ueber die Bedingungen einer verschieden Schnelligkeit der Fortbewegung von Farbstoffen im Nerven. *Zeit. f. die ges. exper. Med.*, 1928, LXI, N. 1/2.—Пономарев. К вопросу о патогенезе столбняка и о механизме продвижения тетанического токлина по нерву. *Арх. биол. наук*, 1928, XXVIII, вып. I.—Котляренко. К вопросу о генезе „кожных“ реакций. *Журн. микр., пат. и инфекц. бол.*, 1928, VI, вып. 2.—Сперанский. Об участии центральной нервной системы в „местных“ процессах. *Гиг. и эпид.*, 1927.

## Опыт применения гипноза в глазной хирургии.

Научного сотрудника Т. Крылова.

Достижение безболезненности и нечувствительности является весьма существенным моментом при всяком оперативном вмешательстве, почему с давних пор умы многих хирургов были усиленно заняты этим вопросом, и еще до настоящего времени изыскания в этой области продолжают неослабленным темпом. Общеупотребительный хлороформный наркоз, как известно, является далеко небезразличным и небезвредным для организма, и в отдельных случаях мы можем потерять от него больного. Поэтому большинство современных хирургов при небольших операциях всячески старается заменить его местной анестезией. За последнее время замену эту с успехом практикуют даже при больших операциях, вводя большие дозы раствора новокаина. Значительные преимущества, повидимому, представляет также для достижения анестезии недавно предложенный скополомин-морфийный наркоз. Но все эти вещества, в конечном итоге, являются также не совсем безразличными для организма.

В клинике проф. В. Е. Адамюка уже несколько лет при операциях применяется почти исключительно местная анестезия новокаином, и только в редких случаях, когда операция предполагается длительная и болезненная, применяется хлороформ, особенно при операциях над малолетними, которых обычно трудно бывает удержать в спокойном положении во время производства операции под местной анестезией. Но хлороформный наркоз далеко не всегда применим в виду серьезных противопоказаний к нему, которые часто встречаются и в детском возрасте. В таких-то случаях и встает вопрос о применении гипноза, особенно в глазной хирургии, где от спокойного поведения больного зависит половина успеха операции.

К помощи гипноза для безболезненного производства оперативных вмешательств врачи стали прибегать уже давно. Еще в 1829 г. Cloquet сделал во Французской медицинской академии сообщение о своих достижениях в этой области. В 40-х годах прошлого столетия Esdaile, в Калькутте, произвел более 300 операций с месмерической аналгезией, причем раны в его случаях заживали с поразительной быстротой. В Лондоне хирургическим применением гипноза пользовался Ellitson. Производили также хирургические операции с гипнотической аналгезией Forel, Toll, Starck и др. В 1890 годах Naab произвел в гипнозе операцию удаления катаракты (прив. по Moll'ю). В настоящее время гипноз в хирургии получает все большее и большее распространение — как в Западной Европе, так и у нас в Союзе. Проф. Платоновым и Вельковским опубликован ряд случаев (21) с успехом проведенных

под гипнозом операций и родов. Прив.-доц. Подъяпольский с успехом применил гипноз также в целом ряде хирургических операций, притом весьма болезненных по своему характеру. Геренштейн приводит два случая выскабливания полости матки под гипнозом, 1 случай полной экстирпации матки и пр. Проф. Платонов указывает на успешное применение гипноза в хирургической клинике проф. Кудинцова. В клинике проф. Груздева с успехом проводил роды и операции под гипнозом д-р Кудашев. Проф. Барабашев приводит два случая применения гипноза в глазной хирургии,—в одном имела место операция энуклеации глазного яблока, в другом случае Snellen'овская операция на веке.

По предложению многоуважаемого проф. В. Е. Адамюка мы стали применять гипноз в заведываемой им клинике при операциях у тех больных (главным образом малолетних), где был противопоказан хлороформный наркоз, а также у нервных особ, боязливо и беспокойно относящихся к предстоящей операции. Прежде, однако, чем перейти к сообщению о результатах нашего небольшого опыта, я позволю себе сказать несколько слов о самом гипнозе и технике его применения.

Под гипнозом мы понимаем ту или иную степень сна, вызванную искусственным путем. Сон этот несколько отличается от обычного сна тем, что усыпленный (гипнотик) находится в постоянном общении с гипнотизером—т. наз. „раппорте“. В состоянии раппорта гипнотик отличается повышенной внушаемостью со стороны гипнотизера. „Внушением в гипнозе мы, можно сказать, приобретаем способность вызывать, видоизменять, задерживать (модифицировать, парализовать или возбуждать) все известные субъективные явления человеческой души и значительную часть объективных функций нервной системы“,—говорит проф. Fogel.—В легких случаях гипноза внушения могут исходить не только от гипнотизера, но и от других присутствующих лиц. Это явление дает возможность отсутствовать гипнотизеру во время производства операции, поручив гипноз другому лицу. В глубоком же гипнозе субъект повинуется внушениям только одного своего гипнотизера. В таком случае имеется так называемый „изолированный раппорт“.

В гипнозе нас больше всего должна интересовать возможность получения у гипнотика анестезии. Некоторые исследователи находят, что у субъекта, находящегося в гипнотическом сне, даже без соответствующих внушений ослабевает чувствительность кожи и других органов чувств, и чем глубже сон, тем это явление выражено сильнее. Путем же внушения можно вызвать на том или на другом участке тела полную анестезию, позволяющую нам безболезненно колоть это место булавками, резать кожу и т. д. Не у всех при этом субъектов можно легко вызвать анестезию,—у некоторых лиц довольно быстро вызывается каталепсия, галлюцинации и даже амнезия, анестезии же может и не получаться; бывает и наоборот. Обычно, однако, чем глубже бывает сон, тем легче вызывается и анестезия, которая в глубоких степенях гипноза проявляется более отчетливо и сильнее выражена.

Все же достигнуть путем внушения полной анестезии, повидному, не всегда удается. За 3 года моих занятий с гипнозом мне часто приходилось слышать от гипнотиков после их пробуждения, что они абсолютно не чувствовали производимых мною уколов булавкой. Их заверениям об

„абсолютной нечувствительности“ я перестал, однако, придавать большое значение после того, как мне пришлось применять гипноз при операциях, — правда, иногда довольно длительных (полчаса—час): больные все же по окончании операции начинали чувствовать боль и стонали. Весьма возможно, что это объясняется, с одной стороны, моей неопытностью, а с другой — несомненно подходящей обстановкой, в которой мне приходилось проводить свои опыты. Однако такой крупный знаток и исследователь явлений гипноза, как Moll, пишет: „Многих людей в гипнозе можно колоть булавками, не причиняя им ни малейшей боли, хотя, в то же время, они чувствуют прикосновение. Тем не менее полная аналгезия редко наблюдается в гипнозе“.

Большинство авторов считает возможным применение гипноза только при небольших и кратковременных операциях (Bernheim, Fogel, Moll, Шильдер и Каудере, Бирман и др.). Имеются впрочем в литературе указания, что и такие операции, как гастротомия (Hulst), амаутации (Aldrich), appendectomy (в клинике проф. Кудинцова), удаление матки (Геренштейн), а также роды (Николаев, Кудашев) проходят под гипнозом весьма удачно. „У нас складывается впечатление, — говорит проф. Платонов, — что раз у больного достигается глубокая анестезия, то при точном выполнении соответствующих правил методики можно совершенно свободно производить и большие операции, требующие для своего выполнения довольно длительного времени (1—2 часа) и весьма болезненные по своему характеру“.

Многими гипнологами отмечен факт, что, если гипнотизируемого предварительно предупредить, что после вдыханий нескольких капель хлороформа или эфира он заснет глубоким сном, то обычно внушение претворяется в жизнь, и пациент действительно впадает в глубокий сон уже от незначительных количеств анестезирующих веществ. Это явление указывает, что психическим путем можно добиться максимального эффекта от лекарственных и физических мероприятий. Некоторые авторы, пользуясь этим, с успехом стали применять при операциях так называемый „гипно-варкоз“ (Friedländer, Hallauer, Геренштейн, Платонов и др.). Нужно полагать, что соединение гипноза с общим наркозом или с местной анестезией в будущем займет в хирургии подобающее место.

Здесь я считаю излишним отметить также весьма интересный факт, почти всегда наблюдаемый на практике в состоянии гипноза. У гипнотизируемого субъекта, прокалывая иглой насквозь довольно толстую складку кожи рук, лица и т. п., никогда не приходится отмечать даже признаков крови на месте укола. Это явление, отмеченное также многими авторами (Moll, Шильдер, Lloyd Kuckey, O. Vogt и др.) указывает на сокращение в глубоком гипнозе капилляров и мелких артерий, — повидному, аналгетическое внушение изменяет также вазо-вегетативный аппарат.

Указываемого некоторыми авторами быстрого заживления ран после операций мне на небольшом своем материале не приходилось наблюдать.

Степени гипноза различными авторами устанавливаются весьма различно, и в этом вопросе до сего времени нет еще единой, строго определенной классификации, да и трудно, видимо, точно и твердо разграничить степени сна. Большинство гипнологов принимается классификация Fogel'я, делящего гипнотический сон на 3 стадии или степени:

1) *сонливость*,—в этой стадии субъект, слегка только загипнотизированный, может еще при известной энергии противостать внушению и раскрыть глаза; 2) *легкий сон* или *гипотаксию*,—когда загипнотизированный не может уже открывать глаз и должен вообще подчиняться некоторым или даже всем внушениям, за исключением амнезии, которой он не поддается; 3) *глубокий сон* или *сомнамбулизм*, характеризующийся амнезией по пробуждении и постгипнотическими внушениями.

Наш небольшой опыт в соответствии с указаниями большинства авторов свидетельствует, что операции лучше проходят в состоянии глубокого гипноза (III степень сна), так как только в глубоком гипнозе достигаются наибольшая внушаемость и достаточная анестезия. Правда, это несколько суживает применение гипноза в хирургии, так как далеко не всех можно привести в состояние глубокого сна. По данным Schreine-Notzig'a (8805 чел.) безусловно невосприимчивыми оказались 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, впали в сонливость (I ст.)—29<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, в гипотаксию (II ст.)—49<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, в сомнамбулизм (III ст.)—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Но некоторые авторы (Wetterstrand) число поддающихся гипнозу уменьшают до 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а O. Vogt находит, что среди психически-нормальных лиц поддаются гипнозу все 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Нужно отметить, что гипнозу поддаются лучше всего люди в возрасте от 10 до 30 лет, а чем старше возраст, тем хуже достигается гипноз.

Теперь несколько слов о технике гипнотизации. Для приведения пациента в состояние гипнотического сна различными авторами предложено весьма много способов, но, в общем, все они сводятся к тому, что путем монотонного и однообразного раздражения тех или иных органов чувств (фиксация блестящего предмета, тиканье часов, поглаживание и т. д.) субъект приводится в состояние утомления (торможение), причем гипнотизер всецело овладевает его вниманием и путем соответствующих внушений вызывает у него сноподобное состояние. В деталях, однако, у каждого гипнолога в конце концов вырабатывается свой метод, который в каждом отдельном случае приходится индивидуализировать. Я обычно употребляю такой способ: усадив больного и придав ему удобное положение (или уложив на диван, в постель), предлагаю ему фиксировать (1—2 мин.) блестящий шарик, одновременно внушая тяжесть и усталость век; обычно глаза субъекта после этого быстро закрываются, и однообразными поглаживающими движениями по лбу (пассы) больному внушаются явления оцепенения, усталости и тяжести рук, ног, головы и всего тела; после претворения в жизнь этих внушений достаточно бывает сделать дальнейшие внушения о наступающем сне,—и больной обыкновенно впадает в ту или иную степень гипнотического сна. Значительную роль в гипнотизации, повидимому, играет непоколебимая уверенность гипнотизера в успешном достижении намеченной цели, а также доверие гипнотизируемого. Немаловажное значение имеют также обстановка, в которой производится гипнотизация, соответствующая подготовка больных к сеансу и ряд других моментов. Знаменитый гипнолог Wetterstrand, который достигал гипноза до 97<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев, проводил свои сеансы в такой обстановке, где соблюдалась абсолютная тишина; комнаты, где он гипнотизировал, были обставлены мягкой мебелью и устланы коврами, которые заглушали посторонние звуки. Больные, приходящие на сеанс, предварительно исследовались и подготавливались через посредство других больных, уже получивших помощь. Словом, не упускалось

из виду ни одной мелочи, чтобы возможно сильнее воздействовать на психику больного и таким образом достигать у него максимального эффекта.

В совершенно иной обстановке приходилось мне проводить свои занятия по применению гипноза при операциях, чем я отчасти и объясняю несомненно удовлетворившие меня результаты моих опытов. Не имея отдельной комнаты для гипнотизации, я обычно усыплял больных в общей палате, часто в проходной, где кругом ходили, стучали, разговаривали и т. д. Иногда мне приходилось довольствоваться всего 5—10-минутным усыплением и, не доводя больного до глубокой степени сна, вести на операцию. Все это, конечно, отразилось на успехах моих опытов.

Всего мною было подвергнуто гипнозу 14 чел., из них у 7 была произведена операция. Приведу кратко эти случаи.

1) Д. А., 9 лет, русский, с диагнозом: *prolapsus iridis o. sin.* Хлороформный наркоз противопоказан. На первом же сеансе больной впал в глубокий сон (III ст.),—вызываются анестезия, катаlepsия, галлюцинации, исполняются постгипнотические внушения. После 2 сеансов—операция срезывания радужки под гипнозом, без кокаина. Больной лежал совершенно спокойно, операция прошла весьма гладко.

2) М. Б., 22 лет, русская, студентка Ветеринарного института. Диагноз: *dislocatio gland. lacrim. o. s.* Больная—весьма нервная особа, боится предстоящей операции и хочет от последней отказаться. Предложен гипноз. После 2 сеансов достигнут глубокий сон. Операцию удаления слезной железы в силу обстоятельств (гипнотизирование в продолжение только 5 минут) пришлось произвести только в состоянии оцепенения. Кокаин был ввучен только во время операции. Больная лежала совершенно спокойно, после операции заявила, что она никакой боли не чувствовала.

3) А. Б., 33 лет, русская, диагноз: *dacryocystitis cath. chr. o. sin.* Неспokoйно относится к предстоящей операции. Гипноз—сон II ст. После 4 сеансов операция удаления слезного мешка без инъекции кокаина. Во время предварительного обмывания операционного поля больная захлебнулась, закашляла, наугулась и проснулась. За наименьшее время она была приведена только в состояние легкого оцепенения, ей внушена безболезненность, и приступлено к операции. Был произведен кожный разрез, тупым путем отсепарованы мышцы, перерезана *lig. palpebr. infer.*, больная все это время лежала совершенно спокойно, не обнаруживая ни малейшей боли. Когда, однако, оператор дошел до надкостницы, больная начала стонать и заявила, что ей больно. После этого в рану был вкапан 3% раствор новокаина с адреналином. Мешок удален целиком.

4) М. Н., 18 лет, татарин. Диагноз: *ectropion palp. inf. o. dex.* В виду того, что предполагалась пластическая операция, которую весьма желательно было провести без инъекций кокаина, был испробован гипноз. Сон достигался II ст., но анестезия вызвалась весьма поверхностная. После 5 сеансов—операция. Кожные разрезы пациент перенес сравнительно спокойно, но, когда оператор стал отсепаровывать кожу, больной стал чувствовать сильную боль, в операцию пришлось закончить под местной анестезией новокаином.

5) А. Ф., 14 лет, татарин. Диагноз: *prolapsus irid. o. dex.* После 3 подготовительных сеансов (II ст. сна) была произведена операция срезывания радужки с наложением конъюнктивального лоскута на рану. По независящим обстоятельствам пришлось больного оперировать только в состоянии легкого оцепенения. До начала операции один раз был ввучен в конъюнктивальный мешок 3% раствор новокаина. Во время самой операции тоже пришлось вкапывать новокаин, т. к. было видно, что пациент чувствует боль.

6) Ф. П., 23 лет, русский. Диагноз: *vulnus corneae, prolapsus iridis, catarrh. traum. o. sin.* Проведено 4 подготовительных сеанса, из них 2 раза мне пришлось больного из состояния естественного сна перевести в глубокий гипнотический сон с явлениями амнезии. Операция *iridectomy* под гипнозом (II ст.), 3% раствор новокаина ввучен в конъюнктивальный мешок только во время самой операции—2 раза. Пациент лежал совершенно спокойно. После операции заявил, что боли он не чувствовал.

7) А. К., 8 лет, русский. Диагноз: atrophia bulbi o. dex. Гипноз,—сон II ст. После 3 подготовительных сеансов — операция enucleatio bulbi. В день операции пациент находился в сильно возбужденном состоянии, плакал; все попытки его усыпить не увенчались успехом, и операцию пришлось произвести под местной анестезией.

У 2 больных (А. К., 15 лет, и П. С., 11 лет) гипноз был применен для устранения головных болей. После первого же сеанса оба впали в глубокий сон (III ст.). Произведено соответствующее внушение, давшее желаемый эффект. Остальные 5 больных, у которых применялся гипноз для подготовки их к операциям, дали следующие результаты: у 2 из них вовсе не удалось вызвать анестезии; у одного анестезия вызывалась достаточная, но, в виду того, что больному предполагалось произвести длительную операцию (пластика орбиты), гипноз во время ее применен не был; наконец, у 2 больных мне после 2 сеансов не удалось вызвать сон.

Я полагаю, что в оперированных случаях №№ 2, 3 и 5 можно было бы достигнуть лучшего эффекта, если бы больные были доведены перед операцией до более глубокой степени гипноза. Хотя, как мы уже упоминали, анестезия вызывается во всех степенях гипноза, но все же, видимо, достаточное обезболивание, дающее возможность производства операций, достигается только в глубоких степенях гипноза. Надо также иметь в виду, что некоторые больные, обычно засыпающие легко и быстро, иногда перед операцией, вследствие возбуждения и страха, засыпают с большим трудом, чего, правда, можно избежать длительными подготовительными сеансами (5—6 сеансов и больше).

В своих опытах мы старались избегать при операциях употребления чистого гипноза, обычно комбинируя последний с применением местной анестезии новокаином — во-первых, потому что, как я уже указывал выше, глубокий гипноз вызывается далеко не у всех и несразу, и потому для подготовки пациентов к операции пришлось бы затратить слишком много времени, что не всегда представляется возможным; во-вторых, мы не находили большого смысла совершенно избегать, без особой необходимости, применения новокаина — тем более, что при гипнозе мы употребляли последний лишь в самых ничтожных количествах (1—2 капли). Кроме того, мы считаем, что применение гипноза главным образом должно иметь место по отношению к тем больным, которые с беспокойством относятся к предстоящей операции и особенно малолетним.

---

*Литература.* 1) Bernheim. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Рус. пер. 1887.—2) Fogel. Гипнотизм и лечение внушением. Рус. пер. 1904.—3) Он же. Гипнотизм или внушение и психотерапия. Рус. пер. 1928.—4) Moll. Гипнотизм. Рус. пер. 1909.—5) Friedländer. Hypnose und Hypnonarkose. 1920.—6) Данилевский. Гипнотизм. 1924.—7) Кронфельд. Гипноз и внушение. 1927.—8) Бирман. Сон и гипнотизм. 1927.—9) Шильдер и Каудерс. Гипноз. 1927.—10) Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. 1925.—11) Шильдер. Сущность гипноза.

- 1925.—12) Кудашев. Опыт применения гипноза в акуш. и гинекологии. Каз. мед. ж., 1927, № 12.—13) Löwenfeld. Гипноз и его техника. 1927.—14) Геренштейн. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Ж. ак. и ж. б., 1924, кн. 3—4.—15) Бехтерев. Общие основы рефлексологии человека. 1926.—16) И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. 1927.—17) Иванов-Смоленский. Опыт механизации гипнотического воздействия. Вр. дело, 1928, № 3.—18) Сперанский. О сущности и механизме гипнотического внушения. Вр. газ., 1924, № 19—20.—19) Николаев. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Там же.—20) Геренштейн. Введение в практическую психотерапию. 1927.—21) Николаев. Теория и практика гипноза. 1927.
-

## К гистогенезу и клиническому значению яичниковых струм.

Ординатора С. Н. Зильберта.

(С 4 рис.).

Ни один из видов опухолей яичника не вызывал в свое время столько споров и разногласий о гистогенезе и клиническом значении их, сколько вызвала их struma ovarii. Впервые эта опухоль была описана Bland-Sutton'ом в 1883 г.; в дальнейшем мы находим описание этой опухоли в иностранной литературе у Gottschalck'a, Kretschmar'a, Glockner'a, R. Meyer'a и др.; в русской литературе впервые описала ее Улезко-Строганова в 1904 г., в последние же годы—Кушнир, Тавилдаров, Чтецова и Гинодман. Всего в доступной нам литературе мы могли найти описание 62 случаев ее.

Bland-Sutton считал эту опухоль за аденому, происходящую из фолликулярного аппарата яичника. Kretschmar, демонстрируя свой случай на Гиссенском конгрессе, трактовал ее, как эндотелиому; в дальнейшем, исходя из морфологического сходства этой опухоли с тканью щитовидной железы, он говорит о возможности метастатического ее происхождения. Возможность метастатического происхождения струм яичника не отрицается и A. Mayer'ом, который все же обращает внимание на то обстоятельство, что *gl. thyreoidea* чаще дает метастазы в кости. Walthard находил струмозную ткань в дермоидных кистах яичников, в силу чего он говорит о дермоидном происхождении яичниковых струм. Возможная связь между струмами яичников и дермоидами впоследствии была признана и Kretschmar'ом. К этой точке зрения примыкает и ряд других исследователей. Так, Pick и Glockner истолковывали свои случаи и случай Gottschalck'a, как разрастание ткани щитовидной железы в дермоидах. Trapl также полагает, что струмозная ткань яичников является лишь составной частью эмбриона. Такого же взгляда придерживался и Swarton, рассматривавший разрастание ткани щитовидной железы в эмбрионах яичников, как компенсаторный акт у женщины в возрасте 40—45 лет, когда деятельность яичников угасает. Gottschalck, называя разбираемые опухоли злокачественными фолликуломами (*folliculoma malignum*), ведет их генез от примордиальных фолликулов. Bauer считает их особой разновидностью псевдомуцинозных кистом; по его мнению, можно доказать генетическую связь их с зародышевым эпителием яичника. Частоту нахождения струмозной ткани в дермоидах и тератомах он объясняет тем, что опухоли эти часто комбинируются с кистоаденомами. Moench и Гинодман не находили в исследованных ими струмозных опухолях яичников псевдомуцина,

связь же струмы с тератомами в случаях этих авторов была очевидна. Schickele, Proscher и Raddy трактуют гениз этих опухолей в соответствии с теорией Conheim'a. Bell в попытке подойти к выяснению гениза струм яичника делает целый ряд предположений; так, он говорит о метастазе первичного рака щитовидной железы, о метастазе нормальной ткани *gl. thyreoidea* или зоба, о коллоидном перерождении кистоаденомы; он не отрицает, далее, и несомненной связи этих опухолей в некоторых случаях с тератомами, в других же случаях почему-то рассматривает их, как эндотелиомы.

Мы видим, таким образом, что единства в трактовке гениза струм яичников нет, в силу чего вопрос этот до сих пор остается открытым. Все же большинство исследователей (R. Meyer, Улезко-Строганова, Чтецова, Rozodi, собравший до 1922 г. из литературы 58 случаев, и др.) склоняются к тому мнению, что струмы яичников представляют собой, повидимому, тератомы с преимущественным разрастанием ткани щитовидной железы.

Что касается вопроса о клиническом значении яичниковых струм, то и здесь полного единства в мнениях различных исследователей нет. Так, Glockner и Neu считают эти опухоли доброкачественными. Sternberg, на основании главным образом своих наблюдений, также относит яичниковые струмы к новообразованиям первично доброкачественным, которые могут, однако, в дальнейшем карциноматозно перерождаться. У Kretschmar'a больная, оперированная по поводу струмы яичника, погибла через 2 года при явлениях асцита, общего отека и наличия рецидива, в силу чего он говорит о злокачественности опухоли в своем случае. Учитывая все же случаи доброкачественного течения яичниковых струм, описанных другими исследователями, этот автор в общем различает, с одной стороны, первично-доброкачественные струмы яичников, с другой—первично-злокачественные. К этой точке зрения примыкают Pfannenstiel, Proscher и Raddy. По данным Franke'я клиническое течение разбираемых опухолей не всегда отвечает их гистологической структуре: гистологически-доброкачественная яичниковая струма в некоторых случаях клинически течет злокачественно. A. Mayer относит первично-доброкачественные струмы к дермоидным опухолям, а первично-злокачественные—к тератомам. Вторичная злокачественность, по этому автору, находит себе объяснение в частоте карциноматозной дегенерации дермоидов вообще. Если считать, что в большинстве случаев яичниковые струмы могут быть отнесены к атипическим тератомам,— как то полагали Pfannenstiel, Aschoff, Schröder и др.,— и являются продуктом односторонней дифференцировки ткани щитовидной железы, то самый этот факт преимущественного разрастания одной ткани в опухоли со смешанным тканевым строением наводит на мысль о злокачественности разбираемой неоплазмы (Schröder, Чтецова). Первичную злокачественность яичниковой струмы описывают также R. Meyer и Gottschalk. Сюда же может быть отнесен и случай Улезко-Строгановой, где налицо были явления асцита, общего маразма и метастазирования струмозной ткани из правого яичника в левый. Опираясь на эти факты и учитывая пожилой возраст больных в известных ей случаях яичниковых струм, Улезко-Строганова также склонна относить эти опухоли к разряду злокачественных. Асцит при яичниковой струме наблюдался также и в случае Гинодма'на.

Мы видим, таким образом, что наряду с первично-доброкачественными яичниковыми струмами мы имеем и струмы первично-злокачественные. Теоретические предпосылки заставляют относиться с осторожностью к случаям клинически-доброкачественным, ибо, если рассматривать в этих случаях опухоли, как атипические тератомы с односторонней дифференцировкой, то уже это заставляет признать их хотя бы потенциально-злокачественными. Если же учесть способность этих опухолей злокачественно перерождаться, то все это, вместе взятое, является достаточным для того, чтобы и практически рассматривать данные опухоли, как злокачественные, сообразно с этим направляя и их терапию.

В оценке клинического течения этих опухолей заслуживает внимания случай *Covacs'a*, который наблюдал у 33-летней женщины с гистологически и химически установленной *struma colloides ovarii sin.* явления базедовой болезни; после операции симптомы базедовизма исчезли. Таким образом ткань щитовидной железы в яичниках является таковой не только, повидимому, гистологически, но и функционально. В пользу этого предположения говорит и случай *Тгарл'я*, который видел увеличение щитовидной железы и явления гипертиреозидизма спустя некоторое время после операции удаления яичниковой струмы. Он трактует эту гипертрофию *gl. thyreoidea*, как компенсаторную, направленную к функциональному замещению ткани удаленной опухоли. Правда, в дальнейшем явления гипертиреозидизма исчезли при оставшейся увеличенной щитовидной железе, но факт временного гипертиреозидизма при гипертрофии *gl. thyreoidea* говорит за то, что струмозная ткань яичника инкреторно, повидимому, небездеятельна, хотя, судя по этому случаю, функциональная ее способность значительно уступает таковой же самой щитовидной железы, так как явлений базедовизма до операции здесь не было.

Клинические симптомы, которыми иногда сопровождается инкреторная деятельность струмозной ткани яичника (сл. *Covacs'a*), могут, пожалуй, служить некоторым подспорьем в диагностике этого новообразования, которая в остальном представляется крайне трудной. Некоторым основанием для предположительного диагноза может служить описываемая большинством авторов почковидная форма яичниковых струм. Каких-либо других диагностических признаков этой неоплазмы мы в доступной нам литературе найти не могли. Не только дооперационное, но и послеоперационное определение характера опухоли встречается, повидимому, иногда некоторые затруднения. Пытались обосновывать струмозную натуру опухоли определением иода в его коллоидном содержимом. Так, *Neu* в 1,0 консервированной опухольной субстанции обнаружил 0,02 иода, *R. Meyer* из 16,215 гр. пепла извлек 0,000225 гр. иода. *Вауег*, ссылаясь на отсутствие иода в его случае, на основании лишь гистологической картины опухоли причисляет ее к псевдомуциновым кистам. *А. Мауег*, учитывая то обстоятельство, что опухольные клетки в яичниковых струмах часто функционально, как качественно, так и количественно, разнятся от однопипных нормальных клеток, считает присутствие иода обязательным для точного определения характера опухолевой ткани.

*Struma ovarii*—новообразование сравнительно редкое. Может быть, именно в силу этого вопросы об его генезе и клиническом течении до сих пор и не разрешены с достаточной определенностью, несмотря на то,

что с момента первого описания этой опухоли прошло уже 45 лет. Поэтому мы и сочли нелишним изучить 3 случая яичниковой струмы, наблюдавшиеся в клинике проф. В. С. Груздева за последние 5 лет.

*Случай I.* Больная А. (Врач. Ж. № 25 за 1923 г.), 27 лет, замужняя, поступила в клинику 31/1 1923 г. Мenses появились на 19-ом году, приходили через 3—4 недели, продолжаясь по 3—4 дня; последние menses были 2 недели тому назад. Замужем 8 лет, беременна была 3 раза, имела двое срочных родов и 1 естественный выкидыш на 3-м мес. беременности, 3 месяца тому назад; с этого времени чувствует боли в пояснице. Год тому назад больная обнаружила у себя в животе безболезненную опухоль, которая после выкидыша стала заметно увеличиваться. Больная нормального телосложения, удовлетворительного питания, органы дыхания, кровообращения и пищеварения у ней нормальны. При исследовании живота над лобком прощупывается довольно плотная, подвижная, величиною с детскую головку, опухоль, имеющая форму песочных часов. Наружные половые органы без видимых изменений. Вимануальное исследование: матка в anteflexio, нормальных объема, консистенции и подвижности, грушевидной формы, безболезненна. Левый свод нормален, справа прощупывается подвижная опухоль плотной консистенции с перетяжкой по середине. 2/II проф. В. С. Груздевым произведена лапаротомия под хлороформным наркозом с разрезом по lin. alba. Опухоль оказалась свободно сидящей на ножке, исходила она из правого яичника, спаек с окружающими органами и асцита не было. Опухоль вместе с трубой удалена обычным путем, культя перитонизирована, брюшная стенка послойно зашита наглухо. Послеоперационное течение без осложнений. 25/II больная выписалась из клиники при удовлетворительном общем состоянии, с зажившей рег primam брюшностеночной раной.

Полученный препарат содержит неизмененную трубу с мезосальпиксом и развившуюся из яичника опухоль. Последняя (рис. 1) представляет собой непра-



Рис. 1.

ильно-овоидное образование, величиною с головку новорожденного ребенка, и состоит из двух неравномерных по величине, форме и виду долей, резко разграниченных между собой довольно глубокой бороздой. Меньшая доля, располагающаяся ближе к ножке опухоли, величиною с куриное яйцо, плотна, мелко-бугриста, неравномерной консистенции и имеет кое-где по поверхности небольшие тонкостенные кисточки желтоватого, местами синеватого цвета. Латеральный ее полюс, обращенный к infundibulum tubae, туго-эластической консистенции, имеет гладкую поверхность. На разрезе доли эта оказывается состоящею из двух частей: одна

из них содержит в себе небольшую полость с паренхиматозным бугорком, выполненную салным содержимым и волосами; вторая же представляет собой граничащую с описанной полостью тонкостенную кисту с гладкой, желтоватого цвета, внутренней поверхностью. Перегородка между этими двумя полостями утолщена и пронизана на большом протяжении рядом тесно расположенных, различной величины мелких кисточек, наполненных коллоидоподобным содержимым. Эти кисточки, начинаясь в стенке кисты с салным содержимым у паренхиматозного бугорка, направляются в перегородку, составляя, таким образом, главную массу стенки дермоида. Большая доля опухоли, ограниченная от предыдущей перехватом, придающим всему tumor'у вид песочных часов, солидна, имеет гладкую, бледного цвета поверхность. На разрезе эта доля опухоли представляет неясно выраженную структуру переплетающихся волокон, пронизана точечными кровоизлияниями и макроскопически производит впечатление фибромы.

При микроскопическом исследовании кусочков, взятых из разных мест большой опухоли, выяснилось, что она представляет собой действительно фиброму, некоторые участки которой богаты молодыми отростчатыми клетками, в других же участках преобладает волокнистое строение. Полиморфизм клеток отсутствует, митозов не обнаружено. Исследование кусочков, взятых из различных участков первой части меньшей доли опухоли, показало, что она состоит главным образом из железистых, различных по форме и величине полостей, тесно прилегающих друг к другу так, что эпителий одних служит одновременно границей соседних; эти полости в большей своей массе выполнены гомогенным содержимым, окрашивающимся гематоксилин-эозином в фиолетово-коричневый, а по V. Gieson'у — в буро-желтый цвет. Внутренняя их поверхность выстлана кубическим, местами высоким или низким цилиндрическим эпителием. В срезах, взятых из стенки полости, выполненной салным содержимым и волосами, мы имеем типичное строение дермоида (рис. 2) — кожу с салными железами и волосами, вслед за кожным покро-



Рис. 2.

вом — клеточные поля с фолликулоподобными образованиями, а дальше вглубь стенки дермоида идут участки, состоящие из растертых полостей, выполненных коллоидоподобным содержимым. В одном месте имеется полость, вовсе лишенная эпителия, с плотно приставшим к ее стенке детритом. В срезах, взятых из стенки большой кисты, мы имеем внутри гиалинизированную соединительную ткань, в которой заложены мелкозернистые включения, местами сливающиеся в большие глыбки, окрашивающиеся гематоксилином в интенсивно-фиолетовый цвет (известь). Кое-где здесь же среди гиалинизированной ткани имеются отдельные группы полигональных и округлых клеток, богатых протоплазмой, желтоватого цвета (лютеиновые клетки).

*Случай II.* Больная III. (Врач. ж. № 300, 1925 г.), 43-х лет, русская, крестьянка, поступила в клинику 14 XII 1925 г. Первые крови появились на 17-ом году, приходили ранее через 4 недели и шли по 2—3 дня; со времени болезни menses через 4—5—6 недель, по 2 дня, в небольшом количестве. Летом 1925 г. крови совершенно отсутствовали. Вышла замуж на 18-м году, беременна была 8 раз, все беременности окончились срочными родами, последние роды 3 года т. назад. 2 года т. назад заметила в животе опухоль, которая постепенно увеличивалась; год т. назад, после ушиба, опухоль уменьшилась, а затем вновь стала расти.

Объективное исследование: со стороны органов дыхания, кровообращения и пищеварения отклонений от нормы не обнаружено; стенка живота напряжена, внизу живота, преимущественно справа, имеется шаровидная опухоль с гладкой поверхностью, туго-эластической консистенции. При пальпации в малом тазу прощупывается еще небольшая, тоже туго-эластическая, бугристая опухоль, связанная с предыдущей. При перкуссии над опухолью всюду тупой звук; тупость непосредственно переходит в тупость малого таза. Бимануальное исследование обнаружило, что левый свод сужен, в нем прощупывается увеличенный, подвижный, малоблезненный яичник; правый свод широк, на месте правого яичника прощупывается туго-эластическая бугристая опухоль, величиною с кулак, переходящая непосредственно в опухоль, лежащую в большом тазу. Обе опухоли имеют одну общую ножку, исходящую из правого угла матки.

16 XII д-ром П. В. Маненковым произведена лапаротомия под хлороформным наркозом с разрезом по lin. alba. Большая часть содержимого кисты была выпущена троакаром. С уменьшением опухоли оказалось, что она исходит из правого яичника и ограничена в своей подвижности, благодаря плотным спайкам соседней с ножкой периферии кисты с париетальной брюшиной заднего дугласа. Опухоль удалена вместе с трубой. Левая труба клиновидно резецирована, матка фиксирована к передней брюшной стенке по способу L e o r o l d - C z e r n i. Брюшная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. 4 I 1926 г. больная оставила клинику. Из переписки с больной известно, что в настоящее время, т. е. через 2 года после операции, она чувствует себя удовлетворительно.

Удаленная опухоль правого яичника (рис. 3) представляла собой кистовидное образование, шаровидной формы, величиной с арбуз, с бугристо-плотным утол-



Рис. 3.

щением на прилежащем к ножке полюсе. Поверхность опухоли гладкая, блестящая, за исключением упомянутого утолщения, поверхность которого покрыта остатками срощений. На разрезе опухоль оказалась однокамерной, тонкостенной кистой с выполненной серозной жидкостью полостью с гладкой внутренней по-

верхностью. Ближе к ножке у *lig. infundibulo-ovaricum* стенка кисты образует указанное выше утолщение, в центре которого заложен солидный участок желтовато-белого цвета, состоящий из мелко-ячеистой ткани. В окружности этого участка разбросан ряд различной величины, от горошины до сливы, кистовидных полостей, выполненных желтоватого и красновато-бурого цвета студенистым веществом, на уплотненном препарате легко выходящем из полостей.

Микроскопическое исследование обнаружило, что стенка большой кисты состоит из волокнистой соединительной ткани; эпителий, покрывающий внутреннюю ее поверхность, сильно утолщен. На срезах, взятых из центральной части бугристого утолщения, видны эпителиальные клетки, располагающиеся солидными очагами или отдельными тяжами. В толще некоторых из них встречаются различной величины полости то с содержимым, то без такового. Одна часть этих полостей неправильной формы, и окаймляющий их эпителий лежит беспорядочно; другая их часть выстлана расположенными в один ряд кубическими клетками, что при наличии в этих полостях гомогенного содержимого придает им вид фолликулов яичника (рис. 4). Строма в этих местах очень слабо выражена. Местами эпителиальные



Рис. 4.

полости непосредственно прилегают друг к другу. Встречаются участки, где описываемые эпителиальные включения заложены в бесструктурной, лишенной ядер ткани. В некоторых участках эпителиальная ткань обнаруживает наклонность концентрироваться в дольки. Содержимое полостей относится к их стенке различно: в больших полостях оно отделено от стенки пустотой, в меньших же—теснее связано с нею, образуя по периферии кайму пузырьков. При окраске гематоксилин-эозином содержимое имеет розовый, при окраске по V. Gieson'y—буро-желтый цвет. Большие полости, заложенные в периферических участках утолщения, выстланы сильно уплотненным, однородным эпителием. В одном из срезов обнаружена типичная костная ткань.

*Случай III.* Больная Л. (Врач. ж. № 304 за 1925 г.), 36 лет, замужняя, русская, поступила в клинику 17/XII 1925 г. Первые крови появились на 15-ом году, до болезни приходили через 4 недели, или по 4 дня, без болей. Со времени болезни в течение последних 4 месяцев крови приходят через 2½—3 недели и длятся по 2 дня. Последние *menses*—неделю т. назад. Замужем 15 лет, беременна была 7 раз, родов срочных—трои (№№ 1, 2 и 7), выкидышей искусственных—три (№№ 3, 4 и 5), выкидышей естественных—один, на втором месяце (№ 6). Первые роды на 22-ом году жизни, последние—5 лет т. назад. Считает себя больной 5½ лет, когда появились боли в правом боку, и была констатирована опухоль правого яичника величиной с куриное яйцо; год т. назад в области

расположения опухоли появились значительные боли при физических напряжениях; в настоящее время больная жалуется на наличие опухоли в животе и боль в правом паху, особенно при физических напряжениях.

Объективное исследование: больная ниже среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожа и слизистые оболочки слегка бледноваты; органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны; в нижней части живота, справа, прощупывается опухоль эллипсоидной формы, величиной с кулак взрослого мужчины, туго-эластической консистенции, подвижная. Своей длинной осью опухоль направляется от средней линии и снизу вправо и вверх, не доходя на 3 пальца до уровня пупка. Наружные половые органы нормальны. Рукав—как у рожающей, имеется небольшое опущение передней стенки влагалища. Бимануальное исследование показало, что матка лежит в *retroversio mobilis*, с нерезко выраженным наклоном дна вправо, немного увеличена, мягковата, шаровидна; в задне-левом своде определяются несколько болезненные, мало подвижные придатки: спереди и с боку (справа) от матки определяется туго эластическая опухоль, величиной несколько больше мужского кулака, эллипсоидной формы, подвижная. При приведении опухоли к задне-правому своду прощупывается сбоку от матки, у самой опухоли, тело, напоминающее придатки матки, уходящее вместе с опухолью при отведении ее вверх.

Операция 19/11 (проф. В. С. Груздев). Опухоль оказалась лежащей спереди от матки и исходящей из латеральной части мезосальпника. Удалена обычным путем. Из правого яичника резецирована кисточка величиной с грецкий орех, с толстой, сравнительно-плотной стенкой. Левый яичник несколько увеличен, частично кистовидно перерожден; одна кисточка прижата термокаутером. Матка фиксирована к передней брюшной стенке одним узловатым катгутовым швом. Брюшная полость закрыта послойно. На 15-й день больная выписалась из клиники с зажившей *per primam* раной и при удовлетворительном общем состоянии. В настоящее время, т. е. через 2 года после операции, она чувствует себя хорошо (письменное сообщение).

Удаленная опухоль, величиной с большое яблоко, туго-эластической консистенции, представлявшая собою кисту с тонкими стенками, не вскрытую отправлена в Бактериологический институт для употребления ее содержимого на изготовление сред. Резецированная часть правого яичника представляла кистовидное образование, стенка которого местами была плотна (хрустела между пальцами) наощупь, в одном месте на разрезе была красноватого цвета, мясистой вида.

Микроскопическому исследованию подвергалась только резецированная часть правого яичника. Во всех срезах микроскопическая картина с некоторыми вариациями была почти одинакова. В центре имелась полость, выстланная местами однослойным уплощенным, местами цилиндрическим эпителием. Кое-где эта полость была лишена снаружи эпителия, и внутренняя кайма ее стенки состояла из многогранного слоя полигональных больших клеток, очень богатых зернистой протоплазмой, окрашивающейся гематоксилин-эозином в розовый с темноватым оттенком цвет, а по V. Gieson'у—в желтоватый цвет. Под эпителием лежал слой бедной ядрами, волокнистой, гиалинизированной соединительной ткани, в толще которого имелись очаговые скопления таких же клеток. Эти клеточные скопления были обособлены от участков струмозной ткани. Последняя располагалась в одном месте на периферии стенки указанной полости, по соседству с сохранившейся стромой яичника. Струмозная ткань представлялась здесь в виде массы мелких полостей, имевших различную форму и величину и сильно вышолненных гомогенным содержимым, окрашивавшимся гематоксилин-эозином в розовый, по V. Gieson'у в буровато-желтый цвет. Эти полости были окаймлены внутри однослойными цилиндрическими, местами кубическими клетками. Некоторые из полостей содержали в себе множество клеток с одним или несколькими ядрами и бледной зернистой протоплазмой. Наружная часть стенки полости включала в себе местами типичную строму коркового яичника.

Мы видим, таким образом, что во всех наших 3 случаях гистологически была обнаружена ткань цитовидной железы. Проба на присутствие пода не производилась<sup>1)</sup>, но даже если бы эта проба и дала

<sup>1)</sup> Эта часть работы производится в настоящее время ассист. кафедры биолог. химии д-ром Блюмштейном.

отрицательный результат, то все же морфологические признаки и отношение этой ткани к краскам вряд-ли оставили бы у кого-либо сомнение в ее характере.

В первом случае мы имели фиброму яичника наряду с типичным дермоидом, содержащим в главной своей массе ткань щитовидной железы. Эта опухоль в ее дермоидной части может быть отнесена нами к разряду дермоидных струм. Мы можем рассматривать здесь струмозную ткань, как вполне законное включение в опухоли, могущей иметь в своем составе производные всех трех зародышевых листков (A. Mayer). Эти дермоидные струмы первично доброкачественны. В защиту этого положения в нашем случае с некоторыми оговорками может быть использовано то обстоятельство, что больная носила эту опухоль довольно продолжительное время (заметила ее год т. назад, а существовала она, повидному, и раньше) без того, чтобы это сказалось какими-либо резкими общими расстройствами (упадок питания, кахексия). К сожалению, после операции больная в-под наблюдения исчезла.

В случае втором мы в солидной части опухоли наряду с струмозной тканью случайно нашли в некоторых препаратах костную ткань.—случайно, так как микроскопическому исследованию могли быть подвергнуты части опухоли, где костная ткань отсутствовала (наощупь плотных костных участков не было). Но эта случайная находка подводит базис под нашу трактовку этого случая. Мы здесь имеем, повидному, тератоматозную струму, т. е., опять-таки, не чистую струму яичника, а тератому с преимущественным, односторонним разрастанием ткани щитовидной железы. Такого рода тератоматозные струмы, как то логически следует из учета клинической сущности тератом вообще, должны вести себя, как опухоли злокачественные. По Schröder'y и Чтецовой за возможность первичной злокачественности опухоли говорят односторонняя дифференцировка ткани щитовидной железы. Клиническая картина в нашем случае не дает подтверждения этим допущениям,—больная спустя 2 года после того, как она сама обнаружила в животе опухоль в виде небольшого кома, являлась в клинику без признаков упадка питания и кахексии; асциты не было, метастазы также обнаружены не были. Два года после операции больная, по ее письменному сообщению, была здорова. Если мы, таким образом, не находим в клинической картине данного случая подтверждения злокачественности тератоматозных струм, то все же отвергать ее возможность мы также не можем. Главная масса опухоли в этом случае представляла собой кистозное образование, превышавшее по величине раза в 4—5 ту часть опухоли, в которой была обнаружена струмозная и костная ткани. Быть может,—и это вероятнее всего, судя по сравнительно быстрому росту опухоли,—первично и развивалась у больной эта киста, замеченная ею в свое время, а тератоматозная струма имела до операции небольшую давность. Разбираемый случай, таким образом, не дает нам опоры для суждения о клиническом течении тератоматозной струмы. Здесь нужны дальнейшие наблюдения.

В третьем случае мы имеем в стенке, повидному, кисты желтого тела струмозную ткань. Каких-либо элементов, характерных для эмбрионы, найти здесь не удалось. Имели ли мы здесь дело с чистой струмой, или другие эмбрионные ткани не успели еще организовать при небольшой величине всего образования? Вопрос, конечно, остается открытым.

Во всяком случае здесь при микроскопическом исследовании вряд ли что-либо могло быть просмотрено, ибо, при небольшой величине микроскопического препарата, под микроскопическое обследование попали почти все его слои. Улезко-Строганова, как мы уже упоминали, приводит случай как будто чистой, макро- и микроскопически, яичниковой струмы. Было бы пока-что умозрительно трактовать его, как тератому, где почему-либо не были обнаружены другие ткани. Необходимо в подобных случаях быть крайне щепетильным с микроскопией и, где возможно, производить исследование на сериях срезов. В выяснении генеза яичниковых струм этот момент крайне важен, ибо трактовать случаи микроскопически чистых струм, как эмбриомы с односторонним разрастанием ткани щитовидной железы, мы можем лишь с некоторой натяжкой. Здесь необходимым казалось бы не ограничиваться одной только умозрительной трактовкой и искать другие пути для выяснения генеза этого вида струм.

Что касается вопроса о функциональной способности струмозной ткани, то в наших случаях указаний на дооперационный и послеоперационный гипертиреозидизм мы в историях болезней не нашли. Нужно все же полагать, что струмозной ткани свойственна инкреторная деятельность, о чем мы уже упоминали выше, приводя случаи Соvacs'a и Тгар'я. И этот факт функциональной действительности струмозной ткани должен быть учтен при выяснении генеза, главным образом, чистых струм.

В заключение позволим себе сделать следующие выводы:

1. *Struma ovarii* есть сравнительно редко встречающееся новообразование.

2. Чаще всего она комбинируется с дермоидом или тератомой; в подобных случаях струмозная ткань может рассматриваться, как законное включение для этих новообразований, в состав которых могут входить производные всех трех зародышевых листков.

3. Случаи, где микроскопически могла быть обнаружена одна лишь струмозная ткань, требуют осторожности в суждении об их гистогенезе. Теория одностороннего разрастания ткани щитовидной железы в эмбриомах нуждается в более положительной, подкреплённой данными непосредственного исследования, аргументировке.

4. Клинически яичниковые струмы могут протекать как доброкачественно, так и злокачественно. Первичная злокачественность, повидимому, зависит от характера основной опухоли и присуща тератоматозным струмам.

5. Струмозной ткани яичника свойственна, повидимому, инкреторная деятельность, которая клинически не всегда выявляется.

6. В дальнейших изысканиях интересен вопрос о генезе случаев, где микроскопически могла быть обнаружена одна лишь струмозная ткань („чистые струмы“), причем выяснение этого генеза должно идти по пути как гистологических исследований, так и учета функционального состояния эндокринных желез, главным образом *gl. thyreoideae*.

*Литература:* 1) Mayer. Halban u. Seitz. Biol. u. Path. d. Weibes. В V, T. 2.—2) C. Sterenberg. Ibid.—3) A. Glockner. Zentr. f. Gyn., 1903, № 26, S. 790.—4) Walthard. Ueber struma colloides cystica im Ovarium. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1903, Bd. 50, S. 567.—5) G. Трапф. Zur Kenntnis der struma ovarii. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1912, Bd. 70, S. 192.—6) Улезко-Строганова. Struma ovarii. Ж. ак. и ж. бол., 1904, стр. 2069.—7) Л. И. Чтецова. К гистогенезу struma ovarii. Ирк. мед. ж., 1924, стр. 27.—8) Д. М. Гиподман. К вопросу о teratoma strumosum ovarii. Ж. ак. и ж. бол., 1927, стр. 229.—9) Kretschmar. Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXIV, S. 252.—10) Swarton. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1907, стр. 1373.—11) Moench. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1916.—12) Neu. Mon. f. Geb., XXXIV, S. 251.—13) R. Meyer. Zentr. f. Gyn., 1924, S. 1834.—14) Fr. Proeschler and J. Roddy. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1916, стр. 378.—15) Francl. Реф. в Zentr. f. Gyn., 1913, XXXVII, S. 1556.—16) Bell-Hamilton. Journ. of obst. a. gyn. Brit. Emp., august, 1905.

## Новые достижения в области профилактики и серотерапии скарлатины<sup>1)</sup>.

Проф. В. К. Меньшикова.

25 лет прошло с того времени, как Moser, в Вене, впервые предложил лечить скарлатину сывороткой лошадей, иммунизированных к скарлатинному стрептококку. Успех этой терапии был настолько убедителен, что вслед за сообщением Moser'a повсюду начинается применение сыворотки при скарлатине, причем подтверждаются результаты, полученные этим автором. В Казани, когда стала известной работа Moser'a, возникла мысль о необходимости на месте изготовлять противоскарлатинную сыворотку, так как широкое пользование этим средством, получавшимся из заграницы, было совершенно недоступно.

Идея выработки сыворотки в Казани принадлежит проф. И. Г. Савченко. Работа его является ценной не в смысле приоритета приготовления этой сыворотки в России, а, главным образом, со стороны нового направления, положенного проф. Савченко в основу лечения скарлатинозных больных. То, что предложил 23 года назад проф. Савченко и чем он воспользовался для выработки сыворотки, лишь за последние годы использовали американцы Dick'i. Все же первый камень в основание лечения скарлатинозных больных путем применения антитоксической сыворотки, как говорит Эгиз, положен был профессором Савченко. Американские авторы в должной степени расценивают работу его и придают ей громадное значение. Савченко первый провел опыт приготовления антитоксической сыворотки против скарлатины, и в настоящее время вся выработка сыворотки идет по пути стремления получить наиболее сильную антитоксическую сыворотку.

Хотя, весьма вероятно, возбудитель скарлатины нам еще неизвестен, а находимый при этой болезни стрептококк является лишь ее спутником, однако практический вопрос о лечении скарлатины надо признать решенным удовлетворительно Moser'ом, применившим противострептококковую сыворотку, — таково мнение проф. Савченко, высказанное им в работе 23 года тому назад.

Исключительное внимание привлекает вопрос об этиологии скарлатины со времени сообщения Dick'ов и Zinger'a, признавших за гемолитическим стрептококком роль возбудителя этой болезни. Friedemann, Deicher, de Rudder, Schottmüller, Bornmann, Бардах, Kraus, Коршун, Штуцер и ряд др. авторов считают гемолитического стрептококка за возбудителя скарлатины и подтверждают важнейшие результаты работы Dick'ов, признавая в то же время, что в эти-

<sup>1)</sup> Доклад в заседании Общества врачей при Казанском университете 18 XII 1925 г., посвященном 40-летию ученой деятельности проф. И. Г. Савченко.

ологии болезни есть факторы, еще не решенные окончательно. В доказательство специфичности скарлатинового стрептококка Kundratitz сообщает, что путем инъекции токсина (0,1—0,5 к. е.) почти у всех, реагирующих по Dick'у положительно, субъектов можно вызвать скарлатинозную сыпь, остающуюся 24—48 часов, а также получить при этом феномен погашения, что как бы говорит за проявление скарлатины. Токсинами других стрептококков этой сыпи вызвать не удастся. Введение сыворотки перед инъекцией предотвращает появление сыпи.

Другая группа исследователей отстаивает унитарный взгляд на стрептококки. Так, Okkel и Parisch высказываются за то, что все стрептококковые инфекции вызываются одинаковыми возбудителями. Скарлатинный стрептококк может вызвать у другого субъекта рожу, от него же может возникнуть пuerперальный сепсис или местное воспаление ткани. Патогенность его колеблется от случайных обстоятельств, как-то—от способности инвазии и образования токсина, а равно от местной и общей восприимчивости. Способностью образовать токсин (по Dick'у) обладают многие, если даже не все гемолитические стрептококки. Антитоксин же, полученный по Dick'у, оказывает свое благотворное влияние также и при родовой инфекции, и при роже. Златогоров говорит, что так называемый скарлатинный стрептококк—это банальный стрептококк, очень распространенный в природе, который встречается и при других болезнях. Тот же автор в совместной с Деркачем работе приходит к отрицательному выводу относительно специфичности скарлатинозного стрептококка, указывая, что ни образование токсина, ни феномен погашения не могут служить доказательством этой специфичности, так как те же явления можно получить посредством других стрептококков. К такому же выводу приходит Johan,—последний отрицает специфичность скарлатинозного стрептококка, полагая, что этот микроб может вызвать и другие болезни; возможность же заболевания скарлатиной или иной болезнью зависит, главным образом, от конституции и предрасположения данного субъекта, причем в заболевании скарлатиной эти факторы играют большую роль, чем при других болезнях.

На основании опытов успешного применения противоскарлатинной сыворотки при стрептококковых заболеваниях и обратно—стрептококковой сыворотки различного происхождения при скарлатине можно допустить, что стрептококки образуют один род, отдельные члены которого различны лишь по степени вирулентности, образованию токсина и другим свойствам, главные же патогенные качества их однообразны. Таково мнение, напр., Voente. Особенного внимания заслуживает наблюдение Pirquet, который подметил поразительное сходство в течении пиемии, септицемии и скарлатины, что как бы говорит за близкое родство возбудителей этих болезней. В подтверждение этого Kunz и Nobel обнаружили, что в числе лихорадящих в пuerперальном периоде, среди рожениц и беременных встречаются гораздо чаще лица, обнаруживающие положительную реакцию по Dick'у, чем те, у которых эта реакция отрицательна.

Наиболее оригинален взгляд на скарлатину, как на анафилактический процесс. Szontag и Schlossman утверждают, что скарлатина в своих проявлениях есть не что иное, как анафилактическая реакция сенсibilизированного организма к различным неспецифическим микробам, главным образом к стрептококкам. По предположению Selmy Meyer'a банальные

стрептококковые инфекции путем образования противотел сенсибилизируют организм к новым стрептококковым инфекциям. В случае новой инфекции уже имеющиеся в организме ядовитые продукты расщепления стрептококков вызывают анафилактический симптомокомплекс в виде скарлатины. Увлечение этим учением доходит до того, что приверженцы этого взгляда исключают скарлатину из списка заразных болезней. Такое учение, впрочем, находит мало сторонников.

Старый взгляд на возбудителя скарлатины, как на фильтрующийся *virus*, нашел подтверждение в работах итальянских ученых Di-Cristina, Caronia и Sindoni. Открытый Di-Cristina микродиплококк относится к фильтрующимся. В доказательство его специфичности авторы проделали ряд опытов с искусственным заражением этим микробом детей, вызвав у них легкое заболевание, очень похожее на скарлатину. Экспериментальное заражение кроликов и серологические реакции подтвердили специфичность находки. Предохранительное действие вакцины указанного микродиплококка и исключительно-благоприятные результаты от лечения скарлатины сывороткой лошадей, иммунизированных к этому микроорганизму,—все это как бы говорит за его специфичность. Однако, кроме Италии, исследования эти нигде не нашли подтверждения. Так, Burgers, Bachmann, А. Ф. Агафонов и др. не могли подтвердить находок итальянцев.

В последнее время проф. Златогоров сообщает, что ему удалось вырастить на среде Taguzzi-Nogouschi особый вид фильтрующегося микроорганизма, культурами которого он вызывал у кроликов повышение температуры и изменения на коже, подобные скарлатинозным. Попытки найти того же микроба при других заболеваниях были неудачны. Златогоров полагает, что нет специфического скарлатинозного стрептококка, и для возникновения скарлатины необходимо, чтобы организм был сенсибилизирован к банальному стрептококку, а это возможно лишь при условии симбиоза с фильтрующимся *virus*'ом.

Проф. Аристовский и др. Агафонов признают интимную связь скарлатинной инфекции со стрептококком. Они предполагают, что если стрептококк сам по себе не в состоянии вызвать скарлатину, то возможно допустить, что эта болезнь вызывается ассоциацией микробов, куда входят неизвестный возбудитель скарлатины и стрептококк.

Подводя итог всему сказанному, следует отметить, что проблема этиологии скарлатины до сих пор еще является не разрешенной. Является ли возбудителем этой болезни неизвестный еще фильтрующийся *virus*, или симбиоз его со стрептококком, или же гемолитический стрептококк сам по себе способен вызывать болезненные симптомы скарлатины,—ответ на это, вероятно, дадут еще дальнейшие изыскания.

В настоящее время все же большинство, как и ранее, признает за стрептококком исключительную роль при скарлатине, и на этом взгляде основана вся современная профилактика этой болезни. Если признать, что скарлатина вызывается еще неизвестным возбудителем, все же без участия стрептококка в ее патогенезе дело не обходится. Отсюда, как говорят Аристовский и Агафонов, можно сделать соответствующий практический вывод, а именно: „Все те мероприятия, которые направлены против одного из участников ассоциации, должны оказаться полезными уже потому, что этим устраняются или уменьшаются те болезненные

явления, которые обусловлены участием этого микроба в патогенезе заболевания". Эта формулировка находит оправдание в тех результатах, которые в настоящее время получаются при проведении профилактики скарлатины.

Считаясь с ролью гемолитического стрептококка при скарлатине, ряд исследователей утверждает, что скарлатинозный больной только тогда может быть безопасен для окружающих, когда бактериологическое исследование в периоде выздоровления не обнаруживает в зеве больного этого микроорганизма; в противном случае больной может заражать окружающих (Seligmann, Deicher). Заразителен гной при осложнениях скарлатины, моча же и шелушащаяся кожа не заразительны (Friedemann и Deicher). В силу сказанного есть утверждение (Юдаевич, Лелеков, Бауэр), что после трехкратного отрицательного исследования на присутствие стрептококков в зеве больной не заразителен, хотя бы у него и не закончилось еще шелушение.

Исследования Johana и Капуо показывают, что гемолитического стрептококка можно найти при скарлатине в 100%, у здоровых же в 9,8%, причем в этих последних случаях носители его обнаруживают отрицательную реакцию по Dick'у. Все указанные исследования еще не настолько многочисленны, на чтобы основании их делать окончательный вывод, но все же они заслуживают большого внимания при проведении профилактики скарлатины.

В случаях непосредственного контакта со скарлатинным больным рекомендуется проведение пассивной иммунизации, чем достигается временный иммунитет к болезни.

По сообщению Лунина сыворотка рековалесценто́в, введенная в дозах 10—20 к. с. в первые дни после контакта со скарлатинными больными, имеет большое значение в профилактике болезни. Подтверждение этому мы находим в работах Woody и Vogtman'a. Первый из этих авторов впрыскивал анитоксическую сыворотку (Dick'a и Deicher) в 97 случаях лицам, подвергшимся заражению скарлатиной. Все эти пациенты были восприимчивы к болезни (положительная реакция Dick'a). Спустя 48 часов после возможного заражения им была произведена инъекция сыворотки,—и через 72 часа реакция получилась отрицательной, причем ни один ребенок впоследствии не заболел. Vogtman советует вводить здоровым лицам сыворотку при изоляции больного и вторично незадолго до возвращения больного в семью. Отрицательной стороной этого способа является последующее развитие анафилактики, что создает возможность появления тяжелых симптомов сывороточной болезни при необходимости в дальнейшем применять сыворотку с лечебной целью.

Наиболее распространенным способом профилактики скарлатины является способ активной иммунизации. Первенство в применении этого метода принадлежит проф. Габричевскому, который предложил впрыскивать под кожу культуры убитых стрептококков, полученных от скарлатинозных больных. Вакцинация по Габричевскому, предложенная 22 года назад, проведена в сотнях тысяч случаев, причем отмечены хорошие результаты ее применения в виде прекращения эпидемий, но она долго все же не получала признания. Лишь после работ американцев, когда появилась возможность работать с токсином и путем кожной реакции оценивать восприимчивость или невосприимчивость к скар-

латине, вакцинация снова возродилась и стала широко применяться в практике. Американские авторы предлагают иммунизацию токсинном Dick'a (200—500—1000 кожных доз), причем в последнее время рекомендуют увеличенные дозы (4000—7000). По их отзывам эти прививки являются ключевым средством против заболевания. Относительно практической оценки предохранительных инъекций мы находим указания у Vokaу, Janiz'a, Strosner'a, и Vas'a, которые отмечают тесную связь между положительной реакцией по Dick'у и восприимчивостью к скарлатине. Путем прививок—будь то токсинном, или вакциной—удается в 80% превратить положительную реакцию Dick'a в отрицательную. Коршун и Штудер сообщают о благоприятных опытах по иммунизации смесью бактерий и токسينа,—по их данным после этой иммунизации заболеваемость становится значительно реже. По данным Московского Института имени Мечникова среди 20.783 привитых смертность была равной нулю. Коршун и Спирина рекомендуют комбинированную вакцину, которая содержит в 1 к. с. 1 миллиард убитых формальным стрептококков и 7000 кожных доз токسينа. После 3-х инъекций этой вакцины производится еще одна инъекция токسينа. В связи с этой вакциной, проведенной в Москве, число заболеваний скарлатиной уменьшилось здесь в 10—16 раз, причем смертные случаи почти прекратились. Противопоказаниями к предохранительной иммунизации являются воспаление почек, пороки сердца и острые инфекции. Приведенные данные достаточно говорят в пользу широкого применения предохранительных прививок против скарлатины. Накопление наблюдений, надо надеяться, даст возможность еще ближе подойти к оценке этого способа,—способа, который является наиболее ценным и доступным в предупреждении такой болезни, как скарлатина.

Если еще в 1905 году проф. Савченко признавал, что вопрос о лечении скарлатины противострептококковой сывороткой решен удовлетворительно, то естественно ожидать, что в течение последующего времени наступил еще больший прогресс. Получение токسينа и определение его силы дали более верный способ для проведения иммунизации лошадей с целью получения целебной сыворотки, а равно и более точной дозировки ее у постели больных. В силу указанного, казалось бы, успех от современной терапии скарлатины должен во много превосходить то, что было 20 лет назад. В действительности это далеко не так. Если есть достижения, то это касается, прежде всего, применения сыворотки реконвалесцентов. Результат от этой сыворотки наиболее показателен (Vargiahezi и Glauber). Наиболее сильной сыворотка бывает, по указанию Bode, в перисде от 3-й до 6-й недель. Исключительно-благоприятное действие наблюдается при внутривенном ее применении. Вводя сыворотку в самых тяжелых случаях, Johan получил вдвое меньший % смертности от скарлатины по сравнению с тем, какой получался от лечения подобных случаев антитоксической сывороткой лошади. Данилевич отметил успешное действие сыворотки реконвалесцентов на лимфадениты, некрозы и пиелитические процессы. Наш личный, хотя и очень ограниченный опыт дает нам право оценивать этот способ лечения, как наиболее действительный, особенно при тяжелых осложнениях. Трудность получения сыворотки и необходимость испытания ее по Wasserhann'у делают, однако, применение ее мало доступным.

Наибольшее применение имеет противоскарлатинная сыворотка, взятая от лошадей, иммунизированных токсином по Dick'y. По поводу действия этой сыворотки в настоящее время накопились уже обширные наблюдения.

Следует, однако, иметь в виду, что при оценке действия сыворотки возможно встретиться с известной долей субъективизма авторов. Кроме того, как известно, при скарлатине вначале ее легче всего ошибиться в оценке тяжести болезни и постановке прогноза. В силу этого только путем обширных наблюдений можно прийти к тому или иному выводу. Приходится, кроме того, считаться со способом приготовления сывороток, так как в одних случаях авторы применяли сыворотку чисто-антитоксическую, в других же случаях—частью антитоксическую, отчасти же противобактерийную.

Результаты применения той и другой сыворотки очень благоприятны и быстры, иногда же недостаточно удовлетворительны—в зависимости от различного содержания антитоксина.

В силу сказанного становится ясной необходимость руководствоваться при оценке действия сыворотки не количеством ее, а содержанием в ней антитоксина. К сожалению, до сих пор еще нет единства в способах определения этой силы, а в большинстве работ неизвестно и то, какая сыворотка применялась. Исключительное значение имеет и способ выреживания,—одно действие будет при подкожном вливании, другое, более сильное и быстрое,—при внутривенном или внутримышечном.

Относительно действия антитоксической сыворотки Dick'a в настоящее время накопилось большое количество наблюдений (Дуник, Эгиз, Агафонов, Штейн, Котов, Котляренко, Розенблюм, Сапиро, Данилевич, Гороховникова, Никитин, Песис, Колтыгин, Молчанов, Соколова, Эдельман, Скроцкий, Ген, Бардах и Циц, Бауер, Friedemann, Flüßser, Deicher, Schottmüller, de Rudder, Bormann, Aldershoff, Bie, Larsen и Andersen, Mouzon, Zoeller, Boganowez и Szenaich и др.). При этом все авторы в оценке действия сыворотки сходятся на признании за ней благотворного действия. Нет случая,—говорит Flüßser,—где бы своевременно и достаточно введенная сыворотка не оказала своего действия на течение болезни. На съезде врачей в Кенигсберге, в июне прошлого года, противоскарлатинная сыворотка была расценена так высоко, что за ней признано исключительное действие в самых тяжелых случаях. Из массовых наблюдений вытекает, что, чем ранее произведена инъекция ее, тем вернее ее действие, почему не рекомендуется применение ее позднее 4-го или 5-го дней болезни. Терапевтический эффект лечения сывороткой соответствует силе антитоксина, так как действие ее преимущественно антитоксическое, выражающееся в быстром падении температуры с улучшением общего состояния больных. У последних проясняется сознание, прекращаются рвота, бред и судороги, исчезает цианоз, улучшается кровенаполнение сосудов, одновременно отмечается быстрое увядание сыпи и исчезновение отека миндалин.

В оценке влияния сыворотки на дальнейшее течение болезни наблюдения авторов, однако, расходятся: тогда как одни из них отмечают влияние сыворотки на уменьшение осложнений, другие—нет. Так, Соко-

лова, Штейн, Данилевич, Gordon, Friedemann и Deicher, Broecker, Birnbaum, Schottmüller и Johan указывают, что сыворотка уменьшает процент осложнений и смягчает их тяжесть, Розенблюм, же, Эглиз, Hussler, Dobrowsky и Sohocinska отмечают слабое влияние серотерапии на осложнения. По наблюдению Sauer'a и Schmitz'a заболевания, осложненные лимфаденитами, отитами и некротическими ангинами, слабо поддаются серотерапии, а при септических случаях даже и внутривенное введение сыворотки не дает эффекта. То же подтверждает Johan, отмечающий впрочем, что под влиянием действия сыворотки нефриты бывают реже. Все авторы сходятся во взгляде на слабое влияние сыворотки на септический синдром болезни.

В Детской клинике Казанского университета было до сих пор проведено 47 случаев лечения скарлатины антитоксической сывороткой Казанского Микробиологического института. Введение сыворотки практиковалось внутримышечное, а иногда и внутривенное, в дозах 30—100 к. с. В 30 случаях сыворотка применена была в первые 4 дня болезни и в 7 случаях—позднее, по поводу, главным образом, осложнений. Лечению подвергались исключительно тяжело больные (прогноз III и IV по Moser'у). Подробные наблюдения были проведены ассистентом клиники д-ром А. А. Беляевым, и результаты этих наблюдений сообщаются им в особой работе. Из этих наблюдений видно, что действительная сыворотка сказывается в быстром критическом падении температуры, более раннем увядании сыпи, обратном развитии ангины; одновременно с этим наблюдаются улучшение в состоянии пульса, прояснение сознания и появление интереса к окружающему. Такое действие имело место в 5 случаях. У 22 больных после быстрого наступления улучшения в общем состоянии и падения температуры наблюдался новый подъем ее, и затем уже наступало медленное снижение ее. В этих случаях и увядание сыпи шло медленнее. Такое временное улучшение можно объяснить появлением осложнений в виде некротической ангины и аденитов. В ряде случаев серотерапия не проявила явного действия,—в течении болезни имело место медленное улучшение, каковое могло бы быть и без специфического лечения. Сюда относятся тяжелые случаи скарлатины, давшие уже с первых дней осложнения септического характера и отчасти заболевания детей до 3-летнего возраста, где действие сывороток бывает вообще слабое (Эглиз, Данилевич). Одновременно с изменением к лучшему в общем состоянии больных отмечаются и улучшение в составе белой крови, уменьшение нейтрофилии за счет увеличения числа лимфоцитов и появление эозинофилов. Под влиянием сывороточной терапии осложнения протекали более доброкачественно, но предупредить их не удавалось. Одним из неприятных явлений, следовавших за введением сыворотки, следует признать частое развитие тяжелых симптомов сывороточной болезни.

Сравнивая действие современной сыворотки с действием сыворотки, выработанной проф. Савченко, я мог вынести впечатление об исключительно-благоприятном влиянии последней. Все тяжелые, незапущенные случаи болезни подвергались мною сывороточному лечению с определенно-верным успехом. Течение болезни смягчалось, пропадали токсические симптомы, наблюдалось критическое падение температуры, улучшались кровообращение и дыхание, и наступало резкое улучшение самочувствия больных. Понос, сопровождавший исключительно-тяжелые случаи, быстро

исчезал, сыпь из синюшной становилась розово-красной и быстро пропадала. При тяжелом поражении зева улучшение сказывалось в ограничении процесса омертвения и постепенном исчезании выпота; одновременно наблюдалось и уменьшение припухания лимфатических желез. Обычных осложнений сыворотка Савченко не предотвращала, но осложнения протекали мягче и быстрее по сравнению с осложнениями, бывавшими в случаях, не леченных сывороткой.

Известный бактериолог Kraus (в Вене), при сравнении лечебного действия сыворотки Moser'a с сывороткой американских авторов, обнаружил бросающееся в глаза сходство течения леченных случаев; не было разницы и в отношении доз применявшихся сывороток. Различное действие разных серий сывороток можно было объяснить тем обстоятельством, что определение их силы встречало большие затруднения. О действии сыворотки можно было судить только у постели больных. Открытие Dick'a положило основание для определения содержания антитоксина в сыворотках. Этим и объясняется, что в старое время не все серии сывороток обнаруживали одинаковое действие. И действительно, по проверке Kraus'ом старых сывороток Moser'a оказалось, что не все сыворотки в одинаковой мере могли нейтрализовать токсин Dick'a. Проф. Молчанов на основании своего 20-летнего опыта пришел к выводу, что сыворотка Moser'a является наиболее действительным средством при лечении токсических форм скарлатины. Такое же впечатление получается и у нас по отношению к сыворотке проф. Савченко.

Считаясь с большими достижениями в области изучения скарлатины, мы должны выразить пожелание, чтобы институты, вырабатывающие сыворотку, выпускали ее с обозначением содержания в ней антитоксина, и чтобы сыворотка была концентрированной и свободной от протеинов.

Проф. Kraus в своем сообщении, связанном с 25-летием применения сыворотки Moser'a, обнаружил бросающееся в глаза сходство в действии ее с сыворотками американских авторов. Он указал, что было бы правильно в будущем называть противоскарлатинную сыворотку именами Moser'a-Dick'a. И это совершенно справедливо. Нельзя не согласиться со словами Meyer'a, что новое учение американских авторов является в сущности новой переработкой старого учения новыми методами.

В силу сказанного и мы в Казани в день, посвященный 40-летию ученой деятельности проф. И. Г. Савченко, имеем право называть нашу Казанскую противоскарлатинную сыворотку именем Савченко.

*Литература.* Moser. Jahrb. f. Kind., Bd. LVII, 1903.—Савченко, Русский врач, 1905, № 24.—Friedemann und Deicher. Deut. med. Woch., 1928, № 20.—Bormann. Deut. med. Woch., 1927, № 34.—Kraus. Wiener med. Woch., 1927, № 23.—Коршун и Спирина. Гиг. и эпид., 1927.—Коршун и Штуцер. Цит. по Deicher'y.—Schottmüller. Klin. Woch., 1927, № 36.—Kundratitz. Цит. по Zeiner'y.—Okkel a. Pariseh. Lancet, 1928, № 15.—Златогоров. Профил. медиц., 1927.—Златогоров и Деркач, Journ. of infekt. dis., 1928, № 1.—Johan. Mon. f. Kind., 1927, Bd. 37

Heft 4-6.—Boente. Zeit. f. Kind., Bd. 45, H. 1, 1927.—Pirquet. Цит. по Zeiner'у.—Kunz u. Nobel. Ibid.—S. Meyer. Zeitschr. f. Kind., Bd. 45, 1927.—А. Ф. Агафонов. Казан. мед. жур., 1925, № 10.—Аристовский и Агафонов. Микроб. журн., 1925.—Seligmann. Цит. по Deicher'у.—Friedemann u. Deicher. Deut. med. Woch., 1928, № 20.—Johan u. Кануо. Цит. по Johan'у.—Лунин. Труды IV съезда дет. вр.—Woody. Therap. gaz., 1926, № 7.—Bormann. Deut. med. Woch., 1927, № 34.—Bokay, Janiz, Strosner u. Vas. Цит. по Deicher'у.—Barelachzi u. Glauber. Med. Klin., 1927, № 41.—Vode. Jahrb. f. Kind., Bd 119, Heft 1/2, 1928.—Данилевич, Гороховникова, Никитина и Песис. Ленингр. мед. журн., 1928, № 3.—Flüsser. Med. Klin., 1927, № 47.—Dobrowski и Sohocinska. Цит. по Mon. f. Kind., 1928, Heft 5-6.—Bröcker. Münch. med. Woch., Jg. 75, № 22.—Gordon, Birnbaum a. Scheffield. Journ. of the Amer. med. Assoc., v. 90, № 20.—Sauer u. Schmitz. Münch. med. Woch., № 43, 1928.—Меньшиков. Русский врач, 1906, № 25.—Молчанов. Тр. III съезда дет. врачей, 1925.—Эгиз. Врач. дело, 1926, № 17—18.—Штейн. Врач. газ., 1927, № 18.—Котов и Котляренко. Ж. микроб., т. V, 1928.—Эдельман. Педиатрия, 1928, № 1.—Резенблюм. Клин. мед., 1927.—Колтыцин. Острые инфекц. болезни, 1928.—Zoeller. Presse medic., 1927, № 25.—Сапиро. Моск. мед. ж., 1927.—Скроцкий, Бардах, Цип. Врач. д., 1927.—Тр. IV съезда дет. вр., 1927.

---

## К вопросу о преступности душевно-больных.

Пр.-доц. Л. И. Айхенвальда.

Суммирование всякого судебно-психиатрического материала представляет в настоящее время живой интерес с точки зрения выявления особенностей современной преступности в связи с психопатологическими уклонами правонарушителей. Судебному психиатру приходится теперь сталкиваться не столько со случаями клинически выраженного психического заболевания, сколько с представителями т. наз. „малой психиатрии“, в частности—с психопатическими личностями и разного рода мнусвариантами. Вот почему экспертиза на сегодня широко охватывает, помимо судебной психиатрии, и кримиальную психологию—по почину одного из видных психиатров и кримиологов Германии, Aschaffenburg'a.

Приводимые ниже итоги являются результатом обзора—в общих чертах—того материала, который прошел через медицинскую экспертизу при Одесской психиатрической больнице за период 1920—1927 г.г., т. е. за последние 8 лет.

Всего подверглось экспертизе 1360 правонарушителей, из коих мужчин 1158, или около 85%, женщин—202, или 16%. Соотношение мужчин к женщинам равняется 5,7:1.

Если принять во внимание, что в период дореволюционный % женщин-правонарушительниц с психическими сдвигами по материалам той же больницы не превышал 8, то следует признать, что преступность среди психически-анормальных женщин за последние годы *увеличилась вдвое*. Этому не противоречит тот общепризнанный факт, что женская криминальность после войны вообще увеличилась. По Георгиеву в Болгарии после войны она усилилась на 25,4%, тоже отмечает Stanley в Англии, у нас Гернет и др.

При всеобщей переписи населения домов предварительного заключения 17/ХП 1926 г. оказалось, что на миллион соответствующего населения приходится заключенных мужчин 2648, женщин—152 и обоюто пола—1141. Вообще женское население допрова выразилось в 5,9%<sup>1)</sup>.

Указанные 1360 психически-ненормальных подследственных и заболевших психически правонарушителей распределяются по отдельным годам следующим образом: 1920/1924 г.г.—322, 1925 г.—258, 1926 г.—436 и 1927 г.—344.

Усиление криминальности в 1926 г. может быть отчасти объяснено свободным распространением алкоголя и развитием хулиганства, падение

<sup>1)</sup> Н. Вишерский. Сб. совр. прест., 1928.

же кривой в 1927 г. является результатом понижения преступности среди травматиков и наблюдаемого теперь некоторого сокращения хулиганства.

Экспертизы проводились: в камерах народных судей в 40% всех случаев, народных следователей—в 24%, в Окружном суде—в 26% и в других судебно-следственных установлениях и местах лишения свободы—в 10%.

По отношению к правонарушителям применены были: экскульпация согласно ст. 10 У. К. (по кодексу РСФСР 11-ой)—в 31% всех случаев (т. е. почти  $\frac{1}{3}$ ) и т. наз. „ограниченная вменяемость“—в 18%; здоровыми призваны были 51% всех деятелей. Довольно большое количество признанных вполне вменяемыми объясняется наличием среди них заметного числа алкоголиков, опьянение коих во время учинения правонарушения не было основания признать патологическим.

Применяя определения „вменяемый“ или „невменяемый“, отметим, что в настоящее время менее всего говорят о вменяемости, вине и наказании. Эти понятия—пережиток, потерявший теперь свой смысл. Нам должны теперь интересовать защита коллектива от антисоциального индивида и изучение личности в возможно широком объеме<sup>1)</sup>. К травматикам, использовавшим „бегство в болезнь“, мы применяли экскульпацию в исключительных случаях.

По формам болезни наш материал распределяется так:

Психогенные реакции . . . . .	393—28,8%	общего итога
Психопатия . . . . .	118— 8,6 „	„ „
Маниакально-депрессивный психоз . . . . .	13—менее 1%	„ „
Алкогольные формы . . . . .	337—24,7 „	„ „
Прогрессивный паралич . . . . .	35— 2,5 „	„ „
Проч. органич. поражения . . . . .	60— 4,4 „	„ „
Инволюционные психозы . . . . .	18— 1,3 „	„ „
Эпилепсия . . . . .	48— 3,5 „	„ „
Шизофрени . . . . .	112— 7,2 „	„ „
Олигофрени . . . . .	88— 6,4 „	„ „
Психически-здоровые . . . . .	138—10,1 „	„ „

Всего . . 1360

Таким образом на первом плане стоят психогенные реакции, т. е. реактивные заболевания, неврозы ситуации (истерия, неврастения, травматический невроз и т. п.); второе место занимают те или иные формы алкогольных интоксикаций; далее следуют психопатии, шизофренические процессы, органические поражения и олигофрени; на последнем месте мы видим маниакально-депрессивный психоз. Непризнанные вовсе больными составляют 10%. Очевидно, нашим психопатологическим индексом могут служить психогенные реакции, алкоголизм и психопатии.

Sullivan<sup>2)</sup>, изучая влияние алкоголизма на разного рода преступления, отметил у исследуемых песимистический эмоциональный тон

<sup>1)</sup> Cp. W. A. White. Insanity and crime. Mental Hygiene, vol. X, IV, 1926.

<sup>2)</sup> W. C. Sullivan. The relation of alcoholism to insanity and to crime. 1925.

со склонностью к самоубийству и убийству, с болезненным расстройством нервной и половой систем и мыслительного аппарата.

По Е. Н. Довбне в Москве психопатологическим индексом, специфическим для преступной группы общества, являются психопатии, дающие 20,8%<sup>1)</sup>, второе место занимают шизофрении, далее следуют органические психозы, эпилепсия, олигофрении; ничтожный % составляют маниакально-депрессивные психозы.

Амбулаторные исследования правонарушителей в Москве—МГУУР—выявили среди них 68% психически неполноценных, из коих психопатов—31% и олигофренов—37%, в местах же заключения 10—15% душевно-больных.

Виды преступлений:

Контр-революционные преступления . . . . .	59— 4,3% общ. итога
Преступления против порядка управления. . . . .	302— 22,2 „ „ „
Должностные (служебные) преступления . . . . .	65— 4,7 „ „ „
Нарушение правил об отделении церкви от государства . . . . .	22— 1,6 „ „ „
Преступления хозяйственные . . . . .	13— менее 1% общ. ит.
Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности . . . . .	557—40,2 „ „ „
Имущественные преступления . . . . .	193—14,1 „ „ „
Преступления воинские . . . . .	38— 2,7 „ „ „
Задержанные по подозрениям и др. . . . .	111— 8,1 „ „ „

Всего . . . 1360

Можно заключить, что из всех видов деликтов психически аномальными учиняются преимущественно преступления против жизни, здоровья и достоинства личности, далее—против порядка управления и на третьем месте—имущественные.

Общая характеристика деликтов, по нашим материалам, определяется следующим образом:

*Контр-революционные преступления.* К случаям обвинения в контр-революции, когда экспертизой в процессе следственных или судебных действий установлено было наличие какого-либо расстройства душевной деятельности того или иного из обвиняемых, можно отнести, между прочим, те, где патологическое состояние выражалось в форме дегенеративной истерии; при этом истерия в период учинения инкриминируемого деяния обострялась или осложнялась сумеречным состоянием. Иногда сумерки эти развивались реактивно в течение пребывания испытуемого в одном из мест лишения свободы.

Так, напр., сельская учительница, истеричка, очутившаяся в чрезвычайно тяжелых материальных условиях, с целью обратить на себя внимание, развешивает на избах селян записки с предупреждением о предстоящих поджогах домов и изб.—о том, что «началась пропаганда духовная и государственная».

Своеобразное «романовское» дело, послужившее предметом разбора в судебных инстанциях, выявило, что матью «появившегося» в Одессе «лже-царевича» оказалась истеричка Ш., подвергающаяся сумеречным состояниям, склонная к патологической лжи и фантастике, внушаемая, эпизодически галлюцинирующая; у ней имеются обманы чувств с религиозной и сексуальной окраской; временами Ш. бредит (явления сверхъестественного общения с нематериальными силами).

Учительница П. в период медицинского испытания обнаруживает галлюцинаторное состояние на почве реактивного психоза, вскоре разрешившегося.

<sup>1)</sup> 1924 г.

В иных случаях у правонарушителей распознается наличие органических изменений, психопатическая установка, шизоидная конституция и др.

*Преступления против порядка управления.* Главным образом наблюдается нарушение статей, предусматривающих хулиганство или сопротивление отдельных граждан представителям власти при исполнении последними возложенных на них законом обязанностей. Обычно правонарушителями являются лица невыносимые к алкоголю, травматик, психически неустойчивые (нестабильные, аффективные и др.).

Так, напр., 54-летний рабочий, никогда не судившийся, в состоянии глубокого опьянения является в помещение страхкассы и среди беладня, на виду у всех, обнажает свои половые органы и касается ими рук женщин.

Под влиянием легкого опьянения (физиологического) четверо селян по очереди насилуют в сарае батрачку, оказавшуюся больной хроническим энцефалитом.

Громким процессом прошло дело о самоубийстве студента Политехнического института Д. В данном случае одним из отдаленных поводов к его самоубийству являлись хулиганские действия трех товарищей, пытавшихся воскресить в советской школе старую бурсу. Напр., один из них, высморкавшись в носовой платок, ткнул им в лицо Д.; другой, под предлогом показать фокус, уложил Д. на пол лицом вверх и обнаженными ягодицами уселся ему на лицо. Экспертизой отмечено было, что хрупкая конституция Д., очевидно, не вынесла цепи тяжелых переживаний, и „штукя“ товарищей частично послужили тем излишком балласта, которым Д. был в конце концов придавлен. Случай с Д. лишний раз подтверждает, что самоубийство является результатом действия двух моментов: индивидуального и социального, взаимодействия всех окружающих условий и психического состояния личности.

В бандитизме уличались, между прочим, субъекты, проявившие в конце концов признаки психических аномалий—в связи с органическими заболеваниями центральной нервной системы, шизофреники или реактивных психозов.

Интерес вызывает случай соучастия в бандитизме молодой интеллигентной девицы, дочери инженера, вовлеченной в преступления (участие в налетах) сожителем, одним из местных налетчиков, убитым впоследствии при преследовании.

*Должностные или служебные преступления* обусловлены, по нашим заключениям, алкогольной дегенерацией и реже—психическим состоянием.

Так, напр., 24-летний X. с целью проверки, не поступают ли на топливный склад, где он работал, поддельные ордера, сам от себя отпечатал в типографии 500 штук ордеров, но не успел их заполнить, так как подделка случайно обнаружилась. X. оказался шизофреником.

Другой правонарушитель С. обвиняется в растрате, систематическом непредставлении отчетности, в выдаче ссуд частным лицам и т. п., а также в попойках, кутежах и пр. С.—травматик-алкоголик.

*Нарушение правил об отделении церкви от государства.*

Чрез судебно-психиатрическую экспертизу прошло дело об „поновках“, т. е. сторонниках настоятеля портовой церкви Иоанн Атаманского, слывшего среди фанатиков за чудотворца, яко-бы исцелявшего больных молитвами. Поновцы в значительной мере оказались субъектами с патологическими уклонами, приверженцами мистических и религиозных тенденций, самовнушаемыми, истеричными и психически неполноценными.

*Преступления хозяйственные* наблюдались сравнительно реже других, причем и здесь первопричиной является обычно алкоголь.

*Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности.* Наш материал как будто подтверждает указание, имеющееся в одном из сборников „Убийцы“<sup>1)</sup> и гласящее: „Советской юсти-

<sup>1)</sup> Ленинград. 1928.

ции и советской криминологии предстоит по новому, в соответствии с пролетарской идеологией, выявить пути, ведущие к убийству". Действительно, разнообразна мотивация убийств, различны убийцы. Чаще всего они оказываются психически-неустойчивыми, примитивными, импульсивными или аффективными субъектами.

Сотрудник газеты Р. убивает своего товарища и сослуживца С. в состоянии душевного волнения, вызванного оскорблением со стороны потерпевшего. Причем спор между ними возник из-за очереди печатания статьи на реминтоне. Юноша Д., подкараулив свою тетку в погребе, убивает ее с целью ограбления (Д.—морально-дефективный тип). Истерик В. из ревности убивает свою жену. В состоянии душевного волнения, вызванного оскорблением со стороны жены, П. убивает последнюю. Под влиянием физиологического аффекта П. из ревности убивает своего мужа. Машинист Д. завлекает на кладбище жену и зверски убивает ее ломом, имея в виду оформить новый брак. Психопат красноармеец Д. убивает товарища красноармейца, повздорив из-за мелких счетов. Престарелый педагог З. из чувства ревности и из-за семейных дразг убивает свою молодую жену. 18-летний селянин, ночуя в городе в квартире приютившей его женщины, пленяется ее величавой и жестокой убивает хозяйку топором. Энцефалитик Б., надзиратель реформаториума, по неосторожности дает выстрел, коим наповал убивает воспитанника. Зав. "домом врача" С. спокойно выпускает в председателя правления д-ра Г. три пули из за шкурных мотивов, но прикрываясь высокими целями (доктор был отъявленным типом диссидентизма, мешавшим союзную работу\*). Шизофреник Б. убивает топором, под влиянием бреда, случайно зашедшего во двор учителя, обратившегося к нему с вопросом: "какой час?". Шизофреник Г. на почве ревности, предметом коей являлась случайная знакомка, беспорядочная 15-летняя проститутка, наносит ножом смертельную рану своему сопернику—грузчику. Дебилный Г., 22 л., селянин, во время престольного праздника, ударом камнем в голову причиняет смертельное ранение односельчанину, сняв уже с ног покойника ботинки. В состоянии патологического опьянения Д. убивает родного отца, а шизофреники Л. и К. убивают своих братьев. Психопат-шизоид М. покушается из ревности на убийство своего соперника (на улице). Подросток С., асоциальный тимопат, наносит молотом удар в голову мачехе, "отбившей у семьи отца". Алкоголик-хроник 55 л. покушается на убийство жены за измену (бред). 63-летний старик Г. под влиянием ссоры с женой покушается зарезать ее кинжалом. Сводя счеты с бывшим мужем, молодая кондуктриса З. покушается на убийство.

Наш материал изобилует также и "половыми преступлениями". Правонарушителями здесь являются обычно одержимые алкогольной дегенерацией.

Так, напр., Г., 52 л., сапожник, обвиняется в растлении 12-летней внучки. А., 54 л., пытался изнасиловать свою дочь 17 л. ("все равно замуж выйдешь"). Травматик В. насилует в поле на возу 15-летнюю дочь. Случаи (3) эксгибиционизма наблюдались у психопатов. В 2 случаях зарегистрировано развращение малолетних учителями; в одном деле шло об учителе Г., который сам мастурбировал учеников и заставлял их делать то же и себе; Г.—тяжелый психопат с педерастическими наклонностями с малых лет; в другом случае вожатый отряда развращал девочек; особых аномалий у него не было констатировано.

*Имущественные преступления.* Обычно случаи эти связаны с истерией, хроническим алкоголизмом или явлениями ослабумливания.

*Преступления воинские* охватывают преимущественно случаи самовольной отлучки из части, неповиновения или оскорбления командного состава, наконец, продажи казенных вещей. Виновные проявляют признаки психопатической конституции, ипохондрии, истерии, реже врожденной дебильности или алкоголизма.

*Симуляция* была констатирована сравнительно редко.

Бандит Б., прославившийся рядом налетов, начинает в допре проявлять признаки психического расстройств. Лишь внимательным наблюдением удалось заподозрить симуляцию, наличие которой окончательно подтвердилось на судебном заседании, когда Б., под влиянием предупреждения о заслушании дела в его отсут-

ствии (в виду целеного его поведения на суде), стал давать детальные и вполне правильные показания. Д., учинивший еще до революции ряд предательских действий, дегенеративный субъект, пытается симулировать психическое заболевание, в частности, — припадки эпилепсии, проводя это очень неудачно. Б., психопат и наркоман, аггравировал сумеречные состояния после того, как одно время на самом деле сознание его было как бы вуальровано. Ш. (бандит) пытался симулировать острое бессмыслие, но впоследствии отказался от своего поведения. X., обвиняемый в контр-революции, симулирует мутизм и отказ от пищи, вскоре прекратив притворство.

Резюмируя наш обзор, мы не можем не подчеркнуть отдельно роль алкоголя, как фактора преступности, — часть всех правонарушений совершена потагорамн-хрониками или лицами совершенно не выносливыми к алкоголю. G. Воппе в своей последней работе (*Das Verbrechen als Krankheit*) считает борьбу с алкоголизмом одним из главных профилактических мероприятий для понижения преступности.

Совершение преступного деяния не стимулируется, как полагает Г. И. Волков (*Уголовное право и рефлексология*) преступным мотивом; преступный мотив, как определенная потребность, является только отражением в психике субъекта объективного стимулирования преступного деяния.

Само собой разумеется, типичные особенности каждого индивидуума складываются, как результат воздействия трех определяющих моментов: 1) врожденности, 2) эргоногенеза (все физико-химические начала, действующие на организм) и 3) воспитания (Н. А. Белов<sup>1)</sup>).

Усиление нервозности, — полагает Wilmanps<sup>2)</sup>, — способствуют рост индустриализации в крупных центрах и скученность среди пролетариата, ибо при этом качественно и количественно усиливаются раздражители повседневной жизни.

Проф. N. Pende верит в возможность эндокринологической профилактики конституционально-моральной слабости, что уже много лет предлагал Lugago.

Проблема падения преступности связана с вопросом улучшения человеческого рода, каковой вопрос может быть разрешен, как отмечает Stecher<sup>3)</sup>, не ножем хирурга, а социальным законодательством и широким просвещением масс, необходимой частью которого является просвещение евгеническое.

Заканчивая наши итоги, мы должны отметить, что русский уголовный кодекс применяет принцип законной ответственности ко *всем правонарушителям, каковы бы ни были их физико-психические условия*, в то же время приспособляя к их личности *форму мер социальной защиты*. Вот почему известный итальянский криминалист Enrico Ferri ставит русский уголовный кодекс в авангарде всех цивилизованных стран<sup>4)</sup>.

Опубликование настоящего обзора я позволяю себе приурочить ко дню 25-летия научной деятельности глубокоуважаемого проф. Ф. Н. Жмайловича в знак благодарности за предоставление мне возможности вести занятия в заведываемом Им институте судебной медицины.

<sup>1)</sup> Цит. по Н. В. Миртовскому, Значение методов био-химического исследования для нейропсихич. экспертизы.

<sup>2)</sup> Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit. Berlin. 1927.

<sup>3)</sup> Вырождение и евгеника.

<sup>4)</sup> Вопросы изучения преступности на Сев. Кавказе. 1927, вып. 2.

## К вопросу о судебно-медицинском значении исследования гонорройных пятен.

Д-ра **А. И. Медведь**, ординатора Центрального вендиспансера.

Наш современный Уголовный кодекс квалифицирует венерическое заражение в даже заведомое поставление другого лица в опасность заражения венерической болезнью, как уголовное преступление (ст. 150 Уголовного кодекса). Обвинение по этой статье должно быть основано главным образом, если не исключительно, на данных медицинской экспертизы. Если последняя в области других преступлений должна быть основана лишь на строго-научно проверенных и безусловных данных, то в отношении возможности венерического заражения определенным лицом она должна быть еще более осторожна, но в то же время и категорична.

В связи с этим вновь возникает вопрос о доказательности экспертизы гонорройных пятен. Вопрос этот не нов для судебной медицины. Еще *Lober*<sup>1)</sup> впервые высказался, что исследование трипперных пятен может дать ценные указания для судебно-медицинской экспертизы. Вместе с тем, однако, он указал, что микроскопическое исследование пятен дало ему отрицательные результаты, и лишь при посевах он получил разводки гонококков. Последнее обстоятельство, в связи с затруднительностью, особенно в то время, получения чистых культур гонококка, вызвал скептическое отношение части специалистов к заявлению *Lober'a* (напр., *Neisser'a*, *Jadasson'a*, *Bosc'a*, *Aubert'a* и др.).

Дальнейшие исследования в этой области разделили авторов относительно данного вопроса на два лагеря,—одни защищали возможность нахождения гонококков в пятнах, даже старых, другие же отрицали ее. К последней группе следует отнести в первую очередь *Aubert'a*<sup>2)</sup>, всецело отвергавшего возможность нахождения гонококков в засохших пятнах, и *Bosc'a*<sup>3)</sup>, говорившего, что на 5—6-й день в гное сохраняются лишь остатки лейкоцитов, и вполне исчезает характерное отношение к ним гонококков. К этой же группе следует отнести и *Dietrich'a*<sup>4)</sup>, советовавшего основывать экспертизу исключительно на методе разводки; а так как культуры гонококков из засохших пятен получить нельзя, то и исследование их не должно иметь практического применения.

<sup>1)</sup> *Lober*. De la recherche du gonoc. en méd. légale. Ann. d'hyg. publ. 1888, XIX.

<sup>2)</sup> *Aubert*. Le gonoc. en méd. lég. Lyon méd., 1888, № 7.

<sup>3)</sup> *Bosc*. Le gonocoque en méd. lég. Montp. méd., 1893, № 48.

<sup>4)</sup> *Dietrich*. Lehrbuch der gerichtliche Medicin. 1897.

Группа авторов, доказывавших положительное значение экспертизы пятен, более значительна. Так, Kratter <sup>5)</sup> говорит, что даже спустя полгода в засохших пятнах можно найти гонококков. Haberdia <sup>6)</sup> отмечает, что даже спустя 8 недель форма, вид и величина гонококков, равно как и способность их окрашиваться анилиновыми красками, — вполне сохраняются. Marsel See <sup>7)</sup> через 3 недели при исследовании пятна нашел совершенно ясную картину перелойного гноя. Беллин <sup>8)</sup> еще через  $\frac{1}{2}$  недели находил в пятне, сохранявшемся в погребе, гонококков, вполне сохранивших свой вид и форму. Гельман <sup>9)</sup> в результате своих исследований пришел к заключению, что в пятнах, засохших толстым слоем, даже через 13 месяцев можно найти типичную, идеальную картину гонорройного секрета, в тонких же слоях такая картина наблюдается иногда до 8-го месяца, чаще же — до 4—5-го месяцев.

Последнее исследование в данной области принадлежит Рудскому <sup>10)</sup>. Этот автор исследовал гной и гнойные пятна от 27 больших острым триппером и 21 большого хроническим триппером, причем предварительно подвергал пятна действию различных агентов (высыхание, свет, вода, температура, загрязнение и т. п.). На основании своих исследований Рудский пришел к ряду выводов, из которых здесь следует отметить пока лишь следующие: 1) микроскопическое исследование пятен перелойного гноя имеет такое же значение для судебной медицины, как и исследование свежего гноя; 2) для распознавания пятен в большинстве случаев достаточно микроскопического исследования их, а также выделений и клинических признаков болезни; 3) производство развонок гонококков из сухих пятен перелойного гноя не удавалось даже при соблюдении условий, благоприятных для получения культур этих микроорганизмов. В дальнейших своих выводах Рудский останавливается на различных условиях, влияющих на состояние гонорройных пятен. Не распространяясь об этих выводах, мы здесь отметим только, что с некоторыми из них, на основании ниже описываемых опытов, мы не можем согласиться, что и будет отмечено в дальнейшем.

Обстоятельная работа Рудского является, повторяем, последней, и в настоящее время судебно-медицинская экспертиза пятен базируется почти исключительно на ней. Между тем со времени выхода в свет этой работы прошло уже 25 лет. Учитывая возможность некоторого изменения в этот срок биологических свойств гонококков и, в то же время, имея в своем распоряжении достаточный материал для исследования, мы, по предложению доц. А. Д. Гусева, решили использовать его в качестве опытного материала.

Нами были получены пятна от 67 заведомо гонорройных больных, мужчин и женщин, у которых бактериоскопически в мазках, непосредственно взятых на стекла, были обнаружены гонококки. При исследовании

<sup>5)</sup> Kratter. Berliner klin. Woch., 1890, № 42.

<sup>6)</sup> Haberdia. Vierteljahrscr. f. gerichtl. Med., Bd. VIII, 1894.

<sup>7)</sup> Marsel See. Le gonocoque. Paris, 1896.

<sup>8)</sup> Беллин. Вестник общ. гигиены, 1897, № 12.

<sup>9)</sup> Гельман. Вестник общ. гигиены, 1900, кн. X и XI.

<sup>10)</sup> Рудский. К вопросу о гонококках в судебно-медицинском отношении. Дисс. Москва, 1902.

пятен от 36 ч. из числа этих 67 ч. гонококков нами найдено не было. Из остальных 31 ч. у 13 человек гонококки в пятнах были обнаружены в небольшом количестве, у 18 же в пятнах было найдено очень много гонококков. Этим-то материалом мы и воспользовались для опытов.

Брались выделения преимущественно из шейки матки и из уретры у мужчин; из женской уретры выделениями мы почти не пользовались, так как их едва хватало для производства одного мазка на предметном стекле. Пятна делались на новой и старой ткани. От одного человека мы получали от 2 до 3 у мужчин и до 20 пятен у женщины. Цвет пятен был от серого (вроде крахмального) до желтого или бурого от примеси крови. Из одного пятна, если ткань была тонкая, можно было получить 4—5 частей, удобных для исследований. Одна часть подвергалась непосредственно после размачивания исследованию на гонококки, остальные шли для опытов.

Техника приготовления мазков была такова: пятно помещалось в водопроводную или дистиллированную воду на 15—30 минут, затем ненамазанной стороной наносилось на фильтровальную бумагу, для удаления избытка воды, на несколько секунд; потом, при помощи пинцета и иглы, мазок отжимался и счищался на предметное стекло; фиксация производилась после высыхания мазка пламенем, окраска—метиленовой синькой Loeffler's'a и по Gram'у с дополнительной окраской по Parphenheim'у.

Так как нам приходилось иметь дело, между прочим, с женщинами, у которых выделения из уретры едва хватало на один мазок, то для экономии времени нам удалось достичь упрощенной модификации окраски. Каждый мазок первоначально мы окрашивали метиленовой синькой и, если находили гонококков, для подтверждения диагноза производили добавочную окраску по Gram'у. С окрашенного синькой мазка масло смывалось, и препарат обычным способом докрашивался по Gram'у без предварительного обесцвечивания синьки,—это добавочное окрашивание по Gram'у само обесцвечивало синьку.

Настоящий способ мы рекомендуем в лабораториях, где производится массовые исследования на гонококки. Он дает громадное сбережение времени, так как уже простое окрашивание синькой показывает нам картину, к которой не стоит применять сложной Gram'овской окраски. Именно, в тех случаях, где мы находим только слизь, эпителиальные клетки и единичные гнойные клетки, т. е. выделения нормальной слизистой,—нам нет смысла искать гонококков. Предложенный нами метод применяется постоянно в лаборатории нашего Вендиспансера.

Наши исследования носили поверочный характер по отношению к положениям д-ра Рудского, т. е. мы изучали влияние  $t^{\circ}$ , времени, света, воды на сохраняемость гонококков в пятнах.

При изучении влияния водопроводной воды при комнатной  $t^{\circ}$  на пятна оказалось, что гонококки в последних могут сохраняться по несколько суток. В одном случае нам удалось их найти даже через 12 суток, всего же нами было исследовано 28 пятен, сохранившихся в воде от 1 до 13 суток. Результаты этих опытов приведены в таблице I.

Далее, нами изучалось влияние солнечного света, причем пятна подвергались непосредственному действию солнечных лучей. Оказалось,

ТАБЛИЦА I.

№ боль- ного.	Пол.	Время дей- ствия воды при комн. t°.	Присут. гонок.	№ боль- ного.	Пол.	Время дей- ствия воды при комн. t°.	Присут. гонок.
№ 28	Ж.	1 сут.	+	№ 28	Ж.	7 сут.	+
"	"	1 сут.	+	"	"	9 сут.	+
"	"	1 сут.	+	"	"	12 сут.	+
"	"	2 сут.	+	№ 77	"	7 сут.	—
"	"	2 сут.	+	№ 67	"	7 сут.	—
"	"	3 сут.	+	№ 25	"	9 сут.	—
"	"	3 сут.	+	№ 61	"	9 сут.	—
"	"	3 сут.	+	№ 61	"	9 сут.	—
"	"	4 сут.	+	№ 64	"	9 сут.	—
"	"	4 сут.	+	№ 69	"	9 сут.	—
"	"	5 сут.	+	№ 70	"	9 сут.	—
"	"	6 сут.	+	№ 45	"	10 сут.	—
"	"	7 сут.	—	№ 66	"	13 сут.	—
"	"	7 сут.	+				

что при действии их до 15 часов гонококков легко было обнаружить (см. табл. II).

ТАБЛИЦА II.

№ больного	Пол	Время действия солнечных лучей	Присутств. гонок.
№ 6	м.	Около 15 ч.	+
№ 28	ж.	" " "	+
№ 28	ж.	3 часа	+

Для судебно-медицинской практики большое значение имеет изучение некоторых условий, под влиянием которых пятна трипперного гноя могут терять свои отличительные признаки. Из таких условий нами изучались:

а) *Влияние подогретой воды.* При подогревании пятен, положенных в воду на 30 секунд при t° 78,5°—81°, иногда удавалось обнаружить гонококков (см. табл. III).

ТАБЛИЦА III.

№ больн.	Пол	Время действия	Темпера- тура	При- сут. гонок.	№ больн.	Пол	Время действия	Темпера- тура	При- сут. гонок.
№ 44	ж.	30"	66	+	№ 74	м.	30"	75—77	—
№ 44	ж.	30"	69—70	+	№ 44	ж.	30"	78,5-80	+
№ 44	ж.	30"	69—72	+	№ 78	м.	30"	80—81	+
№ 75	ж.	30"	70—73	—	№ 74	м.	30"	80—81	—
№ 44	ж.	30"	75—76,5	+	№ 74	м.	30"	85—86	—
№ 75	ж.	30"	75—76	—	№ 77	ж.	30"	80—81	—
№ 77	ж.	30"	75—76	+					

б) *Влияние нагретого сухого воздуха.* При нагревании в течение 1 минуты даже при  $t^{\circ}$  160<sup>o</sup>—167<sup>o</sup> были найдены гонококки (см. табл. IV).

ТАБЛИЦА IV.

№ больного	Пол	Время действия	Темпер. сухого возд.	Присутств. гонококк.
№ 45	ж.	1'	160 <sup>o</sup> —167 <sup>o</sup>	+
№ 74	м.	1'	160 <sup>o</sup> —167 <sup>o</sup>	+
№ 77	ж.	1'	160 <sup>o</sup> —167 <sup>o</sup>	— Гнойные к.л. сохранились.

в) *Влияние раствора лизола (около 5%).* При действии раствора лизола около суток (22 ч.) на пятна гонококки не разрушались (см. табл. V).

ТАБЛИЦА V.

№ больного	Пол.	Время действия лизола	Присутствие гонококков	Примечания
№ 7	ж.	30''	+	
№ 7	ж.	5'	+	
№ 7	ж.	10'	+	
№ 7	ж.	10'	+	
№ 44	ж.	20'	+	
№ 44	ж.	40'	+	Гнойные клетки в состоянии распада.
№ 44	ж.	22 час.	+	Гнойные клетки сохранились.

г) Очень важно было установить *влияние мыльной воды на пятна*, т. к. последние обычно замываются, почему были поставлены опыты с мыльной водой при комнатной  $t^{\circ}$ . Оказалось, что погружение пятен в мыльную воду на 45—50 м. не разрушает гонококков (см. таблицу VI).

ТАБЛИЦА VI.

№ больн.	Пол.	Время действия воды	Присутст. гонок.	№ больн.	Пол.	Время действия воды	Присутст. гонок.	№ больн.	Пол.	Время дейст. воды	Присутст. гонок
№ 74	м.	15''	+	№ 75	ж.	2 1/2'	+	№ 64	м.	45'	+
№ 65	ж.	15''	+	№ 75	ж.	3'	+	№ 66	"	45'	+
№ 74	м.	30''	+	№ 74	м.	3'	+	№ 67	"	45'	—
№ 78	м.	30''	+	№ 74	ж.	4'	+	№ 74	"	45'	+
№ 61	ж.	60''	+	№ 74	м.	5'	+	№ 75	"	45'	+
№ 75	ж.	60''	+	№ 61	"	5'	+	№ 75	"	45'	—
№ 74	м.	60''	+	№ 61	"	10'	+	№ 77	"	45'	+
№ 69	ж.	60''	+	№ 61	"	15'	+	№ 77	"	45'	—
№ 66	ж.	60''	+	№ 75	"	30'	+	№ 77	"	50'	+
№ 75	ж.	90''	+	№ 61	"	33'	+	№ 69	"	45'	—
№ 74	м.	90''	+	№ 74	"	35'	+	№ 69	"	45'	—
№ 61	ж.	90''	+	№ 61	"	35'	+	№ 69	"	45'	+
№ 75	ж.	2'	+	№ 61	"	45'	+	№ 78	"	55'	+
№ 74	м.	2'	+	№ 61	"	45'	+	№ 66	"	1 час.	—

Сравнивая полученные нами при исследованиях данные с положениями д-ра Рудского, можно отметить между ними в некоторых отношениях довольно существенные расхождения, особенно, что касается воздействия мыльной воды. Д-р Рудский указывает, что мыльная вода в 15 секунд производит разрушение гонококков, тогда как у нас даже через 45 минут после погружения в мыльную воду удавалось обнаружить гонококков.

Далее, при воздействии подогретой воды до  $70^{\circ}$ — $80^{\circ}$  у Рудского гонококки исчезали в несколько секунд, у нас же даже в продолжение 30 секунд при  $t^{\circ}$   $80^{\circ}$ — $81^{\circ}$  возможно было найти гонококков.

Под влиянием нагретого сухого воздуха у Рудского гонококки исчезали через 1—3 минуты при  $t^{\circ}$  в  $160^{\circ}$ , у нас же при  $t^{\circ}$   $160^{\circ}$ — $167^{\circ}$  через 1 минуту можно бывало обнаружить гонококков.

Наши расхождения с д-ром Рудским можно объяснить большей резистентностью в настоящее время гонококков, что, вероятно, зависит от более благоприятной почвы, которую находят эти микробы в ослабленном переживаемым моментом организме человека.

### В Ы В О Д Ы.

1. Больше, чем в 50% случаев (из 67 случаев в 36), в пятнах гонорройных больных нам не удалось найти гонококков; следовательно, отрицательный результат исследования пятен еще не дает права делать заключения об отсутствии заболевания гонорреей.

2. Мыльная вода приблизительно через час разрушает гонококков.

3. Подогревание в воде в течение 1 минуты при  $80^{\circ}$  разрушает гонококков.

4. Нагревание до  $160^{\circ}$  в течение нескольких минут разрушает гонококков.

5. Лизол в течение почти суток не разрушает гонококков (возможно, только фиксирует их).

6. Гонорройные пятна могут находиться в воде несколько суток, и все же способность гонококков окрашиваться может сохраняться.

### Аллергические и анафилактические процессы при инфекционных заболеваниях).

Пр.-доц. А. Ф. Агафонова.

Проблема аллергии и ее роль в иммуно-биологических изменениях организма громадна, откуда понятно то напряженное внимание научной мысли, которое уделялось и уделяется этой проблеме. Состояние сверхчувствительности организма и, в частности, анафилаксия в начале его изучения казалось парадоксальным явлением, резко отличным и диаметрально противоположным состоянию иммунитета. С углублением наших знаний в этой области были резкие грани до некоторой степени стерлись и, хотя еще очень далеко до полного понимания истинной сущности указанных явлений, все же мы должны признать, что они тесно связаны с иммунитетом, являясь выражением защитной реакции организма на самые разнообразные раздражения, будь то чужеродный белок, бактерии и целый ряд веществ, как обладающих, так и не обладающих антигенными свойствами.

Для ясности дальнейшего изложения я позволю себе несколько остановиться на самом понятии аллергии и анафилаксии.

Творцом слова и понятия „аллергия“ является Riguet, который понимал под аллергией состояние измененной реактивности организма, происшедшее или под влиянием перенесенного инфекционного заболевания, или благодаря искусственной предварительной обработке организма чужеродным ему веществом.

Типичным примером измененной реактивности организма на один и тот же раздражитель является вакцинация. Как известно, при первичной прививке оспы местные явления наступают через 3—4 дня, протекают довольно бурно и ведут к образованию пустул, заживающих рубцом. При ревакцинации обычно наблюдается другая картина: местные явления появляются раньше, но бывают значительно слабее выражены, чем при первой прививке оспы.

Ту же самую измененную реактивность организма, но в смысле усиления ее, можно видеть при повторных инъекциях сыворотки. В зависимости от интервала между этими инъекциями инкубационный период сывороточной болезни резко укорачивается—до 3—4 дней вместо 8—12 дней (ускоренная реакция), или же он совершенно отсутствует (немедленная реакция)—в тех случаях, когда промежуток между инъекциями сыворотки был небольшим. Мало того, при повторном введении сыворотки сывороточная болезнь очень часто протекает более бурно, сопровождаясь коллапсом. Таких клинических примеров, поясняющих основную мысль Riguet, можно было бы привести много. Приведенные примеры говорят нам, что организм под влиянием первичного воздействия на него раздражителя (в наших примерах—вакцины, чужеродной сыворотки) на повторное введение этого же вещества реагирует значительно быстрее, он как бы сенситивизирован им. И не только характерно значительное укорочение срока наступления реакции, но и сама реакция может меняться как в количественном, так и в качественном отношении, как в сторону плюса, так и минуса, т. е. сверхчувствительности и нечувствительности, иммунитета. Эти изменения реактивности могут быть чрезвычайно разнообразны. На первый взгляд отсутствие реакции на токсины у лиц, обладающих анитоксическим иммунитетом, свидетельствует о быстро наступающей реакции организма, в смысле ускоренной продукции анитоксина и быстро

\* ) Пробная лекция на соискание звания приват-доцента, прочитанная 23 мая 1928 г. в заседании Совета гос. Института для усовершенствования врачей.

наступающей нейтрализации введенного токсина, т. е. такая измененная реактивность иммунного организма на токсины тоже должна быть отнесена к аллергическому состоянию в смысле Pirquet.

С течением времени основное понятие, данное Pirquet об аллергии, было изменено и расширено. Так, Doerr и целый ряд других авторов относят к аллергии повышенную чувствительность к веществам не только антигенного, но и неантигенного характера (лекарства, пищевые вещества и пр.), то-есть явления т. наз. идиосинкразии. Некоторые лица—идиосинкратики—обнаруживают высокую чувствительность на введение веществ (лекарств, пищевых веществ и пр.), совершенно безвредных для других лиц. Эта высокая чувствительность проявляется определенным симптомокомплексом, причем последний не стоит ни в какой зависимости от фармакологического действия вызвавшего его вещества. Говоря кратко, симптомы эти таковы: появление крапивницы, зуда, геморрагий на коже, воспалительных явлений слизистой оболочке и конъюнктивы глаза, нарушения функции желудочно-кишечного тракта—рвота, понос и пр. Все перечисленные симптомы являются вместе с тем характерными признаками т. наз. аллергического симптомокомплекса, что и дало повод рассматривать идиосинкразию, как аллергическое состояние, как аллергию. Как известно, клиническими признаками аллергического симптомокомплекса являются следующие: а) общие симптомы: колебания  $\text{pH}$  (особенно понижение его), понижение кровяного давления, коллапс, шок, судороги; б) симптомы со стороны кожи: крапивница, отек  $\text{Quincke}$ , чес, геморрагии; в) симптомы со стороны слизистых оболочек: чихание, насморк, конъюнктивит, спазмы бронхов; г) желудочно-кишечные расстройства: рвота, понос; д) со стороны крови: лейкопения, эозинофилия, гемокластический криз; е) со стороны сосудистой системы: понижение кровяного давления, паралич вазомоторов. Как видно из этого перечня, клинические проявления идиосинкразии входят, как часть в целое, в картину аллергического симптомокомплекса.

Резюмируя сказанное, можно дать следующее определение аллергии: аллергия—это состояние повышенной специфической реактивности организма, частью врожденное, частью приобретенное, по отношению как к антигенам, так и к неантигенным веществам (Kammerer). На введение этих веществ аллергичный индивидуум отвечает определенным аллергическим симптомокомплексом, который не стоит ни в какой зависимости от первичного ядовитого действия аллергена, если он таковым обладает. Между картиной отравления, характерной для данного яда, и аллергическим симптомокомплексом нет ничего общего.

В том случае, если аллергическое состояние проявляется по отношению к веществу, обладающему антигенными свойствами, то принято говорить об анафилаксии, основным признаком которой, в отличие от других аллергических состояний, является механизм ее происхождения: нужно считать твердо доказанным, что в основе ее лежит протекающая в организме реакция между введенным антигеном и образовавшимся по отношению к этому антигену антителами. Таким образом анафилаксия большинством авторов рассматривается, как частный случай аллергии, как повышенная чувствительность, характеризующаяся определенным симптомокомплексом на повторное введение белковых веществ, обладающих антигенными свойствами. Эта измененная реактивность может быть искусственно вызвана только путем предварительной обработки индивидуума тем или другим белковым антигеном. Ранее считалось, что только протеины обладают анафилактогенными свойствами, т. е. что только белки обладают способностью вызывать в организме образование специфических анафилактогенных противотел, с которыми протеины вступают в реакцию (связывают их как *in vivo*, так и *in vitro*). Однако работами Obermayer'a и Pick'a, Landsteiner'a, Avery, Heidelberg'a и др. было доказано, что целый ряд веществ,—липиды, полисахариды, некоторые химические вещества,—обладают способностью связывать соответствующие антитела, вступать с ними в реакцию, хотя сами перечисленные вещества не могут вести к образованию в организме противотел; отсюда название—неполные антигены или гаптены (Landsteiner). Последние могут стать полными антигенами, если их искусственно соединить с белком, или если они естественным путем соединились с ним; в таком случае они не только обладают способностью связывать антитела, но и ведут к образованию их в организме, т. е. приобретают все свойства полных антигенов.

Я не буду останавливаться на оригинальной и очень интересной классификации состояний повышенной чувствительности организма, которую предложил американец Coss'a. Эта классификация не может еще считаться общепризнанной,

и по поводу ее ведутся горячие дебаты. В настоящем обзоре я придерживаюсь классификации Н а н с е н'а, в основе которой лежит классификация Д о е г г а:

### А Л Л Е Р Г И Я

А) по отношению к антигенам, способным к размножению (антиинфекционная иммунитет);

В) по отношению к веществам, не могущим увеличиваться, размножаться:

а) *неактивные*: некоторые лекарственные вещества, органические и неорганические химические вещества;

б) *неполные антигены* (гаптены): протеиды, липоиды, полисахариды, некоторые лекарственные вещества, некоторые органические химические вещества (реакция антиген-антитело);

Г) *полные антигены*:

а) протеины (истинная анафилаксия).

б) токсины (реакция антиген-антитело).

Переходя к изложению проявлений аллергически-анафилактических состояний при инфекционных заболеваниях, нужно оговориться, что необходимо крайне осторожно переносить данные эксперимента на животных на патологию человека. Кажущееся сходство не дает еще нам права говорить о тождестве явлений, об одинаковой их сущности. Праздуют авторы, которые говорят, что проблема аллергии в частности, ее проявлений при инфекционных заболеваниях еще далеко не выяснена. Окончательные выводы здесь еще только намечаются.

Несмотря на все разнообразие клинической картины инфекционных заболеваний, можно подметить общие черты для них, а именно, наличие инкубационного периода, температурной реакции и экзантемы при сыпных заболеваниях. Вполне понятно, что помимо этих общих для всех инфекционных заболеваний черт, каждая инфекция имеет свои особенные, свойственные только ей признаки в зависимости от избирательного токсического воздействия, обусловленного биологическими особенностями возбудителя и специфичностью ядовитых веществ, им секретируемых, от локализации болезненного процесса и т. д.

Если присматриваться к этим разнообразным признакам, именно к тем из них, которые с определенной закономерностью повторяются при всех сыпных инфекционных заболеваниях, то невольно бросается в глаза, что эти признаки наблюдаются не только при инфекциях, но и в группе аллергических заболеваний, типичным примером которых является сывороточная болезнь. Среди клинических проявлений сывороточной болезни обращает на себя внимание наличие у ней определенного инкубационного периода, высыпания на теле, подчас очень напоминающего коревое высыпание, температурной реакции, поражения суставов, характерного изменения картины крови и т. д. Вообще имеется много общих клинических черт у сывороточной болезни с инфекционными заболеваниями. Тем не менее мы хорошо знаем, что сывороточная болезнь не есть инфекция. Сталкиваясь с таким поразительным сходством клинических проявлений, невольно приходишь к мысли, не лежит ли в основе их один и тот же механизм. И действительно, целый ряд авторов — в том числе и P i r q u e t — проводит аналогию между сывороточной болезнью и инфекционными заболеваниями.

P i r q u e t был первым, высказавшим мысль, что сущность инкубационного периода сводится не к тому, чтобы за это время возбудитель заболевания успел размножиться, и тем самым был бы перейден порог раздражения, а к тому, что за время инкубации организм sensibiliziruetся к бактериальному антигену, вырабатывая соответствующие специфические противотела. И только тогда, когда последние образовались в достаточном количестве, когда таким образом внутри организма создалась необходимая предпосылка для наступления реакции антиген-антитело, — только тогда наступают острые клинические явления, характеризующие вообще инфекционное заболевание.

Таким образом, по воззрению P i r q u e t, острые явления инфекционных заболеваний до некоторой степени аналогичны анафилактическому шоку у экспериментальных животных. P i r q u e t подчеркивает, что инкубационный период при некоторых инфекциях (корь, оспа, коклюш) — тот же, что и при сывороточной болезни.

F r i e d b e r g e r идет еще дальше и склонен объяснять почти все проявления инфекционных заболеваний анафилактическими процессами, именно, действием анафилатоксина, т. е. того яда, который, по его мнению, возникает при парентеральном расщеплении бактериального антигена под воздействием образовав-

тятся в организме антител к этому антигену и при участии комплемента. При медленном и неполном расщеплении антигена промежуточные продукты его распада оказывают ядовитое действие. Friedberger говорит, что анафилаксия есть нечто иное, как крайняя и острая форма инфекции, а инфекция — это смягченная и замедленная форма анафилаксии. В своих совместных с Mila экспериментах на анафилактических морских свиных, варьируя дозу антигена и способ введения его опытным животным, этот автор мог получить и разнообразные температурные реакции, очень близко напоминающие разнообразные типы температурных кривых при различных инфекционных заболеваниях человека. Этот интересный взгляд Friedberger'a на инфекцию, как на исключительно-анафилактическое состояние, совершенно отодвигает на задний план другие биологические особенности возбудителя, как, напр., действие токсина и эндотоксина. В той сложной картине, какую мы имеем при инфекционных заболеваниях, в сложных иммуно-биологических изменениях в организме под влиянием инфекции, все эти факторы, несомненно, имеют место, действие их наслаивается друг на друга, и мы не можем всегда точно разграничить их.

Neufeld и Dold, Pfeiffer и Bessau придерживаются того взгляда, что наряду с анафилатоксином и истинные токсины и эндотоксины являются реальными и специфическими факторами инфекционных заболеваний. Целый ряд других авторов совершенно отрицает участие анафилатоксина при инфекционных заболеваниях. Wasserman и Doerr идут еще дальше, отрицая вообще возможность получения анафилаксии к бактериальному антигену. Возражения их в основном сводятся к следующему: во-первых, бактериальный протеин в большинстве случаев по своему химическому строению есть низко-молекулярный белок и, как таковой, не может вызвать анафилаксии, так как отличительной чертой белковых анафилатогенов, т. е. веществ, могущих вызвать анафилаксию, является высоко-молекулярная структура белковой молекулы; во-вторых, у человека вообще нельзя вызвать анафилактического состояния.

На это можно, однако, возразить следующее: общепризнано, что путем иммунизации животных бактериальными протеинами можно получать преципитирующие сыворотки, т. е. сыворотки, дающие осадки с соответствующим антигеном, а, как известно, большинство ученых склонны рассматривать преципитины и анафилактические антитела, как идентичные вещества. Как раз сторонником такого взгляда и является Doerr. Далее, то возражение, что у человека вообще нельзя вызвать анафилактического состояния, нам кажется достаточно опровергнутым работами Hooker'a, Park'a, Makaj, Hustin'a, Tonietti, Bieberstein'a и др., которые показали, что можно внутрикожными или внутримышечными инъекциями чужеродной сыворотки человеку сенсibilизировать его и вызвать состояние повышенной чувствительности к повторному введению сыворотки, т. е. сделать его анафилактичным.

В течение инфекционного заболевания имеется полная возможность сенсibilизации организма бактериальными протеинами. Вопрос лишь в том, как проявляется эта сенсibilизация, насколько велико участие этого фактора в клинической картине заболевания. Какими же мы располагаем методами для доказательства действительного существования аллергически-анафилактических состояний при инфекционных заболеваниях? Кроме тех умозрительных заключений и отчасти аналогий с экспериментальной анафилаксией у опытных животных (Friedberger, Pirquet), о которых мы уже упоминали, в нашем распоряжении остаются наблюдения над ответной реакцией больных и выздоравливающих на парэнтеральное введение им продуктов жизнедеятельности бактерий, бактериальных протеинов (токсины, вакцины), и отчасти наблюдения над изменением картины крови. К анализу этих реакций я и перейду.

Выпадение реакции Schick'a и Dick'a (на внутрикожное введение соответствующего токсина) при дифтерии и скарлатине, — как правило, слабо-положительное в начале заболевания и отрицательное при выздоровлении, — говорит об измененной реактивности организма к токсину, т. е. об аллергическом состоянии, обусловленном наличием анитоксического иммунитета и возникшем, как следствие перенесенной инфекции. Аллергия по отношению к истинным токсинам (дифтерийному, столбнячному, дизентерийному, ботулизму) хорошо изучена на опытных животных. Нечувствительность или пониженная чувствительность к введению соответствующего токсина, несомненно, связана с наличием анитоксического иммунитета. Таким образом и сущность, и механизм этого состояния ясны. Несколько сложнее обстоит дело с повышенной чувствительностью к токсину, которая может

наблюдаться и при наличии в соках испытуемого организма большого количества титотоксина. Я не буду впрочем останавливаться на этом вопросе, ибо это не входит в мои задачи.—замечу только, что здесь, по всей вероятности, дело идет об измененной повышенной реактивности к токсину важных для жизни организма белок (Doeber).

Очень интересны наблюдения Zöllner'a над изменением реактивности кожи человека при интракутаных инъекциях антитоксина, т. е. токсина, подвергнутого продолжительному воздействию формальдегида и высокой температуры. В результате чего он теряет свои токсические свойства, сохраняя антигенные. Положительное выпадение этой пробы зависит не от действия токсина, так как токсичность, благодаря соответствующей обработке препарата, им утеряна, а зависит от воздействия протеинов дифтерийной палочки: за это говорит то обстоятельство, что тот же самый результат получается, если внутрикожно вводить взвесь убитых дифтерийных палочек. Положительная кожная реакция на протеин дифтерийных палочек, по всей вероятности, свидетельствует о том, что данный субъект уже был в контакте с антигеном (дифтерийной палочкой) и sensibilizирован ею, алергичен к дифтерийному протеину. Так трактуют эту реакцию сам Zöllner и ряд других авторов. Следовательно, заболевание дифтерией или даже только продолжительный контакт с дифтерийной палочкой, в виде бактерионосительства, ведет, с одной стороны, к образованию в организме антитоксического иммунитета и, следовательно, к нечувствительности к токсину (отрицательное выпадение реакции Schick'a), а с другой—к повышенной чувствительности к бактериальному белку.—мы бы сказали, к анафилаксии, о чем свидетельствует положительная анитоксин-реакция.

В остром периоде кори, как известно, исчезает кожная чувствительность больных к туберкулину и вакцинам с тем, чтобы с выздоровлением опять восстанавливается. Bessaи ставит в прямую связь исчезновение кожной чувствительности коревых больных с тем, что коревой яд по меньшей мере отчасти имеет анафилактический характер. Острый период кори, таким образом, по мнению Bessaи, близко напоминает состояние антианафилаксии у экспериментальных животных, при которой гаснет кожная чувствительность к анафилактогену.

Общезвестен, далее, факт исчезания кожной чувствительности к соответствующим вакцинам в остром периоде заболевания при целом ряде инфекций: брюшном тифе, скарлатине, стрептококковом сепсисе, цуерперальных заражениях (Levaditi, Gansoni, Аристовский, Агафонов, Желтенков, Глухов и др.). Мы полагаем (как это видно из нашей совместной с профессором В. М. Аристовским работы «О кожной чувствительности скарлатинозных к стрептовакцине»), что кожная чувствительность исчезает главным образом к вакцинам, приготовленным из микроорганизмов, имеющих этиологическое значение для данного заболевания. При выздоровлении, наоборот, наблюдается повышенная кожная чувствительность к тем же вакцинам.

Мы склонны объяснять сущность этих реакций не действием эндотоксина (как то делают Глухов и Szigau), а анафилактическим состоянием больного, sensibilizированного к соответствующим бактериальным протеинам. Состояние повышенной чувствительности кожи животного к определенному анафилактогену, как это вытекает из нашей экспериментальной работы о местной анафилаксии, вместе с тем свидетельствует и о наличии повышенной чувствительности всего организма к тому же антигену, т. е. существует довольно тесный параллелизм между кожной и общей чувствительностью к анафилактогену. Если признать повышенную кожную чувствительность инфекционного больного к соответствующей вакцине в период выздоровления, как проявление местной анафилаксии, то отсюда логически вытекает, что эта чувствительность должна быть специфичной.

В отечественной литературе мы находим указания ряда авторов (Зиликина, Кудирко, Иомина и Козьмина и др.) на отсутствие специфичности при подобном рода явлениях. Не вдаваясь в обсуждение этого чрезвычайно интересного вопроса, мы здесь ограничимся лишь указанием на то, что в сложных явлениях, сопровождающих иммуно-биологические реакции, в особенности при наблюдении их на живом организме, почти всегда играют видную роль факторы неспецифического порядка, которые то в большей, то в меньшей степени затуманивают картину специфичности. Всякий антиген, помимо своих специфических свойств, обладает и неспецифическим действием, а организм, в свою очередь, отвечает на действие антигена как в специфическом, так и неспецифическом направлении (Аристовский).

Печально в остром периоде инфекционного заболевания кожной чувствительности к соответствующей вакцине, а может быть, и к целому ряду других вакцин, можно объяснить таким образом, что в это время организм наводнен антигеном, следовательно, анафилактические антитела находятся в связанном состоянии, и на новое введение антигена организм уже не реагирует, так как антитела израсходованы (Levaditi). Наблюдения над состоянием кожной чувствительности при инфекционных заболеваниях к соответствующим бактериальным протеинам (к вакцинам) позволяют нам проводить аналогию с состоянием кожной чувствительности анафилактичных опытных животных (морских свинок) к соответствующему анафилатогену. При наших опытах с десенсибилизацией анафилактичных морских свинок мы могли убедиться, что животные, которым мы ввели большое количество антигена внутривенно или в вену, и которые пережили анафилактический шок, теряли кожную чувствительность к соответствующему антигену, или эта чувствительность значительно ослабевала; затем, в дальнейшем, через сравнительно короткий срок (несколько дней) их кожная чувствительность опять постепенно восстанавливалась. Аналогичные явления мы констатируем и у человека: здоровые люди, как правило, все без исключения положительно реагируют на интракутанное введение им стрептококковой, что можно объяснить предшествующей сенсбилизацией их к стрептококку, которая неизбежно должна была наступить при постоянном интимном сожительстве его с человеком. Но лишь только наступает заболевание скарлатиной, в первые дни заболевания кожная чувствительность скарлатинозных больных к стрептококковой вакцине исчезает с тем, чтобы с выздоровлением не только восстановиться, но и значительно усилиться.

Очень интересна попытка аллергического анализа скарлатины и кори, которую сделал Schiff в своей работе. На основании исследования крови при упомянутых заболеваниях он нашел, что число кровяных пластинок и эритроцитов и отчасти свертываемость крови претерпевают при этом изменения, характерные для анафилактического состояния. Эти изменения очень напоминают изменения крови при сыпородной болезни. В своих совместных с Mátya's'ом исследованиях Schiff констатировал при скарлатине и кори в известные периоды заболевания резкое увеличение числа тромбоцитов и уменьшение — эритроцитов. Существует лишь различие во времени появления и продолжительности этих изменений. При кори и сыпородной болезни наступление их тесно связано с периодом высыпания, а затем они скоро проходят; при скарлатине же они появляются лишь после окончания острых явлений, в периоде выздоровления, и держатся довольно долго. Schiff объясняет это различие тем, что при кори неизвестный virus быстро погибает и выводится из организма, при скарлатине же, наоборот, он долго остается в жизнедеятельном состоянии у выздоравливающего, и тем самым поддерживается аллергическое состояние организма. Описанные Schiff'ом изменения крови при скарлатине и кори близко подходят к позднее описанному Widale'm, т. наз. гемокластическому кризу. Этот криз многие авторы считают явлением, характерное для анафилактического состояния. Работы Schiff'a можно отнести, таким образом, к тому крайне интересному течению научной мысли, которая скарлатину рассматривает, как классическую картину анафилактического заболевания. Сторонницей такого взгляда является немецкая школа (Kretschmer, Glanzman и др.). Escherich и Schick возникновение последующих скарлатинозных осложнений (нефрит, аденит) считают обусловленными аллергическим состоянием скарлатинозных больных.

Что касается хронических инфекционных заболеваний, то тbc является особенно ярким примером, где на сцену выступают явления аллергического состояния. Особенности иммунитета при тbc, его лабильность кладут отпечаток и на проявление аллергии при этой инфекции. Реакция на туберкулин, как показатель иммуно-биологических изменений в инфицированном тbc организме, свидетельствует об аллергическом состоянии последнего. Большинство авторов чувствительность к туберкулину тbc организма рассматривают не как явление, аналогичное с чувствительностью к белку при анафилаксии, а как феномен sui generis. Bessa'n, разделяя упомянутый взгляд, все же думает, что в результате реакции между туберкулином и тbc тканью возникает яд, который он относит к анафилактическому яду. Haeck в своей блестящей монографии „Проблема туберкулеза“ высказывает взгляд, что туберкулиновая чувствительность тbc организма по своей сущности является анафилактическим процессом. Он говорит, что состояние повышенной чувствительности при тbc является проявлением защитной реакции организма на тbc инфекцию. Под воздействием защитных сил организма происходит расщепление

the антигена, причем, если это расщепление протекает медленно и неполно, то образуются промежуточные продукты распада, оказывающие ядовитое действие подобно тому, как это имеет место при парантеральном переваривания белка (Weichard, Schittenhelm). Спор о сущности туберкулиновой реакции, — о том, что эта реакция, в известных пределах, отображает аллергическое состояние инфицированного the организма, далеко еще не закончен; но насколько целесообразна и продуктивна постановка вопроса об аллергических изменениях при the инфекции, свидетельствуют хотя бы работы Rankе, так много давние для понимания клиники the.

Еще менее разработан вопрос об аллергических изменениях при другой хронической инфекции — lues'e. Очень интересны наблюдения над внутрикожным введением люетина — взвеси убитых *Sp. pallida*, Noguchi, Lauterstedt, Planer, Гельтцер и другие считают эту реакцию строго-специфичной, дающей положительный результат только у сифилитиков.

Из нашего обзора видно, что в литературе накаплиется все больше и больше фактов, свидетельствующих о наличии при инфекционных заболеваниях, — как острых, так и хронических, — аллергически-анафилактических процессов. Правда, мнения различных авторов о размерах и роли этих процессов как в патогенезе, так и в клинической картине инфекционных заболеваний подчас еще резко расходятся: достаточно указать здесь с одной стороны на Friedberger'a, который весь симптомокомплекс инфекционных болезней сводит к явлению анафилаксии, а с другой — Dörfl'a, Wasserman'a и др., которые за этими явлениями не признают никакой роли. Эти две крайние точки зрения едва ли можно примирить в настоящее время, и мы хотели бы в заключение указать только на то, что теоретическое изучение инфекционных болезней под углом зрения Friedberger'a принесло уже свои плоды, и не только в смысле чрезвычайно интересной интерпретации отдельных фактов, но и в чисто-практическом отношении у постели больного человека. Исходя именно из представления об аллергическом состоянии организма, в котором он находится под влиянием инфекции, мы применяем у постели больного человека ряд методов как для диагностики, так и для лечения заболевания. Для выявления аллергического состояния больного практически применяется, во-первых, метод т. наз. пассивной анафилаксии, когда с сывороткой исследуемого субъекта состояние анафилаксии переносится на морскую свинку, у которой затем исследуется ее отношение к соответствующему антигену; во-вторых, наиболее простым способом является метод внутрикожных инъекций, которые находят все большее и большее применение.

Наличие реактивных явлений на бактериальный протеин при внутрикожном введении его по целому ряду вышеприведенных нами соображений позволяет рассматривать эти реакции, как проявление местной анафилаксии. Правда, пока еще отсутствует ряд доказательств, которые позволили бы нам окончательно высказать за анафилактическую природу этих реакций, в основе которых, как было сказано выше, лежит реакция антиген-антитело, ибо далеко еще не во всех случаях доказано наличие соответствующих противотел у лиц, дающих положительную реакцию на тот или другой бактериальный протеин. Нужно признать также, что попытки привести такого рода доказательства методом пассивной передачи кожной чувствительности к бактериальному протеину на нечувствительных лиц далеко не всегда оказывались удачными. С другой стороны, однако, нельзя не указать на некоторые факты, которые как будто достаточно убедительно указывают на роль специфических противотел в механизме происхождения внутрикожных реакций. Так, напр., Szirmos доказал, что можно погасить кожную чувствительность к стрептовакцине у лиц высокочувствительных к ней путем предварительной обработки этой вакцины сывороткой тех же самых чувствительных к ней субъектов. Смесь вакцины и сыворотки у таких лиц после содержания ее в течение некоторого времени в термостате уже не дает кожных реакций у высокочувствительных к вакцине лиц; следовательно, в сыворотке у них должны находиться какие-то противотела к вакцине, нейтрализующие ее действие.

Путь, по которому идет научная мысль для разрешения проблемы аллергии, т. о. намечен.

Для целого ряда заболеваний, каковы сенная лихорадка, отчасти бронхиальная астма, вазомоторный ринит и др., строго доказана их аллергическая сущность. Эти заболевания обусловлены сенсibilизацией организма тем или другим аллергеном, при контакте организма с которым наступает типичный приступ заболевания. При этом путем внутрикожных проб можно определить, какой именно аллер-

ген является виновником болезни, и не только найти его, но и достигнуть полного излечения болезни повторными инъекциями минимальных, осторожно повышаемых доз аллергена, т. е. десенсибилизируя организм.

Поскольку и при инфекционных заболеваниях мы имеем дело, хотя бы отчасти, с явлениями аллергического порядка, невольно и здесь напрашивается мысль применить метод десенсибилизации с лечебной целью. Можно даже сказать, что фактически десенсибилизацией, как лечебным методом, клиника давно уже пользуется при некоторых инфекциях. Есть основание думать, что, например, вакцино- и протеинотерапии брюшного тифа имеют в своей основе именно десенсибилизацию организма. В чрезвычайно интересной работе К u s z п у а к и К o г а п у і мы находим, между прочим, следующее толкование лечебного эффекта протеинотерапии брюшного тифа: «Под влиянием небольших, парентерально введенных доз белка у больного наступает десенсибилизация к протеину тифозной палочки, и таким образом организм выводится из состояния повышенной чувствительности, которая лежит в основе клинических явлений болезни, в частности лихорадки; клетки организма теперь, несмотря на наличие тифозных бактерий, более уже не реагируют на их присутствие». Таким образом, по мнению названных авторов, применяя метод десенсибилизации организма, в виде протеинотерапии, при инфекционных заболеваниях, мы вправе рассчитывать на исчезновение тех болезненных явлений, в основе которых лежит аллергическое состояние организма.

Проблема аллергии стала актуальным вопросом. Нам думается, что дружные усилия научной мысли как теоретиков, так и клиницистов дадут много нового в этой области и в частности для терапии инфекционных заболеваний, а также подведут прочный теоретический фундамент под вакцинотерапию а, быть может, и под неспецифическую протеиновую терапию, как методы десенсибилизации организма.

## Рефераты.

### а) Общая патология.

1. *Действие желчи на кровь.* Изучив на лягушках действие желчи на кровь *in vitro* и *in vivo*, К. П. К о п ы л о в (Днепр. мед. ж., 1928, № 3—4) нашел, что поступление желчи в кровь вызывает растворение эритроцитов и резкую дегенерацию их, сказывающуюся появлением микро- и макроцитов. Что касается белой крови, то на картине ее действие желчи отражается лейкопенией, признаками дегенерации лейкоцитов, их перераспределением и «сдвигом влево». Р.

2. *Обмен веществ при экспериментальных злокачественных опухолях.* Экспериментальные исследования убедили проф. А. В. Р е п р е в а (Вопр. онкологии, 1928, № 1), что прививка малейших кусочков злокачественной опухоли животному резко сказывается на обмене веществ в организме последнего и прежде всего на водообмене, потом на солевом обмене, азотистом и др. Очевидно, клетки опухоли содержат вещества, близкие к телам ферментативного характера. Р.

3. *Влияние эндокринной системы на патогенез и рост злокачественных опухолей.* На основании разбора существующих по данному вопросу исследований И. Н. Н и к о л ь с к и й (Вопросы онкологии, 1928, № 1) находит, что, хотя эндокринная система и оказывает значительное влияние на клеточный рост и в частности на рост элементов злокачественных новообразований, но вряд ли от нее исходят основные стимулы этого роста. Последние надо искать, по всей вероятности, в местных изменениях, наступающих как в самих клетках, так и в окружающей их среде, под влиянием разнообразных внешних и внутренних причин. Р.

4. *К вопросу об инфекционном происхождении злокачественных опухолей.* Вопрос этот был программным вопросом XXII Съезда Германского патологического общества, причем все программные докладчики, — V o r s t, S c h m i e d e n и T e u t s c h l a e n d e r (по отч. в Вопр. онкологии, 1928, № 1), — ответили на него отрицательно. Правда, паразитарное происхождение некоторых опухолей не подлежит сомнению, но в в этих случаях возбудитель играет не специфическую роль, а лишь роль раздражителя. Надо думать, что специфический фактор, обуславливающий возникновение опухолей, есть фактор эндогенный (T e u t s c h l a e n d e r). Р.

## б) Инфекционные болезни и иммунитет.

5. *К учению о токсине.* По Утенкову (Рус. в. дерм., 1928, № 2) факт неклиничности микроорганизмов в связи с существованием их невидимых, фильтрующихся рас требует пересмотра современного представления о т. наз. токсинах. Повидимому, токсин представляет собою культуру живого вируса в смеси с неживым агентом. Применение диагностических реакций и активной иммунизации токсинном основано, по автору, на недостаточно точных научных данных и не должно носить массового характера. *P.*

6. *Флективная локализация стрептококков.* На основании своих исследований Росенаи (Проф. мед., 1928, прил.) нашел, что многие стрептококки, будучи вводимы интравенозно, проявляют способность к избирательной локализации в определенных органах и тканях. Таковы стрептококки язв желудка, миозитов, эпидемической лихоты и энцефалита. При этом они выделяют свободный яд, посредством которого повреждают те органы и ткани, в которых локализируются. Факт этот проливает яркий свет на проблему преодоления микробами естественной резистентности тканей и вторжения микробов в организм. *P.*

7. *Энтеровакцинация per os против брюшного тифа.* Применяв ее у 1210 чел. в 4 селах, Ноневич (Проф. мед., 1928, прил.) пришел к заключению, что отсутствие брюшного тифа в течение 4 мес. в селах, где он до сих пор был постоянным, а равно отсутствие заболеваний среди вакцинированных заставляют признать ценность энтеровакцинации, как метода борьбы с разбираемой болезнью. Средство это тем более ценно, что техника энтеровакцинации проста, и она совершенно не дает реактивных явлений. Хорошие в общем результаты получил от энтеровакцинации и Матвеев (ibid.), хотя, по его мнению, она и не должна заменять проведение санитарно-оздоровительных мероприятий по борьбе с сыпным тифом. *P.*

8. *Роль мух в распространении брюшного тифа.* Kister (Arch. f. Gyg., Bd. 100, H. 1—4) отмечает важную роль мух в распространении брюшного тифа. Автору, при его экспериментальных исследованиях, всегда удавалось находить на мухах палочки Eberth's. Иногда он находил их и в кишечнике мух. *P.*

## в) Туберкулез.

9. *К вопросу о плацентарной передаче tbc.* Calmette, Vallis и Lacomme (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1928, № 10), исследовав 26 детей и плодов, рожденных tbc-ми матерями и не имевших после рождения никакого контакта с последними, могли установить у них наличие тbc инфекции в 20 случаях. В частности переход через плаценту нормальных форм tbc палочек наблюдался лишь очень редко, — в 3 случаях на 26, т. е. в 11,5%. Напротив, трансплацентарная инфекция невидимыми, фильтрующимися элементами, tbc ультравирусом, открытым в 1910 г. Fopitès, имела место сравнительно часто — в 20 сл. из 26. *P.*

10. *Пути проникновения tbc инфекции в организм.* По сообщению проф. F. Klempereger'a в заседании Берлинского мед. общества 9/XI 1927 г. первичный очаг tbc в 80% образуется в легких, но не в верхушках их, как думали раньше, а в средней или нижней доле. Отсюда процесс по лимфатическим путям распространяется на лимфатические железы, а затем заболевание может распространяться уже по всему организму по кровеносным путям. *P.*

11. *К прогностике ранней tbc инфекции.* Mandl (Zeit. f. Kinderheil., Bd. 45, H. 5) из 70 детей, у которых реакция Pirquet в течение первых 2 лет их жизни дала положительный результат, проследил судьбу 44. Один из этих детей погиб от tbc менингита, у одного имел место костный tbc и 19 погибли от интеркуррентных заболеваний. Из 23 оставшихся в живых 15 имели инактивный tbc, в том числе лишь двое — в тяжелой форме. Отсюда автор выводит заключение, что у подвергшихся ранней tbc инфекции детей, если они пережили 2-й год жизни, прогноз не только quoad vitam, но и quoad valetudinem является благоприятным. *P.*

12. *Результаты вакцинирования BCG во Франции за 4 года.* A. Calmette (Presse med., 1928, № 89) сообщает эти результаты за гг. 1925—1928 на основании статистических данных 204 tbc диспансеров во Франции. Из 4.854

не вакцинированных детей, родившихся от the матерей или воспитывавшихся в the среде, умерло от the 15,9%, а из 2.368 находившихся в подобных же условиях вакцинированных детей умерло от the только 3,4%; от других, не the заболеваний смертность в 1-й группе равнялась 21,1%, во 2-й же — только 12,5%; таким образом вакцинация уменьшила смертность от the в 3—4 раза, а от других заболеваний — в 2 раза, причем статистикой установлено, что вакцинированные дети лучше сопротивлялись, чем невакцинированные, болезням детского возраста: кори, гриппу, бронхо-пневмонии, желудочным болезням. Далее, из 814 вакцинированных детей, родившихся от the матерей и не отделенных от последних, только 2,4% умерли от the и 10,6% — от других причин в то время, как из 1989 невакцинированных детей, родившихся также от the матерей и не отделенных от них, смертность от the равнялась 18%, а от других заболеваний — 24,3%. Во Франции есть в настоящее время города, где почти все новорожденные дети вакцинируются. Автор сообщает о городе Ligny-en-Barrois, где за время с 9/VI 1926 г. по 26/IX 1928 г. родилось 237 детей, среди которых 210 было вакцинировано; из них всего 5 (2,3%) умерло от различных не the заболеваний, из 27 же невакцинированных детей умерло также 5, т. е. 18,5%, — почти в 8 раз больше, чем вакцинированных. Длительность иммунитета при вакцинации BCG, по С a l m e t t e'y, пока еще не выяснена, но полная безопасность этой вакцинации позволяет применять, через известные промежутки, прививку минимальных доз ( $\frac{1}{40}$  mg BCG), что обещает уменьшение заболеваний и смертности от the, а может быть — и победу над ним в недалеком будущем.

Н. Крамов.

### г) Малярия.

13. *Плазмохин при малярии.* Ш. П. Зиракян (Кл. мед., 1928, № 15), испробовав лечение плазмохином в 19 случаях *m. tertiana* и *m. tropicae* (плазмохин в таблетках давался, по 0,2, 3 раза в день в течение 5 дней, затем следовал перерыв в 3 дня, после перерыва опять давался плазмохин 4 дня, вновь делался 3-дневный перерыв и т. д. в течение 4—6 недель), пришел к следующим выводам: 1) плазмохин является, по видимому, специфическим средством при малярии, обладая купирующим и паразитотоксическим действием; 2) в упорных случаях, когда хинин не действует, плазмохин активен против гамет; 3) при тропической малярии плазмохин плюс хинин действует лучше, чем чистый плазмохин; 4) возвраты после лечения плазмохином бывают редко.

P.

14. *Лечение малярии плазмохином.* Mühlens (Deut. med. W., 1927, № 52) рекомендует при *m. tertiana* и *quartana* давать ежедневно 3 раза по одной таблетке с 0,02 чистого плазмохина, а при *tropica* и профилактики ради — ежедневно после еды 3 раза по 2 таблетки *plasmochini compositi* (0,01 *plasmochini* и 0,125 *chinini sulfurici*).

С. С-в.

15. *Длительная систематическая линизация крошечными дозами.* П. П. Муфель (Кл. мед., 1928, № 15), испробовав целый ряд способов лечения малярии, остановился, наконец, на следующем: хинин дается внутрь 3 раза в день, по 0,3 на прием, после еды, в течение 4 дней, после чего делается 2-дневная пауза; затем в течение не менее 2 месяцев хинин дается 2 дня в неделю, а 5 дней пауза; т. о. все лечение продолжается 9 недель, причем дается 18 грм. хинина. По его наблюдениям результаты такого лечения, при минимальной трате хинина, не хуже результатов, получаемых при проведении более интенсивных, в смысле количества вводимого хинина, способов лечения. При этом продолжительность межприступного периода, по автору, находится в прямой зависимости от длительности лечения.

P.

### д) Физиотерапия.

16. *Проницаемость живых тканей для ультрафиолетовых лучей,* по точным исследованиям M a c h t'a, A n d e r s o n'a и B e l l'я (Journ. of Am. Med. Ass., 1928, № 3), значительно выше, чем это принимали раньше. При этом лучи с короткой волной проникают через живую кожу гораздо глубже, чем лучи с длинной волной. Существует также значительная разница между проницаемостью для ультрафиолетовых лучей живых и мертвых тканей.

P.

17. *Морфологические изменения в раковых опухолях после лечения радием.* Изучив эти изменения, П. Г. Бережанский (Вопросы онкологии, т. I, кн. 2) приходит к выводу, что благоприятный эффект от лечения Ra является

результатом целого ряда сложных явлений, среди которых автор особенно выделяет: 1) угнетающее действие Ra. на клетки новообразования, в частности, на их ядерный аппарат (действие это выступает уже через 8 ч. после применения Ra, через 24 же часа оно обычно бывает резко выражено); 2) реакцию стромы, сводящуюся к пролиферации ее элементов и инфльтрации ее лейкоцитами и лимфоцитами, причем разрастание соединительной ткани зависит от действия Ra на нее, отчасти—от накопления продуктов регрессивного метаморфоза гибнущих раковых клеток.

P.

### е) Внутренние болезни.

18. *Новый признак склероза аорты.* До сих пор склероз аорты диагностировался обыкновенно на основании перкуторно и рентгенологически определяемого расширения аорты. Труневек (Bruxelles méd., 1928, № 23) отмечает новый признак этой болезни—пульсацию в подключичной ямке. Обыкновенно, поставив конец пальца в эту ямку, не ощущают пульсации, при склерозе же аорты можно бывает ощутить здесь плохо поддающийся сдавливанию пульса, subclaviae, синхроничный с сокращениями левого сердца. Автор объясняет это явление следующим образом: при каждой систоле поступающая в аорту кровь обыкновенно вызывает ее расширение; если стенки аорты склерозированы, ригидны, то кровяной ток отбрасывается в подключичные артерии, пульсация которых и может быть определена пальцем. Подобное же явление, кроме склероза аорты, имеет место при перикардите, если выпот в сердечной сумке сдавливает аорту и затрудняет ее расширение. При склерозе восходящей аорты пульсация a. subclaviae определяется лишь справа, при склерозе же a. thoracicae—с обеих сторон.

P.

19. *Эритроконты при пернициозной анемии.* Schilling (Klin. Woch. 1928, № 17) открыл в эритроцитах человеческой крови при anaemia perniciosa и близко к ней стоящих болезнях палочки от 2 до 4 микрон длиной, окрашивающиеся по Giemsa и Nilblausulfat'ом. При других внутренних болезнях палочки эти, или эритроконты, как их назвал автор, несмотря на тщательные поиски, найдены не были.

P.

20. *Своеобразная форма аппендицита.* По наблюдениям Sel'га (Med. Welt, 1928, № 2) при половом созревании молодых девушек конгестия половых органов, особенно правого яичника, вызывает своеобразную воспалительную реакцию со стороны червеобразного отростка, выражающуюся следующими симптомами: больная теряет аппетит и в течение нескольких дней жалуется на колики, стул у ней делается неправильным, иногда наблюдается рвота, язык бывает обложен, живот представляется слегка вздутым, в области аппендикса болезненным, но defense не замечается; обычно заболевание сопровождается полиакиурией, иногда—рефлекторной дизурией и невыносимыми головными болями. T<sub>9</sub> бывает повышена, пульс учащен. Описанные припадки продолжаются 2—3 дня, затем сразу обрываются с приходом менструации. Терапия должна заключаться в мерах, имеющих целью ускорить появление регуд, причем лучшею из таких мер является теплые компрессы на живот.

P.

21. *К лечению ревматизма.* Взамен старого народного средства—ужаления пчелами—фирма A. Wolff в Вилсфельде выпустила препарат aricosan, который и был испытан Wasserbun'гом (Wien. kl. W., 1928, № 35) у 121 больного в течение года (в этом числе было 45 случаев ischias'a, 16—нейралгий plexus, 25—межреберных, 25 случаев первичного хронического артрита и 10—обсаображающего). Лекарство вводилось или подкожно (по 0,2—1 куб. с.), или внутримышечно (дозы те же), или, наконец, интрадермально (по 0,2—0,5 куб. с.). Паллучшие результаты давал последний способ введения, причем самый благоприятный эффект aricosan дал при ischias и др. ревматических нейралгиях; при первичном хроническом артрите результаты получились уже худшие, при моноартритах, особенно климактерическом гоните,—совсем слабые, а при arthritis deformans—совершенно нулевые.

C. P. a.

22. *О лечебном действии голодания.* Опыты на животных, наблюдения на больных и здоровых людях и опыт военного времени показывают с несомненностью, что непродолжительное голодание не только не вредно для организма, но порой очень полезно в лечебном отношении: при нем прежде всего падают общий обмен и кровяное давление, в мышечной и нервной системе наступает повышение работоспособности, вследствие действия на вазомоторы облегчается периферическое

кровообращение, функции эндокринной железистой системы понижаются (особенно щитовидной железы), а вместе с тем ослабевают и процессы старания, регенерация же и рост после голодания усиливаются. С терапевтической целью, по Richter'y (Deut. m. W., 1928, № 26), это может быть использовано при ожирении, подагре и диабете. при гломерулонефрите и эклампсии, как равно в некоторых случаях аллергических болезней, астмы, крапивницы, отека Quincke и т. д. С. Г-в.

### ж) Хирургия.

23. *Методы анестезии, применяемые американскими хирургами* разбирает San ton (Ann. of surg., v. 86, № 2, 1927) на основании опроса 640 операторов. Оказалось, что хлороформ всеми оставлен как при больших, так и при малых операциях. 85% хирургов при лапаротомиях прибегают к применению эфира. При малых лапаротомиях многие пользуются и другими видами обезболивания— 33% чисто-местным обезболиванием, 42% — местной анестезией в сочетании с другими видами наркоза и только 5% — люмбальной анестезией. 67% хирургов не применяют совсем люмбальной анестезии, причем некоторые оставили ее после многочисленных испытаний (до 1056 сл.), убедившись, что она дает ряд осложнений, которых нельзя избежать. 90% из всех хирургов, применяющих люмбальную анестезию, пользуются ей только в известных случаях, в том числе 22% при гинекологических операциях. Довольно распространены у американских хирургов является применение окиси азота и этилена в чистом виде или, еще чаще, в сочетании с эфиром. А. Т.

24. *Повреждение глаз при эфирном наркозе.* У одного больного после операции, сделанной под эфирным наркозом, была обнаружена поверхностная язва роговицы, зажившая с образованием рубца. Чтобы выяснить, действительно ли в этом случае причиной заболевания роговицы был попавший на нее эфир, J e n d r a l s k y (Arch. f. Ophth., Bd. 118) произвел на кроликах ряд опытов с орошением глаз эфиром. Оказалось, что результатом этого были покраснение и отек конъюнктивы и слущивание эпителия роговицы, каковые явления быстро проходили без следа. Отсюда автор думает, что повреждение роговицы в указанном случае зависело не от эфира, а от каких-либо механических причин. Р.

25. *Бактериология и серотерапия острого аппендицита.* We i n b e r g, G r é v o i, D a v e s n e и R e n a r d (Ann. de P Inst. Past., 1928, № 10) на основании материала, обнимающего свыше 200 случаев острого аппендицита, среди которых треть принадлежала к гангренозной форме, нашли, — вопреки заявлению некоторых авторов, — что острый аппендицит без содержания микробов в отростке представляет исключительную редкость. Что касается встречающихся при этой болезни микробов, то лишь в редких случаях это — какой-либо один микроб, большей же частью болезнь вызывается несколькими формами микробов, обычно (в 2/3 всех случаях) двумя или тремя. Среди этих микробов фигурируют все представители кишечной флоры, как аэробные, — особенно *b. coli* (в 87%), энтерококк (в 30%) и др., — так и анаэробные — особенно *b. perfringens* (в 30%), *Gra*-негативные палочки (в 39%) и пр. При этом аэробы встречаются как при гангренозном, так и при негангренозном аппендиците, анаэробы же — преимущественно при гангренозной форме болезни. Мономикробный аппендицит всегда бывает обязан своим возникновением аэробам. Из комбинаций микробов особенно часто встречается сочетание *b. coli* с *b. perfringens*. Как личный опыт авторов, так и многочисленные наблюдения хирургов свидетельствуют о благотворном лечебном эффекте при аппендиците сывороток, именно, смеси моновалентных сывороток, направленных против тех микробов, которые особенно часто являются возбудителями болезни. Особенно хорошие результаты дает антигангренозная сыворотка с прибавлением serum anti-*coli*. Сыворотка эта, в тяжелых случаях аппендицита, выпрыскивается в количестве 60–80 куб. с., причем, если операция предпринимается немедленно, инъекция ее производится в конце оперативного вмешательства. В. Сергеев.

26. *Рейнфузия излившейся крови.* Изучение литературы по обратному переливанию излившейся в серозные полости крови и собственные клинико-экспериментальные наблюдения позволили А. П. Филатову (Журн. совр. хир., 1928, вып. 3) сделать следующие общие заключения: 1) Вредные последствия при обратном переливании крови зависят от вливания гемолизированной крови. При спонтанном дефибринировании крови в брюшной полости она не делается токсичной. Гемолиз крови может быть обусловлен либо разрушением ее в полости, чего в пер-

вые сутки не бывает, либо повреждением крови при переливании. Последнее большею частью происходит от чисто-механических моментов, каковы недостаточно бережное обращение с ней, вынимание тампонов и стружков, взбивание и дефибрирование от этого крови, а также от разбавления крови гипотоническим раствором цитрата. 2) Реинфузия крови показана при свежих значительных кровотечениях в большие серозные полости (полость брюшины, плевры, перикарда). В поздних случаях (свыше суток), а также при повреждениях печени реинфузию можно применять лишь после исследования крови на гемолиз (при отрицательной пробе на последний). Противопоказана реинфузия при повреждениях полых органов и при воспалительных процессах в полости. 3) Обратное переливание крови есть ценный метод, который при правильных показаниях и технике способствует более успешному выздоровлению больных, а в тяжелых случаях спасает больных от смерти. 4) Метод этот должен найти широкое применение особенно у нас, где переливание чужой крови, особенно в экстренных случаях, все еще сопряжено с большими техническими затруднениями.

P.

27. *К вопросу о свободной пересадке мертвых тканей.* На основании клинических и экспериментальных исследований Posomi (Deut. Z. f. Chir., Bd. 209, H. 1—2) убедился, что свободная пересадка мертвых (консервированных в спирите или формалине) тканей может дать очень хорошие результаты. При дефектах сухожилий, напр., пересаженные куски сухожилий приживали без реакции так, что через 10 дней после операции можно было констатировать восстановление функций сухожилий. То же самое наблюдалось при пересадке мертвых кусков нервов, а также при пересадке мертвых фасций на место резецированных участков суставных костей. При пересадке мертвых мышц последние превращались в сухожильную ткань. Пересаженные участки мертвых артерий сохраняли свое трубчатое строение лишь известное время, потом превращаясь, с развитием коллатералей, в соединительнотканые тяжи. Пересадка частей желудка и кишек вела к элиминации или рассасыванию трансплантата. При закрытии дефектов мочевого и желчного пузыря соответственными тканями трансплантат делался соединительнотканым. То же имело место и при замещении дефектов *duræ matris* кусками фасций.

P.

### э) Офтальмология.

28. *Плесневые грибки, как возбудители кератита.* Проф. К. X. Орлов (Рус. офт. ж., 1928, авг.) описывает 12 наблюдавшихся им случаев кератомикоза. Наиболее частым возбудителем болезни в этих случаях оказался *aspergillus fumigatus*. Клинически автор наблюдал обе формы поражения роговицы—и более легкую, фликтеноподобную, и тяжелую, язвенную. В этиологии во всех случаях, помимо, играла роль травма.

P.

29. *Псевдоглаукома.* A. Fuchs (Br. Journ. of ophth., 1928, febr.) отмечает, что очень часто аномалии соска зрительного нерва могут подать повод к смешению с глаукомой. Так, напр., встречаются необыкновенно широкие физиологические экскавации с бледным цветом соска, что делает их похожими на глаукоматозную экскавацию. К такому же смешению может подать повод разветвление центральных сосудов позади *lamina cribrosa*. Наконец, глаукоматозную экскавацию может смимудировать врожденная колобома соска.

P.

30. *Сравнительная оценка придряткомии и операции Elliot'a при глаукоме.* На основании материала, обнимающего 821 сл. различных операций у 652 глаукоматозных больных, проф. К. А. Юдин (Рус. офт. ж., 1928, авг.) приходит к заключению, что при острой глаукоме придряткомии всегда ведет к исчезновению болей, понижению внутриглазного давления и улучшению остроты зрения; что касается хронической глаукомы, то при ней благоприятные результаты в смысле более продолжительного сохранения зрения и понижения внутриглазного давления от склерэктомии по Elliot'u получаются втрое чаще, чем от придряткомии.

P.

31. *Сшивание слезных канальцев.* Prof. Sattler (Ztschr. f. A., Bd. 64, H. 6) для восстановления прежде рассеченных нижних слезных канальцев, в целях достижения самопроизвольного слезоотделения, применил, в качестве материала для швов, женские волосы, стерилизацию которых производил погружением их на полчаса в спирт. В 3 случаях после сшивания освеженных краев указанным швом ему удалось достигнуть хорошего слезоотделения.

E. Волженский.

## и) Акушерство и гинекология.

32. *Бактерицидная сила крови у рожениц и родильниц.* На основании исследований, произведенных над женщинами в последние недели беременности и первые дни после родов, Geller (Arch. f. Gyn., Bd. 131, H. 1) приходит к заключению, что в первые 24 после родов бактерицидная сила крови отчетливо повышается. Чем это объясняется,—в точности неизвестно. Но очень вероятно, что повышение это стоит в связи с всасыванием продуктов клеточного и вообще белкового распада, своего рода протейновой терапией. P.

33. *Аборты и рождаемость.* Разбирая рождаемость в различных селениях Луганского округа, д-р П. И. Кордобовский (Проф. мед., 1928, № 5) подметил чрезвычайно интересный факт, что рождаемость в населенных пунктах, имеющих больницы, равняется лишь  $\frac{2}{3}$  рождаемости в селениях, отстоящих от больниц на расстоянии 15 верст и более. Автор ставит эту резкую разницу в прямую связь с большою легкостью для обитательниц первых искусственных абортов. P.

34. *Терапии прервавшейся внеплодной беременности.* Как известно, Thies, Lichtenstein, Schaefer и др. авторы рекомендуют вычерпывать из полости брюшины кровь, излившуюся туда при разрыве беременной трубы, и производить реинфузию ее в сосуды, предварительно дефибринировав ее и разбавив физиологическим раствором. Lüttge (Zentr. f. Gyn., 1928, № 20) находит, однако, гораздо более выгодным у крайне обескровленных женщин оставлять излившуюся кровь в брюшине, предоставляя ее спонтанной резорбции, причем значительно укорачивается время операции. P.

35. *Мастодиния.* Под таким названием известны встречающиеся нередко у женщин невралгические боли в одной или обеих грудных железах. По Samuelю (Zentr. f. Gyn., № 20, 1928) в большинстве случаев мастодиния бывает яичникового происхождения, находясь в зависимости от перестройки желтого тела и воспалительных заболеваний яичников. Иногда, однако, она зависит и от местных раздражений—при рубцовых изменениях груди, опухолях в них и пр. Терапия мастодинии варьирует в зависимости от причин ее: при болях в начале полового созревания у девушек применяют, с одной стороны, средства, возбуждающие функцию яичников, с другой—средства, способствующие росту грудных желез; напротив, там, где мастодиния зависит от первичной или вторичной раздражимости сосков, грудям надо обеспечить полный покой при помощи соответствующих суспензоров и избегать всякого соприкосновения, всякого давления на соски; далее, при наличии рубцов и опухолей в грудях следует позаботиться об их удалении. Никогда, однако, не надо, с целью излечения мастодинии, прибегать к полному или частичному иссечению груди, как то рекомендуется в некоторых учебниках, ибо почти всегда можно обойтись при этом и консервативными мероприятиями. P.

36. *Проникновение элементов эндометрия в трубу при маточных операциях.* Как известно, Sampson указал, что при расширении цервикального канала и выскабливании полости матки эпителиальные клетки маточной мукозы нередко попадают в трубы и полость брюшины, где, прививаясь, могут давать т. наз. эндометриодные опухоли. Исследования Allen'a (J. of Amer. med. Ass., 1928, № 7) вполне подтвердили взгляд S. В тех случаях, где после выскабливания производилась лапаротомия, Allen брал из фимбриальных концов обеих труб мазки, высущивал их при комнатной  $1^{\circ}$  и окрашивал эозин-гематоксилином. В 6 случаях из 16 он при этом определенно нашел в трубах эпителиальные клетки маточной мукозы (если только это не был эпителий трубной мукозы, отделившийся при взятии мазков. Ref.). P.

37. *Лечение the маточных придатков.* Обычно для этой цели рекомендуется радикальное оперативное вмешательство. Keller (Gyn. et Obst., 1928, № 4) сообщает прекрасные результаты, полученные в 9 из 10 случаев этого заболевания от применения x-лучей. Последние давались в малых дозах,—от  $\frac{1}{10}$  до  $\frac{1}{4}$  НЕД, ежедневно в течение 6 дней, с интервалами в 2-4 недели. Освещаемое поле равнялось 10 см. длины и 15 см. ширину, облучалось 4 поля спереди и 2 сзади, при расстоянии в 30 см. и алюминиевом фильтре в 3 мм. толщиной. Непосредственного бактерицидного действия на палочки Koch'a x-лучи, повидному, не оказывают, но повышают активность фибробластов, которые фагоцитируют the палочки. P.

### к) Невропатология и психиатрия.

38. *Chorea minor*. По Левицу (Педиатрия, 1928, № 4) хорея есть результат острой или хронической инфекции, которая, может быть, вырабатывает в организме какие-то токсины, ведущие к артриту и эндокардиту. У лабильных субъектов при этом нарушается химическое равновесие организма в сторону алкалоза, что раздражает нервную систему и нарушает контроль над самыми примитивными двигательными функциями. Явления перераздражения создают картину паллидо-стриарного синдрома с поражением стволовых ганглиев системы полосатого тела. Важными факторами в генезе хорей являются предрасположение и неустойчивость нервной системы в известных семьях, а также условия биохимического характера, напр., плохие гигиенические условия, голодание и пр. Терапевтический эффект при лечении хорей в большой мере зависит от уравнивания химизма организма, и задача будущего — найти подходящие пути воздействия на последний в этом направлении. *P.*

39. *Сущность прогрессивного паралича*. Проф. П. И. Скляр (Клин. мед., 1928, № 11), разбирая вопрос о происхождении и сущности этой болезни, считает наиболее близкой к истине теорию Краерелина, поддерживаемую бактериологом Напрмапом и гистопатологом Klarfeldom, согласно которой прогрессивный паралич является болезнью всего организма, его обмена веществ. Болезнь эта возникает, правда, на почве сифилиса, но возникает из него вторично, благодаря действию промежуточных ядов, являющихся продуктами обмена веществ и действующих на различные органы тела, особенно на центральную нервную систему. *P.*

40. *Прививка „содоку“ при прогрессивном параличе*. Благоприятные результаты, полученные от прививки прогрессивным параличам рекуррента и малярии, побудили В. Килма (Zeit. f. ges. Neur., Bd. 113, H. 1—3) испытывать при этой болезни, с терапевтической целью, прививку „содоку“. Под этим названием известна встречающаяся эндемически в Азии и отчасти в Европе инфекционная лихорадочная болезнь, вызываемая особыми спиралями и передаваемая человеку большей частью через укусы крыс. Автор брал извесь крови из хвоста или сердца больных крыс в физиологическом растворе и впрыскивал ее паралитикам подкожно или внутривенно. Через 10 дней после прививки у них обычно развивались типичные приступы „содоку“, длившиеся по 2—3 дня с промежутками такой же продолжительности. В случае нужды приступы эти могли быть легко купированы 3—4 впрыскиваниями неосальварсана в дозах от 0,45 до 0,6. Лечение было подвергнуто 12 паралитиков, причем автор наблюдал у них более или менее резко выраженные ремиссии болезни. *P.*

41. *Мозговая эмульсия при эпилепсии*. М. Н. Ставровская (Клин. мед., 1928, № 17) применила в 60 случаях лечение эпилепсии эмульсией из спинного мозга, изготовленной Московской пастеровской станцией. Эмульсия эта вводилась подкожно, в количестве 1 куб. с., однажды в день, причем некоторые больные получали по 30 инъекций с месячным отдыхом, другие — по 60 с 2-месячным отдыхом. Месячные курсы повторялись до 5 раз. Каких-либо осложнений при этом лечении не наблюдалось ни разу. Что касается влияния впрыскиваний на припадки болезни, то полное исчезновение их на срок около 3 лет наблюдалось под влиянием инъекций мозговой эмульсии в 12 сл. из 60 (20%); исчезновение припадков на более короткий срок, или переход тяжелых припадков в более легкие, или дневных в ночные, имел место у 45 больных (75%). При этом даже и в тех случаях, где припадки не кончались, [впрыскивание мозговой эмульсии безусловно благоприятно влияло на больных: улучшалось общее состояние последних, повышался аппетит, психика изменялась к лучшему, работоспособность усиливалась и пр. *P.*

### л) Сифилидология.

42. *О лечении врожденного сифилиса в раннем детстве*. Д-р Б. Б. Гефт (Рус. вест. дерматологии, 1928, № 7) приходит по этому вопросу к следующим положениям: 1) Основным принципом терапии врожденного сифилиса в раннем детстве является поднятие защитных сил, повышение сопротивляемости организма ребенка. 2) Для достижения этой цели основными средствами являются рациональный уход за ребенком и вскармливание его грудью. 3) Можно считать вполне целесообразным проведение специфического лечения у всех детей, проис-

ходящих от сифилитических родителей, особенно от матерей-сифилитичек, так как даже при довольно строгом ограничении круга бессимптомных детей, оставленных без лечения, наблюдаются все же случаи появления положительной RW. 4) Наиболее желательным при врожденном сифилисе в раннем детстве, особенно для проведения первого курса лечения, является стационарное лечение в венотделениях больниц или в специальных детских учреждениях, куда грудные дети принимаются вместе с матерями. 5) Смешанное ртутно-сальварсанное лечение дает лучшие результаты в сравнении с чисто-ртутным в отношении частоты рецидивов, влияния на RW и на общее развитие ребенка. 6) Дети сравнительно хорошо переносят сравнительно большие дозы неосальварсана—до 0,02 на кило веса. P.

43. *Сифилис желудка*—весьма редкое явление. Диагностика его трудна. С некоторой уверенностью можно говорить о сифилисе желудка при положительном результате антисифилитической терапии; с большей уверенностью это можно утверждать при обнаружении спирохет в исеченном участке желудка; иногда, однако, и рентгеновское исследование дает характерную картину. Неггшанн (British journal of radiology, XXXII, p. 325) описывает картину приподнятого, уменьшенных размеров желудка, который очень быстро наполняется и опорожняется. У pylorus'a определяется дефект наполнения, перистальтика была неравномерная. Картина в общем напоминает рак. Исследование крови и желудочного сока дало положительную RW. Проведенная антилюэтическая терапия дала блестящий эффект—исчезновение дефекта и др. симптомов, на основании чего автор считает свой случай доказанным случаем сифилиса желудка. P. Я. Гасуль.

44. *Сифилис мочевого пузыря*, по R i e s'у (Mon. f. Harnkr., 1928, N. 12), представляет собою относительно-редкое явление. В большинстве случаев здесь имеют место проявления третичного lues'a, в форме похожих на папилломы гумм, переходящих потом в язвы. Цистоскопически гуммы эти зачастую бывает нельзя отличить от папиллом, и только анамнез больных и основательное исследование других органов дают точки опоры для правильного диагноза. Гораздо реже наблюдаются в пузыре вторичные сифилитические проявления в виде острого или хронического цистита с пиурией и поллактурией. Во всех этих случаях лучшим средством для борьбы с болезнью является энергичное общее антилюэтическое лечение, но не какие-либо местные процедуры. P.

#### м) Гоноррея.

45. *Лечение хронической гонорреи матки и маточных придатков вакциной из живых гонококков*. L o e s e r (Med. Kl., 1928, № 25) получил очень хорошие результаты при хронической гоноррее матки и ее придатков от подкожного введения живых гонококков. Напротив, в острых и подострых случаях,—за исключением лишь случаев острого гонорройного артрита,—это лечение оказывается недействительным. Технически метод проводится след. образом: гной совершенно свежей гонорреей засеивается на К о s h'овский кровяной агар; после 1-го, шашитом 2-х пассажей гонококки культивируются в пробирках с асцит-агаром, на косых поверхностях которого делается змееобразный штрих; выросшие здесь гонококки смываются 3-мя куб. с. стерильного физиологического раствора, и 1—2 куб. с. этой взвеси при помощи обычного шприца вырываются большой под кожу левого плеча. Обычно при этом вводится под кожу 2—4 миллиарда зародышей. После впрыскивания наблюдается чрезвычайно резкая местная реакция,—получается нечто вроде ограниченной флегмоны; °, однако, лишь редко поднимается выше 38°; боли, неособенно сильные, проходят через 24—48 ч. Если первая инъекция не дает эффекта, что бывает в весьма редких случаях, то через 14 дней впрыскивание можно повторить. P.

46. *Локализация гонорройного артрита*. M a u g и B r e m e r (Münch. m. W., 1928, № 24) нашли, что общепринятое мнение, будто при гоноррее поражается только один сустав, неправильно. Из 5778 гонорройных больных 2,2°/о дали заболевание суставов, причем у 45°/о оно было в форме чистого моноартрита, у 28°/о—полиартрита и у 27°/о—полиартрита, перешедшего в моноартрит. Переход моноартрита в полиартрит не встречался. Чаще всего поражен коленный сустав, затем в убывающем порядке шли ручные и кожные суставы, плечевой, локтевой и остальные мелкие. В молодом возрасте чаще наблюдался моноартрит, в пожилом—полиартрит. Из других инфекций сифилис на 4800 случаев дал поражение суставов в 1,1%, в том числе в 20°/о в виде чистого моноартрита и в 80°/о—полиартрита; в сред-

нем поражаются два сустава, чаще всего коленный. На 1700 (ис больные поражение составов отмечалось в 3,8%—у 48% больных в виде чистого моноартрита и у 52%—в виде полиартрита; чаще всего поражались два сустава,—в первую очередь опять-таки коленный, затем локтевой, до 20 лет наблюдался обычно полиартрит, позже—моноартрит. На 825 случаев настоящего суставного ревматизма отмечалось 76% полиартрита, 3% чистого моноартрита, остальные 21% полиартритов. переходных в моноартрит; в среднем поражались 5—6 суставов: коленный, голеностопный, лучезапястный; у молодых субъектов чаще имел место моноартрит. Т. о. при 4 инфекциях (гоноррея, сифилис, тбс, ревматизм) тип заболевания суставов не имеет дифференциально-диагностического значения.

*А. Вайнштейн.*

#### н) Болезни уха, носа и горла.

47. *Связь носа с половой сферой.* Давно уже и клиническими наблюдениями, и экспериментами была установлена тесная связь между слизистой оболочкой полости носа и половой сферой. Fließs установил, напр., существование в носу «генитальных точек», смазывание которых растворами кобальта ведет к прекращению дисменоррей. Такими генитальными точками, по Fließs'у, являются tuberculum septi nasi и передняя часть нижней носовой раковины. Произведя ряд экспериментальных исследований в этом направлении на животных, Н. А. Карпов (Вест. рино-лар.-от., 1928, № 3) нашел, что экстирпация передних носовых раковин, произведенная в молодом возрасте, вызывает недоразвитие половых органов, и что водный экстракт из этих раковин действует в слабых концентрациях активизирующим образом на матку, в крепких же вызывает tetanus этого органа. Такой же эффект дает и экстракт средних раковин. Напротив, экстракт из слизистой, покрывающей бугорок носовой перегородки, никакого действия на матку не оказывает.

*Р.*

48. *Переливание крови при носовых кровотечениях.* Ряд наблюдений убедил д-ра В. С. Дьячкова (Журн. ушн., нос. и горл. б., 1928, № 5—6), что переливание собственной крови больного или, в крайнем случае, вливание крови, взятой от другого лица, в количестве 20—30 куб. с., в состоянии быстро останавливать профузные послеоперационные кровотечения из носа, носоглотки, глотки и гортани. Если предварительно ввести кровь до операции, то и кровопотери во время производства последней бывают меньше. Наконец, трансфузия крови является могущественным средством и при кровотечениях, возникающих независимо от операции,—при гемофилии, геморрагическом диатезе и пр.

*Р.*

49. *К лечению острого насморка.* Bordier (Presse méd., 1927, № 24) рекомендует для этой цели диатермию, причем электроды, в 20—50 мм. величины и 1 мм. толщины, прикладываются к боковым крыльям носа, под углом глаза. Обычно достаточно бывает 2—3 сеансов, чтобы насморк прошел, а иногда он купируется и после одного сеанса.

*Р.*

#### о) Стоматология.

50. *Микрофлора кариозных зубов.* По исследованиям С. А. Утевского и Р. Я. Пеккера (Одонт., 1928, № 2) в этиологии кариеса и его осложнений, повидимому, главную роль играет стрептококк типа str. lacticus Kruse, локализирующийся в глубоких слоях кариозного дентина и продуцирующий кислоту при росте на сахарном бульоне, молоке и бульоне с молочным сахаром. Кроме этого стрептококка, авторы нашли в кариозных зубах еще ряд (7) микробов, число которых уменьшается по мере перехода от поверхностных слоев к глубокому.

*Р.*

## Рецензии.

Проф. П. И. Карузин. *Словарь анатомических терминов.* С приложением кратких сведений по латинскому и греческому языкам и биографического словаря ученых. Стр. 292. Москва-Ленинград, Госиздат, 1928. Ц. в переплете 5 р. 25 к.

Нельзя не приветствовать появление настоящего «Словаря анатомических терминов». Как известно, уже более 20 лет тому назад в «классических» гимназиях перестали преподавать греческий язык, а около 10 лет прошло, как исключен и

латинский из предметов преподавания средней школы. Большинство современной молодежи мало знакомо при поступлении в университет и с новыми языками; особенно это имеет значение относительно языков романского происхождения, в которых немало слов родственных латинским. Все это значительно затрудняет усвоение «латинской» анатомической терминологии, хотя, впрочем, и для прежних студентов, окончивших гимназию, где преподавались оба древних языка, изучение нашей, повестные варварской, латыни являлось делом далеко не всегда легким, во крайней мере на первых порах; с другой стороны, личный опыт автора показывает, что, напр., учившиеся в зубо-врачебных школах (большую часть это были женщины), знакомые с французским языком, сравнительно скоро усваивали латинскую терминологию. Студент и врач неизбежно должны быть знакомы не только с русской, но и с латинской терминологией, для чего и необходимо было составление толкового словаря. Слушатели автора всегда с значительным интересом относились к обычно даваемым объяснениям терминов, а за последний год он, по предложению медицинского факультета, читает даже особый курс латинско-греческого языка (1 недельный час в полугодие), и слушатели относятся к нему с большим вниманием. П. П. Карузин правильно отмечает, что в обычных энциклопедических и терминологических словарях (в том числе Гаубера и Брейтмана) не уделяется достаточно места анатомическим терминам. Это вполне естественно, ибо, напр., словарь Брейтмана определенно озаглавлен «Словарь клинической терминологии», и анатомические термины не упоминаются в нем в исчерпывающем виде не потому, чтобы они были не важны, а просто за недостатком места, ибо в одних только клинических терминах, благодаря существующему в настоящее время «*prigius onomatopoeicus*», так много, что даже самые большие словари не могут вместить их целиком. Поэтому появление словаря П. П. Карузина не только не нуждается в каких-либо оправданиях, но заслуживает самой широкой рекомендации. Но именно потому, что этот словарь предназначен преимущественно для студента, в нем не должно быть никаких, даже мелких погрешностей. Я себе позволю указать на некоторые из них в надежде, что в следующем издании они будут исправлены.

Совершенно напрасно проф. П. П. Карузин делает окончание *eus* то долгим, то коротким. Он и сам не выдерживает строго этого деления, ибо наряду с *pharyngeus* имеет *oesophagēus*. Лучше везде считать *e* перед *n* кратким. Затем у него имеются следующие неправильности:

напечатано: *epistrophēus, gerontoxon, glomerulum, laryngis,*

нужно: *epistrophēus, gerontoxon, glomerulus, laryngis;*

напечатано: *mesocēlon, olecranon, -ōsus, pharyngis, secundinus,*

нужно: *mesocolon, olecranon, -osus, pharyngis, secundinus;*

напечатано: *sutūra, Аверроэс, Aristotēles, Баухин<sup>1)</sup>, Боумен,*

нужно: *sutura, Аверроэс, Aristotēles, Бонен<sup>1)</sup>, Баумен;*

напечатано: *Winslow, Вьесен, Гаверс, Гаснер, Гетри, Hippocrātes,*

нужно: *Winslow, Вьесен, Хэверс, Газнер, Гэзри, Hippocrātes;*

напечатано: *Darwin, De la Poë, Деснемет, Жимбернат, Колладо,*

нужно: *Darwin, De la Voë, Десемё, Химбернат, Кольядо;*

напечатано: *Коулер, Куэйн, Ланчизи, Макалпстер, Пахиони, Пекет,*

нужно: *Купер, Куэйн, Ланчизи, Макалпстер, Пакиони, Пеке;*

напечатано: *Ридлей, Шарпей,*

нужно: *Ридли, Шарпи.*

*Orchis*—не указан родительный падеж *orchēos*. *Solon*—редкое чтение, обычно *solon*.

Ударение в латинской транскрипции греческих слов рядом с последним изданием, ибо читатель будет произносить латинские слова с греческим ударением.

Проф. М. Я. Брейтман.

Проф. П. А. Брауде и Е. Ф. Беляева. *Раннее распознавание рака матки*. ГИЗ. 1928. 79 стр., с 12 рис. в тексте, 14 цветными таблицами и 6 микрофотограммами. Цена 3 руб.

До тех пор, пока нам не будут вполне точно известны этиология рака матки и, вместе с тем, рациональная его профилактика, единственно-успешным способом

<sup>1)</sup> К сожалению, это правильное произношение случайно пропущено и у меня в словаре.

борьбы с этим пародным бедствием, как свидетельствует опыт Германии, останется своевременное обнаружение случаев рака матки в ранних его стадиях и своевременное же применение тех лечебных мер, которые в состоянии обеспечить стойкое излечение хотя бы известному проценту карциноматозных больных,—мы разумеем радикальную операцию и рентгено-радиотерапию. У нас в СССР борьба с раком матки потому и дает ничтожные результаты, что громадное большинство наших больных попадают в руки гинеколога уже с запущенными формами болезни. С этой точки зрения широкое ознакомление наших врачей с методами раннего распознавания рака является крайне желательным, и нельзя не приветствовать появление в нашей печати трудов, служащих данной цели,—особенно, если они написаны с знанием дела и содержат настолько наглядные указания, что ими может руководиться и врач-неспециалист. А настоящая книжка именно и является таковою, чему особенно способствуют имеющиеся в ней многочисленные, прекрасно исполненные иллюстрации. Горячо желая поэтому широкого распространения труду проф. Б. в д-ра Б., мы позволили бы себе сделать лишь немногие замечания, которые авторам и издателям книжки было бы, может быть, небесполезно иметь в виду при следующих ее изданиях.

Во-первых, в руководстве, посвященном раннему распознаванию рака матки, было бы, по нашему, нелишним не ограничиваться только микроскопической диагностикой,—которая, кстати сказать, доступна далеко не всякому врачу,—а дать указания и относительно таких способов клинической диагностики раннего рака, как, напр., способ, в свое время горячо рекомендованный *Heitzman*'ом (прижигание подозрительной эрозии 10% раствором медного купороса).

Во-вторых, описывая технику пробной эксцизии при начинающемся раке влагалищной части матки, авторы говорят исключительно об иссечении кусочков скальпелем и ничего не упоминают об инструментах, предложенных специально для этой цели, напр., о щипцах *Schuber's*. Между тем мы на опыте убедились, что последние являются вполне пригодными для данной цели, особенно в амбулаторной практике.

В-третьих, наконец, назначенная за книжку цена,—3 рубля,—по нашему мнению совершенно не соответствует ни сравнительно-небольшому ее объему (79 стр. вместе с оглавлением и литературным указателем), ни тому широкому распространению ее во врачебных кругах, на какое книжка рассчитана (или, по крайней мере, должна быть рассчитана).

Проф. В. Груздев.

## „Русский язык“ наших научных и в частности медицинских журналов.

Д-ра С. Б. Рафальес (Москва).

По мере роста нашей научной журнальной литературы начинает все более и более выдвигаться одно на первый взгляд парадоксальное обстоятельство: немудрено писать по-русски, владеть русским языком, владеть научным русским материалом. О последнем обстоятельстве мы имели уже в свое время возможность высказаться на страницах «Казанского мед. журнала» (№ 2 за 1927 г.). Нужно сказать, что в этом последнем случае играют роль все-таки старые навыки и еще со школьной скамьи выпитанное в плоть и кровь убеждение, что в России ничего путного и хорошего не сделано, а «наука» живет только там, за границей, под старыми сводами Гейдельберга, Бонна, Берлина... Но отсюда все же никак нельзя сделать вывода, что, если писать по-русски, то делать это можно, как угодно,—русский читатель все «съест». Стоит взять любой научный журнал, чтобы убедиться в правильности нашей мысли. Громадное большинство статей, заметок и пр. написано на каком-то местном наречии, а не на литературном русском языке. К величайшему стыду нашему, многие из таких статей, место которым в образцовой хрестоматии «Как нельзя писать по-русски», подписаны весьма и весьма известными именами.

Конечно, можно быть дельным человеком и думать о красе ногтей. Можно быть «столпом» и все-таки писать на наречии, почему-то именуемом литературным русским языком. Но против загромождения наших журналов следует объявить серьезный поход.

Чтобы не быть голословным, я позволю себе привести несколько цитат, не называя фамилий:

«Перепечатываемые из руководства в руководство данные относительно низкого процента разрывов (промежности), частота коих не менее 100%, далеки от действительности» (Гинек. и Ак., 1927, № 5).

«Проводя на своем материале способ распознавания неотделившегося последка Кюстнера» (Гип. и Ак., 1927, № 5).

«Формулы, вычисляющие как велика работа, когда тело определенного веса достигает определенной высоты, дает нам... только величину физической силы» (Гипек. и Ак., 1927, № 5).

Тот же автор, говоря о женской гимнастике, замечает: «Кроме улучшения кровообращения в тазу тут еще имеет значение отклонение психики от половых органов».

«У пикничек красивый, почти равнобедренный, сплошь и обильно покрытый растительностью лонно-паховый треугольник» (Гип. и Ак., 1927, № 5).

«Что касается выбора животных, то, имея в виду отчасти практические соображения, мы решили производить свои поиски только среди тех млекопитающих, которыми постоянно окружен человек и которые были бы легко доступны для массового употребления»... (Мед.-биол. журн., 1927, № 5).

«Бесспорным является то, что сексуальная жизнь проникает в многочисленные научные дисциплины: биологию, физиологию, гигиену и особенно социальную гигиену, антропологию и этнологию, психологию, и педагогику, евгенику и народную экономику, искусство и религию, историю культуры, как напр. брака и семьи, гигиену и юношеское движение, криминологию. Все эти науки дают знания о половой жизни и в свою очередь продвигаются сексологией». (Соп. гиг., 1927, № 2).

«Две причины мешают еще большему развитию этой науки (астрономии) в СССР: наличие совместительств... и отсутствие в нашей стране точной механики» (Русск. астроном. журнал, 1927, № 4).

Из отчета о деятельности астрономического кабинета и обсерватории Томского гос. университета: «В ночь с 28 на 29 июня из астрономического кабинета украдены 2 арифмометра: Одер, № 5650 и Бруневич, № 19756... причина кражи недостаточная охрана (Плохие замки, отсутствие *живого* караула)» (Русск. астр. журн., 1927, № 4).

«Вопрос о лечении головной водянки у маленьких детей является одним из таких, с которым хирурги ведут уже много лет неустанную, но к сожалению очень мало успешную борьбу» (Журнал соврем. хирургии, 1927, № 6).

«Ш. объясняет рвоту беременных спазмом привратника желудка, который является следствием ваготонии» (Гипек. и Ак.).

Подобные цитаты каждый желающий может продлить до бесконечности, — стоит ему, как я уже указал, взять любой журнал. Где причины столь неряшливого обращения с языком, о котором Тургенев говорил, как о могучем и великом, и о чистоте которого Ленин в самый разгар гражданской войны находил время и возможность заботиться? Таких причин, по нашему мнению, две. Первая — это всеобщее убеждение, что все дело в содержании, а форма сама приложится. Свое начало это убеждение ведет от времени гражданской войны, когда действительно важна была лишь «суть», а форма «прилагалась». Но применять те же методы, те же мерки, те же масштабы к нашему времени и к трактуемому вопросу нет решительно никаких оснований, — что было хорошо для газетной статьи 1919 года, то совершенно недопустимо для научной статьи настоящего времени. Далее, будет ли кто-нибудь спорить о том, что в отношении терминов допустима вольность в обращении с ними? Вряд ли, ибо такому «писателю» или спорщику грозит неминуемый ostracism. Чистота, точность, ясность и правильность языка являются для научной статьи столь же необходимыми, как и правильность терминологии.

Вторая причина неряшливости языка наших научных статей лежит в самих редакционных аппаратах: недостаточное, а иногда некомпетентное выправление статей, слабость корректуры и т. п. Бывает и так, что по целому ряду соображений признается «неудобным» вернуть автору статью для исправления (на наш взгляд совершенно ложное неудобство). Некоторые авторы любят давать статьи срочного характера в самый последний момент, когда, действительно, если нужно номер журнала выпустить вовремя, внимательно прочесть и выправить статью нет возможности...

Нужно ли бороться с этими явлениями, нужно ли стать «ревнителями» русского языка? Не может быть двух мнений по этому вопросу: не только нужно, но и должно перейти к активной борьбе за чистоту, ясность, точность и правильность формального изложения своих мыслей, т. е. за очищение языка наших научных журналов от сора, хлама и грязи. Отсюда же вытекают и способы борьбы за это крайне нужное дело:

1. Безжалостное возвращение авторам их произведений, если они не написаны совершенно литературно.

2. Очень тщательная редакционная правка, „не взирая на лица“.

3. Во всех наших научных журналах должна быть поднята кампания за чистоту языка.

Если я не оглашаю фамилий тех авторов, из статей которых взяты вышеприведенные отрывки, то делаю это вполне сознательно потому, что сразу переходить на „лица“ не нужно, — прежде всего следует создать в нашей среде общественное мнение вокруг поднимаемого мною вопроса, и только имена злостных „пачкунов“ надо предавать гласности. Наши учителя, научное слово которых мы привыкли встречать с весьма большим уважением, должны выступить в первую голову. Их слово в этой области будет чрезвычайно веским. Я приглашаю их выполнить свой долг на страницах русских медицинских журналов<sup>1)</sup>.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество врачей при Казанском университете.

#### Общие заседания.

Заседание 20/XI 1928.

Проф. К. Р. Викторov: *По физиологическим лабораториям Германии.*

Проф. М. А. Дыхно: *Профилактические учреждения в Германии.*

Проф. В. К. Трутнев: *Впечатления о заграничной поездке.*

Проф. Р. А. Лурья: *В Германии и Голландии (впечатления).*

Заседание 4/XII 1928.

Д-р Н. Н. Благовещенский: *Общий обзор учения о местном иммунитете.* Доклад будет полностью напечатан в «Казанском медицинском журнале». — В связи с затронутым вопросом проф. Н. В. Соколов поделился клиническими наблюдениями над применением антивируса по Безредка в хирургической практике, причем в общем остался очень доволен полученными результатами. Прив.-доц. А. Ф. Агафонов сообщил о применении антивируса в детской практике при скарлатине; полученные результаты были не такими блестящими, как у хирургов, и это заставляет д-ра А. относиться к антивирусу сдержанно. Д-р Евстифеев ознакомил собрание с результатами применения антивируса в одонтологической практике; хотя наблюдений еще немного, но д-р Е. ешел себя в праве благоприятно отзываться о лечении антивирусом. В прениях по докладу приняли также участие профф. В. Е. Адамюк и В. М. Аристовский и прив.-доц. Герман.

Стоявший на повестке заседания доклад д-ра М. С. Венедиановой-Груздковой: *К вопросу о лечении озы по Безредка* заслушан не был по случаю неявки докладчицы. Вместо того д-р Лебедевский изложил перед собранием вкратце результаты лечения озы антивирусом в Казанской университетской клинике болезней уха, горла и носа; результаты при этом методе лечения оказались весьма обнадеживающими.

Заседание 18/XII 1928, посвященное профессору Ивану Григорьевичу Савченко по поводу 40-летия его научной деятельности.

Проф. В. С. Груздев произнес речь: *Профессор Иван Григорьевич Савченко*, помещаемую в настоящем № «Журнала».

Проф. В. К. Меньшиков сделал доклад *о новых достижениях в области профилактики и серотерапии скарлатины*. Доклад этот также печатается в настоящем № «Журнала» — По поводу этого доклада проф. В. М. Аристовский заметил, что от применения антитоксической сыворотки при скарлатине нельзя ожидать такого же успеха, как при дифтерии, что объясняется раз-

<sup>1)</sup> Редактор „Казанского мед. журнала“, на собственном долголетнем горьком опыте убедившийся в справедливости заявлений д-ра Р., вполне присоединяется к его мысли о необходимости проведения в жизнь предлагаемых им мер. Одну из этих мер, именно, вторую, я уже давно осуществляю по отношению к статьям, присылаемым для напечатания в „К. мед. ж.“. В. Груздев.

личной ролью в организме стрептококков и палочки Löffler'a: последняя строго локализована, и только токсины ее поступают в организм, стрептококки же при скарлатине попадают в общий ток кровообращения. Затем проф. А. отметил, что до сих пор в распоряжении бактериологов, к сожалению, нет метода определения лечебной силы антиоксической сыворотки, употребляемой при скарлатине.

Проф. В. М. Аристовский и д-р А. Г. Вайнштейн: *Опыт вакцинации человека к возвратному тифу.*—По поводу этого доклада, также печатаемого в настоящей книжке «Журнала», выступали в прениях профф. А. Н. Миславский, Б. А. Вольтер и Р. А. Лурья.

Секретарь А. В. Вылегжанин.

### Физиологическая секция.

Заседание 12-е 27 XI.

Д-р И. П. Цветков: *Влияние половых желез на костный мозг и периферическую кровь.* Наблюдения над изменениями Hb, Eг, Fі, ретикулоцитоз и кровяных пластинок, а также над скоростью восстановления Eг и Hb после кровопусканий и гемолиза, у кастрированных, спленэктомированных и подвергшихся обем операциям животных различных полов и возрастов—дали докладчику следующие результаты: кастрация самок в периоде полового созревания вызывает падение Hb и Eг с понижением Fі, у молодых и взрослых самок—равномерное падение Eг и Hb без изменения Fі—так же, как и у взрослых кастрированных самцов: кастрация молодых самцов (2—3 мес.) не ведет к изменению периферической крови, Eг и Hb; в большинстве случаев кастрации отмечается повышение числа ретикулоцитов и кровяных пластинок; спленэктомия вызывает большую частью временное повышение Hb и Eг с понижением Fі без увеличения ретикулоцитов; одновременные кастрация и спленэктомия не вызывают изменения Hb и Eг в периферической крови; кровяные пластинки повышаются в числе во всех случаях кастрации, спленэктомии, а также кастрации, соединенной со спленэктомией; восстановление крови после кровопускания и гемолиза идет быстрее у кастрированных, а также кастрированных и вместе спленэктомированных животных, чем только у спленэктомированных; у последних это восстановление идет медленнее, чем у контрольных; восстановление крови сопровождается различной реакцией костного мозга, что сказывается появлением в периферической крови различного количества ретикулоцитов и эритробластов; спленэктомия, кастрация и спленэктомия вместе с кастрацией вызывают гиперплазию костного мозга с преобладанием лейкопоэза; у молодых животных кастрация вместе со спленэктомией ведет к анэмии костного мозга. В конечном итоге на основании гистологических изменений костного мозга и скорости восстановления крови после кровопускания и гемолиза у кастрированных, спленэктомированных и подвергшихся обем операциям животных можно сказать, что половые железы действуют тормозящим образом на костный мозг, а селезенка—стимулирующим.—В прениях по докладу принимали участие профф. Горьев и Викторов и д-ра Шерман, Ахрем-Ахремович, Зимницкий и Рошин.

Д-р Ф. Д. Агафонов: *О сосудорасширяющих свойствах крови при сыпном тифе.* Не разведенная дефибринированная кровь и кровь в разведениях 1:100, 1:200, 1:300, 1:500, 1:1000 и 1:2000 (в жидкости Ringerg'a), взятая в различные периоды болезни из вены локтевого сгиба сыпнотифозных больных через  $1\frac{1}{2}$ —2 часа после завтрака, пропускалась через сосуды задней конечности лягушки, причем ее действие сравнивалось с действием крови здоровых людей, взятой при одинаковых условиях и в одинаковых разведениях. Этими опытами было установлено, что сосудорасширяющее действие крови сыпнотифозных больных проявляется постоянно и вне зависимости от периода болезни и состояния пищеварительного аппарата. В дальнейших опытах с кровяным давлением на теплокровных животных (кошках) получалась такая же разница в действии на кровяное давление крови сыпнотифозных больных сравнительно с кровью людей здоровых: введение крови здоровым (в разведении 1:200 в жидкости Ringerg-Lock'a) не вызвало никакого эффекта, или вызвало небольшой, постепенный и длительный подъем кровяного давления в то время, как введение крови сыпнотифозного в тех же разведениях всегда влекло за собой то более быстрое, то медленное и длительное (до 30 минут) понижение кровяного давления, которое также постепенно поднималось до исходных цифр. Этот же эффект получался и после пере-

резки спинного мозга. Действующим началом, вызывающим этот эффект, по всей вероятности, являются продукты белкового распада, циркулирующие в крови, вызывающие расширение сосудов и оказывающие влияние на самую стенку сосудов.—В прениях по докладу принимали участие профф. Вольтер и Горзен, доцент Афонский и д-ра Шерман и Федоров.

Тов. председателя секции А. Гусев.

### Хирургическая секция.

Заседание 9/XI.

Д-р Д. И. Федоров демонстрировал больного 53 лет, оперированного проф. П. М. Красиным по поводу *рака правой половины языка*. Операция была выполнена по последней модификации способа проф. Красина, а именно, к обычному разрезу для временной остеопластической резекции отрезка нижней челюсти был прибавлен еще большой линейный разрез от *proc. mastoideus* до временной вырезки, через который были удалены железы, расположенные вдоль переднего края *m. sterno-cleido-mastoidei*, вместе с *gl. salivaris submaxillaris*. Модификация эта представляет те преимущества, что она является наиболее радикальной и делает легко доступными все лимфатические железы, в которые дает заносы рак языка, тем самым надежно обеспечивая больных от рецидивов. У демонстрируемого больного операция была произведена под местной анестезией.—В прениях проф. Красин указал, что он несколько раз демонстрировал больных раком языка, радикально оперированных по его способу; на XX съезде хирургов он доложил о 5 своих наблюдениях, демонстрируемый случай шестой. Д-р А. И. Рыжих считает обязательным перевязку а. *carotis ext.* как это делает проф. Красин.

Д-р А. И. Сластников: *О подкожных разрывах тонких кишек*. Докладчик наблюдал 3 случая подкожного разрыва тонких кишек. Больного придавило телегой. Через 3 часа он был доставлен в больницу. Главные явления: напряженный живот, грудной тип дыхания и малый, частый пульс. Вскрытие брюшной полости обнаружило полный поперечный разрыв тонкой кишки, который, по освещении краев раны, был зашит (круговое соединение кишечных отрезков). Выздоровление.—В прениях д-р П. Ф. Колчин высказал мнение, что существующие в брюшной полости спайки и тяжи могут способствовать разрыву кишки, и привел 2 наблюдавшихся им случая такого разрыва. Д-р А. И. Рыжих думает, что наиболее приемлемой теорией, объясняющей механизм подкожного разрыва кишки (т. наз. лопанья кишки) является теория Saengerbach'a (закон замкнутого пространства). Проф. В. Л. Боголюбов отметил, что диагностика подкожных разрывов кишек не всегда легка, и удачные исходы наблюдаются только при раннем оперировании.

Д-р Б. В. Огнев: *О костно-пластическом вычленении плеча по способу проф. П. М. Красина*. Этот способ состоит в том, что *m. deltoideus* с выпиленной пластинкой из плечевой кости, после удаления последней, фиксируется в *cavitas glenoidalis*, откуда предварительно удаляется хрящ. Докладчик с успехом оперировал по такому способу 2 больных. В настоящее время он разрабатывает вопрос о сохранении функции *m. pectoralis* и *m. latissimus dorsi*, предлагая сшивать их сухожилия, как антагонисты, и в петлю сшитых сухожилий проводить *m. deltoideus* в *cavitas glenoidalis*. Он пытается предпринять подобную же операцию и на тазобедренном суставе.—В прениях проф. П. М. Красин отметил, что идея сохранения нервно-мышечного аппарата плеча при вычленении последнего осуществлена им на трунах и с анатомической стороны разработана его сотрудником, д-ром А. Н. Сызгановым. Проф. М. О. Фридланд указал, что необходимо избегать уродующих операций—вычленений в суставах, а надо стремиться к сохранению хотя бы незначительного участка головки. Это также важно для устройства и ношения протезов. Предлагаемый способ проф. Красина идет навстречу вышеуказанным соображениям и поэтому заслуживает внимания. Проф. В. Л. Боголюбов указал на клиническое значение данного способа и необходимость его дальнейшей клинической разработки. Секретарь П. Цимлес.

Заседание 19/XI.

Д-р Б. В. Огнев демонстрировал *препарат почки, удаленной по поводу гидронефроза*.—По поводу демонстрации высказались д-р Ю. А. Ратнер, проф. П. М. Красин, отметивший, что в данном случае выднее, видимо, было почать операцию сразу под общим наркозом, тем более, что под местным обезболиванием

доставить эту операцию до конца не удалось, и проф. В. Л. Боголюбов, указавший, что случаи, подобные сообщенному докладчиком, являются, несомненно, трудными для диагностики, особенно в условиях бедной участковой практики: текущим летом В. Л. был свидетелем крупной диагностической ошибки в одной из берлинских клиник, где гидронефроз был принят за опухоль селезенки.

Д-р Ю. А. Ратнер: *Случай urethrocele* (с демонстрацией больного). Случай относится к молодому человеку, основные жалобы которого сводились к дизурическим расстройствам — учащенным позывам на мочеиспускание и ночному (непостоянному) недержанию мочи. Диагноз в пользу urethrocele решили цистоскопии (наличие конической формы опухоли, выдающейся в просвет пузыря, на вершине коей располагалось чрезвычайно суженное устье правого мочеточника) и уретеропиелография (расширение мочеточников, лоханок и чашечек с обеих сторон и кистовидное выпячивание близ устья правого мочеточника). Данные объективного исследования плюс состояние левого мочеточника и его устья (злияние и неподвижность его) позволяют докладчику рассматривать urethrocele в его случае за явление вторичного порядка, развившееся на почве врожденной атонии верхних мочевыводящих путей вообще и правого мочеточника в частности. Терапия в этом случае состояла в методическом расширении устья правого мочеточника, опорожнении кисты и последующем промывании верхнего отдела мочевыводящих путей. — Прения: д-р А. А. Сызганов и проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р Л. Г. Филмаи: *Заграничные впечатления от посещения хирургической клиник*. Докладчик имел возможность настоящим летом посетить лучшие хирургические клиники Германии, Австрии и Италии. Впечатления от посещения этих клиник и составили тему обширного доклада с обращением особого внимания на обезболивание и легочную хирургию. — В дополнение к докладу поделились своими личными впечатлениями профф. П. М. Красиц, М. С. Фридланд и В. Л. Боголюбов.

Заседание 30/XI.

Проф. М. О. Фридланд демонстрировал больного, оперированного по поводу *spina bifida occulta* с *трофическими расстройствами коленных суставов*. Больной—14-летний мальчик, у которого без всяких видимых причин с весны текущего года развился безболезненный болтающийся коленный сустав справа с установкой в положении *semi vagum* под углом 28°. Рентгенологически костяк нормальный. Болезнь развилась в связи с трофическим разрушением связочного аппарата, в том числе передней крестобразной связки (симптом „выдвижного ящика“). Обе нижние конечности синюшны, холодны. Была заподозрена *spina bifida occulta*, которая подтвердилась при рентгенографии: последняя обнаружила дефект дужкового отдела V поясничного позвонка и, кроме того, несращение III, IV и V крестцовых позвонков. 27/X операция—костно-пластическое закрытие дефекта свободным трансплантатом, выкроенным из *crista iliaca* и укрепленным в виде навеса над дефектом в позвоночнике. Теперь больной ходит, не чувствуя прежнего холода в ногах, синюшность отсутствует. Кроме того, он уверяет, что у него коленный сустав „крепче“ прежнему.

Д-р П. А. Никифоров: *Результаты консервативного лечения оскольчатого перелома коленной чашки* у 71-летней больной (с демонстрацией больной и рентгенограмм). В Ортопедической клинике Института для увеч. врачей в Казани наблюдалось 9 сл. перелома коленной чашки. Все эти случаи, кроме одного, были с успехом лечены *консервативно*.—накладывалась липкопластырная повязка крестобразно с дополнительным круговым наложением ее на валиках; большая конечность оставалась без шины, на вытяжении, и с первой же недели подвергалась массажу. Данный случай относится к категории звездобразных переломов чашки, перелом произошел здесь после падения при спезании с трамвая.

Д-р Н. В. Швалев: *Случай гигантского роста пальцев*. Случай относится к молодобойцу, родившемуся с увеличенными 2-м и 3-м пальцами правой руки; 3-й палец был удален вследствие препятствия при работе, 2-й палец той же руки в настоящее время резко увеличен, достигая гигантских размеров. Докладчик объясняет такое увеличение за счет изменений со стороны гиофиза. — Прения: д-ра П. И. Садовский, Б. В. Огнев, пр.-доц. В. А. Гусынин и проф. М. О. Фридланд.

Д-р М. С. Знаменский: *Остеомиелит позвоночника*. Докладчик описал случай первичного острого остеомиелита позвоночника, наблюдавшегося в Казанском военном госпитале. Красноармеец-артиллерист поступил в госпиталь по поводу сильных болей в спине и высокой температуры. Обнаружены пастозная при-

пухлость в области XI, XII грудных и I поясничных позвонков, резкая болезненность при надавливании на остистые отростки названных позвонков, ригидность всего позвоночника, межреберные невралгические боли, вздутый, напряженный и болезненный живот, задержка мочи, повышение коленных рефлексов. Через несколько дней—нижняя параплегия. Произведенная ламинэктомия обнаружила большое скопление гноя в спинно-мозговом канале и гнойное пропитывание губчатого вещества дужек названных позвонков. В послеоперационном периоде отмечаются острые пролежни, вторичные гнойные очаги в обоих коленных суставах. Спустя 2 месяца после поступления в госпиталь больной скончался. Всего в мировой литературе докладчик нашел около 120 сл. данного заболевания со смертностью 40%.

Д-р Б. В. Огнев: *Подковообразная почка в связи с некоторыми отклонениями в развитии др. органов у человека* (демонстрация препаратов). Докладчик поделился данными о 3 случаях этой аномалии, где наряду с наличием подковообразной почки со сращением нижних полюсов наблюдались thymus persistens, дольчатая селезенка, Meckel's diverticulum и др. По его мнению в подобных случаях надо обращать внимание на строение всего организма, так как подковообразная почка есть частичное нарушение морфологической корреляции.— В прениях прив.-доц. В. А. Русыни в демонстрировал препарат одной половины подковообразной почки, удаленной им по поводу (ис поражения) почки; больная находится на пути к выздоровлению, цистоскопия обнаружила у ней извменно измененную слизистую пузыря, гной из левого мочеточника; под микроскопом найдены (ис) палочки; произведена heminephrectomia. Кроме того, в прениях приняли участие проф. М. О. Фридлянд и др. Ю. А. Ратнер. Секретарь Цим.вес.

### Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 28/XI.

Д-р Е. Д. Русский демонстрировал препарат *матки, экстирпированной рег abdomen по поводу разрыва ее при родах с образованием гематомы правой широкой связки*. По мнению докладчика разрыв произошел здесь в зависимости от поперечного положения плода, а может быть, здесь играла роль и наблюдавшаяся в первые месяцы беременности ретрофлексия матки, гематома же образовалась на почве разрыва одной из ветвей а. uterinae. Больная была доставлена в очень тяжелом состоянии, плод оказался в состоянии начавшегося гнильного разложения. После экстирпации матки был введен марлевый дренаж в рукав.— В прениях проф. А. И. Тимофеев отметил желательность в этом случае тщательного гистологического исследования маточной стенки. Проф. В. С. Груздев высказал, что в подобных случаях было бы, по его мнению, выгодно не ограничиваться рукавным дренажем, а вводить и дренаж Mikulicz'a.

Д-р А. П. Сигалевич: *К вопросу о женском половом гормоне* (литературный обзор). Доклад будет напечатан полностью в „Казанском мед. журнале“.— В прениях приняли участие профф. В. С. Груздев и А. П. Тимофеев и др. Ю. А. Лейбчик.

Д-р В. П. Давыдов: *Uterus infantilis и конституция*. Докладчик, изучая по измерительно-описательному методу зависимость между инфантилизмом матки и конституцией у 50 женщин, нашел, между прочим, 1) что uterus infantilis может встречаться у женщин с любой конституцией; 2) что при этой аномалии наблюдаются резкие отклонения от нормы индексов VI и VII по схеме д-ра Андреева, а именно, индекс VI (отношение ширины плеч к росту) является резко увеличенным, индекс же VII (отношение ширины таза к ширине плеч)—уменьшенным; 3) изменения эти настолько характерны, что на основании их уже до бимануального исследования матки можно заподозрить у женщины наличие ut. infantilis.

Д-р Олерская: *К вопросу об обратном развитии передней брюшной стенки у родильниц различных конституциональных типов*. Докладчица, производя измерения брюшной стенки у ряда родильниц видоизмененным прибором Siedentorfa на 1-й и 5-й дни после родов, могла установить, что обратное развитие брюшного пресса в пuerперальном периоде идет гораздо лучше у средних, пикнических, гиперфеминальных и мускулярных женщин, хуже у астеничек.— Оба последних доклада вызвали оживленный обмен мыслей, в котором приняли участие профф. В. С. Груздев и А. П. Тимофеев, прив.-доц. М. П. Андреев и др. Ю. А. Лейбчик, А. П. Вылегжанин, Б. В. Огнев, О. Г. Ауанану и А. П. Сигалевич. Секретарь Е. Белыев.

*Рино-ларинго-отоларингическая секция.*

Заседание 15-е 26 V.

Д-р М. С. Груздкова: *О связи озены с придаточными полостями носа.* У больных озеной после лечения антивирусом А В е Г я по способу Б а з р е д в а исчез запах из носа, но атрофический процесс остался. У некоторых из этих больных, при соответствующих показаниях, была произведена трепанация гайморовых полостей. Результат получился хороший. Больные же, не леченные предварительно антивирусом, от вскрытия придаточных полостей избавления от своего недуга не получили. На основании этого докладчица заключает о наличии только косвенной связи между озеной и придаточными полостями носа.—Прения: д-ра Дробышев, Матвеев, Чудносоветов и проф. Трутнев.

Д-р В. В. Громов: *К вопросу о показаниях к антромиин при острых мастоидитах.* По материалу клиники ушных болезней Каз. университета докладчик находит наиболее частыми и надежными симптомами следующие: 1) инфильтрация и болезненность сосцевидного отростка, увеличивающиеся, несмотря на хороший сток отделяемого, 2) инфильтрацию внутренней части задней стенки наружного слухового прохода, 3) повышение  $P_1$ , 4) боли в ухе, 5) падение слуха. При установке показаний к трепанации должно принимать в расчет все эти признаки, причем нельзя устанавливать определенных сроков для операции и придавать особенную ценность отдельным симптомам.—В прениях по докладу участвовали д-ра Груздкова, Матвеев, Яхонтов, Дробышев, Лебедевский и Бобровский.

Заседание 16-е 27 V.

Д-ра Буев и Никольская: *К вопросу о влиянии радикальной операции гайморовой полости на слизистую желудка.* На основании 30 исследований желудочного сока у стационарных больных докладчицы пришли к заключению, что неправильная секреция желудка наблюдается у больных хроническим синуситом более, чем в половине случаев, и что радикальная операция гайморовой полости оказывает благотворное влияние на слизистую желудка.—В прениях по докладу выступили д-ра Груздкова, Голанд, Лебедевский и Матвеев.

Д-ра Лебедевский и Э. В. Петрулевич: *Реакция изоглоагглютинации при некоторых оториноларингологических заболеваниях.* На материале Клиники болезней носа, горла и ушей Казанского университета определена групповая принадлежность у 1019 чел. Биологический индекс для русских оказался равным 1,4, для татар—1,11. Среди больных отмечено понижение частоты IV группы (по Mossy) по сравнению с здоровыми. У лиц, страдающих хроническими гнойными отитами, констатировано резкое уменьшение IV и III групп за счет повышения частоты I и II групп.—Прения: д-ра Буев, Голанд, Чудносоветов, Матвеев и проф. Трутнев.

Заседание 17-е.

Д-р М. С. Груздкова-Венецианова показала *ринолит, извлеченный из левой половины носа* у 24-летней женщины, которая носила его будто бы 16 лет. Ринолит серовато-бурого цвета, имеет форму пирамиды, высота которой—1½ сант., площадь основания—2 сант. Вес ринолита 4,4 грм.; поверхность его, обращенная к выходу из носа, бугристая, медиальная гладкая, латеральная—носит отпечаток нижней раковины.

Д-р Д. Н. Матвеев: *К вопросу о лечении атрофических ринитов.* Лечение проведено у 20 больных, страдающих атрофическим ринитом. Состояло оно в смазываниях полости носа, после предварительной очистки от выделений коллодием. Во многих случаях наступило длительное улучшение в смысле прекращения запаха и образования корок, улучшения носового дыхания и общего состояния. Эффект применения коллодия зависит от раздражающего и дезинфицирующего действия последнего. После значительного улучшения в некоторых случаях по прекращении лечения наблюдался возврат к старому состоянию.—По поводу доклада задали вопросы и сделали замечания д-ра Яхонтов, Дробышев и Чудносоветов.

Проф. В. К. Трутнев и д-р З. П. Вольфсон: *Надо ли выделять поражение сосцевидного отростка веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой в самостоятельную форму Vincent'овского мастоидита?* На основании представленных 12-ти историй болезни докладчицы приходят к заключению, что Vincent'овскому мастоидиту следует придавать значение отдельной нозологической единицы. В развитии болезни здесь отмечаются нерезкое начало

крайне упорное течение, часто свищи сосцевидного отростка; при обстоятельном исследовании обращают на себя внимание характерный цвет и запах секрета, склонность к полипозному перерождению слизистой среднего уха и присутствие веретенообразной палочки в симбиозе со спирохетой. При операции часто открываются мелкие свищи, большие разрушения кости и холестеатомные массы. Закрытое лечение ран не приводит к цели. После операции нередко имеет место крайне вялое заживление раны, в результате которого часто остается не закрывающийся свищ за ухом.—Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие д-ра Дробышев, Матвеев, Яхонтов, Лебедевский и Голанд.

Заседание 18-е 6/VI.

Д-ра П. Д. Буев и П. М. Утробин: *Влияние радикальной операции гайморовой полости на пульпу зубов*. На основании 58 клинических наблюдений и 10 экспериментов на животных авторы пришли к следующим выводам: 1) жизнеспособность пульпы после радикальной операции на гайморовой полости сохраняется; 2) чувствительность пульпы после операции гайморита не понижается за исключением первых 2—3 послеоперационных недель; 3) единичные случаи с отсутствием чувствительности в течение более или менее долгого времени объясняются, по видимому, неблагоприятными анатомическими вариантами, в силу которых регенерирующие свойства в тканях замедляются; 4) через 4—6 недель, в среднем, анатомо-физиологическое равновесие в тканях пульпы восстанавливается полностью.—Прения: д-ра Сызганов, Лебедевский, Вольфсон, Громов, Матвеев, Яхонтов и проф. Грутнев.

Д-ра Н. А. Бобровский и Н. А. Кревер: *Значение рентгенограмм при распознавании заболеваний сосцевидного отростка*. Работа велась в двух направлениях: с одной стороны проводились исследования на черепах для усвоения методики съемки, усвоения картины строения сосцевидных отростков и выявления типов их, с другой—изучение рентгеновской картины больного отростка путем сопоставления данных рентгенограмм с изменениями, найденными во время операции. Рентгенография производилась по методу т. наз. „косого снимка“. Докладчики пришли к выводу, что рентгенограммы могут дать ценные указания относительно топографических соотношений при развитии болезненного процесса. Воспаление слизистой ячеек, образование грануляций, гноя, полостей, холестеатомных масс, склероз кости дают знать о себе на рентгенограмме.—По поводу доклада высказались д-ра Яхонтов, Сызганов, Дробышев, Лебедевский, Громов и проф. Грутнев.

Заседание 19-е 8/VI.

Д-р Голанд: *К вопросу о значении рентгенографии для диагностики некоторых заболеваний лобной и гайморовой полостей*. После разбора всех существующих методов диагностики заболеваний придаточных полостей носа докладчик остановился на рентгенографии, как методе наиболее верном, простом, удобном и безопасном. Рентгенограммы имелись от 157 больных гайморитами и от 3—с фронтитами. Докладчик нашел, что данные технически хорошо проведенной рентгенографии почти во всех случаях соответствовали данным, полученным во время операции.—В прениях приняли участие д-ра Дробышев, Яхонтов и проф. Грутнев, заметивший, что он считает рентгенографию одним из лучших методов для распознавания заболеваний пазух, но все же находит невозможным на основании только рентгенограммы дифференцировать все заболевания придатков носа; хорошо диагностируется по рентгенограмме эмпизма в полости.

Д-р В. Н. Лебедевский: *К вопросу о первичном шве после антропомии*. Материалом для доклада послужили 108 антропомий, произведенных в Клинике болезней носа, горла и ушей Каз. университета с последующим лечением по закрытому способу, с пломбированием 10% висмутовой пастой. Первичное натяжение получилось в  $\frac{2}{3}$  всех случаев. Успех наблюдался и при ранних мастоидитах, и в случаях лихорадящих, и при мастоидитах, обусловленных капсульными кокками, и при субпериостальных абсцессах. Осложнений, зависящих от закрытия послеоперационной раны, не наблюдалось. Противопоказуют шов, по мнению докладчика, поражение венозных пазух, мозговые осложнения и наличие возбудителей Plaut-Vincent'a.—По докладу высказались д-ра Дробышев, Яхонтов и проф. Грутнев.

Д-р З. П. Вольфсон: *О хронических гайморитах, осложненных палочкой Plaut-Vincent'a в симбиозе со спирохетой*. Докладчик привел 37 историй болезни и указал на ряд признаков, характеризующих поражение

среднего уха палочками *Graaf-Vincenta*. В смысле лечения пока нет специфической терапии; наиболее благоприятно действуют окислительные препараты. Встречаясь по преимуществу у малокультурных классов населения, заболелание это является социальным недугом, при котором профилактика должна играть первостепенную роль.— Докладчику были заданы вопросы д-ром *Ихонтовым*.

### Туберкулезная секция.

Заседание 13/X.

Д-р *М. И. Ойфебах*: *Организационные вопросы строительства противотуберкулезной организации* на IV Всесоюзном съезде в Тифлисе.

Д-р *М. И. Ойфебах*: *Новая характеристика tbc заболеваний, принятая IV съездом.*—В прениях приняли участие проф. *Вольтер* и *Горяев*, доц. *Гасуль*, д-ра *Мастбаум*, *Захаров*, *Аксянцев*, *Мясник* и др., указавшие на некоторые трудности в применении новой классификации tbc. Однако она жизненна, и ее необходимо принять, как обязательную в повседневной работе. Желательно широко ознакомить врачебные массы с новой характеристикой и создать общий язык между фтизиатрами и интернистами.

Заседание 20/X.

Доц. *Р. Я. Гасуль*: *Рентгенотерапия tbc, как метод выбора.* После краткого исторического освещения отдельных этапов в развитии рентгенотерапии легочного tbc докладчик остановился на роли лучей в иммуно-биологической борьбе организма с вирусом и его продуктами. Рентгеновы лучи вызывают очень сильные очаговые реакции, которые могут лишь сравниться с туберкулиновыми реакциями. Воздействием на клеточные элементы лучи вызывают процесс аутотуберкулинизации. Однако лучи эти не должны уничтожать богатой нужными клеточными элементами грануляционной ткани. Факт наступления очаговых реакций после малых доз (около 5—10% НБД) является предостережением, в особенности при аксудативных формах. Нарисовав биологическую картину действия лучей на tbc, докладчик на основании статистических данных и собственных наблюдений квалифидировал рентгенотерапию, как метод выбора.—В дискуссии по докладу выступавшими проф-ми *Вольтером* и *Горяевым* и д-рами *Аксянцевым* и *Кревером* было указано на интерес постановки данного вопроса в Казани и вместе с тем на необходимость осторожности в рекомендации рентгенотерапии, как лучшего метода лечения tbc,—этот лозунг бросать в массы врачей еще рано, он требует большой компетентности терапевта и рентгенолога.

Д-р *П. В. Дезидерьев*: *Вопросы питания на IV туберкулезном съезде.*—Доклад был дополнен д-рами *Аксянцевым* и *Ойфебахом*. В прениях приняли участие проф. *Горяев* и д-р *Миркин*.

Заседание 27/X.

Д-р *М. И. Аксянцев*: *Вопросы клиники, рентгена и патологической анатомии на IV Всесоюзном туберкулезном съезде.*—Сообщение вызвало оживленные прения, в которых приняли участие д-ра *Гасуль*, *Дезидерьев*, *Кревер* и *Мастбаум*, остановившиеся на затронутых докладчиком вопросах. В прениях было высказано пожелание о необходимости, в условиях Казани, договориться рентгенологам до какой-нибудь общей схемы во избежание разнобоя в работе.

Секретарь *М. Ойфебах*.

### Гигиеническая секция.

Заседание 6/XI.

Д-р *П. А. Мехоношин*: *Санитарное обследование жилищ сельского населения Звениговского и Моркунского кантонов Мариобласти.* Всего летом 1928 г. обследовано 447 дворов, из них 361 марийских. Все без исключения обследованные избы имеют деревянные срубные стены, деревянные пол и потолок и в громадном большинстве (89,7%) тесовые крыши; толщина стен в 67,2% превышает 23 сант., фундамент у изб отмечен всего лишь в 3 случаях. Точно также редко встречаются форточки—в 3,4%, двойные рамы—в 18,6%, голландские печи—в 1,3%, отхожие места—в 2,3%. Средние размеры изб: объем без печи—57,9 куб. метр., площадь избы—24,8 кв. метр., высота комнат—2,39 метр. На человека в среднем приходится 4,64 кв. метр. всей площади пола и 1,63 кв. метр. жилых комнат. Жилищные условия у зажиточных крестьян значительно лучше, чем у середняков и особенно у бедняков. Из бытовых особенностей отмечены: кровати имеются в 63,5% всех изб, полы—в 8,3%, рукомоийники—в 34,6%, лампы—

в 97,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, бани—в 77,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, в том числе в 4,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> по белому. В 6 избах обнаружена печь с тонкой по черному, без трубы. Домашние животные в избах содержатся в 25,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, причем в 19,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> в избу заводят кормить и доить коров. Клоны отмечены в 65,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, тараканы—в 68,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. В 53,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> кроме кухни имеются жилые комнаты. Средний состав семьи у крестьян мари—5,3 чел. По докладу высказались д-ра Лось, Логачев, Александров, Князевский, Сивалевич, Мендельсон и проф. Милославский. Секретарь *Л. Лось*.

## Общегородская конференция при Самарской научной ассоциации врачей.

Заседание 10/X.

Д-р С. Н. Гальперин сделал доклад *о билирубинемии у беременных, роженниц и родильниц*. Реакция определения билирубина в крови была проделана на материале III Самарской акушерско-гинекологической больницы. Всего было исследовано 300 женщин, из которых в первой половине беременности 40, давших в среднем 3,6 mgr. билирубина, во второй—56, давших среднюю цифру в 4,7 mgr., во время родов—90, давших среднюю цифру в 4,86 mgr., и в послеродовом периоде—114, у которых средняя цифра содержания билирубина в крови оказалась равною 5,2 mgr. Докладчик придерживается взгляда школы *A s c h o f f'a* о внепеченочном происхождении билирубина и приходит к след. выводам: 1) определение билирубина в крови диагностической реакцией на раннюю беременность служить не может; 2) во второй половине беременности билирубин определяется у всех беременных; 3) повышенная билирубинемия наряду с общей клинической картиной может служить признаком надвигающегося токсикоза беременных; 4) повышенная билирубинемия есть доказательство гиперфункции всего реактивного аппарата и в частности ретикуло-эндотелиальной системы.—Прения: проф. Кавецкий, д-ра Валицкий, Вольский и Вырыпаев.

Заседание 17/X.

Д-р Соскинд сделал отчетный доклад о *Всесоюзном съезде по борьбе с тbc.*

Заседание 31/X.

Д-р Стернов: *Отчет о научной командировке на курсы по рентгенологии*.

Д-ра Шилин и Любомудров: *Рентгенотерапия трахомы*. Быстрые успехи последнего времени в области рентгенотехники и рентгенобиологии дали возможность применить рентгенотерапию и при заболеваниях органа зрения, главным образом при трахоме. Целый ряд авторов установил, что хрусталик, стекловидное тело и сетчатка не повреждаются даже большими дозами рентгеновских лучей. Лимфоидная ткань легче всего подвергается действию последних, за ней следует соединительная ткань. Это-то обстоятельство и лежит в основе успешного действия x-лучей при трахоме. Всего докладчиками был подвергнут рентгенотерапии 21 трахоматозный больной, но из них полностью был проведен курс лечения только у 15. Из этих 15 больных полное излечение было достигнуто у 9, у остальных же наступило значительное улучшение. Лечение оказалось совершенно безболезненным и, как правило, лишь с небольшими реактивными явлениями, исчезающими в несколько дней. Легче всего поддается лечению трахома в I стадии, затем—трахома II стадии и труднее всего—трахома III стадии. При этом рассасываются полностью не только лимфоидные элементы, но и соединительнотканые. В виду несомненного успеха рентгенотерапии трахомы докладчики надеются, что этот способ лечения наиболее распространению и тяжелого заболевания глаза выйдет из области эксперимента на более широкий путь массового лечения, преимущественно случаев свежей зернистой трахомы.—В обмене мнений по докладу приняли участие врачи Иофан и Соскинд. Секретарь *Вольский*.

## Хроника.

- 1) По постановлению Татвиросвета в Казани производится обследование работы лечучреждений и постановки дела медпомощи застрахованным.
- 2) Коллегия Главвирособра 12/X 1928 признала необходимым введение физкультуры как обязательного предмета в вузах.
- 3) Специальной комиссией при Отделе охраны матмлада при НКЗ разработана вопрос о противопоказаниях для производства аборта. По мнению комиссии производство аборт по социальным показаниям у первобеременных и повторнобеременных, но не рожавших, как правило, нежелательно. Комиссия считает также противопоказанным производство аборт ранее 6 месяцев после произведенного аборта.
- 4) Наркомздрав предложил всем здравооделам немедленно приступить к выяснению количества врачей, имеющих право на периодическую 20%-ную прибавку к содержанию, для внесения в смету 1928/9 бюджетного года.
- 5) В связи с запросами с мест президиум ЦК врачебной секции обратился в ЦК союза Медсантруд с просьбой об отнесении зубных врачей во всех официальных номенклатурах к категории высшего медперсонала, так как они являются по существу вполне самостоятельными и ответственными в своей специальности работниками (Одонт. и стом., 1928, № 10).
- 6) На новое строительство на Кавказских мин. водах в предстоящем бюджетном году отпускаяется 1.700 тыс. руб.
- 7) При Ленинградском институте мозга открыта лаборатория по исследованию одаренности артистов.
- 8) В Одессе в ближайшем будущем открывается Всеукраинский институт куртологии.
- 9) В Севастополе проектируется сооружение колоссального пятиэтажного здания Института физических методов лечения. К постройке будет приступлено в самом непродолжительном времени.
- 10) Одно время закрытый медфак Самарского университета вновь открывается с будущего учебного года.
- 11) 15/1 в Москве открывается VII съезд по охране здоровья детей и подростков.
- 12) Совнарком РСФСР присвоил профессору Н. Г. Савченко звание заслуженного деятеля науки в связи с 40-летием его научно-преподавательской и общественной деятельности.
- 13) Торжественное празднование 40-летнего юбилея проф. Н. Г. Савченко состоится в Краснодаре 27 января тек. г.
- 14) 25 дек. 1928 г. в Ростове и Д. состоялось чествование профессора К. Х. Орлова по поводу исполнившегося 30 летия его научно-врачебной деятельности.
- 15) В Ленинграде умер старейший из профессоров Военно-медицинской академии Г. Г. Скориченко-Амбодик.
- 16) В Московском крематории с 6/X 1927 г. по 1/IV 1928 г. сожжено 798 трупов. Для популяризации идеи кремации в Москве организовано специальное общество.
- 17) По предварительным данным Статотдела НКЗ в РСФСР за 1927 г. зарегистрировано 94.427 сл. брюшного тифа, 31.779—сыпного, 5.517—возвратного, 2.424.854—малярии, 12.531—оспы, 356.838—кори, 219.602—скарлатины, 319.217—коклюша, 48.499—дифтерии, 3.491.988—гриппа, 202.763—дизентерии, 212—проказы, 1.148—эпид. энцефалита, 846.750—трахомы, 11.924—сибирской язвы, 905—столбняка, 586.052—легочного тбс, 311.705—тбс др. органов, 393.317—сифилиса I и II, 13.941—мягкого шанкра, 329—098—гонорреи, 36.414—цинги, 66.049—укушения бешеными животными.
- 18) Гос. Институт переливания крови имени А. А. Богданова, во избежание путаницы и недоразумений при чтении литературы, пользующейся различной номенклатурой, а также возможности роковых ошибок при переливании крови,

находит своевременным введение в СССР единой классификация кровяных групп у человека и потому просит все заинтересованные в этом учреждения и лица сообщить по адресу Института: Москва, Якиманка, 43, какая, по их мнению, классификация является наиболее приемлемой (циферная—J a p s k'ого, циферная—M o s s'a, буквенная, или же скомбинированная из цифр и букв).

19) Побелевская премия по медицине за 1928 г. присуждена проф. N i c o l l e'ю, директору P a s t e u r'овского института в Тунисе, за труды по тифу.

## НЕКРОЛОГ.

Конец истекшего года ознаменовался крупнейшей утратой, которую понес Казанский университет: 25/XII скончался старейший представитель его профессуры, профессор Николай Александрович Миславский, занимавший кафедру физиологии на медфаке университета с 1891 г. Как физиолог, покойный пользовался мировой известностью. Портрет, биография и краткая характеристика Н. А-ча помещены в № 6 нашего журнала за 1924 г.

## ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

- 1) Какой имеется в продаже туберкулин и где его можно приобрести?  
*Подп. 2784.*

**Ответ:** АН-Туберкулин (старый туберкулин) К o s h'a, выпустить можно из Института им. Мечникова, Москва, Покровка, 44. *М. Мастбаум.*

- 2) Прошу указать литературу о лечении туберкулеза туберкулином.  
*Подп. 2784.*

**Ответ:** 1) Г а й к о в и ч. Лечение туберкулезного больного. 1926.— 2) В a n d e l s и R ö r k e. Специфическая терапия и диагностика туберкулеза. Библиотека журнала „Вопр. Туб.“, 1924.—3) Н e r m a n n v. H a u e s k. Проблема туберкулеза. Мед. вад. „Врач“.

*М. Мастбаум.*

- 3) Какие мероприятия рекомендуются в случаях отсутствия libido у женщин?  
*Подп. 477.*

**Ответ:** Наилучшие результаты в подобных случаях я видел от применения солянокислого похимбiana (johimbinum hydrochloricum) в 1% растворе, по 8 кап., 3 раза в день.  
*Проф. В. Груздев.*

- 4) Каков должен быть образ действия при лихорадочном неосложненном аборте, и какая имеется литература по этому вопросу? *Врач Златин.*

**Ответ:** Взгляды на терапию лихорадочного аборта резко разнятся: многие авторы, с W i n t e r'ом во главе, стоят за выжидательный образ действий, другие— за активный, причем между крайними сторонниками того и другого образа действий существует ряд авторов, занимающих среднюю позицию. Сам Winter, напр., считает активный образ действий противопоказанным лишь там, где в матке имеются гемолитические стрептококки, другие (G r a u g o t t) признают и наличие в матке других стрептококков и стафилококков противопоказующим активное вмешательство. Я лично в своей практике при инфицированном аборте придерживаюсь тоже экспектативного образа действий.— Литература этого вопроса настолько

громадна, что совершенно невозможно привести ее. Достаточно сказать, что, по Winteгу, до 1 апреля 1923 г. в Германии появилось ни более, ни менее, как 267 работ, посвященных данному вопросу.

Проф. В. Груздев.

5) Прошу сообщить, какой наиболее подходящий для практического врача журнал по психоневрологии издается в России.

Подп. № 970.

**Ответ:** Пожалуй, наиболее подходящим является журнал „Современная психоневрология“, издающийся в Киеве (в год 10 №№ по 7 листов и 2 прил., подп. цена 12 руб., адрес конторы: Киев, Рейтарская, 7, кв. 6).

Рев.

6) Прошу указать лучшие руководства по психотехнике, экспериментальной психологии, психогигиене, психотерапии и гипнозу, а также практическое руководство по оборудованию небольшой психологической лаборатории при психиатрическом отделении больницы.

Подп. № 676.

**Ответ:** Могу указать следующие сочинения:

А) По психотехнике: на русском языке—Мюнстерберг, Психотехника (вып. 1), на немецком—Giese, Handbuch d. psychotechnisch. Eignungsprüfungen.

В) По экспериментальной психологии для условий небольшой больницы остается подходящей книгой Бернштейн, Клинические приемы психологии исследования душевнобольных, также Корнилов, Рыбников и Смирнов, Простейшие школьные психологические опыты; на немецком—Lipzitz O., Handbuch d. psychologisch. Hilfsmittel d. psychiatrisch. Diagnostik.

В) По психогигиене на русском языке—Мендельсон А., Нервно-психическая гигиена, на французском—Potel, Hygiène mentale.

С) По психотерапии и гипнозу—Шульц, руководство по психотерапии, и Левенфельд—Гипноз и его техника.

Прив.-доц. М. Андреев.

---

### От редактора.

Передавая со следующей (февральской) книжки редактирование «Казанского медицинского журнала» в другие, более молодые и энергичные руки, считаю своим долгом принести горячую благодарность всем подписчикам и сотрудникам журнала, благодаря поддержке которых мне удалось при самых неблагоприятных материальных условиях сделать последний одним из распространеннейших в нашем Союзе научно-медицинских журналов.

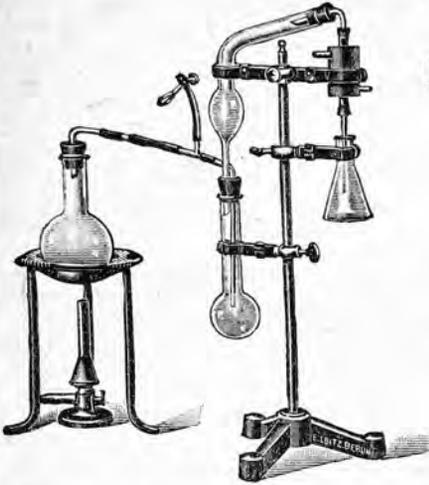
Проф. В. Груздев.

---

# Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.



Микрокельдалевский аппарат.

Микроскопические и химико-бактериологические аппараты и принадлежности. Полное оборудование клинически-диагностических лабораторий и врачебных кабинетов.



По требованию специальный каталог № 31.

**ОТКРЫТА ПОДПИСКА на ЖУРНАЛЫ в 1929 году.**

## „ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

(Год издания 8).

Ежемесячный журнал. Выходит под редакцией коллегии: *Д. И. Ефимов* (ответственный редактор), *А. И. Ефимов*, *С. И. Златогоров*, *Е. А. Кушниц*, *И. А. Либерман*, *Я. И. Либйиши*, *А. Н. Марзеев*, *И. И. Николаев*, *Б. Я. Суслов*, *С. А. Томилич*, *В. А. Углов*, *Л. Д. Ульянов* (секретарь). В журнале имеются следующие отделы: 1) Общая гигиена. 2) Бактериология и Эпидемиология. 3) Социальная гигиена и санитарная статистика. 4) Профессиональная гигиена и охрана труда. 5) Охрана материнства и детства. 6) Благоустройство населенных мест, жилищное дело и санитарная техника. 7) Социальные болезни и санитарный быт. 8) Санитарное просвещение. 9) Организация здравоохранения. 10) Деятельность органов здравоохранения. 11) Съезды, конференции и совещания. 12) Рецензии, рефераты и библиография. 13) Информация и хроника. Подписка принимается: в издательстве „Научная Мысль“, Харьков, улица Свободной Академии, дом № 6-8. Подписная плата: на 12 мес.—12 руб., на 6 мес.—6 руб. Отдельный №—1 руб. 20 коп. Участковым и санитарным врачам, лечучреждениям—скидка в размере 15% (при коллективной подписке не менее 10 экз.). Подписчики „Профилактической Медицины“ пользуются на все издания „Научной Мысли“ скидкой 30% по особым талонам на сумму 50 руб. Денежные суммы желательно переводить по адресу: Харьков, Украинбанк, текущий счет из-ва „Научная мысль“ № 657. Адрес редакции журнала: Харьков, Пушкинская, 14.

## ВЕСТНИК ХИРУРГИИ И ПОГРАНИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ.

Журнал выходит 10 раз в году под редакцией проф. *И. И. Грекова*. Цена 22 руб. в год. Допускается рассрочка. Издательствам и книжным магазинам установлена скидка.

Ежемесячный журнал. **Отделы журнала:** 1. Статьи по вопросам гигиены, психофизиологии и патологии труда, техники безопасности, санитарной техники и травматизма. 2. Из практики. 3. Рефераты. 4. Законодательство по вопросам охраны труда в СССР и за границей. 5. Хроника (по СССР и за рубежом). 6. Рецензии и библиография. Ответственный редактор *С. И. Каплун*. Секретарь редакции—*Ц. Д. Пик*. В виду усиления внимания к вопросам техники безопасности, санитарной техники и травматизма среди работников охраны труда, производственников, инженеров, врачей-профилактиков и профессионалистов, „Гигиена Труда“ с 1929 года переименовывается в журнал „Гигиена, безопасность и патология труда“. Расширение отдела техники безопасности будет осуществлено без малейшего ослабления содержания журнала по линии вопросов гигиены и патологии труда, исключительно за счет увеличения общего размера журнала. Несмотря на увеличение размера журнала подписная цена его остается прежней. Адрес редакции: Москва, Старая площадь, 6, комн. 8, тел. 5-24-91. Подписная цена по СССР: на 1 год—15 руб., на 6 мес.—7 р. 50 к. на 3 мес.—3 р. 75 коп., на 1 мес.—1 р. 25 коп., при коллективной подписке (не менее 5 экз.) скидка—10%. Цена отдельного номера—1 р. 50 к. **Подписка и объявления принимаются:** В издательстве „Вопросы Труда“, Москва, Центр, Старая пл. 6, тел. 4-11-12, в НКТ Союзных и Автономных республик, в Краевых, Областных, Губернских и Окружных Отделах Труда, в Уездных и Окружных Камерах Инспекции Труда и во всех почтово-телеграфных предприятиях Союза СССР. При подписке просьба указывать ближайшее почтовое отделение.

## **„ЖУРНАЛ УШНЫХ, НОСОВЫХ И ГОРЛОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ“.**

VI год издания.

Орган о.-р.-л. клиник Военно-Медицинской Академии, Днепропетровского Медицинского Института, Ленинградского Медицинского Института, 1-го и 2-го Московских Государственных Университетов, Московского Oto-ларингологического Общества, Общества врачей по ушным, носовым и горловым болезням в Ленинграде, Одесского Oto-ларингологического Общества и Oto-ларингологических Секций Киева и Ростова н/Д. Под редакцией проф. *С. М. Компанейца* (Днепропетровск). Программа журнала: I. Оригинальные статьи. II. Рефераты и обзоры (клиника, профилактика, профессиональные болезни). III. Научная жизнь (отчеты научн. общ., съездов). IV. Рецензии и библиография. V. Хроника. В 1929 году будет выпущено попрежнему 6 двойных номеров. **Подписная плата:** на год 10 руб.; на 1/2 года—5 руб. 50 коп. Цена отдельного номера—2 руб. без пересылки. Рассрочка: при подписке 4 руб., 1-го марта 3 руб. и 1-го мая 3 рубля. Денежные переводы направлять: 1) Днепропетровск, Проспект, № 17, профессору С. М. Компанейцу. 2) Харьков, Пушкинская, 14, Издательство „Научная Мысль“.

## **ВЕСТНИК РИНО-ЛЯРИНГО-ОТИАТРИИ.**

Год издания четвертый. ● Издание Главнауки.

Журнал основан в честь 30-ти-летнего юбилея профессора *М. Ф. Цытовича* о.-р.-л. клиниками Азербейджанск., Казанского, Саратовского и Сев.-Кав. Университетов. **Редакционная коллегия:** проф. *М. Ф. Цытович*—ответ. редактор (Саратов), проф. *Л. Е. Комендантов*—редактор (Ростов-Дон), проф. *И. И. Луков* (Баку), проф. *В. К. Трутнев* (Казань), проф. *А. Т. Бондаренко* (Иркутск). Журнал будет выходить 6-ю книжками по 10 печатных листов каждая. При журнале будут печататься и работы монографического характера. Подписная плата 10 р. в год. Допускается рассрочка: при подписке—4 р., 1 марта—3 р. и 1 мая—3 р. Статьи для журн. и подписку направлять по адресу редакции—Ростов-Дон, у. Ф. Энгельса, № 184-б, проф. *Л. Е. Комендантову*. Комплекты журнала за 1926 год (6 руб.) и за 1928 год (10 руб.) можно выписать наложенным платежом. За 1927 год журнал разошелся полностью.

6-й год издания

**РУССКАЯ КЛИНИКА**

6-й год издания

Ежемесячный журнал, издаваемый Медицинской секцией ЦЕКУБУ (бывш. КУБУВ) при ближайшем участии всех сотрудников Леч. Учреж. М. С. Ц. Обширный отдел рефератов и обзоров по всем специальностям. Ответственный редактор проф. *Н. Н. Теребинский*. Секретарь редакции д-р *Н. Л. Блаumentаль*. Подписка принимается в редакции: Москва „34“, Гагаринский пер., д. 37. Телеф. 3-95-97. Условия подписки на 1929 год: на 1 год—12 р., с дост. и перес.—14 р., на 6 мес. 6 р. и 7 р., на 3 мес.—3 р. и 3 р. 50 к. Цена отдельного номера 1 р. 50 к.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ,

издаваемый Бактериологическим Институтом имени Пастера Ленинградского Облздравотдела. Выходит периодически раз в два месяца под редакцией: Акад. *Д. К. Заболотного*, *Я. Ю. Либрмана*, *П. П. Маслакова*, проф. *Г. А. Надысона* и акад. *В. Л. Омелянского*. Программа издания: I. Оригинальные статьи по: а) Общей и медицинской микробиологии, б) эпидемиологии и в) иммунитету. II. Критические очерки и рефераты. III. Русская и иностранная библиография. IV. Научная хроника. В виду увеличения объема журнала подписная цена на 1929 г.: в СССР 12 р.; за-границу 15 р. с пересылкой. Допускается рассрочка: при подписке 6 р., к 1-му мая 3 р., к 1-му сентября остальные 3 рубля. Требования и деньги надлежит адресовать в Бактериологический Институт им. Пастера, ул. Мира 12а.

## „НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АРХИВ“

(IX-й год издания).

Под редакцией проф. В.-М. Академии *С. П. Федорова* и проф. Днепропетровского Мединститута *Я. О. Гальперна*. Программа журнала: I. Оригин. статьи по вопросам теорет. и клиническ. хирургии, по общим вопросам хирургии (история, организация хирургическ. помощи и т. п.). II. Ошибки в хирургии. III. Случаи из практики. IV. Хирургические съезды и заседания хирургич. обществ. V. Рецензии и рефераты. VI. Разные известия. В 1929 году будет выпущено 11 книг в общем не менее 110 печатных листов, в том числе „Труды 3-го Всеукраинского Съезда Хирургов, Днепропетровск—IX 1928 г. Подписная цена на 1925 г. была 20 р., на 1926 г. 18 р., на 1927 г.—17 р., на 1928 г. 16 руб. На 1929 г.—15 руб. с пересылкой. Допускается рассрочка: 8 руб. при подписке, остальные—до 1 мая 1929 г. Для сельских хирургов допускается более дробная рассрочка—по соглашению с редакцией. Денежные переводы направлять: Днепропетровск, ул. Короленько, 22, проф. *Я. О. Гальперну*. Цена № в отд. продаже 1 р. 60 к.

8-й год  
издания

## „ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ (б. ЕКАТЕРИНОСЛАВСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“.

8-й год  
издания

Орган Днепропетровского (бывш. Екатеринославского) Государственного Медицинского Института,

издаваемый под редакцией: проф. *А. А. Абражанова*, *Я. О. Гальперна*, *С. М. Компанейца* и д-ра *А. Л. Лаврецкого*.

Подписная цена на журнал:  
на год—4 руб., 1/2 года—2 руб. 50 коп.

Цена отдельного номера—1 рубль. Отдельные №№ высылаются наложенным платежом. Адрес Редакции и Конторы: г. Днепропетровск, Октябрьская площадь, № 2.

# Медицинская мысль Узбекистана (объединившийся с Средне-Азиатским

Медицинским журналом). Год издания 3 (VII). Издание Наркомздрава Узбекистана и Ср.-Азиатского Научного Медицинского Общества при САГУ. Журнал субтропической, лечебной и профилактической медицины. Журнал ставит своей задачей: 1) Научное изучение болезней, свойственных субтропическим странам, в частности Узбекской республике и всей Средней Азии; 2) Изучение вопросов теоретической и практической медицины как лечебной, так и профилактической; 3) Ознакомление широкой массы врачей с новейшими достижениями медицинской науки; 4) Изучение быта, расовых и конституциональных особенностей и местных заболеваний коренного населения Узбекистана и всей Ср. Азии. Выходит ежемесячно книжками, не менее 6 печатных листов и монографиями в виде отдельных приложений. Ответственные редакторы: Наркомздрав УзССР д-р П. Т. Гриданников, проф. А. Д. Греков (от НКЗ), проф. А. Н. Крюков, проф. П. П. Ситковский (от Научно-Медицинского О-ва) и проф. М. Н. Слоним (от Ученого Сов. НКЗ). Подписная плата на 1928—1929 год (с октября 1928 по октябрь 1929 г.)—7 руб. Цена отдельного № 1 руб. Высылается по требованию наложенным платежом. Адрес редакции: Ташкент, ул., Кафанова, 81, Краевой Бактериологический Институт.

VI год издания

## „РУССКИЙ ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ“

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA ROSSICA.

Ежемесячный журнал, посвященный кожным и венерическим болезням, будет выходить под той же редакцией профф.: В. В. Иванова, А. П. Нордана и Г. И. Мейерского. Подписная цена на 1929 г. 15 руб., с доставкой и пересылкой. Рас-срочка: 5 руб. при подписке, 5 руб. к 1 марта и 5 руб. к 1 июня. Для врачей, работающих в клиниках, больницах и др. учреждениях, допускается *групповая подписка* по 1½ руб. в месяц с каждого подписчика с тем, чтобы вся подписная плата была внесена не позднее 1 ноября 1929 года, и деньги уплачивались вперед за месяц *ежемесячно через посредство учреждения*. Журнал 2 летних месяца выходит не будет. Статьи, книги для рецензий, обменные журналы и т. п. в заказных бандеролях высылаются на имя профессора В. В. Иванова: Москва, 21, Плющиха, Долгий п., 17, кв. 3. Тел. 3-51-13. Со всеми хозяйственными вопросами, как-то: подписка, пересылка денег, высылка оттисков, заявления о недоставлен-ных №№ и т. п. обращаться *исключительно* по адресу секретаря журнала доктор К. М. Изжевского: Москва, 2, Новинский бульвар, Панфиловский пер., д. 5, кв. 4. Тел. 42-99.

Издания Ветеринарно-Бактериологического Института НКЗема Татарской ССР.:

### 1) „Известия Бакт. Института ВетУправления Наркомзема Татарской ССР“

выходят 3-4 раза в год, в объеме 18-20 печатных листов. Цена 5 рублей в год.

2) Проф. Казанск. Гос. Ветеринарн. Ин-та Б. М. Оликов: „Осложнения при кастрации, их предупреждение и лечение“. Стр. 58 с 9 рис. Цена 75 к. в розничной продаже без пересылки.

3) Плакаты по Сибирской язве по цене 25 коп. за экзмп. без пересылки. При больших требованиях 20 коп. за экзмп. 1-й плакат—«Какими путями скот заражается сибирской язвой». 2-й плакат—«Меры борьбы с сибирской язвой». Плакаты в 6 красках с надписями на русском языке; часть плакатов имеется с татарскими надписями (для желающих). Благоприятная рецензия на оба плаката проф. А. В. Белицера помещена в Харьковском журнале «Ветеринарное Дело», за 1927 г., № 8.

При высылке больших количеств всех изданий даем скидку по согл.

С требованиями обращаться *исключительно* в Бакт. Институт—ул. Гоголя, 26, г. Казань.

# СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ  
ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



## СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

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

**ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.**

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

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

**Пересылка и упаковка за наш счет.**

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



ЗАКАЗЫ,  
ПИСЬМА  
И ДЕНЬГИ  
АДРЕСОВАТЬ:

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА

№ 5  
УЛ. ГЕРЦЕНА



## ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

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

Высылаются наложенным платежом  
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

**CHLORAEETHYL-GALEN**

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«ГАЛЕН-

МОСКВА»



# СОДЕРЖАНИЕ

## Отдел I. Оригинальные статьи.

	Стр
Проф. В. С. Груздев (Казань). Профессор Иван Григорьевич Савченко (с портретом). . . . .	8
В. Е. Родионов (Ардатов, Самар. обл.). К методике микрофотографии (с 4 рисунками). . . . .	10
А. В. Абрамов (Краснодар). К гистогенезу лимфогранулематоза. . . . .	14
Проф. В. М. Аристовский и д-р А. Б. Вайнштейн (Казань). Опыты вакцинации человека к возвратному тифу. . . . .	22
Проф. М. Н. Чебоксаров и асе. З. И. Малкин (Казань). К функциональной диагностике подпочечников. . . . .	30
Проф. В. Л. Боголюбов (Казань). О преподавании хирургии в высшей медицинской школе. . . . .	34
М. Н. Кушева (Саратов). К вопросу о радикальной операции эхинококка печени . . . . .	46
П. В. Маненков (Ленинград). Экспериментальные данные по вопросу о механизме прямого поражения продолговатого мозга при разлитом перитоните. . . . .	49
Т. Крылов (Казань). Опыт применения гипноза в глазной хирургии. . . . .	58
С. Н. Зильберт (Казань). К гистогенезу и клиническому значению яичниковых струм (с 4 рис.). . . . .	65
Проф. В. К. Меньшиков (Казань). Новые достижения в области профилактики и серотерапии скарлатины. . . . .	76
Пр.-доц. Л. И. Айхенвальд (Одесса). К вопросу о преступности душевнобольных. . . . .	85
А. И. Медведь (Казань). К вопросу о судебно-медицинском значении исследования гонорройных пятен. . . . .	91

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

Пр.-доц. А. Ф. Агафонов (Казань). Аллергические и анафилактические процессы при инфекционных заболеваниях. . . . .	97
Рефераты по общей патологии, инфекционным болезням и иммунитету, туберкулезу, малярии, физиотерапии, внутренним болезням, хирургии, офтальмологии, акушерству и гинекологии, невропатологии и психиатрии, сифилидологии, гоноррее, болезням уха, носа и горла и стоматологии (№№ 1—50). . . . .	104
Рецензии. . . . .	113
С. Б. Рафалькес (Москва). „Русский язык“ наших научных и в частности медицинских журналов. . . . .	115
Заседания медицинских обществ. . . . .	117
Хроника (№№ 1—19). . . . .	126
Некролог. . . . .	127
Вопросы и ответы (№№ 1—6). . . . .	127
От редактора. . . . .	128