

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском гос. университете.

Орган Медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. В. Л. Боголюбов, И. П. Васильев, М. М. Гран, Р. А. Лурья, А. Ф. Самойлов, д-ра Э. Н. Блюмштейн (он-же секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 2.

Ф Е В Р А Л Ь.

(Вышел из печати 22 февраля).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

НА

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

В 1929 г.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:

на год (12 №№) — 6 р., на $\frac{1}{2}$
года (6 №№) — 3 р. 50 к.

ДЛЯ ГОДОВЫХ ПОДПИСЧИКОВ ПРИ
НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБРАЩЕНИИ
В РЕДАКЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ РАС-
СРОЧКА В 2 СРОКА (ПРИ ПОДПИСКЕ
И К 1 ИЮНЯ ПО 3 Р.) И В 3 СРОКА
(ПРИ ПОДПИСКЕ, К 1 АПРЕЛЯ И 1 АВГУ-
СТА ПО 2 РУБЛЯ).

Требования и деньги направ-
лять по адресу:

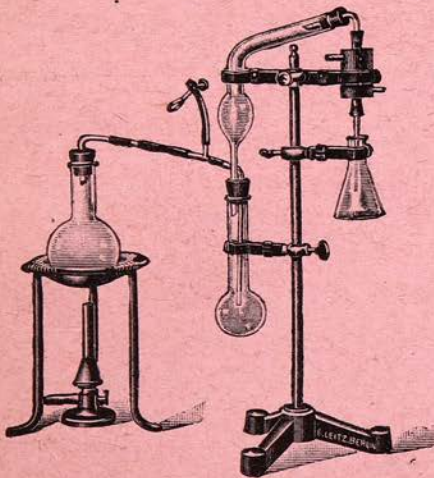
г. Казань, Редакция „Казан-
ского медицинского журнала“.

Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.

Микроскопические и
химико - бактериоло-
гические аппараты
и принадлежности.
Полное оборудова-
ние клинически-диа-
гностических лабо-
раторий и врачебных
кабинетов.



Микрокельдальевский аппарат.

По требованию специальный
каталог № 31.

КАЗАНСКИЙ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском гос. университете.

Орган Медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—профф. В. Л. Боголюбов, И. П. Васильев, М. М. Гран, Р. А. Лурия, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (он-же секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 2.

Ф Е В Р А Л Ь.

КАЗАНЬ.

К ЧИТАТЕЛЯМ.

Новые задачи здравоохранения, связанные с общим планом народного хозяйства, ставят пред каждым врачом необходимость тесно увязать свою ежедневную работу с требованиями, предъявляемыми ему государством и советской общественностью. И научная медицинская работа наша не может и не должна быть оторвана от строительства новой жизни. Вот почему «Казанский медицинский журнал», являющийся органом Медицинского факультета Казанского госуниверситета и Гос. Института усовершенствования врачей, отражая попрежнему научную работу широких кругов академических и периферических медицинских работников и давая им возможность опубликовывать в ряде оригинальных статей результаты научных исследований, считает необходимым с текущего года организовать новый отдел социальной и профилактической медицины и придать всему содержанию журнала более близкий современной общественной жизни характер.

Редакция рассчитывает на живой отклик научных работников и периферических врачей и на их широкое участие в нашем журнале, сумевшем занять одно из видных мест в советской медицинской прессе. Мы будем особенно благодарны нашим рассеянными по всему Союзу читателям за практические указания, на какие вопросы должен обратить особенное внимание наш журнал, чтоб стать ближе к нашему читателю, так как только в постоянной, живой и тесной связи с периферией мыслится дальнейшее развитие и успех «Каз. мед. журнала».

Переходя к выполнению своей ответственной и трудной задачи, Редакционная коллегия считает необходимым подчеркнуть, что своим успехом «Каз. мед. журн.» во многом обязан своему долголетнему ответственному редактору профессору В. С. Груздеву, фактически создавшему журнал и положившему очень много личного и совершенно бесплатного труда и огромного опыта для того, чтобы из имевшего небольшое местное значение „Каз. мед. журнал“ превратился в медицинский орган, обслуживающий многочисленную аудиторию научных работников и врачей всего Союза. От имени Общества врачей при Казанском госуниверситете Редакционная коллегия просит глубокоуважаемого Виктора Ивановича принять искреннюю признательность за его работу.

Редакционная коллегия.

О соотношении условной и безусловной секреции слюны на прочно образованных условных рефлексах.

А. Б. Воловик.

Для образования условных рефлексов требуется, как известно, совпадение условного раздражителя во времени с безусловным, например, с едой. Если рефлексы уже образовались, т. е. пищевая реакция—у детей открывание рта и отделение слюны—появляется вслед за началом действия условного раздражителя, то для того, чтобы они не угасли, действие условного раздражителя необходимо подкреплять дачей какого-нибудь пищевого вещества, что вызывает у ребенка ряд жевательных движений и усиление слюноотделения—безусловная секреция слюны. Таким образом, в наших опытах мы имеем возможность учитывать величины как условного, так и безусловного слюноотделения и их соотношение между собой. Условносекреторная реакция складывается, как известно, из нескольких моментов: энергия от условного внешнего раздражителя трансформируется в нервный процесс раздражения, захватывающий определенную группу клеток того или иного анализатора в коре больших полушарий. Затем это раздражение проводится, повидному, в пищевой центр и дальше к центрам слюноотделения, вызывающим к деятельности слюнные железы. Интенсивность условного слюноотделения зависит, следовательно, от возбудимости клеток больших полушарий и далее пищевого центра. Если условный раздражитель вызывает в соответствующей части коры слабый раздражительный процесс, то понятно, что и условная секреция слюны оказывается низкой. Понижение возбудимости пищевого центра точно также приводит к значительному ослаблению условнорефлекторной деятельности. Как показал А. А. Ющенко, даже непродолжительное одностороннее перекармливание детей белками, жирами или углеводами вызывает резкое снижение условного двигательного рефлекса, образованного ранее на сочетании условного раздражителя с соответствующим пищевым компонентом. Изменение химизма крови, обусловленное односторонним перекармливанием, приводит к понижению возбудимости соответствующего отдела пищевого центра, вследствие его насыщения—в результате условнорефлекторные реакции, связанные с этим отделом падают в своей интенсивности. Что же касается хронического длительного перекармливания, то его влияние на кортикальные рефлексы было выяснено А. Махтингер. По ее данным¹⁾ длительное перекармливание сыром вызывало сперва уменьшение условного секреторного рефлекса, образованного на сочетании электрического звонка с сыром, с 10—12 ка-

¹⁾ Готовится к печати.

пель до 3-х капель, а затем и полное исчезание его. Несколько позже угасал и условный двигательный рефлекс. Понижение возбудимости соответствующего отдела пищевого центра отразилось также и на безусловном слюноотделении: если в начале перекарма безусловная секреция слюны на 15 гр. сыру равнялась 4,6 к. с. за 3 минуты, то к концу его она упала до 2,2 к. с. Как известно, степень возбудимости центров слюнных желез также играет большую роль при образовании условных секреторных рефлексов. На фоне низкого безусловного слюноотделения условносекреторные рефлексы образуются медленно и остаются слабыми. Особенно низкими оказываются они, если слабая деятельность слюнных желез сочетается с конституциональной слабостью нервного процесса в больших полушариях. Наблюдая систематически в продолжении нескольких месяцев за течением условных рефлексов у мальчика А. Ч., 10 лет, при регулярном применении в каждом опытном дне 5 различных условных раздражителей с разных анализаторов—кожного, зрительного и слухового, мы могли констатировать значительные колебания в интенсивности условных секреторных рефлексов вплоть до полного их исчезновения временами. Поскольку эти колебания являлись, несомненно, отражением соответствующих изменений возбудимости центральной нервной системы, нам казалось не безынтересным установить—оказались ли эти изменения локализованными в пределах коры больших полушарий или же распространялись и на ниже лежащие отделы центральной нервной системы. В первом случае центры слюноотделения продолжали бы функционировать нормально, в связи с чем и безусловная секреция слюны оставалась бы неизменной. Во втором же, при понижении возбудимости нижних отделов центральной нервной системы и ослаблении деятельности центров слюнных желез, неизбежно оказалось бы нарушенным и безусловное слюноотделение. В целях выяснения интересующего нас вопроса, мы и приступили к изучению соотношения между условным и безусловным отделением слюны. Наши опыты ставились по общепринятой в лаборатории методике, причем условными раздражителями служили резиновая давилка, синяя электрическая лампочка, метроном с ритмом 120 ударов в минуту и, затем, сильный и слабый электрические звонки. Следует подчеркнуть, что точный учет безусловного слюноотделения был нами предпринят после того, как все условно-секреторные рефлексы были уже образованы. К началу этой работы с метрономом было сделано 215 сочетаний, с давилкой 70, с синей лампой 52, с сильным звонком 66 и со слабым 51 сочетание. Предварительные наблюдения над безусловной секрецией слюны показали, что слюнные железы функционируют у нашего мальчика нормально: на 20 гр. клюквы за 3 минуты отделялось 9,6—10 куб. сант. слюны. В нижеследующей таблице приведены величины условной и безусловной секреции слюны за ряд опытных дней.

Как видно из таблицы, условные секреторные рефлексы колебались в наших опытах в довольно широких пределах от 10 до 33 капель слюны в течение опытного дня. Если же обратиться к безусловному слюноотделению, то окажется, что оно носило совершенно стабильный характер, варьируя от 19,5 до 20,5 к. с., т. е. в пределах одного куб. сант. за весь опытный день. Такие незначительные колебания безусловной секреции слюны лежат, конечно, в пределах нормальной деятельности слюнных желез. Интересно отметить, что и максимальный условный сек-

Т А Б Л И Ц А 1.

Условное слюноотделение в каплях за 30 сек. изолированного действия условного раздражителя.

Услов. раздр.	д н и о п ы т а.						
	5	7	11	15	17	16	1
Давилка	4	9	6	1	2	1	2
Синяя лампа	7	4	9	6	1	3	2
Метроном.	5	5	5	5	5	2	4
Сильный элект. звонок.	9	3	2	5	3	4	0
Слабый элект. звонок	8	10	5	8	4	2	2
И т о г о	33	31	27	25	15	12	10

Безусловное слюноотделение в куб. сант. за 1 мин.

Подкрепление после давилки	3,8	3,8	4,0	4,2	4,0	3,9	3,8
Метроном.	3,9	3,7	3,9	4,1	3,9	3,9	3,9
Синяя лампа	4,0	4,2	4,1	4,0	4,0	4,0	3,9
Сильный элект. звонок	3,8	4,0	4,2	4,2	4,2	4,1	3,9
Слабый элект. звонок	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,2	4,1
И т о г о	19,5	19,7	20,2	20,5	20,1	20,1	19,6

реторный рефлекс—33 капли, и минимальный—10 капель протекали на фоне одних и тех же величин безусловного слюноотделения: 19,5—19,6 к. с. Совершенное отсутствие параллелизма между интенсивностью условного и безусловного слюноотделения свидетельствует с очевидностью, что наблюдавшееся временами значительное понижение условных секреторных рефлексов должно быть отнесено на слабость раздражительного нервного процесса в клетках коры. Аналогичный вывод может быть сделан, если сопоставить ход условного и безусловного слюноотделения при применении одного какого-либо условного раздражителя, например, с кожи. (см. таб. № 2).

Т А Б Л И Ц А 2.

Условный раздражитель—давилка.

	д н и о п ы т а.									
	3	4	6	8	9	10	11	13	15	
Условная секреция слюны в каплях. .	13	3	4	0	2	2	6	2	1	
Безусловная в к. с.	4,2	4,0	4,0	3,3	4,0	4,0	4,0	4,0	4,2	

Условное слюноотделение испытывало в этом случае большие колебания от 0 до 13 капель, т. е. от условного рефлекса высокой интенсивности до полного его исчезновения. Безусловная же секреция варьировала в общем от 4—до 4,2 куб. сант., следовательно, в пределах физиологических колебаний. Только при полном отсутствии условного секреторного рефлекса наблюдалось уже более значительное снижение безусловного слюноотделения до 3,3 к. с. Это снижение не явилось, повидимому, случайным, т. к. этот опыт был отмечен почти полной заторможенностью клеток коры в области всех 3-х анализаторов, параллельно с чем наблюдалось и уменьшение безусловной секреции слюны.

Т А Б Л И Ц А 3.

Услови. раздраж.	Услови. секр. слюны в кап.	Безусловная в куб. сант.
Давилка	0	3,3
Метроном	1	3,3
Синяя лампочка	1	3,4
Сильный электр. звонок	0	3,6
Слабый электр. звонок	0	3,7
Итого	2	17,3

Из 5-ти условных раздражителей 3 были применены нами со слухового анализатора, причем в 2-х случаях условный секреторный рефлекс отсутствовал совершенно, а в одном была получена только 1 капля условной слюны. Очевидно, что корковая часть этого анализатора да, повидимому, и других—кожного и зрительного—была заторможена достаточно сильно. Общее количество безусловной слюны, 17,3 к. с., оказалось в этом опыте ниже обычных наблюдавшихся нами величин. Надо полагать, что сильное торможение, развившееся на значительном протяжении коры, привело в этом случае к понижению возбудимости пищевого центра вследствие иррадиации тормозного процесса на большую или меньшую часть его. Не исключена возможность, что в данном случае мы имели состояние, близкое к тому, когда интенсивные широко иррадиирующие по центральной нервной системе тормозные процессы вовлекают в сферу своего действия и пищевой центр—известная из обыденной жизни потеря аппетита вследствие утомления, развившегося после продолжительной и напряженной умственной деятельности.

Выводы, которые могут быть сделаны из наших наблюдений, сводятся к следующему:

1. Длительное и систематическое наблюдение за течением условных рефлекторных реакций при применении ряда условных раздражителей с разных анализаторов в течение каждого опытного дня позволяет констатировать значительные колебания возбудимости клеток коры больших полушарий.

2. Эти изменения возбудимости касаются только коры больших полушарий, т. к. и сильные, и слабые условные секреторные рефлексы протекают на фоне одних и тех же величин безусловного слюноотделения.

3. Только при полной заторможенности значительных участков коры—исчезновение условных секреторных рефлексов—наблюдается уменьшение и безусловной секреции слюны.

4. Соотношение условного и безусловного слюноотделения является довольно точным критерием для суждения о функциональном состоянии соответствующих отделов центральной нервной системы.

Литературный указатель: А. Ющенко. Ueber die Wirkung der einseitigen Ernährung auf die bedingten Reflexe bei Kindern. Jahrbuch für Kindhk. Bd. CXV. 1927.

Значение реакции оседания эритроцитов (SR) в физиотерапевтической клинике.

Д-ров Я. В. Хороша и Ю. П. Дубровиной.

Реакция оседания эритроцитов (SR) или реакция Fåhrgeus'a справедливо пользуется широким применением почти во всех клиниках. Привившись твердо в гинекологии, где рядом работ (Fåhrgeus'a, Linzenmeyer'a, Gerret'a, Urechman'a, Мандельштама, Бронниковой и друг.) была установлена диагностическая и прогностическая ее ценность, SR стала применяться для распознавания туберкулезных процессов (легких, костей и проч.), злокачественных новообразований и т. д.

Эта реакция (SR) прямо или косвенно касается почти всех физико-химических изменений в крови и огромный материал, основанный на наблюдениях диагностического конституционального и прогностического характера, подтверждает значение феномена реакции оседания эритроцитов.

Применение физических методов лечения, их действие, дозировка до последнего времени были эмпиричны. Последние годы являются годами сильного роста физиотерапии, и физиотерапевтическая клиника в поисках научных методов контроля и учета биологического действия различных факторов, имеющих в ее распоряжении, не могла пройти мимо реакции оседания эритроцитов. Появился целый ряд работ иностранных и русских физиотерапевтов о значении SR при различных бальнеологических и физических методах лечения.

Авторами, по предложению заведующего клиникой проф. Г. А. Клячкина, также были произведены наблюдения над связью между течением SR и действием физических процедур при различных заболеваниях. Наблюдения велись с половины 1925 г. и касались 190 случаев стационарных и 10 случаев амбулаторных больных; из них 127 мужчин, 73 женщины, в возрасте от 10 до 55 лет. Методика исследования реакции оседания эритроцитов, принятая нами, Westergren'a в модификации д-ра Бланка: кровь бралась у всех больных в одно и то же время, через 2 часа после легкого утреннего завтрака, до процедур, из локтевой вены в количестве около 2 куб. см. Шприц перед употреблением стерилизовался и промывался 5% раствором *natrii citrici*. В пробирку из под гемоглобинометра Sahli наливался 5% раствор *natrii citrici* до деления 20 и из шприца добавлялась кровь до деления 100; затем кровь перемешивалась путем 2-кратного опрокидывания пробирки и ставилась в штатив вертикально при температуре помещения 15°—16° R. Учитывалась часовая скорость реакции. Норму SR для мужчин считали 4—7 мм.

в час, для женщин 8—11 мм. в час. В тех случаях, когда больные имели ускоренную SR, кровь исследовалась во время лечения физическими методами неоднократно, через разные промежутки времени от 3 до 7 раз. В случаях с нормальной скоростью—SR исследовалась 3 раза. У 200 обследованных больных имели место следующие заболевания:

Т А Б Л И Ц А 1.

Д И А Г Н О З	Колич. случ.	SR при поступлении в клинику
Polyarthriti <i>s</i> acuta (gonorrhoeica, rheumatica)	14	SR от средней до резко выраженной (от 15 до 60 мм. в час.).
Polyarthriti <i>s</i> subacuta (gonorrh., rheumat., toxica).	27	
Polyarthriti <i>s</i> chronica (thyreotoxica, toxica, rheumat., urica, gonorrh., deform., luica)	41	SR от нормы до резко выраженной (от 5 до 55 мм.).
Polyarthritы с заболеван. внутр. органов.	22	SR от средней до очень резко выраженной (от 15 до 65 мм.).
Neurit. acut. et chronic.	34	SR от нормы до ясно выраженной (от 5 до 50 мм.).
Neuralgiae	22	SR от нормы до средней выраженной (от 5 до 30 мм.).
Неврозы	12	SR от нормы до мало выраженной (от 4 до 15 мм.).
Перитониты	4	SR от выше средней до резко выраженной (от 15 до 60 мм.).
Lymphoadeniti <i>s</i>	2	SR средней выраженности (от 15 до 30 мм.).
Травматические формы	13	SR от нормы до средней выраженной (от 4 до 30 мм.).
Прочие заболевания	9	SR от нормы до резко выраженной (от 4 до 60 мм.).

Из приведенной таблицы видно, что главная масса больных была с воспалительными заболеваниями органов движения, причем острые заболевания давали до лечения резкое ускорение SR,—этим особенно отличаются острые гонорройные заболевания суставов; хронические заболевания суставов не представляют закономерности: здесь SR бывает и резко выраженной и иногда нормальной. Первая наблюдалась у больных с заболеванием суставов, где этиологический момент связывался с расстройством деятельности эндокринного аппарата. Нормальные цифры SR чаще наблюдались в тех случаях, где со стороны клинических симптомов было мало объективных данных. Наоборот, SR давала резкое ускорение при мало выраженных объективных симптомах поражения органов движения, но где присоединялось какое-либо органическое заболевание внутренних органов (легких, почек и сердца), влияющих на скорость данной реакции. У больных, страдающих неврозом, без каких-либо органических поражений со стороны внутренних органов, SR чаще всего была нормальной. Нужно отметить, что наши больные, имеющие острые заболевания,

начинали пользоваться физическими процедурами после того, как у них проходил самый острый период. Больные пользовались следующими процедурами: грязевые лепешки, водяные ванны, диатермия, 4-камерные ванны, облучение кварцевой лампой и световые полуванны. Некоторые больные получали две процедуры в различных комбинациях и массаж.

Весь наш материал мы делим на группы по течению SR. Первая группа больных, самая большая (65% всех случаев), под влиянием физических процедур давала нарастающее замедление SR, вместе с этим клинические симптомы шли к заметному улучшению. В тех случаях, где SR выравнивалась до нормы—клинические симптомы тоже возвращались к норме; если такое состояние SR удерживалось довольно стойко, то больного можно было считать клинически выздоровевшим. В других случаях SR, имея тенденцию к замедлению, до нормы не доходила, оставаясь на средних цифрах в то время, как объективное состояние больного шло к заметному улучшению и исчезновению патологических симптомов; больные выписывались, но через некоторое время возвращались к нам с рецидивом данного заболевания и резко выраженной SR. Приведем наиболее характерные истории болезни этой группы.

I. Б-ная Д., 21 года. Диагноз:—Polyarthritiс subacuta. Давность заболевания 1½ месяца. Боли и припухлость в суставах верхних и нижних конечностей, ограничение подвижности, температура 37,4°—37,6°. Назначены общие водяные ванны. В данном случае мы наблюдали постепенное замедление SR до нормы (см. табл. № 2) и постепенное улучшение объективных данных до полного клинического выздоровления.

II. Б-ной В., 33 лет. Диагноз Arthritis gonorrhoeica. Давность заболевания 2 недели. Поступил в клинику 15/XI 1926 года. Окружность правого коленного сустава 39 см., левого—37 см., сильные боли, температура 38,6°. Больному после падения температуры назначены сеансы диатермии на область правого коленного сустава. Течение SR см. табл. № 3. Здесь SR, как и в первом случае, под влиянием физической терапии, дошла до нормы и клинические симптомы шли к улучшению. При выписке у больного окружность правого и левого коленного сустава была одинаковой, боли только по временам, объем движения в норме.

III. Н., 20 лет, диагноз—Polyarthritiс acuta, поступил в клинику 15/XI 1926 года. Давность заболевания 10 дней, суставные симптомы на нижних конечностях, температура 38,8°, SR 58 мм. в час. Получил 12 сеансов водяных ванн, SR 23 мм. в час, суставные симптомы исчезли, больной выписан 31 декабря 26 года. Ровно через месяц у больного рецидив, SR—64 мм. в час, температура повышена, суставные симптомы на верхних и нижних конечностях, больной принят в клинику. Осторожно назначено общее облучение кварцевой лампой. 6/IV 27 года больной выписан, SR—37 мм.; продолжал лечение амбулаторно в течение месяца, после чего SR держится на цифрах 15 мм. В ноябре месяце 1927 года больной снова явился в клинику с рецидивом. Графически SR представлено на табл. № 4.

Два первых случая наглядно иллюстрируют параллелизм течения SR с клинической картиной. Третий случай показывает прогностическую важность SR в смысле ожидания рецидивов.

Вторая группа больных (15%) шла через ускорение SR и обострение клинических симптомов—к нарастающему замедлению SR и к улучшению объективных явлений. Начало ускорения SR в некоторых случаях можно было наблюдать после 2 процедур; большая же часть больных этой группы давала ускорение SR после 4—5 и 6 процедур. Момент ускорения SR совпадал с развитием явлений обострения, а в некоторых случаях являлся предвестником надвигающегося обострения со стороны клинических симптомов за 1—2 дня. В ряде случаев этой группы ускорение SR держалось на высоких цифрах и физическая терапия не давала

эффекта вовсе или незначительный. Единичные случаи, давая ускорение SR, не сопровождалось обострением со стороны клинических симптомов. Опишем некоторые истории болезни этой группы.

I. Б-ная П., 49 лет. Диагноз Polyarthritidis chronica toxica. Поступила в клинику 6/XI 26 года. Давность процесса—1 год, боль и припухлость в области голеностопных суставов, боли непостоянного характера—во всех остальных, температура нормальна, SR—15 мм. Больной назначено грязелечение. После 2 входной солевой ванны SR у больной дала ускорение на 9 мм.; со стороны суставов верхних и нижних конечностей, а также и других суставов явное обострение—боли и припухлость увеличились. Под влиянием дальнейших грязевых процедур начали стихать явления обострения и параллельно с этим SR начала замедляться. Графически течение SR изображено на табл. № 5.

II. Б-ная С., 56 лет. Диагноз Polyarthritidis toxica. Давность заболевания 2 года. Поступила в клинику 30/XII—26 года, суставные симптомы со стороны верхних и нижних конечностей, температура—нормальна, SR—38 мм. Больной назначены общие водные ванны. После первой водной ванны SR—43 мм.; на следующий день появилось обострение: сильные боли во всех суставах. После третьей водной ванны SR—62 мм. Еще большее обострение, увеличение болей и припухлости во всех суставах. Временно физическая терапия отменена; затем больная переведена на световые полуванны. В дальнейшем SR у больной оставалась стойко ясно-выраженной 49—48—47 мм. и явления со стороны клинических симптомов не уменьшались (табл. № 6). Больная выписалась из клиники без какого-либо улучшения со стороны суставных симптомов.

Первый пример является типичным для главной массы больных этой группы. Второй пример типичен для группы больных, у которых ускорение SR предшествует обострению со стороны клинических симптомов, кроме того, стойко держащаяся на ясно выраженных цифрах SR служит противопоказанием для применения физической терапии.

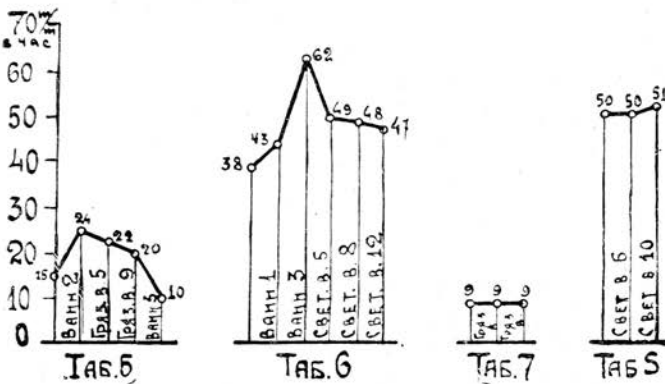
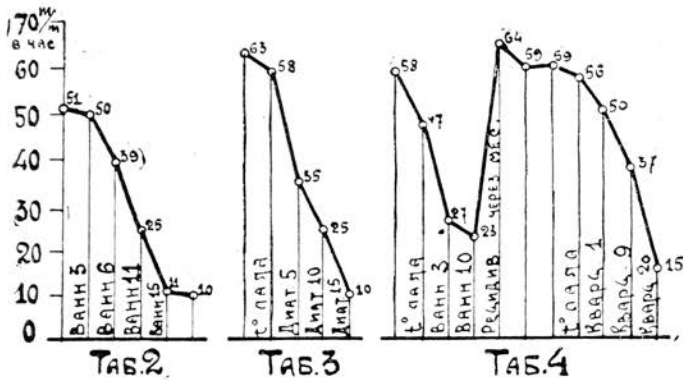
Переходя к третьей группе больных (5% всех случаев) отметим, что последние имели SR в пределах нормы и, подвергаясь лечению физическими методами, стойко удерживали таковую на нормальных цифрах и шли к улучшению клинических симптомов. Для примера приведем следующую историю болезни:

Больная Р., 40 лет, диагноз Plexitis lumbo-sacralis dextra. Давность 2½ месяца. Поступила в клинику 9/IX 27 года. Все клинические симптомы ясно выражены. Температура нормальная. SR—9 мм. в час. Больной проделан курс грязелечения с массажем. За все время лечения SR оставалась на цифре 9 (табл. № 7), клиническая же картина шла к постепенному улучшению, а к концу курса лечения у больной исчезли с. Lasègue'a, с. Wassermann'a, гипестезия стала менее выраженной, рефлекс с ахил. сухожил.—почти в норме. Как видно, излечение под влиянием физической терапии может идти и без каких либо колебаний со стороны SR.

Наконец, четвертая группа больных (15% всех случаев) выделена нами в особую категорию, так как кроме суставного страдания, по поводу которого больной поступил к нам в клинику, имелись заболевания внутренних органов. Последние сами по себе изменяют SR и затемняют чистоту реакции, сюда относятся: tbc, carcinoma, сердечные заболевания—эндокардиты и миокардиты с температурой, почечные заболевания и т. д. Большая часть этой группы больных шла по характеру течения SR, как группа I и II, но никогда по окончании лечения не давала нормальных цифр. Небольшая часть больных давала каждый раз обострение, как только начинали терапию физическими методами. В единичных случаях SR оставалась на высоких цифрах без перемен, а клинические симптомы шли к улучшению. Две истории болезни могут подтвердить положение, высказанное по поводу данной группы.

I. Больная М., 42 лет. Диагноз Polyarthrit. chronica recidiva et nephr-nephrit. Давность суставного заболевания 3 года. Поступила в клинику 12/IX 26 года, обострение 3 месяца, суставные симптомы в области суставов верхних и нижних конечностей, температура 37°—37,2°, клинические симптомы со стороны почек, SR—50 мм. в час. У больной после 12 сеансов световых полуванн явления со стороны суставов исчезли, почечные симптомы дали незначительное улучшение, SR—51 мм. Графически течение SR изображено на табл. № 8.

II. Больная Н., 34 лет. диагноз Polyarth. subacuta et residua, myocardit. Поступила в клинику 13/XI 26 г. Выраженные симптомы со стороны мелких суставов верхних и нижних конечностей, температура 37,4—37,6°. В начале 1926 года был миокардит. SR—26 мм. Больной назначено грязелечение. После 5 грязевой ванны у больной сильная слабость, SR без перемен. После 8 грязевой ванны SR—38, сильное обострение со стороны суставных и сердечных симптомов, температура 37,7°. Назначен покой в течение 5 дней, затем больная переведена на 4-камерные ванны; после 8 сеансов SR—30, улучшение со стороны суставных симптомов незначительны, сердечные симптомы по временам. В данном случае приходилось руководствоваться не столько SR, сколько сердечными симптомами.



Выводы: 1. Постепенное замедление SR под влиянием физической терапии идет параллельно с улучшением клинических симптомов. В случаях, где замедление SR останавливается, не достигая нормальных цифр, должно ждать рецидива, несмотря на наличие клинического выздоровления.

2. Физиотерапевтические процедуры вызывают ускорение SR, совпадающее с обострением клинических симптомов. Иногда ускорение SR предшествует наступающему обострению.

3. Колебания SR при применении различных видов физической терапии, на высоких цифрах без тенденции к снижению является противопоказанием к дальнейшему применению физических процедур.

4. В случаях, где SR показывает нормальные цифры, реакция обычно остается таковой во все время лечения физическими процедурами, хотя в клинической картине наступают существенные изменения.

5. Указаниями SR для применения и дозировки физической терапии при суставных заболеваниях, осложненных заболеваниями внутренних органов, где эта реакция зависит от нескольких причин, приходится считаться с большой осторожностью, учитывая почти исключительно клиническую картину.

Литература: 1) Быховская. Журнал для усовер. врачей, 1924, № 10—11.—2) Быховская. Вр. газ., 1925, № 1.—3) Мандельштам и Пупко. Вр. газ., 1925, № 7—8.—4) Животов. Вестн. современ. мед., 1927, № 5.—5) Альперин. Каз. мед. журн., 1925, № 12.—6) Владимирова. Ibid. 1924 г., № 7.—7) Гиллерсон и Пинес. Курорт. дело, 1926, № 1.—8) Соловцова. Ibid. 1927, № 3.—9) Бронникова. Каз. мед. журн., 1924, № 3.—10) Гроссе. Одонтол. и стомат. 1927, № 2.—11) Борок и Мордвикина. Врачебн. дело, 1926, № 3.—12) Мандельштам, А. Э. Врач. дело, 1923, № 9.—13) Пейсахович. Ibid., 1925, № 18.—14) Карякина, А. Ibid. 1925, № 1—2.—15) Штейнберг и Кириченко. Ibid.—16) Фридман. Ibid.—17) Сухов. Каз. мед. журн., 1927, № 10.—18) Кашаева и Клюева. Ibid. 1926, № 11.—19) Ханина-Гайдук. Ibid. 1925, № 2.—20) Брусилковский и Туркельтауб. Ztschr. für die ges. physikalische Therapie. Bd. 31. H. 2. 1926.—21) Л. Н. Клячкин. Ibid. Bd. 33. Heft. 6. 1927.—22) Kalmeter. Klinische Wochenschr 1926, № 20—23.—24) Westergren. Ibid. 1922 г. и Berliner klinische Wochenschr. 1925.—25) Poppet et Grunbaum. Klinische Wochenschr. 1927, № 13.—26) Pribram et O. Klein. Munch. medic. Wochenschr. 1924, № 17.

О классификации туберкулезных заболеваний¹⁾.

Ассистента М. И. Ойфебаха.

Вряд ли при каком-либо другом заболевании было сделано столько попыток к установлению классификации, чем при тbc. И это вполне понятно. Значение туберкулеза, как социальной болезни, представляет огромный интерес для врача-общественника, статистика и клинициста-практика, с другой стороны, многогранность клинических проявлений тbc инфекции, от галлопирующей чахотки старых авторов до хронических форм доброкачественного легочного тbc, создает большие трудности для клинициста в его повседневной работе. И врач у постели больного, индивидуализируя случай, все же ищет в нем те общие черты, которые объединяют сходные между собой группы больных. Это дает ему возможность, пользуясь той или другой схемой, несколько облегчить свою сложную работу по выявлению и дифференцировке тbc материала. Если к этому прибавить необходимость установки общего языка для научных и общественных целей (массовые обследования, изучение влияния профессии на тbc, статистическая обработка материалов туберкулезных учреждений, выяснение вопросов трудоспособности, посылки в санатории и т. д.),—то потребность в единой классификации тbc явится неоспоримой. Каковы же основные требования, которым должна удовлетворять классификация туберкулеза?

По мнению покойного проф. А. Я. Штернберга, классификация прежде всего должна быть краткой и несложной, удобной для практических и статистических целей. Она должна быть технически доступной врачу со средним опытом и настолько проста, чтобы он мог ею пользоваться без сложных подсобных методов, и, наконец, всякая схема должна, в соответствии с современными представлениями о тbc, отображать не только статику, но и динамику процесса, ибо врачу в оценке состояния больного, особенно важно учесть соотношение сил, сопротивляемость организма в данный момент, не ограничиваясь, правда, простой, но мало говорящей формулой „туберкулез легких“. Удовлетворяют ли этим требованиям существующие многочисленные классификации легочного тbc?

Остановимся на наиболее принятых схемах. Из них наибольшее распространение получила старая классификация Turban'a, дополненная впоследствии Gergard'ом. В основу ее положены анатомические изменения и распространенность их, которые и должны отобразить характер и отчасти прогноз данного процесса, руководствуясь формулой: „чем обширнее анатомические изменения, тем дальше зашла болезнь и тем хуже прогноз“. Простота и доступность этой схемы с ее общеизвест-

¹⁾ Доклад в Туб. Секции О-ва врачей Каз. гос. ун-та 13/X 28 и в Научном Собрании врачей ин-та для усоверш. врачей 23/X 28 г.

ными делениями на три стадии сделали ее в свое время наиболее распространенной и она была принята IV Международным Конгрессом по туберкулезу.

Но наряду с достоинствами необходимо все же указать, что она отображает лишь статику процесса, и мы хорошо знаем, что два рядом лежащих больных с одинаковыми по обширности поражениями не всегда дают одинаковый прогноз и течение болезни. В этой классификации не учитывается весьма важный фактор—сопротивляемость организма, степень нейтрализации организмом интоксикации; она не отображает иммуно-биологических соотношений сил организма и не дает, таким образом, представления о динамике процесса. Если к этому прибавить, что Turban-Gergard'овская классификация исходит из взглядов старых авторов на исключительное значение верхушки легких и связывает характеристику стадий с распространением процесса от верхушки, то в связи с ревизией взглядов на патогенез и течение легочного тbc (Assman, Redeker, Brouning) станет вполне понятным неудовлетворенность этой простой классификацией и стремление внести в нее дополнения и исправления в соответствии с новейшими теориями генеза легочного туберкулеза.

Переходя к классификации с чисто-анатомической характеристикой процесса, укажем, что Aschoff-Albrecht пытались вернуть нас обратно к дуалистическим взглядам Virchow'a. Aschoff исходит не из распространенности процесса, но из его анатомического характера, связывая патолого-анатомический субстрат с определенным клиническим течением и прогнозом данного случая. Для продуктивного процесса характерно доброкачественное течение, экссудативного—злокачественное течение тbc процесса. Эта схема была быстро воспринята широкими врачебными кругами и казалось, что найден, наконец, правильный принцип в разрешении этой проблемы. Однако, клинический и патолого-анатомический опыт показал, что эта схема весьма искусственна, что в действительности мы не встречаем чистых *экссудативных* и чистых *продуктивных* форм; отсюда следует компромиссное предложение о „преимущественно продуктивных“ и „преимущественно экссудативных“ формах легочного тbc. Далее оказалось, что клинические наблюдения не подтвердили предположения Aschoff'a и его школы о доброкачественности продуктивных форм и злокачественном течении экссудативных процессов.

Этот вопрос получил освещение и на IV Всесоюзном Туберкулезном Съезде в 1928 году, где из сообщения школы проф. Воробьева было видно, что нельзя связывать ту или другую качественную форму тbc с определенным течением и прогнозом болезни. Жизнь нередко дает обратные соотношения—благоприятное течение экссудативных процессов и обратное их развитие и злокачественное течение чистых продуктивных форм. Отсюда Варрик (на основании клинических и патолого-анатомических данных Тубинститута Наркомздрава) рекомендует вовсе отказаться от анатомической характеристики процесса, как „недоступной и не научной“. Если вспомнить основное возражение патолого-анатомов, что самый принцип разделения на пролиферативный и экссудативный процесс неправилен, ибо все туберкулезные поражения имеют воспалительный характер и гистологическая картина бугорка носит все особен-

ности воспалительного образования, то станет ясным, что чисто патолого-анатомические схемы Aschoff-Albrecht'a, Nico'l'я и друг. не могли удовлетворить практического врача, они не удовлетворяют и клинициста. Это усугубляется еще тем, что эта характеристика тbc процессов требует обязательного рентгеновского исследования, что не всегда доступно рядовому врачу.

Шагом назад была новая классификация Turban'a, предложенная им в 1924 году. Она потеряла свою основную ценность—простоту и доступность. Turban ввел в эту схему деления по стадиям Rank'e и патолого-анатомическую характеристику по Albrecht'u. Она оказалась перегруженной многими клиническими симптомами—характеристика температурной кривой, реакции иммунитета и т. д., и поэтому вполне понятно, что эта новая осложненная классификация Turban'a не могла получить широкого распространения. Не останавливаясь на других классификациях (Backmeister, Neumann-Bard'a и др.), перейдем к опыту работы нашей противотуберкулезной организации.

С первых же шагов возникновения ее была признана необходимость единой классификации легочного туберкулеза, что получило свое выражение на I Всероссийском туберкулезном съезде в 1922 г. в Ленинграде, где произошла первая встреча фтизиатров, положивших начало огромного дела борьбы с туберкулезом в СССР. Через год II Съезд в Москве принял единую обязательную классификацию, как рабочую схему для наших туберкулезных учреждений. Этой схемой мы и пользовались до настоящего времени. IV Всесоюзный туберкулезный Съезд в Тифлисе, в сентябре 1928 г., принял новую характеристику туберкулезных заболеваний. Но прежде, чем перейти к разбору новой характеристики, мы считаем необходимым остановиться на классификации II Съезда.

Классификация легочного туберкулеза II Съезда (1923 г.).

Основная классификация:

- | | |
|--|--|
| <p>а) Функциональная характеристика.
Условные обозначения.</p> <p>А. Туберкулез компенсированный.
В. » субкомпенсированный.
С. » декомпенсированный.</p> | <p>б) Анатомическая характеристика ¹⁾.
Условные обозначения</p> <p>I ст. } Локализация процесса, как
II ст. } у Turban'a.
III ст. }</p> |
|--|--|

Примеры условных обозначений: А I, В I, С I, А II, В II, С II, А III, В III, С III.
ВК—Бациллы Koch'a, Н—наклонность к кровохарканию.

Факультативные дополнения.

- | | |
|--|--|
| <p>а) К характеристике функционального течения процесса (в добавление к обозначениям А, В и С).</p> <p>Состояние процесса:
Прогрессирующее,
стойкое,
затихающее.</p> | <p>б) К анатомической характеристике процесса (в добавление к обозначениям I, II и III).</p> <p>Процесс фиброзный,
» продуктивный,
» эксудативный.</p> |
|--|--|

¹⁾ *Примечание:* I стадий—нерезкое поражение (легкое притупление, выдох, мелкие хрипы) участка одной доли (не переходящее ключицы или лопаточной ости при верхушечных поражениях).

II стадий—нерезкое уплотнение целой доли или более значительное уплотнение—но не распространенное на целую долю.

III стадий—значительное уплотнение целой доли или больше или признаки каверны при нераспространенном процессе.

Как видно из этой схемы, основное отличие от ранее предложенных схем заключается в том, что в ней впервые дана характеристика не только анатомической распространенности и интенсивности специфических изменений (Turban), т. е. его *статика*, но дана оценка общей реакции организма и степень его *компенсации* в данный момент, т. е. *динамика* процесса.

Что же мы подразумеваем под компенсацией (А)? Полное сохранение трудоспособности при нормальной температуре без выраженных проявлений токсэмии (потов, знобов, диспептических явлений и пр.) при стойком весе больного и отсутствии одышки и тахикардии в степени, препятствующей профессиональному труду. О субкомпенсации (В) мы говорим тогда, когда у больного появляется повышенная температура от 37—38° не только в состоянии покоя, но и при физических напряжениях, понижение работоспособности, явления интоксикации, тахикардия, одышка, потеря в весе, быстрая утомляемость и т. д. Когда организм истощен неравной борьбой и уже не в состоянии противостоять туберкулезной инфекции, в виду отказа своих иммунно-биологических сил нейтрализовать явления токсэмии, мы говорим о наступлении декомпенсации (С). Она характеризуется значительной потерей трудоспособности, повышением температуры выше 38°, появлением выраженных симптомов интоксикации (изнуряющие поты, знобы, резкая слабость, нарушение функции кишечника и т. д.), резкой тахикардией и одышкой даже в покойном положении больного и, наконец, прогрессирующим падением веса тела.

Вполне понятно, что в эту схематическую характеристику нельзя точно уложить все случаи легочного tbc; кроме того не следует представлять себе дело так, что лишь наличие всех симптомов позволяет относить больного к той или иной степени компенсации процесса. Здесь необходима строгая индивидуализация случая, и дело врача при учете всех данных решить, в какую группу отнести больного. Не останавливаясь на функциональной (необязательной) части этой классификации, укажем, что она мало применялась в практической работе наших туберкулезных учреждений. Вскоре после Съезда жизнь заставила внести коррективы в эту схему, что получило свое выражение в объяснительной записке к классификации II Съезда, составленной А. Я. Штернбергом (см. Вопросы Туб., № 4, 1925), введением группы практически здоровых.

IV Всесоюзный Съезд в Тифлисе, уделивший много внимания вопросу классификации tbc, на основании учета четырехлетнего применения классиф. II Съезда пришел к выводу, что эта схема оказалась жизненной и сыграла положительную роль в создании единого понимания туберкулеза. Но наряду с этим в классификации II Съезда мы имеем ряд существенных недочетов: 1) классификация II Съезда не заменяет научную классификацию и имеет, главным образом, практическо-статистическое значение. Это заставило ряд Институтов и других учреждений, наряду с этой официальной схемой, пользоваться более подробными схемами; 2) классификация создала разрыв с педиатрами, благодаря отсутствию в ней характеристики детского tbc; 3) и, что особенно важно, классификация охватила лишь хронические формы легочного tbc взрослых, оставляя в стороне все многогранные проявления tbc инфекции и,

наконец, 4) классификация не поставила препятствий для регистрации очень большой группы практически-здоровых и I A, что и повело к загрузке диспансеров больными, не подлежащими их попечению и наблюдению. Наряду с этими недостатками выявилось, что и эта простая схема встречает затруднения в практическом применении и, главным образом, в оценке степени компенсации, так как врач не всегда может дифференцировать случай и отнести его к строго определенной группе А или В. Это вызвало необходимость введения переходных групп А—В₁, $\frac{A}{B}$, В₁ (ближе к А), В₂ (ближе к В—субкомпенсации). Кроме того, срок наблюдения в 2 года для перевода больного в группу „практически здоровый“ слишком велик, ибо раз присланный больной с компенсированным тbc ложится в течение продолжительного времени (2 года) бременем на туберкулезный диспансер.

Немало сомнений у практического врача вызвала и патолого-анатомическая часть классификации. Руководствуясь Turban-Gergard'овской схемой оказалось невозможным обозначать многие начальные формы тbc легких: процессы паравертебральные, у корня легких, другие верхушечные поражения и т. д., а, вместе с тем, и подключичные инфильтративные процессы, занявшие теперь такое видное место в генезе легочного тbc. Вот почему IV Съезд, учитывая положительные стороны старой классификации и жизнность заложенных в ней принципов, счел необходимым дополнить ее в соответствии с современными взглядами на патогенез тbc и теми коррективами, которые внес четырехлетний опыт применения классификации II Съезда в Союзе. Таким образом Съездом была принята следующая схема:

Классификация тbc заболеваний ¹⁾.

(Схема IV Тубсъезда).

Основная характеристика (обязательная).

Процесс неактивный, заглушенный (практически здоровые).
Активный процесс.

I. Общая характеристика предыдущего течения болезни.

Процесс прогрессирующий (остро,—подостро,—хронический), непрогрессирующий (стационарный), затихающий.

II. Общая реакция организма.

- A. Процесс компенсированный
- B. » субкомпенсированный
- C. » декомпенсированный.

III. Локализация анатомических процессов.

а) Легочной процесс.

I. Распространенность и интенсивность процесса.

Правое и левое легкое обозначаются отдельно; для общей характеристики анатомического процесса принимается наиболее пораженная сторона.

Для локализации пораженных участков каждое легкое делится спереди на три поля: верхнее—до 2 ребра, среднее—от 2 до 4 ребра, нижнее—ниже четвертого ребра.

Задние границы—на уровне горизонтальных сечений, проведенных через передние границы.

¹⁾ Постановлением IV Туберкулезного Съезда новой классификации присвоено имя проф. А. Я. Штернберга.

Стадий I. Нерезкое поражение (диссеминированные очаги) небольшого участка, не более половины какого-либо поля легкого.

Стадий II. Нерезкое поражение, больше чем I стад., но не превышающее одно поле легкого или тяжелые поражения (массивное уплотнение) не более половины одного поля.

Стадий III. Все более II стад.

2. Каверны (Кв.).

3. Вациллы Кош'а в мокроте (ВК).

б) *Внелегочные процессы.*

1) Поражение гортани и верхних дыхательных путей.

2) » лимфатических желез (внутренних и периферических).

3) » серозных оболочек.

4) » пищеварительного тракта.

5) » костей и суставов.

6) » мозговых оболочек.

7) » других органов.

в) *Общий миллиарный тbc.*

IV. Процесс с отсутствием ясной локализации (только у детей).

1) Аллергия без общих расстройств (практически здоровые).

2) Хроническая тbc интоксикация.

Факультативная характеристика (не обязательна).

I. Патолого-анатомический характер легочного процесса.

Процесс фиброзный (цирротический), продуктивный, экссудативный, инфильтративные формы, миллиарный легочный тbc.

II. Характеристика по типам Ранке.

1) Форма первичного аффекта (Р I).

2) » генерализация инфекции (Р II).

3) » изолированного поражения органов (Р III).

Приведенная характеристика туберкулезных заболеваний, как рабочая схема, является обязательной для практического применения в нашей повседневной работе и потому она требует детализации и подробного анализа, как ею должен пользоваться практический врач.

Прежде всего мы должны подчеркнуть, что в этой несколько осложненной схеме сохранены полностью принципы, положенные в основу классификации II Съезда. Анатомическая характеристика и оценка общей реакции организма составляют ее фундамент и последним (степень компенсации) она продолжает отличаться от всех ранее предложенных схем. Оценка функционального состояния организма получила общее признание не только у нас в Союзе, но начинает включаться в некоторые западно-европейские и американские классификации.

Новая классификация также состоит из 2 частей: основной обязательной и факультативной (необязательной). Обязательная часть в отличие от старой классификации дополнена характеристикой активности процесса с подразделением на активные и неактивные, заглохшие тbc процессы, так назыв. практически здоровые. Важность этого дополнения следует из всего опыта работы наших диспансеров. Ибо, несмотря на районирование и направление больных в диспансеры через общие амбулатории (принцип „закрытых дверей“), оказалось, что на учете диспансеров находятся в значительном количестве и не тbc больные или же тbc больные, не подлежащие попечению диспансеров (главным образом практически здоровые и I A). По данным, приведенным на IV Съезде, оказалось, что % не тbc больных в диспансерах колеблется от 25—75%(!), а из числа диагностированных (тbc), находящихся на учете диспансеров

к группе I A относятся около 40—50% тbc больных (!). Эти цифры слишком много говорят, чтобы пройти мимо них, и жизнь наших туберкулезных учреждений требует внесения определенных коррективов, ибо эти тысячи „практически здоровых“ являются балластом и загружают диспансеры лечебной работой, отвлекая силы и внимание от тяжелых и от открытых форм тbc и от очагов распространения заразы.

Вот почему введение этой группы практически здоровых дает возможность приступить к выписке этих „больных“ из диспансеров и передаче их под наблюдение общих амбулаторий.

Какие же больные могут быть отнесены к практически здоровым? Все больные с диагнозом I, II A, не дающие обострения своего тbc процесса в течение двух лет, причем срок может быть сокращен врачом до года. Необходимо указать, что к практически здоровым мы должны относить лишь таких больных, у которых раньше был туберкулез, успешно излечившийся или же протекший абортивно, но не давший в течение продолжительного срока (1—2 года) указаний на обострение его и заглохший к моменту перевода больного в группу „пр. зд.“. В установлении группы практически здоровых огромное значение имеет длительное диспансерное наблюдение и тщательно собранный анамнез. Помимо этого, учет степени нарушения сопротивляемости организма, сохранение полной трудоспособности и устойчивости его (плюс дополнительные исследования (рентген, лабораторные методы и т. д.) дают врачу перевести больного в группу практически здоровых и выписать его из диспансера. Не следует забывать, что в каждом отдельном случае необходимо учесть ряд жалоб неврастенического характера, далее случайные сопутствующие тbc заболевания, как-то—заболевания носоглотки, половой сферы, малярия (последняя особенно важна в наших условиях), метатуберкулезные изменения (так, например, одышка, сердцебиение при смещении сосудов средостения при уже давно законченном и заглохшем фиброзном процессе, или обезображивание сустава после зажившего тbc костей и т. д.). Все эти моменты не могут служить препятствием к переводу больного в эту группу практически здоровых. Практически важно при этом предупредить больного, что отнесением его к практически здоровым и, как вывод отсюда, выписки из диспансера, не означает гарантии от возможной реинфекции или обострения старого заглохшего процесса. Больной должен знать, при каких обстоятельствах он может и должен вернуться под наблюдение специального лечебно-профилактического учреждения (диспансера). Это предупреждение необходимо во избежание ущерба авторитета врача, когда больной, признанный практически здоровым, вернется к тому же врачу через некоторое время с кровохарканием и обострением старого процесса. В группу практически здоровых не могут быть переведены бациллоносители и больные с III ст. даже при длительном сохранении ими компенсации.

Практическое значение при оценке случая имеет характеристика предыдущего течения болезни, которая из факультативной части классиф. II Съезда перенесена в обязательную часть новой схемы. Важно усвоить, что термины „прогрессирующий, непрогрессирующий, затихающий“, в отличие от сходной терминологии Вackmeister'a, относятся не к status praesens и ближайшему анамнезу, а характеризует все прошлое течение тbc процесса у больного. Об этом необходимо твердо договориться

во избежание недоразумений. Для этой характеристики врач руководствуется: 1) *анамнезом*, выясняя у больного степень и продолжительность нарушения компенсации, понижение его работоспособности и учащение перерывов в его обычной работе, повышение температуры, кровохарканье, ночные поты и т. д.. Здесь также необходимо критическое отношение врача и учет влияния других заболеваний на течение тbc процесса; 2) *характером анатомического процесса*, его течение по наблюдению врача. Термины: остро, подостро, хронически обозначают быстроту развития процесса, а не тяжесть клинических явлений. Введение характеристики предыдущего течения болезни осложняет схему и не во всех случаях врач сумеет дать ответ на этот вопрос. Вот почему надо полагать, что эта характеристика на первое время войдет в обиход окрепших туберкулезных учреждений, имеющих возможность длительного наблюдения за больным. Следует с определенностью подчеркнуть, что это дополнение практически целесообразно в повседневной работе врача. Так, например, посылая больного во Врачебно-Контрольную Комиссию и ограничиваясь диагнозом III В, мы даем оценку состояния организма в данный момент. Но мы хорошо знаем, что под III В можно подразумевать самые разнообразные клинические проявления тbc и нередко противоположный прогноз, а отсюда и различные терапевтические вмешательства. Прибавка к диагнозу III В характеристики „прогрессирующий, подостро“, или „непрессирующий, затихающий“ укажет ВКК на большое различие этих двух больных, относящихся к одной стадии III. И если в первом случае встанет вопрос о снятии с работы, пенсии, больничном лечении, второй больной будет подлежать санаторному лечению, временному отпуску с надеждой на возвращение к работе и т. д. Таким образом ориентировка в каждом случае будет безусловно облегчена, тем более, что этим термином мы будем оценивать длительный период предыдущего течения тbc процесса—*прошлое* больного. Характеристику же „текущего момента“ мы получаем в оценке общей реакции организма, руководствуясь обозначениями А, В, С.

При оценке компенсации необходимо помнить, что она относится ко всему организму в целом, она отображает реакцию на внедрившуюся инфекцию со стороны всего организма, а не одного какого-нибудь органа. Вот почему понятие компенсации относится не только к легочному, но и внелегочным тbc и к процессам с отсутствием ясной локализации. Эта характеристика не зависит от стадий по Tugba'n'u и не всегда совпадает с понятиями прогрессирующий, непрессирующий и затихающий. Так, например, характеристика процесса „III А подостро прогрессирующий“ не будет противоречием, ибо А, оценивая сопротивляемость организма в момент исследования больного, указывает на нейтрализацию его токсэмии, но, вместе с тем, характеристика длительного предыдущего течения может с определенностью говорить за медленное, но все же прогрессирующее течение специфического процесса.

В отношении межучочных групп А—В, $\frac{A}{B}$ было внесено на Съезде предложение расчлнить группу В на В₁ (ближе к А) и В₂ (ближе к субкомпенсации В). Однако, не желая еще более осложнять новую схему, Съезд поручил специальной комиссии разработать в деталях этот вопрос. Повидимому, жизнь потребует этого корректива, и межучочные группы будут введены в той или другой форме.

Распространенность и интенсивность легочного процесса являются критериями, на основании которых мы относим данный процесс к стадиям по Turban'у. В новой классификации сохранена характеристика интенсивности процесса, определяющаяся следующими признаками по международной схеме: „за легкие поражения принимаются диссеминированные очаги, дающие небольшое притупление, нечистое, жесткое дыхание, ослабленное везикулярное, везико-бронхиальное до бронхо-везикулярного дыхания и мелкие до средних хрипы.—Тяжелое поражение: массивные уплотнения, дающие резкое притупление, сильно ослабленное (неопределенное) бронховезикулярное до бронхиального дыхания, с хрипами или без них. Значительные полости дают тимпанический перкуторный тон, амфорическое дыхание, распространенные более грубые, звонкие хрипы и пр.“ (цитир. по Воробьеву).

При оценке массивного уплотнения, характеризующегося резким притуплением, надо иметь в виду зависимость интенсивности перкуторных данных от плевральных наложений, наличия экссудата, развития мышц и т. д. Рентгеновский метод исследования при распознавании этих уплотнений имеет большое значение, ибо он дает представление о величине очагов, сливающихся между собой или расположенных близко друг к другу, дающих картину массивного уплотнения с бронхиальным дыханием, влажными хрипами и т. д. Ценность рентгеновского исследования особенно велика при распознавании милиарного tbc, гематогенной диссеминации, перифокального воспаления и нередко для распознаний так наз. „немых“ каверн.

Что касается деления на стадии, то новая кл. вносит ряд поправок к Turban-Gergard'овской схеме: 1) доли заменены полями, как в рентгенологии, и необходимо различать три поля—верхнее до 2-го ребра, среднее от 2—4 р. и нижнее—все, что ниже 4 р.; 2) деление на стадии в новой кл. не связано с поражением определенной части легкого, следовательно, та или иная стадия будет присвоена больному в зависимости от интенсивности процесса и распространенности его, будь то верхнее, среднее или нижнее поле. Следовательно, нерезкое поражение среднего поля или нижнего, занимающее менее половины его, мы будем относить к I стадии, в то время как практически врачем обычно мыслится, что все, связанное с поражением ниже ключицы или 2 р., относится уже ко II или III ст.. Далее отметим, что небольшие поражения двух разных полей одного и того же легкого относятся ко II ст., а не к III. Это особенно необходимо подчеркнуть, ибо практически всякое поражение, выходящее за пределы одной доли, относилось уже к III ст. Паравертебральные нерезкие поражения, связанные с одним полем, будут относиться к I ст. В отношении каверн докладчиком по вопросу о классификации д-ром Хольцманом было внесено предложение о необходимости дифференцировать туб. процессы с наличием полостей не в зависимости от размеров или даже множественности их, перевода механически всякого больного с каверной к III ст. Каверны могут быть, по его мнению, во всех стадиях и они характеризуют лишь тяжесть процесса и должны фиксировать внимание врача на необходимости длительного и тщательного наблюдения за больным и опасностью его для окружающих (тщательное диспансерное наблюдение). Съезд, однако, с этим предложением не согласился и все случаи каверн по новой кл. должны быть

отнесены к III ст., и это вполне понятно и правильно, ибо отнесением кавернозного случая при нерезком поражении менее половины одного поля к I ст. вызвало бы в практике не мало недоуменных вопросов. Наличие распада легочной ткани, даже в благоприятно протекающих случаях, все же указывает на тяжесть процесса и составляет постоянную угрозу для больного, отчасти предопределяет прогноз и, главное, социальную профилактику. Кроме того, надо полагать, что, пользуясь новой классификацией, врач не ограничится одним обозначением „III кав.“, а даст характеристику и предыдущего течения болезни и степени компенсации, а такая подробная характеристика болезненного процесса не поведет к переоценке значения каверны, а в каждом отдельном случае отведет ей соответствующее место в оценке тbc процесса в целом. Далее не мало затруднений испытывает врач, когда перед ним находится больной с пнеймотораксом. В случаях, когда он был под наблюдением до наложения пн., больной будет отнесен к той стадии, какая была у него диагностирована до этого терапевтического вмешательства, у больных же, поступивших под наблюдение уже с искусственным пнеймотораксом отмечается лишь „иск. пнеймоторакс“ и А. В. С. без обозначения стадий.

Характеристика распространенности и интенсивности процесса обозначается отдельно для каждого легкого, при двухсторонних процессах для общей оценки служит наиболее пораженная сторона, причем обозначение сторон производится в виде дроби: числитель—правое, знаменатель—левое легкое (пример: $\frac{III}{I}$ —общая оценка III).

Внелегочные процессы обозначаются отдельно вслед за характеристикой легочного заболевания. Нужно лишь указать, что при этом степень компенсации ABC характеризует общую реакцию организма независимо от локализации тbc инфекции и ее патолого-анатомического субстрата. Не вдаваясь в оценку терминологии „аллергия“, тbc интоксикация, укажем, что внесением в классификацию процессов без ясной локализации, сделана попытка заполнить брешь между фтизиатрами и педиатрами. Новая классификация пытается охватить и детский тbc, что является, конечно, шагом вперед, на что указали такие авторитетные педиатры, как Кисель и Мочан. В эту характеристику введены две группы—аллергия и хроническая тbc интоксикация. Под термином аллергия (st. allergicus) подразумевается наличие положительной р. Pirquet без каких бы то ни было общих и местных расстройств тbc происхождения, т. е. практически здоровые дети¹⁾. При наличии общих расстройств тbc характера на основании оценки всех данных анамнеза, общего состояния ребенка, данных рентгена и лабораторных исследований—больной уже будет относиться к группе хронической тbc интоксикации. Последняя в свою очередь в зависимости от тяжести функциональных расстройств делится на 2 степени: более легкую (levis J₁) и более тяжелую (gravis J₂). Что касается группы тbc детей с локальными симптомами, то таковые должны быть отнесены к соответствующей характеристике новой схемы. Окончательное разрешение этого сложного вопроса и практическое применение новой классификации в отношении детского тbc потребует более детальной проработки и соответствующей инструкции, на что имеется постановление IV Съезда.

¹⁾ См. указ. литературы, № 10.

В необязательную часть классиф. входит патолого-анатомическая характеристика легочного процесса и характеристика по формам Rankе. Нужно сказать, что в отношении этой факультативной части схемы существуют различные мнения. Наряду с предложениями вовсе изъять ее из классификации, как загромождающую и недоступную не только для практического врача, но и в условиях клиники, где всеми имеющимися в нашем распоряжении методами мы все же не можем разрешить вопрос с каким патолого-анатомическим субстратом мы имеем дело. Более того, мы нередко видим, что патолого-анатом на аутопсии не всегда может с определенностью высказаться, где кончается продуктивный и где начинается экссудативный процесс и лишь микроскопическое исследование решает пат.-анатомический характер процесса. А так как *in vivo* нам пока такие тонкие методы, заменяющие гистологические исследования, не даны, то сторонники этих взглядов требуют полного изъятия патол.-анат. характеристики из схемы. С другой стороны, признавая в основном правильным невозможность доступными нам методами заменить гистологические исследования, указывают, что все же правильное толкование клинического течения тbc процесса, рентгеновского исследования и т. д. дает нам право говорить о тенденции, о превалировании того или другого пат.-анатом. процесса, что имеет немаловажное значение для прогноза, а потому и предлагается эту характеристику включить даже в обязательную часть схемы. Так как по этому вопросу нет единого мнения, Съезд решил пат.-анатом. оценку тbc процесса сохранить в факультативной схеме и, таким образом, дать возможность сторонникам необходимости ее сохранения пользоваться ею в своей практической работе.

Введение делений по стадиям Rankе встречает значительное сопротивление и это вполне понятно. Несмотря на все достоинство этой теории, так стройно объясняющей нам сущность и развитие тbc инфекции, все-же единого признания она не получила и подвергается не малой критике и ревизии. Если к этому прибавить трудность дифференцировки II и III ст., то станут понятными и опасения, которые высказывались и на Съезде, что она лишь осложнит схему. Можно с уверенностью сказать, что практический врач в своей повседневной работе вряд ли будет пользоваться этим делением и ограничится обязательной частью характеристики.

Новая классификация туберкулеза в основном отличается от старой схемы. В ней мы впервые находим характеристику тbc процесса, как заболевания всего организма, не ограничиваясь только хронической формой легочного тbc, как это было раньше. Используя огромный опыт туберкулезной организации Союза, она сохранила основные принципы классификации II Съезда и внесла коррективы и дополнения, дающие возможность более полной оценки состояния больного, его прогноз и отсюда и терапия. Но наряду с этим надо отметить и некоторые недостатки ее: неправильно понятая, она может создать впечатление чрезмерно сложной и недоступной практическому врачу. Это отчасти и послужило поводом говорить на Съезде о возможности разрыва между терапевтом и фтизиатром. Можно, однако, с определенностью утверждать, что это не произойдет—залогом будет служить то, что основные принципы классификации II Съезда сохранены, а они более или менее усвоены уже практическим врачом.

Литература. 1) Альперин. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.— 2) Бакмейстер. *Болезни легких.*—3) Берлин П. Ю. *Вопр. Туберк.*, 1923, № 3—4.—4) Варрик. *Качественно-анатомическая диагностика в клинике легочного туберкулеза.*—Доклад на IV Всесоюзном туб. съезде 1928 г.—5) Воробьев В. А. К оценке принятой в СССР классификации легочных форм тbc. — Тезисы IV Туб. съезда 1928 г.—6) Карпиловский. *Очерки по классификации тbc легких.* 1925.—7) Кернер Ю. *Вопр. Туб.*, 1928, № 7—8.—8) Майман. *Ibid.*—9) Нейман. *Клиника легочного туберкулеза*, ч. II.—10) Объяснительная записка к схеме группировки детей в отношении тbc. *Вопр. Туберк.*, 1926, № 3.—11) Отчет о II Всесоюзном туберкулезном съезде в Москве. *Вопр. Туберк.*, 1923, № 2.—12) III Всесоюзный съезд по борьбе с тbc. *Вопр. Туберк.* 1924, № 5—6.—13) Трофимов. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.—14) Turban. *Zeitschr. f. tbc.* 1924, Bd. 40, N. 6—15) Хольцман В. С. Программный доклад на IV Всесоюзном туберкулезном съезде в Тифлисе, 1928.—16) Черняк. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.—17) Фурман. *Ibid.*—18) Штернберг А. Я. *Вопр. Туберк.*, 1925, № 4.

Прения по докладу в Научн. собрании врачей Гос. ин-та для усов. врач. им. В. И. Ленина 13/XI—28 г. *).

Проф. Е. М. Лепский. Основное достоинство старой классификации было в ее простоте; но в этом была и опасность схематизации; было бы лучше, если бы врач, вместо обозначения, вроде „2В“, описал бы кратко, что он нашел; но практические работники, которые должны в течение одного приема пропустить много больных, наверно, с этим не согласятся. Основной недостаток старой классификации был в делении на стадии, основанном на неправильном предположении, будто развитие туберкулезного процесса связано с определенной локализацией сначала в верхушках, а потом ниже. Для педиатров такое деление всегда было неприемлемо, теперь же оно стало неприемлемо и для терапевтов. Вторым недостатком было невключение других форм тbc, кроме хронического тbc легких. Новая классификация потеряла простоту старой, но сохранила ее деление на стадии; это понятие и у врачей, а особенно у больных, связывается с представлением о тяжести случая, что ведет к бесчисленным недоразумениям. Лучше было бы, не говоря о стадиях, указать локализацию. Введение обозначений процесса по Бакмейстеру, как прогрессирующего, загнивающего или стационарного при сохранении характеристики по Штернбергу, как компенсированного, суб—или декомпенсированного также поведет к недоразумениям в виду близости понятий, обозначаемых этими двумя рядами определений. Наибольшие сомнения вызывает четвертый раздел: о процессе с отсутствием ясной локализации. При наличии туберкулеза почти всегда можно указать локализацию, хотя бы предположительно; если же и тщательные поиски не обнаруживают никакой локализации, то не может быть уверенности в том, что болезненное состояние вызвано именно туберкулезной инфекцией. Включение в классификацию такого термина, как „процесс с отсутствием ясной локализации“, узаконяет незаконченные диагнозы вместо того, чтобы побуждать к уточнению их. Такие неопределенные диагнозы, правда, пользуются популярностью среди врачей; но опыт показывает, что многие из детей, идущих в амбулаториях под диагнозом „туберкулезная интоксикация“, оказываются при более подробном исследовании либо вообще здоровыми, но конституционально худыми детьми, либо страдающими анорексией не в связи с туберкулезом, а от других причин (чаще всего в результате неправильных воспитательных воздействий со стороны окружающих), либо больны малярией и т. п. Включение группы „аллергия“ без более точного указания отношения больного к туберкулину вряд ли целесообразно. Важнее было бы отмечать случаи с отрицательной анергией. Весь раздел о процессе с отсут-

*) По докладом, представляющим актуальный, особенно общественный интерес, краткие прения редакция считает целесообразным помещать тотчас же за докладом.
Редакционная коллегия.

ствием „ясной локализации“ введен в классификацию для педиатров. Но туберкулезный процесс один и тот же у взрослых и у детей; только формы, встречающиеся часто у взрослых, редко наблюдаются у детей и наоборот: проявления обычные у детей, редко встречаются у взрослых. Поэтому после того, как в классификацию введены острые формы и экстрапульмональная локализация, нет необходимости в таком специальном „детском“ отделе. К преимуществам новой классификации по сравнению со старой, надо отнести то, что она охватывает все проявления туберкулеза, а не только хронический тbc легких, и то, что давая более подробную характеристику случая, она меньше позволяет схематизировать диагнозы.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль. В новой схеме имеется старая система с добавлением классификации по Backmeister'у. Поэтому излишни обозначения А. В. С., тем более, что это не относится к общим реакциям организма. Относительно локализации по полям, проведенным по аналогии с рентгеновскими полями—нельзя ввести рентгеновские представления в систему перкуссии и аускультации. Лучше придерживаться известных всем клиницистам границ долей справа и слева. Верхушку и область hilus'ов можно обозначать отдельно. Этим станет излишним обозначение „стадий“, которое без рентгена немислимо. Для характеристики анатомического процесса почему-то берется наиболее пораженное легкое. Это не биологически, так как более пораженное легкое может иметь продуктивную тенденцию, а менее пораженное место—остро или подостро прогрессирующий процесс. Непонятно также, почему поражения сосудов не включены в отделе 3б. Понятие туберкулезной интоксикации не отвечает нашим иммунобиологическим представлениям. Туберкулезных токсинов, как таковых, нет. Если под этим понимать sepsis acutissima, то она сопровождается отрицательной анэргией.

Д-р М. П. Мастбаум. Классификация, предложенная IV Съездом громоздка. Едва ли возможно ею пользоваться полностью, но первые три пункта укрепятся в практике. Общая характеристика процесса, введенная как обязательный пункт, является, несомненно, ценной частью классификации. Понятие о компенсации охватывает текущий момент, общая характеристика предыдущего периода болезни рассматривает все течение процесса в целом, его тенденцию. Отсюда процесс может быть в разрезе всей болезни прогрессирующим, но в данный момент компенсированным. В некоторых случаях эти пункты совпадают. Например, компенсированный—стационарный и т. д. Деление на поля есть, безусловно, шаг вперед. Что касается факультативной характеристики, то надо определенно сказать, что включение характеристики форм по Ринке совершенно непригодно для классификации; обострение туберкулезного процесса в 3-м периоде может протекать клинически с явлениями, свойственными 2-му периоду. Необходимо помнить, что исследующий больного врач очень далек от истинного представления происходящего в ткани патологического процесса; ближе к истине стоит рентгенолог, еще ближе—патологоанатом. Истину знает и видит только гистолог, ибо процессы, макроскопически импонирующие, как продуктивные, при гистологическом исследовании оказываются преимущественно экссудативными (Curschmann). Экссудативные процессы нередко протекают даже у взрослых доброкачественно, а продуктивные злокачественно. Если нет в патолого-анатомическом диагнозе элемента прогноза, то отпадает необходимость стремления к точной анатомической диагностике.

Д-р П. В. Дезидерьев. Преимущество новой классификации, принятой IV Туберкулезным Съездом безусловно. Она сохраняет основные элементы прежней: 1) деление на стадии и 2) деление туберкулезных больных по их работоспособности (Штернберг). С другой стороны на основании данных анамнеза и на основании течения болезни, она дает возможность решить вопрос о характере туберкулезного процесса: нарастающем, затихающем, заглушем или стойком (Бакейстер). Новая классификация дает возможность устанавливать прогноз на более или менее отдаленный промежуток времени.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль видит тавтологию в обозначении—компенсированный туберкулез и предлагает отказаться от одного из видов обозначения. С ним нельзя согласиться. Туберкулез может быть компенсированным в данный момент и прогрессирующим во времени. Нельзя согласиться и с проф. Е. М. Лепским, который не считает необходимым вообще классификацию туберкулеза и при взаимоотношениях с учреждениями придерживаться описательной части. Однако, по мнению оппонента, одинаковые данные перкуссии и аускультации у двух больных нередко не дают права поставить одинаковый прогноз. Один из этих больных подлежит лечению в больнице, другой в санатории. Новая классификация облегчает работу диспансерного врача, работника врачебной комиссии при решении целого ряда вопросов: 1) о длительности отпуска, 2) о переводе на пенсию, 3) о назначе-

нии в лечебные учреждения (больница, санаторий и т. д.). Новая классификация позволит углубить материал туберкулезных учреждений при статистической обработке.

Д-р А. А. Кулагин указывает, что прежде чем оценить классификацию туберкулеза, предложенную IV Всесоюзным Туберкулезным Съездом, необходимо учесть цели, которые она преследует. Основная цель ее найти общий язык, понятный для всех практических работников в области туберкулеза. Классификация не удовлетворит клинициста и биолога. Она покажется сложной для многих практических врачей. Очень просто было в свое время деление туберкулеза легких на 3 стадии по Турбану, но мы из него уже выросли. Классификация Bagd-Nesim'a насчитывает около 50 клинических форм туберкулеза легких. Все-таки и она не удовлетворяет клинициста, как статическая классификация. Redeker сделал попытку дать деление туб. процесса, исходя из динамики его. Он выделяет 10 отдельных циклов или рядов развития *Entwicklungsreihen*, а каждый цикл подразделяет еще на ряд *Zustandsbilder*, каковых у него более ста. Ни та, ни другая классификация не могут быть применены в повседневной работе. Характеристика тbc заболеваний, принятая IV Съездом, имеет целый ряд преимуществ. Деление на стадии (они уже не соответствуют стадиям Турбан'a) дает характеристику протяженности процесса, его пространственное отношение. Номенклатура *Васкмейстера*: прогрессирующий, стационарный, затихающий, характеризует динамику процесса во времени; подразделение на острый, подострый и хронический уточняет ее. Предложенное Штербергом деление туберкулезного процесса на компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный (А. В. С) определяет состояние организма больного в данный момент. Наличие или отсутствие ВК, каверны, кровохаркания также уточняют характер заболевания. Таким образом, эта классификация позволяет нам дать не просто диагноз туберкулезного процесса, но и диагноз качества его, определяющий направление терапевтического вмешательства и содержащий в себе элементы прогноза. Все эти моменты чрезвычайно ценны в практической работе по обслуживанию больных тbc.

Д-р В. И. Бобровников (участковый врач). Новая классификация имеет много преимуществ перед старой. Пользование ею даст возможность не только установить настоящее состояние заболевания, но и выявить характер предыдущего течения болезни, что в значительной мере облегчит отбор больных на курорты. Деление легких на поля и установление стадий заболеваний по новому принципу упрощает и уточняет постановку диагноза. Для врачей периферии она вполне приемлема, так как ознакомление с нею не представляет особых затруднений.

Проф. Р. А. Лурия. Хотя классификация более уместна в точных науках, но все же нельзя согласиться с теми, которые выступают против классификации в клинике вообще. Классификация представляет собою, конечно, венец достижений данной науки, но все же отказываться от нее не приходится в клинике, хотя изучение проблемы не закончено. Классификация есть рабочая гипотеза, которая позволяет идти вперед. Большие достоинства новой классификации легочных заболеваний заключаются в том, что она говорит о туберкулезе, как об *общей* болезни, а не только о туберкулезе легких, как это было раньше. Деление на стадии следует оставить, это производит часто сильную психическую травму больного, тем более, что стадия есть морфологическая схема, не выявляющая состояния больного. Достоинства новой классификации—попытка дать *функциональную* диагностику туберкулезных заболеваний—на анатомической базе. Она представляет собою своего рода компедиум проблемы туберкулеза. Эта классификация дает возможность врачу углубиться в проблему туберкулеза, но все же она требует еще дальнейшей проработки и уточнения для того, чтобы иметь приложение в практической деятельности врача.

Заключительное слово д-ра М. И. Ойфеха. Характеристика предыдущего течения процесса и оценка его общей реакции не есть тавтология. В отличие от Васкмейстера необходимо отметить, что под его терминами разумеется характеристика прошлого течения больного, а степень компенсации оценивает текущий момент, отсюда термин „прогрессирующий“ не исключает компенсации процесса в данный момент. Под общей характеристикой процесса в наиболее пораженной части надо подразумевать оценку лишь анатомической распространенности и интенсивности процесса, а не его компенсации и течения. Необходимо указать, что на Съезде было высказано пожелание о ликвидации деления на стадии, однако временно „стадии“ сохранены, ибо международная схема пользуется этой терминологией.

Патологоанатомическая характеристика сохранилась в факультативной части, потому что сторонников возможности качественной оценки процесса не мало и с этим нельзя не считаться.

К годовщине смерти проф. С. С. Зимницкого (10/XII 1927 г.).

К лечению желудочных больных в Эссендуках.

Ст. ассистента Пропедевтической терапевтической клиники Казанского университета д-ра **А. М. Предтеченского.**

„А я говорю о медицине, что это искусство, которое сообразуется с конституцией больного и обладает основами действия и законами для каждого отдельного случая“.

Платон. Георгийас.

Эссендуки давно уже пользуются заслуженной славой в лечении желудочно-кишечных больных, и было время, когда все вообще подобные больные без различия, будь то гиперацидики, с склонностью к язве желудка, или гипацидики, направлялись в Эссендуки и получали там, если не полное излечение, то во всяком случае облегчение (Зимницкий, Русская клиника, № 12, 1925 г.).

Более тонкое и подробное изучение желудочной секреции в связи с развитием учения о функциональной деятельности желудка (введение тонкого зонда и др. методы), дало возможность строго разграничить больных с повышенной кислотностью, гиперацидиков, с *ulcus ventriculi et duodeni* от гипацидиков, и первые теперь являются уже исключением в Эссендуках.

За нашу работу летом 1928 г. в Эссендукской поликлинике мы встретили несколько случаев гиперацидиков и ульцерозных больных; попали они в Эссендуки или благодаря старым своим анализам (у одного больного был анализ желудочного сока с прошлого года, что, очевидно, и побудило отборочную комиссию направить больного в Эссендуки с диагнозом гипацид. хронич. катарра желудка), или же такие больные прибыли на курорт явочным порядком. Анализ желудочного сока, произведенный у таких больных тонким зондом, по Зимницкому, дал резко повышенную кислотность и резко инертный тип. Например, у больного К. после первого пробного завтрака через час общая кислотность равнялась 262, свободная HCl—238 (суммируя цифры за 4 порции), после второго пробного завтрака через 2 часа общая кислотность—335, свободн. HCl—304. В других подобных случаях результаты были приблизительно такие же, а у одного больного после лечения даже обострилась ранее бывшая язва (появились резкие боли в животе, кровь в *foeces*).

Такие больные (с повышенной кислотностью, с склонностью к язвам) обыкновенно плохо переносили лечение, и попытки лечить их назначением малых количеств Эссендуков в горячем виде за 1½—2 ч. до еды,

как показала практика, не могут считаться особенно удачными, в конце концов больные направляются из Ессентуков в Железноводск, а переправка больного, являясь известного рода психической травмой и сопряженная со многими неудобствами, тратой времени и материальных ресурсов, конечно, очень плохо действует на больного.

Мы полагаем, что на эту сторону дела, курортно-отборочные комиссии должны обратить особое внимание и тщательно анализировать каждый случай, прежде чем отправлять больного на тот или иной курорт (анализ желудочного сока желательно иметь повторный и, во всяком случае, произведенный незадолго пред отправлением больного, выписка из истории болезни или хотя бы амбулаторной карточки и т. д.).

Гапацидные катарры желудка, гапахилики— вот благодарный элемент для лечения в Ессентуках. Просматривая истории болезни проведенных нами больных, мы должны отметить, что из 120 гапацидиков и 52 ахиликов получили значительное облегчение на курорте 128 или около 79%, из остальных 44 человек у 18 отмечено по истории болезни без перемен, судьба 19 чел. неизвестна, они не закончили лечения, у 7 ухудшение субъективно (ухудшение общего самочувствия), а также и объективные данные: падение в весе, боли, исследование желудочного сока дало кислотность почти без перемен, в некоторых случаях увеличение слизи в содержимом желудка.

Обращаясь к группе лиц с значительным улучшением их состояния, мы должны особенно отметить 3 случая, в которых улучшение общего состояния (улучшилось общее самочувствие, прибыль в весе, исчезновение болей) сопровождалось и резким повышением секреции желудочного сока, что особенно радовало самих больных.

I. Б-ная Б. 26 л., с хроническим катарром желудка гапацидного характера, незамужняя, по национальности еврейка, служащая в аптеке, прибыла на курорт в угнетенном состоянии с хроническим катарром желудка, боли в животе, тяжесть после еды, отрыжка, запоры. Общее угнетенное состояние у больной поддерживалось еще и тем, что у нее на родине болеет отец раком желудка, и больная сама находилась под влиянием *idée fixe*, что и у нее тоже рак. Больная субъект с достаточным питанием, болеет желудком года 3, на курорте впервые. Анализ желудочного сока в самом начале лечения дал общую кислотность—28 и свободн. HCl—8, много слизи. После пятидневного лечения общая кислотность—46, свободн. HCl—18, слизи нет, запоры прекратились, больная прибыла в весе на 8 фунтов, на результат лечения, по видимому, не повлияло и полученное сообщение о совершенно безнадежном состоянии ее отца.

II. Б-ой К., рабочий 36 л., прибыл на курорт с анализом желудочного сока: общ. кислотность—0, свободн. HCl 0, много слизи. После 3-недельного лечения в Ессентуках (источник № 17+№ 4, гидротерапия, общ. укрепляющее лечение) анализ желудочного сока тонким зондом, по Зимницкому, дал:

I пробн. завтр.	Общ. кисл.	Своб. HCl.	II пробн. завтр.	Общ. кисл.	Своб. HCl.
	4	0		6	2
	4	2		6	2
	6	2		6	4
	6	2		4	2
	<hr/>	<hr/>		<hr/>	<hr/>
	20	6		22	10

общее состояние значительно улучшилось.

При исследовании желудочного сока остальной группы больных, получивших значительное облегчение, цифры кислотности у большинства из них повышения не дали. (У всех желудочных больных исследование

желудочного сока производилось в начале лечения, а также и в конце, некоторые были исследованы в отношении желудочного сока и в середине лечения, большинство просвечивалось рентгеном. Почти все эти больные обыкновенно консультировались нами совместно с д-ром С. А. Ахматовым).

При исследовании желудочного сока у некоторых больных можно было отметить переход астенического или инертного типа, бывшего в начале лечения, в изосекреторный; правда, типы Зимницкого, как известно, далеко не всеми признаются, но во всяком случае мы считаем нужным отметить этот факт, который сопровождается субъективным улучшением общего состояния больных. Вся эта группа лиц по своей конституции может быть отнесена к лицам с подагрическим диатезом с конституцией пикников, у некоторых из них были также неполадки и со стороны печени (увеличение печени, запоры), боли и ломота в руках и ногах подагрического характера.

Обращаясь теперь к группе лиц, у которых пребывание и лечение на курорте не дало перемен и даже сопровождалось ухудшением субъективно общего состояния, а в иных случаях и объективными данными: падение в весе, увеличение слизи в желудочном содержимом,— мы должны заметить, что все эти лица с резкой астенической конституцией, с Stiller'овским habitus'ом, анэмичные, люди всем и всеми невольные, панически настроенные, беспокойные, все чего-то ожидающие, мечущиеся. Такие лица переезжают с курорта на курорт, часто затрачивают последние средства, наводят панику и на других; для таких индивидуумов Эссендуки также противопоказаны, как и для гиперацидиков. Иногда из таких лиц хотелось сказать: да кто вас послал в Эссендуки для чего? Такие больные,—астеники, анэмики, невропаты,—хотя бы с гипацидными свойствами в желудочном содержимом, часто с склонностью к туберкулезу, с склонностью к язвам желудка—неподходящий элемент для Эссендуков.

Если было время, когда на курорт отбирались больные с известными болезнями, причем болезнь сама по себе ставилась во главу всего (также то болезни показаны для известного курорта), то теперь в учении о курортах мы подходим к такому периоду, когда сам больной, его конституция играет первенствующую роль и является „решающим фактором“, известный больной со всеми его индивидуальными особенностями, подходит к такому-то курорту.

На эту точку зрения становится и такой выдающийся курортолог, как А. А. Лозинский (доклад на конференции врачей Эссендуковской поликлиники, август 1928 г.). Ту же основную мысль мы видим и у проф. Черноруцкого (доклад на X всесоюзном съезде терапевтов, Ленинград, 1928). „Больной, а не болезнь должен быть решающим фактором при выборе курорта“, говорят М. В. Черноруцкий.

Для Эссендуков с их источниками, грязями, ваннами подходят индивидуумы с подагрическим диатезом, с конституцией пикников, лица с нарушенным обменом веществ, с склонностью к ожирению, с явлениями plethorae abdominalis и нарушением секреторной деятельности желудка в сторону гипахилии.

Часто обвиняют в шаблонности, эмпиризме, трафарете лечения на курорте (Зимницкий, Врачебное дело, № 19—20, 1925). Конечно,

известная доля трафарета здесь налицо. Но это зло должно быть всячески изжито, каждый случай должен быть строго индивидуализирован и, как говорит проф. И. П. Павлов, „в каждом отдельном случае необходимо дать точную характеристику болезненного состояния, а потом уже назначать соответствующую терапию, успокоить деятельность желудка при лабильности его железистых клеток и привести их в движение, если они находятся в инертном состоянии“ (Труды Общества Русских Врачей, СПб, 1901 г.). А среди методов лечения в Эссентуках имеются самые разнообразные: здесь и источники с богатой минерализацией, и разные гидронатические процедуры, здесь и грязи, и Цандер, и электrolечебница, здесь и соответствующий диетический режим, воздух и т. д. Только надо для каждого больного индивидуума подыскать соответствующие ему лечебные мероприятия.

Мы теперь знаем, что колебания желудочной секреции в сторону уменьшения или увеличения могут зависеть от неуловимых влияний на центральную нервную систему—условные рефлексy (М. П. Кончаловский, Труды I-го Съезда Терапевтов). И в этом отношении для врача открывается громадное поле деятельности в Эссентуках с их различными методами лечения.

Часто сами больные при первом же посещении клиники задают вопрос: „сколько времени мне пить воду, сколько ванн“ и т. д., и когда говоришь, что этот вопрос нельзя заранее предрешить, а надо посмотреть, как будет действовать вода, грязь или другие какие-либо процедуры, то больной в конце концов примиряется с этим, и в следующие посещения уже не спрашивает о количестве грязей или ванн и проч. Короче сказать, каждый случай на курорте приходится строго индивидуализировать, сообразуясь с различными условиями заболевания данного субъекта. В этом отношении подсобные учреждения в виде лаборатории, диагностического кабинета—представляют колоссальное значение и расширение их в смысле аппаратуры, усиления работы принесет еще больше пользы тому или иному курорту в связи с исследовательской работой, какая ведется в Бальнеологическом Институте, но лишь бы только не забывался сам больной, а все это изучение шло в связи с строгим и систематическим изучением самого больного, его индивидуальных свойств, его конституции, тогда курорты СССР выявят, по выражению Н. А. Семашко, свое лицо и принесут колоссальную пользу трудящимся СССР. Предсказание основоположника русской клинической медицины проф. Г. А. Захарьина о том, что в России найдутся источники с различным составом воды, которые заменят собой иностранные воды, сбывается, и на Кавказских курортах мы имеем воды с самым разнообразным составом, почему Кавказ по справедливости может считаться всесоюзной и всеобщей Здравницей.

Выводы. 1. Курортно-отборочные комиссии при направлении желудочного больного на тот или иной курорт Кавказской группы должны тщательно взвесить, подходит ли данный больной, данный индивидуум по характеру своего заболевания, по своей конституции к той или иной группе минеральных вод.

2. Одно только исследование желудочного сока в большинстве случаев не дает правильного заключения для направления больного на тот или иной Кавказский курорт (Эссентуки, Железноводск).

3. При направлении на курорт больного необходимо принимать во внимание и общее состояние его, отклонение функций тех или иных органов, соотносясь с питанием больного, его характером и конституцией.

4. Лечение больных в Ессентуках, как и на всяком другом курорте, должно быть строго индивидуализировано, соотносясь с общим состоянием больного, его конституцией, состоянием питания и т. д., применяя различные вспомогательные методы лабораторного и диагностического характера.

5. Улучшение в состоянии желудочных больных при лечении в Ессентуках далеко не часто сопровождается повышением кислотности в желудочном содержимом, а нередко дает цифры прежние, или даже и пониженные, несмотря на улучшение общего состояния. Это говорит о том, что общий учет результатов лечения не может базироваться на одном каком-либо объективном признаке—анализ желудочного сока, а на всей совокупности, на всем комплексе признаков общего состояния больного.

6. Лечение желудочных больных в Ессентуках всегда останется сложным, комбинированным и индивидуальным, как сложен, индивидуальный и разнообразен патогенез желудочных заболеваний.

Литература. 1) И. П. Павлов. Учение о работе главных пищеварительных желез, Ленинград, 1924.—2) Он-же. Труды Общества Русских Врачей в СПб, 1901.—3) С. С. Зимницкий. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез. Москва, 1926.—4) Он-же. К вопросу о лечении на Кавказских курортах. Врачебное дело, № 19—20, 1925.—5) Он-же. Русская Клиника, № 12, 1925.—6) Функциональная диагностика внутрен. органов. Сборн. статей Glaesner'a, Grote, Leerepene, Берлин, 1926 г.—7) А. А. Лозинский. Бальнеология практического врача, ПТГ, 1916.—8) Н. М. Кишкин. Показания и противопоказания к курортному лечению. Москва, 1926.—9) М. В. Черноруцкий. Курортные больные и курортное лечение с конституциональной точки зрения. Доклад на X всесоюзном съезде терапевтов. Ленинград, 1928.—10) Л. Бертенсон. Лечебные воды. СПб, 1901.—11) Г. А. Захарьин. Клинические лекции, вып. 2, 1893.

Посвящается глубокоуважаемому проф. В. Л. Боголюбову.

Первичный острый остеомиелит позвоночника.

Завед. Хир. отд. М. С. Знаменского.

Среди разнообразных воспалительных заболеваний позвоночника острый гематогенный остеомиелит в количественном отношении занимает более чем скромное место, но по тяжести своего течения, по числу осложнений, иногда более тяжелых, чем основная болезнь, и по высокой смертности он должен быть поставлен наряду с наиболее серьезными заболеваниями.

Впервые остеомиелит позвоночника описан в 70-х годах прошлого столетия. В 1899 г. Hahn смог уже собрать 41 случай, Grisel— в 1903 г.—55 случаев и Hunt в 1904 г.—61 случай. В эти цифры были включены также случаи остеомиелита крестца, которых в статистике Hunt'a было 16. Donati в 1906 г., собравши всю мировую литературу об остеомиелите позвоночника, упоминает о 56 случаях, но он отбрасывает из своей статистики случаи остеомиелита крестца, которых в то время насчитывалось 16. Наконец, Volkman в своей диссертации 1915 г. говорит уже о 78 случаях остеомиелита позвоночника. С тех пор, время от времени опубликовывались отдельные случаи.

Так, в русской литературе:

- | | | |
|----------|-----------------------|---------------------------|
| 1 случай | Ясенецкого-Войно | — крестцов. кость |
| 1 | „ Додоновой и Цейдлер | — грудная часть |
| 9 | „ Краснобаева | — разные отделы |
| 2 | „ Ю. А. Ратнер | — крестцов. кость |
| 1 | „ описанный ниже | — пояснично-грудн. часть. |

В иностранной литературе:

- | | | |
|----------|-------------|--------------------|
| 2 случая | Pentschew'a | — поясничн. часть. |
|----------|-------------|--------------------|

Всего, таким образом, 16 случаев остеомиелита, из коих 3 относятся к крестцу. Присоединяя их к статистике Volkman'a, получаем:

остеомиелит позвоночника	91 случ.
„ крестца	19 „
„ крестцово-поясн. отдела	4 случ.,

т. е. всего 114 случаев.

Ротенберг и Додонова-Цейдлер упоминают о 125 случ., но мне их найти в литературе не удалось. Случаи Тимофеева, Грекова мною не включены, т. к. они вторичного происхождения.

Фактически таких случаев больше, но одни из них остаются нераспознанными, будучи замаскированы тяжелыми осложнениями, другие являются спорными или недоказанными. Так, например, Краснобаев,

на своем материале в 428 острых остеомиэлитах, имел 40 случ. остеомиэлита позвоночника, но доказанными из них считает только 9.

По отношению к острому остеомиэлиту других костей, позвоночник составляет ничтожный процент. Так, по данным Тюбингенской клиники за 40 лет и др. на 610 остеомиэлитах трубчатых костей было 51 остеомиэлит плоских, среди этих последних 2% падает на позвоночник, т. е. к общему числу остеомиэлитов позвоночник дает всего 0,16%. Цифры Краснобаева значительны выше: на его материале остеомиэлит позвоночника составляет 2,1% к общему числу (на детском материале).

Спорный вопрос о включении или невключении в статистику остеомиэлитов крестца решается различно: Donati, Gross, Gundermann, Ратнер и др. считают, что по клинической картине и по патолого-анатомической основе остеомиэлит крестца представляется заболеванием совершенно своеобразным и скорее должен рассматриваться вместе с костями таза. Противники—Ясеницкий-Войно, Гейкинг, причисляют крестец к позвоночнику, главным образом, вследствие их эмбриологической родственности, а также их тесной анатомической связи между собой, благодаря которой процесс может распространиться с позвоночника на крестец и обратно. Однако, общность происхождения является довольно натянутым поводом для объединения крестца и позвоночника в одну группу, т. к. и течение, и симптомы при остеомиэлите крестца совершенно своеобразны и сближают его в этом отношении с костями таза (Ратнер). Поэтому в дальнейшем изложении речь идет, главным образом, об остеомиэлите позвоночника без крестца.

Привожу в извлечении историю болезни случая, наблюдавшегося в заведующем мною отделении Казанского военного госпиталя.

Красноармеец-артиллерист Б-в И., 22 лет, крестьянин, поступил в терапевтическое отделение Казанского военного госпиталя 21/VIII 28 г. Ист. бол. № 1028.

Анамнез: Заболел 13/VIII, после того, как долго ездил верхом в седле, болями в правом боку и в правой половине спины, затем скоро боль охватила всю грудь. Был небольшой сухой кашель. Неделю лечился в приемном покое части (банки на грудь, хинин), все время был жар. В настоящее время те же боли в правом боку и в правой половине спины; не может сделать глубокого вдоха из-за болей в спине. Из перенесенных болезней указывает на малярию в 1921 г. и сыпной тиф в 1923 г. Перед настоящим заболеванием ничем не болел, не было никакого гнойного фокуса на коже.

Stat. praesens: высокого роста, правильного телосложения, с хорошо развитой мускулатурой и с слабо выраженным подкожным жиром.

Общее состояние тяжелое (st. typhosus). Пульс 72 в 1 мин., язык обложен, дыхание не учащено, живот умеренно вздут, напряжен и болезнен.

В легких перкурторных изменений нет, в правом несколько ослабленное дыхание.

Сердце в нормальных границах, тоны глухи и укорочены, 2-й тон легочной артерии акцентирован.

Печень не увеличена, селезенка не прощупывается. Стул задержан (через сутки). Грудная часть позвоночника выпрямлена и неподвижна. Движения болезненны.

Сухожильные рефлексы нижних конечностей возбуждены; симптом Кернига; симптома Бабинского нет.

23/VIII больной по просьбе курирующего врача осмотрен мной. Те же явления, что описаны выше, но при осмотре спины обнаружено: в области нижних грудных и верхних поясничных позвонков пастозная припухлость без красноты. При надавливании пальцем остается ямка. Надавливание на остистые отростки

1, 12 грудных и 1 пояснич. позвонков вызывает живую боль. Боль распространяется также по нижним межреберьям как вправо, так и влево. Боль становится резкой при надавливании в X и XI межреберьях, больше справа.

Больной держит весь позвоночник выпрямленным и неподвижным. На просьбу согнуть голову, он это делает, не сгибая шейной части позвоночника. При поворачивании на бок, он точно также шадит спину, производя все движения медленно и только при помощи рук и ног. Наиболее удобным для него является положение на боку с слегка согнутыми ногами. Живот умеренно вздут, при пальпации чувствуется нерезкий *defense musculaire*, болезненность повсюду без определенной локализации. Моча задержана. Большой катетеризуется два раза в сутки. Зрачки равномерны, не расширены, хорошо реагируют на свет.

На основании полученных данных высказано предположение об остром остеомиелите позвоночника, именно 11,12 грудных и 1 поясничного позвонков с явлениями сдавления спинного мозга и корешков. Больному предложена операция, от которой он отказался.

25 VIII. Общее состояние тяжелое. Стул задержан, моча выпускается катетером. В моче следы белка. Переведен в хирургическое отделение.

26 VIII. Утром наступила нижняя параплегия. Сухожильные рефлексы отсутствуют, также отсутствуют нижние брюшные и с кремастера. При осмотре спины обнаружено выпячивание в виде горба, в составе 2—3 позвонков, плотной консистенции, принятое за настоящий горб (только на операции выяснилась ошибка).

27 VIII. Приглашен на консультацию невропатолог (д-р Тихомирнова, которой здесь пользуюсь случаем принести свою благодарность). Заключение невропатолога: *Paraplegia inferior*, *gibbus* разлитой (5—6—7); коленные рефлексы отсутствуют; Ахиллов справа есть, слева отсутствует. Брюшной рефлекс имеется только левый верхний, все другие также отсутствуют. Рефлексы с кремастера отсутствуют, а равно и подошвенный. Чувствительность: анестезия, ограниченная сверху D6—D5; мышечное чувство на ногах резко расстроено. Тазовые органы расстроены. Диагноз: спондилит и сдавление спинного мозга.

Исследование крови показало лейкоцитоз—22000. Формула: нейтрофилов 81% (сегмент.—43%, юных 6%, палочк.—32%); эозинофил. 1,5%; моноцит. 5%, лимфоцит.—12%.

В тот же день произведена операция ламинэктомии.

Местная инфильтрационная анестезия по способу проф. Вишневецкого. Широкий кожный разрез по верхушкам остистых отростков, с расчетом, чтобы в центре находились 11,12 грудные и 1 поясничные позвонки. По рассечении мышечных прикреплений к остистым отросткам тотчас же показался гной—густо-сливкообразный, желтого цвета, в большом количестве, больше, однако, справа, чем слева. (Гной, скопившийся под апоневрозом и дал картину *gibbus'a*). Благодаря присутствию гноя дальнейшие инъекции новокаина стали невозможны и отслойка надкостницы произведена без анестезии (болезненна). По отодвигании в обе стороны мышечных массивов обнаружены: *caries* поперечного отростка 12 грудного позвонка, 3-х остистых отростков и дужек. Костным щипцами скусены пораженные остистые отростки, при этом видна серая поверхность губчатого вещества, из которого при дальнейшей работе щипцами выдавливаются капли гноя. После резекции одной дужки из спинномозгового канала показался в большом количестве гной как из верхних, так и из нижних его отделов. Твердая мозговая оболочка пульсирует, эпидуральное пространство содержит рыхлые грануляции. Оперирование на костях было очень мало болезненно. Операция закончена резекцией 3-х дужек (11,12Д и 1з) и поперечного отростка 12Д. В полость введены тампоны, рана сжата швами.

В гною, взятом при операции, найдены стафилококки в чистой культуре (Микробиологический институт). Больной уложен на наклонной кровати в Биссоновской капсуле. Однако, вытяжение пришлось через 2 дня снять, т. к. на крестце образовался обширный пролежень. После поворота на тот и другой бок быстро появлялись пролежни на больших вертелах, на мышцах бедра, на лодыжках. После лежания в течение нескольких часов на животе—пролежни на коленных чашках. Катетеризация.

Т° в первые дни после операции имела тенденцию к понижению, но в дальнейшем она опять стала давать вечерние повышения, до 38 с десятыми.

9/IX Невропатологи (д-ра Тихомирнова и Молчанова) нашли следующие изменения по сравнению с первым исследованием: левый Ахиллов рефлекс вызывается, нарек на нормальный подошвенный, появился рефлекс с кремастера. Верхняя граница болевой чувствительности понизилась до D-10. Диагноз: Миелит вторичного происхождения. Терапия: *Sol. Natr. jodati* 5% по 5 куб. см. внутривенно через день.

13/IX. Задержка мочи сменилась недержанием. Пузырь почти пуст. В операционной ране появились грануляции, часть швов разошлась.

17/IX. Явления цистита: моча мутная с запахом, в остаточной моче слизистые перепонки серого цвета. Начаты промывания пузыря раствором оксисианистой ртути 1:1000.

20/IX. Опухоль в боль левого коленного сустава, кожа нормального цвета, но несколько пастозна, в суставе—выпот. Пункция. Получена серозно-мутная жидкость, в которой при микроскопическом исследовании найдено много лейкоцитов.

26/IX. Замечены такие же явления в правом коленном суставе. После 10 инъекций подостного натра появилось некоторое улучшение—хорошо выраженный подошвенный рефлекс и улучшение тактильной и болевой чувствительности.

6/X. После нескольких пункций левого коленного сустава, в последний раз с впрыскиванием в полость сустава антивируса, улучшения нет. Поэтому произведена артротомия сустава (Aether-rausch) с последующей тампонадой антивирусом.

12/X. Большой истощен, но у него все время хороший аппетит, стул совершается самопроизвольно. Операционная рана, начавшая было гранулировать, остается без движения. Пролезии захватывают соседние участки. Реакций заживления в них почти нет. Боковые части крестца обнажены.

18/X. При отделении некротического струпа на 6. вертеле левого бедра обнаружена обнаженная и кариозная бедренная кость.

20/X. Из полости левого колена образовался гнойный свищ в подколенную ямку. При исследовании свища зондом—обнаружен кариозный процесс в 6. берцовой кости.

28/X. Наростающая кахексия, резкая атрофия мышц, падение сердечной деятельности в течение последних дней и exitus letalis.

Данные патолого-анатомического вскрытия. Полное отсутствие жира, не только под кожей, но также в сердечных оболочках и в почечной капсуле. Легкие без всяких изменений, кроме сращений плевральных листков соответственно нижним долям. Сердце небольших размеров, в систоле. В печени и почках явления перерождения. Селезенка увеличена.

Позвоночник: дуги и остистые отростки 11,12 грудн. и 1 поясничн. отсутствуют (вследствие удаления при операции). Остистые отростки 9,10 грудных и 2 поясничн. обнажены от надкостницы и кариозны.

Спинно-мозговой канал вскрыт и в глубине его видна твердая мозговая оболочка. При распиле позвоночника обнаружены гнойники величиной с лесной орех в хрящах между 11—10 и 11—12 позвонками; с хрящей гнойный процесс перешел на прилегающие части тел 10,11 и 12 позвонков, вызвав их частичное разрушение. Мозговые оболочки в процесс не вовлечены. Таким образом обнаружен обширный процесс, захвативший дужки, отростки, тела и межпозвоночные хрящи 3-х позвонков.

Остеомиелит позвоночника есть болезнь растущего организма. Частота его по десятилетиям такова:

1 десятилетие	22 случ.	} 76,7%
2 "	34 "	
3 "	13 "	
4 "	3 "	
5 "	1 "	(Donati).

Таким образом на первые два десятилетия падает больше чем $\frac{3}{4}$ всех случаев.

Мужчины заболевают чаще женщин (72% и 28%).

Преимущественной локализацией процесса является грудная и поясничная часть позвоночника.

По Volkman'n'y: поясничный отдел	47%
„ грудной	31%
„ шейный	20%

Число пораженных позвонков редко больше одного. Поражение нескольких позвонков наблюдалось в 31,5% и преимущественно при локализации на дужках.

Что касается локализации процесса в пределах воспаленного позвонка, то здесь находят его чаще в дужках и отростках и реже в телах. В этом отношении остеомиелит существенно различается от туберкулезного поражения позвоночника.

По Volkman'n'y: остеомиелит дуг и отростков наблюдался в	66%
„ позвонков	25%
„ диффузный всего позвонка	9%

Ротенберг на основании своих исследований губчатого вещества позвонков приходит к следующим выводам. Причина частоты остеомиелита в молодом возрасте—это строение губчатого вещества позвонков и его кровоснабжение. Ячейки губчатого вещества наиболее мелкие и всего богаче снабжены сосудами в детском возрасте. К старости ячейки становятся крупнее, а кровоснабжение беднее. Кроме того, межреберные артерии, питающие позвоночник, в детском возрасте отходят от аорты под острым углом, чем облегчается занос в них эмболов. В старшем возрасте отхождение артерий происходит под прямым или тупым углом и только в поясничной части оно сохраняет детский тип. Отсюда частота остеомиелита у детей и преобладающая локализация в поясничной части.

Исходным пунктом для инфекции служат иногда различные гнойные процессы кожи—фурункул, лимфаденит, стоматит и т. п. (16%), в остальных случаях ворота инфекции остались невыясненными. В 23%—в анамнезе есть указания на травму (толчок, удар, сотрясение). Возбудителями болезни является в большинстве случаев стафилококк и только очень редко стрептококк.

При остеомиелите дужек всего чаще поражается остистый отросток, реже бедра самой дужки и еще реже поперечные отростки. Процесс может протекать в форме периостита с образованием поднадкостничного абсцесса или остео-периостита с вовлечением в процесс поверхностной пластинки кости или, наконец, воспалением охватывается вся кость всю толщю, гной пропитывает губчатое вещество, как губку, а при откусывании щипцами вытекает из него каплями. Цвет губчатого вещества вместо красного представляется серым, оно очень рыхло, податливо и без труда вычерпывается острой ложкой. Секвестры образуются редко или они очень малы, т. к. богатое кровоснабжение губчатого вещества составляет неблагоприятное условие для их образования.

Образовавшийся гной уже очень рано ищет себе выхода, и здесь он обычно проникает кзади, располагаясь между задней поверхностью позвоночника и мышечным массивом спины. При увеличении количества гноя происходит его просасывание по межмышечным щелям до подкожной клетчатки и образование подкожного абсцесса. Однако, самопроизвольного вскрытия гноя через кожу с образованием свищей не описано. Если гной в полости абсцесса находится под большим давлением, то может произойти его проникновение также и вперед, т. е. в спинномозговой канал. В этом случае гной помещается в эпидуральном про-

странстве, которое сзади обширнее, чем спереди, и постепенно распространяется здесь вверх и вниз, омывая твердую мышечную оболочку на широком пространстве. В результате—нарушаются ее биологические свойства, образуется брешь в гемо-энцефалическом барьере и появляется целый ряд расстройств со стороны спинного мозга, начиная с легких явлений сдавления спинного мозга и кончая миэлитом с полной паралегией или восходящим миэлитом. Напротив, менингит бывает как исключение.

Корешки спинного мозга также иногда омываются гноем и в этом случае могут развиваться явления неврита.

Прорыв гноя в спинно-мозговой канал наблюдался 20 раз на 78 случаях (Volkman).

Наконец, реже гной прокладывает себе путь вперед, располагаясь в этом случае во влагалище m. psoas или в подвздошной ямке.

При остеомиэлите грудной части возможны осложнения со стороны средостения, плевры и легкого в форме гнойника в соответствующих органах. Типичным примером может служить случай Додоновой и Цейдлер, где абсцесс легкого вскрылся в бронхах и при откашливании огромного количества гноя вместе с ним отходили маленькие костные секвестры, что и позволило с несомненностью установить диагноз остеомиэлита позвоночника.

При остеомиэлите тел позвонков процесс протекает более бурно, иногда развивается кифоз, проникновение гноя в спинно-мозговой канал, также более часты осложнения в форме вторичных остеомиэлитических очагов в других костях. Гной обычно пробивается вперед, распространяясь по влагалищу m. psoas, в позвонобральном пространстве, иногда до малого таза и даже проникает отсюда через седалищное отверстие в ягодичную область. Иногда, реже, гной прокладывает себе путь сзади от позвоночника. В случае выздоровления может остаться горб.

Симптомы и течение.

Болезнь обычно начинается остро и производит впечатление тяжелой общей инфекции. Высокая лихорадка, тифозный habitus с неопределенными болями не дают достаточных опорных пунктов для диагноза. Местные явления обнаруживаются спустя несколько дней после начала болезни и выражаются прежде всего болью в позвоночнике, усиливающейся при движениях. Боль является самым ранним симптомом и постоянна во всех описанных случаях. Вследствие болей—больной бережет позвоночник и держит его выпрямленным, не допуская малейшего сгибания при перемене положения в постели и при исследовании. Благодаря рефлекторному спазму мышц позвоночник прочно фиксирован в выпрямленном положении, которое не исчезает и во время сна. Точно также вследствие болей больной избегает лежать на спине, а избирает себе положение на боку с слегка согнутыми ногами.

Сравнительно рано на месте больных позвонков появляется пастозная припухлость, выполняющая в большей или меньшей степени срединный желобок спины на ограниченном участке, иногда сопровождающаяся умеренным покраснением кожи. Давление на соответствующие остистые отростки в это время сопровождается отчетливой болезненностью.

К сожалению, эти местные симптомы часто заслоняются от внимания врача рано наступающими осложнениями, которые могут совершенно изменить картину.

Одним из самых тяжелых осложнений является прорыв гноя в спинно-мозговой канал. В этом случае на первый план выступают мозговые явления, выражающиеся сначала симптомами сдавления спинного мозга (повышение сухожильных рефлексов, симптом Бабинского, и целый ряд корешковых явлений в виде опоясывающих болей в груди и животе, напоминающих межреберную невралгию, стреляющих болей в половые органы или седалищной невралгии). Обычно в это же время замечается умеренный метеоризм, что в сопровождении болезненности брюшных мышц может симулировать перитонит, а также некоторые расстройства тазовых органов (запор).

Если в этом периоде не сделана операция, то очень скоро вслед за описанными явлениями наступает миэлит с парантегией, резкими расстройствами тазовых органов, пролежнями и пр.

Прорыв гноя в средостение, плевру, легкие могут дать соответствующую клиническую картину также как скопление его может симулировать поддиафрагмальный нарыв, паранефрит и т. п.

Течение болезни неодинаково в зависимости от локализации процесса как по отделам всего позвоночника, так и в пределах отдельного позвонка. Наиболее тяжелое, даже бурное течение бывает при диффузном поражении всего позвонка в целом. В этом случае болезнь имеет склонность к образованию метастазов и в 2—3 недели ведет к смерти от пиэмии. Несколько лучше течение при остеомиэлите тел. Но и здесь все же болезнь имеет склонность к метастазам и дает высокую смертность.

Остеомиэлит дужек и отростков протекает благоприятнее других и после своевременной операции чаще дает хороший исход. Что касается различных отделов позвоночного столба, то здесь всеми авторами отмечается наиболее тяжелое течение при заболевании поясничного отдела, более легкое в шейном и, наконец, в грудном отделах.

Остеомиэлит крестца дает также довольно тяжелое течение и высокую смертность, которая до недавнего времени считалась даже наибольшей, но опубликование нескольких случаев выздоровления, коренным образом изменили процентные отношения.

Распознавание.

Своевременное распознавание болезни, вследствие опасного соседства таких важных органов, как спинной мозг, средостение, легкие, почки, приобретает особую важность, потому что только ранняя операция может предотвратить роковые осложнения и спасти больного. Между тем, местные симптомы обычно в первый период болезни выражены неясно и могут быть незамеченными из-за тяжелых общих явлений, которые могут овладеть вниманием врача и повести его к ошибочному диагнозу. Неудивительно поэтому, что в статистике Н а h n'a на 41 случай остеомиэлита правильное распознавание было сделано только 11 раз.

Симптомы сдавления спинного мозга могут дать повод заподозрить менингит и другие заболевания центральной нервной системы; сдавления корешков спинного мозга дают картину невралгий—межреберных, седалищных и др. или мышечных болей, которые при локализации в брюшных мышцах производят впечатление *defense musculaire* и перитонита. В случае образования абсцесса в зависимости от локализации остеомиэлитического очага болезнь может быть принята за поддиафрагмальный нарыв, паранефрит, плеврит, пневмонию и т. п.

Одним из самых ранних и очень важных симптомов является *боль* в позвоночнике. Эта боль ощущается больным и самостоятельно и особенно при движениях позвоночника, даже ограниченных. Если же у врача возникает подозрение относительно позвоночника, то этот признак становится почти решающим, потому что при пальпации остистых отростков больной сразу отметит отчетливую боль только в одном или нескольких позвонках.

Обычно в это же время можно бывает заметить пастозность кожи, выполняющей средний жолоб спины в виде подушечки. Может быть незначительная краснота, но может ее и не быть. Далее весьма важно отметить *болезненность при движениях позвоночника*. Больной держит весь свой позвоночник в фиксированном выпрямленном положении и явно его щадит, избегая какого-бы то ни было сгибания его. В нашем случае при локализации процесса в пояснично-грудном отделе больной отказывается согнуть голову, а при перемене положения в постели он это делает исключительно при помощи своих конечностей. Спина и шея при этом остаются выпрямленными и неподвижными, как будто окостеневшими. Спустя некоторое время могут появиться признаки *абсцесса*. В виду его глубокого положения под мышечным массивом он трудно распознается обычными методами пальпации, но все же при поражении дужек в особенности, может образоваться флюктуирующая опухоль на месте бывшего отека, если гной проложил себе путь через мышцы под апоневроз или даже под кожу. Если опухоль не флюктуирует, уместно сделать только положительный результат пункции. Описаны случаи и тяжелых, даже смертельных осложнений после пункции. Поучителен в этом отношении случай, описанный Pentschew'ым:

Жалобы больного на сверлящие боли в крестце и левой половине живота. При осмотре в левой почечной области легкий отек, при ощупывании—болезненность. Вследствие предположения о поддиафрагмальном абсцессе—предпринята пункция в левой половине груди, но гноя не получено. Ухудшение и на седьмой день *exitus letalis*. На вскрытии найден абсцесс в паравертебральном пространстве на уровне 2—3-х поясничных позвонков. Медиальная стенка полости образована телами позвонков, которые отделены от надкостницы. В полости около 100 куб. см. густого сливкообразного гноя. На верхнем полюсе увеличенной и амиллоидно-перерожденной селезенки отверстие (после пункции), а в брюшной полости около 500 куб. см. темной крови.

При остеомиелите шейных позвонков можно прощупывать тела их через заднюю стенку глотки, там же может быть прощупан заглочочный абсцесс. Прощупывание через брюшную стенку много труднее, т. к. сопутствующий метеоризм и *defense musculaire* препятствуют пальпации.

Симптомы сдавления спинного мозга могут указывать на входжение гноя в спинно-мозговой канал, и, тем самым, они подтверждают диагноз. Точно также косвенным подтверждением распознавания могут быть вторичные остео-миелитические очаги в других костях. Для дифференцирования от других заболеваний позвоночника необходимо исключить: 1. Туберкулезный спондилит—он исключается легко, т. к. характеризуется хроническим течением. 2. Тифозный или инфекционный спондилит. Для последнего характерна наличность тифа в ближайшем прошлом (безразлично какого—брюшного, сыпного или возвратного, т. к. картина болезни одинакова), добракачественное и медленное течение, отсутствие абсцес-

сов, а также высокой лихорадки. Обычно по прошествии нескольких месяцев наступает выздоровление при консервативном лечении. Самый большой материал инфекционных спондилитов дали русские авторы в период тифозных эпидемий (Гольст). 3. Травматический спондилит. В этом случае в анализе травма, течение хроническое, исход благоприятный (Духовской). 4. Острый ревматизм. Последний поражает чаще грудную часть позвоночника и легко поддается противо-ревматическим средствам. Кроме того, ревматизм редко избирает позвоночник своим единственным местом, обычно можно бывает найти воспалительные явления и в других суставах. Боли при нем распространяются на большее пространство, чем при остеомиелите, и опухоль, отек и пр. имеет другой характер.

Прогноз при гнойном остеомиелите позвоночника зависит с одной стороны от тяжести инфекции, от пораженного отдела, от локализации процесса в пределах позвонка, от наступления осложнений, а с другой — от раннего диагноза и ранней операции. Общая смертность довольно высока, но она за последние годы имеет склонность к снижению, что объясняется, может быть, лучшим распознаванием и ранним вмешательством.

По Donati:	до 1890 г. 11 сл., смертность . . .	81,8 ⁰ / ₀
	1891—1900 г.г. 25 сл. " "	48 ⁰ / ₀
	1901—1905 г.г. 18 сл. " "	22 ⁰ / ₀

Средняя смертность по Volkman'n'y:

1896 г. Makins und Abbott	71 ⁰ / ₀
1900 г. Hahn	58 ⁰ / ₀
1906 г. Donati	45,5 ⁰ / ₀
1911 г. Grisel	51 ⁰ / ₀
1914 г. Volkman'n	41,8 ⁰ / ₀

Присоединяя к статистике Volkman'n'a, случаи опубликованные позже 1914 г. (13), мы получим среднюю смертность—40,6⁰/₀.

Что уменьшение смертности, наблюдаемое из года в год, зависит от своевременной операции, видно из раздельной статистики смертности случаев, где произведена была операция, и случаев неоперированных. В то время, как в первой группе смертность 34⁰/₀, во второй умерли все за исключением одного.

Смертность в зависимости от пораженного отдела позвоночника и локализации в пределах одного позвонка выражается цифрами:

шейная часть	44,4 ⁰ / ₀
грудная " 	27,7 ⁰ / ₀
поясничная " 	65,3 ⁰ / ₀
дужки	33 ⁰ / ₀
тела	78 ⁰ / ₀

(Donati).

Причина высокой смертности при поражении поясничного отдела объясняется, как думают, предпочтительной локализацией процесса в телах позвонков, в частоте бурного течения болезни с тяжелыми осложнениями, склонностью к развитию септицемии и пиэмии.

Лечение.

Хирургическое активное вмешательство должно быть неотложным, как только установлен диагноз остеомиелита позвоночника. Надежда на благополучный исход тем реальнее, чем ранее оно предпринято. Если операция производится при раннем диагнозе, то она может состоять в простом вскрытии абсцесса. К вскрытию может быть присоединено выскабливание доступного гнойного очага, не слишком настойчивое, острой ложкой. или удаление уже отделившихся секвестров, имеющих обычно маленькие размеры.

Если при обнажении позвоночника обнаруживается процесс в одном из отростков или дужек, то рационально резецировать соответствующую часть. Такая резекция совершенно необходима при вхождении гноя в спинно-мозговой канал, и в этом случае операция производится по типу настоящей ламинэтомии с удалением всех пораженных дужек. Точно также резекция необходима при локализации процесса в поперечных отростках грудных позвонков для осмотра заднего конца ребра и прилегающей части средостения. Если ребро вовлечено в процесс, то оно в свою очередь должно быть резецировано.

Что касается тел позвонков, то там слишком энергичные вмешательства по понятным причинам противопоказаны, тем более, что самые широкие выскабливания могут не спасти больного от появления метастазов и рокового исхода, а стремление во что бы то ни стало выскоблить до здоровой кости может оказаться неосуществимым, т. к. в рыхлом губчатом веществе определить эту границу бывает часто очень трудно. Поэтому основная линия поведения должна быть в обеспечении хорошего стока для гноя и обеспечении неподвижности позвоночника при помощи Глиссоновской капсулы. Само собой разумеется, что образовавшиеся гнойные затеки (во влагалище *m. psoas*, в ягодичной области, в средостении, а также вторичные очаги в плевре, легком, в суставах и костях), должны быть вскрыты одновременно с главным вмешательством или по мере их развития.

Постоянное и неуклонное снижение процента смертности при остеомиелите позвоночника стоит, несомненно, в связи с своевременным оперативным вмешательством, которое, в свою очередь, стало возможным благодаря тому, что хирурги научились лучше распознавать эту болезнь.

Распознавание же иногда при самой сложной клинической картине может быть очень легким, если только, как говорит Ратнер, во время вспомнить об остром остеомиелите. Если описанный случай сможет пригодиться в качестве такого напоминания, то тем самым его опубликование оправдано.

Литература: 1) Рокицкий, К казуистике стафиломикоза. Больничная газета Боткина, № 36, 1899 г.—2) Минин. К диагностике и терапии острых остеомиелитов и т. д. Врач, №№ 15, 16, 17, 1882 г.—3) Гейкин г. О первичном остром остеомиелите крестцовой кости. Р. Хир. Арх., кн. VI, 1903 г.—4) Вебер. О первичном остром остеомиелите позвоночника. Врач, №№ 49—50, 1901 г.—5) Арапов. О тифозном спондилите. Р. Хир. Арх., кн. VI, 1903 г.—6) Иваненко-Чо-

- повский. Случай тифозного спондилита. Р. Врач, 1914 г.—7) Ясе-
нецкий-Войно. О первичном остром остеомиелите позвоночника. Хи-
рургия, т. 29, 1911 г.—8) Краснобаев. Лечение острых остеомиели-
тов. Н. Хир. Арх. № 31, 1925 г.—9) Греков. Рецидивирующие остео-
миелиты и латентная инфекция, Н. Хир. Арх. № 15—16, 1924 г.—
• 10) Ротенберг. Хирург. анатомия спонгиозного вещества позвонков
и патогенез остеомиелита позвоночника. Н. Хир., Арх., № 44, 1927 г.—
11) Гольст. Рентгеновая картина спондилита после сыпного и воз-
вратн. тифа. Русск. Клин., № 2, 1924.—12) Тоцкий. Спондилиты,
как осложнение сыпного и возвратного тифов. Вр. Дело. № 16, 1921 г.—
13) Тимофеев. Об остеомиелите крестцовой кости. Н. Хир. Арх.,
№ 34, 1926 г.—14) Додонова и Цейдлер. Случай острого остео-
миелита грудной части позвоночника. Н. Хир. т. VI, кн. 5, 1928 г.—
15) Ю. А. Ратнер. К диагностике и лечению острых гнойных остео-
миелитов тазовых костей. Юбил. сборн. проф. Лурья, Казань 1928 г.—
16) Вишневский. К хирургии опухолей спинного мозга. Каз. Мед.
Жур. № 6—7, 1927 г.—17) Рубашев. Вр. Дело, № 3—6, 1922 г.—
18) Духовской. Н. Хир. Арх., т. 2, № 3.—19) Ferrio. Contributio
allo casistio delle leisoni del midollo nell osteo-myelite vertebrale acuto.
Zentr. f. Chir. 1900 г.—20) Chipault. Quelques remarques sur l'osteo-
myelite vertebrale a propos d'un fait nouveau. Zentr. f. Chir. 1900 г.—
21) Hunt. Ac. infect. osteom. of the spine and acute suppurat. perime-
ningitis. Zentr. f. Chir. 1904.—22) Grisel. De l'osteomyelite vertebrale
aigue primitive des vertebres. Zentr. f. Chir. 1905.—23) Tubbi. Acute
osteomyelit. and. periost. of the spine Zentr. f. Chir. 1905.—24) Ziegler.
Über isolierte akute Osteomyelit. der Processus spinos. Zentr. f. Chir.
1905.—25) Overdyn. Zur Kasuistik der primären akuten osteomyelitis
der Wirbelsäule. Zentr. f. Chir. 1906.—26) Donati. Ueber die akute
und subakute „Osteomyelitis purulenta“ der Wirbelsäule. Arch. f. kl. Ch.
Bd. 79.—27) Gundermann. Ueber akute Wirbelsäulen osteomyelitis.
D. Zeit. f. Chir. Bd. 109.—28) Volkmann. Ueber die primäre akute
und subakute Osteomyelitis purulenta der Wirbel. D. Zeit. f. Ch. 132,
H 5/6, 1915 г.—29) Gross. Die Lokalisation der Osteomyelitis in den
Seitentheile des Os. sacri. D. Zeit. f. Ch. Bd. 68.
-

К вопросу о первичном шве после антротомии¹⁾.

Ассистента **Б. Н. Лебедевского.**

Смысл оперативных вмешательств на сосцевидном отростке—удалить патологические изменения ткани. В результате этого образуется большая костная полость, сообщающаяся, с одной стороны, с внешним миром через операционное отверстие, а с другой—имеющая близкую связь с инфицированной полостью среднего уха. Как благоприятный результат операции мы стремимся получить излечение основного страдания—прекращение гноетечения—и хорошее, возможно быстрое, заживление раны; кроме того, больного интересует возможность вернуть потерянный или сохранить оставшийся слух. Для достижения наилучшего эффекта имеет значение как техника оперирования, так и последовательное лечение трепанационной раны. Опыт показывает, что этот последний момент небезразличен для исхода операции.

Большинство отохирургов, считая послеоперационную рану сосцевидного отростка заведомо инфицированную, проводят послеоперационный период по обще-хирургическим методам лечения инфицированных ран, т. е. оставляют рану открытой, ожидая выполнения ее грануляциями и заживления вторичным натяжением. Такой метод лечения требует продолжительного времени—несколько недель или даже месяцев, и сопровождается частыми и мучительными для больного перевязками. Конечные же результаты не всегда окупают перенесенных больным страданий, т. к. или получаются незаживающие свищи, или рана заживает втянутым рубцом, оставляющим желать многого в косметическом отношении.

Неприятности, сопровождающие лечение послетрепанационных ран, давно заставляли отохирургов искать новых путей в уходе за этими ранами и применять противоречащее, на первый взгляд, основным принципам хирургических методов лечения зашивание этих ран наглухо или их частичное зашивание.

По почину Walb'a, сообщившего о результатах подобного лечения на съезде в Бонне в 1894 году, первичный шов после антротомий применялся с изменчивым успехом целым рядом авторов. Основной предпосылкой к наложению первичного шва явилось положение, что в результате оперативных вмешательств сила инфекции является ослабленной, и дело самого организма справиться с остатками инфекционного начала.

Piffel имел хорошее и быстрое заживление раны при почти полном зашивании своего T-образного разреза. Leichenring, Heine, Denker, на основании собственного опыта, относятся отрицательно к первич-

¹⁾ Доложено на I краев. съезде ото-рино-ларингологов на Сев. Кавказе. Ростов н/Д, 19 июня 1928 г.

ному шву. Большое число авторов считают его показанным, но не во всех без исключения случаях, а при определенных показаниях. Так, Bondy считает противопоказанием к первичному шву случаи сильно лихорадящие, случаи, подвергающиеся оперативному лечению скоро после начала заболевания, случаи с лабиринтными явлениями, а также случаи обусловленные капсульными кокками. Voss, Fleischmann также предостерегают от применения первичного шва при strept. mucosus, причем первый видел при этом методе послеоперационного лечения последовательные флегмоны. Reinking считает неприменимым первичный шов у туберкулезных, озенозных больных или при хронических воспалительных процессах в носу, а также при субпериастиальных абсцессах и при ранних мастоидитах. Weyer считает, что наибольшая частота неуспешности шва отмечается у детей, частых носителей заболеваний носа и носоглотки. По Beck'у „возраст“ отитов имеет большое значение: чем моложе процесс, тем хуже он поддается заживлению при первичном шве.

Если рядом авторов и были отмечены противопоказания к закрытому методу лечения, то все же было указано, что в удачных случаях послеоперационный период укорачивается до 2—2,5 недель безболезненного лечения, результатом коего является получение хорошего солидного линейного рубца и сбережение перевязочного материала (Reinking).

Заманчивые перспективы первичного шва заставили некоторых исследователей модифицировать методику шва с целью снизить % неуспешных случаев. Из этих модификаций необходимо отметить частичное зашивание раны (Piffel, Uffenorde, Leichsenring и Beck, Weyer), а также предложенное Mygind последовательное зашивание раны.

Американские хирурги, независимо от своих европейских коллег, разработали свой метод лечения послеоперационных ран с применением первичного шва. Blake, воспользовавшись опытом Schede на трубчатых костях, применил метод „излечения под кровяным сгустком“—зашивание раны после наполнения ее кровью из кожных сосудов—и получил 50% успешных случаев. Другие авторы применяли этот способ с худшими результатами, и он не получил широкого распространения, несмотря на авторитет Bier'a, результаты опытов которого подтверждают правильность метода Blake.

Если в результате оперативных вмешательств сила инфекции ослабляется, то естественно предложение ослабить и остатки инфекции применением дезинфицирующих веществ. Fleischmann применил первичный шов после предварительной дезинфекции дериватами хинина (растворы эукупина, вуцина и вуцин-желатины). В 1920 г. он опубликовал свой способ с 76% быстрого хорошего заживления (выводы сделаны, правда, на основании 12-ти лишь случаев). Morison покрывает раневую поверхность висмут-йодоформ-парафинной пастой и получает хорошие результаты. Фельдман, воспользовавшись этим методом, высказывает ему сочувствие. Müller, заполняя рану триафлавин-желатиной, получил 17 удачных случаев из 23-х. Bergren и Nühsmann применили раствор Каррель-Дакена, пропитывая им марлевый тампон, сменяемый каждые 3 часа. По очистке раны накладывался шов. Метод дает хороший результат, но наблюдения касаются лишь 6 случаев.

Если при этих методах дезинфекция раны и достигается, то в дальнейшем, при новом поступлении инфекционного начала из барабанной

полости, возможно снова заражение раны, заставляющее снимать через несколько дней первично наложенный шов и тем считать случай неудачным. Защита трепанационной раны от инфицированной барабанной полости поэтому чрезвычайно желательна, тем более, что раздражение костных стенок послеоперационной воронки отделяемым барабанной полости обуславливает превращение красного костного мозга в стенках раны в слизистый, а этот последний, при доступе воздуха, распадается с образованием в стенках костной раны воздушных полостей. Этот последний момент обуславливает осложнения воспалительного процесса (Командантов).

С этой точки зрения наиболее целесообразной дезинфекцией после трепанационной полости является выполнение ее целиком, пломбирование ее какой-либо пластической массой, содержащей дезинфицирующее вещество. Подобное пломбирование отделяет до некоторой степени рану от барабанной полости, защищает костные стенки от доступа воздуха и пневматизации, а также и дезинфицирует рану. Так, хирурги, применяя висмутовую пасту при заживлении костных ран, получают хорошие результаты.

Клиника болезней носа, горла и ушей Казанского государственного университета, воспользовавшись опытом Саратовской клиники, применяет висмутовую пасту при первичном шве после операции на сосцевидном отростке (*Bismuthi subnitrici 10,0, Vaselini americani 90,0, Mfung. steril.*).

Ввиду указанных разногласий в целесообразности применения закрытого лечения после трепанаций сосцевидного отростка, интересным является оценить этот метод на основании накопившегося в клинике материала.

Техника применения первичного шва такова. По окончании операции, имеющей целью возможно тщательное удаление патологически измененных тканей, трепанационная полость тампонируется марлевой полоской, конец которой выводится наружу через кожную рану у нижнего угла последней. Рана зашивается шелком или серфинами наглухо. Марлевый тампон извлекается и через оставшееся у нижнего угла раны небольшое отверстие трепанационная рана выполняется из шприца висмутовой пастой настолько полно, чтобы она выступала из промежутков между швами. После этого накладывается внизу последний шов. Сухая повязка.

Закрытое лечение по этому методу было применено в клинике за три учебных года в 108 случ. антротомии. Все эти случаи разбиты нами на две группы: удачные—где рана быстро зажила первичным натяжением, и неудачные, где первичное натяжение не имело места, швы расходились целиком или частично, или рана нагнаивалась и лечить ее приходилось по обычному открытому способу. Те случаи, в коих вскоре после операции расходился один шов у нижнего угла раны, отнесены нами, все же, к первой группе на том основании, что это осложнение не задерживало надолго окончательного заживления раны и не изменяло косметических свойств рубца.

Удачных случаев отмечено 82, неудачных 26. В $\frac{0}{0}$ вычислениях это будет 76 $\frac{0}{0}$ и 24 $\frac{0}{0}$.

Разбивая наш материал по возрасту и полу, мы получили следующие соотношения:

Возраст	Мужчин—45		Женщин—63		Всего—108	
	удач.	неудачн.	удач.	неудачн.	удач.	неудачн.
До 1 года	3	—	—	—	3	—
1—10 лет	5	2	7	2	12	4
10—20 „	11	3	16	4	27	7
20—30 „	5	2	11	8	16	10
30—40 „	3	1	6	—	9	1
40—50 „	5	3	5	—	10	3
выше 50 лет	2	—	3	1	5	1
Всего	34 (76%)	11 (24%)	48 (76%)	15 (24%)	82 (76%)	26 (24%)

Самый молодой возраст—ребенок 3 мес., самый старший—женщина 64 лет.

Из приведенной таблицы видно, что как у мужчин, так и у женщин успех первичного шва одинаков. Можно отметить поразительное совпадение частоты удачных и неудачных случаев во всех графах. Что касается возраста, то он, видимо, заметным образом не влияет на удачу первичного шва в указанной модификации.

В качестве этиологического момента страдания больными были указаны насморк, простуда, сыпной и возвратный тифы, скарлатина, корь, грипп, ангина, воспаление легких, большинство же больных причину болезни указать не могли. Заслуживают внимания пользующиеся дурной славой гриппозные отиты. Из 20 таких случаев в 18-ти послеоперационная рана дала заживление первичным натяжением. Из 17 случаев первичного шва, где, как на причину, было указано на скарлатину, 11 раз шов был удачен. В подавляющем большинстве всех этих случаев дело идет о хрониках, перенесших скарлатину, осложнившуюся поражением уха, задолго до момента операции (1 год—несколько десятков лет). Лишь три случая были относительно недавнего происхождения—из этих последних 2 раза шов был удачен (1 мес. и 6 мес.) и 1 раз неудачен (6 нед.). Из 5-ти случаев, где, как на причину, было указано на корь, 3 были относительно недавние, из них в 2-х случаях шов был удачен (2 нед. и 2 мес.) и 1 раз шов не дал успеха (3 мес.). Всего из 5-ти случаев 4 удачных.

По продолжительности заболевания оперированные разделяются так:

Продолжительность болезни	Всего	Удачных	Неудачных
До 3-х недель	38	33 } (77%)	5 } (23%)
„ 6-ти „	15	8 } (77%)	7 } (23%)
свыше 6 „	55	41 (75%)	14 (25%)

Самым молодым „возрастом“ отита отмечена 1 неделя, самый старый отит — у 40-летней больной, заявившей, что ухо у нее болит с детства.

Ряд авторов (Beck, Preysing, Фельдман) указывают, что „возраст“ отитов, продолжительность болезненного процесса влияют на характер заживления в том смысле, что при молодых отитах неудачи чаще. Эти отиты, обуславливая при операции неясность границ между пораженной и здоровой костью, не дают гарантии в тщательности очистки при операции трепанационной полости и потому дают при первичном шве менее благоприятные результаты. Наш материал этого положения не подтверждает. Если при старых отитах, возрастом от 6 недель и до нескольких десятков лет, заживление при первичном шве отмечено в $\frac{3}{4}$ случаев, то и при молодых отитах, возрастом до 6 недель, частота удач не меньше.

Из этих молодых отитов, удачно леченных первичным швом, значительная доля имеет в качестве этиологического момента инфлюэнцу, дурная слава которой в отношении обширности поражений сосцевидного отростка хорошо известна. Эти гриппозные мастоидиты, как уже указано выше, дали 18 удачных случаев из 20.

У некоторых больных, коим был применен после операции на сосцевидном отростке первичный шов, нами было проведено определение принадлежности к той или иной изогемоагглютинационной группе. Всего таких наблюдений проведено было 41. Распределение по группам (M o s s) оказалось следующее:

Группы	Удач. сл.	Неудач. сл.
I	4	—
II	10	6
III	6	3
IV	11	1

На основании этих небольших цифр трудно высказать какие-либо заключения, все же создается впечатление, что среди удачных случаев частота III и IV групп больше, чем в случаях неудачных. Это впечатление вполне согласуется с нашими наблюдениями относительно распределения по гемоагглютинационным группам различных категорий больных нашей специальности. Среди этих больных частота IV группы уменьшается по сравнению с здоровыми, что дает право считать лиц этой группы наиболее „стойкими“ против заболеваний. На основании приведенной таблицы создается впечатление, что лица IV группы дают лучшее заживление послеоперационной раны.

Некоторые авторы (Imhofer) считают применимым первичный шов лишь у хорошо упитанных, сильных субъектов. В этом отношении заслуживает внимания случай острого мастоидита у истощенного температурающего больного, страдающего левосторонним экссудативным (серозным) плевритом. На 6-й день после операции были сняты швы, и больной на

носилках, с зажившей первичным натяжением после антротомии раной, был переведен в другое лечебное заведение. Гноетечение прекратилось. (Через полгода больной скончался от плеврита). Этот случай показывает, что плохая ушитанность больного не должна считаться за абсолютное противопоказание к первичному шву.

У пяти больных применено закрытое лечение, несмотря на бывшее у них повышение температуры (в пределах 38—39). Шов достиг эффекта. (Вопиу считает сильно температурающих больных неподходящими для шва).

Случаи, где операция была произведена с обеих сторон, и первичный шов с той и другой стороны имел неодинаковый успех, заставляют считать, что главным моментом, обуславливающим удачу закрытого лечения, следует считать не общее состояние организма, а местные изменения—главным образом те или иные патологические изменения ткани сосцевидного отростка, а также флору, обусловившую эти изменения.

Что касается последней, то в оперированных случаях с наложением первичного шва были отмечены следующие возбудители, полученные из сосцевидного отростка:

Возбудитель	Удачн.	Неудачн.	Всего
<i>Streptoc. longus</i>	3	4	7
„ <i>conglomer.</i>	2	—	2
„ <i>brevis</i>	2	—	2
„ <i>mucosus</i>	2	1	3
<i>Staphyl. albus</i>	2	1	3
„ <i>flavus</i>	2	—	2
<i>Diploc. lanceolat.</i>	1	—	1
„ <i>Gram posit.</i>	4	1	5
Steril	11	4	15

Здесь заслуживает внимания то обстоятельство, что случаи, обусловленные *streptoc. mucosus* и протекающие по типу обособленной формы мастоидита—*mucosus-mastoiditis*, не служат безусловным противопоказанием к первичному шву. Из 5 первично зашитых клинически выраженных случаев этой формы—4 были удачны (в 2-х был обнаружен *strept. mucosus*). Один неудачный случай находит себе объяснение в том, что расхождение раны было обусловлено выделившимся осколком кости, оставленным, видимо, в трепанационной полости при операции. По выделении этого костного обломка рана зажила. Эти случаи заставляют предполагать, что оперированные *mucosus-mastoidit.* вполне допустимо зашивать тотчас после операции, применяя обычную в наших случаях модификацию первичного шва.

Единственная бактериологическая находка служит безусловным противопоказанием к первичному шву. Это—возбудитель *Plaut-Vincent's*, представляющий из себя не исключительную редкость при заболеваниях сосцевидного отростка и обуславливающий своеобразную вполне

обособленную форму поражения сосцевидного отростка, клиническая картина которого довольно ясно и полно очерчена в работе проф. В. К. Трутнева (совместно с д-ром З. И. Вольфсон). Являясь строгим анаэробом, возбудитель Plaut-Vincent'a находит при первичном шве чрезвычайно благоприятные условия для себя и обуславливает расхождение раны и неуспех шва. Этот строгий анаэробиз возбудителя, неуспех первичного шва, а также почти всегда и безрезультатность операции, побудили только-что упомянутых авторов взять под сомнение целесообразность вообще оперативного вмешательства при этой форме мастоидита и высказать предположение, что, может быть, те консервативные мероприятия, которые ставили бы возбудителя в условия аэробноза, будут более успешны.

Далее первичный шов давал успех при различных патолого-анатомических изменениях. Если проследить находки при операциях в случаях удачных, то мы встретим здесь разнообразные изменения, начиная с небольшого образования грануляций в антруме и кончая обширными разрушениями отростка с обнажением венозной пазухи и твердой мозговой оболочки, эмпиемой сосцевидного отростка, субпериостальным абсцессом. Опыт зашивания наглухо при поднадкостничных скоплениях гноя показал, что успех получен в 4-х случаях из 8. Больные были в возрасте 3 мес., 4 года, 25 лет и 42 г. Эти данные дают возможность не считать субпериостальные абсцессы за абсолютное противопоказание к первичному шву, в противоположность взгляду Reinking'a. Удалось подметить, что успеха вполне можно ожидать, если кожные покровы сосцевидного отростка не затронуты гнойным процессом. Успех первичного шва при поднадкостничных абсцессах очень ценен у детей, чутко воспринимающих неприятности повторных перевязок в случаях открытого лечения.

При экстрадуральных абсцессах и других мозговых осложнениях, а также при заболеваниях синуса, применялось открытое лечение.

В большинстве случаев повязка не менялась после операции до 5—6 дня, момента снятия швов. К этому времени края раны обычно склеиваются, иногда лишь через нижний угол выделяется немного серозного отделяемого. В случае, если в первые дни после операции имелось повышение t° или больной жаловался на боли в оперированной области, повязка менялась раньше, с целью осмотра раны. Если в этих случаях были налицо воспалительные явления, — снималось несколько швов и края раны разводились. Эти последние случаи отнесены нами к группе неудачных.

Больные с первично зашитой раной по снятии швов выписывались на амбулаторное лечение. Средняя продолжительность пребывания в клинике в случаях удачных равнялась—9,4 дня, после чего требовалось 1—2 амбулаторных посещения, после которых больной оставался без повязки. Средняя продолжительность пребывания в клинике при неудачном шве—15 дней.

Гладко зажившая рана имеет результатом линейный, слабо заметный рубец, без втяжения и в косметическом отношении не оставляет желательного.

В случаях обычного открытого лечения рана заживает, как известно, в течение нескольких недель — от 3 до 8, в результате чего имеется несколько втянутый рубец.

Наблюдения над 108 случаями первичного шва в указанной выше модификации позволяют сделать следующие заключения в оценке метода закрытого лечения послетрепанационных ран:

1. Первичный шов при антротомиях дает значительный % удачных случаев (около 75%), сокращает послеоперационный период, делая его безболезненным для пациента, обуславливает хороший в косметическом отношении рубец, сокращает срок пребывания больного в лечебном заведении и экономит перевязочный материал.

2. Большинство противопоказаний к первичному шву, отмечаемых различными авторами, не является абсолютным. В случаях лихорадящих, при ранних мастоидитах, мастоидитах, обусловленных капсульными кокками, при субпериостальных абсцессах—первичный шов после антротомии вполне применим, удача его вполне возможна, каких-либо осложнений, зависящих от этого метода лечения, не наблюдалось.

3. Шов абсолютно не применим в случаях, обусловленных возбудителем Plaut-Vincent'a. Наличие поражения венозной пазухи и мозговые осложнения также не подходящи для первичного шва.

4. Представляя большой шаг вперед в деле лечения послетрепанационных ран, первичный шов заслуживает большого внимания, и желательны наблюдения на большем материале, с целью точного выявления показаний к нему.

Литература. 1) Комендантов. О последовательном лечении с применением висмут-вазелиновой пасты трепанационных ран сосцевидного отростка после радикальной операции и простой антротомии. Вест. уш., горл. и нос. бол. 1918. — 2) Fleischmann. „Primäre Wundnaht nach Antrumoperation“. Zentralblatt f. H. N. O. Bd. I. H. 9. S. 393—406. 1922.—3) Prof. Beyer. „Antrumaufmeisselung“. Hdbch. d. spec. Chir. d. Ohr. und Ob. Luftw. Katz u. Blumenfeld. Bd. II. 1925.—4) Фельдман. Первичный шов после антротомии. Журн. ушн., горл. и носов. бол.—5) Проф. Трутнев. О мастоидитах, осложненных b. Vincent. Доклад на I краев. съезде о.-р.-л. на Сев. Кавк., 1928.—6) Лебедевский. Изогемоагглютинация при некоторых болезн. носа, горла и ушей“. Доклад на I краев. съезде о.-р.-л. на Сев. Кавк., 1928.

Значение хромоцистоскопии для установления показаний к хирургическому лечению рака матки.

Прив.-доц. А. В. Хохлова.

Предупредить себя от неожиданных технических трудностей при операции, а больную—от неприятных осложнений в послеоперационном периоде и рецидивов в последующем—вот основные задачи, которые предъявляются хирургу при лечении рака матки.

Естественно поэтому стремление доминирующего большинства современных гинекологов усовершенствовать клиническую и лабораторную диагностику рака матки и уточнить показания к возможно раннему оперативному вмешательству при нем.

Своеобразные анатомо-топографические особенности расположения матки в малом тазу представляют иногда непреодолимые затруднения в вопросах выяснения степени операбельности случая, т. е. установления границ распространения ракового процесса на ткани окружающих органов.

Вряд ли можно утверждать о запущенности рака на основании обнаружения инфильтрации параметральной клетчатки, области *igg. sacrouter.*, так как провести дифференциальное различие неопластической и воспалительной инфильтрации иногда не представляется возможным.

Мочевой пузырь, параметральная клетчатка вместе с проходящими в ней мочеточниками, в силу интимной связи их с влагалищем и маткой, относительно нередко вовлекаются в раковый процесс при первичной локализации его, напр., в шейке матки.

Самым ответственным моментом при *panhysterectomy* по поводу карциномы матки и, в особенности, ее запущенных форм является сохранение анатомо-физиологической целостности мочевого пузыря и мочеточников.

Понятна поэтому ценность цистоскопии, как одного из методов установления состояния этих органов, имеющих своей задачей гарантировать техническую легкость оперативного вмешательства.

Просмотр литературного материала, посвященного интересующему нас вопросу, убеждает в том, что не все гинекологи единодушно склонны придавать особенное диагностическое значение этому методу исследования.

Zangemeister, Hannes, Fromme, Попов, Давыдов, проверившие результаты цистоскопии при вскрытии брюшной полости, считают ее неоспоримо ценным методом для выяснения операбельности рака матки.

Все эти исследователи приходят к одному и тому же заключению— нормальное состояние мочевого пузыря, определяемое цистоскопией, га-

рантирует вполне легкую отслойку его от шейки матки и свободное выделение мочеточников. Буллезный и в особенности диффузный, т. наз. подушкообразный отек слизистой указывает на предстоящие затруднения во время операции.

Французские авторы—Pouchet, Luys, Murard придают цистоскопии одинаково решающее значение, как в диагностике рака, так и прогноза его.

P. Wegner, помимо цистоскопии, выдвигает также катетеризацию мочеточников.

Симптомы Hydroureteris, т. е. застойного скопления мочи в мочеточнике он считает характерными для иноперабильного рака. Из новейших авторов Gruet указывает, что образование складчатости слизистой оболочки говорит о воспалительных спайках, затрудняющих операцию, а отек всегда свидетельствует о прочных сращениях, большей частью ракового происхождения.

В противоположность мнению перечисленных авторов, Krönig, Stoeckel, Schauta относятся несколько скептически к цистоскопии, как решающему фактору для установления степени операбельности рака.

Stoeckel'я в этом мнении убедило непостоянство параллелизма обнаруживаемой цистоскопической картиной и фактическими данными, получаемыми при операции. Также и результаты катетеризации мочеточников нуждаются в осторожной прогностической оценке.

Schauta утверждает, что отрицательные цистоскопические данные не дают еще решающего права заключать о легкости случая в оперативном отношении.

Также Scheib указывает, что при совершенно нормальной цистоскопической картине—во время операции хирург может неожиданно столкнуться с трудностями со стороны мочевого пузыря и мочеточников. Клиника проф. Н. М. Какучкина принципиально подвергает каждый случай рака матки всестороннему изучению, включая сюда физикохимическую структуру крови, мочи, а также и хромоцистоскопию.

Критический разбор наших случаев (всего 106) позволяет нам подчеркнуть значение цистоскопии в практическом отношении, предупреждающее о могущих встретиться при операции затруднениях.

Разнообразные варианты цистоскопической картины разбиты нами на 3 группы.

К 1-ой группе мы относим случаи нормальной слизистой оболочки мочевого пузыря или случаи, сопровождающиеся незначительными изменениями, как гиперемия в области дна и trigoni Lietaudii, впячивание стенок пузыря, ограниченные участки кровоизлияний в слизистой. Хромоцистоскопия в этих случаях всегда определяет нормальное функциональное состояние мочеточников.

Вторую группу составляют цистоскопические картины буллезного отека в области дна и других отделах пузыря, расположение отверстий мочеточников на отечном основании с изменением их контуров, принимающих нередко кратерообразную форму с вывороченными краями, сглаживание plicae interuretericae и деконтурирование trigonum Lietaudii.

Для 3-й группы весьма характерна диффузная, подушкообразная отечность слизистой, наличие поперечных или косых складок слизистой в области trig. Lietaudii, не позволяющих разобраться в топографии мо-

четочниковых отверстий, буллезный отек дна, более рельефно выраженные вывороченные края мочеочниковых отверстий и т. д.

Аневризматические расширения кровеносных сосудов слизистой— составляют обычную картину, характерную для последних групп.

К 1-ой группе относятся 48 случаев рака матки. У 2 больных расстройства мочеполовой системы сводились к pollakiuria и незначительным болевым ощущением при мочеиспускании.

При оперативном вмешательстве отслойка мочевого пузыря и изолирование мочеочников и сосудистого пучка не представляли каких-либо затруднений и операция была совершена типически.

Лишь в 1 случае, несмотря на отсутствие патологических изменений в мочевом пузыре, при операции пришлось отметить трудную отслойку мочеочников. Этот случай был осложнен в последующем fistula uretero-vaginalis. Один раз мочевой пузырь был поранен.

Просмотр протоколов патолого-анатомических описаний препаратов показывает, что в большинстве случаев раковый процесс локализовался в шейке матки с тенденцией к глубокому прорастанию в шейный канал, влагалищные своды и параметральную клетчатку.

Удаленная на широком протяжении параметральная клетчатка не редко содержала увеличенные лимфатические железы.

Вторая группа (26 случаев) соответствует клинической картине малоподвижности матки, инфильтрации параметральной клетчатки и резистентности lgg. sacro-uterin.

Анализ мочи в доминирующем большинстве случаев не представлял никаких отклонений от нормы. Жалобы со стороны мочеиспускания выражались глав. обр. pollakiuria.

Отслойка пузыря в зависимости от степени буллезной отечности была затрудненной.

Затруднительным было также изолирование мочеочников.

Чем сильнее были выражены отечность слизистой и деконтурирование trigoni Lietaudi, и в особенности, чем резче была выражена кратерообразная форма мочеочниковых устьев, тем технически операция представлялась более трудной.

Лишь в 2 случаях при указанной картине изменений операция со стороны мочевых органов прошла гладко, без затруднений.

В 2-х случаях мочевой пузырь при отслойке был поранен.

Патолого-анатомическое исследование полученных препаратов подтверждает данные цистоскопии, объясняя трудности при операции.

Помимо остатков хронического воспалительного процесса (residua), для этой группы типична инфильтрация параметральной клетчатки, деструктивный характер ракового процесса, распространение его на боковые влагалищные своды и обл. canalis cervicalis с реактивной инфильтрацией окружающих участков здоровой ткани.

Цистоскопическая картина изменений в случаях 3-й группы (32) клинически и патолого-анатомически соответствовала запущенному, далеко зашедшему раковому процессу, сопровождающемуся фиксированием матки, резкой инфильтрацией параметрия и lgg. sacrouterin.

Во всех этих случаях отслойка мочевого пузыря представляла большие затруднения. Истонченность стенок мочевого пузыря и хрупкость ткани— составляли характерные явления для таких случаев рака.

В 2 случаях пузырь был травмирован.

Не менее затруднительно было выделение мочеточников и изолирование сосудистого пучка.

Мочеточники казались как-бы замурованными на большем или меньшем протяжении в раково пораженную параметральную клетчатку.

Выше места сдавления мочеточники были расширены до толщины большого пальца.

Невозможность цистоскопического обнаружения мочеточниковых отверстий, располагающихся в поперечно - или косо идущих складках слизистой, или в лучшем случае, вывороченная, воронкообразная форма отверстий их, окруженных отечным поясом кровоизлияний в слизистой, во всех случаях соответствовала техническим затруднениям изолирования мочеточников.

Обычно и индигокарминовая проба обнаруживала нарушение функции соответствующего мочеточника—ослабление силы выбрасываемой мочевой струи, большие паузы между отдельными вялыми сокращениями.

При изучении сводки патологических данных, касающихся каждого отдельного случая бросается в глаза почти полное отсутствие каких-либо характерных симптомов со стороны мочевого пузыря, даже в запущенных случаях рака матки.

Как показывает наш патолого-анатомический материал, нормальная цистоскопическая картина не исключает возможности при операции натолкнуться на разрушающие формы ракового процесса, локализующегося по близости мочевого пузыря, что противоречит данным французских авторов, считающих соответствующие цистоскопические изменения характерными для начинающегося процесса.

Необходимо поэтому с осторожностью относиться к нормальной цистоскопической картине.

Интересен случай Harnes'a, где при относительно нормальной картине при секции была обнаружена раковая опухоль, проросшая мускулатуру мочевого пузыря.

Буллезный отек слизистой пузыря в большинстве случаев соответствует случаям с затрудненной отслойкой пузыря.

Диффузный отек всей слизистой, свидетельствующий о распространении карциномы на паравезикальную клетчатку или мочевой пузырь, всегда затруднял ход операции.

В 2 случаях, где цистоскопия дала такую картину общего подушкообразного отека, нам пришлось отказаться от типичной радикальной операции, так как при laparotomia explorativa оба случая были признаны иноперабильными.

В 3-м случае отслойка пузыря не удалась и операция была ограничена двухсторонней salpingoophorectomi'ей.

И, наконец, в одном случае мочеточник был замурован в раковый инфильтрат и не мог быть изолирован. Он был иссечен на протяжении 74 м., а расширенный почечный конец его перевязан.

Кратерообразные формы мочепузырных отверстий мочеточников по нашему материалу представляются характерными для запущенных случаев рака матки—метастазирование процесса в параметрий.

2 и 3 группа в послеоперационном периоде дала 5 случаев fistulae vesico-vaginalis и 11 сл. fist. uretero-vaginalis (из них 4 частичных).

Ценность хромоцистоскопии, для диагностики фистул—неоспоримо велика.

Выводы. 1. Хромоцистоскопия является ценным методом при установлении показаний к хирургическому лечению рака матки.

2. Она дает возможность заранее предвидеть затруднения при операции со стороны мочевого пузыря и мочеточников.

3. Нормальная цистоскопическая картина гарантирует отсутствие технических трудностей при операции.

4. Цистоскопические изменения по степени неблагоприятности в прогностическом отношении могут быть сгруппированы так—буллезный отек, подушкообразный отек с изменением контуров мочеточниковых отверстий. Кратерообразная форма их всегда указывает на метастазирование ракового процесса в параметрий resp. затруднения при изолировании соответствующего мочеточника.

Литература: 1) Cruet. Rev. mens. de Gyn. et d'obs. 1919, XIV. 1.—2) Gouveneur и Fabre. Реф. Z. f. Gyn. 1927.—3) Fromme. M. f. G. u. G. 27, 2.—4) Hannes. Monogr. Breslau 1907.—5) Köllischer. A. f. Gyn. 1901.—6) Luys. Rev. de gyn. et chir. abd. 21, 2.—7) Murard. Id. 20—2.—8) Попов и Давыдов. Monogr. СПб. 1910.—9) Stoeckel. Zystoscopie der Gynaekologen.—10) Schauta. Monogr. Wien, 1908.—11) Scheib. Arch. f. Gyn. 87, 1.—12) Pouchet. Реф. Z. f. Gyn. 1914, № 23.—13) Winter. Z. f. G. u. G. 36.—14) Zangemeister. A. f. Gyn. 63; Z. f. G. u. G. 45.—15) Werner. Z. f. gyn. Urolog. 1915.

Трихиноз и симптомы со стороны нервной системы¹⁾.

Ассистент клиники **М. А. Хазанов.**

Работы Zenker'a, Virchow'a, Stäubli, Munk, Thager, Brown и др. с достаточной полнотой нарисовали симптоматологию, этиологию, патологию и гемограмму трихиноза у людей. Мало сравнительно было уделено внимания только на явления поражения нервной системы. Большая часть авторов склонна отнести целый ряд симптомов, как отсутствие сухожильных рефлексов, расстройство электровозбудимости, симптом Kernig'a и др., за счет исключительного поражения мышц. Даже тяжелые случаи трихиноза с явлениями церебрального характера трактуются многими авторами (Gronner, Flury, Nonne и Hoerfner и др.), как явления вторичного порядка, вызванные влиянием токсических продуктов. Между тем новейшие исследования Gamper'a и Gruber'a доказали присутствие юных трихинелл в оболочках мозга. В черепной полости под dura mater они нашли обильное количество жидкости, в которой были найдены многочисленные юные трихинеллы; обнаружены они были также в pia mater и ткани мозга. Эти данные показывают, что нервная система непосредственно подвергается инвазии трихинелл и целый ряд клинических явлений обусловлен исключительно поражением нервной системы. Уже Stäubli в своей классической монографии о трихинозе приводит 2 случая, в которых менингеальные явления преобладали в начале болезни, и которые, по его мнению, были вызваны „острым отеком мозга или hydrocephalus'ом“. His в некоторых своих случаях трихиноза наблюдал клонус стопы и симптом Бабинского. Matthes считает, что мучительные головные боли, парестезия и невралгия при трихинозе зависят от поражения нервной системы. Decastello отмечает, что отсутствие сухожильных рефлексов обусловлено нарушением двигательных путей нерв. системы. Мнение этих авторов подтверждается и данными патолого-анатомических исследований. Knorr обнаружил при вскрытии одного случая трихиноза небольшие менингоэнцефалитические очаги, хотя при жизни у больной никаких менингитических явлений не имелось. Gamper и Gruber также нашли многочисленные дегенеративные и пролиферативные очаги в мозгу и оболочках у одной больной, умершей от трихиноза.

Ниже мы приводим 3 наблюдавшихся нами случая трихиноза, которые характерны тем, что они давали ряд симптомов со стороны нервной системы.

Случай 1²⁾. 11/III 27 г. была доставлена в клинику нервн. бол. Б. Г. У. больная М. Ш., 28 л., с жалобами на мучительные гол. боли, рвоту, сведение за-

¹⁾ Доклад на Всебелорусском совещании по борьбе с трихинозом.

²⁾ Этот случай нами описан в D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 103.

тылка и паралич нижн. конечностей. Из анамнеза выяснилось, что больная 5/III внезапно почувствовала резкие боли в туловище, резкую слабость в конечностях, хотя продолжала работать чернорабочей: 8/III появились озноб, головная боль, одышка и рвота с температурой в 40°. Районный врач принял это состояние за воспаление легких, но в дальнейшем, ввиду наступившей ригидности затылка, сопорозности и поражения конечностей, направил б-ую в стационар нервной клиники. Из членов семьи никто в это время ничем не болел.

Status praesens: б-ная среднего роста, хорошего питания, лицо слегка одутловато. Сознание немного расстроено, отвечает все-таки правильно после повторного опроса. Апатична. Лежит в постели, беспомощна, не имея возможности шевелить своими конечностями. Вскрикивает иногда из за головной боли. T° 40,5°, частая рвота. Дыхание учащено, 32 в 1'. Тимпаническое приглушение звука в нижних задних частях легких; бронхиальное дыхание с мелкопузырчатыми влажными хрипами. Frenitus усилен. Выше этих частей легких везикулярное дыхание и сухие хрипы. Тоны сердца часты. Пульс 108, ритмичный. Кров. давление 90/50 R.-R. Язык сухой, обложен. Запоры. Никаких жалоб на желудочно-кишечные боли. Живот втянут, напряжен. Селезенка не прощупывается. Мочепотделение затруднено. Обоняние норма. Поле зрения нормально. Острота зрения слева понижена. Глазное дно справа N, слева центральный хориоидит и *Staphyloboma posticum*. Птоз. Движения глазных яблок затруднены, кнаружи невозможны. Зрачки сужены, равномерны, вялая реакция на свет. Никаких расстройств чувствительности на лице. Тризм. Жевательные движения слева слабее, чем справа. Не может раскрыть рта. Сморщивание лба возможно. Язык распухший, с трудом высовывается. Глотание затруднено. Слух понижен (*otitis med. chr.*). Ригидность затылка. Невозможность двигать головой. Пожимать плечами невозможно. Верхние конечности согнуты в локтевом, нижние в коленном суставах. Все мышцы ригидны, тонус их повышен. Активные и пассивные движения резко затруднены, особенно в разгибателях. Коленные рефлексы отсутствуют, Ахилловы понижены. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей *abs.* Резко выраженный Kernig на обоих н. конечностях. Брюшные рефлексы слева отсутствуют. Тактильная и болевая чувствительность повышены, остальные виды чувствительности нормальны. Спинномозговая жидкость при пункции вытекала под высоким давлением, прозрачна. Nonné-Apert, Pandu, Weichbrodt положительны. Значительный плеоцитоз ($116\frac{2}{3}$). Моча: белка и сахара нет, уд. вес. 1,024. Уробилин положительная реакция. В последние дни состояние больной ухудшилось. Температура утром 39,3—39,5, вечером 40,3—40,5. Потеет. Мучительные головные боли. Отек век. Сознание расстроено, отсутствие сухожильных рефлексов. При повторной люмбальной пункции 14/III высокое давление жидкости. Плеоцитоз 33/3, отдельные эритроциты в жидкости. WaR отрицательная в крови и жидкости. Сахар в жидкости 62 mg. проц. Исследование крови: Hb 65%, эритроцитов 4.920.000, лейкоцитов 15.640, лейкоц. формула: сегментир. 40%, палочков. 10%, юных 3%, эозинофилов 34%, лимфоц. 10%, мононукл. 2%, базоф. $\frac{1}{2}$ %, Анизцитоз. Небольшой пойкилоцитоз. Содержание сахара в крови 89 mg. проц. 24/III произведена биопсия *m. bicipitis* левой в. конечности и в гистологическом препарате найдены многочисленные *Trichinae spirales*. Повторное исследование крови показывало 24/III 16% эозинофилов, 1/IV—6%. Состояние до 6/V тяжелое, пролежни, отеки, высокая t°, кровавая мокрота, дважды явления коллапса, нефрит, контрактура мышц. Только 20/V начала передвигаться на костылях, но ноги распухшие, резкие боли в конечностях.

К моменту выписки больной 28/V у нее установлен следующий status: б-ная резко исхудала. Черепные нервы: парез правого *facial* и правого *abduc*. Активные и пассивные движения возможны. Мышечная сила резко понижена. Гипотония. Все мышцы резко атрофированы. Понижение тактильной чувствительности и повышение болевой на нижн. конечностях. Болезненность нервных стволов. Коленные, Ахилловы и брюшн. рефлексы *abs*, периостальные и сухожильные рефлексы на верхн. конечностях ослаблены. Патологических рефлексов нет. Электровозбудимость, исследованная многократно в течение болезни, давала резкое понижение на фарадич. ток и частичную реакцию перерождения на постоянный ток. Мы имели возможность исследовать большую по прошествии 6-ти месяцев со времени выписки из б-цы и при этом нашли почти такой же status, как при выписке. Остались те же боли в конечностях головные боли, диплопия. Расстройство чувствительности корешкового типа, болезненность нервных стволов, парез *facial. d.* и *abduc. d.* Резкая атрофия мышц, особенно нижн. конечностей, слабые сухожильные рефлексы. Количество эозинофилов в крови нормально.

В нашем случае мы имели ряд явлений, указывающих на поражение оболочек мозга: высокое давление спинно-мозговой жидкости, большой плеоцитоз, положительные белковые реакции, симптом Kernig'a, ригидность затылка, слегка затуманенное сознание, рвота, резкие головные боли, высокая температура. Лишь появившийся через несколько дней большой отек век при резкой болезненности мышц заставил нас подумать о возможности трихиноза, хотя анамнестически у нас не было никаких данных. Только впоследствии нам удалось выяснить, что больная действительно в течение двух месяцев до заболевания питалась свиным мясом (окороком), купленным на базаре, и что остальные члены семьи этого мяса не ели. Картина и течение болезни у нашей больной показывают, что у нее был менингит, вызванный трихинозом, причем явления поражения оболочек мозга оказались почти первыми на общем фоне болезни, в то время как обычно первыми являются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. Поражение нервной системы не ограничилось одними только мозговыми оболочками, по перешло и на нервные корешки, вызвав типичные явления радикулита и парез отдельных нервов. Мы в нашем случае имели типичные корешковые расстройства чувствительности, болезненность нервных стволов, реакцию перерождения, оставшиеся даже спустя продолжительное время после исчезновения острых явлений. Одышку, наблюдавшуюся у нашей больной уже с самого начала болезни, следует объяснять повышением черепномозгового давления вследствие отека мозга.

Случай 2¹⁾. Кр-ка Н. С., 28 л., поступила 2/III 28 г. в заразную б-цу с жалобами на понос, боли во всем теле, слабость, высокую т°. Заболевание началось после съеденной сырой колбасы из свиного мяса. Несмотря на болезнь больная первую неделю еще держалась на ногах и лишь на второй неделе, ввиду сильной слабости и жара, слегла и затем доставлена в больницу. При поступлении в б-цу установлен следующий status: язык влажный, обложен. Селезенка не прощупывается, но перкуторно увеличена до 7-го ребра. Тоны сердца часты, глуховаты. Легкие—N. Болезненность S. Romanum. Сознание ясное. Температура все время высокая. В крови 39% эозинофилов. В дальнейшем течении болезни появилась небольшая отечность лица и боли в конечностях. Диазореакция положительная: уробилин в моче. Потееет много. Кров. давление 27/III 110/75—RR. 28 III. Общее состояние больной хорошее, болей нет, т° нормальна. Реакция зрачков несколько вялая на свет. Нистагм при крайних положениях. Жевательные мышцы нормальны. Некоторое ослабление m. recti interni sin. Чувствительность на лице нормальна. Тонус мышц верхн. конечностей понижен. Брюшные рефлексы справа ослаблены, слева отсутствуют. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях с biceps'a ослаблены, с triceps'ов нормальны. Коленные рефлексы ослаблены. Ахилловы резко повышены, клонус стоп. Babinski и Oppenheim положительные. Рассолиммо слева. Kernig abs. Чувствительность не расстроена. Походка шагающаяся слегка. Поле зрения N. Интенц. дрожание. В произведенной биопсии—трихины. Больная выписалась 31/III. Диазореакция отрицательная, уробилин в моче. Нб 58% Эритроцитов 3.670.000, лейкоцитов 15.800; сегм. 22%, пал. 3%, юн. 1%, эозиноф. 38%, лимфоц. 27%, моноц. 7%, баз. 1%.

Данный случай интересен тем, что мы обнаружили здесь целый ряд пирамидных симптомов: высокие Ахилловы рефлексы, клонус стоп, патологические рефлексы. Все это указывает на поражение пирамидных путей при наличии трихиноза. В настоящем случае мы имеем, кроме

¹⁾ Настоящий случай мы исследовали по любезному приглашению д-ра X. H. Моноссона в его отдел. в зар. б-це. Приношу ему за это и за предоставленную им мне историю болезни свою глубокую признательность.

пирамидных симптомов, еще и другие явления, указывающие на множественность очагов поражения нервной системы: нистагм, отсутствие и ослабление брюшных рефлексов, вялая реакция зрачков, слегка шатающаяся походка, интенционный тремор. Картина болезни до некоторой степени напоминает множественный склероз. Опыты Steiner'a и Kuhn'a показали, что *sclerosis multiplex* является не эндогенной болезнью, как это полагали Strümpell и Ed. Müller, а экзогенной, вызванной возбудителями (спирохетами, близкими к спириллам Weil'я). Бравда, дальнейшие исследования Hauptmann'a и др. как бы оспаривают взгляд Steiner'a. Нельзя, однако же, отрицать того, что некоторые инфекционные болезни, как это указывают Соболев, Spiller, Oppenheim и др., могут способствовать развитию и ухудшению множественного склероза. У нашей больной до настоящей болезни не было никаких явлений множественного склероза, не было также ремиссий, так что тут можно было бы допустить, что трихиноз способствовал развитию *scier. disse.*, мы склонны все таки считать, что в данном случае мы имеем множественное поражение центральной нервной системы самими трихинами и их токсинами. Как известно из экспериментов Stäubli, Romanowitsch'a, Askanazy и др., личинки трихинелл, отложенные в стенку кишечника, проникают оттуда вместе с *chylus*'ом в кровь и затем уже вместе с током крови могут быть занесены в любой орган и там вызывать ряд болезнетворных явлений. Вредное действие трихин вызывается как закупоркой ими капилляров, так и развитием токсинов. Как показано Gampfer'ом и Gruber'ом, в мозговом веществе и *via mater* одной больной, у которой при жизни не было мозговых явлений, были обнаружены множественные очаги дегенерации вокруг затромбозированных сосудов. И в нашем случае следует считать, что множественные явления и пирамидные симптомы обусловлены поражением самой нервной системы и ее сосудов трихинами. Это согласуется также со случаем His'a, где, как указано выше, также имелись пирамидные симптомы.

Случай 3*). А. Ш., 37 л., кузнец, заболел в начале декабря 1927 г. общим недомоганием, двоением в глазах и ломотой. 4/XII он получил удар бревном в крестец, но все таки продолжал работать. Вечером того же дня наступил озноб, 10 40°, появились сжимающие боли в груди, и он потерял сознание. Он пролежал около месяца и все время держалась высокая 10. В середине января появился отек век и конечностей, он все таки приступил к работе, но вынужден был часто пользоваться отпусками. Заподозренный в симуляции или агравации, он был направлен участковым врачом на Бюро врачебной экспертизы 11/II. БВЭ поместило его, ввиду резкой одутловатости лица, в клинику проф. бол. на исследование. В клинике он пробыл с 13/II по 5/III и там у него была обнаружена эозинофилия в 39%, а затем 42% при общей отечности конечностей, лица, век и резкой болезненности мышц. В произведенной биопсии мышцы обнаружены *Trichinae spirales*. Рефлексы при поступлении в клинику живые, сознание ясное. Kernig abs. 30/III—28 г. Резкая болезненность нервных стволов *p. n. rad.* и *uln.* Гипотония. Мышечная сила верхних и нижних конечностей ослаблена. Понижение тактильной и повышение болевой чувствительности в дистальных концах конечностей. Сухожильные рефлексы имеются. 30/IV. Количество эозинофилов—8,5%. 7/V-28 г. Парез *m. gasti ext. d.* Отеков нет. Резкая атрофия мышц. Гипотония. Вялая паретическая походка. Отсутствие коленных рефлексов. Некоторое ограничение акт. движений в нижних конечностях. Болезненность нервных стволов. Расстройство тактильной чувствительности (гипэстезия) и гипералгезия. Мышечная сила резко ослаблена.

*) Этот случай был демонстрирован д-ром Беленьким 25/II в Научном О-ве Врачей. Мы больного исследовали в ВКК после выписки из клиники 30/III и 7/V 1928 года.

Вышеприведенный случай отличается от предыдущих тем, что в самом разгаре острых явлений и при высокой эозинофилии имелись сухожильные рефлексы, отсутствовал Kernig, а явления полиневрита с исчезновением рефлексов, расстройством чувствительности и вялым парезом наступили лишь спустя некоторое время. Это подтверждает, что периферические нервы захватываются также трихинами и их токсинами, а отнюдь нельзя считать, что клинические явления трихиноза вызваны исключительно поражением мышц. Наш случай показывает, что далеко не всегда исчезают сухожильные рефлексы при трихинозе. На основании этого мы можем высказать предположение, что исчезновение рефлексов должно быть связано с поражением не только одних мышц, но и периферических нервов. Парэстезии при трихинозе также следует отнести за счет поражения периферических нервов. Так называемый феномен Kontrast-Kernig (Kernig при отсутствии коленных рефлексов), которому Gaisboeck, Stäubli, Hegler и др. придают диагностическое значение, обусловлен, повидимому, повышенным давлением спинномозговой жидкости и поражением вегетативного аппарата оболочек и задних корешков спинного мозга, вследствие воспаления оболочек. Как указывает Моргулис, симптом Kernig'a „представляет результат суммарного и координированного действия вегетативного и спинального рефлексов“. Воспаление оболочек поражает вегетативный аппарат оболочек и затем задние корешки, с проходящими в них спинальными и вегетативными нервами, а, вследствие этого, нарушается произвольная иннервация, поддерживающая пластический тонус мышц конечностей. Сгибательный характер контрактуры при феномене Kernig'a зависит от филогенетических моментов (Böhme, Weiland, Bull) и от преобладания физиологически более сильных сгибательных мышц. Усиливающее влияние при Kernig'e имеют тонические рефлексы Magnus-Klein. Во всяком случае трактование симптома Kernig'a при трихинозе только полиомиозитом недостаточно, тем более, что этот симптом наблюдается преимущественно в случаях более тяжелых, связанных с поражением оболочек или вегетативных центров.

Нарушение равновесия вегетативной нервной системы при трихинозе в общем является наиболее характерным моментом в течении болезни. К симптомам поражения вегетативной нервной системы следует отнести резкую потливость, низкое кровяное давление, расстройство дыхания и сна, отеки. Gruber считает, что низкое кровяное давление при трихинозе объясняется тормозом вазомоторов. Отеки также в значительной степени обусловлены поражением вазомоторов, а не только закупоркой капилляров. Как правильно указывает Кутковский, ранний отек лица не может быть объяснен закупоркой капилляров трихинами. Мы при этих отеках, несомненно, имеем также токсическое действие трихинозного яда на сосудодвигательный аппарат. Повышенная потливость указывает также на состояние раздражения парасимпатической части вегетативной нервной системы. Далее, мы имеем при трихинозе не только поражение периферической части вегетативной нервной системы, но и вегетативных центров в подбугровой области и на дне 3-го желудка. За последнее особенно говорят частые расстройства дыхания и сна при трихинозе, отмечаемые многими авторами. Резкая эозинофилия, столь характерная для трихиноза, также указывает на избирательное прикрепление

трихинозных токсинов к парасимпатической части вегетативной нервной системы, на состояние ваготонии, вызываемое ими.

Резюмируя, мы приходим к следующим выводам: 1. Трихинеллы и их яды поражают не только мышцы, но в значительной степени нервную систему. Поражение нервной системы может иногда предшествовать даже поражению других органов и мышц.

2. Трихинозом поражается как оболочка мозга, так и самая мозговая ткань и сосуды нервной системы. В процесс захватываются также корешки, периферические нервы и вегетативная нервная система. Эти патологические явления подтверждаются целым рядом клинических данных.

3. Ряд важных и кардинальных симптомов трихиноза (Kernig, отсутствие рефлексов, парестезии, низкое кровяное давление, отечность и др.) обусловлены поражением нервной системы и своевременное исследование нервной системы может способствовать раннему распознаванию трихиноза.

Лечение коклюша инъекциями эфира в связи с реакцией белой крови и липолитическими ферментами¹⁾.

Ординатора **З. И. Малкиной.**

Как известно, коклюш является чрезвычайно тягостной болезнью не только для самого больного ребенка, но и для окружающих его. Особенно серьезную угрозу представляет коклюш для детей, инфицированных туберкулезом, а также для детей до 2-х лет, так как в этом возрасте смертность от коклюша очень высокая.

Бесчисленное множество предложенных способов лечения коклюша свидетельствует о том, как трудно найти верное средство для лечения этой болезни. Кроме гигиенических мероприятий, которые безусловно играют большую роль в терапии коклюша, мы знаем огромное количество медикаментов, которые можно разделить на три группы: антикатарральные, антиспазматические и антибактериальные. К первой группе прибегают с целью уменьшить катарральные явления и облегчить выделение мокроты. Применяют отхаркивающие, как напр., *iresacuana*, *senega*, *natr. benzoesum*, *liq. ammon. anisati*, и бальзамические, действующие также отхаркивающим и дезинфицирующим образом: *thiocol*, *guaiajol*, *ol. terebinthinae*, *terpinum hydratum*, *herba thymi* и препарат *ее pertussin*, эйкалипт, ментол, камфора. Все эти вещества содержат эфирные масла. Некоторые из них применяются внутрь, другие—в виде ингаляций. С целью уменьшить количество и интенсивность приступов применяют антиспазматические средства: белладонну, препараты морфия, бромистые препараты, *chloral hydrat*, бромформ, вдыхания хлороформа и эфира, эфирно-масляные клизмы, а также внутримышечные инъекции эфира. Хинин одно время считался специфическим средством при коклюше. Впоследствии это мнение было оставлено, но употребление хинина, также как и антипирина, имеет широкое распространение и в настоящее время. Кроме того, в литературе имеются благоприятные отзывы о применении протейнотерапии (Цинцинатор и др.), рентгенотерапии и облучения ртутно-кварцевой лампой. Наконец, со времени открытия возбудителя коклюша *Bordet-Gengou*, постоянно делаются попытки специфического лечения этого заболевания. *Bordet et Gengou* готовили сыворотку, вводя лошадям открытый ими микроб, но приготовленная ими сыворотка давала очень сомнительные результаты и вследствие этого была вскоре оставлена.

Что касается вакцинопрофилактики и вакцинотерапии коклюша, то, не говоря уже о сложности их, об успешности этих способов по сие

¹⁾ Доложено на II Поволжском Съезде врачей и в Педиатрической секции Общества врачей при Казанском университете.

время в литературе можно найти самые разнообразные отзывы, независимо от способа приготовления применяемой вакцины. Так Bacher и Меньшиков успеха от вакцинотерапии не получили, несмотря на различные видоизменения лечения. Paterson и Smellie также применяли и вакцинотерапию и вакцинопрофилактику безуспешно. В то же время ряд авторов сообщает о благоприятных результатах при этом лечении (Nicolle и Corner, Cramer, Luzzatti и др.), а также и при вакцинопрофилактике (Meyer и Chievitz, Златогоров, Тец и Гильман).

Доктор Vokau, не оспаривая огромного значения бацилл Bordet-Gengou в этиологии коклюша, все же допускает, что в большом количестве коклюшных заболеваний возбудителями являются другие микробы. Таким образом он поддерживает мнение Czerni, что этиология коклюша неоднородна. Этим обстоятельством он объясняет неудачи при лечении коклюша вакциной, приготовленной из палочек Bordet-Gengou, и рекомендует в случаях, где у первого заболевшего (это относится к детским учреждениям) не найдено палочек Bordet-Gengou, применять вакцину из тех микроорганизмов, которые выделяются у больного при выдохе. Таким же образом приготовленную вакцину он рекомендует для профилактических целей в детских учреждениях. Сам автор, применяя эту Auto-Gruppen-Vaccine, как он ее называет, получал хорошие результаты. Очень хорошие результаты в области профилактики и лечения коклюша получил Debré, а позднее Давыдов, применяя сыворотки выздоравливающих. Авторы указывают, что кровь для этой цели нужно брать не ранее 3—4-х недель от начала болезни (причем лучше брать смесь сывороток) и не позднее года после перенесения коклюша. Способ этот очень затруднителен при отсутствии стационария для коклюшных больных.

Далее Luly Giorgio и Pellegrini в 26—27 году получили хороший эффект при применении вакцинотерапии одновременно с инъекциями эфира.

Особенно благоприятные отзывы имеются в литературе о лечении коклюша инъекциями эфира. Но одновременно со сторонниками этого способа (особенно среди итальянских и американских врачей, — Macciotta M., Matarese Giovanni, Panayotaton Angelica, Pollok и мн. др.) имеются и противники его. Так, Ochsenius считает это лечение неприменимым, вследствие болезненности и образующихся при инъекциях эфира некрозов. В противовес ему Bedölmre сообщает о блестящих результатах этого способа лечения и рекомендует эфир в сочетании с камфорой. В дальнейшем появились сообщения о хороших результатах при эфиротерапии Борисова, Абраамянца и В. Н. Воробьева.

Осенью 1926 года в фабричных яслях № 1 возникла эпидемия коклюша. Мне было предложено проф. В. К. Меньшиковым провести лечение ясельных детей, заболевших коклюшем, инъекциями эфира.

В яслях было 40 детей, в возрасте от 2 месяцев до 4 лет, из них перенесших коклюш только один ребенок. Два ребенка, заболевшие первыми, по выяснении диагноза в ясли не принимались. Один из этих больных через неделю после того, как перестал посещать ясли, умер дома во время приступа, закончившегося laryngospasm'ом. Второму ребенку было проведено лечение инъекциями эфира. Всего в яслях заболело

коклюшем 8 человек, из них лечение эфиром было проведено 7 детям. Лечение проводилось в амбулатории детской клиники, причем дети, за исключением дней инъекций, посещали аккуратно ясли, так как матери их, фабричные работницы, освобождались от работы лишь для посещения амбулатории. Техника введения была следующая: сначала в бедро, в наружную поверхность его на границе верхней и средней трети, позднее, в следующих случаях, в ягодичную область глубоко внутримышечно вводился *aether sulfuricus* в количестве от 0,5 до 2,0 с.с. Инъекции производились через день, в одно и то же время дня, всего от 4-х до 6-ти инъекций. Уже после первой инъекции действие эфира сказывалось значительным улучшением общего состояния, в сокращении количества приступов, в большинстве случаев на половину, в облегчении их и в исчезновении рвоты. После следующих инъекций эффект лечения сказывался сильнее, и, таким образом, в течение 8—10 дней прекращались приступы коклюша, оставались 1—2 легких приступа, которые также в течение недели проходили. В одном случае коклюша, сопровождавшегося явлениями бронхита, кашель держался еще продолжительное время, причем носил характер коклюшеподобного. В 3-х случаях появлялся воспалительный фокус в легком, но затем при лечении эти явления быстро исчезли. В каждом отдельном случае коклюш длился вместе с катарральным периодом от 3 $\frac{1}{2}$ до 4 $\frac{1}{2}$ недель. Дети, которым проводилось лечение, были в возрасте: 6 месяцев—1 реб., от 6 мес. до 1 года—6 детей и 1 ребенок—2 лет 3 мес. Из этих детей двое были с резко выраженной реакцией Pirquet и 4—с явлениями довольно тяжелой рахита. Тяжесть коклюша у 6 детей средняя (от 18 до 30 приступов) и у одного тяжелая (около 40 приступов, почти половина из них сопровождалась рвотой).

Во всех случаях никакого лекарственного назначения не проводилось. Перед каждой инъекцией исследовалась кровь на лейкоцитоз и формулу крови.

Получив такие утешительные данные, мы в дальнейшем проводили это лечение на амбулаторных больных клиники. Лечение проводилось в отличие от первых случаев ежедневно, так как, по нашим наблюдениям, эффект, получающийся в первые сутки после введения эфира, ослабевает на вторые сутки, если вводить эфир через день; то же говорят и сделанные нами исследования крови.

Всего проведено 25 амбулаторных больных. Возраст детей распределялся следующим образом: от 2 до 6 мес.—4 чел., от 6 мес. до 1 года—5, от 1 года до 2 лет—7, от 2 до 4 лет—4, от 4 до 7 лет—3 и от 7 до 13 лет—2. Для лечения отбирались дети с исключительно тяжелой формой коклюша, а также с осложнениями со стороны легких (в 12 случаях бронхопневмония, в 4 бронхит, в 3 *tbc intoxicatio*). В трех случаях приступы у детей заканчивались длительным обморочным состоянием. Техника введения была та же, с той лишь разницей, что эфир вводился исключительно в ягодичную область, внутримышечно, причем игла шприца не вынималась из места вкола около $\frac{1}{2}$ минуты. В последних случаях применялся *aether depuratus pro narcosi*. В случаях, когда от повторных инъекций получались инфильтраты, назначались компрессы. Количество инъекций—от 3 до 7, количество эфира от 1 до 3,0 кб.с. Результаты получились и у этих детей хорошие. Особенно хорошие ре-

зультаты получились при лечении детей в возрасте до 1 года, у которых приступы кашля заканчивались резко выраженными явлениями *lagungo-spasm'a*. На следующий же день после первой инъекции такие приступы, бывшие накануне в количестве от 2 до 6, совершенно прекращались. Только у 2 детей, из имевших резко положительную реакцию *Pirquet* (у матери одного из них была активная форма *tbc*), активировался туберкулезный процесс; у одного появился экссудативный плеврит, почти совершенно прекратившиеся перед этим приступы снова возобновились; у другого также внезапно резко ухудшилось состояние (субфебрильная t° , ночные поты, слабость), но вскоре, недели через 2, оба ребенка значительно поправились, приступы кашля к этому времени также прекратились. У детей с бронхитом долго после лечения оставался коклюшеподобный кашель. Двое детей умерло, оба искусственно вскармливавшиеся, один в возрасте 4 мес, находившийся и до болезни в состоянии крайней атрофии, с двухсторонним воспалением легких, лейкоцитоз этого ребенка достигал 114.000; другой ребенок, в возрасте 8 мес., крайне анэмичный, пастозный, умер при явлениях воспаления легкого и энтероколита.

Что касается некрозов, то из 138 уколов некрозы дали только 4, причем некрозы были довольно поверхностные и заживали в срок от 1 до 2 недель. При хорошей технике введения и доброкачественности препарата их безусловно можно избежать.

По отношению болезненности этого способа лечения, на что указывает большое количество авторов и на чем основываются противники его, от пациентов в возрасте от 8 до 12 лет мы узнали, что при инъекции эфира получается неприятное ощущение холода, как бы замерзания ткани. Во всяком случае болезненность инъекций не должна удерживать врача от лечения тяжело больного ребенка.

Относительно крови коклюшных больных нужно отметить, что многие авторы занимались гематологическими исследованиями при этом заболевании, пытаясь с помощью данных картины крови облегчить своевременную постановку диагноза, а также определить конец контагиозного периода, считая бактериологический метод очень сложным. У гематологического метода преимущество в простоте, а также в быстром получении результата.

Установленный Fröhlich'ом факт, что кровь коклюшных больных реагирует гиперлейкоцитозом и относительным лимфоцитозом, в дальнейшем был подтвержден многими другими авторами (Czerni, Hess, Hiltenberg). Многие авторы находят эти изменения уже в катарральном периоде. Régnault считает, что момент, когда кровь приходит к норме, означает конец судорожного периода, а вместе с тем и окончание заразительности данного заболевания; тот кашель, который держится дольше, он считает коклюшеподобным. Fröhlich и Finkelstein устанавливают такие изменения крови только с 3—4 недель. В то же время некоторые другие авторы, исследуя незначительное количество, но несомненно коклюшных случаев, не находили особых изменений со стороны крови (Thiemann). Kleinschmidt также предостерегает от выводов об отсутствии коклюша на основании отсутствия гиперлейкоцитоза.

В своей работе о практической ценности исследований крови при коклюше грудного ребенка Lasch, Fischer и Miemietz устанавливают в большинстве случаев подъем лейкоцитоза и абсолютного лимфоцитоза вскоре после начала приступов. Навысший лейкоцитоз, до 50.000,

достигается к полутора—двум неделям от начала судорожного периода, затем кривая снижается, чтобы в срок от 4 до 8 недель от начала судорожного периода притти к норме. В случае рецидива как лейкоцитоз, так и абсолютный лимфоцитоз снова возрастают. Авторы устанавливают при этом заболевании несомненно *лимфоцитарную* реакцию крови, так как в случае осложнений, вызывающих обычно полинуклеоз, здесь он отсутствует.

Некоторые авторы (Hess и Syderhelm) полагают, что коклюшный лимфоцитоз является результатом комбинированного действия двух моментов: механического и инфекционного. Hillenberg же считает, что механический момент играет лишь второстепенную роль, при чем приводит в защиту своего мнения много веских доводов.

Bergel в своей работе: „Die Lymphozitose, ihre experimentelle Begründung und biologisch-klinische Bedeutung“ высказывает на основании своих экспериментальных данных мысль, что лимфо-моноцитоз при инфекциях есть реактивное явление со стороны организма на возбудителя липоидной природы (tbc, lepra, lues, коклюш и некот. др.). В какой мере это применимо при коклюше, сказать трудно, поскольку еще точно неизвестна природа возбудителя коклюша.

Далее, Bergel и многие другие авторы приписывают лимфоцитам содержание липолитических ферментов. Связь лимфоцитов с липолитическими ферментами крови была исследована д-ром Аксянцевым на экспериментальном и клиническом материале. Вызывая искусственно увеличение числа лимфоцитов и последующим разрушением их, автор вызывал нарастание липолитических ферментов.

Одновременно с проводившимся нами лечением коклюша эфиром исследовалась кровь перед каждой инъекцией и на следующий день после инъекции. Всего проведено 168 исследований крови. В первых 7 случаях исследовались лейкоцитоз и формула крови. В дальнейшем, заинтересовавшись вышеуказанными данными в литературе о связи лимфоцитов с липолитическими ферментами, мы стали также проводить определение липазы в крови. Это нам представлялось интересным еще и потому, что в литературе мы не встретили указаний об исследовании липолитических ферментов при коклюше.

У 3-х больных определялось также количество гемоглобина и эритроцитов (14 исследований), каких-либо значительных изменений в этих данных обнаружить не удалось и в дальнейшем эти исследования больше не производились.

Липолитический фермент определялся в гемолизированной крови по методу Henriot. Определение лейкоцитарной формулы производилось по Schilling'у.

Почти во всех случаях, за единичными исключениями, как лечение, так и исследования крови начинались в конце 2-ой или начале 3-ей недели болезни.

До лечения получены следующие данные исследования крови:

Лейкоцитов:		Кол. случаев:
от 6 до 10 тысяч		4 случая
„ 10 „ 20 „		5 „
„ 20 „ 30 „		15 „
„ 30 „ 40 „		5 „

Лейкоцитов:	Кол. случаев:
„ 40 „ 50 „	2 „
„ 114 тысяч	1 „

Колебания относительного лимфоцитоза в пределах от 49% до 78%. Лимфоцитоз был тем выше, чем моложе ребенок, а также, чем сильнее были приступы кашля. В случаях осложнений со стороны легких наблюдался часто сравнительно невысокий лимфоцитоз, несмотря на тяжелые приступы кашля. Липолитические ферменты в пределах от 12,0 до 26,0. У одного ребенка с тbc до лечения было 6,6 липолитических ферментов. При взятии крови у детей с низким лейкоцитозом спустя 2—3 недели после полного излечения от коклюша были также найдены низкие цифры лейкоцитов.

При введении эфира обнаружено было, как правило, снижение лейкоцитоза, уменьшение как абсолютного числа лимфоцитов, так и относительного, систематическое нарастание липолитических ферментов. Эти явления изменяли на некоторое время правильность своего течения лишь в случаях появления рецидивов или осложнений со стороны легких.

В некоторых случаях с низким лейкоцитозом и незначительным повышением лимфоцитоза после первой инъекции эфира наблюдалось повышение их, а после последующих инъекций—постепенное снижение.

Наглядности ради приведу несколько историй болезни:

1) К-в М., 5 лет, заболел 2 недели тому назад, характерные приступы кашля появились 4 дня тому назад. 1/IV. 30 приступов в сутки, почти все сопровождаются рвотой. Введено внутримышечно 1,5 куб. с. эфира. 2/IV. Мать отмечает значительное улучшение общего состояния ребенка. Приступов около 20, они легче. Рвота 5 раз в сутки. Ребенок значительно спокойнее. Введено внутримышечно 2 к. с. эфира. 3/IV. Приступов 8 в сутки, рвоты нет. Мальчик стал заметно веселее. Введено 2,5 к. с. эфира. 4/IV. Мальчик весел, играет. В течение суток было 2 легких приступа кашля без рвоты.

Исследование крови.

Время исслед.	Содержание липазы в го- молиз. крови	Колич. лей- коцитов	Баз.	Эоз.	Нейтрофилы					Лп.	Мон.	Форм раздраж.
					м.	ю.	п.	с.	Итого в %			
1/IV . .	16,0	25100	—	1	—	1	2	30	33	63,5	2,5	0,5
2/IV . .	16,8	23800	0,5	2,5	—	2	3	34	39	54	4	1
3/IV . .	19,2	12100	0,5	2	—	1	3	47	51	41,5	5	0,5

Приведу 1 случай из группы б-ных с низким лейкоцитозом:

2) К. Ш., 13 лет. 26/II. Дня 3—4 тому назад появился частый кашель: приступов нет. В семье коклюш. 13/III. 20 тяжелых коклюшных приступов, раз 10 рвота. Под языком язвочка. Введен внутримышечно 1 к. с. эфира. 14/III. Приступов 13 в сутки, рвота 2 раза. Введено 1,5 к. с. эфира. 15/III. Приступов 11 в сутки, рвоты нет. Введено 2 к. с. эфира. 17/III. Приступы легкие, около 5—6 в сутки, рвоты нет. Общее состояние значительно улучшилось. Введено 2,5 к. с. эфира. 18/III. Общее состояние хорошее. Приступов 1—2 в сутки. Мальчику предложено прийти через неделю для исследования крови. 27/III. Мальчик здоров, не кашляет. В первые дни по окончании лечения эфирными инъекциями было по 1—2 приступа в день.

Исследование крови.

Время исслед.	Содержание липазы в ге- молиз. крови	Количество лейкоцитов	Баз.	Эоз.	Нейтрофилы				Итог в %/о	Лп.	Мон.	Форм раздраж.
					м.	ю.	п.	с.				
26/II . .	—	9400	0,5	2	—	0,5	2,5	52	55	38	4,5	—
13/III . .	12,0	9500	0,5	1,5	—	0,5	3,5	25,5	29,5	65	3,5	—
14/III . .	14,0	6700	0,5	2,5	—	1	3,5	34,5	39	54	4	—
15/III . .	16,5	6000	0,5	2,5	—	1	3,5	42,5	47	47	3	1
17/III . .	18,0	6600	1	2	—	1	3	50	54	39	4	1
18/III . .	19,5	6300	0,5	2	—	0,5	3	60,5	64	30	3,5	0,5
27/III . .	12,0	5700	1	2	—	0,5	4	53	57,5	36	3,5	—

Приведенные выше краткие истории болезней представляют наиболее многочисленную группу наших больных. Приведу, далее, одно из наблюдений, где лечение протекало менее успешно:

3) III-ва Л., 1 год 10 мес. Кашель 2 недели. Типичные приступы дня 4—5. 21/I. Количество приступов около 40, почти все со рвотой. Мать отмечает, что промежутки между приступами так коротки, что ребенок не успевает успокоиться. Введено 0,7 к. с. эфира. 22/I. Приступов 36, состояние не улучшилось, рвота также часто, как и в предыдущие дни. Введено 1 к. с. эфира. 24/I. Состояние чуть заметно улучшилось, приступы не сосчитаны. Рвота часто. Введено 1,5 к. с. эфира. 26/I. Общее состояние значительно улучшилось. Приступов 17 в сутки, рвота 5 раз. Введено 1,5 к. с. эфира. 29/I. Ребенку снова стало хуже. Приступов до 20 в сутки, ^и повышается до 38,5. Справа, сзади, ниже лопатки прослушивается бронхиальное дыхание, а также небольшое количество крепитирующих хрипов. Введено 1,5 к. с. эфира. 30/I. Состояние без перемен. Введено 2 к. с. эфира. 1/II. Значительное улучшение общего состояния ребенка. Приступов 12 в сутки, ^и N, рвоты нет. В легком справа, сзади, ниже лопатки много сухих и влажных хрипов. Введено 2 к. с. эфира. 2/II. Ребенку значительно лучше. Весел, ест хорошо. Приступов 3—4 в сутки, рвоты нет.

Исследование крови.

Время исслед.	Количество лейкоцитов	Баз.	Эоз.	Нейтрофилы				Итог в %/о	Лп.	Мон.	Форм раздраж.
				м.	ю.	п.	с.				
21/I . .	27400	—	1	—	0,5	3	16,5	20	71	8	1,5
22/I . .	31200	—	0,5	—	0,5	3,5	15	19	73	7,5	1
24/I . .	24000	0,5	0,5	—	0,5	3	18,5	22	70	7	0,5
26/I . .	14500	—	2	—	0,5	3	16,5	20	70	7	0,5
29/I . .	20600	—	0,5	—	2,5	5	20	27,5	65	7	1,5
30/I . .	19800	1	1	—	2,5	7	29,5	39	50	9	2
1/II . .	13400	—	1,5	—	1,5	5	30	36,5	64	8	1
2/II . .	12800	1	2,5	—	1	4	32	37	52	7,5	0,5

При проведении нашей работы мы задавались вопросом, могут ли исследования крови дать опору в ранней диагностике коклюша? На основании полученных данных создается впечатление, что один лейкоцитоз ни в коем случае не может быть такой опорой, лейкоцитоз вместе с лейкоцитарной формулой крови (лимфоцитоз) может служить для этой цели, но при этом нужно учитывать, что колебания их находятся в больших пределах. Но особенно ценной является повторная гемограмма для суждения о течении коклюшного заболевания и для оценки применяемого способа лечения.

Механизм действия эфира наряду с существующими объяснениями (бактерицидное, наркотическое и раздражающее слизь) мы склонны рассматривать с точки зрения воздействия его, как жирно-липоидрастворителя, на уже предсуществующую реакцию органов лимфоцитопоза, т. е. усиливая жирно-липоидный обмен в организме, он ускоряет (активирует) те процессы, которые протекают в организме, инфицированном коклюшем, и без всякого терапевтического вмешательства.

С этой точки зрения систематическое нарастание липолитического фермента, наблюдаемое нами при проводимом лечении, можно рассматривать как усиление защитных сил организма в борьбе с инфекцией, а эфиротерапию, как активатор этих процессов.

На основании проведенной работы мы приходим к следующим выводам:

1. Применение эфира при коклюше дает чрезвычайно благоприятные результаты.

2. Действие эфира сказывается в купировании процесса, придавая ему abortивный характер.

3. Введение эфира вызывает на высоте лейкоцитарной и лимфоцитарной реакции уменьшение их с одновременным нарастанием липолитических ферментов.

4. Ферментативные процессы, в частности липолитический фермент, заслуживают в клинике коклюша большего внимания, так как отмечается закономерный параллелизм с клиническим течением болезни, т. е. росту липазы сопутствует клиническое улучшение.

5. Параллельное исследование лейкоцитоза, лимфоцитоза и липолитических ферментов обнаруживает закономерное соотношение этих факторов и потому изменения их в крови могут служить не только в диагнозе, но и в терапии и прогнозе этого заболевания.

6. Действие эфира наряду с существующими объяснениями может быть сведено еще к усилению предсуществующего механизма (реакции органов лимфоцитопоза).

- Литература.* 1) Абраамьянц. Врач. Газ. № 5, 1927.—
2) Aksjanzew, M. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 55, H. 5/6, 1928.—3) Bacher St. u. Menschikoff V. K. Zentralblatt f. Bacteriologie, Parasitenk. und Infectiouskrankh., Bd. 61, 1911.—4) Bedö, Imre. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 25, H. 5/6, 1923.—5) Bergel, S. Die Lymphozitose. Berlin, 1921.—6) Вокану, Z. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 56, H. 5/6, 1924. 7) Борисов, С. Врач. газ., № 15—16, 1924.—
8) Воробьев, В. Н. Ученые записки Каз. гос. университета, кн. 1, 1925.—9) Давыдов, П. Каз. мед. ж., № 3, 1926.—10) Златогоров, С. И., Тец, Г. И. и Гильман, Л. А. Врач. газ., № 2, 1928.—
11) Hillenberg, S. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 37, H. 4, 1924.—
12) Lasch, Fischer und Miemietz. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, H. 5/6, 1925.—13) Luly, G. Zentralbl. f. d. ges. Kinderheilk., Bd. 20, H. 1, 1926.—14) Macciotta, M. Ibid., Bd. 16, S. 349, 1924.—15) Matarrese, G. Ibid., Bd. 15, S. 239, 1924.—16) Ochsenius. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1924.—17) Panayotaton, Angelica. Arch. de médecine des enfants, T. 29, № 1, 1926.—18) Pellegrini, O. Zentralbl. f. d. ges. Kinderheilk., Bd. 20, H. 15, S. 631, 1927.—19) Thiemann, C. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 22, S. 471, 1922.—20) Цинцинатор, Р. Журн. по изучен. раннего детск. возр., № 3, 1926.
-

Возрастные нормы физического развития школьников 1-й ступени гор. Казани.

А. В. Левицкого и А. В. Самойловой.

Едва ли приходится доказывать всю важность и необходимость иметь средние цифры физического развития школьников.

Выступая с настоящим материалом, мы ясно сознаем, что он не является исчерпывающим для суждения о всех нормальных—средних размерах, что он также не затрагивает столь важного вопроса о „ростовых нормах“, тем не менее, учитывая настоятельную потребность в ориентировочных цифрах, необходимых для практических работников в повседневной работе, мы решаемся опубликовать имеющиеся у нас данные.

Ниже приведенный материал обрабатывался применительно к условиям работы школьно-санитарных врачей в школе; так, например, вес определялся в белье и чулках, а из измерений производились лишь самые необходимые. Невозможность охватить школьников всех школ 1-й ступени, побудила нас прибегнуть к „выборочному методу“ работы: мы после обследования всех входящих в район нашей амбулатории школ, взяли полностью материал лучшей, средней и худшей школ, оценка которых производилась по совокупности всех данных, как санитарно-гигиенических, так и социально-бытовых.

Весь материал собран и обработан согласно требованию „Инструкций для антропометрических измерений“, составленных комиссией при Антропологическом институте 1-го М. Г. У. (изд. НКЗдрава, 1925 г.) и обнимает собой 1320 школьников 1-й ступени в возрасте от 8 до 13 лет, русских по национальности, живущих в Верхне-городском районе города Казани. Возрастные и социально-бытовые данные собраны сестрой-обследовательницей на дому. Весь материал обработан методом вариационной статистики (см. таб. 1).

Данные роста казанского школьника, приводимые выше, показывают превалирование роста мальчиков до 11-летнего возраста, после чего рост девочек становится большим. Указанное обстоятельство стоит в полном соответствии с общепринятым воззрением на развитие роста у различных полов и говорит о нормальном развитии роста казанского школьника.

Взятые нами для сравнения данные Гос. Ин-та соц. гигиены в Москве и данные д-ра Николаева из Харьковского психо-неврологического ин-та, как наиболее близкие по времени обследования, методу обработки и материалу (школьники) показывают, что абсолютный рост, как мальчиков, так и девочек г. Казани—больше московских и харьковских.

Т А Б Л И Ц А I.

Р о с т

М а л ь ч и к и			Д е в о ч к и		
Возраст	Длина тела в сант.	Средн. квад. отклон. σ	Возраст	Длина тела в см.	Средн. кв. отклон. σ
8	124,1	5,1	8	122,4	4,2
9	128,7	6,2	9	126,5	6,1
10	133,2	5,9	10	132,3	6,7
11	135,4	6,1	11	138,2	7,1
12	137,3	6,4	12	140,0	7,1
13	140,1	7,2	13	143,9	7,7

Определение длины туловища производилось нами с целью получения возможности выведения индекса *Piquet*, а также разрешения вопроса о „пропорциональном теле“, характеризующем фигуру человека. Если признать, что развитие груди может стоять в связи с длиной нижних конечностей, так как при длинных конечностях весьма возможно допустить более интенсивную дыхательную работу, то будет понятно значение данных этого измерения, тем более, что материал этот почти не опубликовывался. Большая длина туловища девочек, начиная с 11-го года, является характерным половым признаком вообще, что и выявилось в полной мере на нашем материале и также говорит о „гармоничном развитии“.

Т А Б Л И Ц А II.

Длина туловища (по Кольману).

М а л ь ч и к и			Д е в о ч к и		
Возраст	Длина туло- вища в см.	σ	Возраст	Длина туло- вища в см.	σ
8	66,7	2,4	8	64,8	1,0
9	68,4	3,2	9	67,5	2,8
10	70,4	2,6	10	70,8	3,6
11	71,7	2,9	11	72,7	3,2
12	72,2	3,6	12	73,5	2,7
13	74,3	3,1	13	76,5	3,4

Вес также, как и рост, показывает гармоничность развития казанского школьника, превалируя до 11 лет у мальчиков, в дальнейшем становится меньше веса девочек.

Сравнивая наши данные веса с ранее упомянутыми авторами, мы и здесь видим, что в абсолютных цифрах вес наших мальчиков более веса Г. И. С. Г. и Николаева. Что же касается веса наших девочек, то он также выше данных веса Г. И. С. Г.; в отношении же данных веса Николаева такое превалирование отмечается лишь после 11-летнего возраста. До 11 лет вес приблизительно одинаков.

Т А Б Л И Ц А III.

В е с¹⁾.

М а л ь ч и к и			Д е в о ч к и		
Возраст	Вес в кило	σ	Возраст	Вес в кило	σ
8	24,97	2,4	8	23,71	3,1
9	27,29	3,0	9	25,24	2,7
10	29,16	3,5	10	27,52	3,2
11	31,78	3,8	11	33,02	4,9
12	33,46	3,6	12	34,83	5,1
13	34,43	4,2	13	37,86	5,8

Данные окружности груди также, как рост и вес, показывают пре-валлирование цифр у девочек после 11 лет, что является весьма харак-терным половым признаком, так как девочки, имеющие более ранний пре-пубертатный возраст, начинают ранее развиваться в ширину, в то время, когда мальчики продолжают развиваться в длину.

Т А Б Л И Ц А IV.

Окружность груди в паузе.

М а л ь ч и к и			Д е в о ч к и		
Возраст	На уров. 4 реб. в см.	σ	Возраст	На уров. 4 реб. в см.	σ
8	60,5	1,9	8	58,9	1,6
9	63,0	2,6	9	60,5	2,2
10	64,3	2,1	10	63,0	3,6
11	65,3	2,3	11	66,2	4,4
12	67,1	2,4	12	66,6	4,1
13	67,6	3,1	13	69,3	5,2

Сравнивая наши данные окружности груди с данными Николаева, мы во всех случаях отмечаем более низкие цифры для наших мальчиков. Что же касается цифр для девочек, то преваллирование цифр Николаева имеет место лишь до 11-тилетнего возраста, после чего наши цифры становятся большими.

К сожалению, не имея данных Г. И. С. Г. по окружности груди, мы лишены возможности сопоставить их с нашими.

Считая, что для оценки физического развития наиболее показательным, характеризующим конституцию, является индекс Pignet: рост— [вес + окружн. груди], мы, в ниже приводимой табл. V, приводим средние цифры этого индекса, полученные нами из соответствующих средних цифр нашего штандартного материала.

¹⁾ Вес определялся в чулках и нижнем белье. По Кристорфу вес белья для младш. возраста 272 гр., для средн.—328 гр.

Т А Б Л И Ц А V.

Индекс Pignet.

М а л ь ч и к и		Д е в о ч к и	
Возраст	Индекс (сред. дан.)	Возраст	Индекс (сред. дан.)
8	38,6	8	39,7
9	38,4	9	40,7
10	39,7	10	41,9
11	38,3	11	38,9
12	36,7	12	38,5
13	38,0	13	36,7

Анализируя особенности физического развития казанских школьников, а также сравнивая их с данными Николаева (Харьков) и Ин-та Соц. Гиг. (Москва), мы полагаем, что на основании совокупности наших данных, мы можем сказать, что „гармоническое развитие“ наблюдается в большей мере у казанских школьников, но в то же время казанские школьники являются более узкогрудыми (харьковские данные).

Травматизм в деревне и его причины по данным Наченальского врачебного участка, Ардатовск. уезда Ульяновской губ.

Завед. больницей врача **А. Е. Алеева.**

Знакомясь с хирургической литературой последних лет, все чаще и чаще встречаешь работы, посвященные изучению травматизма в деревне. Я не буду перечислять эти работы. Помещены они почти все в журнале „Новая хирургия“. Мне хочется настоящим своим сообщением сделать маленькое и скромное добавление к вопросу о повреждениях среди крестьян. Работая в течение целого ряда лет в участковой больнице, к которой прикреплены чисто земледельческие села, я накопил небольшой стационарный материал. Результат разработки этого материала мне и хотелось сообщить.

Должен сказать, что обработка земли, работа на гумне в нашем районе примитивная. Сельско-хозяйственных машин нет. Поле вспахивается сохой, жнут серпами, молотят цепами.

Взят для разработки, как я уже сказал, материал стационарный. Следовательно, сюда входят случаи наиболее тяжелых повреждений. Материал разработан за пять лет. Он охватывает собой всего лишь 123 случая, а именно: ушибов 12, ран холодн. 55, ран огнестр. 12, переломов прост. 33, перелом. осл. 6, вывихов 5.

По времени года повреждения распределяются так, что в среднем на каждый месяц приходится почти одинаковое число травм. На шесть месяцев работы в поле и на гумне падает столько же тяжелых повреждений, сколько и на зимние месяцы. Но, как будет видно дальше, далеко не все повреждения, зарегистрированные весной и летом, стоят в связи с сельско-хозяйственной работой, т. е. с работой по обработке поля и уборки хлеба. Оказывается, что главная масса повреждений получена или случайно, или на работах в лесу и т. д.

Тяжелые повреждения падают, прежде всего, на детский возраст, затем на возраст до 15 лет, много их от 16 до 20, меньше в возрасте рабочем, и мало—в старческом. Как у других авторов отмечено, так и я могу подтвердить, что свыше 50% повреждений в детском возрасте падает на летние месяцы, когда караульщиками детворы остаются в доме 7—8-летние няньки. Что касается повреждений в возрасте от 6 до 15 лет, то все они почти связаны с детскими играми летом и главным образом зимой. Есть отдельные случаи повреждений в этом возрасте, косвенно связанные с работами в поле, а именно: падение с воза со снопами—2 случая, попадание в поле под колесо телеги—1 случай (смертельный); был один случай попадания 8-летнего мальчика, благодаря недосмотру, под вал крупорушки (смертельный). Что касается возраста с 16 до 50 лет, то, прежде всего, нужно отметить, что все огнестрельные ранения падают на этот возраст. Из них 5 на возраст с 16 до 20 лет в результате баловства с огнестрельным оружием, 1 на почве ревности (нанесение ранения девице парнем). Одно ранение имело место

в случае отказа отца выдать свою дочь замуж: опечаленным женихом отец невесты был смертельно ранен. В двух случаях огнестрельные ранения получены при чистке и зарядке оружия. Наконец, 4 случая принадлежат пьяному травматизму. Что касается переломов костей, то, не считая их у детей до 10 лет, большой сравнительно % (до 24) падает на рабочих в лесу. Мне приходилось бывать на этих работах. При рубке одной деланки принимает участие до 30 и больше человек. Согласованности в работе нет, охраны труда не существует. Вáлят лес друг на друга. В результате,—или перелом черепа, или конечностей.

Несколько слов нахожу нужным сказать по поводу повреждений, получаемых крестьянами при работах на мельнице, крупорухке, шерсточеске, маслобойне. Кустарничество у нас развито, хотя и слабо, травма же при этих работах—жестокая.

Все раны идут за счет обширных размозжений мягких тканей, требующих весьма длительного лечения и часто заживающих обезображивающими и нарушающими функции конечностей рубцами. Эти повреждения с каждым годом увеличивают кадр инвалидов. Охрана труда пока-что минует наши „заводы“. Между прочим, при большой и спешной на мельнице или крупорухке работе допускаются в качестве помощников совершенно неопытные люди, которые и становятся жертвой вала или шестерни.

Что касается частоты повреждений тех или других частей тела, то на первом месте в нашем материале стоит бедро, затем голень, кн голова и плечо.

Нужно сказать, что огнестрельной травме и травме при работах шерсточеске чаще всего подвергалась кисть, при работах в лесу—бедро, голень и стопа; полость живота и голова ранились главным образом пьяному делу; повреждения множественные зарегистрированы как по-тоже в связи с пьянством. В двух случаях с повреждениями (один с-чай закончился смертью) поступали бандиты, в двух случаях поврежд-ния получены на пожаре.

В нижеследующей таблице привожу распределение различных групп повреждений по временам года.

1. Повреждения, наносимые крупными домашними животными. Жа-лобы б-ных: наступила лошадь; в связи с этими—вывих плеча, серьез-ное повреждение мошонки; корова ударила рогом—раны стенки живота, лошадь ударила копытом.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
	Ушибы	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Раны	1	—	—	—	1	2	—	—	1	—	—	—	2	7
Переломы пр.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Вывихи	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Всего	1	—	—	1	1	2	—	1	1	—	—	—	2	9

II. „Случайная“ травма. Сюда входят: баловство с ружьем, повреждения во время игр летом и зимой, бандитизм, падение в погреб, с полатей, с печи, падение с воза зимой и летом и др., укусы змей.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Ушибы	—	1	—	—	1	2	—	—	1	—	2	—	8	1
Раны прост.	—	—	2	—	3	1	—	1	2	2	4	—	15	1
„ укуш.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
„ огнестр.	—	2	—	—	1	—	1	—	—	1	1	2	8	1
Переломы прост.	2	2	1	2	1	—	—	—	3	1	—	—	13	—
Переломы осл.	—	1	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	5	1
Вывихи	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Всего	2	7	4	3	6	5	3	1	6	5	7	3	53	4

III. Детский травматизм. Здесь мы имеем главным образом дело с переломами конечностей. Детей или роняют слабосильные няньки, или детишки падают с кровати. В одном случае 5-летний ребенок получил перелом плеча во время катанья на салазках.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентяб.	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Раны прост.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Переломы пр.	—	1	—	—	1	2	—	—	—	1	—	1	6	—
Всего	—	1	1	—	2	2	—	—	—	1	—	1	8	—

IV. Травматизм при работах в лесу.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентяб.	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Раны прост.	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	1	1	5	—
Переломы пр.	1	1	—	2	2	—	—	—	—	—	1	—	7	2
Всего	1	1	—	2	2	3	—	—	—	—	2	1	12	2

V. Повреждения, получаемые при работах на мельнице, шерсто-ческе, крупурушке и т. д.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Раны прост.	3	2	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	6	—
Переломы пр.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Переломы осл.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Всего	3	2	2	—	1	1	1	—	1	—	—	—	11	1

VI. Травматизм, связанный с пьянством.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Ушибы	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	3	—
Раны холод.	—	2	1	—	3	1	—	2	1	2	1	1	14	4
Раны огнест.	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—
Переломы прост.	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Всего	1	2	4	—	3	2	—	3	3	2	1	2	23	4

VII. Повреждения, непосредственно связанные с работами в поле и на гумне.

Название повреждений	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего	Умерло
Ушибы	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Раны	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	3	—
Переломы пр.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Вывихи	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Всего	1	—	—	—	2	1	1	1	1	—	—	—	7	—

Мы видим, что свыше 40% повреждений „случайных“. Следующее место занимает травматизм, связанный с пьянством и, можно сказать, что травма, связанная с работой в поле и на гумне, занимает почти последнее место. Еще раз подчеркиваю, что травматизм взят тяжелый. На одном из заседаний Научного совещания врачей Ардатовского уезда мною сделан был доклад о травмах среди крестьян, причем был разработан материал амбулаторный. Всех повреждений, зарегистрированных амбулаторно в 1927 году было 407. Из этих 407 случаев наиболее тя-

желые (переломы и вывихи) отмечены в детском возрасте в летнее время. Рабочий возраст оказался наименее ранимым, да и повреждения-то были легкие: ушибы, порезы и т. п., требовавшие лишь амбулаторного лечения. Значительное число повреждений случайных приходится на долю резвого детско-отроческого возраста. Далее сюда же относятся драка из-за невест, падение заспавшихся ребятшек с печи и полатей. Мы видим, что эти случайные повреждения идут на понижение в горячую летнюю пору. Что же касается ребятшек до 5 лет, то у них наибольшее число травм зарегистрировано в летнее время. Несчастные случаи у кустарей и их помощников отмечены гл. обр. глубокой зимой. И лишь травматизм по пьяному делу остается стабильным на протяжении всего года.

К сказанному считаю интересным добавить следующее: всего койко-дней 123 больными проведено 2863; один больной в среднем провел в больнице 23,2 дня. Наибольшего количества дней лечения потребовал травматизм кустарей—35,7; за ним следует травматизм, связанный с вином—25,3; пострадавшие в лесу находились в больнице в среднем 23 дня, с повреждениями от домашних животных (лошадь, корова) 13,5; дети лежали 9,2 дня; с повреждениями, полученными при с/хоз. работах—11 дней. Смертей всего 11. Тяжелой оказалась „пьяная“ травма—на 23 случая 4 смерти, столько же смертей падает на повреждения „случайные“; на 8 повреждений, полученных в лесу, приходится 2 смерти. Интересно отметить, что в обоих случаях смерть последовала от жировой эмболии сердца на 8 день после перелома в одном случае бедра, в другом—голени.

На основании сказанного позволяю себе сделать следующие выводы:

- 1) Тяжелая травма, получаемая крестьянами при работах в поле и на гумне, в нашем районе, благодаря отсутствию сельско-хозяйственных машин, незначительна.
 - 2) Наибольшее число повреждений или „случайных“ или связанных с пьянством.
 - 3) Травматизм кустарей следует признать особенно тяжелым.
-

ИЗ ПРАКТИКИ.

К вопросу о лечении послеоперационной задержки мочеиспускания.

Е. Н. Аврова.

(Из хирургич. отдел. Елабужской кантонной больницы).

Послеоперационная задержка мочеиспускания часто представляет собою довольно неприятное и мучительное осложнение. Это осложнение наблюдается чаще при операциях на центральной нервной системе, паховой области, промежности, прямой кишке, области наружных половых органов, а также в большом и особенно малом тазу. Роль возникновения этого осложнения приписывается нескольким факторам. Операционная травма, интоксикация нервной системы от наркоза и анестезии (в особенности спинно-мозговой), выпадение условных рефлексов, связанных с необычным положением больного на спине, и, наконец, повышенная концентрация мочи могут повести к возникновению дисфункции в иннервации мочевого пузыря.

Нередко и самая операция в силу своих анатомо-физиологических особенностей, а также болевые ощущения, связанные с нею, могут сыграть первенствующую роль и рефлекторно вызвать задержку мочеиспускания.

С целью борьбы с задержкой мочеиспускания предложены многие мероприятия: приучать больных пред операцией производить акт мочеиспускания в лежачем положении; отделять больного, лежащего в общей палате, в отдельную, т. е. многие и здоровые не могут мочиться на глазах у других; придавать больному полусидячее положение или перекаладывать его на бок в случае, конечно, возможности этого; класть на область пузыря и промежности грелку; освобождать прямую кишку горячей клизмой, давать внутрь уксусно-кислый калий, впрыскивать через уретру 10—15 куб. сан. стерильного глицерина в наполненный мочью пузырь и проч.

Но ни одно из названных средств не является вполне верным и надежным и поэтому, скрепя сердце, всетаки приходится прибегать к катетеру, применение которого, несмотря на все асептические предосторожности, все-таки иногда подвергает больного риску получения цистита и пиелонефрита.

Вот почему я и задаясь целью сделать попытку оценить на своем материале действие разных средств при задержке мочеиспускания.

В 50 сл. мной испробована была серно-кислая магнезия. Пользовался я введением под кожу 20% раствора в количестве 5 куб. сан. Из 50 случаев желательного эффекта не получено в 10 случаях. Там же, где мочеиспускание наступало, оно появлялось спустя несколько часов после впрыскивания; в 8 случаях впрыскивание пришлось повторять.

Более верно действует предложенный Vogt'ом уротропин; но все же и при нем приходилось отмечать неудачи. Уротропин мною был применен в 60 случаях. Я пользовался введением в вену от 5—10 куб. сан. 40% раствора. Результаты применения его оказались далеко неблестящи; так, он не дал эффекта из 60 в 9 случаях, а в тех случаях, когда результат был получен, его пришлось ждать несколько часов—от 3 до 7.

Неудовлетворившись вполне вышеуказанными средствами, я с 1926 г. стал применять пилокарпин (по предложению Ламперта). Наблюдение над применением пилокарпина у меня произведено было в 110 случаях послеоперационной задержки мочеиспускания. Я применял инъекции одного куб. сан. 1% раствора пилокарпина вначале внутривенно; потом, благодаря большей простоте (можно поручить сестре,) перешел к подкожной инъекции. Мочеиспускание наступало через 5—15 минут после вспрыскивания. К повторным инъекциям мне прибегать не при-

ходилось. На всем своем материале я ни разу не испытал неудач, так, что не было надобности прибегать к катетеру. Каких-либо резких расстройств со стороны кровообращения и дыхания я не отмечал. Наблюдавшиеся обычно повышенное потоотделение, слюнотечение, иногда боли в животе, вследствие повышенной перистальтики кишечника, особенных неприятностей больным не причиняли.

На основании своего опыта я позволю себе сделать следующие выводы: из всех предложенных до сего времени фармакологических средств для лечения послеоперационной задержки мочеиспускания наилучшим, согласно моему опыту, является пилокарпин.—по скорости действия, простоте применения, безболезненности и абсолютной безопасности. Он вполне может быть рекомендован, как средство, заменяющее катетеризацию с ее, иногда, пагубными последствиями. Противопоказано его применение лишь в случае, где по самому характеру операции требуется после операции покой кишечника.

Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекрутившейся ножкой беременной трубы.

А. А. Благодаров.

(Из Красноярского городского родильного дома).

Сочетание комбинированной беременности с перекручиванием ножки беременной трубы едва ли кем наблюдалось, и потому подобные случаи нужно считать исключительной редкостью. Это и позволяет нам опубликовать наше наблюдение.

Б-ая Е. 28 л., доставлена в тяжелом состоянии 9/VII 26 г. с жалобами на внезапно возникшие две недели назад резкие боли в полости живота, вздутие кишечника, непрерывную рвоту, задержание мочи и запоры. Первые менструации имела на 15 году по 3—4 дня. Замужем с 21 года, имела 3 родов. Начало заболевания связывает с задержкой месячных в октябре и ноябре месяце 1925 г., после которой у нее было в продолжении 3 недель кровотечение и с января месяца наступила новая задержка менструаций, продолжающаяся до поступления теперь в больницу. Движение плода не ощущала. До начала заболевания в полости живота никакой опухоли не замечала, а перед повторной задержкой наблюдала внизу живота какую-то подвижную опухоль.

Больная среднего роста, астеничка, резко истощена и обезвожена, № 374, пульс частый и слабого наполнения, дыхание частое и поверхностное. Объем живота соответствует 8 мес. беременности, стенки, при ощупывании, равномерно по всей поверхности резко болезненны. На уровне пупка поперечной бороздой опухоль ясно разделяется на две половины, причем у левого края эта граница исчезла. Пробой Нос-Пне с внутривенным введением адреналина и бимануальным исследованием установлено наличие 6-месячной маточной беременности, а верхняя половина опухоли была принята за яичниковую кисту с перекрутившейся ножкой. Реакция осадения эритроцитов—15 мин.

В виду тяжелого состояния больной и неясности диагноза, сначала произведено при помощи метрейриза прерывание беременности; рождение 6-месячного ребенка и выделение последа без осложнений, послеродовой период нормальный, имевшие место в животе боли совершенно стихли. В левой подвздошной области оставалась малоподвижная, безболезненная, ровной округлой формы плотно-эластическая опухоль.

Чревосечение 5/VIII. Из левой подвздошной области извлечена, по разделении рыхлых спаек с сальником и кишечником, овальной формы опухоль, величиной с две головки новорожденного, покрытая серозной оболочкой, темно-багрового цвета, связанная довольно длинной ножкой, перекрутившейся более, чем на 360° с левым углом матки. По отделении опухоли культи перитонизирована. Послеоперационный период протекал гладко и через 12 дней б-я выписана здоровой.

Макроскопически опухоль представляла из себя растянутую излившейся в ее полость кровью левую трубу со значительно гипертрофированными и утолщенными мышечными стенками. Следов остатка фимбрий и яичника не обнару-

жено. Содержание трубы состояло из большого количества сгущенной темной крови и шаровидного, величиной с яблоко, образования, трубной мола, плотно приросшего к одной из стенок трубы. На разрезе это образование мола состояло из многочисленных различной величины полостей, заполненных студенистой гомогенной массой, светло-розового и местами темно-рубинового цвета. Наружный покров мола и перегородки между ее полостями были образованы из различной толщины пластинок местами слоистого строения. На месте прикрепления образования стенка трубы представляла одно целое с мола и была соединительно-тканно изменена. Внутренняя поверхность трубы была шероховата от покрывающего ее фибрина и местами имела вздутие и выпячивание от бывших кровоизлияний в подслизистый слой. Толщина стенки трубы достигала 1 сан. Микроскопически элементов хортона в трубном мола не обнаружено. Перегородки и наружный покров мола состояли из соединительно-тканых и бесструктурных фибриногенного происхождения пластинок; гомогенная масса имела местами сетчатое строение.

Мы имели, следовательно, первоначально прервавшуюся трубную беременность, подвергшуюся изменениям отчасти вследствие самостоятельных регенеративных изменений, а отчасти под влиянием наступившей позднее маточной беременности.

Наличие в нашем случае перекручивания изолированной ножки беременной трубы осложнило трудности распознавания и само по себе представляет, может быть, неповторяемую комбинацию с основным заболеванием.

Случай атипического острого полиомиелита у взрослого.

Д. Т. Куимов.

(Из клиники нервных болезней Пермского государственного университета).

Болезнь Heine-Medin'a представляет собой не только заболевание «коварное»¹⁾, но и не вполне изученное в этиологическом отношении и не получившее законченной клинической обрисовки. Огромное большинство наблюдений, посвященных этой клинической форме, касается детского возраста; острый же полиомиелит взрослых является довольно редким заболеванием. В клинике нервных болезней Пермского гос. ун-та мне привелось наблюдать случай острого полиомиелита у взрослого с своеобразной, атипической локализацией.

Б-ой Б-ин П. Е., 28 лет, крестьянин, поступил в Клинику 11/IV 28 г. с жалобами на похудание мускулатуры и слабость в руках и ногах. Начало настоящего заболевания относит к августу м-цу 1915 г. Началось сразу. Утром больной почувствовал ощущение холода и онемение в пальцах рук и ног. П. Е. не обратил на это серьезного внимания и пошел в поле работать (жать), но из-за не ловкости и слабости движений в пальцах рук работу вынужден был оставить. На другой день слабость в руках и ногах настолько усилилась, что больной уже не мог ходить, при этом никаких болей в руках и ногах он не ощущал; заметного повышения температуры также не было. На третий день б-ой был помещен в больницу, а на следующий день у него появился сильный жар, понос, боли в пояснице, резкое ограничение произвольных движений во всех четырех конечностях с судорожным «скрючиванием» пальцев рук и общая сильная слабость. Ни тошноты, ни рвоты не было; понос не носил характера профузного. Никаких болей ни в руках, ни в ногах попрежнему не отмечалось.

В больнице, где фельдшером был поставлен диагноз брюшного тифа, П. Е. пролежал 6 недель и за все это время у него держалась ¹⁰ (высокая ¹⁰ была в течение первой недели), понос, а первоначальное ограничение движений в конечностях достигло полного паралича всех четырех конечностей. Никаких расстройств тазовых органов не было. Не было и болевых ощущений в конечностях. По выходе из больницы больной стал замечать постепенное улучшение, «болезнь пошла

¹⁾ В. П. Первухин: «Учение об остром (переднем) полиомиелите». 1915.

на убыль: появился аппетит, сон, нормальное отправление желудка, а через год от начала болезни П. Е. стал ходить и свободно двигать руками и ногами. Улучшились почти до нормы движения в плечевых и локтевых, тазобедренных и коленных суставах и параллельно улучшилась мускулатура в них, в области же кистей и стоп, а также в области нижних частей голени и предплечий атрофии и паралич мышц остались в резкой степени и не обнаруживают склонности к улучшению.

Со стороны наследственности никаких особенностей не отмечается. Наш б-ной, третий по счету ребенок в семье, родился в срок и рос здоровым. В детстве перенес корь и оспу. В школе учился плохо. Женится на 21 году, тогда же начал половую жизнь. Жена здорова, имела четыре беременности: один ребенок жив, два умерло и один выкидыш (3 мес.). Сифилис, тbc, алкоголизм, душевные и нервные болезни у себя и в роду отрицает. Физических и психических травм и простуды не было.

В настоящий момент больной чувствует себя вполне удовлетворительно и отмечает, что похудание и слабость в руках и ногах не только не прогрессируют, но он даже пополнил и окреп.

Объективно. Похудание мышц нижней трети предплечья и кисти на обеих руках — «main en griffe». Похудание мышц плечевого пояса. Диффузное исхудание мышц седалища и ног; на дистальных концах ног исхудание выражено значительно резче. Несильный лордоз. Трофических расстройств со стороны костей и позвоночника не отмечается. Объем произвольных движений в больших суставах не ограничен. Резкое ограничение произвольных движений в кистях и стопах (стопы отвисают), в пальцах рук и ног. Из движений пальцев рук сохранилось только противопоставление большого пальца мизинцу. Сила в дистальных отделах всех четырех конечностей резко уменьшена. Живая механическая возбудимость мышц плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей. Спорадические фасцикулярные подергивания в мышцах плечевого пояса и в мышцах груди. Механическая возбудимость мускулатуры седалища и нижних конечностей утрачена. Тонус мышц нижних и верхних конечностей понижен; в дистальных отделах сильней. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях живые; коленные — слегка понижены; Ахилловы отсутствуют. Кожные рефлексы: брюшные и с кремастера вызываются; подошвенный отсутствует на обоих ногах. Патологических рефлексов нет. Чувствительность: легкое, едва заметное понижение чувствительности на дистальных концах рук. Черепно-мозговые нервы в пределах нормы. Походка: больной ходит без костылей. Во время ходьбы он высоко поднимает стопы и некоторой силой ставит их (лошадиная походка). Никаких покачиваний во время ходьбы не отмечается. Вообще атактических движений как в верхних, так и в нижних конечностях у нашего больного нет. Конрактур также нет — пассивные движения всегда свободны. Нервные стволы и мышцы совершенно безболезненны. Сильная потливость. Цианоз и похолодание дистальных концов конечностей. Психика нормальна. Со стороны других органов также отклонений от нормы не отмечается.

Электровозбудимость: реакция перерождения в мышцах кистей, голени и стоп. Вялая, червеобразная реакция на гальванический ток с nn. tibial. et peron., на фарадич. ток реакция отсутствует. Liquor cerebro-spinalis: реакции P and y и Nonne-Arelt'a отрицательны, цитоз 0. Реакции Wassermann'a I и S — отрицательны. Моча нормальна. Visus oc. utriusq. — 1,0. Легкое побледнение височных частей обоих сосков.

В основе нашего случая будет правильно принять спинно-мозговое страдание — перенесенный 13 лет тому назад острый полиомиелит, развившийся у взрослого субъекта, но имеющий некоторые особенности, а именно: 1) сравнительно длительный лихорадочный период болезни (если, разумеется, больной правильно передал эту особенность своей болезни); подобная длительность лихорадочного периода остро го полиомиелита встречается у взрослых чаще, чем у детей, и 2) периферическая локализация параличных явлений, что создает сходство с обычной картиной полиневрита. Такой полиневритический тип остро го полиомиелита отмечен в специальной литературе.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

О некоторых основных законах возникновения, развития и угасания эпидемий.

Проф. В. М. Аристовского.

Одним из характерных признаков заразных болезней, — признаков, позволивших медицинской мысли еще задолго до открытия царства микробов выделить инфекционные заболевания в особую, своеобразную группу болезней, является то обстоятельство, что эти болезни принимают время от времени широкое распространение, когда мы говорим о наличии эпидемии. Неоднократно сделанное наблюдение, что за одним спорадическим случаем часто следуют массовые заболевания, подобно тому, как от одной брошенной искры возникает огромный пожар, распространяющийся на обширную территорию, дало возможность научным мыслителям глубокой древности говорить о том, что причиной заразных болезней является нечто такое, что способно к развитию и размножению или, проще говоря, должно быть живым существом. Истина эта, как всем хорошо известно, стала научным достоянием лишь со времени гениальных работ Pasteur'a и Koch'a, с именем которых связывается возникновение медицинской микробиологии, как самостоятельной научной дисциплины медицинских знаний. Блестящие открытия пионеров медицинской микробиологии внесли необычайное воодушевление в настроение тех, кто был занят мыслью глубже проникнуть в загадочные явления, окружавшие вопрос о сущности инфекционных заболеваний. С тех пор изучение заразных болезней, сделавшее за весьма короткий период времени целый ряд крайне важных открытий как теоретического, так и практического характера, сосредоточивается по преимуществу в лаборатории, в значительной мере затухавшей на короткое время методы клинического и эпидемиологического анализа явлений. Увлечение успехами экспериментальной бактериологии было настолько велико, что многим казалось, что одного факта открытия возбудителя болезни было достаточно для того, чтобы считать вопрос о данной инфекции почти исчерпанным. Настойчивая погоня за открытием новых патогенных микробов в значительной мере подогревалась односторонним представлением о роли патогенного возбудителя в возникновении и развитии болезни: присутствие специфических бактерий считалось единственно необходимым и вполне достаточным условием происхождения заразных болезней. В скором времени, однако, когда первый угар страсти к открытиям рассеялся, когда наши знания о заражении и о возбудителях значительно пополнились, „мы“, говорит Müller, „стали гораздо скромнее. Где нам казалось, что мы ясно видим все подробности, там возникло множество новых задач; многие клинические данные, которые во время первого бактериологического увлечения были чуть ли не сданы в архив, вступили вновь в свои права, и, признавая необычайный прогресс, которым мы обязаны открытиям Koch'a и его учеников, мы должны все же сознаться, что еще очень далеки от цели, которую считали уже достигнутой“. Как из данных экспериментальной бактериологии, так и из повседневного наблюдения над возникновением заразных болезней стало ясно, что кроме безусловно необходимого присутствия патогенного микроба должны быть выполнены и другие условия, чтобы могла развиться заразная болезнь. Условия эти прежде всего нужно искать в свойствах зараженного организма, и потому инфекционные заболевания мы должны рассматривать как биологическое явление, представляющее из себя функцию взаимодействия двух живых существ друг на друга. А поскольку свойства макро- и микроорганизма не представляют из себя постоянной величины, а резко меняются в зависимости от внешних условий, то в конечном счете мы при изучении заразных болезней должны считаться с 3-мя факторами: 1) совокупностью свойств макроорганизма, 2) свойствами патогенного

микроба и 3) совокупностью внешних условий, при которых совершается влияние обоих существ друг на друга. Этими тремя основными линиями и определяются пути изучения заразных болезней, причем для успеха всестороннего познания этих болезней все эти линии направления оказываются одинаково ценными и необходимыми. Эти положения, однако, не определяют ближайших задач, которые стоят перед медицинской мыслью в деле изучения инфекций. Отдельные же задачи этой обширной по своему объему отрасли медицинских знаний оказываются весьма различными в зависимости от цели, которую ставит перед собой исследователь, а также в зависимости от подхода к такому сложному биологическому явлению, как инфекционные заболевания. Клиника имеет в виду по преимуществу цели практического обслуживания заболевшего организма в смысле лечения, диагностики, правильного ухода и т. д. Экспериментальная бактерио- и серология ставит себе задачей прежде всего изучение патогенеза заболевания, стремясь при этом определить роль патогенного микроба, механизм происхождения и развития инфекции, изучить защитные силы макроорганизма, которыми он располагает в борьбе с инфекцией, механизм выздоровления и иммунитета, другими словами, изучить интимную картину единоборства между макро- и микроорганизмом.

Такой подход к изучению инфекционных заболеваний вполне оправдал себя, обогатив, как известно, научную сокровищницу наших знаний огромным количеством теоретических и практических данных в деле изучения и борьбы с инфекционными болезнями.

При таком подходе к изучению заразных болезней остается, однако, в стороне, или, по крайней мере, отодвигается на задний план та чрезвычайно характерная черта заразных болезней, о которой мы говорили в самом начале, а именно способность их разгораться в эпидемии. Заразные болезни в состоянии эпидемического распространения, представляя из себя по существу то же биологическое явление, в основе которого лежит взаимодействие между макро- и микроорганизмом, ставят перед исследователем задачу изучения их, как массового явления. Здесь с чрезвычайной яркостью мы наблюдаем пример того, как одно и то же явление, изменяясь в количественном отношении, приобретает новое качество, придающее всему явлению совершенно своеобразную физиономию. Изучением заразных болезней, как массового явления, занимается самостоятельная отрасль медицины—эпидемиология. До открытия живых болезнетворных возбудителей в руках исследователей был единственный метод изучения эпидемий, сводившийся к описанию и статистическому анализу отдельных явлений и позволявший отсюда делать выводы и заключения об определенной закономерности в возникновении, развитии и угасании различных эпидемий. Метод этот до сих пор оказывает чрезвычайно большие услуги; в особенности же он становится ценным, если одновременно привлекаются к анализу явлений факты, добытые экспериментальной бактериологией и серологией, в свете которых только и возможно бывает расшифровать загадочные явления и дать рациональное объяснение непонятным на первый взгляд фактам. Для примера укажу на некоторые факты, которые могли стать и стали нам известными только благодаря исследованиям чисто бактериологического характера и которые явились по выражению [Gotschlich'a] той нитью Ариадны, которая позволила нам не запутаться в лабиринте крайне сложных эпидемиологических явлений. Сюда относятся: возможность точного определения и распознавания отдельных нозологических единиц, сходных между собой по клинической картине и резко отличающихся друг от друга с этиологической точки зрения (тиф—паратиф, дифтерия—стрептококковая ангина); существование т. наз. латентных или немых инфекций, которые, с одной стороны, сообщая человеку иммунитет, а с другой—являясь трудно уловимым источником распространения заразы, играют огромную роль как в происхождении, так и угасании эпидемий; вопрос этот непосредственно сливается с вопросом об эпидемиологическом значении „бациллоносительства“, ставшего нам известным только благодаря бактериологическим исследованиям; изучение биологических свойств патогенных микробов, истории их развития, распространения в природе—все это оказало современной эпидемиологии необычайно крупную услугу.

В соответствии со всем сказанным современные эпидемиологические исследования идут по двум направлениям: 1) по пути эпидемиолого-статистического метода, когда исследователь исходит из статистических фактов (индуктивный или аналитическая эпидемиология); 2) точкой отправления служит биология болезнетворных возбудителей (дедуктивный или синтетическая эпидемиология [Gotschlich]). По выражению Kisskalt'a первый метод призван для того, чтобы выдвинуть

ту или иную проблему, а второй—чтобы ее разрешить. За последнее время английскими и американскими исследователями предложен новый многообещающий экспериментальный метод изучения эпидемий (экспериментальная эпидемиология), сущность которого сводится к тому, что изучение заразных болезней производится в экспериментальном порядке не на отдельно взятом лабораторном животном, а в условиях массового сожительства (т. наз. мышиные поселки) и в возможном приближении к естественным для соответствующей инфекции условиям ее распространения.

Каким бы путем или методом мы ни подходили к изучению эпидемиологии заразных болезней, мы никогда не должны упускать из виду, что в основе своей инфекционные заболевания—будь то единичный случай или массовое явление—представляют из себя результат сочетания 3-х факторов: макроорганизма, микроорганизма и внешних условий. И если все эти 3 фактора ясно выступают на сцену уже при обычном лабораторном эксперименте заражения опытного животного, то при анализе эпидемического распространения болезни те же факторы кладут свой отпечаток и на характер эпидемии, позволяя связать те или иные характерные черты ее с особыми свойствами этих факторов, действующих в данный момент.

Само собой понятно, что результат воздействия микроорганизма на животный организм определяется прежде всего взаимоотношением сил, находящихся в распоряжении того и другого участника борьбы. Это соотношение сил мы можем представить себе в виде некоторой постоянной величины, если будем иметь в виду данного специфического возбудителя и определенный вид животного и если исключим на время действие на них каких либо привходящих моментов, могущих изменить это соотношение в ту или другую сторону. Таким образом, мы можем вывести некоторую постоянную среднюю величину, которая будет характеризовать отношение *данного* вида животного к *определенному* микробу. Для характеристики этого отношения Gottstein пользуется определением восприимчивости—*Empfänglichkeit*—животного к заразе и степенью его неустойчивости—*Hinfälligkeit*—в борьбе с наступившим заболеванием. И по тому и по другому признаку отдельные инфекционные заболевания резко отличаются друг от друга: так, например, что касается восприимчивости, то корь, ветряная оспа, натуральная оспа (разумеется в условиях непривитого населения), инфлюэнца, половые болезни относятся к заболеваниям, при которых почти все 100% инфицированных лиц прорывают типическую картину болезни: для большинства же эпидемических острых заболеваний человека величина восприимчивости, т. наз. контагиозный индекс, значительно ниже, вследствие чего заболевают далеко не все лица, а только некоторая часть из числа несомненно инфицированных (скарлатина, дифтерия, тиф и пр.). Что касается второго признака, характеризующего соотношение сил между макро- и микроорганизмом—неустойчивости,—то и в этом отношении различные инфекционные болезни характеризуются различными степенями этой неустойчивости; наивысшую степень мы наблюдаем при легочной чуме, где смертность среди заболевших достигает 100%; при других инфекциях эта цифра значительно ниже, составляя для холеры 50%, а для большинства других заболеваний всего лишь около 10% и даже большею частью еще ниже (Gottstein). Без дальнейшего пояснения само собой понятно, что тот и другой из указанных признаков, оставаясь при определенных условиях величиной постоянной и во всяком случае характерной для определенной инфекции, неминуемо накладывают свой отпечаток на развитие и тяжесть соответствующей эпидемии. Заразные болезни, характеризующиеся высшей степенью восприимчивости к ним человека, будут при прочих равных условиях давать круто поднимающиеся кривые в соответствии с быстрым охватом большого количества лиц в относительно короткий период времени; болезни, характеризующиеся высшей степенью неустойчивости к ним человека, разовьются в эпидемии, отличающиеся высокой смертностью среди заболевших.

Характерной чертой эпидемического распространения большинства заразных болезней является волнообразное движение их, причем периоды широкого развития заболеваний в данной местности чередуются с периодами почти полного затишья. Эта черта, характеризующая эпидемическое распространение заболеваний, была подмечена уже давно и в настоящее время никак не может быть оспариваема. Поскольку основным моментом в происхождении заразных болезней является определенное соотношение сил между макро- и микроорганизмом, нужно а priori ожидать, что и явление периодичности в движении инфекций в основе своей должно иметь периодические колебания в ту или другую сторону указанных выше моментов, характеризующих это соотношение сил, т. е. степени восприимчивости и не-

устойчивости человека по отношению к патогенному возбудителю. И если оба эти признака при неизменяющихся внешних условиях, как мы только что говорили, представляют из себя некоторую постоянную и характерную величину для данного патогенного возбудителя со средней степенью вирулентности по отношению к определенному виду животных, то в то же время совершенно достоверно, что обе эти величины показывают резкие колебания, притом также достаточно характерные для каждой инфекции, если мы поставим себе задачей определить эти величины для *данного момента времени, для данной группы населения* и по отношению к той генерации микроорганизма, которая *в настоящий момент* является виновником заболевания.

При таком подходе к делу мы скоро, иногда на протяжении одной и той-же эпидемии, окажемся свидетелями чрезвычайно резких колебаний в интересующем нас соотношении сил. В основе этих колебаний лежат изменения свойств как макро- так и микроорганизма, наступающие под влиянием внешних условий, в том числе и самого факта наличия эпидемии. Что касается макроорганизма, то изменение его свойств и отношения к патогенному возбудителю, рассматриваемое нами как массовое явление, должно иметь в своей основе действие таких факторов, которые отличаются массовым характером и подчиняют своему влиянию сразу более или менее значительные слои населения. Примеры, поясняющие эту мысль всем хорошо известны, и мы сами являемся живыми свидетелями того, как за время войны, голода и экономического нестроения целый ряд инфекционных заболеваний принял широкое эпидемическое распространение, почуяв под собой благоприятную почву в виде повышенной восприимчивости, неустойчивости широких слоев населения к инфекциям. Помимо причин социального, культурного и экономического порядка, хорошо всем известных и влияющих на восприимчивость и устойчивость населения — я бы сказал — неспецифическим путем, огромная роль в указанном направлении принадлежит факторам специфического иммуно-биологического порядка. Я должен теперь же оговориться, что эпидемиологическое значение этих факторов в полном их объеме далеко не представляется нам ясным для каждой отдельной инфекции. И если мы достаточно хорошо изучили явления закономерности, по которым возникает индивидуальный иммунитет больного организма, то законы появления массового иммунитета, развивающегося в условиях конкретной действительности и создающего невосприимчивость к заразе широких кругов населения, в настоящее время только еще намечаются. Однако, по отношению к отдельным инфекционным заболеваниям мы и теперь уже располагаем некоторыми данными, которые позволяют нам учесть роль массового иммунитета в деле возникновения, развития и угасания эпидемий.

В зависимости от особенностей иммунитета в каждом отдельном случае его эпидемиологическое значение будет резко меняться, смотря по виду инфекции, с которой мы имеем дело. Особенности этого иммунитета, поскольку они определяют его массовый характер, должны а priori отразиться на ходе эпидемической кривой. Для примера позволим остановиться на двух инфекциях, при которых роль и значение иммунитета для развития эпидемий, согласно интерпретации Gottstein'a, представляется в следующем виде:

Смертность от кори для отдельных возрастных групп является, как известно, очень типичной. Если проследить кривую смертности от кори для большого города на протяжении десятилетий, то получается картина с периодическими закономерными колебаниями. Демонстративная кривая получается в том случае, если в основу кривой положить промежутки времени в $\frac{1}{4}$ года. В этом случае мы отмечаем на кривой крутые периодические подъемы, свидетельствующие о быстро наступающем увеличении смертности, герп., заболеваемости корью. Цифра высокой смертности держится одну, много 2 четверти года и затем так же круто падает вниз, т. е. эпидемия стихает; это затишь продолжается в дальнейшем в среднем около 5-ти лет, когда снова наступает крутой подъем кривой с последующим крутым же падением и т. д. Объяснение характера кривой коревых эпидемий кроется в следующих фактах: корь принадлежит к тем инфекциям, по отношению к которым род человеческий обладает восприимчивостью в размере всех 100%. Большинство людей переболевают корью уже в детстве. Известно далее, что корь за очень редкими б. м. исключениями сообщает переболевшему продолжительный и стойкий иммунитет. В силу резкой прилипчивости кори, при каждом взрыве эпидемии корью переболевает большинство детского населения, причем вначале заболевают, по Gottstein'у, дети в возрасте около 6-ти лет, непродлавшие почему нибудь коревой инфекции в раннем детстве, и быстро распространяют

заразу на более молодые возрастные группы детского населения, состоящие по преимуществу из лиц неперенесших и, следовательно, легко восприимчивых. Быстро охватывая почти все восприимчивое детское население, корь сообщает ему стойкий и продолжительный иммунитет и тем самым создает условия для прекращения эпидемии. Таким образом, крутой подъем эпидемической кривой кори, ограниченный период времени ее высокого стояния и быстрое и крутое падение стоят в прямой зависимости от резко выраженной у человека восприимчивости к этой болезни и стойкого иммунитета к ней после перенесенного заболевания. Угасшая коревая эпидемия, оставившая после себя массовый иммунитет детского населения, вновь может вспыхнуть только тогда, когда подрастет новое поколение детей, восприимчивых к кори. Накопление этого горючего материала до размеров, достаточных для развития новой эпидемии, требует приблизительно пятилетнего периода времени, в связи с чем и стоит то обстоятельство, что эпидемическая кривая коревых эпидемий характеризуется 5-летними периодами.

Иные иммуно-биологические условия мы встречаем при дифтерии, в соответствии с чем и эпидемическая кривая дифтерии имеет совершенно другой вид. Прослеженная на протяжении столетий, эта кривая показывает своеобразную периодичность. Подъемы кривой здесь, в противоположность кори, совершаются медленно и на высоте своей вершины требуют больших жертв среди детского населения. Падение кривой совершается также очень медленно, требуя десятилетия, чтобы прийти в состояние покоя. Таким образом, если эпидемии кори укладываются в промежутки времени от одной до 2-х четвертей года, то эпидемии дифтерии — на протяжении нескольких десятилетий. Кроме того, корь разыгрывается по преимуществу среди детей до 5-летнего возраста, тогда как дифтерия охватывает много поколений детского возраста, не щадя и старшие возрастные группы. Основания для этой разницы нужно искать в явлениях иммуно-биологического порядка. Чрезвычайно интересные соображения в этом направлении высказывает *Gottstein*. Этот автор изучил цифры смертности от дифтерии не по отдельным годам, а по отношению к отдельным поколениям детского населения. При этом оказалось, что отдельные поколения несут далеко не одинаковое количество жертв от дифтерии на протяжении своего детства вплоть до юношеского возраста. Это стоит в связи с тем, что среди отдельных поколений встречаются поколения с большим количеством индивидуумов, характеризующихся резко выраженной восприимчивостью и неустойчивостью к дифтерии, а с другой стороны поколения, отличающиеся противоположными качествами. Между ними располагаются поколения, являющиеся переходными между этими двумя крайностями. Периодическая смена этих поколений и обуславливает периодичность возникновения дифтерийных эпидемий; в основе же смены поколений лежат причины наследственного порядка. Повышенная восприимчивость и неустойчивость к дифтерии свойственна от природы не всем людям; обладающие же этими свойствами лица передают их своему потомству, как наследственный признак по законам *Mendel's*. В силу этого, если оба родителя являются восприимчивыми к дифтерии, то и все дети их оказываются восприимчивыми; потомство невосприимчивых лиц оказывается также невосприимчивым; наконец, если один родитель принадлежит к одной, а другой — к другой группе, то восприимчивыми оказываются лишь те дети, которые по своей кровяной группе унаследовали свойства восприимчивого родителя. Если мы теперь за исходный пункт возьмем детское поколение, богатое восприимчивыми к дифтерии вариантами, которое, как мы сказали выше, несет большие жертвы от дифтерии на протяжении всего детского возраста, то понятно, что неустойчивые элементы будут постепенно отмирать, в то время как оставшиеся пощаженными и выздоровевшие достигнут взрослого возраста, который т. о. будет характеризоваться большим количеством лиц с выраженной устойчивостью к дифтерии. Отсюда произойдет новое поколение детей, в котором число неустойчивых будет невелико. Детское население, состоящее по преимуществу из подобных поколений, не может послужить благоприятной почвой для развития эпидемии дифтерии, и наличие его в данный период времени будет соответствовать низкому положению эпидемической кривой. Лишь постепенно, на протяжении дальнейших десятилетий, будет подрастать новое поколение восприимчивых к дифтерии благодаря смещению устойчивых и неустойчивых родителей, чтобы создалась таким образом новая почва для взрыва эпидемии.

Эти чисто эпидемиологические наблюдения *Gottstein's* нашли за последнее время подкрепление в исследованиях *Hirzfeld's* и *Brokman's*, касающихся наследственной передачи предрасположения к дифтерии. Эти авторы вос-

пользовались для определения чувствительности человека к дифтерии методом внутрикожной реакции Schick'a и доказали закономерность ее наследственной передачи, идущей параллельно с передачей групповых антигенов крови.

Приведенных примеров анализа эпидемических кривых кори и дифтерии вполне достаточно, чтобы убедиться в огромном значении факторов иммуно-биологического порядка, которые, проявляясь, как массовое явление, и резко меняя состав горючего материала, кладут свой резкий отпечаток на развитие той или другой эпидемии. Нужно, однако, признать, что роль и эпидемиологическое значение указанных факторов по отношению к целому ряду инфекций до настоящего времени далеко еще не изучены с подобающей полнотой. Несомненно, что помимо весьма важной роли в создании иммунитета населения путем переболевания большого числа лиц, помимо наследственной передачи природного иммунитета и селекции, которые могут вести к появлению как устойчивых, так и неустойчивых групп населения, массовый иммунитет определяется, повидимому, и расовыми признаками, а также в значительной мере зависит и от внешних условий: от возраста, пищевого режима, условий труда, ранее перенесенных болезней.

Значение расового иммунитета особенно ярко подчеркивается экспериментами Webster'a на белых мышях: автор заразил per os одной и той же культурой мышиного тифа мышей 2-х рас: выводок Рокфеллеровского института и полученный им из Пенсильвании. Все животные находились в одинаковых условиях и получали одинаковую пищу, и все же при этом оказалось, что Рокфеллеровские мыши дали 70% смертности, а Пенсильванские только 30%. Аналогичные опыты, обнимающие группу в 2100 мышей, принадлежавших к 4-м различным расам, произведены Pritchett'ом, показавшим, что чем ближе родство между отдельными расами, тем меньше разнится процент их смертности.

Этим-же авторам принадлежит весьма интересные исследования из области экспериментальной эпидемиологии, в которых они стремились изучить вопрос о влиянии на состояние восприимчивости различных сортов пищи. Не останавливаясь на изложении относящихся сюда экспериментов, укажу только, что в зависимости от пищевого режима % смертности животных в этих экспериментах колебался до 10% до 86%.

Выше уже указывалось на значение массового иммунитета населения, являющегося в результате разыгравшейся эпидемии. Необходимо добавить, что население иммунизируется во время эпидемии не только путем переболевания, но и другими, менее жестокими способами. Это—легкие, хронические инфекции, немые инфекции и бактерионосительство. Наблюдения, произведенные в Рокфеллеровском институте над экспериментальной эпизоотией мышиного тифа, показали, что если население, охваченное эпидемией, будет предоставлено само себе, то инфекция постепенно угасает, и устанавливается определенное равновесие между хозяином и паразитом. Дело, однако, меняется, если в этот период покоя потерявшее в своей численности население снова пополняется свежесодержанными мышами до прежней величины. Через несколько дней наступает новая вспышка эпидемии, от которой сначала гибнут свежие, а затем и старые мыши. Если в момент вновь наступившего затишья эта убыль опять пополняется, то это приводит к новой вспышке. Авторы повторяли такое периодическое пополнение мышиного населения на протяжении 11 вспышек и, подводя итоги смертности среди старых и свежих мышей, пришли к чрезвычайно интересному выводу: чем большее число эпидемических вспышек пережила одна и та-же партия животных, т. е. чем более длительный срок она была в соприкосновении с заразным началом, тем в меньшем количестве она несла смертельные жертвы. Так, если подсчитать % смертности среди мышей во время вспышки эпидемии, развившейся после 3-го пополнения, то оказывается, что только-что подсаженные дали 35% смертности, мыши, пережившие одну эпидемию—29%, две эпидемии—14%, три эпидемии—0% (A m o s s).

Уже а priori можно ожидать, что наличие иммунных прослоек в населении должно отразиться на характере эпидемии. Вопрос этот экспериментально изучался Torpley'ем и Wilson'ом. Опыты состояли в том, что часть мышиного населения подвергалась искусственной вакцинации, часть оставалась непривитой. Из этих опытов выяснился не только факт понижения смертности среди привитого населения, но и уменьшение смертности и увеличение продолжительности выживания непривитых животных. Из опытов этих же авторов выяснился и еще один крайне интересный в эпидемиологическом отношении факт. Если только что было указано, что наличие иммунной прослойки в населении сказывается уменьшением смертности среди привитого и непривитого населения, то оказывается, что при извест-

ном количественном отношении между числом иммунизированных и неиммунизированных особей, наличности значительного процента этих последних в населении редет как бы к понижению резистентности иммунного населения, которое может нести тяжелые жертвы от эпидемии, несмотря на свою иммунизацию.

Мы еще далеки от того, чтобы точно учесть влияние разнообразных факторов на состояние резистентности населения к заразным болезням. Но и приведенных выше основных фактов вполне достаточно, чтобы признать чрезвычайно важную роль иммунологического состояния организма в эпидемическом развитии заразных болезней и значение в этом вопросе отдельных факторов, которыми определяется степень массового иммунитета населения.

Если т. о. состояние макроорганизма оказывает огромное влияние на течение эпидемий, то не менее важная роль выпадает на долю и другого неперменного участника инфекционного процесса—микроорганизма, и прежде всего потому, что от его свойств и особенностей в каждом отдельном случае будет зависеть в определенной зависимости как восприимчивость, так и неустойчивость к заразе со стороны макроорганизма. Мы остановимся здесь на двух основных явлениях: на количестве и вирулентности патогенного микроба. Что количество циркулирующей заразы, т. е. величина инфицирующей дозы должна отражаться на ходе эпидемической кривой, понятно из а priori'ных соображений. Военная обстановка, переполнение городов, сильная скученность населения естественно должны вести к увеличению концентрации вируса и связанному с этим развитию эпидемий. Значение массивности инфицирующей дозы отчетливо выступает в опытах Torpley, Amoss'a, Webster'a, Pritcheta, произведенных ими в условиях экспериментальной эпизоотии (b. Gärtneri) на мышах. Все эти опыты определенно указывают, что чем более насыщена окружающая среда заразными микробами, тем более жестокий характер принимает развивающаяся эпидемия. Усиление тяжести эпидемии дало даже Torpley и Amoss'у повод говорить здесь об усилении вирулентности микроба, однако дальнейшими исследованиями выяснилась неправильность такого толкования, т. к. вирулентность оказалась величиной постоянной, и единственно правильное объяснение характера эпидемии нужно искать только в концентрации вируса в окружающей среде. У Webster'a имеется прямое указание на это: мыши, больные и здоровые, размещенные по клеткам с тем расчетом, чтобы количество тех и других в каждой клетке было одинаково, давали смертность в 15%, при размещении же: 1 здоровая мышь на 5 больных—смертность поднималась до 50%. Та же зависимость между количеством циркулирующего в окружающей среде вируса и смертностью отмечается в экспериментах Pritcheta, который в качестве мерила для определения концентрации заразы пользовался степенью загрязненности патогенным возбудителем полов в клетках.

Что касается изменения вирулентности у патогенных микробов, то значение этого факта в развитии эпидемий само собой понятно. Среди патогенных микробов нужно, повидимому, различать микроорганизмов с более или менее постоянной вирулентностью, как, например, микробы кишечной группы, и микробов, вирулентность которых может подвергаться резким колебаниям: возбудитель оспы, инфлюэнцы, палочка Löffler'a, стрептококк, неизвестный нам возбудитель сыпного тифа. По отношению к этому последнему, помимо экспериментальных наблюдений имеются эпидемиологические наблюдения, говорящие в пользу возможности резкого понижения вирулентности этого вируса. Я разумею так называемую болезнь Brill'a, своеобразную форму сыпного тифа, наблюдающуюся в Америке и отличающуюся чрезвычайно легким течением (1% смертности), несмотря на то, что эта болезнь занесена в Америку из России и Польши. Имеется целый ряд наблюдений над ослаблением вирулентности дифтерийной палочки как в условиях выращивания ее на искусственных питательных средах, так и в условиях пребывания ее на слизистой человека (Levinthal, Neufeld, Яковлев и др.). Классические опыты Morgenroth'a со стрептококком говорят о возможности превращения патогенного гемолитического стрептококка в малотоксичную форму зеленого стрептококка. Ослабление вирулентности может достигать такой степени, что патогенный микроб превращается в безвредного сапрофита. Такого рода процессы могут повести, по Gotschlich'у, к полному исчезновению соответствующих эпидемий и, как на пример, он указывает на инфекционную болезнь, известную в 15 и 16 столетиях под именем „Английского пота“, которая с 1551 г. больше уже не встречается.

В связи с ясно выраженной изменчивостью микробов в смысле резких колебаний их вирулентности следует допустить, что этот фактор может играть роль

и в естественном угасании эпидемий наряду с массовой иммунизацией населения, благодаря которой, может быть, создаются и условия, необходимые для ослабления вирулентности.

Наряду с изменчивостью вирулентности у патогенных микробов в сторону ее ослабления целый ряд исследователей доказывает возможность изменения ее и в обратном направлении, т. е. в сторону усиления вирулентности. Как крайняя степень этого явления допускается возможность превращения сапрофитных микробов в патогенные формы. При таком превращении могут возникать новые, до сих пор нам неизвестные формы болезни. Так, Gotschlich допускает, что возникновение холерных эпидемий связано с превращением водного вибриона в патогенную форму, а Uhlenhuth и Zuelzer экспериментально доказали возможность превращения водной сапрофитной спирохеты в патогенную спирохету Weill'a, вызывающую геморрагическую желтуху.

Само собой понятно, что колебания вирулентности микробов должны резко отразиться на всем характере отдельных эпидемий, которые в связи с этим будут иметь то более легкое, то более тяжелое течение, могут вести к резко выраженным изменениям клинической картины болезни, начиная с одностороннего преобладания каких-либо клинических симптомов и кончая картиной крайне своеобразного течения болезни, создающего впечатление совершенно новой болезненной формы. Примеры подобного рода мы встречаем при кори, скарлатине, дифтерии, оспе, что дало повод говорить о так. наз. *Genius epidemicus*.

Разнообразные факторы, о влиянии которых на развитие эпидемий я говорил в настоящем сообщении, в значительной мере базируются на данных экспериментальной бактериологии, серологии и эпидемиологии. Как не велико значение этих факторов и их влияние на ход эпидемической кривой, было бы грубой ошибкой думать, что ими можно с исчерпывающей полнотой объяснить всю сложность явлений, сопровождающих эпидемическое распространение заразных болезней. Условия внешней среды, в которой развиваются эпидемии, в особенности что касается социальных и бытовых сторон жизни человека, являются одним из важнейших эпидемиологических факторов. Virchow'ым в свое время было сказано, что благоприятные условия для развития эпидемий создаются лишь там, где люди, благодаря плохим социальным условиям, в течение более или менее продолжительного времени живут в ненормальной обстановке. Плохие жилищные условия, плохие условия питания, труда и некультурного быта, переутомление — облегчают проникновение заразного начала в человеческий организм, понижают природный иммунитет и способствуют более тяжелому течению инфекции и ее летальному исходу (Заболотный). И здесь, как мы видим, воздействие всех этих факторов сводится к тому, что в борьбе между макро- и микроорганизмом изменяется под их влиянием стратегическое положение то одной, то другой из борющихся сторон.

Детальное рассмотрение факторов социального и бытового характера на ход и развитие эпидемий, имеющих огромное и крайне важное значение, потребовало бы много времени и неминуемо привело бы в область самостоятельной медицинской дисциплины социальной гигиены, тесная связь с которой для успешного развития эпидемиологии в равной мере необходима, как и с микробиологией.

Изучение эпидемий, как видно из изложенного выше, показывает, что это чрезвычайно сложное социально-биологическое явление, остающееся еще до сих пор не всегда ясным для нас в своих деталях, несомненно, подчинено определенным закономерностям, которые в самых общих чертах я пытался изложить в настоящем обзоре. Несомненно, что эпидемии, начиная уже с первого момента своего возникновения, таят в себе и начало своего конца. И если бы человеческое общество оставалось по отношению к ним совершенно пассивным, не предпринимая никаких мер защиты, все равно неизбежно, в силу законов природы, рано или поздно наступит момент затишья, отражающий собой установившееся более или менее стабильное равновесие, как-бы перемирие в жестокой борьбе между микро-и макро-организмом. В связи с этим я хотел бы остановиться на следующем: я хотел бы отметить значение этого факта при решении вопроса о ценности тех или иных противоэпидемических мероприятий, которыми мы пользуемся в борьбе с эпидемиями. Факт самопроизвольного угасания эпидемий прежде всего должен нами строго учитываться, чтобы не переоценить своей противоэпидемической деятельности и не поставить себе в заслугу того, что заранее предопределено самой сущностью вещей и что приходит к своему логическому концу без всякого отношения к нашим стараниям, а иногда даже вопреки нашим ожиданиям. Этим я вовсе не

хочу хоть сколько-нибудь обесценить значение правильно поставленной противоэпидемической борьбы, которая, наоборот, должна быть всегда в орбите самого глубокого внимания тех, кто стоит на славном посту народного здравоохранения, равно как и всего общества в целом. Если по эпидемическим законам путем массовой иммунизации населения, путем постоянного подбора, отметающего неустойчивую часть населения и ведущего к появлению резистентного поколения, путем ослабления или потери патогенным возбудителем своей вирулентности человеческое общество и выходит из эпидемической полосы, то мы отлично знаем, что это всегда бывает сопряжено с тяжелыми материальными потерями и достигается ценой огромного количества человеческих жизней, причем и здесь, по крайней мере в некоторых случаях, остается в полной силе выражение: „война уничтожает лучших“ (Gottstein). Уже по этим соображениям мы не можем оставаться пассивными зрителями, отдавая себя в полное распоряжение слепым силам природы. И на этом фронте человек должен стремиться подчинить себе природу.

Привели ли, однако, здесь человеческие старания к положительным результатам?

Располагаем ли мы в настоящее время достоверными и убедительными данными, которые бы свидетельствовали, что наши усилия не остаются бесплодными?

Блестящим примером торжества человеческого гения в борьбе с заразными болезнями является оспопрививание, где человеческий разум, подражая самой природе, сумел превратить ужасный оспенный вирус в могучее средство борьбы против этой инфекции. Gottstein в своей работе „Kommen und Gehen der Epidemien“ считает, что необычайно низкая смертность от заразных заболеваний во время империалистической войны стоит в прямой зависимости от успехов в области борьбы с эпидемией. Не менее доказательной является его ссылка и на послевоенное время, когда с востока в Германию тянулись бесчисленные вереницы беженцев и пленных, заносивших из пораженных эпидемиями мест семена заразы, и, однако, несмотря на огромное скопление пылающих искр, они сумели вызвать в Германии лишь небольшие, быстро потухавшие очаги заразы. В этой работе автор приводит чрезвычайно демонстративную таблицу, характеризующую понижение смертности в Германии от различных заразных болезней.

На 100.000 жителей умерло в Германии от:

	скарлатины	тифа	дифтерии	туберкулеза	всего
1881	62,8	40,4	102,0	344,9	2602
1900	24,0	11,3	27,7	222,6	2117
1927	1,0	3,0	7,0	109,0	1269

Примеров подобного рода можно было бы привести бесчисленное количество. Все они единодушно указывают, что правильно и систематически проводимые противоэпидемические мероприятия, наряду с культурным подъемом жизни страны, являются лучшим средством в борьбе с заразными болезнями. Не нужно, однако, при этом забывать того, что успех борьбы с заразными болезнями во многом определяется отношением к ним и самостоятельностью самого населения: научно-обоснованные противоэпидемические мероприятия только тогда приведут к желанной цели, если они будут опираться на общую солидарность всех слоев общества и чувство ответственности каждого его члена (Gottstein).

Основные моменты работы противотуберкулезных учреждений Германии.

(Из отчета о заграничной научной командировке октябрь—ноябрь 1928 г.)
 Ассистента Каз. ун-та В. И. Катерова.

Как идейное, так и практическое руководство борьбой с туберкулезом в Германии находится в руках „Deutsches Zentralcomité zur Bekämpfung der Tuberkulose“, во главе которого стоят: председатель комитета, он же—президент германского ведомства Здр. d-r Hasel и генеральный секретарь комитета d-r Helm. Но различные противотуберкулезные учреждения в Германии (больницы, диспансеры, санатории и т. д.) принадлежат различным организациям: го-

родам, страхкассам, Обществу Красного Креста и т. д. Это обстоятельство, повидимому, все же вносит известный диссонанс в цельность работы туберкулезных учреждений.

Среди всех учреждений, работающих по борьбе с туберкулезом, центральное место отводится диспансеру и методам диспансерной работы. Вынужденные значительно сократить свою работу во время империалистической войны и ближайших лет после нее, германские туб. учреждения (как санатории, больницы, так и диспансеры) стали вновь разворачивать свою деятельность особенно с 1924 года.

Как на пример диспансерной работы, укажу на диспансер в районе Neuköln'a (в Берлине), находящийся в заведывании д-ра Zadek'a. Основанный еще в довоенные годы этот диспансер может гордиться своей работой: обслуживая весь район Neuköln'a с населением, 300 тыс. человек, диспансер имеет лишь 4-х врачей и 11 сестер-обследовательниц (кроме того, одна ассистентка в рентгеновском кабинете и персонал канцелярии), причем, по заявлению д-ра Zadek'a, диспансер обслуживает 80% населения. Объяснения такого несоответствия (в сравнении с нашими нормами) количества персонала и обслуживаемого населения лежат в следующем: 1) германский диспансер не ведет лечебной работы он производит обследование, ставит диагноз, оказывает помощь по линии социальных мероприятий, а для лечения направляет больного в соответствующие учреждения (больницы, санатории и т. п.); 2) большая организованность работы как учреждения в целом, так и всего персонала; 3) большая работоспособность персонала при комфортабельности обстановки (необходимая аппаратура, телефоны, пишущие машинки и т. д.). Насколько продуктивной может быть работа диспансера при хорошей постановке, показывают, например, некоторые данные д-ра Graupin'g'a (собщенные им в читанном им курсе): в Штеттине число туберкулезных больных, имеющих отдельную комнату, доведено диспансером за последние годы с 10% до 50%, а число лиц, не имеющих отдельной кровати и нуждающихся в этом, уменьшилось с 25% до 2%.

Другой тип диспансера—Ernährungsfürsorge—имеет целью улучшить питание туберкулезных больных и нуждающегося в этом населения, в особенности детей-школьников. Дети с 1920 года получают в школах горячий завтрак, а в настоящее время даже горячий обед (стоимостью 50—60 пфенн.), который отпускается или за плату 5—20 пфен. или (неимущим) бесплатно. Д-р Ballin (Spandau), говоря о роли этого рода помощи туберкулезным больным, подчеркивает, что здесь необходимо проводить тактику Familienfürsorge, т. е. улучшать питание не одного заболевшего члена семьи, а всей семьи; иначе продукты, выданные на одного больного, будут разделены на всю семью и не окажут никому существенной помощи.

Что касается стационарных туб. учреждений в Германии, то они, в особенности санаторные учреждения, за последние годы значительно изменили характер своей работы: в настоящее время германские санатории большей частью превращаются в больницы-санатории, в которых находится 70—90% больных с открытой формой (часто кавернозного характера) туберкулеза, тогда как не так давно еще в санатории направлялись больные с незначительными изменениями, главным образом в целях профилактики. При этом под видом начальных форм туберкулеза попадались иногда вовсе не туберкулезные больные, число каковых доходило в некоторых санаториях до 30%. Основания к такому изменению состава больных, направляемых в санатории, были следующие: 1) длительные и множественные наблюдения над туберкулезными больными с выраженным процессом (даже кавернозного характера) и с выделением ВК в мокроте показали, что эти больные далеко не представляют собою безнадежного материала, а при соответствующем лечении могут терять ВК в мокроте, восстанавливать на более или менее продолжительный срок свою работоспособность и даже излечиваться; 2) удаление на значительный срок туберкулезного больного, выделяющего ВК, из окружающей обстановки, предохраняет от распространения туберкулеза данным больным; 3) легкие случаи туберкулеза могут быть часто излечиваемы и другими более дешевыми мероприятиями (улучшение квартиры, питания и т. д.). Кроме санаторий, не могущих, конечно, принять всех больных с открытой формой туберкулеза, в Германии имеются еще учреждения более дешевого типа (убежища), а в последнее время кое-где организуются и специальные трудовые колонии для этих больных.

Одновременно с изменением контингента больных был разрешен и вопрос о сроке пребывания больных в санаториях. В то время как прежде в германских

санаториях больные находились по 2—3 месяца, сейчас срок пребывания неограничен и как в больницах, так и в санаториях, больные остаются большей частью 5—6 месяцев, нередко 1—2 года и даже более. Соответственно с изменением состава больных в санаториях существенно расширились, конечно, применяемые в них методы лечения. На основном фоне обще-санитарного и укрепляющего режима применяются все современные методы лечения легочного туберкулеза, конечно, с некоторой разницей в количественном отношении в зависимости от индивидуальных взглядов шефа учреждения. Так, например, в санатории „Hohenlychen“ (дир. d-r K o s c h), где % больных с тяжелой формой туберкулеза сравнительно меньший, чем в других санаториях, преобладает консервативный метод лечения, но применяется также, в соответствующих случаях, хемотерапия (Solganol—немецкий препарат золота, не дающий, будто бы, побочных явлений), рентгенотерапия, туберкулинотерапия, пневмоторакс и другие виды коллапсотерапии. В больницах-санатории «Waldhaus Charlottenburg» (дир. d-r Ulrici) соответственно с более тяжелым контингентом больных применяются преимущественно все виды коллапсотерапии, как-то: пневмоторакс (одно- и двусторонний), подсобная операция J a k o b e u s 'a, френико-экзерес, олеоторакс, plombировка и торакопластика. За последнее время в Waldhaus Charlottenburg'e одновременно с постройкой еще одного корпуса и расширением количества коек до 600 вновь выстроены и соответственно оборудованы две операционных.

Что касается установления показаний к применению различных видов коллапсотерапии, то они, конечно, варьируют в зависимости от случая и взглядов шефа. В частности наиболее серьезный вид хирургического вмешательства при лечении туберкулеза легких, операция J a k o b e u s 'a и торакопластика, получили уже в Германии полное признание и производятся почти в каждом туберкулезном учреждении. Однако, наряду с широким распространением методов хирургического лечения легочного туберкулеза в Германии, можно встретить и больших клиницистов, относящихся осторожно и сдержанно к их применению. Так, мне пришлось видеть у проф. F. K l e m p e r e r 'a ((Krankenhaus Reinickendorf) случай раннего инфильтрата, где проф. F. K l e m p e r e r воздерживался от наложения пневмоторакса, т. к. случай протекал хорошо и при консервативном лечении. Точно также проф. F. K l e m p e r e r почти не прибегает к наложению двухстороннего пневмоторакса, считая, что и односторонний пневмоторакс оказывает благоприятное биологическое воздействие на обе пораженные стороны. Еще более сдержанно относятся проф. K l e m p e r e r к торакопластике.

Из учреждений, предназначенных для лечения больных с костно-суставным туберкулезом, мне удалось быть в отделении проф. K i s c h 'a в Hohenlychen'e.

Проф. K i s c h, применяя при лечении костно-суставного туберкулеза принципы, принятые и у нас (общеукрепляющее лечение, покой, вытяжение, солнце- и светолечение), продемонстрировал мне, однако, ряд случаев (подтвержденных и прекрасными рентгеновскими снимками), в которых ему удалось получить не только затихание процесса, но и значительное восстановление функции пораженных суставов (тазобедренного, коленного, локтевого), применяя в соответствующий момент пассивную и активную гимнастику, что ведет иногда к образованию нового сустава. Эффектны также были снимки, показывавшие самопроизвольное рассасывание секвестров после применения йода (по совету его шефа проф. B i e r 'a). Второе учреждение проф. K i s c h 'a—„Institut der Stadt Berlin für Knochen- u. Gelenkkranke“ в Берлине является большим дневным санаторием (на 300 детей и 30 взрослых с 32 стационарными койками) для хирургических туберкулезных больных более легких (ходячих) и амбулаторией для тех же больных. Особенность этого учреждения та, что оно расположено в ряде совершенно простого типа барачков, крытых площадок на огромной и пустынной территории почти в центре города; обслуживается оно минимальным штатом и стоит дешево; предназначено для малоимущих слоев населения.

Посещая германские лечебные учреждения, нельзя не обратить внимания на ряд их особенностей. Нечего говорить, конечно, о комфортабельности обстановки, о высокой организованности и дисциплине как персонала, так и больных, об образцовом порядке и идеальной чистоте. Поражает также работоспособность всего персонала и его высокая квалификация. В частности в отношении врачей (не говоря уже о шефах учреждений, большей частью лицах с большим научным именем), следует сказать, что все они достаточно подготовлены, имеют определенную научную установку и не мыслят себя узкими специалистами («туберкулезниками»). Так, например, в туб. санаториях исследования уха, носа, горла, глаз,

мочеполовых органов (у женщин внутреннее исследование), нервной системы, а также пользование рентгеновским методом исследования считаются обязательными и производятся врачами, ведущим больного; только в случаях более сложных в диагностическом или терапевтическом отношении вызывается соответствующий специалист. Специальных рентгенологов в туб. учреждениях нет, в затруднительных случаях врач консультирует с шефом. Число больных на каждого врача в стационарных учреждениях около 50—60 чел., в диспансерах ежедневно на приеме 35—36 чел. При внешней беглости обхода шефа (около 50 чел. в час) и наличии у него под наблюдением 300—400 больных видно, что больные ему известны; во время обхода вниманию шефа предлагаются обычно более существенные и конкретные вопросы (следует ли применить такой-то метод лечения, необходимо ли держать больного еще в учреждении и т. п.), при чем все излагается кратко и ясно и ответы даются такие же.

Что касается методов клинического обследования, то наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями (крови, мокроты, мочи, в некоторых учреждениях у каждого больного определяется основной обмен) очень большое значение придается рентгеновскому методу исследования. У каждого больного можно видеть во время обхода 3—5 и более снимков, и неудивительно, конечно, что во всех учреждениях количество снимков в архивах исчисляется тысячами и десятками тысяч (например, в Hohenlychen'e в отделении проф. Kisch'a—свыше 40 тысяч снимков). Разумеется, что во всех учреждениях, где мне пришлось быть, имеются рентгеновские кабинеты: в некоторых чрезвычайно богатые и совершенные (например, аппарат для стереоскопических снимков), в некоторых—более просто обставленные, но дающие полную возможность в любой момент просветить, а в случае надобности тут же сделать снимок и через 5 минут иметь его уже готовым. При таком положении невольно задается вопросом, как стал бы чувствовать себя немецкий врач, особенно фтизиат, если бы его лишили рентгена. Д-р Zadek считает, например, что рентгеновский аппарат должен быть столь же обычным прибором в руках каждого врача, как и стетоскоп, и должен находиться в его врачебном кабинете, чтобы не нужно было ходить в отдельную комнату, быть связанным временем и т. д.

Что касается других вопросов клиники, стоящих сейчас, повидимому, в центре внимания германских клиницистов, работающих по туберкулезу, то одним из них является вопрос о ранних инфильтратах. Это видно как по громадной литературе, продолжающей и сейчас занимать страницы специальных и общих немецких медицинских журналов, так и по докладам и приемам на эту тему на последнем германском туберкулезном Съезде, так и по тому, что почти в каждом учреждении вам демонстрируют ряд снимков данного заболевания. Учение Ranke о трех аллергиях в настоящее время, повидимому, уже несколько отходит с первого плана, но все же продолжает занимать умы клиницистов, главным образом своей теоретической стороной.

Большую работу одновременно прделывает германская научная мысль и в области вопросов эпидемиологии, иммунитета и профилактики туберкулеза. Упомяну о наиболее актуальных из них, затронутых рядом видных специалистов (проф. Ettinger, проф. В. Lange, d-r Braeuning, d-r Langer и др.) в читанных ими курсах по туберкулезу в Waldhaus Charlottenburg'e. Вопросы, освещенные проф. Ettinger'ом: 1) что важнее Exposition или Disposition? 2) что чаще—эндо-или экзогенная реинфекция (суперинфекция)? 3) какой способ инфекции наиболее опасен—пылевой или капельный и 4) следует ли стремиться к абсолютному предотвращению человеческого организма от туберкулезной инфекции? Все эти вопросы, имеющие колоссальное значение, далеки еще от окончательного разрешения, но настойчиво приковывают к себе внимание исследователей. Д-р Braeuning в своей лекции совершенно правильно подчеркнул огромную опасность Pubertätsalter в отношении заболеваемости туберкулезом; два фактора здесь действуют, взаимно усиливая опасность: с одной стороны, большие пертурбации, совершающиеся в организме в связи с периодом полового созревания, понижают временно устойчивость организма, с другой стороны об людях этого возраста наименее заботятся: юноша вышел из-под надзора школьного врача, но не попал еще в круг наблюдения страхового врача. Этими обстоятельствами объясняется, что смертность от туберкулеза в юношеском возрасте вновь достигает цифры смертности от туберкулеза в грудном возрасте.

В частности смертность девушек в этом возрасте выраженно превосходит смертность мальчиков, уступающая таковой в остальные периоды жизненного цикла.

Отмечая приведенные факты, д-р Вгаеунинг указывает, что в этом месте общественной борьбы с туберкулезом в Германии имеется большой пробел. На особенностях течения туберкулеза в юношеском возрасте остановил также особенное внимание и д-р Рaгел в своих лекциях о патологической анатомии туберкулеза.

Понятно, что в центре внимания стоит также и вопрос о предохранительных прививках по Сalmett'у. В этом вопросе в Германии как по литературным данным, так и по лекциям д-ра Вгаеунинг'a, д-ра Langer'a и по личной беседе с проф. L. Rabinowitsch-Kempner'ом, мнение довольно единодушное: не отрицая теоретической обоснованности идеи Сalmett'a, все считают, что его доводы (статистические и экспериментальные) относительно практической ценности его метода еще недостаточно убедительны, и для подтверждения их необходимы длительные, большие и тщательные наблюдения. Что касается допустимости постановки наблюдений на детях, то считается, что при строгом соблюдении установленных правил производства прививок BCG и тщательном последующем контроле такие наблюдения возможны.

Интенсивная работа научной мысли в Германии в области учения о туберкулезе с практическим осуществлением всех научных достижений как в области профилактики, так и в области клиники туберкулеза, одновременно с поднятием общего экономического благосостояния Германии за последние годы, дали ряд серьезных достижений в борьбе с туберкулезом, а именно: 1) значительное снижение смертности от туберкулеза (за последние 20 лет смертность от туберкулеза в Германии уменьшилась вдвое и сейчас составляет 10,7 на 10 тысяч жителей, а в больших городах даже — 9,9); 2) заметное отставание % смертности от туберкулеза от общей смертности населения, несмотря на то, что последняя также за эти годы значительно снизилась; 3) выравнивание % смертности от туберкулеза во всех слоях населения; 4) удлинение средней продолжительности жизни больных с открытым туберкулезом с 3,2 до 4,2 лет.

В заключение не могу не упомянуть о том прекрасном впечатлении, которое оставляет, думаю, у каждого посещение так называемой Krankenhaus Erpendorf (дир.—проф. L. Вгауег) в Гамбурге: прекрасно расположенное и распланированное по павильонной системе учреждение с 3.000 коек всех специальностей, с целым рядом прекрасно оборудованных центральных кабинетов (рентгеновский, светолечебный, водолечебный и т. д.) является одним из крупнейших во всей Германии и, повидимому, одним из лучших. При больнице находятся туберкулезный и раковый научно-исследовательские институты и 4 специальных института: патологической анатомии, физиологии, биологии и химии. Как отделения больницы, являющиеся одновременно и университетскими клиниками, так и институты возглавляются виднейшими профессорами. Громадный материал, богатство аппаратуры и комфортабельность всей обстановки создают чрезвычайно благоприятные условия, как для высоко-научной, так и преподавательской работы. Помимо занятий со студентами, Krankenhaus Erpendorf ставит своей целью основательную подготовку врачей как путем устройства периодических курсов, так и предоставлением возможности индивидуальной научной работы. Профессор L. Вгауег, полный сил и энергии, имеет все основания гордиться организацией столь грандиозного и образцового учреждения, к созданию которого он стремился в течение 20 лет, и для расширения и дальнейшего совершенствования которого он продолжает неустанно работать и до сих пор.

Рефераты.

а) *Общая патология.*

51. *Сердце, как вторичный орган кровообращения.* Mendelsohn (Zeit. für Kreislauff., 1928, № 19), базируясь на том, что при онтогенетическом и филогенетическом развитии высшего животного организма мы видим выполнение одной первичной клеткой всех сложных функций обмена веществ, образование в плазме форменных элементов параллельно с растущей потребностью организма в кислороде, постепенное образование лимфатических трубок и отдифференцирование от них кровеносных сосудов, наконец, образование в одном месте сосуди-

стого русла утолщения, дающего начало сердцу, рассматривает кровообращение, как одну из функций общего сокообращения (Saft-Umlauf), сердце—как вторичный орган в системе кровообращения, а многие сердечные болезни—как нарушение сокообращения и последующего кровообращения. *С. М. Райский.*

52. *К вопросу об артельном венном пульсе.* Снимая прибором Jaquet'a флебограммы с v. jugularis у разных больных и здоровых людей до и после водяной пробы (1½ литра воды внутрь), Fischer (Zeit. f. Kreislauff., 1928, № 20) делает следующие выводы: 1) увеличение количества крови (от введения воды или других причин) создает увеличенные волны флебограммы (особенно волн у а); 2) ускоренного тока крови также ведет к увеличению волн; 3) некоторые заболевания могут давать характерные флебограммы; так, напр., недостаточность аортальных клапанов при сильной декомпенсации часто дает очень большую волну а, чуть заметную волну с, и почти нормальную волну v, а то же клапанное поражение без декомпенсации может дать флебограмму, отличающуюся высотой и остроконечностью своих зубцов; 4) увеличенные волны флебограммы чаще всего встречаются при гипертрофии левого желудочка в стадии декомпенсации, так как подобное состояние повышает скорость тока крови; 5) флебограмма не есть исключительно отражение деятельности правого предсердия, а выражение общего кровообращения. *С. М. Райский.*

53. *Раздражение сердца газом.* Hauffe (Zeit. f. Kreislauff., 1928, № 18) напоминает о забытых наблюдениях Humboldt'a, обнаружившего появление в кислороде движений остановившихся рыбьих и лягушечьих сердец и уменьшение сердечных пульсаций в углекислом газе. По Haller'y движения сердца, вызываемые введением атмосферного воздуха, держатся значительно дольше, нежели возникающие от химических или механических раздражений. *С. М. Райский.*

б) Фармакология.

54. *Gelonida stomachica при hyperaciditas u hypersecretio ventriculi.* Wiesenthal (Münch. med. W., 1928, № 28), основываясь на исследованиях Schellong'a (Münch. med. W., 1927, № 27), испытал это лекарство в 16 случаях и получил очень хорошие результаты. Дается оно обыкновенно 3 раза в день по таблетке, причем каждая таблетка содержит 0,01 extr. belladonnae, 0,2 bismuthi subnitrici и 0,6 magnesiae ustae. *С. Г.*

55. *Влияние гистамина на отделение желудочного сока.* По G. Mordena и L. Fernandez'у (Arch. für Verdauungskr., Bd. 42, № 1—2) в гистамин мы не только имеем превосходное возбуждающее средство, при помощи которого получаем чистый сок для изучения секреторной функции желудка, но он является еще прекрасным средством для распознавания ахилии, именно, отсутствие его действия указывает на серьезное органическое поражение, напр., на рак желудка и гастрит при злокачественном малокровии. *С. С.-в.*

56. *Лечебное действие лимонного сока.* Изучив путем опытов и наблюдений на больных влияние этого средства B. Stanojevič (Casopis lékařův Československa, 1928, № 21) пришел к следующим выводам: 1) Лимонный сок повышает секрецию и кислотность желудка одинаково при норме, понижениях и повышениях этой кислотности. 2) Введение сока через зонд вызывает повышенное отделение сока 12-перстной кишки; такое же действие имеют и приемы сока per os как у людей нормальных и желтушных, так и у собак в опытах на них. 3) Лимонный сок обнаруживает значительное мочегонное действие, которое сильнее всего у желтушных, продолжаясь у них и по прекращении приемов сока. 4) Удельный вес мочи после приемов сока падает соответственно увеличению количества мочи, одновременно уменьшается выделение хлоридов, а мочевины прибывает, и моча получает щелочную реакцию. 5) При катаральной желтухе назначение лимонного сока оказывает значительное лечебное действие, желтушность мочи резко уменьшается, моча проясняется, а кал получает нормальную окраску. 6) Больные переносят такое лечение (сок 4—7 лимонов в день, чистый или с водой) хорошо и не обнаруживают никаких желудочно-кишечных расстройств. *С. С.*

57. *Хинин, как средство, вызывающее кишечную перистальтику.* применил Singer (по Ver. ü. d. ges. Gyn., Bd. 13) и убедился, что он оказывает очень хорошее действие, в особенности при спастических запорах. При этом будучи применен в суппозиториях, хинин оказывает свое действие в течение нескольких

минут и не позднее 2 часов, при подкожном же или внутривенном введении эффект наступает в течение 6—48 часов. Доза 0,25—0,5—1,0. Побочное действие наблюдается очень редко. Автор советует хинин особенно для лечения послеоперационных запоров.

А. Т.

58. *Viscysatum B ü r g e r'a при гипертонии.* По W. G r o s s m a n'у (Med. Klinik, 1928, № 12) для лечения гипертонии бесспорно можно рекомендовать названное средство, содержащее действующие составные части растения *Viscum album* (омела). В случаях легкой и средней гипертонии различного происхождения, с давлением до 200 mm., приемы лекарства по 20 капель трижды в день, дают чаще всего в 8—14 дней быстро наступающее и медленно усиливающееся понижение давления на 20—40 mm., параллельно с чем значительно ослабевают и тягостные субъективные расстройства, как мерцание перед глазами, шум в ушах, приливы к голове, головокружения и головные боли. В случаях более тяжелых, с давлением выше 200, главным образом при далеко зашедшем склерозе артерий или почек, понижение давления не столь постоянно, его часто не наблюдается и вовсе, но субъективные расстройства и здесь чаще всего значительно улучшаются. Вытяжка держится неограниченно долго, постоянна в своем действии и дешева (2 марки за стклянку в 30 куб. см.). Поэтому она заслуживает внимания и при наличии других понижающих давление средств, как препараты из половых желез—иогимбин, вазотонин (иогимбин с уретаном), нитриты, нитросклеран и аортальгин (Na nitrogum plus NaJ).

С. Г-в.

59. *Двууглекислая сода при столбняке.* Heim (Klin. W., 1928, № 17) наблюдал при столбняке поразительно хорошее действие этого лекарства при введении его в вены и по 30—40 grm. per os.

С. С-в.

60. *Опасности инъекцивания физиологического раствора поваренной соли* отмечает A. B e c k (Deut. med. W., 1928, № 14), 4 раза наблюдавший после внутривенных вливаний 40—80 куб. сант. раствора признаки тяжелого отравления—знобы, рвоту, поносы, кровоточивый нефрит. Причину этих осложнений он видит в загрязнении раствора сапрофитами, как картофельная и сенная палочка. Наилучшую защиту от таких случайностей представляет, по его мнению, употребление лишь свежеприготовленных растворов.

С. Г.

61. *Внутримышечные инъекцивания собственной крови при послеоперационной пневмонии* хвалит H. S i e g e n f e l d (Wien. klin. W., 1928, № 12) на основании 9 случаев, где этот способ лечения дал быстрый эффект.

С. С-в.

в) Туберкулез.

62. *О значении плеврита для развития туберкулеза легких.* Плеврит обычно рассматривается как ранний признак тbc легких. O e f f n e r (Zeit. f. Tub. B. 50. H. 1) повторно обследовал больных с плевритом, обратившихся в Мюнхенскую клинику с 1916—1925 гг. Из 100 случаев оказалось, что у 72 не было обнаружено тbc изменений, в 25 случаях наблюдался прогрессирующий легочный туберкулез, в 3-х случаях следовал экстрапульмональный тbc. На основании своих наблюдений автор приходит к выводу, что одни плевральные изменения без сопутствующих свежих тbc поражений легких в огромном большинстве не ведут к прогрессирующему тbc легких. Наблюдаемые верхушечные изменения при плевритах O. не рассматривает как свежие и активный тbc, они большей частью представляют старые заглохшие изменения.

Ойфебаа.

63. *Клиническая стандартизация туберкулиновых препаратов.* Биологическая активность тbc процессов выявляется лучше всего помощью внутрикожных проб. Модель и Синельникова (Вопр. Туб., 1928 г., № 7—8) на основании своих наблюдений приходят к выводу, что наиболее подходящим для этой цели является АТК Н ö c h s t'a. Сравнивая препараты АТК, выпускаемые Центральным Бактериологическим Институтом (Москва) и I-ым Украинским Сан. Бакт. Институтом (Харьков), авторы считают их близкими к препарату Н ö c h s t'a. Albusosefrei Н ö c h s t' близок к АТК Н ö c h s t'a и имеет некоторые преимущества перед последним. В нем не содержится посторонних примесей (альбумоз и пептонов), искажающих биологический эффект туберкулина, почему авторы и рекомендуют распространение этого препарата для диагностических и терапевтических целей. Препараты Denys, Rosenbach'a и Kresling'a понижены в сравнении с АТК Н ö c h s t'a. в то время, как Tuberculol, т. е. водный экстракт ВК, очень близок к АТК.

Ойфебаа.

64. *Об активности русских туберкулинов типа АТК при кожной аппликации.* Шагалова (Вопр. Туб., 1928 г., № 7—8) по данным своих наблюдений приходит к выводу, что по степени чувствительности, количеству положительных реакций и по величине папул можно туберкулины расположить следующим образом: наиболее активным является Харьковский туберкулин, затем следует Московский, Германский и наименее чувствителен—Ленинградский. *Ойфебах.*

65. *Терапия туберкулеза при помощи антигена Безредка.* Применяя антиген Безредка в 54 случаях, Берлин А. И. (Вопросы Туберк., 1928 г., № 7—8) констатирует, что антиген не нейтральное вещество и наравне с другими препаратами может вызвать местную, очаговую и температурную реакцию, но гораздо реже и менее бурную, чем от АТК. Терапия идет ровнее и требует меньшего времени. Контингент больных, показанных для этой терапии, несколько шире, чем при терапии АТК и круг противопоказанных случаев суживается. При выраженной аллергии или дизергии предпочтительна терапия антигеном Безредка перед АТК. *Ойфебах.*

66. *Эндотрахеальное применение адреналина для лечения легочных кровотечений.* Для остановки легочных кровотечений (с характера Giuffrida (Münch M. Woch. 1928, № 7) рекомендует введение адреналина в полость трахеобронхиального дерева над голосовыми связками в количестве одного млгр. (в 3-х куб. смт. воды). Из 50 случаев в 45 автору удалось остановить легочное кровотечение, причем в 12 случаях было достаточно одного впрыскивания. Длительность действия адреналина ограничивается 12 часами, после чего кровотечение часто возобновляется. Автор рекомендует делать инъекции в течение 4-х дней, причем в первые два дня по два впрыскивания в день, затем по одному. Механизм действия адреналина заключается не в повышении кровяного давления, а в местном сужении сосудов. *Ойфебах.*

67. *Внутривенные вливания хлористого кальция при костно-суставном туберкулезе.* Clavelin et André Sicard (Presse Médicale 22 février, 1928), основываясь на работах Weill'я, Guillaumin'a и др. относительно метаболизма хлористого кальция и фиксации его ультра-фиолетовыми лучами, подвергли комбинированному лечению 28 больных с тяжелыми поражениями. Техника инъекций была следующая: 1—1,5% раствор кристаллического, химически чистого хлористого кальция, приготовляемого ex tempore на дистиллированной воде, вводился внутривенно при 40° раствора в 40°. Первые 5 инъекций в количестве 50, 100, 150, 200, 250 к. см. 1%-ного раствора вводились каждые два дня; затем 1,25% раствор в тех же дозах и через те же промежутки времени. После 10 инъекций перерыв на 20 дней; затем опять 5 инъекций 1,25% раствора и последние 5 инъекций—1,5% раствора. После каждой инъекции больные подвергались освещению Васильевской лампой, начиная с 1 минуты и постепенно увеличивая дозы. Из осложнений отмечались приливы к голове, вкус извести во рту, тошнота, иногда рвота; в этом последнем случае необходимо прекращать лечение. Из 28 больных, 17 получили заметное улучшение, значительно прибавились в весе, 6 остались без перемен, 4—слегка похудели и 1 дал ухудшение. *А. Алексеева-Козьмина.*

г) Хирургия и ортопедия.

68. *Инородное тело в сердечной мышце.* Hunter, Staub и Lunsford (Arch. of path. a. lab. med., vol. 6, № 5, 1928) наблюдали случай, когда больной с депрессивно-маниакальным психозом с целью самоубийства ввел через кожу шестого межреберья по левой сосковой линии алюминиевую трубку от мундштука длиной 8,9 смт., и диаметром в 4 мм. В течение двух дней не имелось ни субъективных и ни объективных симптомов, и только начиная с третьего дня появилось умеренное повышение t° и учащение пульса и дыхания, что продолжалось до смерти, наступившей только на 9-й день внезапно в течение 10' при явлениях резкого цианоза, учащении пульса и дыхания. Прижизненное рентгеновское исследование не открыло какого либо инородного тела ни в грудной полости, ни в сердце. Вскрытие же показало, что трубка прошла над верхушкой сердца через стенку левого желудочка в его полость и оттуда через заднюю стенку вдавалось в левое легкое. В сердечной сорочке имелось небольшое кровоизлияние и свежий фибриновый перикардит. Отрицательное рентгеновское исследование авторы объясняют легкой проницаемостью алюминия для всех лучей, за исключением самых коротких рентгеновских. *Н. Вылегжанин.*

69. *О повторных операциях по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки.* Проф. С. С. Гиргола в (Журнал соврем. хирургии, т. III, вып. 4, 1928 г.) разобрав своих 54 случая повторных операций пришел к заключению, что при каллезных язвах малой кривизны желудка следует с первого раза делать резекцию. Если после G—E не было светлого промежутка и при повторной операции обнаружена незажившая язва, то, очевидно, анастомоз не действует и необходима резекция. Если анастомоз функционирует, а язва находится на новом или старом месте, рекомендуется произвести резекцию. При жалобах на расстройство желудочного пищеварения и отсутствии язвы при повторной операции, следует анастомоз разрушить.

И. Цимхес.

70. *К методу оперирования больных с язвами желудка и 12-перстной кишки.* Прив.-доц. Н. М. Савков (Журн. соврем. хирург., т. III, вып. 4, 1928 г.) за 12 лет проделал 700 операций по поводу вышеуказанных болезней, из них—647 гастростеростомий. В 69% автор получил хорошие отдаленные результаты, в 13%—удовлетворительные и в 18%—плохие. Смертность составляет 32%. Наилучший процент хороших отдаленных послеоперационных результатов дают дуоденальные язвы и язвы желудка с повышенной секрецией. Рекомендуется для уменьшения послеоперационных плохих результатов назначение продолжительной диеты. Резекции должны подлежать каллезные язвы, хронические язвы с пониженной секрецией и дилатацией желудочной стенки и все язвы, подозрительные на злокачественное перерождение.

И. Цимхес.

71. *О частоте и характере гематурии при нефролитиазе.* Д-р Бродский (Нов. Хирург. Арх., № 64, 1928 г.), рассматривая материал нефролитиаза проф. С. П. Федорова (257 случ.) не обнаружил гематурии в $\frac{1}{3}$ части всех случаев. Отсутствие гематурии не должно служить основанием для отрицания заболевания почечными камнями. Почти в половине всех случаев можно отметить бывшие макроскопические кровотечения.

И. Цимхес.

72. *Статистика операций на слепой кишке.* Dr W. Förster (Zentralbl. f. Chirurg, № 49, 1928 г.) с 1/X 1918 г. по 30/IX 1928 г. произвел 1053 операции на слепой кишке. Из них в 851 случ. по поводу острого воспаления и 202 случ. при хронических и осложненных процессах. Тяжесть случая контролировалась лейкоцитарной картиной. Смертность наблюдалась в 18 случ., то-есть в 1,7%. Из них в 2 легких случаях вследствие туберкулеза и слабости сердечной, а другой—эмболии. В остальных 16 случаях смерть наступила вследствие наличия во время операции перитонита, паралича кишек, непроходимости и других осложнений. В 149 случаях обнаружен мутный гнойный экссудат. В 68 случ.—отложение гноя и воспаленность кишки, эти случаи автор перечисляет, как перитониты. В 343 случ. найдены глисты, 45 из них свободно перфорированные в брюшную полость. Червеобразный отросток содержал 126 раз каловые камни, 13 раз мелкие инородные тела, 96—глисты. В 116 случ. брюшная полость была дренирована, в остальных закрыта наглухо. В дренированных случаях смертность равна 8. Послеоперационное ведение б-ных: в легких случаях через 3 дня встают и через 7 дней выписываются домой. В тяжелых случаях проводилась борьба с интоксикацией, парезом кишек и слабостью сердца путем внутривенного введения сахара с hyrophysin'ом, Cardiozol и др. От начала приступа до момента операции доходило до 5,1 дня. Главную заслугу хороших результатов автор приписывает направляющим врачам, причем, если население будет внимательнее к себе и чаще обращаться к врачу, статистика значительно улучшится.

И. Цимхес.

73. *К вопросу об оперативном лечении привычных вывихов коленной чашки.* P. Moulonget (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie à Paris, Mars, 1928) рекомендует следующий видоизмененный способ Krogia's: полукруглый кожный разрез, обходящий коленную чашку снаружи и снизу; кожный лоскут откидывается вверх и кнаружи; вертикальным разрезом, на 2 см. кнаружи от наружного края коленной чашки рассекают фиброзную ткань и сдвигают чашку на нормальное место. Затем с внутренней стороны коленной чашки отсепаровывают апоневроз m. vastus intern. в виде продолговатого лоскута в 8—10 см. длиной и в 2 см. шириной, осторожно отделяют его от прилегающих тканей, щадя целостность мышечных волокон и суставной капсулы. Этот лоскут переносится кнаружи от коленной чашки, проходя над ее верхним краем, и швигается в рану, сделанную первым вертикальным разрезом; рана на месте иссечения апоневрозного лоскута стягивается швами. Иммобилизация в течение 10 дней; на 15 день разре-

шается встать. Эта пересадка дает коленной чашке прочную поддержку. В момент напряжения *m. quadriceps cruralis*, когда коленная чашка имеет тенденцию отойти кнаружи, мышечный «галстук» из пучков *m. vastus intern.* удерживает ее на месте.

А. Алексеева-Козьмина.

74. *Пневматическая редрессация сколиозов.* Julius Hass (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Febr. 1928) считает гипсовый корсет единственным рациональным аппаратом для лечения сколиозов, при условии постепенного, длительного и нежного давления на выпуклость ребер; рекомендует он следующий прием: на больного в Глиссоновой петле накладывается гипсовый корсет, причем со стороны выпуклости на туловище подкладывается сплюснутый резиновый баллон, предварительно обернутый замшей или другой какой либо материей, с резиновый трубой, выпущенной наружу. С вогнутой стороны проделываются широкие окна. Один раз в неделю в баллон слегка накачивают воздух. Ребенок ежедневно делает гимнастику. Это лечение применяется у детей и юношей в период роста и должно продолжаться не менее 2-х лет, причем гипсовый корсет носит только осенью и зимой, летом же он заменяется съемным кожаным аппаратом.

А. Алексеева-Козьмина.

75. *Асимметрия человеческого тела и ее значение в ортопедии.* Siegfried Romich (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 23 Dec. 1927). Человеческое тело редко бывает вполне симметрично. Асимметрия встречается во всех отделах нашего скелета, но особенно отражается на позвоночнике. Вследствие неодинаковой длины ног таз принимает косое положение, что в свою очередь, вызывает сколиозы. У ребенка обычно левая нога короче правой, поясничная часть позвоночника искривляется влево; в грудной части позвоночника происходит компенсаторное искривление вправо. У юношей правая нога становится короче, таз в зависимости от этого изменяет наклон, но сколиоз уже имеет статический характер. Асимметрия приобрела постоянный характер. У взрослых, наконец, встречается перекрестный тип асимметрии, когда, например, левая голень короче правой, бедро же, наоборот, и т. д. Автор делает выводы, что асимметрия имеет большое значение с точки зрения физического воспитания: гимнастика должна быть различна соответственно типу асимметрии и возрасту ребенка.

А. Алексеева-Козьмина.

д) Офтальмология.

76. *Jonny* (Brit. Journ. of Ophth. 1928 May) отмечает значение исследования щелевой лампой глаз, которым угрожает симпатическое воспаление. Как известно, очень трудно решиться удалить травмированный глаз, если он еще видит. Удаление же его тогда, когда в другом уже началось явное симпатическое воспаление—является запоздалым, безрезультатным. Щелевая лампа и может уловить во 2-м глазе такие ранние предвестники будущего симпатического воспаления (экссудаты, преципитаты), когда спасти его еще возможно путем энуклеации первого, травмированного. В таком случае эта операция и должна быть сделана немедленно, несмотря на сохранение в нем зрения. Автор приводит свои наблюдения.

В. А.

77. *Friede* (Zeitschr. f. Aug. 1928. Bd. 65) предлагает простой прием, способствующий промыванию слезного мешка при сужении слезных путей, когда последнее не удается вследствие того, что жидкость возвращается обратно через верхний слезный каналец. F. рекомендует в таких случаях, вводя жидкость через нижний каналец, сдавить верхний каналец при помощи круглой стеклянной палочки, поставленной над слезным мяском, с оттягиванием его в то же время к носовому отростку верхней челюсти. Таким образом устраняется возможность обратного тока жидкости и она идет в нужном направлении.

В. А.

78. *Derby* (Americ. Journ. of. Ophth. 1928) предлагает оригинальный способ исправления птоза с помощью петли из широкой фасции бедра. Над ресничным краем верх. века проводится разрез сразу до хряща. Верхний край разреза несколько отсепаровывается. Затем обоюдо-сторонним ножом с обеих сторон от средней линии проделываются подкожно 2 канала, оканчивающиеся над бровью. Полоску, выкроенную из широкой фасции бедра (7—8 см. длины и 1 см. ширины), проводят в виде петли через эти каналы. Концы петли выводят в отверстия над бровью, где и пришиваются к лобной мышце и коже. Повязка на один глаз в течение недели.

В. Адамюк.

е) Акушерство и гинекология.

79. „Новое оперативное акушерство“ *Max'a Hirsch'a*. Hirsch (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 91, 1927) на основании статистических данных относительно смертности матерей и детей в Германии пытается доказать, что смертность эта при обычных акушерских операциях остается в течение ряда десятилетий почти стационарной и что улучшение стало отмечаться лишь с широким введением в акушерскую практику абдоминального кесарского сечения. Отрицая все влагалищные операции, кроме выходных щипцов и простой экстракции плода, Н. сводит все оперативное акушерство к производству абдоминального кесарского сечения, при помощи которого только и может быть сохранено большее количество матерей и детей. Производство внутреннего исследования и каких-либо операций вне клиники Н. не допускает. Решительный отпор идеи Hirsch'a получили со стороны Winter'a (Centr. f. Gyn., 1928, № 1), который показал, что статистические обоснования Hirsch'a неверны, — кесарское сечение дает большую, по сравнению с вагинальными операциями, смертность, и, кроме того, в акушерской практике часто бывают осложнения, возникающие во время родов и требующие немедленной помощи на месте. Для улучшения постановки акушерства W. считает необходимым: 1) исследование каждой беременной за 4 недели до родов и направление ее в клинику в случае возможности серьезных осложнений; 2) повышение образовательного ценза акушеров; 3) доставку в клинику всех тяжелых случаев (эклампсия, предлежание последа, узкий таз, опухоли и рубцы мягких родовых путей, пожилые первороженницы, поперечные положения, атопические кровотечения при бывших родах); 4) повышение акушерских познаний у врачей (VIII Всесоюзный съезд акуш. и гинек. высказался у нас тоже не в пользу предложения Hirsch'a. *Реф.*).

А. Тимофеев.

80. *От чего зависит продолжительность беременности?* *A. C. Hagedoorn* и *A. L. Hagedoorn* (по *Ver. ü. d. g. Gyn. Bd. XIV, H. 8*) приводят наблюдения над кроликами и зайцами. Известно, что беременность у кроликов продолжается 4 недели. Незадолго до родов кроличиха готовит гнездо и выводит в нем своих детенышей; молодые кролики — голые и слепые. У зайцев продолжительность беременности — 8 недель; зайцы рождаются больше кроликов, зрячими, покрытыми шерстью и могут свободно двигаться. При случке кроличихи с зайцем рождаются похожие друг на друга голые, слепые кролики, во взрослом состоянии у самок обнаруживается инстинкт кроличихи (готовят гнезда), и беременность продолжается 4 недели. При случке зайчихи с кроликом беременность продолжается 8 недель, рождаются животные, схожие с кроликами, но покрытые шерстью, зрячие, значительно большие и способные к передвижению. Из этих наблюдений авторы делают вывод, что продолжительность беременности и срок родов зависит не от развития плода и не от его гормонов, — это, видимо, есть реакция материнского организма, которая определяется генотипом. Реакция эта, повидимому, зависит от развития особой ткани или группы клеток в организме матери, так как порой и небеременная кроличиха после случки готовит гнездо и покрывает его шерстью. *М. Д.*

81. *Действие амниотической жидкости на серозные оболочки.* Частое образование фиброзных спаек между серозными листками брюшины после операций заставляет многих хирургов искать средств, предупреждающих это нежелательное и порой очень тяжелое и опасное последствие хирургических вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости. Недавно *Johnson*, исходя из предполагаемого свойства амниотической жидкости препятствовать сращению плода с амниотическим мешком, предложил употреблять ее в качестве средства, предупреждающего образование послеоперационных спаек между листками брюшины. *Wagen* (*Arch. of Path. a. lab. Med., Vol. 6, № 5, 1928* и *Amer. Journ. Path., № 6, Vol. IV, 1928*) попытался экспериментально обосновать это предложение. Для этого при лапаротомии у морских свинок он производил довольно сильное механическое повреждение листков брюшины, затем одной группе животных он вводил в полость брюшины от 10 до 15 куб. см. стерильной амниотической жидкости, а часть животных служила в качестве контрольных. Оказалось, что у животных, которым была введена амниотическая жидкость, почти в половине случаев достигалось полное предупреждение образования спаек, у других же — получалось значительное уменьшение количества их. У контрольных животных, как правило, развивались обширные спайки. По мнению автора, такое действие амниотической жидкости обязано, повидимому, двум факторам: во-первых, свойству амниотиче-

ской жидкости значительно уменьшать продолжительность кровотечения из раневых поверхностей, что устраняет образование больших количеств фибрина, способного подвергнуться организации; во-вторых, вследствие медленной абсорбции амниотической жидкости из полости живота, она служит как бы смазочным веществом, поддерживающим скользкость серозных поверхностей. Автор употреблял т. наз. концентрированную амниотическую жидкость человека и коровы, полученную после обработки жидкости алкогалем для удаления некоторого количества белков из нее. Исходя из своих данных, автор рекомендует всегда употреблять амниотическую жидкость там, где хотят избежать образование спаек между листками брюшины. Более того, дальнейшие исследования дают основание Waggen'у рекомендовать употребление амниотической жидкости с этой же целью при операциях на других серозных полостях (плевры, сердца, суставов). *Н. Вылегжанин.*

82. *Лечение септицемии, пиэмии и септикопиэмии антистрептококковой сывороткой.* Bernard (по Ber. ü. d. g. Gyn.) находит, что лечение вышеуказанных заболеваний вакциной может быть применимо только в легких хронических и подострых случаях, когда организм способен еще выработать достаточное количество антител. При тяжелой острой стрептококковой инфекции, организм и без того насыщен вакциной, поэтому введение ее извне только ухудшает состояние больных. Аутовакцина дает лучшие результаты, но для приготовления ее необходимо затратить время, которого в острых случаях терять нельзя. Судить о влиянии антистрептококковой сыворотки можно только по исходу тяжелых заболеваний, легкие случаи протекают хорошо и при других вмешательствах. В ишгорячий сторонник терапии антистрептококковой сывороткой, т. к. лечение последней дало ему только 6,9% смертности. Сывороточное заболевание автор рассматривает, как хороший признак, указывающий на способность организма к реакции. Лечение сывороткой должно вестись с самого начала заболевания. Morgenroth пытается объяснить хороший исход раннего вмешательства тем, что вначале заболевания стрептококк легко теряет свои вирулентные свойства и способность к гемолизу, но через несколько дней может снова их приобрести; поэтому для исхода заболевания важно время лечения, когда возбудитель еще не обладает высокой вирулентностью при достаточной сопротивляемости организма. Необходимо в каждом случае инфекционного заболевания немедленно вводить антистрептококковую сыворотку, не ожидая результатов бактериологического исследования.

М. Дыхно.

83. *Фармакологические исследования придатков матки в различные физиологические моменты* производил Fujuta (по Berich. ü. d. g. Gyn., Bd. XIV, N. 8), изучая действие различных ядов и медикаментов на переживающие трубы, круглые связки и матку кролика в различных генеративных фазах: в незрелом возрасте, зрелом, в начале и в конце беременности и в послеродовом периоде. F. приходит к выводам, что адреналин, пилокарпин, хинин, никотин, питуитрин и др. не только оказывают различное влияние на испытываемые органы в связи с различными физиологическими моментами, но один и тот же препарат в одно и то же время различно влияет на трубы, круглые связки и матку. Действие препарата выражается то возбуждением (E), то торможением (H), то препарат остается без влияния на органы (O). Пилокарпин производит на lig. rotunda во всех стадиях торможение (H), на трубы — слабое возбуждение, на матку всегда сильно возбуждение. Питуитрин в lig. rot. в поздних стадиях беременности производит H, в матке — E, на трубы не действует (O). Адреналин на lig. rot. и трубы в периоде незрелом почти всегда оказывает действие E, на матку в послеродовом периоде — H. На основании результатов опытов с адреналином и пилокарпином автор приходит к заключению, что lig. rotunda и трубы снабжены двойного рода симпатическими волокнами, причем в возрасте незрелом тормозящие волокна более чувствительны, чем возбуждающие, при беременности — соотношения обратные. Кроме того, вследствие выпадения реакции с пилокарпином (H.—lig. rot. и трубы) можно предположить, что парасимпатические волокна или мало чувствительны, или же их меньше в трубах и lig. rot., чем в матке, а может быть, они и совсем отсутствуют. Так как физостигмин, в противоположность пилокарпину, всегда возбуждает, то автор высказывает предположение, что кроме влияния на нервы имеет место и влияние указанных средств на мышцу. *М. Дыхно.*

84. *Способ бокового зашивания больших пузырно-влагалищных свищей.* Так как главной причиной неудач при пластических способах является прямое

действие мочи на линию швов, то д-р Ш. Д. Хахутов (Вестник хирургии и погран. обл., кн. 42, 1928 г.) предлагает изоляцию последней путем отодвигания линии шва в сторону, вверх и вбок, куда моча при наличии катетера à demeure не может достигнуть. Техника вкратце следующая: нет надобности вытягивать шейку матки, можно с успехом оперировать в глубине. Края свища срезаются косо на всем протяжении. Затем, захватив кохерами освеженный край одной стороны влагалищной стенки, отсепаровывают всю толщу влагалищной стенки от всей толщи стенки пузыря до обнажения мягких тканей бедра. То же самое проделывается на другой стороне. В результате получаются 4 мобилизованных лоскута, каждый из которых состоит отдельно из пузырной и отдельно из влагалищной стенки—отделенной друг от друга. К мягким тканям бедра производится пришивание обоих освеженных краев пузырной стенки. После того, как пузырные стенки пришиты к боковой стенке, начинается зашивание влагалищной стенки.

П. Цимхес.

85. *Стриктуры женской уретры.* Meta Oelze-Rheinboldt (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 155, 1928 г.) сожалеет, что в новых учебниках мало уделено внимания стриктурам женской уретры, тогда как по ее наблюдениям они встречаются относительно часто. В случаях с частыми позывами на мочу, необходимо думать о стриктурах. Наряду с исследованием бужами, головчатыми зондами, необходима уретро-цистоскопия. У девочек и девушек, не имевших в анамнезе гонорреи, стриктуры могут возникнуть на почве нервных раздражений. Автор рекомендует лечение с помощью эндоскопа, осторожные и продолжительные дилатации и лучше в комбинации с диатермией.

А. Дмитриев.

ж) Сифилидология.

86. Фельдман обсуждает вопрос о *сифилисе без шанкра*. (Syphilis d'emblée) (Клинич. медицина, 1928, т. VI, № 5). Догма о том, что сифилис обязательно начинается шанкром, в последнее время сильно поколеблена как экспериментальными, так и клиническими наблюдениями. Kolle опытами на кроликах „пуллерах“ доказал возможность сифилитической гематогенной инфекции без шанкра: зараженные сифилисом кролики, не обнаруживавшие никаких клинических явлений сифилиса при перевивке их органов другим кроликам, оказывались больными сифилисом. Ряд клинических наблюдений (автором собрано в мировой литературе 8 достоверных безукоризненных случаев, из них один собственный) также подтверждают возможность сифилиса без шанкра. В случае автора женщины, страдавшей упорными маточными кровотечениями, в одном московском лечебном учреждении было сделано переливание крови; донором была сестра милосердия, которая, как впоследствии выяснилось, страдала застарелым сифилисом (Syphilis ingnata). У донора перед операцией не была произведена Wassermann-реакция. Через 74 дня после переливания крови, у больной, которой сделано было переливание крови, диагностируется свежий сифилис: розеола, опухание лимфатических желез, положительная WR. Тщательные поиски первичного аффекта—шанкра оказались безрезультатны. Возможность полового заражения в данном случае исключалась с абсолютностью, т. к. б-ая в течение 3-х последних лет не имела половых сношений, кроме того после переливания крови находилась все время в больнице под строгим врачебным надзором. Описанный случай является, т. обр. несомненным проявлением гематогенной сифилитической инфекции без шанкра. Автор оговаривается, что он имеет в виду, сифилис без клинического шанкра, но не без гистологического, т. к. доказать или отрицать наличие последнего, т. е. микроскопической сифиломы без видимых клинических явлений, конечно, никто не может. В статье дана вся литература этого крайне сложного и интересного вопроса

А. Вайнштейн.

87. *Сифилис и Пятигорск.* Членов (Клинич. медицина, 1928, т. VI, № 3) в довольно большой, интересной статье подробно, разобрав все показания и противопоказания к применению серных ванн при сифилисе, указывает, что применение таковых при сифилисе является часто проблематичным, но основанным ни на каких научных выводах. За крайне редкими исключениями (злонакачественный сифилис) нет прямых показаний для пользования сифилитиков серными ваннами. Усиленное выделение ртути при пользовании серными ваннами наблюдается при применении и обычных ванн. Для подкрепления проведенного специфического курса и общего состояния организма сифилитика можно с одинаковым успехом по-

сыдять помимо Пятигорска и на другие курорты. Проблематичность серных ванн при сифилисе привела между тем к тому, что Пятигорск пользуется неза заслуженной сифилидологической репутацией среди публики и врачей; туда боятся ехать, чтобы не получить клейма сифилитика. Этот крайне печальный факт ведет к падению Пятигорска, как курорта, к уменьшению его посещаемости, между своими природными богатствами (серными, соляными, горькими водами, Тамбу-канской грязью) он может обслужить колоссальное количество самых разнообразных б-ых.

А. Вайнштейн.

88. К вопросу об организации изучения в Пятигорске *Neurolouesa*. Сухова (Курортное дело, 1928 № 8—9) предлагает организацию Института в Пятигорске, где ежегодно собирается большой материал *Neuroloues'a*, для изучения вопроса о причинах, способствующих *Neuroloues'u*, о целесообразности того или иного вида терапии при раннем сифилисе (из статьи не видно, как должно быть изучено этого вопроса, т. к. навряд ли один анамнез о проведенной терапии разрешит эту тяжелую проблему, если вспомнить указания Nonne, Weugand'a, Finger'a и Kyrle, что на один из существующих методов терапии сифилиса не предохраняет от *Neuroloues'a*); нам думается также, что изучать этот вопрос можно систематически и более целесообразно в отдельных больших клиниках нашего Союза применительно к отдельным народностям и областям и, думается, с большим успехом, чем в Пятигорске, слава которого, как специфического курорта для *Neuroloues'a*, берется в последнее время под сомнение.

А. Вайнштейн.

89. К вопросу о гематоэнцефалическом барьере при невросифилисе в связи с применением диатермии при Р. Р. Милицын (Клинич. медицина 1928, т. VI, № 6), подвергая прогрессивных паралитиков диатермическому воздействию (преимущественно головной мозг)—автор получал усиление проницаемости гематоэнцефалического барьера для ряда лекарственных в-в. и считает предложенный им метод проще и безопаснее прививок малярии и Resurgens'a. (Из статьи, к сожалению, не видны способ применения, материал автора и результаты).

А. Вайнштейн.

90. Семейная идиосинкразия к сальварсану и удавшаяся пассивная ее передача. Н. Huchs u. G. Richl jun. (Arch. f. D. u. Syph. Bd 154, H. 1) описывают случай семейной идиосинкразии к сальварсану, наблюдавшийся у отца, сына и дочери. У отца после 3-го вливания Neo появилась зудящая пятнистая экзантема. У сына после 4 вливания появилась мелкопятнистая сыпь, сопровождавшаяся зудом и легким нарушением общего состояния. У дочери после 3-го вливания Neo появилась уртикарная токсическая экзантема на туловище и конечностях, сильно зудящая. Содержимым пузыря, полученным от девочки после примененной мушки, удалось вызвать идиосинкразию к сальварсану у одного люттика, хорошо переносящего Neo. Идиосинкразия не ограничивалась местом переноса, но позже наблюдалась и на отдаленных участках кожи.

А. Дмитриев.

91. Об амбулаторном производстве ломбальной пункции. А. В. Завлаевский (Венер. и Дерм., 1928 г. № 7—8) сделал 100 пункций тонкими иглами K gабbe в амбулаторной обстановке и получил следующие результаты: в 70% после пункции не было никаких осложнений, в 12%—легкие явления менингизма и в 16%—тяжелые, в то время, как обычный способ пункции простыми иглами с последующим суточным пребыванием в постели не дает осложнений в 55%, в 16%—легкие и в 29%—тяжелые явления менингизма.

Н. Чумаков.

з) Урология.

92. К вопросу о культивировании гонококка. Дмитриев (Микроб. Журн., 1928, т. VII, вып. 2), взяв у 100 б-ых острой и подострой гонорреей выделение из уретры и обнаружив там гонококки, производил посевы этого выделения на различные питательные среды, с целью выявить наилучшую для выращивания гонококков. Из опытов видно, что хорошей средой является Blut-agar; наилучшей, дающей 98,2% положительных результатов—плацентарный агар с кровью без пептона.

А. Вайнштейн.

93. Культивирование и продолжительность жизни гонококка. E. K adisch u. S. W. Ruan (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd 154, H. 2, 1928 г.) работая уже в течение нескольких лет с культивированием гонококка, и испытав ряд раз-

личных питательных сред, думают, что среда Levinthal'я является наиболее удобной и приемлемой, однако, техника ее приготовления еще не подверглась окончательной разработке. Они видоизменили среду Levinthal'я, приготавливая ее с лошадиной или бараньей кровью и добавляя 1,8—1,85% агара. Вторая часть работы посвящена изучению продолжительности жизни гонококка на предметах жизненного обихода: губках, холщевых тряпочках и сосновых палочках. Наблюдая за жизнедеятельностью гонококков на этих предметах в различных условиях, в^о комнаты, в^о ледника и в термостате, авторы приходят к выводу, что гонококки в состоянии сохранять жизнеспособность на влажных губках, кусочках дерева и холщевых тряпочках в течение 24 часов при температуре комнаты; в культуральных жидкостях также, как и текучей воде, в течение этого же срока.

А. Дмитриев.

94. *Лечение мужской гонорреи грязью во внекурортной обстановке.* Грязелечение тесно связано в нашем представлении с обязательным пребыванием на курорте. Бейраx (Вен. и Дерм., 1928, № 6), на довольно большом материале (115 случаев) мужской гонорреи получил хорошие результаты от этого способа лечения и во внекурортной обстановке, пользуясь привозной грязью осенью и весной. Показаниями для грязелечения, по автору, являются подострые и хронически протекающие осложнения гонорреи (эпидидимиты, проститы, артриты); наоборот, при острых осложнениях гонорреи от грязелечения получалось ухудшение процесса.

А. Вайнштейн.

95. *Диагностическое значение реакции Bordet-Gengou в клинике женской гонорреи.* Львов (Вест. Совр. Мед., 1928, № 21), обследовал на вышеуказанную реакцию 494 гонорреальных больных, у которых гонококк обнаружен только в 38,90%; в остальных случаях диагноз поставлен путем анамнеза, клиники и серологии. Открытая гоноррея (острая и хроническая) в общем дает 26% положительные реакции Bordet-Gengou, закрытая — 84%. Наиболее важный вывод: присутствие гонококка при открытой и закрытой гоноррее повышает % положительных реакций и т. обр. наличие гонококка сообщает организму известный иммунитет, что обнаруживается в крови вышеуказанной реакцией. А. Вайнштейн.

96. *Психогенные заболевания в урологии.* Лежнев (Урология, т. V, вып. IV, 1928) подчеркивает громадную роль психогенной травмы среди урологических больных (большинство которых является невротиками). Обращает на себя внимание тот факт, что часто причиной такой травмы является сам врач, неосторожный в своем обращении с больным („ятрогенные“ заболевания). „Моча у вас, как помой“, „Надо прижечь семенной бугорок“, „Не нравится мне ваша уретра—термины, которыми щеколяет современный уролог и которые оставляют неизгладимый след в болезненной психике пациента. Рекомендуется психотерапия и сугубая осторожность в поведении врача.

А. Вайнштейн.

97. Вопрос о *неспецифических эпидидимитах* подробно разбирается в статье Печерского (Венер. и Дерм., 1928, № 1). Правильность существовавшего ранее мнения, что неспецифические эпидидимиты заболевание весьма редкое, автор подвергает сомнению на основании изучения литературных данных, из которых явствует, что за последнее время замечается увеличение случаев этого заболевания. Сам автор за 2 года наблюдал 52 случая неспецифического эпидидимита (1/6 часть всех эпидидимитов, бывших под его наблюдением), где гоноррею и сифилис можно было с уверенностью исключить. Этиологически неспецифический эпидидимит есть понятие собирательное, охватывающее случаи различного происхождения. Из всех теорий, объясняющих развитие его, наибольшим признанием, по мнению автора, пользуется инфекционная. Бактериологическими исследованиями ряда авторов было с несомненностью установлено наличие микробной флоры в передней и задней уретре людей, никогда не болевших ранее гонорреей. Автор пытается объяснить происхождение неспецифических эпидидимитов попаданием в семявыносящие протоки этой флоры из уретры и занесением ее в придатки антиперистальтическими движениями протоков. Клинически эпидидимиты неспецифического характера отличаются относительной доброкачественностью и подострым течением без бурных воспалительных явлений. Н. Яснитский.

98. *Лечение эпидидимитов ихтиолом парантерально* рекомендуют Сокольский и Кенис (Врач. газ., 1928, № 3). 2% водный раствор ихтиола, стерилизованный кипячением, впрыскивается каждые 2—3 дня внутримышечно.

начиная с 1 куб. сант. до 2½ куб. сант. Общее число впрыскиваний 3—4. Уже через 2 суток после первого впрыскивания отмечается резкое ослабление болезненности, придаток значительно уменьшается в объеме, воспалительные явления стихают. Авторы наблюдали благоприятное действие впрыскиваний ихтиола в 25 случаях острых и подострых эпидидимитов, из которых в 2 наступило полное рассасывание инфильтрата без применения местной терапии. *Н. Яснитский.*

Библиография и рецензии.

Участковые медработники. Изд. ЦК Медсантруд. М. 1928.

Под таким названием вышел сборник материалов по изучению труда медицинских работников. В сборнике помещены следующие статьи. В. Р. Хесин, М. С. Панпулов и Ф. Л. Голике обследовали санитарно-гигиенические условия работы, нагрузку и режим труда, бюджет и некоторые вопросы быта участковых медработников Московской губ. Санитарно-гигиеническое обследование сводилось к обычному санитарному описанию больницы и рабочих помещений. Нагрузка и режим труда определялись путем хронокарты с записями распределений рабочего времени и дежурств, записями фактически выполняемой в рабочее время работы. Для выяснения питания велись записи в течение 7 дней пребывания обследователя в данном участке и перечислялось на месячный период. Остальные вопросы выяснялись анкетным путем. В результате такого обследования авторы находят, что санитарно-гигиенические условия работы в целом ряде участковых б-ц неблагоприятны. Отмечается наличие переработки у всех групп медработников, которую следует изжить не только увеличением штата, но и рационализацией работы. Обращает на себя внимание недостаточное питание младшего медперсонала и малая жилищная площадь. Обследованные участки дают благоприятную картину в отношении радиуса обслуживаемого участка. Выездная работа в них вообще невелика.

По предложению Центрального научно-консультативного бюро д-р З. Л. Эпштейн изучал труд сельских медработников Одесского округа. Обследовались наиболее типичные медучастки с больницей в 20, 10 коек и чисто амбулаторные. Производился хронометраж работы наиболее типичных представителей сельского персонала и экспериментальное исследование утомляемости. Автор считает, что работа сельского медперсонала протекает в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях (недостаточность помещения, несоответствие помещений своему назначению, недостаток кубатуры, пыль и грязь, наносимая больными, низкая температура зимой и высокая летом и пр.). Состав больных и окружающая психологическая атмосфера создают весьма нервную, напряженную обстановку работы, что благоприятствует нарастанию умственной утомляемости персонала. Длительность рабочего дня по своей средней величине значительно превышает установленные для медперсонала нормы. Содержание работы старшего и среднего медперсонала характеризуется большим разнообразием обязанностей. Бюджет рабочего времени сельских врачей отличается превалированием амбулаторного приема над всеми другими видами работы. Амбулаторный прием сельских врачей характеризуется: а) укомплектованностью времени, затрачиваемого на него, а именно: основная работа составляет значительную часть всего приема—48%—60,7%; вспомогательная работа 7%—12,7%; дополнительная работа—22,5%—28,3%, из коих время, падающее на письменную работу, составляет почти 1/3 часть всего приема, на отдых остается 3%—17,9%, из коих на ожидание уходит 1,1%—4,3%; б) значительной интенсивностью темпа работы, зависящей от недостатка времени и перегруженности; в то же время в) сравнительно небольшим количеством времени, затрачиваемого на одного б-ого (3'53"—6'), причем сокращение это идет не столько за счет полезной (опрос, осмотр, назначение), сколько за счет вспомогательной и дополнительной работы; г) сравнительно высоким процентом времени, затрачиваемого на работу, требующую умственного напряжения (64%—81%).

И, наконец, третья статья этого сборника разбирает бюджет времени участкового врача (Э. Г. Генкин). Для этой цели был использован метод заполнения хронокарт самим испытуемым путем записи в течение 2-х недель подряд. Этот метод нельзя считать вполне объективным, так как записи делал сам обследуемый. Обработке подверглись 90 хронокарт с небольшим процентом дефектов. Из обследованных врачей 76,7% работают на участках с одним врачом и лишь 23,3%—работают на участках, где имеется два и больше врачей. Продолжительность рабо-

чего дня участкового врача превышает норму и составляет в среднем 9—10 часов в приемный день и от 6—9 часов в неприемный и профилактический. Сюда не входит время, затрачиваемое на чтение медицинской литературы и передвижение. Максимум рабочего дня уходит на амбулат. прием и работу в стационаре. Выезды, посещения б-ых на дому, отнимают в обычный приемный день 10—13% времени, и почти вдвое больше в прочие дни. Административно-хозяйственная работа занимает 7—15% времени приемного дня и в 2—3 раза больше в прочие дни. Время, уделяемое общественно-профилактической работе, возрастает с 6—15 в приемный день, до 40 и 64% в неприемный и профилактический. Сон удовлетворительный по длительности и мало удовлетворителен по качеству, вследствие частых ночных вызовов. Большинство обследованных участковых врачей не имеет свободного дня. Отмечается общая неудовлетворенность работой на участке.

И. Цимхес.

Опыт изучения профессиональной заражаемости медицинских работников. Изд. ЦК Медсантруд.

Центральное научно-консультативное бюро при Ц. К. Медсантруд опубликовало настоящую работу, как первую попытку изучения этого вопроса. Исследование производилось на основе опроса группы медработников. Целью опроса было 1) выявить характер инфекционных заболеваний, перенесенных медработниками до поступления в лечебные учреждения, 2) учесть число лиц, перенесших до поступления на работу инфекции, дающие, как правило, стойкий иммунитет (корь, скарлатина и т. д.), 3) установить характер инфекционных заболеваний, перенесенных при работе в лечеб. учреждениях, 4) выявить взаимоотношения перенесенного при работе в лечеб. учреждении заразного заболевания с характером болезни, обслуживание кой в тот момент производилось, 5) проследить хронологическое движение всех перенесенных заразных заболеваний, 6) выявить вероятность заражения в связи с профстажем и возрастом в момент заражения. Материал собирался в двух крупных московских больницах, отличающихся между собой по характеру обслуживаемых б-ых, по числу коек и количеству персонала (Больница им. Боткина и Красно-Советская). Материал собран о 700 человек.

Необходимо отметить, что метод изучения профессиональной заражаемости путем опроса нельзя считать точным. При обширных эпидемиях источник заражения даже и при наличии проф. вредностей, может находиться вне зависимости от профессии в общих условиях быта населения, среди которого живет медработник. Анамнестический метод исследований не дает достаточно точных показаний вследствие неумения дать нужные сведения о наличии или отсутствии в прошлом того или другого заболевания. Кроме того, трудно учесть своеобразие условий труда в момент заражения. Все же и метод опроса обнаружил, что свыше половины лиц перенесли различные инфекционные заболевания при работе в лечебных учреждениях (40% двумя и тремя инфекциями). В ряде видов заражения наибольшие цифры дает вид заражения, идентичный с обслуживаемой инфекцией. Хронологические даты заразных заболеваний медперсонала вполне отражают движение обслуживаемых ими инфекций.

И. Цимхес.

Д-р А. М. Мажбиц. *Лечение женских болезней грязевыми и ванными.* Практическое руководство для врачей. С предисл. проф. Р. В. Кипарского и доцента В. А. Полубинского. Изд. Кубуч, Ленинград, 1928. Цена 2 р. 25 к.

Громадное значение физиатрических методов лечения, правильно оцененное руководителями Советской медицины, повело к тому, что эти методы все шире и шире распространяются в нашем Союзе и все больший круг врачей вовлекается в число активных работников по физиатрии. Бальнеотерапия, как один из видов физиатрии, находит все большее применение в гинекологии и при совершенной постановке курортного дела привлекает новые кадры работников. При недостаточности знакомства широкой врачебной массы с грязелечением гинекологических заболеваний, появление практического систематического руководства в этой области является настоятельно необходимым, и с этой точки зрения выход в свет книги д-ра Мажбица вполне своевременен, а сама книга, несмотря на некоторые недочеты, значительно заполняет пробел в литературе указанной области. Книга задумана и составлена по обширной программе, содержит исторический очерк грязелечения, описание свойств грязи, подробное изложение теорий о сущности действия грязи. Подробное изложение техники грязелечения касается лишь техники крымских грязелечебниц. Излагая технику грязелечения, автор описывает довольно подробно интравагинальное, интраректальное и комбинированное абдомино-ваги-

нальное лечения и выявляет себя сторонником метода „щажения“. Можно вполне приветствовать стремление автора к научной обработке материала в смысле изучения функциональных изменений различных органов под влиянием грязелечения, в особенности изменений менструальной кривой. Вполне правильным следует также признать такую постановку дела, когда лечение проводится под строгим контролем научно-установленных индикаторов (реакция на ванны, t° , SR, лейкоцит. формула и т. д.). Особые главы посвящены показаниям и противопоказаниям к грязелечению, режиму больных во время и после грязелечения, а также учету ближайших и отдаленных результатов грязелечения у гинекологических больных.

В качестве гинеколога грязелечебницы Саки, автор базируется почти исключительно на опыте крымских грязелечебниц, лишь вскользь затрагивая методы гинекологической палюатрии на других курортах союза, в то же время относясь нелегко с достаточной критической оценкой к методам, применяющимся главным образом в крымских курортах (напр., к развозным ваннам). Стараясь уточнить показания к грязелечению, автор в отношении некоторых вопросов уступает этому принципу; напр., в отношении спорного вопроса о лечении грязями фибромиом автор говорит лишь, что перед консервативной миомэктомией грязелечение показано, как метод, подготовляющий к операции. Не уточнены показания к лечению бесплодия и аменорреи, не затронут вопрос о лечении пиосальпинксов. Давая подробную главу о теориях, объясняющих действие грязи, автор не отмечает влияния вдыханий сероводорода и угольной кислоты, не указывает опытов Лозинского и Садикова, не указывает возможности всасывания сероводорода через кожу (Maliva), не приводит также теории утомления Садикова. Изданная вполне прилично по внешности, книга д-ра Мажица, к сожалению, изобилует опечатками. Встречаются нередко неудачные выражения—напр., «сравнивая оба вида терапии, как дополнение к грязелечению, вакцинны и протейны, видим»... «бадреакция»; «разница температуры in vaginalis et axil»,—а также досадные обмолвки, напр., Marienbad назван „немецким“ курортом, каковым он никогда не был; в списке курортов говорится о Мацестинских грязях, тогда как это источники. Указанные пробелы, свидетельствующие, повидимому, о некоторой спешности издания, портя несколько общее впечатление от книги, не лишают, конечно, ее значения, как полезного пособия для желающих изучить практику гинекологического грязелечения.

Проф. А. Тимофеев.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Общие заседания.

Годичное заседание 29/I 1929.

Председатель Общества В. М. Аристовский произнес краткое слово, посвященное скончавшемуся 25/XII 1928 г. почетному члену Общества врачей, заслуженному деятелю науки, профессору Н. А. Миславскому. Память покойного была почтена вставанием.

Годичную речь произнес профессор А. В. Вишневецкий на тему: «Обезболивание в хирургии». Речь будет напечатана в ближайшем № „Каз. мед. журнала“.

В административной части заседания был заслушан доклад секретаря Общества д-ра А. И. Вылегжанина о деятельности Общества за 1928 год.

Из доклада видно, что работа Общества протекала весьма энергично, как в пленарных заседаниях, так и в секционных, а именно: в истекшем 1928 г. состоялось 14 пленарных заседаний, на которых было заслушано 37 докладов, и сделаны 2 демонстрации. 2 пленарных заседания, в том числе, были посвящены вопросу о сифилисе внутренних органов и вопросу о местном иммунитете.

В 1928 г. к существующим семи секциям прибавилось еще две вновь организованных: педиатрическая секция, возглавляемая проф. В. К. Меньшиковым, и туберкулезная секция, председателем которой состоит проф. Б. А. Вольтер. Но в то же время от Общества отделилась офтальмологическая секция, из которой образовалось самостоятельное Офтальмологическое общество. Секционных заседаний было 102; на них было заслушано 214 докладов и сделано 74 демонстрации.

За истекший год в число членов Общества вновь вступило 42 врача и в настоящее время в Обществе числится 272 члена, из них почетные: академик И. П.

Павлов, профессора: Н. А. Геркен, В. С. Груздев, В. И. Разумовский, И. Г. Савченко и Ф. Я. Чистович. Почетный член Общества, заслуженный деятель науки, профессор Н. А. Миславский скончался 25/ХІІ 1928 г. Кроме того за этот год вышло за пределы г. Казани 8 членов Общества.

Общество приняло деятельное участие в Областной конференции участковых врачей, состоявшейся весной 1928 г. в городе Казани, а также председатель Общества профессор В. М. Аристовский весной выезжал в г. Чистополь, где был избран председателем кантональной конференции участковых врачей и где он выступал с докладом. Нужно отметить, что за последние годы Общество врачей установило тесный контакт со всеми медицинскими учреждениями и общественными организациями города Казани и является действительным центром научного объединения врачей.

Финансовый отчет по Обществу и отчет редакции „Каз. мед. журнала“ сделал д-р З. М. Блюмштейн, отчет ревизионной комиссии был представлен прив.-доц. Н. Н. Яснитским.

Общее собрание заслушанные отчеты утвердило и были произведены пере-выборы должностных лиц Общества на 1929 год. Единогласно избранными оказались следующие лица: председателем Общества проф. И. П. Васильев; товарищами председателя: проф. Р. А. Лурья, В. В. Милославский, Н. В. Соколов и д-р М. И. Аксянцев, секретарями общества д-ра Б. С. Бикенин, А. И. Вылегжанин, Н. И. Вылегжанин, Н. В. Инюшкин и А. Н. Сызганов, казначеем общества д-р З. М. Блюмштейн, членами ревизионной комиссии избраны: прив.-доц. Н. Н. Яснитский, д-ра А. В. Голяев и С. П. Яхонтов.

Было заслушано заявление ответственного редактора „Каз. мед. журнала“ профессора В. С. Груздева об освобождении его от обязанностей редактора. Ввиду категорического отказа профессора В. С. Груздева продолжать редактирование «Каз. мед. ж.», общее собрание постановило согласиться с его уходом, но учитывая тот колоссальный труд, который профессор В. С. Груздев вкладывал в дело редактирования журнала, благодаря чему «Каз. мед. ж.» приобрел широкую известность и вошел в ряд наиболее распространенных и читаемых журналов в С.С.С.Р., общее собрание единогласно постановило выразить профессору В. С. Груздеву сожаление об его уходе и глубочайшую благодарность за произведенную работу. На 1929 г. была избрана редакционная коллегия, в которую вошли следующие лица: Председатель Об-ва Врачей—проф. И. П. Васильев; профессора В. Л. Боголюбов, М. М. Гран, Р. А. Лурья, А. Ф. Самойлов, Т. И. Юдин, доктора: З. М. Блюмштейн, Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

В заключение общее собрание единогласно постановило выразить благодарность профессору В. М. Аристовскому, который состоял председателем Общества Врачей за последние 3 года, и под руководством которого Общество окрепло в организационном отношении, широко развернуло свою работу и наладило связь как с медицинскими учреждениями города Казани, так и с общественными организациями.

У Пленум Центрального Бюро врачесекции.

(Предсьездовский).

На состоявшемся 10—15 января с. г. Пленуме Ц. Б. впервые были заслушаны доклады институтов для усовершенствования врачей (Ленинградского и Казанского). В обоих ин-тах практикуется цикловая система, однако по своему содержанию отличающаяся друг от друга. Цикловая система Казанского ин-та—есть комплексная система ряда дисциплин (внутрен. болезни, нервные, физиатрические, детские составляют терапевтический цикл, хирургия, акушерство и гинекология и ортопедия—хирургический цикл, и глазной цикла). Прослушать предметы указанных циклов обязательно для слушателей в течение семестра, допускается лишь уклон по той или иной дисциплине. Циклы в Ленинградском ин-те охватывают ряд курсов по одной дисциплине: отдельно цикл внутренних болезней, цикл нервных болезней и т. д.; командированный врач имеет возможность свободно определять себя на два цикла по своему усмотрению. Прения по этому вопросу выявили, что каждая из этих систем имеет свои преимущества и принятые постановления по докладам сохраняют эти системы на ближайшее время. Предложение об унификации систем для обоих ин-тов не встретило поддержки.

Оживленные прения развернулись по вопросу о постановке преподавания профилактических дисциплин в обоих ин-тах. Выяснилось, что оба института только начинают делать робкие шаги в этом направлении. По мысли Зам. Наркомздрава РСФСР тов. Коновалова, ин-ты должны себе поставить задачей, помимо организации и укрепления существующих кафедр по профилактическим дисциплинам, организовывать преподавание всех клинических дисциплин в увязке с социальными проблемами и профилактическими мероприятиями в широком смысле слова. Эти мысли получили свое оформление в принятой резолюции по этому вопросу.

Не меньший интерес проявили члены Пленума к вопросу о преподавании в обоих ин-тах предметов по планированию и рационализации дела здравоохранения. Ознакомление периферических врачей с теоретическими основами проблемы планирования и рационализации в социалистическом строительстве дает возможность каждому врачу практически лучше осуществлять эти проблемы. Обращено внимание на недостаточное культурное обслуживание командированных врачей. ЦК Медсантруд выделяет средства на это дело.

Членами Пленума из Саратова, Азербейджана, Ростова на Дону и Белоруссии был поднят вопрос об организации аналогичных ин-тов или курсов по усовершенствованию врачей на периферии в тех городах, где имеются медвузы. Вопрос встретил возражения со стороны директоров Ленинградского и Казанского ин-тов и отдельных делегатов, и Пленум принял постановление о желательности организации лишь курсов по усовершенствованию врачей на периферии в тех местах, где они могут быть обеспечены квалифицированными научными работниками. Эти курсы не исключают очередных командировок врачей в существующие ин-ты (Ленинградский и Казанский) и не могут заменить их. Пленумом приняты постановления о необходимости комплектования преподавательского состава ин-тов лицами, имеющими врачебный стаж работы на селе, о научных командировках ассистентов ин-тов за границу и о прибавке жалования преподавательскому составу.

Затем были заслушаны предложения секретариата ЦБ о дальнейшей работе врачсекций и ЦБ к 5 Съезду врачсекций. В области организационной работы Пленум высказался за то, что секции должны точно перестроить свои оргформы и работу согласно новому положению о секциях, опубликованному в Бюллетене ЦК № 15 за 1928 г. В частности везде должны быть ликвидированы президиумы и заменены секретариатами. Для руководства работой секретариата из состава последнего выделяется ответственный секретарь и его заместитель. Вновь был обсужден вопрос об институте уполномоченных врачсекции в лечсанучреждениях. В тех городах, где был введен институт уполномоченных, связь врачсекций с массами врачей и обслуживание последних улучшилось. Некоторые члены Пленума указывали на то, что уполномоченные секции на местах должны избираться собраниями врачей, а не назначаться секциями. Всесоюзный съезд должен будет решить вопрос о желательности и нежелательности продолжения секционного строительства до низовых профсоюзных ячеек.

Далее Пленум принял предложение о том, что профсоюзные организации на местах должны обеспечить полное выполнение смет врачсекции и за увеличение в дальнейшем отпуска средств на непосредственное обслуживание нужд членов секции и в особенности культурных. Вопросы взаимопомощи врачей на этом Пленуме также, как и на предыдущих, привлекли особое внимание. Опыт двухгодичной работы по организации фондов вз-щи врачей на местах позволили уже подвести некоторые итоги. В то время, как отдельные секции (Нижегородская, Запорожская, Тульская, Бобруйская, Витебская, Днепропетровская, Московская и др.) показали полную целесообразность и жизнеспособность этой формы вз-щи, в других секциях организация фондов вз-щи не удалась и число врачей, вовлеченных в фонды, невелико. Большинство членов Пленума (на 2 голоса) высказалось за организацию самостоятельных касс вз-щи врачей. Всесоюзный съезд решит этот вопрос в окончательной форме.

Пленум утвердил, затем, предложения ЦБ Всесоюзному съезду о материально-правовом и бытовом положении врача и высказался за необходимость добиваться доведения зарплаты на протяжении пятилетки до размеров довоенного уровня. Средняя ставка сельского врача должна в течение пятилетки превзойти среднюю ставку по городу и не допускать подмены общего роста основной ставки участкового врача декретированными 20% прибавками за выслугу лет. ЦБ и секции на местах должны усилить свое внимание вопросам правового положения

врачей, добиваясь немедленного и авторитетного расследования каждого случая нарушения прав врачей и эксцессов против них. Особое внимание должно быть обращено на помощь участковым врачам. Наряду с этим секции должны усилить свою борьбу с отдельными уродливыми явлениями во врачебной среде, подвергая их широкой самокритике, и усилить работу по поднятию трудовой дисциплины среди врачей каждого учреждения.

Наконец, Пленум, констатируя и отмечая успех в предстоящем разрешении вопроса о пенсии за выслугу лет для участковых врачей, ставит перед Всесоюзным съездом врачебной секции предложение о необходимости добиваться постепенного расширения этого вида обеспечения на остальные группы врачей, в первую очередь для судебно-медицинских экспертов, психиатров, санврачей.

Размер статьи не позволяет остановиться на других предложениях об участии секций в организации здравоохранения, в конкурсных комиссиях, по культурно-служебному обслуживанию врачей и т. д. Подробно читатели могут ознакомиться с этими предложениями по Бюллетеням ЦК Медсантруд.

На Пленуме был заслушан доклад Зам. Наркомздрава РСФСР тов. Коновалова о рационализации в медико-санитарном строительстве. Докладчик подчеркивает актуальность этой проблемы в период перехода нашего народного хозяйства из фазы восстановительных процессов в эпоху реконструктивную, когда ускорение темпа хозяйственного роста явилось проблемой борьбы труда с капитализмом на фронте хозяйствования, проблемой борьбы Союза ССР с капиталистическим миром под знаком „кто кого“. Определяя рационализацию, как систему мероприятий, путем проведения которых систематически улучшается качество, сжимается количество, удешевляется материально административно-хозяйственная деятельность, докладчик считает, что в деле здравоохранения работа по рационализации должна сыграть такую же существенную роль, как и во всем народном хозяйстве. Развертывание рационализации здравоохранения должно проходить по двум основным направлениям: по производственной линии (амбулатории, больницы здравоохранения, внебольничная, лекарственная помощь и т. п.) и по линии управления здравоохранением. Докладчик выдвинул положение, что систематическая работа по рационализации должна быть обязательной и постоянной функцией каждого предприятия и учреждения. Для осуществления этой работы при каждом учреждении должны быть организованы бюро по рационализации.

Пленум согласился в основном с предложениями докладчика и принял постановление, что рационализаторские задачи на ближайшее время должны охватить: 1) вопросы установления рациональных форм организации приема амбулаторных больных и борьба с очередями, борьба с залеживанием стационарных больных и т. д.; 2) вопросы рационализации труда младшего, среднего и высшего медперсонала — эффективность труда, уплотнение рабочего дня и разработку вопросов нормирования труда медперсонала; 3) разработку вопросов стандартизации медоборудования и медикаментов (в частности единые рецептурные формулы); 4) децентрализация функций управления и др. Пленум высказался за то, что бюро по рационализации должны организовываться только в крупных лечебных учреждениях и отверг предложение докладчика о допустимости приглашения в крупных лечебных учреждениях особо штатного рационализатора.

Последним вопросом повестки дня был доклад редакции журнала „Вестник Современной Медицины“. Пленум одобрил общее направление журнала, единственного медицинского журнала в стране, который выдвигает перед врачебной массой, наряду с научными медицинскими вопросами, также вопросы Советского здравоохранения, труда и быта врача. Пленум подчеркнул значительные успехи этого журнала в смысле увеличения тиража и количества читателей и проявляющийся к нему интерес врачебных масс. Пленум принял постановление, чтобы врачебные секции усилили кампании по подписке на этот журнал, вовлекая в работу низовые профсоюзные ячейки.

Эта подготовительная работа, проведенная на V Пленуме Центрального Бюро Врачебной секции, должна послужить основой для обсуждения этих вопросов на местах и широкой их популяризации среди врачей. Они охватывают наиболее животрепещущие вопросы труда, быта врачей и дела здравоохранения. Чем лучше эти вопросы будут проработаны на местах, тем отчетливее и лучше они получат свое отражение в постановлениях 5 Всесоюзного Съезда Врачебной секции, который состоится в апреле месяце с. г.

Д-р А. Я. Плещицер.

Хроника.

20) 13 февраля с. г. в заседании О-ва врачей при Каз. университете была принята следующая резолюция по поводу последних выборов в Академию наук: «Возлюбовавшие всю страну события, связанные с выборами новых академиков во Всесоюзную Академию Наук, не прошли мимо широких кругов членов Общества врачей при Казанском университете. Общество врачей полагают, что результаты баллотировки пленума Академии, при которой оказались неизбранными товарищи: Фриче, Деборин и Лукин, избранные секциями специалистов гуманитарных наук—свидетельствуют, несомненно, о том, что не их научные заслуги, а обстоятельство неакадемического характера, имевшие место в пленуме, привели к неожиданным результатам, оставившим вышеупомянутых товарищей вне стен Всесоюзной Академии Наук.

Едва ли можно сомневаться, что это произошло потому, что гг. Фриче, Деборин и Лукин являются яркими представителями диалектического материализма, как научного метода мышления. Не менее печально, что при обсуждении возможностей вторичной баллотировки для исправления допущенной пленумом Академии ошибки, несколько академиков с громкими мировыми научными именами и огромными заслугами оказались противниками этого естественного выхода из создавшегося положения.

Все эти обстоятельства заставляют Общество врачей видеть в последних событиях во Всесоюзной Академии симптомы глубоких организационных недочетов, отрывающих Академию от широких научных и общественных кругов, ряд неизжитых и вредных исторических традиций,—почему Общество врачей присоединяется к голосу многочисленных научных организаций и учреждений, требующих реорганизации Академии Наук и принятия мер, предупреждающих повторение имевших место печальных событий“.

21) В весеннем семестре текущего года в Институте для усовершенствования врачей им. Ленина организуются специальные курсы по туберкулезу. Работа ведется совместно с Туберкулезным Институтом Татнаркомздрава; в этом же семестре состоятся и специальные курсы для окулистов, на которые центром командировается 20 врачей.

22) Учебноплановая комиссия II-та усовершенствования врачей приступила к разработке практического плана подготовки научных работников; имеется в виду уже в течение текущего семестра провести частично в жизнь этот план по отдельным дисциплинам.

23) Наркомздравом РСФСР объявлен конкурс на замещение должности директора Института по изучению трдохмы и борьбе с нею имени проф. Е. В. Адамюка, составляющего кафедру государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. Лица, желающие занять эту кафедру, приглашаются представить свое жизнеописание, научные труды, отзывы специалистов, научных учреждений, советских и профессиональных организаций в управлении института, Казань, улица Комлева, 9, до 1/III—с. г.

24) В Институте мозга (Ленинград) открыт памятник акад. В. М. Бехтерову в день первой годовщины со дня его смерти (24/XII 1928 г.).

25) В день празднования Госуд. Рентгеновским ин-том НКЗ в Москве своего пятилетнего юбилея (25/1 с. г.) была открыта при нем первая в СССР нейрохирургическая клиника, оборудованная по типу лучших зарубежных учреждений этого рода.

26) 1 февраля исполнилось 10 лет деятельности и работы Ленинградского Рентгенологического и радиологического ин-та. В № 9 нашего „Журнала“ за 1928 г. помещена статья д-ра П. В. Маненкова, подробно освещающая конструкцию и работу этого ин-та.

27) В начале июня с. г. в г. Казани состоится Съезд риноларингоотитрогов. В программу включены следующие вопросы: 1) Действие боевых отравляющих веществ на верхние дыхательные пути и слуховой орган. 2) Профвредности табачного производства. 3) О придаточных пазухах носа. 4) Характеристика Вальдейерова кольца у татарского населения. 5) Доклады по другим отделам риноларингоотитрии. Участникам Съезда будут предоставлены квартиры. За всеми справками надлежит обращаться к председателю организационного комитета профессору В. К. Трутневу (Казань, Пушкинская, 86, кв. 1).

28) С 25 по 30 мая с. г. в г. Н.-Новгороде созывается V очередной Поволжский Малярийный Съезд, в котором примут широкое участие представители

учреждений НКЗдрава и научных институтов и университетов, заинтересованных в борьбе с малярией. Программа съезда: I. По вопросам организационным: 1) Доклады С. Э. П. Н. К. З. Р. С. Ф. С. Р. о малярии за 1928 г. 2) Сводные доклады по Верхнему, Среднему и Нижнему Поволжью о распространении малярии и борьбе с ней в 1928 г. 3) Сводные доклады малярийных станций по Верхнему, Среднему и Нижнему Поволжью о работе за 1928 г. 4) Доклады о роли участкового врача в борьбе с малярией. 5) Доклады о предупреждении малярии на территории зерновых хозяйств (совхозов). 6) Доклады о борьбе с малярией среди переселенцев. 7) То же—на торфоразработках. 8) Доклады о гельминтологической работе станций и увязке ее с остальной противомаларийной работой. II. По научным вопросам: 1) Диагностика хронической малярии. 2) Иммуитет при малярии. 3) Эпидемиологическая ценность кривых помесячного распределения малярии. 4) О рецидивах при малярии. 5) Диагностика межрецидивного периода. 6) Лечение малярии (plasmochin). 7) Современное состояние вопроса о лечении малярией прогрессивного паралича, tabes'a и др. заболеваний. 8) Биология малярийного комара в Поволжье. 9) Профилактическая хинизация среди организованных масс населения. На время съезда будет организовано общежитие и ряд экскурсий в окрестности Нижнего-Новгорода. При заявках просьба сообщать тезисы. Заявки направлять по адресу: Н.-Новгород, Мартыновская, 18, Заведующему Малярийной Станцией д-ру Троицкому С. А. до 5-го мая 1929 г.

29) Гос. Акушерско-гинекологический Институт НКЗ в Ленинграде имеет на своем складе свободную наличность изданий по акушерско-гинекологической специальности на разных языках и предлагает научно-учебным учреждениям произвести обмен таковых на имеющиеся дубликаты в библиотеках означенных учреждений. Подробные справки можно получить по адресу: Ленинград, Линия проф. Менделеева, 3. Гос. Акуш.-Гинекол. Институт, „Библиотека“.

30) В мае 1928 года исполнилось 40 лет врачебной и научной деятельности хирурга-педиатра Т. П. Краснобаева. Юбилар окончил Московский университет в 1888 г. С 1904 г. до настоящего времени он состоит старшим врачом Морозовской Детской б-цы в Москве. Т. П. Краснобаев за последнее время, в качестве приват-доцента, читает курс по хирургии и ортопедии детского возраста в I Московском университете, Московское О-во хирургов, детских врачей, рентгенологов и русское Хирургическое О-во им. Пирогова избрали Т. П. Краснобаева своим почетным членом.

31) 17/XI 1928 г. в Нижнем Новгороде праздновался юбилей тридцатилетней научно-врачебной деятельности декана Нижегородского Медфака проф. И. А. Левина. По окончании Казанского университета в 1898 году И. А. Левин был представлен проф. В. И. Разумовским на место штатного ординатора, но, как еврей, не был утвержден и остался работать в клинике экстерном. В 1900 г. он защитил диссертацию „О перекрестном сшивании нервов“. Так как доступ к преподавательской деятельности ему был в дореволюционное время закрыт, то он выставил свою кандидатуру на должность ординатора в Козлове, Тамбовской губ., но и здесь не был утвержден губернатором и уехал за границу, где работал у Lassar'a, Israel'я и др. С 1906—1914 г. он работает в Общине Красного Креста в г. Перми, затем с 1914—1921 г. был призван на военную службу. С 1921 г.—профессор кожно-венерических болезней в Екатеринбурге, а с 1923 г.—в Нижнем Новгороде. С 1924 г. он декан Медфака в Нижнем; его заботам в значительной степени Медфак обязан продолжением своего существования.

32) Научный совет при Цустрахе на днях пересматривал список профессиональных заболеваний для всех союзов. ЦК Медсантруд также сделал свои заявки, на основании имеющихся у него материалов Центрального научно-консультативного Бюро. Заявки эти сводились к следующему:

1) в перечень профессий, страдающих хроническими язвами кожи, ЦК было предложено внести ваннищиц и грязовщиц грязелечебниц; 2) в перечень профессий, страдающих резким понижением зрения, предложено внести трихиноскопштов; 3) к перечню профессий, страдающих варикозным расширением вен на ногах, добавить зубных врачей, работающих на бормашине; 4) пополнить список медработников, заболевшими инфекцией, одновременно с той, на какой он работает; и 5) некоторые виды психических заболеваний у психороботников. Научный совет внес в список первые 3 предложения, 5 предложение постановил принять принципиально и поручить Институту Труда НКТ точно определить названия психических и душевных болезней, которые можно считать профессиональными для медработников

психобольниц. По 4-му предложению поручено профессору В и г д о р ч и к у детально ознакомиться с этим вопросом.

33) Внесенный об-вом борьбы с алкоголизмом по наказу советской общест-венности проект мероприятий о сокращении продажи водки и усилении борьбы с алкоголизмом на-днях рассматривался в Союзном Совнарком.

По новому закону,—в городах и рабочих поселках воспрещается торговать водкой, водочными изделиями, пивом и виноградным вином в праздничные и пред-праздничные дни, а также в дни выдачи зарплат; местным советам предложено ограничить часы торговли и в остальные дни.

В промышленных городах и рабочих поселках воспрещается открывать но-вые места продажи водки и водочных изделий как в специальных магазинах, так и в смешанных. Закон категорически воспрещает продажу алкогольных напитков в рабочих клубах, буфетах всех общественных учреждений, театрах, кино, в обще-житиях, банях, а также во всех вообще общественных местах—парках и местах народного гулянья; водка и водочные изделия не будут больше продаваться в за-кусочных и столовых. Кроме того, запрещается продажа алкогольных напитков несовершеннолетним, а также допуск их в пивные и рестораны.

Наряду с этими административными мерами, Совнарком поручил Госплану в пятилетнем плане народного хозяйства учесть задачи борьбы с алкоголизмом путем сокращения производства и продажи водки и разработать вопрос о создании сети противоалкогольных диспансеров, в первую очередь в городах и промышлен-ных поселках. Госплану поручено также в полугодовой срок разработать вопрос о замене в бюджете страны доходов от спиртных напитков другими доходами, а ЦСУ в такой же срок вычислить прямые расходы государства в связи с алко-голизмом (соцстрах, лечение алкоголиков и т. д.) и косвенные убытки, которые терпит народное хозяйство на прогулах, падении производительности труда и пр.

ВСНХ и Всекопромсоюзу предложено расширить и удешевить массовое про-изводство спортивных и музыкальных принадлежностей. Одновременно ВСНХ по-лучено расширить производство безалкогольных прохладительных напитков (фрук-товых, ягодных и пр.). Наркомфину—понизить налоги на выработку этих напит-ков, а НКЗдраву и НКТоргу удешевить стоимость минеральных вод.

Новый закон предусматривает также расширение сети культурных чайных—закусочных и кафэ, на которые распространяются налоговые льготы по аренде и оплате коммунальных услуг. Законом предусмотрено удешевление издания массовой художественной литературы, запрещение рекламирования продажи алкогольных напитков и пр.

(„Правда“, 5/II 1929 г.).

34) Вышел из печати первый том „Трудов Института для усовершенствован-ния врачей им. Ленина в Казани“.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

7) А. Имеют ли право судебные власти, администрация уездного отдела и адми-нистрация больницы обязать врача производить вскрытие трупа ранее 24 часов с момента смерти?

В. Имеют ли право вышеозначенные власти обязать врача производить судебно-медицинское вскрытие трупа в помещении мертвецкой, где температура ниже—5°—7°?

Врач С. Е. Твердов.

Ответы: А. До истечения 24 часов с момента смерти вскрытие трупа может быть произведено лишь в научных и научно-практических целях в клиническом или больничном учреждении, в присутствии не менее трех врачей, причем этими врачами непосредственно перед вскрытием составляется протокол с указанием причин необходимости раннего вскрытия и доказательств действительной смерти (Уставление Ученого Медич. Совета от 18/XII 1918 г. № 195, правила о по-рядке вскрытия трупов умерших в больницах и лечебных заведениях—циркуляр НКЗ от 2/IV 1919 г., подтвержденный циркуляром НКЗ № 65 от 17/III 1924 г.).

В. Врач обязан производить вскрытие, если он будет обеспечен хотя-бы минимом необходимого для этой цели, в том числе и помещением с надлежащей температурой. Если в помещении для вскрытия температура 5—7° ниже нуля, то и самое вскрытие теряет все значение, так как на замершем трупе мы можем не обнаружить многих крайне важных признаков. Вполне естественно, что в законо-

дательстве нет указаний на минимальную ¹⁰, при которой может производиться вскрытие, но пункт 3 циркуляра НКЗ и НКЮ № 13/мв. 1928 г. (Бюллетень НКЗ 1928 г., № 2) предлагает принять меры к дооборудованию, ремонту, приведению в порядок и отоплению покойничих при уездных, окружных и участковых больницах. Пункт этот вызван именно тем обстоятельством, что в настоящее время слишком мало обращается внимания на условия работы врачей, производящих вскрытия. Врач имеет полное право указать, что в помещении с ¹⁰ около 5—7° ниже нуля вскрытие произвести невозможно и должен требовать предоставления более подходящего помещения.

Доцент А. Гусев.

8) Прошу сообщить, какой литературой как русской, так и переводной, можно пользоваться для дипломной работы на тему «Историческое развитие учения о менструациях до настоящего времени» и где рекомендуемую литературу можно приобрести.

Подписчик № 2947.

Ответ: Большая литература о менструациях разбросана по специальным журналам. Более подробные указатели литературы можно найти у проф. В. С. Груздева в 1-ой части курса акушерства и женских бол-ней—в Анатомии и физиологии женской половой сферы, Москва, 1922, у З в о н и ц к о г о—Происхождение и сущность менструаций, Москва—Ленинград, 1926, и Т и м о ф е е в а—Современные взгляды на происхождение, причины и значение менструации. Вестн. Совр. Мед. Москва, 1929, и у S c h r ö d e r'a в руков. Veit-Stoessel, Hand. d. Gynäk, Bd. 1, H. 2, 1928.

Проф. А. Тимофеев.

9) Может ли получиться септицемия (подтвержденная лабораторно) после дважды сделанного внутриматочного вспыскивания t-rae jodi с целью вызвать аборт. Каков механизм проникновения стрептококков в организм, зная, что t-ra jodi сама по себе является дезинфицирующим средством, могущим отразиться губительно на вносимых в матку микробах. Полагается ли производить аборт указанным способом амбулаторно.

Подписчик № 1194

Ответ: Инфекция—и в самой тяжелой форме, в виде септицемии—при вызывании аборта путем внутриматочных инъекций t-rae jodi, получиться, несомненно, может. Пути инфекции могут быть различны—инфекция идет или через плодное яйцо (овулярная и.), или через побочные повреждения матки (параовулярная и.). По своему происхождению инфекция может быть экзогенной, принесенной извне и эндогенной—микробами, уже до этого обитавшими на наружных половых частях и во влагалище женщины. Бактерицидная сила йода, несомненно, не может служить гарантией против инфекции. Относительно внутриматочных инъекций, как метода предохранения от беременности и способа для ее прерывания, почти все видные представители русской гинекологии высказываются отрицательно. Защитником этого метода является проф. М и р о н о в, по почину которого на страницах «Врачеб. Дела» по этому вопросу развернулась целая дискуссия, относительно которой см. «Врач. Дело», 1927, № 5, 12; 1928, № 23—24. Проф. А. Тимофеев.

10) Прошу сообщить: а) какие имеются методы обезболивания при родах, б) можно ли применять их при пороке сердца и часто ли применяются в практике, в) не отражается ли вредно на организме.

Под. № 2392.

Ответ: а) применяются вдыхания хлороформа (очень редко), эфира, веселящего газа и нарцилена; эфирно-масляные клизмы по Thaler'у и Hübeler'ю или видоизменение этого способа по G w a t h m e y'ю. Далее морфий, хлорал-гидрат, скополамин, в особенности комбинации последнего с морфием, наркофином, амнезином и пантопоном; авертин в клизме, somnifen и pernoson внутривенно. Хорошие результаты получены при применении гипноза. Любальная и сакральная анестезия, а также смазывание слизистой оболочки носа кокаином вряд ли теперь кем-либо употребляются.

б) Обезболивание родов на практике применяется не часто. Применение при пороке сердца зависит от вида его и состояния компенсации или декомпенсации сердца. Можно рекомендовать гипноз или приведение в состояние „сумеречного сна“ при помощи пантопон-скополамина (техника и русская литература указаны в руков. по Акушерству проф. В. С. Груздева), также способ G w a t h m e y'a (дозировка см. Л. Н. С о б о л е в, Журн. Акуш. и Женск. бол., 1927, кн. 6, стр. 768).

в) В некоторых случаях отмечаются явления возбуждения роженицы, ослабление схваток и потуг, затянувшаяся, но проходящая амнезия, асфиксия плода, а при злоупотреблении наркотиками и смерть последнего.

Ю. Лейбчик.

11) Можно ли применять ванны при беременности, чтобы легче были роды?
Подп. № 2392.

Ответ: По современным воззрениям, при нормально протекающей беременности, особенно в последние 2 месяца, применять ванны, кстати несколько не облегчающие родов, — из опасения инфекции — не рекомендуется. *Ю. Лейбчик.*

12) Может ли быть какал-нибуде причинная связь между lues'ом (уже в стадии neurolues'a) и развившейся глаукомой в одном глазу.
Подп. № 460.

Ответ: Lues может быть причиной глаукомы, поскольку м. б. вызваны им изменения сосудистой системы глаза, несомненно, лежащие в основе этого процесса.

Что касается больного глаза у Вашей пациентки (история болезни за недостатком места не приводится), то ввиду столь высокой тензии (если средства, понижающие давление — и в частности Glaucozanum — не действуют) — следовало бы сделать операцию Elliot'a.
Проф. В. Адамюк.

13) В чем лучше всего растворяется анилиновая краска Brillantgrün. При растворении в чистом спирте получается осадок, очень долго остающийся на дне.
Подп. № 406.

Ответ: В Encyclopädie der mikrosk. Technik, 1903, Bd. I указано, что Brillantgrün легко растворяется в воде, а также спирте. От осадка, получающегося при растворении некоторых красок, обычно освобождаются фильтрованием.
Проф. И. Васильев.

Обращение к врачам, окончившим Московский университет в 1904 г.

Весной 1929 года состоится юбилейное празднование 25-летия со дня окончания Московского университета врачами выпуска 1904 года. Товарищам однокурсникам, еще не установившим связи с бюро курса, необходимо *срочно* связаться с секретарем бюро д-ром А. Н. Кащеевым по адресу: Москва, Малый Каковинский пер., д. 4, кв. 6.
Кащеев.

От редакции «Центрального медицинского журнала».

Начиная в прошлом году издание Ц. М. Ж., редакция отдавала себе отчет во всех трудностях, связанных с этим делом. Однако, сознание необходимости такого издания и постоянное обсуждение вопроса об нем во всей медицинской прессе и на всех медицинских съездах заставили нас взяться за это трудное дело издания журнала и организовать его по мере наших знаний и умения.

В 1928 г. нам пришлось взять на учет 188 журналов, прореферировать и классифицировать более 12000 статей и дать рецензии на свыше 600 книг. Каждый, кто даст себе труд осознать, как велик этот материал, тот поймет, как сложна работа по изданию нашего журнала.

Как редакция ни стремилась предусмотреть все трудности, по ходу работы выяснилось, что издание реферативного журнала еще сложнее, чем мы предполагали и, очевидно, без постоянной поддержки пишущего и читающего врачебного мира, нам будет весьма трудно поставить его с той тщательностью, какой хотелось бы добиться.

Наша просьба ко всем читателям, поэтому, сводится к следующему: в возможно ближайшее время сообщить нам свое мнение о журнале, остановившись, между прочим, на следующих моментах:

1. Не пропущены ли в журнале известные Вам работы 1927 г. и не искажен ли смысл работ при реферировании?
2. Достаточно ли понятны рефераты?
3. Удобен ли порядок размещения материала (классификация)?
4. Легко ли при помощи указателя найти нужный материал?
5. Целесообразно ли помещение обзоров и удовлетворяет ли принятый тип их в Ц. М. Ж.?

6. Необходимо ли остаться при системе реферирования всего материала, или перейти к реферированию только более важных работ, ограничиваясь для остальных библиографическими указаниями?

Для того, чтобы полезные замечания могли быть учтены нами в первых же книгах журнала 1929 г., мы просим откликнуться на настоящее обращение.

Направлять корреспонденцию по адресу: Москва, Центр, Ильинка, 3.

Редакция Ц. М. Ж. Ответственный Редактор проф. *М. Серейский.*

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 ампуллы—3 р. 50 к.
6 ампулл—6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

СНЛОРАЭТНУЛ-САЛЕН

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален-»



«Москва»

СОДЕРЖАНИЕ

Стр-

131

К читателям 131

Отдел I. Оригинальные статьи.

А. Б. Воловик (Ленинград). О соотношении условной и безусловной секреции слюны на прочно образованных условных рефлексах	133
Я. В. Хорош и Ю. П. Дубровина (Казань). Значение реакции оседания эритроцитов (SR) в физиотерапевтической клинике	138
М. И. Ойфебах (Казань). О классификации туберкулезных заболеваний	144
А. М. Предтеченский (Ессентуки). К лечению желудочных больных в Ессентуках	158
М. С. Знаменский (Казань). Первичный острый остеомиелит позвоночника	163
Б. Н. Лебедевский (Казань). К вопросу о первичном шве после антротомии	174
Прив. доц. А. В. Хохлов (Саратов). Значение хромоцистоскопии для установления показаний к хирургическому лечению рака матки	182
М. А. Хазанов (Минск). Трихиноз и симптомы со стороны нервной системы	187
З. И. Малкина (Казань). Лечение коклюша инъекциями эфира в связи с реакцией белой крови и липолитическими ферментами	194
А. В. Левицкий и А. В. Самойлова (Казань). Возрастные нормы физического развития школьников 1-й ступени гор. Казани	202
А. Е. Алеев (Ульяновск. губ.). Травматизм в деревне и его причины по данным Наченальского врачебного участка Ардатовского уезда Ульяновской губ.	206

Из практики.

Е. Н. Авров (Елабуга). К вопросу о лечении послеоперационной задержки мочеиспускания	211
А. А. Благодаров (Красноярск). Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекутившейся ножкой беременной трубы	212
Д. Т. Куимов (Пермь). Случай атипического острого полиомиелита у взрослого	213

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Проф. В. М. Аристовский (Казань). О некоторых основных законах возникновения, развития и угасания эпидемий	215
В. И. Катеров (Казань). Основные моменты работы противотуберкулезных учреждений Германии	223
Рефераты по общей патологии, фармакологии, туберкулезу, хирургии и ортопедии, офтальмологии, акушерству и гинекологии, сифилидологии и урологии	227
Библиография и рецензии	238
Заседания медицинских обществ	240
А. Я. Плещицер (Казань). V Пленум Центрального бюро врачесекции	241
Хроника (№№ 20—34)	244
Вопросы и ответы (№№ 7—13)	246
Обращение к врачам, оконч. Московский ун-т в 1904 г.	248
От редакции „Центрального мед. журнала“	248