

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1926 г.

(Год издания XXII).

№ 11.

Н о я б р ь.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА,

Из Ленинградского Гос. Физиотерапевтического Института и Физиотерапевтической клиники Гос. Института для усов. врачей. (Директор — проф. С. А. Бруштейн).

К вопросу о влиянии эманации радия на просвет сосудов *).

Экспериментальное исследование.

А. Н. Быховской.

(С 8 рис.).

Открытие радиоактивных элементов имело последствия, далеко выходящие из пределов данной специальной области — учения о радиоактивности. В медицине это открытие уже теперь сыграло выдающуюся роль и обещает еще большие перспективы в будущем. Поэтому выяснение биологического влияния препаратов радия представляет большой как практический, так и теоретический интерес. Такого рода исследования являются в настоящее время особенно своевременными.

Последние достижения физики, глубоко проникшей в сущность явлений радиоактивности, — с одной стороны и успехи био-физиологии, дающие возможность заглянуть в сокровенные процессы живой протоплазмы, — с другой облегчают эту задачу. Радиоактивный атом, построенный из частиц гелия и электронов, обладает громадным количеством энергии; выделяя таковую постоянно в огромных количествах, он, естественно, становится раздражителем живого вещества. По современным взглядам элемент считается радиоактивным тогда, когда он обладает способностью *спонтанно* превращаться в другой элемент, химически от него отличающийся. Атом радиоактивного вещества превращается при этом из самого себя („von sich selbst“ — терминология L. Meitner'a**), и его превращение сопровождается излучением. Так получаются те лучи, благодаря видимому действию которых и стало возможным открытие радиоактивности. В этих лучах выделены три главных группы, которые Rutherford'ом были обозначены как α -, β -, и γ -лучи. Здесь мы приведем краткую характеристику их, придерживаясь современных взглядов.

α -Лучи суть положительно зараженные атомы гелия, несущие двойной заряд, или, иными словами, ядра гелия. Они выбрасываются из ядра атома радиоактивной субстанции со скоростью до 20.000 килом. в секунду. Вылетевшая α -частица меняет и заряд материнского ядра, и атомный вес. α -Лучи в состоянии проникать через слой воздуха всего в несколько сантиметров (6—7) и лишь очень тонкие слои плотных тел. У различных радиоактивных элементов они различаются своею скоростью, кото-

*) Доклад на I Всесоюзном Съезде Физиотерапевтов в Ленинграде, в 1925 г.

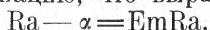
**) Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. I, 1925.

рая, следовательно, характерна для того атома радиоактивного вещества, из которого α -частица происходит. При поглощении материальной средой α -частицы происходит длительное уменьшение ее скорости до тех пор, пока она не станет равной 0; тогда частица теряет уже характер α -луча, утрачивается при этом и заряд, и α -луч превращается в обыкновенный спокойный атом гелия, оставаясь в материи, которую он поглощается. Чем плотнее среда, тем меньше проникаема она для α -луча.

β -Лучи—отрицательно заряженные электроны, вследствие их малых масс (1/1840 массы атома водорода) способные проникать гораздо большие слои, чем α -лучи. Скорость β -лучей в некоторых случаях почти достигает скорости света, т. е. 300.000 килом. в секунду. Характерным явлением для α -и β -лучей является их способность ионизировать газы, действовать на фотографическую пластинку и вызывать свечение различных субстанций.

Наконец, γ -лучи не суть материальные частицы, они не несут с собой и электрического заряда,—это электро-магнитные колебания. По существу они идентичны с рентгеновскими лучами и обладают очень сильной проникающей способностью, значительно превышающей таковую же наиболее жестких из рентгеновских лучей. Эта способность их зависит от чрезвычайно короткой длины волны; α - и β -лучи суть корпускулярные лучи, γ же лучи суть, по своему существу, световые лучи, только более короткой волны.

Для радиоактивных проявлений важны особенно α -и β -лучи, ибо радиоактивные превращения атома покоятся на отщеплении именно α -и β -частиц, тогда как превращений, которые бы шли только через выделение γ -лучей, мы не знаем. Последние сопровождают β -лучи, реже— α -лучи. При этом радиоактивный атом, который выделил α -частицу, становится уже совершенно новым атомом, химически совершенно отличным от прежнего: через излучение α -лучей плотный элемент, радий, распадается на газообразную эманацию, что выражается уравнением:



Эманация радия была открыта в 1900 году Dogn'ом. По своей природе эманация—газ, обладающий своим отдельным спектром и атомным весом в 222. Ее место в периодической системе элементов—в ряду благородных газов. Благодаря ее газобразной природе и радиоактивности, ее удалось исследовать и изучить отдельно от материнского субстрата. Трансформируясь, она испускает своим порядком α -лучи и распадается наполовину в 3,85 дня, а по самым последним данным—в 3,81 дня (Bothe). Как газ, она обладает всеми особенностями, свойственными газам. Как благородный газ, она характеризуется своей неспособностью вступать в химическую реакцию. Когда эманация удалена от материнской субстанции, ее активность убывает соответственно времени радиоактивного распада. Ровно через месяц между эманацией и производящим ее радием достигается равновесие, т. е., сколько ее разрушается, столько и вновь образуется из него. То количество эманации, которое находится в равновесии с одним граммом радия, принято за единицу измерения радиоактивности—1 кюри. Выделяя α -частицы, эманация трансформируется постоянно в новые вещества, являющиеся продуктами ее распада. Все эти вещества объединяют под общим именем активного осадка. Различают при этом быстро и медленно распадающийся активный осадок. К быстро

распадающемуся принадлежат три первых продукта превращения эманации—это радий А, радий В и радий С. В то время, как радий А, В и С распадаются, они одновременно и образуются эманацией, так что через несколько часов (около 4) образуется равновесие между эманацией и ее осадком.

Доказано, что α -, β -и γ -лучи радия С суть самые проникающие из всего урано-радиевого ряда. Большая скорость превращения продуктов радиоактивного осадка обуславливает то, что они никогда не могут скопиться в весомом количестве. Все действие радиоактивных лучей поконится, как это теперь выяснено, на процессе ионизации. Последняя сводится к тому, что, под влиянием взрыва радиоактивных атомов и выбрасывания положительно и отрицательно заряженных частиц, электрически-нейтральная молекула материи превращается в ионы, вследствие образовавшейся разницы в количестве положительных и отрицательных зарядов в ней. Ионизирующее действие производится α - и β -лучами непосредственно, а γ -лучами—посредственно, через возбуждение вторичных β -электронов.

Нами был поставлен ряд опытов по вопросу о влиянии эманации радия на просвет сосудов. Объектом служило изолированное ухо кролика (методика Н. П. Кравкова). О состоянии сосудистого просвета мы судили по количеству оттекающей жидкости в единицу времени, именно, в одну минуту. Изучение влияния эманации затруднялось тем, что последняя есть газ и, как всякий газ, летуча; поэтому, растворяя ее, необходимо было поставить эксперимент в такие условия, чтобы соблюсти постоянство концентрации раствора с одной стороны и постоянство давления, под которым жидкость втекает в приводящую артерию уха,—с другой. Для этого нами была использована система двух мариоттовских сосудов (см. рис. 1), снабженных ртутными вентилями (а, б), не дающими возможности газу из мариоттовской склянки уходить в атмосферу.

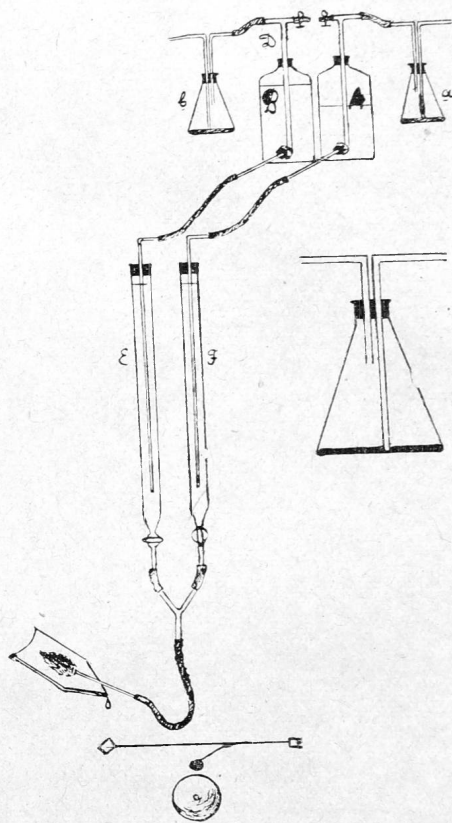


Рис. 1.

Оба мариоттовских сосуда наполняются Ringer-Locke'овской жидкостью до одинакового уровня (1900 куб. см.), причем в сосуде В растворяется желаемая порция эманации радия, содержащаяся в стеклянном

запаянном апиляре. Капилляр разбивается в верхней части стеклянной трубки *D* в совершенно глухом, не сообщающемся с атмосферой пространстве. Затем 5—6-кратным взбалтыванием сосуда освободившийся газ распределяется в жидкости. Жидкость остается в покоем состоянии 4 часа для того, чтобы эманация пришла в равновесие со своими продуктами распада. Затем, проверив систему в отношении одинакового стояния уровней жидкостей в обеих бюретках, *E* и *F*, приступаем к опыту.

Точно проследив за движением насыщенной эманацией жидкости, начиная с мариоттовского сосуда и кончая канюлей, вставленной вводящую артерию уха, отмечаем, что сообщения с окружающей атмосферой не имеется, и эманация не улетучивается в воздух; следовательно, в этом отношении соблюдается условие постоянства концентрации. Принимая во внимание систему сообщающихся сосудов (мариоттовская склянка и бюретка), мы считали необходимым устроить для поддержания одинакового давления ртутный вентиль. Последний устроен таким образом, что, по мере вытекания жидкости в ухо, т. е. уменьшения ее количества в сообщающихся сосудах, воздух имеет возможность попасть извне в мариоттовскую склянку взамен вытекшей жидкости, и таким образом сохраняется постоянство давления, под которым жидкость течет в ухо. Поступающий извне в мариоттовскую склянку воздух, конечно, разбавляет соответствующим образом содержание эманации, так что количество ее в начале и конце опыта разнится.

При любезном содействии сотрудников Гос. Радиового Института мною было поставлено совершенно новое дополнительное исследование касательно коэффициента растворимости эманации радия в Ringier-Locke'овской жидкости, так как литературных указаний на этот счет не имеется. Кроме того было поставлено несколько специальных электрометрических исследований с целью выяснить ту поправку в концентрации эманации, которую надо вносить в каждый опыт в связи с особенностями постановки его. Опыты мы старались проводить в идентичных условиях температуры, времени и давления. Температура, в среднем, была 18°—19°C., продолжительность опыта—3 часа, давление водяного столба в бюретках—от 65 до 70 см.

Контрольные опыты без растворения эманации дали нам,—правда, после повторных изменений установки,—*совершенно идентичное* истечение из одного и другого сосуда, так что, имея уже растворенную эманацию в R. - L. жидкости в сосуде *B*, мы разницу в числе капель при пропускании жидкости из этого сосуда имели право *всцело* стнести за счет влияния растворенной эманации на соседний расвет.

Эманация Ra получалась нами постоянно из одного и того же места—Ленинградского Радиового Института, запаянная, тщательно промеренная, обычно одним и тем же лицом. Исчисление производилось в единицах кюри, именно, в тысячных долях их (милликюри—MC). Максимальное количество, с которым мы работали, было 49,5 MC, минимальное—0,4.10⁻⁹MC (на литр жидкости). Окончательный подсчет дозы, с которой выполнялся каждый данный опыт, производился совместно со специалистами - радиологами, так что с математической стороны расчет можно считать свободными от ошибок.

Приводимые ниже на диаграммах дозы указаны те, которые имелись вначале каждого опыта. К концу его активность насыщенной эмана-

пией R. - L. жидкости убывала, при средней продолжительности опыта в 3 часа, наполовину. На рис. 2 изображен этот процесс убывания активности R. - L. жидкости в зависимости от изменения ее объема. График получен экспериментальным путем при помощи электрометрических измерений сотрудником Гос. Радиового Института Р. А. Эйхельбергером. Коэффициент растворимости эманации Ra в R. - L. жидкости равен 0,33, т. е. несколько больше, чем в воде, где он равен 0,25 при комнатной t^0 . Таким образом фактически в R. - L. жидкости эманации Ra при каждом данном опыте было больше в 1,32 раза, чем в таком же объеме воды.

Всего нами было поставлено 28 опытов с эманацией Ra.

Чувствительность сосудов изолированных органов, поставленных в условия искусственной жизни, доказана $\dagger$ академиком Н. П. Кравковым и работами его школы ¹⁾. Экспериментальным путем в настоящее время точно установлен факт, что живая протоплазма является самым чувствительным реактивом, и поэтому она-то и есть наиболее совершенный объект для изучения биологического воздействия раздражителей как химической, так и физической природы. Изучение сосудистой реакции изолированных органов дает возможность глубоко проникнуть в механизм биологического действия этих раздражителей. Вся важность данной методики в деле выяснения воздействия всевозможных физических раздражителей подтверждена целой серией работ, вышедших из лаборатории Ленинградского Гос. Физиотерапевтического Института.

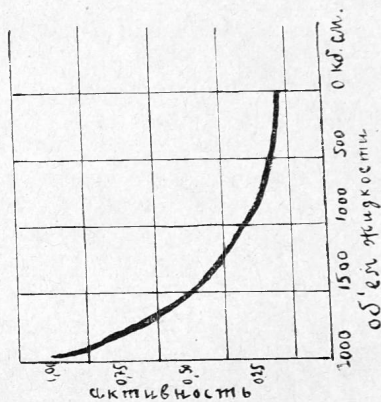


Рис. 2.

Приступая к нашим опытам с эманацией Ra, мы отлично представляли себе всю сложность вопроса и в первой серии опытов пытались разрешить сравнительно-узкую задачу,—влияет-ли вообще эманация Ra на сосуды изолированного уха кролика, т. е. на сосуды, лишенные связи с центральной нервной системой, и если влияет, то как?

Вопрос о действии эманации Ra на живую протоплазму вообще, как уже упомянуто, чрезвычайно сложен, а исследования в этом направлении трудны, благодаря природе самой эманации. Все же существует множество работ, посвященных этому вопросу (Лондон, Надсон, Мезерницкий, Maas, Gudzent, Mendel и мн. друг.). Что касается в частности влияния эманации Ra на сосудистую систему, то на этот

¹⁾ Б. М. Бродерзон и Л. М. Плотников. О влиянии излучения ртутно-кварцевой лампы на просвет сосудов.—Е. Т. Залькиндсон и Л. М. Плотников. О влиянии токов d'Arsonval'a на просвет сосудов. Врач. Дело, 1924. № 8—9.—Е. Т. Залькиндсон. О влиянии токов фарадического, гальванического и синусоидального на просвет сосудов. Тр. VII Всер. Съезда Терапевтов.—Л. М. Плотников. О влиянии статического электричества на просвет сосудов. Врач. Дело, 1925. № 9.—А. К. Елинсон и Л. М. Плотников. О влиянии света лампочки накаливания на просвет сосудов. Докл. на I Всесоюзном Съезде Физиотерапевтов.—Р. И. Лившиц. О влиянии вибрации на просвет сосудов. Там же.

счет в литературе имеются лишь очень немногочисленные указания. Сюда относятся прежде всего систематические исследования Loewy и Plesch'a, находивших под влиянием эманации Ra быстро переходящее понижение кровяного давления. Далее, сюда можно отнести исследования Мааса над изолированным сердцем лягушки, показывающие, что диастола под действием эманации усиливается, число сердечных сокращений уменьшается на половину, при незначительной концентрации наблюдается

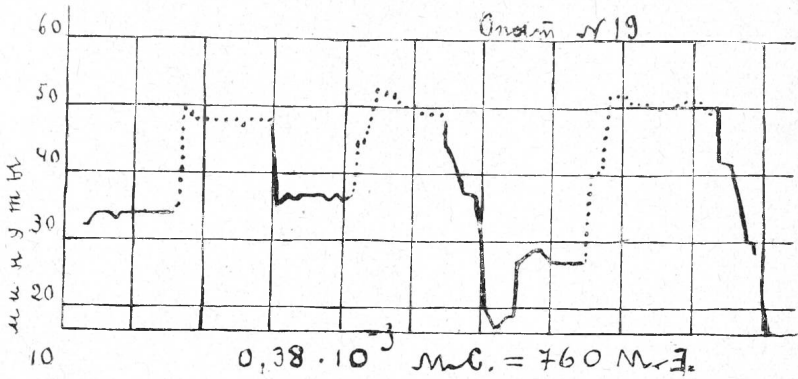


Рис. 3*).

усиление сердечной работы. Выводы из этих работ таковы, что эманация Ra влияет как на сердце, так и на сосудистую систему,—на последнюю главным образом в смысле дилатации.

Обращаясь к нашим опытам, мы можем констатировать сосудорасширяющий эффект в 59,2% общего числа их. Расширение сосудов имело место при пропускании эманации в концентрации от тысячных и даже миллионных и миллиардных разведений одного МС до нескольких десятков этой единицы. На кривой опыта № 19 (рис. 3) виден резкий сосу-

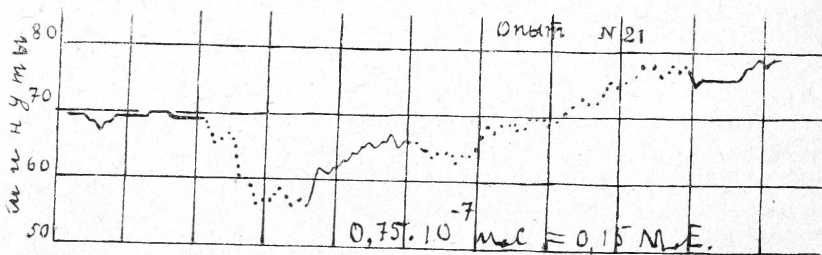


Рис. 4.

дорасширяющий эффект от чрезвычайно малого разведения, исчисляющегося в $0,38 \cdot 10^{-3}$ МС на литр. Сосуды расширились при пропускании этого раствора. Трехкратное пропускание раствора с эманацией в этом опыте каждый раз вызывало расширение просвета, причем последнее иногда имело место после предварительной фазы сужения, как это видно из кривой опыта № 21 (рис. 4): здесь это предварительное сужение выступает

*) Пунктиром на всех рисунках отмечено пропускание эманированного раствора.

совершенно отчетливо, заменяясь при дальнейшем пропускании эманации расширением, составляющим в общем 26% первоначального просвета.

Имеется также ряд кривых с выраженным латентным периодом, длящимся от нескольких минут до 1—1½ часов, в зависимости от дозы эманации: обычно, чем последняя больше, тем меньше латентный период. Надо отметить все же, что никакого параллелизма между степенью концентрации и интенсивностью сосудистого эффекта нам отметить не удалось.

Кривая опыта № 28 (рис. 5) показывает расширение сосудистого просвета равное 35% первоначального при пропускании раствора, со-

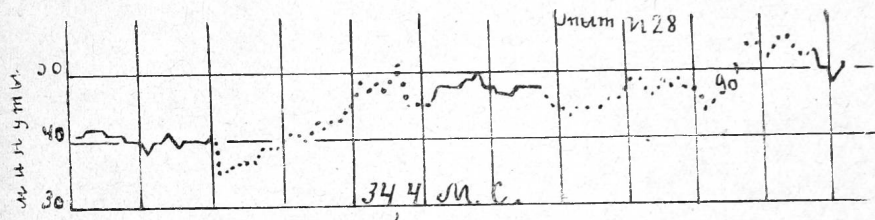


Рис. 5.

державшего 34,4 МС на литр. Эта последняя концентрация бесконечно превышает предыдущие (опыты № 19 и № 21), сосудистый же эффект выражен слабее.

Расширение сосудов под влиянием эманации Ra сплошь и рядом бывает стойким, как показали наши контрольные наблюдения над эманированным ухом спустя несколько часов после конца опыта.

В 27,2% всех наших опытов мы получили противоположный эффект, — сужение сосудистого просвета, которое также во многих случаях представлялось стойким. Так, в опыте № 12 (рис. 6) доза в 0,83 МС привела сосудистый просвет в состояние стойкого сужения, равного

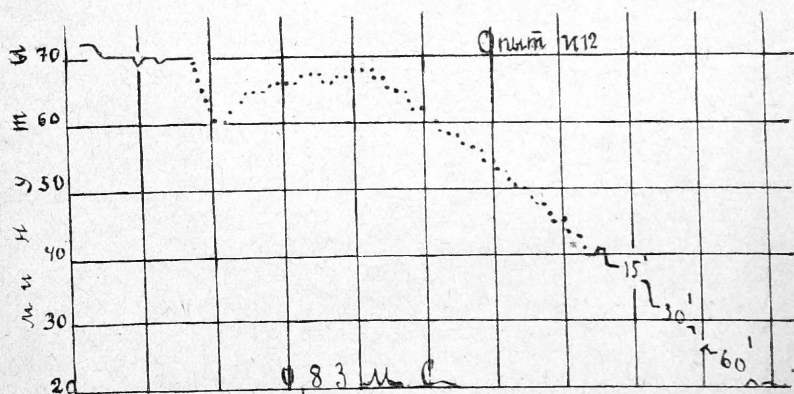


Рис. 6.

65,7% первоначального просвета, причем проверка через 1¾ часа после пропускания эманации показала непреходящее сужение.

В тех случаях, где примененная концентрация эманации была меньше, токсический эффект на сосудах был менее выражен, и после прекращения действия агента сосудистый спазм постепенно проходил, причем просвет почти возвращался к своей первоначальной норме. В этом отношении характерна кривая опыта № 20 (рис. 7) с почти полным возвращением сосудов к их первоначальной норме — в то время, как в опыте № 13 сужение было стойким: очевидно, изменения сосудов при этой большой концентрации были настолько глубоки, что пропускаемая вслед за эманацией Ringer-Locke'овская жидкость не могла уже, как во втором случае, приблизить сосуды к их первоначальному просвету.

Интересно отметить, что в некоторых опытах, а равно и в только что приведенном, сужение сосудистого просвета продолжалось и после выключения действующего агента, resp. эманации Ra. Факт этот допускает мысль о некоторой аналогии между действием эманации Ra и большинства ядов, которые, как доказано Н. П. Кравковым, в период выхождения действуют сильнее.

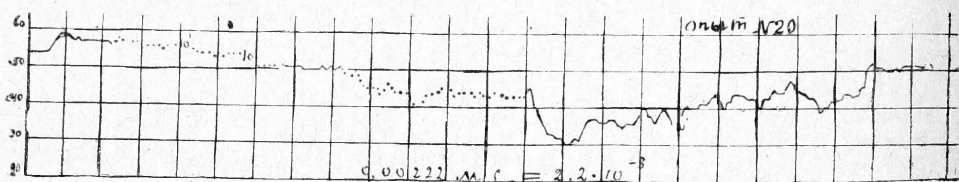


Рис. 7.

Наши вычисления показали, далее, что, проделывая опыт № 21, мы в одну минуту вводили в ухо 6.10^{-9} MC при первоначальной концентрации $1.5.10^{-7}$ MC на литр, т. е. мы имели в данном опыте миллиардные разведения. Эффект от влияния таких бесконечно слабых разведений на сосуды известен в литературе. Первый обратил на него внимание Naegeli *), который описал целый ряд подобных явлений и дал им название олигодинамических. Этот отдел разработан Н. П. Кравковым в целое „Учение о малых дозах“. Некоторые металлы, как и алкалоиды, обладают подобным действием на живую протоплазму. По исследованиям Bredig'a коллоидная платина в разведении 1,0 на 70 миллионов литров воды оказывает каталитическое действие на перекись водорода. Все ферменты, как это давно известно, олигодинамичны, т. к. действуют в ничтожнейших разведениях. По мнению Н. П. Кравкова, предел чувствительности сосудистой стенки простирается гораздо шире, чем 1 с 32 нулями: диастаз в разведении 10^{-32} не утрачивает, напр., своего специфического действия на крахмал. В наших опытах с эманацией Ra мы также имели ответную реакцию протоплазмы на ничтожнейшие разведения.

Обращаясь к физической природе эманации, именно, к тем процессам радиоактивного распада атомов, которые имеют в ней место и сопровождаются освобождением заключенных в ней электронов, мы и вправе ожидать от ничтожнейших количеств эманации ответной реакции.

*) Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1913, Bd. 71.

со стороны живой протоплазмы, т. к. элиминация электронов влечет за собою переход потенциальной энергии в кинетическую. В виду того, что это выбрасывание электронов происходит непрерывно, мы имеем при действии эманации Ra кинетическую энергию в каждый данный момент. Таким образом олигодинамическое действие эманации Ra находит себе объяснение в самой сущности радиоактивных явлений.

Олигодинамическое действие эманации Ra является чрезвычайно интересным фактом в том отношении, что экспериментально подтверждает мнение школы His'a, настаивавшей на малых дозах, в виду их несомненной клинической действительности, в противовес школе Noorden'a, отстаивавшей большие дозы.

„Амплитуда“, — если так можно выразиться, — влияния эманации Ra на просвет сосудов чрезвычайно велика: ею вызывается с одной стороны громадное расширение сосудистого просвета — свыше, чем на 60% первоначального, а с другой — стойкое сужение чуть-ли не до спазма на 65,7% по сравнению с первоначальным.

На основании полученных нами данных мы можем отметить крайнюю чувствительность живой протоплазмы к эманации Ra. Ответные реакции, — в большинстве опытов в виде расширения сосудистого просвета, в меньшинстве — в виде сужения, — как видно из приведенных выше кривых, выступают совершенно отчетливо. Наблюдавшаяся нами пестрота ответных реакций со стороны исследуемого объекта была известна и раньше, — об ней говорят, напр., в своей работе Lazarus и Barlow *).

Обычно, как только растворенная эманация Ra попадает в ухо, сейчас же начинается биологическая ответная реакция, как это видно из приведенных выше кривых. Латентный же период, о котором уже упоминалось, зависит не только от дозировки, а и от того, успели ли эманация Ra придти в состояние равновесия с продуктами ее распада. Это состояние имеет место спустя 4 часа после растворения, так что, начиная работу по истечении этих 4-х часов, мы как-бы вводим в ухо уже готовый радиоактивный осадок. Следует предполагать, что ток жидкости уносит с собою в ухо успевшие образоваться продукты распада эманации, которые и являются, как выяснено, биологически активными.

Выдающуюся роль в этом отношении играет радий С. Выше уже было упомянуто, что лучи радия С являются самыми проникающими из всего урано-радиевого ряда. Подвергая ухо воздействию только γ -лучей (без α и β **), мы обычно также получали сосудорасширяющий эффект, причем последний, несмотря на сильнейшие концентрации эманации, — до 50 с лишним МС, оказывался нерезким, даже слабым. Для примера сошлюсь на опыт № 22 (рис 8), где доза эманации равнялась 46,04 МС, сосудистый же эффект всего 9,4% первоначального просвета.

Таким образом в этом опыте сильнейшая доза вызвала минимальный сосудистый эффект, в проявлении которого играли роль только γ -лучи. Этот факт, как и ряд аналогичных фактов, позволяет считать лучи α и β радия более активными, чем γ -лучи.

*) Strahlentherapie, 1913, Bd. III.

**) Путем облучения эманацией в запяном капилляре.

На основании всех, полученных нами, данных мы вправе прийти к следующим выводам:

1) Эманация Ra является биологическим раздражителем для сосудов изолированного уха кролика.

2) Будучи применена в дозах от $0,4 \cdot 10^{-9}$ MC до 34,39 MC, она вызывает большей частью (в 59,2% общего числа опытов) расширение сосудистого просвета, причем стойкому расширению может иногда предшествовать фаза кратковременного сужения; в 27,2% общего числа опытов при той же дозировке наблюдается стойкое сужение сосудистого просвета, а в 13,6% последний при действии эманации не изменяется.

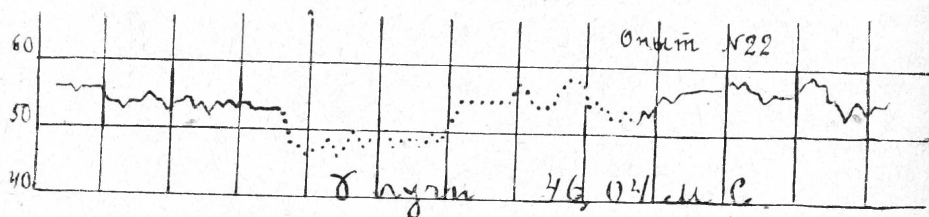


Рис. 8.

3) Эманация Ra обладает олигодинамическим resp. парафармакологическим действием, вызывая сосудистый эффект в миллиардных разведениях (напр., $0,4 \cdot 10^{-9}$ MC, т. е. 0,0008 ME, на литр), причем и такая концентрация не является, повидимому, еще окончательным пределом воздействия эманации Ra на протоплазму.

4) Главным действующим началом продуктов распада эманации Ra являются не γ -лучи, а α - и β -лучи.

Dr A. N. Bychowska (Léningrad). Sur l'influence de l'émanation de radium sur le diamètre des vaisseaux.

L'auteur avait fait des experiments avec des injections intraveineuses d'émanation soluble de Ra dans une oreille isolée de lapin (méthode de Kravkov) et en conclut que l'émanation de Ra est un agent-excitateur biologique pour les vaisseaux de cette oreille isolée. Une dose de $0,4 \cdot 10^{-9}$ MC—34,39 MC pour la plupart (59,2 p. c.) produit une dilatation vasculaire qui est quelquefois précédée par une vasoconstriction passagère. La même dose produit parfois une vasoconstriction durable (27,2 p. c.) ou n'agit point sur les vaisseaux (13,6 p. c.). Cette action de l'émanation de Ra est oligodynamique resp. parapharmacologique,—l'on reçoit un effet vasculaire pour une solution de un pour milliard. Le rôle actif principal appartient d'après l'auteur aux α et β -rayons (mais pas aux γ -rayons).

Реакция оседания эритроцитов при малярии.

А. А. Кашаевой и Н. Г. Ключевой.

Для выяснения значения реакции оседания эритроцитов при малярии нами было произведено 500 исследований у 134 больных. Во всех этих случаях диагноз малярии был подтвержден бактериоскопически, причем у 70 больных (253 исследования) оказалась *mal. tertiana*, у 50 (183 исследования)—*mal. tropica*, у 6 (17 исследований)—*mal. quartana* и у 8 (47 исследований)—смешанная инфекция.

Для постановки реакции осаждения эритроцитов мы пользовались микроседиметром Панченкова, в виду того, что этот прибор, требуя для определения малых количеств крови, позволяет проследить ход реакции на протяжении долгого времени у одного и того же больного, при многократных и частых исследованиях, тогда как, напр., для метода Westergren'a кровь надо брать из вены, что делает невозможным многократное и частое исследование одного и того же больного. Предварительно впрочем мы сравнили скорость оседания эритроцитов в трубочках Westergren'a и в пипетках Панченкова, причем цифры, получавшиеся через $\frac{1}{2}$ -часа, 1 час и 2 часа оседания в том и другом приборе, оказались одинаковыми,—разницу дали только цифры суточного оседания. Так как, однако, при малярии наиболее характерно изменяется двухчасовое оседание, то это обстоятельство и позволило нам остановиться на способе Панченкова.

Мы приводим ниже таблицу ежедневных изменений реакции у одного из наших больных в течение недели:

Д н и	через $\frac{1}{2}$ ч.	через 1 ч.	через 2 ч.	через 24 ч.
1-й	19 мм.	31 мм.	36 мм.	55 мм.
2-й	18 „	31 „	35 „	55 „
3-й	18 „	30 „	34 „	54 „
4-й	17 „	28 „	33 „	54 „
5-й	16 „	26 „	32 „	54 „
6-й	15 „	26 „	30 „	53 „

Из этой таблицы видно, что только цифра двухчасового оседания, как правило, изменяется, цифры получасовые и часовые дают изменения не всегда, а суточное оседание дает наименьшие колебания. Поэтому для

сравнительной оценки SR при малярии мы и руководствовались главным образом изменениями двухчасового оседания.

Кровь у больных всегда бралась утром натощак, опыт ставился при температуре 16°—17°, и результат его отмечался через 1/2-часа, 1 час, 2 ч. и 24 ч. Нами были при этом прослежены изменения р. оседания эритроцитов у первично заболевших маляриков и у хроников, далее — у больных с различными видами паразитов в крови, в различные периоды болезни, во время приступа, непосредственно после него и в периоде апирексии.

Будучи ускоренной при малярии вообще, SR ни в одном из периодов малярийной инфекции, оказалось, специфических цифр ускорения не дает.

Быстрота оседания красных кровяных телец у большинства больных увеличивается с каждым приступом, колеблясь индивидуально от 1 до 20 мм. в единицу времени. Так, напр., у больной Ч., заболевшей в 1924 г. *mal. tertiana*, 7/V 25 г. SR дала 16, 23, 32 мм.; 10/V—приступ, и 11/V SR—17, 24, 34 мм. Больная П., заболевшая также в 1924 г. *mal. tertiana*, 20/VII 25 г. имела SR 3, 7, 16 мм.; 23/VII—приступ, после которого 24/VII SR—7, 18, 36 мм. Если мы сравним разницу в ускорении SR у этих больных, то увидим, что после одного приступа у первой больной реакция повысилась на 2 мм., а у второй—на 20 мм.

Такие ускорения р. оседания происходят, как мы убедились, независимо от вида паразита и длительности заболевания. Так, больной Ч., первично заболевший тропической малярией 1/VIII 1925 г., 31/VIII дал р. оседания 5, 11, 25 мм. Через 6 дней—приступ, на второй день после которого SR—6, 12, 28 мм. Больной А., первично заболевший тропической малярией 2/VIII 1925 г., дал SR 25/VIII—7, 20, 30 мм.; через 4 дня—приступ, и на другой день SR—19, 35, 45 мм. У первого больного, таким образом, р. оседания повысилась на 3 мм., а у второго—на 15 мм.

Эти индивидуальные колебания не позволяют установить какой-либо зависимости между быстротой оседания эритроцитов и количеством перенесенных приступов. Один наш больной, перенесший 14 приступов малярии с перерывами в 1—2 дня, дал SR—25, 47, 56 мм., другой с таким же диагнозом и анамнезом, перенесший с таким же перерывами 5 приступов, дал SR—27, 45, 55 мм. Несмотря на то, что первый больной перенес на 9 приступов больше, разницы между цифрами SR у того и другого почти никакой нет. Такие примеры не единичны как в период острых заболеваний, так и у хроников при всех видах малярии. Они не позволяют нам согласиться с заключением Ляховецкого и Масловой, что высота р. оседания зависит от тяжести заболевания и указывает на плохой прогноз, ибо при малярии показательна не высота реакции, а ход ее в течение малярийного заболевания.

Иногда в периоде апирексии, при отсутствии приступов, исчезновении паразитов из периферической крови и отсутствии других клинических симптомов, мы получали неожиданные повышения SR; подобного рода ускорения большею частью совпадали с днями, когда мы обыкновенно ожидаем рецидивов малярии (9-й, 10-й, 11-й), в особенности, если больные, которые хинизировались в эти дни, почему-либо пропускали момент хинизации. В таких случаях р. оседания эритроцитов, являясь более

чувствительным реагентом, чем, напр., повышение t^0 , появление паразитов в крови, увеличение селезенки, более чувствительным даже, чем субъективные ощущения больного, выявляет нам те тонкие изменения, которые происходят в организме, благодаря гнездящейся в нем инфекции.

Приведем несколько наглядных примеров этого рода. Больная С. с диагнозом *mal. tertiana*, которая аккуратно хинизировалась на каждый 9-й, 10-й и 11-й дни, имела р. оседания 4, 10, 21 мм.; затем, когда она пропустила два дня хинизации, то, хотя приступа и не было, реакция повысилась на 12 мм. и стала 6, 15, 33 мм. Больная М. (*mal. quartana*): SR—18, 24, 36; приступов нет 11 дней, реакция повысилась на 5 мм. Больной В. (*mal. tertiana*): SR—27, 45, 49 мм.; приступов нет 10 дней, реакция повысилась на 2 мм. Больная Н. (*mal. tertiana* и *tropica*): SR—11, 22, 24; приступа нет 12 дней, реакция повысилась на 3 мм. Интересно, что последние трое больных хинизации не прерывали, а все же дали ускорение оседания эритроцитов, при отсутствии остальных клинических симптомов. Здесь, очевидно, правильная хинизация только задерживала наступление характерных приступов, но неполное предохраняла организм от действия циркулирующих в нем ядов. Очевидно, вирулентность плазмодиев в этих случаях была значительна, а силы организма недостаточны, чтобы стойко бороться с внедрившимся вредным началом, даже при помощи правильной хинизации. И действительно, прекращение у последней больной хинизации вызвало появление резко-характерного приступа.

Если разбираемая реакция может, таким образом, служить нам для оценки сил организма в борьбе с инфекцией, то являются вполне объяснимыми и те редкие, почти единичные острые случаи, когда, несмотря на наличие приступов малярии, р. оседания эритроцитов замедляется. Так, у одной больной (с *mal. tertiana*), заболевшей 2/VII 1925 г., после 12 ежедневных приступов реакция эта была 60, 68, 70 мм.; затем, после 7-дневной апирекции, наступил приступ, и она понизилась на 2 мм. У другой больной, страдавшей тропической малярией с 5/VIII 1925 г. и имевшей ежедневные приступы по 17/VIII, 19/VIII SR дала 30, 50, 57; затем прошло 7 дней апирекции, на 8-й день был приступ, и реакция понизилась на 1 мм. Надо полагать, что у таких больных реакция оседания настолько выравнивается в период длительной апирекции, что повышение ее под влиянием наступившего приступа, уже не дает цифр более высоких, чем те, которые мы имели. Это станет понятным, если мы учтем то обстоятельство, что одна из наших больных перенесла 12, а другая 14 приступов без всякой хинизации; состояние больных было тяжелое, но силы организма, очевидно, достаточны, чтобы правильная хинизация сравнительно быстро восстановила общее состояние организма и понизила реакцию оседания, которая после следующего приступа не превышала прежней.

Если мы, затем, коснемся вопроса о зависимости ускорения SR от вида паразита, то должны будем констатировать, что различные формы малярии дают колебания чисто индивидуально, независимо от вида паразитов и количества их в периферической крови. Высокие цифры SR мы встречали при всех видах малярийной инфекции. При смешанной инфекции (*tertiana*, *tropica* и *quartana*), когда р. оседания отличается в общем по своему течению, мы не имели цифр более высоких, чем при чистых формах инфекции. В литературе мы также встречаем указания (Шоттер а

и Трушиной), что высота реакции не зависит от форм малярии и комбинации их.

В общем надо сказать, что при всех видах малярии мы наблюдали ускорение SR до 70 мм. Выше этого предела ускорения мы не наблюдали. Но такие цифры, до 70 мм., мы встречали только у первично заболевших; у хроников, болевших с 24 г., цифры были не выше 65 мм., у болевших с 23 г.—не выше 63 мм., у болевших с 22 г. и заболевших раньше—не выше 47 мм.

Теперь посмотрим, как происходит понижение р. оседания эритроцитов у маляриков. При *mal. tertiana* выравнивание р. оседания происходит несколько различно у первично заболевших и у хроников: у первых падение идет медленно и сравнительно равномерно, снижаясь в течение месяца при отсутствии приступов не более, чем на 10 мм. Приведем примеры: больной Ш., заболел 8/VIII 1925 г.; после 8 приступов SR 15, 34, 44; через 10 дней р. оседания понизилась на 2 мм., еще через 10 дней она понизилась на 3 мм., а в следующие 10 дней понизилась еще на 3 мм. Больная С., заболела впервые 3/IV 1925 г., перенесла 2 приступа, SR—16, 21, 47 мм.; в течение следующих 10 дней реакция понизилась на 2 мм., следующие 20 дней дали снижение SR еще на 2 мм. Колеблясь таким образом, реакция оседания в острых случаях или достигает к 6-му—7-му месяцу цифр, не превышающих 30 мм. в 2 часа, и так держится с незначительными колебаниями до нового приступа, или же достигает в этот срок нормы.

При хроническом течении *mal. tertiana* мы наблюдаем несколько иную картину возвращения SR к норме: в первые дни после приступа высокие цифры стремительно падают вниз, иногда давая в течение одного дня разницу в 10 мм., в последующие же за этим дни выравнивание идет медленно и более равномерно, давая понижение в течение одного месяца от 7 до 30 мм. Так, напр., у больного Е., заболевшего в 1924 г. *mal. tertiana*, с рецидивами в марте 1925 г., SR 19/III была 9, 14, 28 мм., через день она упала на 10 мм., а в течение следующего месяца понизилась только на 8 мм. Больной К., заболевший *mal. tertiana* в 1924 г. и имевший рецидив ее в 1925 году, 24/V 25 г. дал реакцию оседания 9, 22, 33 мм., потом в 3 недели она упала на 27 мм. и достигла нормы.

При тропической малярии выравнивание SR в течение первых месяцев не подчиняется никакой закономерности ни у первично заболевших, ни у хроников: как у тех, так и у других она может дать снижение от 4 до 30 мм. в течение месяца. Пример: больной Г., впервые заболевший в августе 1925 г., 2/IX дал SR 18, 25, 48 мм., затем в течение 8 дней SR упала на 18 мм. Другой пример: больной А., заболевший в сентябре 1924 г., дал SR 16, 35, 39 мм., а через 12 дней реакция упала на 4 мм.

При *mal. quartana* нам не приходилось наблюдать снижения цифр больше, чем на 3—4 мм. в течение месяца, как у первично заболевших, так и у хроников. Так, у больного Р., впервые заболевшего *mal. quartana* в мае 1925 г., мы имели р. оседания 8, 17, 29 мм.; в дальнейшем в течение двух месяцев, при отсутствии приступов, реакция снизилась на 4 мм. У больной Ф., болевшей *mal. quartana* с 1923 г. с рецидивами в 1924 и 1925 гг., мы имели снижение SR в течение месячной апирексии на 3 мм.

Наконец, при смешанных формах малярии, независимо от различной комбинации видов ее, выравнивание р. оседания идет так же медленно, как и при *mal. quartana*, снижаясь в течение месяца от 2 до 8 мм. Так, у больной Г. (*tert. + trop. + quartana*) р. оседания понизилась в течение восьмидневной апирексии на 3 мм., а в течение следующего месяца, при отсутствии приступов,—еще на 4 мм. Больной Б. (смешанная инфекция—*tert. + trop.*) имел через месяц понижение на 2 мм., а еще через 2 мес.—на 3 мм. Больная III., также имевшая смешанную инфекцию (*tert. и trop.*), в течение 2 недель дала падение реакции на 5 мм. и в течение 1½ месяцев—на 8 мм.

Рассматривая ход реакции у хроников с апирексией от 4 мес. до 1 года при всех формах малярии, мы наблюдали явление, аналогичное описанному нами у первично заболевших *mal. tertiana*, т. е., дойдя до более или менее низких цифр, в каждом отдельном случае индивидуально, р. оседания или колебалась в небольших пределах до нового приступа или доходила до нормы *maximum* в течение 7 месяцев. Так, напр., у больного Е. с диагнозом *mal. tertiana*, полученной в 1922 г., с рецидивами в 23, 24, 25 гг., р. оседания в марте 1925 г. была 9, 14, 28 мм., а спустя 1½ месяца пришла к норме (в крови в тот же день обнаружены шизонты *m. tertianae*). С другой стороны больная П., болевшая *mal. tertiana* с 1923 г., с рецидивами в 24 и 25 гг., после 7-месячной апирексии дала повышенную реакцию—7, 12, 20 мм.

Вообще, если больной дает повышенную р. оседания на 7-м, 8-м, 9-м и т. д. месяце апирексии, то мы с полным правом можем утверждать, что у такого больного малярия будет рецидивировать. По нашим наблюдениям это правило оправдывается в 100%. Из 30 больных, давших повышенные цифры SR после 6-го месяца апирексии, рецидивировали все,—независимо оттого, имели они *mal. tertiana*, или *tropica*, или *quartana*, или смешанную форму инфекции. Примеры: больной В. (*mal. tert.*), 9 месяцев апирексии, SR—18, 21, 29 мм., через месяц рецидивы; больной П. (*mal. tropica*), 9 месяцев апирексии, SR—16, 20, 24 мм., через 2 недели приступ; больная В. (*mal. quartana*), апирексия 8 месяцев, SR—5, 11, 20 мм., через месяц—приступ. Больная Н. (смешанная инфекция: *mal. tert. + trop. + quartana*), 7 месяцев апирексии, SR—9, 22, 36 мм., через 2 месяца—приступ.

Из 134 больных, бывших под нашим наблюдением, мы имели 10 больных с нормальной реакцией оседания; 7 из них находились под нашим наблюдением в течение года, и у 4 из них, с диагнозом *mal. tertiana*, малярия рецидивировала. Приведем кратко истории болезни этих 4 больных.

1. Больная II. Диагноз—*mal. tertiana*. Заболела в 1922 году, рецидивировала ежегодно летом. Находится под наблюдением Станции с марта 1924 года. С 1/XI 1924 г. по 21/II 1925 г. приступов не было. Реакция оседания—N. С 21/II 1925 г. больная периодически, с недельными перерывами, имела приступы. SR повысилась.

2. Больная III. Диагноз—*mal. tertiana*. Заболела в 1920 г. Под наблюдением Станции находится с марта 1924 г. Последний приступ 21/X 1924 г. В феврале 1925 г. SR—N, 20/III того же года—приступ.

3. Больной Л. Болен *mal. tertiana* с 1922 г. Болеет ежегодно. Последний приступ в апреле 1925 г., больной аккуратно подвергался лечебной хинизации до сентября 1925 г. В сентябре р. оседания пришла к норме. Результаты исследования на малярию отрицательные. Хинизация прекращена. Через 10 дней у больного—приступ, в крови—шизонты *m. tertianae*.

4. Больной В., врач. Диагноз—*mal. tertiana*. Болеет ежегодно в течение 10 лет. Под наблюдением Станции с 9/IX 1923 г. Все время приступы с перерывами в 2—3 недели и все время нормальная SR.

На основании этих данных мы не можем присоединиться к выводу, Шоттера и Трушиной, что „оседание эритроцитов возвращается к норме ко времени полного излечения.“ Реакция оседания эритроцитов не составляет исключения в ряду других биологических реакций, и в то время, как повышения ее с положительностью говорят за заболевание, нормальные цифры не говорят против последнего.

Что касается диагностического значения р. оседания красных кровяных телец при малярии, то, хотя она и является чрезвычайно чувствительным реагентом, тем не менее, не будучи специфической, реакция эта не может служить самостоятельным диагностическим приемом при малярии. Как вспомогательное же средство для диагноза малярии повышенная реакция оседания имеет, однако, свою ценность при исключении остальных заболеваний, дающих ускоренную SR.

В ы в о д ы:

1. Реакция оседания эритроцитов при малярии, как правило, бывает ускорена.

2. Скорость оседания красных кровяных телец увеличивается с каждым приступом от 1 до 20 мм. в единицу времени, в каждом отдельном случае индивидуально, независимо от вида паразита и длительности заболевания.

3. Высота реакции не зависит от формы малярии, комбинаций их, t^o и количества перенесенных приступов.

4. Высота эта зависит от длительности заболевания в том смысле, что более длительное, хроническое течение малярии дает менее высокие цифры SR.

5. Повышение SR в периоде апирексии, при отсутствии всех других клинических симптомов, говорит за приближение нового приступа.

6. В виду чрезвычайной чувствительности р. оседания эритроцитов позволяет нам подойти к оценке проводимой терапии: при систематической хинизации с определенными перерывами повышения SR во время этих перерывов указывают на происходящий распад белка в организме, и, дабы предотвратить эту излишнюю трату белка, срок между дачами хинина должен быть в таких случаях укорочен.

7. Восстановление SR к норме происходит различно в зависимости от формы малярии.

8. При *mal. tertiana* в первый сезон заболевания р. оседания выравнивается сравнительно медленно, не более, чем на 10 мм. в течение каждого месяца; у хроников, болеющих 2—3 малярийных сезона и больше, выравнивание SR происходит быстрее—как в первые дни после приступа, так и в последующие за этим месяцы (до 30 мм. в течение каждого месяца).

9. Выравнивание р. оседания эритроцитов при тропической малярии колеблется в пределах от 4 до 30 мм. в месяц, причем протекает индивидуально, не подчиняясь в своем ходе никакой закономерности ни у впервые заболевших, ни у хроников.

10. Самое медленное восстановление SR к норме происходит при *mal. quartana* и при смешанных формах инфекции (не более, чем на 8 мм. в течение месяца).

11. Реакция оседания эритроцитов при различных формах малярии, подчиняясь в своем ходе той или иной закономерности, или приходит к норме на 6—7 месяце апирексии, или дает незначительные колебания, оставаясь длительно ускоренной.

12. Наблюдаются единичные случаи, когда р. оседания эритроцитов остается нормальной, несмотря на наличие приступов, паразитов в периферической крови и других клинических симптомов малярии.

13. Повышенные цифры SR в период длительной апирексии (8, 9 месяцев и больше), при исключении остальных заболеваний, с полной достоверностью говорят о том, что болезнь будет рецидивировать в следующем малярном сезоне.

14. Нормальные цифры SR не указывают на выздоровление маляриков.

15. Как все неспецифические реакции, SR, будучи ускоренной при очень многих заболеваниях, не может иметь при малярии диагностического значения.

16. В клинике малярии р. оседания красных кровяных телец является все же ценным приобретением—в виду большого прогностического ее значения, как в отношении отдельных приступов и рецидивов вообще, так и в смысле оценки проводимой терапии.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Linzenmeier. Arch. f. Gyn., 1920, Bd. 113.—2) Он же. М. m. W., 1923, № 40.—3) Он же. М. m., W., 1925, № 1.—4) Фогельсон и Кисель. Рус. Клин., 1924, № 8.—5) Westergren. D. m. W., 1927, № 7.—6) Он же. Kl. Woch., 1922, №№ 27, 44. 7) Бунин. Изв. ДГУ. 1925, т. VII.—8) Löhr. Zeit. f. ges. exper. Med., 1922, Bd. 27.—9) Мандельштам и Пупко. Вр. Газ., 1925, № 7—8.—10) Freund u. Henschke. D. m. W., 1924, № 5.—11) Kaufmann. M. m. W., 1925, № 5.—12) Корякина. Врач. Дело, 1925, № 1—2.—13) Kowacs. D. m. W., 1923, № 9.—14) Крупенников. Мед. Мысль, 1925.—15) Панченков. Вр. Дело, 1924, № 16—17.—16) Porper et Kreindler. Presse méd., 1924, № 101.—17) Rothe. D. m. W., 1924, № 2.—18) Фридман. Вр. Дело, 1925, № 1—2.—19) Blumenthal. Kl. W., 1923, № 3.—20) Лемешин. Врач. Обзор., 1923.—21) Lepehne. D. m. W., 1925, № 2.—22) Ляховецкий и Маслова. Тр. III. Всер. Съезда по малярии, 1925.—23) Шоттер и Трушина. Ibid.—24) Балаховский. Журн. Эксп. биол., 1926, № 4.—25) Борок и Мордвинкина. Вр. Дело, 1926, № 3.—26) Кедровский. Врач. Дело, 1925, № 22—23.

D-r A. A. Kaschaewa und D-r N. G. Kluewa (Rostov a. D.). Die Senkungsgeschwindigkeitsreaktion der Erythrocyten bei Malaria.

Die Verfasser stellten diese Reaktion an bei 134 an verschiedenen Formen der Malaria leidenden (70 Fälle von Malaria tertiana, 50—M. tropica, 6—M. quartana und 8 Fälle von gemischter Form), und kamen zum Schlusse, dass die Senkung der Erythrocyten bei Malaria in der Regel beschleunigt ist, und dass diese Beschleunigung mit jedem Anfall sich vergrößert. Von der Form der Malaria, von der T^o und der Zahl der überstandenen Anfälle hängt die Höhe der SR nicht ab, wohl aber von der Dauer der Erkrankung in dem Sinne, dass lang dauernde, chronische Fälle kleinere Zahlen ergeben. Die Erhöhung der SR während der Apyrexie bei Abwesenheit anderer klinischen Symptome spricht für die Annäherung eines neuen Anfalls, die Erhöhung der Zahl der SR im Laufe einer langdauernden Apyrexie (8,9 Monate und mehr) spricht unter Ausschluss anderer Erkrankungen dafür, dass die Krankheit im der folgenden Malariasaison recidivieren wird. Normale Zahlen der SR zeigen noch keine Genesung der Malariker an. Gleich allen unspezifischen Reaktionen hat die SR, welche bei sehr vielen Erkrankungen beschleunigt ist, auch bei der Malaria keine diagnostische Bedeutung; sie ist aber in prognostischer Beziehung wertvoll, sowohl bei Beurteilung einzelner Anfälle und Recidiven, als auch zur Schätzung der angewandten Therapie.

Функция поджелудочной железы при холециститах.

Г. Я. Гехтмана и А. Д. Жигаловой.

Если проследить литературу за последнее десятилетие, то мы безусловно заметим некоторое затишье в выяснении вопроса о взаимоотношении между холециститами и функцией поджелудочной железы. Возможная причина этого затишья кроется в том, что во время мировой войны больше занимались практическими проблемами, имеющими непосредственное отношение к болезням войны, и поэтому указанная область осталась в тени.

Нам известно, что холециститы часто сопровождаются панкреатитами. Об этом свидетельствует частое нахождение последних во время операции желчно-каменной болезни и при обструкциях. Быть может, эта связь объясняется внедрением инфицированной желчи в ткань поджелудочной железы. Но для диагностики панкреатитов мы до сих пор не имеем характерных признаков.

Katsch¹⁾ на Съезде германских специалистов по болезням пищеварительного тракта и обмена веществ 1924 г., подробно коснувшись вопроса о раннем распознавании панкреатитов, рекомендовал обращать внимание на анамнез и боли, которые, по его мнению, очень характерны. Он оспаривает взгляд Ramond'a²⁾ и др., что боли при печеночных коликах могут распространяться влево вследствие рефлекторного влияния со стороны заболелшего желчного пузыря на пищеварительный тракт. По мнению Katsch'a левосторонняя или распространяющаяся влево боль в верхней части живота в первую очередь заставляет подозревать панкреатит, причем здесь зачастую приходится дифференцировать последний с язвой желудка и почечными коликами. Особенно большое значение Katsch придает чрезвычайно чувствительным местам и полуопоясывающей боли, преимущественно в VIII спинном сегменте.

Наши собственные наблюдения говорят за отсутствие характерных симптомов для диагностики одновременного поражения желчного пузыря и поджелудочной железы, в виду чего мы решили подойти к разрешению вопроса о взаимоотношении заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы путем изучения функции этой железы при холециститах. С этой целью мы испробовали несколько диагностических методов.

Прежде всего мы изучали функции поджелудочной железы путем штандартной диеты Adolfa Schmid'ta и Strassburger'a³⁾. Из 97 случаев холециститов мы в 68 исследовали кал после вышеуказанной диеты. Исследованию подвергался возможно свежий кал, причем обращалось внимание на форму, цвет, запах, образование газов и реакцию

каловых масс. Затем мы смотрели вначале макроскопически,—не было ли в кале соединительной ткани, жира, мышечных волокон, слизи, крови, гноя, наконец, камней и яиц глист. Лучше всего удавалось все это определить, если мы растирали кал деревянным шпателем на черной тарелке. Для открытия камней или члеников глист кал предварительно пропускался через сито. При исследовании гомогенного стула мы весь кал основательно размешивали шпателем и маленький кусочек его, величиною в грецкий орех, клали в ступку, прибавляли дистиллированной воды и растирали до консистенции соуса, после чего переливали на черную тарелку. В всех случаях кал подробно исследовался как макроскопически, так и микроскопически.

Обычно макроскопически мы находили в кале единичные коричневые точки, которые под микроскопом оказывались растительными клетками из овсяного супа и сухожильными нитями изрубленного мяса. Если мы находили большое количество мышечных волокон, то это указывало нам на недостаточное белковое переваривание (мало трипсина). Присутствие большого количества соединительной ткани (нитевидные образования более плотной консистенции, чем слизь) указывало нам на недостаток пепсина или быстрое опорожнение желудка. Молока мы макроскопически не могли распознавать. При ахолическом стуле мы имели большое количество жира, кал был глинистого цвета и консистенции. В некоторых случаях желчно-каменной болезни с полной закупоркой *d. choledochus* мы находили изолированный осадок жира в жидкой форме или в виде кома застывшего масла. Небольшое количество примеси жира мы узнавали по светлой окраске стула и мазевидной консистенции. При растирании такого кала в ступке с водой на поверхности оказывался плавающим слой жира матового оттенка. При макроскопическом исследовании кала мы обращали также внимание, нет-ли в нем остатков картофеля, которые макроскопически имеют вид зерен саго. Остатки целлюлозы имеют вид маленьких коричневых точек. Далее, мы тщательно смотрели, встречается-ли в кале примесь продуктов кишечной стенки, особенно слизи, которая в небольшом количестве имеется и в нормальном стуле в форме прозрачных хлопьев. Особенное внимание обращалось нами на присутствие гноя, примесь крови и на досутки тканей, нередко встречающиеся в кале при деструктивных процессах.

После макроскопического исследования мы тщательно изучали кал под микроскопом. В некоторых случаях нам трудно было различить под микроскопом соединительную ткань от слизи; в таких случаях мы вводили под покровное стекло каплю уксусной кислоты,—при наличии соединительной ткани нитевидная структура тогда исчезает, при слизи же структура становится ясней. При микроскопическом исследовании обращалось внимание, имеются-ли в кале эритроциты и лейкоциты, присутствие которых позволяет думать о воспалительном состоянии кишечной мукозы.

Обыкновенно для микроскопического исследования мы готовили три препарата. В первом, неокрашенном препарате, мы главное внимание обращали на присутствие мышечных волокон, которые при недостатке билирубина окрашиваются в слабо-желтый цвет. При хорошем переваривании волокна эти попадают в небольшом количестве, имеют круглые контуры и не представляют поперечной исчерченности. При недостаточ-

ности трипсина они попадают целыми кучами, имеют острые края и сохраняют поперечную исчерченность,—креаторрея. Schmidt считает такую креаторрею характерным признаком поражения поджелудочной железы.

Другой препарат мы изготовляли из кусочка кала, растертого с крепкими Lugol'евским раствором (1,0 иода, 2,0 иодистого кали и 50,0 дистиллированной воды), и рассматривали при большом увеличении. Непереваренный крахмал в этом препарате представлялся окрашенным в синий цвет. В норме мы находили лишь очень мало таких зерен крахмала или частиц неполне переваренного крахмала (эрипродекстрины). При плохом углеводистом переваривании мы встречали, наоборот, много непереваренного крахмала и много бактерий, окрашивавшихся тоже в синий цвет,—это анаэробные бактерии, которые расщепляют углеводы, образуя масляную кислоту (*Granulo-bacillus butyricus* Grasberger'a).

По третьему препарату мы судили главным образом о содержании в кале жира. Нормально мы не находили здесь жира игольчатой формы, а только рассеянные желтые и белые фосфорнокислые кристаллы, часто в форме кренделей. При закупорке ductus choledochi мы находили много мелких кристаллов, сложенных в кучки или пучки. Нейтральный жир мы находили в жировом стуле обычно в форме круглых или неравномерно вытянутых капель, или в виде глыбок.

Чтобы установить присутствие нерасщепленного нейтрального жира, мы красили препарат концентрированным водным раствором Nilblausulfat. причем нейтральный жир окрашивается в красный цвет, а жирные кислоты—в синий. Дабы получить быстрое представление об общем содержании жира в кале, мы маленький кусочек последнего клали на предметное стекло с одной каплей раствора Sudan'a III в уксуснокислом спирте, подогревали покровное стекло и смотрели под микроскопом.— весь жир выступал при этом в виде красных капель.

При суждении о результатах исследования стула после пробной еды Schmidt'a мы имели всегда в виду, что и эта еда, которая переносится всяким кишечником, различно переваривается у различных индивидуумов. Кроме того, незначительные отклонения от нормы нельзя относить уже к патологии: нахождение нескольких непереваренных мышечных волокон или присутствие небольшого количества жировых капель в препарате, напр., не дают еще нам права делать какие-либо диагностические выводы. Но в руках опытного исследователя, подходящего к результатам осторожно и критически, разбираемая методика все же дает вполне достаточные для диагностики данные, так что другие методы, напр., определение ферментов в стуле, лишь дополняют полученные результаты.

Из 68 случаев холенистита, где мы исследовали кал после пробной еды A. Schmidt'a и Strassburger'a, в 31 мы нашли много непереваренных мышечных волокон, что, по Schmidt'y, является характерным для поражения поджелудочной железы. Steatorrhoe мы нашли в 36 случаях; впрочем особенного значения ей мы не придавали, так как большинство этих случаев сопровождалось желтухой. Только в 5 случаях холециститов без желтухи стеаторрея указывала нам на поражение поджелудочной железы, что и подтвердилось дальнейшими исследованиями ферментов в дуоденальном содержимом.

В 6 случаях холецистита с желтухой мы применили пробную еду De Simone ⁴⁾ с окрашенным жиром. Для этой цели мы давали 20,0 масла, разрезанного на маленькие кубики в 2—3 мм. Эти кубики обрабатывались в течение 24 часов 5% раствором формалина, затем, после обмывания в течение часа в проточной воде, обсушивались фильтровальной бумагой, после чего масло смешивалось с 0,03—0,04 Sudan'a III и слабо нагревалось в течение 7—10 минут в фарфоровой чашечке. Остывшее масло мы давали больным с хлебом или кофе, после чего исследовали стул 2 дня подряд макро- и микроскопически. Если мы находили в кале много жира, окрашенного суданом, это говорило нам за сильное нарушение функции поджелудочной железы. В 2 случаях аутопсия подтвердила такое предположение, — оказалось, мы имели дело с опухолью головки поджелудочной железы. На основании столь небольшого числа наблюдений мы, однако, не беремся судить о дифференциально-диагностическом значении данной пробы при заболеваниях печени и поджелудочной железы, сопровождаемых желтухой. Дальнейшие наши наблюдения покажут пригодность ее для целей клинической диагностики.

Способа Salmon'a (обильное введение масла и количественное определение масла в кале) мы не применяли. Нам кажется, что этот способ вряд-ли может претендовать на клиническое значение, так как имеются экспериментальные работы, указывающие, что и при поражении поджелудочной железы всасывается более 70% жира (Labbé ⁵⁾).

Не придавали мы также особого значения исследованию кала на ферменты, ибо новейшие исследования Krieger'a ⁶⁾ показали, что нахождение трипсина в кале вряд-ли может иметь диагностическое значение. На это также указывают Wallis и Mackenzie ⁷⁾, причем они и нахождение амилазы в кале не считают характерным. Трипсин в кале исчезает, благодаря кислотному брожению и всасыванию.

Колоссальную услугу в изучении функции поджелудочной железы оказал нам в новейшее время дуоденальный зонд, введенный в клинику Einhorn'ом. С момента введения его мы получили возможность непосредственно исследовать панкреатический сок и определять ферменты поджелудочной железы, поступающие в 12 перстную кишку. Нормально в дуоденальном содержимом должны быть достаточные количества амилазы, трипсина и липазы. Мы поставили себе задачей определить, как содержатся эти ферменты при холециститах, для чего добывали чистый дуоденальный сок без примеси частично-переваренной пищи. С этой целью мы извлекали дуоденальный сок натошак после 12-часового голодания и определяли в этом содержимом ферменты.

Что касается в частности амилазы, то мы придерживаемся взгляда большинства авторов, которые рассматривают расщепление крахмала независимо от конечных степеней его, декстрина или сахара, и употребляем выражения „амилολитический“ и „диастатический“ фермент, как синонимы. Амилаза — это тот из трех панкреатических ферментов, который имеет, как видно будет ниже, наименьшее значение при определении функции поджелудочной железы. Этот фермент распространен по всему пищеварительному тракту. При отсутствии панкреатической амилазы переваривание крахмалистых веществ может быть предоставлено другим ферментам, в частности пتيالину.

Мы не будем здесь входить в оценку всех способов, предложенных для определения амилазы в дуоденальном содержимом, а коснемся вкратце только того способа, который мы применяли, а именно способа Wohlgemuth'a⁸⁾. Сущность его сводится к тому, что определенные количества дуоденального содержимого в целом ряде пробирок смешиваются с одинаковыми количествами крахмала, который гидролизуются под влиянием фермента до различных декстринов. Прибавлением иода в каждую из пробирок после того, как она простояла определенное время в термостате при 37° для обнаружения фермента, можно, по изменению цвета, определить, в какой из них не замечается уже следов крахмала. Эта пробирка укажет нам силу фермента, которую можно выразить в диастатических единицах.

К различным количествам дуоденального содержимого (1 куб. с.— 0,5—0,25 и т. д.) мы прибавляли по 5 куб. с. 1% свежеприготовленного раствора крахмала, затем несколько капель толуюла и штатив с 10-ю пробирками ставили в термостат при 37° на 24 часа. По истечении этого времени в каждую из пробирок мы прибавляли по 2 капли $\frac{N}{10}$ J и, закрыв пальцем, встряхивали содержимое пробирок. Разсматривая теперь пробирки при проходящем свете, мы могли видеть, в зависимости от степени гидратации крахмала, в каждой из пробирок различные степени окраски: желтый цвет (охродекстрин), красный (эритродекстрин), фиолетовый с различными оттенками, наконец, чисто-синий цвет.—там, где крахмал остался вовсе неизменным. Пробирка с красным окрашиванием содержимого, т. е. та, где был обнаружен эритродекстрин и уже незаметно более следов крахмала, и служит нам для выражения в цифрах амилазы в исследуемом веществе; та же пробирка, где мы начинали замечать переход окраски от синей к фиолетовой, обозначалась, как limes, т. е. начало границы действия фермента. Для выражения в цифрах амилотической силы дуоденального содержимого мы пользовались числом куб. сантиметров 1% раствора крахмала, какое в состоянии 1 куб. сант. дуоденального содержимого гидролизовать до степени эритродекстрина.

Полученные нами данные относительно амилазы, вычисленные в диастатических единицах при холециститах, сведены на таблице № 1. Мы здесь находим, во-первых, данные этого рода, полученные в 2 случаях желчно-каменной болезни в сочетании с раком поджелудочной железы. В обоих случаях наблюдалась резкая задержка активности, но полного отсутствия фермента не было ни в том, ни в другом случае. Далее, из 29 случаев холецистита с желтухой нормальное переваривание мы получили в 16 случаях (55,2%), незначительное уменьшение активности— в 6 (20,7%), в остальных же 7 случаях наблюдалось значительное уменьшение активности, но полного отсутствия ферментов не было ни в одном случае. Наконец, холециститов без желтухи было у нас 66 случаев; из них нормальное переваривание было констатировано в 31 (46,9%), незначительное уменьшение активности— в 13 (19,7%), в остальных 22 случаях—значительное уменьшение активности, хотя полного отсутствия фермента и в этих случаях не было.

ТАБЛИЦА № 1.
Амилаза при холециститах.

Диагноз	Количеств. случаев	Диастатическая сила в едн. D $\frac{24}{37^0}$							
		10	20	40	>83	>166	>333	625	1250 2500
Cholelithiasis и рак поджелудочной железы . .	2	1	1	—	—	—	—	—	—
Холецистит с желтухой. .	29	—	—	2	2	3	2	4	6 10
без желтухи.	66	2	3	5	5	7	5	8	6 25

Приведенные данные говорят, таким образом, что мы вряд-ли можем по деятельности амилазы судить о функциональной деятельности поджелудочной железы. По всей вероятности, при недостаточности панкреатической амилазы переваривание крахмалистых веществ берут на себя другие ферменты, в частности пتيالин.

Следующий фермент, который мы определяли в дуоденальном содержимом,—это трипсин. Трипсин—растворимый фермент, переваривающий альбумины и переводящий их в пептоны. Его действие похоже на действие пепсина с той только разницей, что он действует в щелочной среде. Чтобы обнаружить его, определяют исчезновение альбуминов, или образование пептонов, или появление добавочных кислот, связанных с образованием кислых пептонов.

Существует много методов для определения трипсина в дуоденальном содержимом. Мы определяли его по способу Carnot и Mauban'a ³⁾. Принцип этого способа заключается в действии постепенно разводимой водою дуоденальной жидкости на желатину, помещенную в чашку Petri. Техника: чашку Petri делят карандашом на 10—12 частей, вливают в нее 20 куб. с. 5% раствора желатины, окрашенной метиленовой синькой, и на каждую часть наносят каплю постепенно разводимой дуоденальной жидкости, оставляя чашку при комнатной температуре на 24 часа. В конце этого времени легко видеть, до какого разведения дуоденальная жидкость сохраняет способность разжижать желатину, судя по форме капли, тем более широкой и более глубокой, чем больше в ней трипсина. Нормальное действие трипсина замечается еще на 9—10-й степени разведения. Этот способ дает нам возможность быстро определять трипсин качественно и количественно.

Относящиеся сюда данные видны из таблицы № 2, которая показывает, что в обоих случаях желчно-каменной болезни в сочетании с раком поджелудочной железы, сопровождаемых желтухой, было резкое уменьшение активности трипсина, но полного отсутствия фермента не было. Из 29 случаев холецистита с желтухой нормальное переваривание наблюдалось только в 3 (10,3%), незначительное уменьшение активности—в 4 (13,4%), в остальных 22 случаях имело место значительное уменьшение активности, более значительное, чем это мы видели относительно амилазы, хотя отсутствия ферментов все же не было ни в одном случае. Что же касается холециститов без желтухи, то из 66 случаев их нор-

мальное переваривание было всего в 7 случаях (10,6%), незначительное уменьшение активности—в 6 случаях (9%), в остальных 53 случаях—значительное уменьшение активности трипсина, причем полного отсутствия фермента не было опять-таки ни в одном из этих случаев.

ТАБЛИЦА № 2.

Трипсин при холециститах.

Диагноз	Количество случаев	Разведение дуоденального содержимого								
		1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256	1:512
Cholelithiasis и рак поджелудочной железы . .	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Холецистит с желтухой .	29	1	4	4	5	8	3	1	2	1
« без желтухи.	66	7	9	8	11	18	2	4	3	4

Из разбора данных относительно трипсина мы видим, стало быть, что уменьшение его активности не идет параллельно с уменьшением активности амилазы,— трипсин дает в большем % случаев значительное уменьшение активности, и, кроме того, в каждом отдельном случае активность трипсина является более пониженной, чем активность амилазы. Повидимому, по активности трипсина можно скорее судить о функции поджелудочной железы, чем по амилазе. Раз это так, то надо думать, что при холециститах безусловно вовлекается в страдание поджелудочная железа,— мы в 80,4% случаев получили резкое понижение активности ее трипсина, что совпадает с данными других авторов (Piersol, Morris and Voskus¹⁰). В большинстве случаев, где трипсин был в пределах нормы, заболевание холециститом давностью было не более двух лет. Впрочем установить зависимость между продолжительностью заболевания и количеством фермента нам не удалось.

Третий фермент, который мы определяли в дуоденальном содержимом,—липаза. Из всех ферментов, которые можно здесь встретить, это—наиболее важный, так как действие липазы не подвергается никакому влиянию других ферментов—диастатических и протеолитических. Липаза эмульгирует жиры, делит их на жирные кислоты и глицерин, наконец, ускоряет брожение маслянистых кислот. Для определения ее мы пользовались методом Carnot и Maubana, известным под названием „метода пятен застывшего жира“. Он основан на образовании мыла из жира, благодаря липазе. Приготавливают смесь следующего состава: 2% агара—40,0, крахмалу—2,0, топленого свиного сала—2,0, воды—40,0. Эту смесь наливают в колбу с длинным горлом. колбу медленно подогревают до кипения и, в то же время, довольно энергично встряхивают, чтобы сделать эмульсию возможно однородной. Потом эту смесь наливают в 4 чашки Petri, слоем около 2—3 мм. толщины. Хорошо приготовленная смесь должна иметь консистенцию белка вареного яйца и хорошо приставать к дну и стенкам чашек Petri. Каждую чашку делят на 12 отделений и в каждое отделение наносят пипеткой каплю разведенной водой в различной степени (до $\frac{1}{1024}$) дуоденальной жидкости, после чего оставляют при комнатной t° на 24 часа. По истечении этого времени можно бывает видеть в чашках маленькие тусклые пятна—образование

мыла гам, где действовала липаза. Чтобы лучше видеть эти пятна, наливают на поверхность смеси 5% раствора медного купороса, причем пятна принимают синий цвет. Если липаза имеется в нормальном количестве, то образование синих пятен останавливается на 9-м—10-м разведении, если же дуоденальное содержимое бедно липазой, то реакция останавливается на 4-м—5-м разведении.

Как видно из таблицы № 3, в двух смертельных случаях желчно-каменной болезни, сочетанной с раком головки поджелудочной железы, липазы совершенно не оказалось. Из 29 случаев холецистита с желтухой нормального переваривания не было ни в одном случае, причем и незначительное уменьшение активности было только в 4 случаях, во всех же остальных—резкое понижение активности липазы. Что касается 41 случая холециститов без желтухи, то нормальное переваривание здесь оказалось только в одном случае, незначительное уменьшение активности липазы — в 16 случаях, а во всех остальных—резкое понижение активности липазы. Мы подметили, что во всех случаях холециститов, где только происходило понижение активности ферментов, понижение было, главным образом, со стороны липазы.

ТАБЛИЦА № 3.
Липаза при холециститах.

Диагноз	Количество сл-ч	Разведение дуоденального содержимого								
		1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256
Cholelithiasis и рак поджелудочной железы	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Холецистит с желтухой . .	29	—	6	8	5	6	4	—	—	—
« без желтухи .	41	—	2	5	9	8	13	2	1	1

Кроме вышеуказанных способов, для изучения функции поджелудочной железы мы применяли еще методы определения амилазы в моче и в сыворотке крови. Но это будет у нас предметом отдельного сообщения, настоящее же сообщение мы можем закончить следующими выводами:

1) Для диагностики панкреатитов мы не имеем характерных клинических признаков.

2) При изучении функции поджелудочной железы метод исследования кала после стандартной диеты Adolfa Schmidt'a, при осторожном и критическом отношении, дает удовлетворительные результаты.

3) Стеаторрея является признаком нарушенной функции поджелудочной железы только при отсутствии желтухи.

4) Пробная еда De Simone с окрашенным жиром может иметь дифференциально-диагностическое значение при заболеваниях печени и поджелудочной железы, сопровождаемых желтухой.

5) Исследование кала на ферменты, как функциональная проба поджелудочной железы, лишено диагностического значения.

6) За то громадное диагностическое и дифференциально-диагностическое значение имеет исследование ферментов в дуоденальном содержимом при холециститах.

7) При холециститах мы имеем уменьшение активности всех 3 ферментов поджелудочной железы—амилазы, трипсина и липазы.

8) Уменьшение активности каждого из этих ферментов в отдельности не идет параллельно друг другу.

9) Уменьшение активности замечается, главным образом, со стороны липазы.

10) Установить зависимость между продолжительностью заболевания холециститом и количеством ферментов в дуоденальном содержимом нам не удалось.

11) О функции поджелудочной железы мы можем судить по активности липазы, отчасти по активности трипсина, но ни в коем случае не по активности амилазы в дуоденальном содержимом.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Katsch. Отчет о Съезде германских специалистов по болезням пищеварения и обмена веществ 1924 г.—2) Ramond. Presse méd., 1925, 38.—3) Ad. Schmidt u. Strassburger. Die Faeces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. Berlin. 1915.—4) De Simone. Gaz. intern. med.-chirurg. 1924, № 19.—5) Labbé Ann. de méd., 1920.—6) Krieger. Arch. f. Verdauungskrankh., 1920.—7) Wallis a. Mackenzie. Quart. journ. of med., 1920.—8) Wohlgemuth. Biochem. Zeit., Bd. 39.—9) Carnot et Mauban. Compt rend. Soc. biol., 1918, 1920, 1921.—10) Piersol, Morris and Bockus. Arch. of internal. med., 1925.

D-r G. J. Hechtmann und D-r A. D. Schigalowa (Leningrad). Die Funktion des Pankreas bei Cholecystiten.

Wie bekannt begleitet die Pankreatitis häufig die Cholecystitis. Es ist aber unmöglich klinisch zu bestimmen, ob in einem bestimmten Falle von Cholecystitis eine Pankreatitis vorhanden ist oder nicht. Deshalb unternahmen es die Autoren zu untersuchen, ob man nicht das Vorhandensein einer Pankreatitis bei den Cholecystitenkranken auf dem Wege der Funktionsprüfung der Pankreasdrüse bestimmen könnte. Die von ihnen ausgeführten Untersuchungen zeigten, dass für diesen Zweck die Methode der Kothuntersuchung nach einer Standarddiät von A. Schmidt bei genügend vorsichtiger und kritischer Verwertung dienen kann. Die Steatorrhoea kann nach ihren Beobachtungen als ein Zeichen der Funktionsstörung des Pankreas nur bei Abwesenheit von Gelbsucht angesehen werden. Die Probekost von De Simone mit gefärbtem Fett kann dagegen bei mit Icterus einhergehenden Erkrankungen der Leber und des Pankreas von differentialdiagnostischer Bedeutung sein. Die Untersuchung des Kothes auf Fermente hat als funktionelle Probe des Pankreas keine diagnostische Bedeutung, dagegen ist in dieser Richtung die Untersuchung des Duodenalinhaltes auf Fermente bei Cholecystiten von grosser Bedeutung und zwar haben wir bei Cholecystitis eine Aktivitätsverminderung aller 3 Pankreasfermente—der Amylase, des Trypsins und der Lipase, diese Verminderung geht aber nicht bei allen Fermenten parallel, sie wird hauptsächlich an der Lipase bemerkt. Eine Abhängigkeit der Fermentmenge im Duodenalsaft von der Dauer der Erkrankung an Cholecystitis war nicht festzustellen. Ueber die Funktion des Pankreas lässt sich nach der Aktivität der Lipase, zum Teil nach der des Trypsins und in keinem Falle nach der der Amylase urteilen.

К вопросу об эхинококках и их лечении *).

Ординатора В. М. Баля.

В 1923 и 1924 г.г. через Хирургическое отделение Больницы прошли 18 больных с эхинококками, и это количество, в связи с локализацией паразита в различных органах, а также и результаты лечения дают нам основание поделиться теми впечатлениями, которые мы вынесли при наблюдении за этим заболеванием. Из 18 больных 16 были оперированы проф. А. Т. Лидским, 2—мною.

В отношении локализации эхинококка печень занимала первое место в нашем материале—11 случаев (61,20%); далее в убывающем порядке следовали: эхинококк мышц—3 сл. (16,6%), брыжжейки и сальника—1, глазницы—1, брыжжейки—1, желчного пузыря—1. По статистике других авторов печень также в этом отношении всегда занимает первенствующее положение,—эхинококки печени составляют от 66,33% до 77,48% общего их числа (Шония, Vegas et Granvell, Кочетов и др.), и только у Алексинского частота эхинококка печени выражается в относительно меньших цифрах—53,3%. Эхинококк других органов вообще встречается сравнительно редко. Так, по статистике Барадулина эхинококк мышц встречается в 1,9—4,6% случаев, глазницы—в 0,8—1,74% и т. п. Разнообразие локализации паразита в нашем материале лишний раз подтверждает теорию активного движения эмбрионов эхинококка (Leucart, Davaine).

По национальности и полу наши больные распределялись так:

Национальность	Печень		Мышцы		Желч. пуз.		Брыж- жейка		Глазница		Брыж- жейка и сальник	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Русские	3	3		1	1							
Калмыки	2	3		1			1					
Татары			1						1			1

Все заболевшие были жители местного края, причем 7 из них (калмыки) имели основным промыслом скотоводство; что же касается остальных, то род занятий их был самый разнообразный (кустари, рабо-

*) Доложено в заседании Астр. О-ва Клин. и Теорет. Медицины.

чие, служащие, домаш. хоз.). Семеро больных жили постоянно в городе, и тесного общения с собаками у них установлено не было.

Возраст больных колебался в пределах от 10 до 46 л., но преобладающее количество (55%) приходилось на десятилетие от 30 до 40 л. Во всех случаях мы имели дело с однокамерным эхинококком, причем у одного больного было обнаружено четыре, а у другой—два отдельных пузыря. Приводим выдержку из истории болезни последней больной и еще другую, представляющую значительный интерес.

Больная К. А., 38 л., калмычка, жалуется на боли и опухоль в левом подреберье, появившуюся около 20 лет тому назад. Опухоль медленно, но постепенно увеличивается; в последние две недели резкие боли, жар и общее недомогание. Объективное исследование: больная резко истощена, окраска кожи желтушна, брюшная стенка напряжена,—больше в левом подреберье, где прощупывается плотная, болезненная опухоль; нижняя граница опухоли спускается на 2 поперечных пальца ниже пупка, правая заходит за l. alba и, дугообразно загибаясь влево, на уровне мечевидного отростка скрывается в подреберье, левая граничит с l. axillaris media sin. Опухоль умеренно подвижна в боковых направлениях и смещается при дыхательных экскурсиях. Перкуторно над нею повсюду тупой звук и лишь в центре небольшой участок тимпанита; при стоячем положении больной тимпанит исчезает. Печень не прощупывается, эозинофилов в крови нет. Диагноз: эхинококк селезенки.

Операция 1/XI 1923 г. Опухоль оказалась исходящею из нижней поверхности левой доли печени, главной своей массой расположена в левом подреберье. Селезенка не найдена (оттеснена опухолью высоко влево). Подшивание опухоли к брюшной стенке и вскрытие ее. При последнем—выделение из кисты вонючих газов и густого гноя с массой дочерних эхинококковых пузырей. Промывание полости физиологическим раствором, тампонация. 8/XI боли в правом боку и кашель. 15/XI в нижней доле правого легкого притупление, дыхание везикулярное, ослабленное; по l. axillaris post. dex. на месте печеночной тупости,—участок с резко тимпаническим оттенком, печень спускается ниже реберной дуги на два пальца. Предполагается наличие второй эхинококковой кисты в печени, и произведена трансплевральная лапаротомия с резекцией IX ребра. По разведении волокон диафрагмы действительно обнаружена в печени поверхностно расположенная киста, которая вместе с диафрагмой подшита к грудной стенке и вскрыта, причем из нее выделились вонючие газы и гной с дочерними пузырями. Послеоперационное течение без осложнений. Больная 12/I 1924 г. выписалась со свищами на месте раны в хорошем состоянии.

Обнаружив наличие газов в кисте при первой операции, мы почти с уверенностью диагностировали в печени второй пузырь на основании тимпанического фокуса среди разлитой тупости, передвигавшегося с переменой положения больной. Образование газов,—это интересное осложнение эхинококковых заболеваний,—следует всегда иметь в виду, так как оно встречается не совсем редко. Так, Adnet располагает статистическим материалом из 34 нагноившихся эхинококков с образованием газов; автор объясняет это явление попаданием в кисту желчи, инфицированной анаэробами, живущими в нижних желчных путях.

Больной Т. З., 34 л., русский, болен несколько лет, неоднократно обращался к врачам по поводу внезапно появляющихся приступов болей в правом подреберье, сопровождавшихся иногда желтухой. Две недели назад внезапно почувствовал резкие боли в правом подреберье, иррадирующие в спину; на следующий день появились рвота, желтуха. Боли не прекратились до момента поступления в отделение, но желтуха и рвота исчезли. Объективно резкое исхудание, лицо осунувшееся, язык обложен, сух, в правом легком (нижняя доля) резко притупленный звук до нижнего угла лопатки, дыхание ослаблено, хрипов нет, пульс 102, t° 38,5°, печень выступает из-под края ребер на два пальца, умеренной плотности, гладка, болезненна; верхняя граница ее по lin. mamillaris—на IV,—по l. axillaris—на V ребре. Живот умеренно вздут, слегка болезнен; газы и стул задержаны. Пункция плевральной полости дала гной. Диагноз: гнойный плеврит.

В тот же день, 18/IV, операция—резекция IX ребра. По вскрытии плевральной полости незначительное выделение серозно-гнойной жидкости. После обшивания *pleurae diaphragmaticae* и изоляции полости плевры, тупым путем через диафрагму проложен путь к печени. Тотчас же показалось обильное выделение гноя с массой дочерних эхинококковых пузырей. Дренажирование эхинококковой кисты. 19/IV резкое ухудшение: пульс 120, кашель, обильные выделения из раны. 22/IV явления гнояного плеврита; смерть при нарастающей слабости сердечной деятельности.

Таким образом в данном случае мы имели нагноившийся эхинококк печени, лежавший в заднем ее отделе, но близко прилежавший к грудной стенке, благодаря резкому приподнятию диафрагмы и сдавлению легочной ткани. Это то обстоятельство и послужило поводом к диагностической ошибке.

Диагностические ошибки были у нас и в отношении мышечных эхинококков. Как известно, более 60% всех случаев их, несмотря на целый ряд характерных объективных признаков (Городинский), обнаруживается лишь на операционном столе, или пробной пункцией. Бардуллин считает, что их чаще всего смешивают с холодными затечными абсцессами. Из трех мышечных эхинококков нашего материала только два были диагностированы до операции, наличие третьего было установлено лишь после пробной пункции. Эта и целый ряд других ошибок в распознавании эхинококковых заболеваний объясняются тем, что мы в настоящее время не имеем еще точного диагностического средства для указанной цели.

Исследование крови на эозинофилию, столь широко практиковавшееся в начале XX столетия, привлекает ныне значительно меньше внимания; во всяком случае ни нормальное количество эозинофилов в крови, ни даже эозинопения не могут считаться верными показателями отсутствия эхинококка. Точно также и эозинофилия не является абсолютным признаком наличия этого заболевания: Weinberg находил ее лишь в 2/5 всех случаев эхинококка; Deve из 17 больных с эхинококком нашел резкую эозинофилию у 6, умеренную—у 3, незначительную—тоже у 3 и полное отсутствие ее—у 5 больных. Вагнер полагает, что эозинофилия в крови, в отличие от местного эозинофилеза (Deve), наблюдается при поступлении токсических веществ в кровь, а это, по его мнению, происходит лишь при разрыве эхинококковой кисты, воспалении ее и нагноении. Deve на основании своих наблюдений считает эозинофилию при эхинококке очень непостоянной и не советует доверяться ей. Особенно сомнительным является диагностическое значение исследования крови на эозинофилию в условиях сильнейшего распространения малярии среди населения Астраханского края. Если возвратный тиф, как это ныне установлено, при наличии малярии в анамнезе может протекать с резко выраженным лимфоцитозом, то естественно также допустить, что и в крови больных с эхинококком, насыщенной малярийными токсинами, мы вместо эозинофилии можем получить или нормальное количество эозинофилов, или даже эозинопению, которая, как известно, свойственна малярикам. На эту мысль натолкнуло нас исследование крови некоторых наших больных с эхинококком, где, при нормальном количестве эозинофилов, был найден резкий лимфоцитоз, а в анамнезе двух из них отмечена хроническая малярия. И мы склонны отнести некоторую часть наших результатов исследования крови насчет тормозящего действия малярии на

эозинофилию: всего из 10 исследований мы только в 2 получили положительный результат, да и те были с незначительным процентом увеличения эозинофилов против нормы. В виду этого мы отводим реакции крови на эозинофилию лишь самую незначительную роль в распознавании эхинококка и считаем ее подсобным методом исследования лишь постольку, поскольку она дает положительный результат при наличии всех остальных, объективных признаков эхинококковой болезни. С объяснениями Вагнера относительно причины появления эозинофилии в крови мы не можем согласиться, имея в своем материале одного больного, у которого при бурных явлениях нагноения эхинококковой кисты оказалось всего 1,5% эозинофилов.

Биологической реакцией отклонения комплемента (реакция Weinberg'a), вполне специфической для эхинококка (Савков, Faure et Labev), мы не пользовались.

Смертность после операции эхинококка колеблется в довольно значительных пределах. Так, у Алексинского она равняется 15%, у Мартынова—5,6%, у Шония—5,7%, Савкова—0. Из 18 наших больных мы потеряли 2 (11,1%). При этом необходимо отметить, что один больной поступил в тяжелом состоянии, с явлениями перфорации кисты в грудную полость, и погиб от сепсиса. Другой больной умер вследствие обострившегося туберкулеза правого легкого, к которому присоединилось еще, повидимому, механическое сдавление начальной части тонких кишок; к сожалению, вскрытия в этом случае не было, т. к. больной за несколько дней до смерти выписался из отделения.

С 30-х годов прошлого столетия для оперативного лечения эхинококков брюшной полости широко применяется метод открытого лечения—операции Lindemana-Landau и Volkman'n'a. Первая из них является одномоментной и производится в случаях поверхностного расположения эхинококковых кист, вторая выполняется в два момента и практикуется сравнительно редко, при глубоко сидящих эхинококках. Во втором моменте она производится термокаутером, в целях предупреждения паренхиматозного кровотечения. Delbet советует впрочем не бояться разреза печеночной ткани и применение термокаутера считает излишним. Надо отметить, что в одном случае, где мы встретили глубоко сидящую кисту в ткани печени, нам пришлось отказаться от предложения Delbet и перейти к операции Volkman'n'a с применением термокаутера (кровотечение здесь было настолько велико, что пришлось прекратить операцию, с трудом остановив кровотечение). Для кист, высоко сидящих в заднем отделе печени, самый удобный путь—трансплевральная лапаротомия. После вскрытия соединительнотканной капсулы эхинококка и извлечения хитиновой оболочки пузыря и видимых паразитов (гидатид), при открытом методе производится дренирование полости. Заживление раны наступает в среднем через 8—12 недель, хотя Marchant и Samprenon наблюдали иногда свищи в течение нескольких лет. Учитывая опасность развития холангита в послеоперационном течении, необходимо при операции соблюдать тщательную асептику; поэтому предложенное Шибковым лечение раны с помощью длинных резиновых трубок (сифон) должно быть строго ограничено.

Из осложнений наиболее часто встречающимся, при открытом лечении эхинококковых кист печени, является выделение желчи в эхинокок-

ковую полость как в первые моменты после операции, так и особенно в более отдаленном периоде. Будучи доброкачественным в первом случае, оно в более позднем течении влечет за собой целый ряд расстройств и заслуживает самого серьезного внимания. Delbet сравнивает такое желчеотделение с вторичным кровотечением из раны, в которой септический гной продолжительное время находился в соприкосновении с сосудами. Естественно допустить, что подобное осложнение чаще наблюдается у больных с нагноившимися кистами, истощенных предыдущим ходом болезни. Кроме такой cholerrhagi'i выделение желчи может последовать и от механического сдавления желчных путей и ворот печени. В случаях желчеотделения из разрушенных канальцев Maucclairе tamponирует эхинококковую полость сальником, а Israel производит обкалывание канальцев.

Продолжительный послеоперационный уход за больным при открытом лечении кисты, нагноительные процессы в ней и указанные осложнения заставили искать других методов оперативного вмешательства при эхинококках. Начиная с 1890 года, целый ряд хирургов (Thornton, König, Llobet, Billroth и др.), вначале с неблагоприятными исходами, пробует после извлечения паразитов зашивать фиброзную капсулу кисты наглухо. Позднее Billroth, Бобров, Pasades, Delbet и др. стали производить это зашивание после предварительного вливания в полость капсулы различных антисептических средств (раствора нафталина, подоформенной эмульсии, формалина и др.) и получили благоприятные результаты, сокращая до 4 недель период послеоперационного лечения. С тех пор метод закрытого лечения, или, как его называют французы, réduction sans drainage, получил право гражданства и широко применяется в некоторых странах. Formolage полости эхинококковой кисты, введенный впервые Quénu в 1902 г., является ныне самым распространенным прогипо-паразитарным средством, причем применяется в виде обтирания фиброзной капсулы 1—2% раствором формола в глицерине после предварительного удаления видимых паразитов и хитиновой оболочки материнского пузыря. Различают три способа лечения кисты без дренажа:

1) Вправление без шва. Способ этот допустим только в отношении мелких эхинококков брыжейки, сальника, мышц и пр. и состоит в том, что на разрез фиброзной капсулы шва не накладывается. Вследствие возможного кровотечения и cholerrhagi'i он неприменим на печени, хотя Mabit и Marion оперируют и на ней по этому методу.

2) Вправление после шва,—способ наиболее распространенный. В отличие от предыдущего здесь на рану кисты накладывается узловатый или непрерывный шов, в случае надобности даже двухэтажный Lemberta, после чего пустой мешок опускается в брюшную полость. Delbet советует при этом предварительно выгнать воздух из кисты и иссечь свободные лоскуты ее. Некоторые из боязни расхождения швов прикрепляют мешок к брюшной стенке (Thornton, Разумовский).

3) Способ Delbet,—состоит в том, что соединительнотканная капсула эхинококкового пузыря с внутренней ее поверхности заполняется в несколько рядов кетгутовыми швами. Delbet „капитонирует“ полость с целью избежать кровоизлияния в нее, или наполнения серозной жидкостью, а также с целью более быстрого склеивания стенок кисты. Faure и Labeу, однако, замечают, что заполнять полость пузыря

значительных объемов, работая в глубине,—технически дело очень трудное, а иногда и совершенно невозможное. При накладывании швов, несмотря на толщину фиброзной капсулы, можно, далее, проколоть в ткани печени кровеносный сосуд или желчный канал и вызвать кровотечение или закупорку желчного протока. Кроме того „capitonage“ излишен еще и потому, что полость кисты свободно склеивается и без швов, под влиянием эластичности самой ткани печени и внутрибрюшного давления.

Кроме этих трех способов существует еще способ вылушения эхинококкового пузыря вместе с фиброзной капсулой. Операция эта, трудная технически вследствие плотного сращения фиброзной капсулы с окружающей тканью и особенно опасная из-за кровотечения, на печени, применяется редко в брюшной полости (Покотило). Delbet считает ее лишенной всякого здравого смысла, раз паразиты удалены, и произведен „формоляж“ фиброзной капсулы. По мнению Faure'a и Labeu это—операция вредная, которая должна быть совершенно оставлена, тогда как Савков является горячим поклонником ее, считает этот метод идеальной операцией.

Противопоказаниями к применению закрытого способа лечения эхинококков считаются след. моменты: 1) нагноение кисты (Quénu впрочем в сомнительных случаях с слабо-вирулентным нагноением зашивал кисту и получал заживление per primam, обеспечивая себя от возможных осложнений подшиванием фиброзной капсулы к брюшной стенке); 2) наличие желтушного окрашивания содержимого кисты; 3) обизвествление соединительнотканной капсулы; 4) значительный объем эхинококкового пузыря или глубокое его положение (кровоизлияние ex vaso); 5) слишком высокое или слишком низкое положение эхинококка в печени, обуславливающее трудность доступа к нему (Quénu удалось впрочем в одном случае кисту, удаленную трансплевральным путем, зашить наглухо и получить благоприятный результат).

Метод зашивания соединительнотканной капсулы эхинококка с предварительным „формоляжем“ ее считается наиболее распространенным и безопасным из всех способов закрытого лечения. Выздоровление при нем отмечается через 2—3 недели. Осложнения, которые Faure и Labeu наблюдали при этом, заключаются в заполнении полости кисты серозной жидкостью, кровью и желчью. Quénu в одном случае отметил угрожающее кровотечение. При заполнении кисты желчью в отношении 1:5 наблюдается нагноение капсулы, наступающее в отдельных случаях даже через 7 мес. после операции. Шония у двух больных, оперированных по закрытому способу, наблюдал повышение t^0 до 39^0 и учащение пульса до 120—130; у одной больной образовалась опухоль на месте кисты, не исчезнувшая и через 7 мес. после операции.

Несмотря на широкое пропагандирование способа закрытого лечения эхинококка (Delbet, Faure и Labeu, Голяницкий), как операции вполне безопасной и рациональной, в последнее время ряд хирургов (Савков, Vegas, Cranvell и др.) вернулся к открытому лечению кисты, признав его, хотя и длительным, но более верным способом. Deve, не будучи принципиальным противником „reduction sans drainage“ и находя этот метод быстрым, рациональным и совершенным для тех случаев, когда он удастся, предлагает, однако, подумать о возможных осложнениях при нем и взвесить риск, которому подвергается больной и

который некоторыми хирургами не дооценивается. Савков за последние 11 лет оперирует исключительно по открытому способу, причем, не имея ни одного смертного случая (из 24), добивается иногда полного рубцевания кисты в течение месяца.

В нашем материале,—за исключением мышечных эхинококков и эхинококка глазницы, не представляющих с оперативной точки зрения особенного интереса,—все кисты брюшной полости, в количестве 14, были оперированы частью по закрытому методу, частью по открытому, причем на первый приходится 4 больных, на второй—10. Из числа последних у 5 зашивание кисты было абсолютно невозможно вследствие нагноения эхинококка; если к этому добавить еще один случай с глубоким положением кисты в печени, также совершенно не допускавшим „reduction sans drainage“, то мы получим 8 больных с однотипными, если можно так выразиться, эхинококками брюшной полости, леченных поровну по открытому и закрытому способам. Из 4 больных, оперированных по открытому методу, двое в послеоперационном течении не имели никаких осложнений, один больной погиб через 2½ мес. после операции от обострившегося тбс легких, и одна больная после операции имела выделение желчи в кисту в первые 3 недели. Все трое выживших больных выписались в хорошем состоянии в сроки от 3 недель до 1 месяца. Из больных, леченных по методу „reduction sans drainage“, только у одного заживление раны произошло per primam, и он выписался в удовлетворительном состоянии; у всех остальных (у двух уже после снятия скобок) мы принуждены были вскрыть кисту и выпустить скопившуюся в полости ее жидкость. При этом необходимо отметить, что у одного больного инфильтрат был настолько массивен, что пришлось прибегнуть к наркозу для вторичного вскрытия полости. У всех больных этой группы, вследствие образовавшегося свища и продолжительного выделения жидкости, в полость кисты впоследствии проникла инфекция, и фиброзная капсула кисты нагноилась; из других осложнений наблюдались: у одной больной явления перитонизма в первые два дня после операции и в одном случае—явления значительной задержки перистальтики кишечника в течение нескольких дней, с очень неприятными субъективными ощущениями.

Сравнительная оценка обоих методов иллюстрируется, таким образом, нижеследующей таблицей:

МЕТОДЫ	число больных	гладкое течение	осложнения	смерть	Общая смертность
Открытый . .	4	2	1	1	11,1%.
Закрытый . .	4	1	3	0	

Просматривая результаты лечения этих 8 больных, трудно остановить выбор на каком-либо из двух методов. Если при открытом способе мы потеряли одного больного, то не нужно забывать, что положение эхинококка в этом случае (желчный пузырь) было исключительным по сравнению со всеми остальными, и я сомневаюсь, возможно-ли было с лучшим результатом оперировать его здесь и по закрытому методу. В остальном складывается убеждение, что открытое лечение эхинококко-

вой кисты есть и более верный, и более безопасный, и даже более быстрый способ. При рассмотрении материала, оперированного по методу „*reduction sans drainage*“, бросается в глаза скопление в дальнейшем жидкости в полости кисты. Не утверждая ничего категорически, я все же думаю, что в этом осложнении играют немаловажную роль раздражающие свойства формалина. Повидимому, „нейтрализующее“ действие глицерина не вполне достаточно, и при „формолаже“ имеет место образование паров формалина, препятствующих склеиванию стенок кисты; вместе с этим, благодаря раздражающему действию их на клеточные элементы фиброзной капсулы эхинококка, в полость мешка усиленным темпом совершается транссудация жидкости.

В конце концов, не оказываясь принципиально от метода закрытого лечения эхинококковых кист брюшной полости, мы тем не менее не считаем его операцией вполне безобидной и в согласии с Deve взвешиваем каждый раз риск, которому подвергается больной, а в сомнительных случаях, в противоположность Quénu, оперируем по открытому методу. Статистические данные смертности, приведенные у Faure'a и Labey (закрытый способ—1,72%, открытый—4,33%), не являются для нас убедительными, т. к. несомненно, что в число 4,33% вошли случаи наиболее тяжелые по своему клиническому течению и кисты более сложные по своей форме, положению и содержимому, в число же 1,72% вошли главным образом легко доступные, не достигавшие больших размеров и неосложненные эхинококки, смертность при которых едва ли будет выше, если оперировать их и по открытому способу.

Выводы: 1) операция неосложненного эхинококка брюшной полости по закрытому методу является не вполне безопасной и не должна считаться операцией выбора; 2) „formolage“ полости кисты в том виде, как он применяется, не устраняет вполне раздражающих свойств формалина; 3) исследование крови на эозинофилию—весьма сомнительный диагностический метод для определения эхинококка; 4) операция эхинококковых кист, глубоко сидящих в паренхиматозных органах, должна производиться по двухмоментному способу—(операция Volkman'a); 5) выбор операции при эхинококке разрешается на операционном столе, причем все сомнительные случаи, в смысле локализации кисты и характера ее содержимого, должны оперироваться по открытому методу.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Лисянский. Лет. Рус. Хир., 1897.—2) Бобров. Хирургия, 1897.—3) Красинцев. Хирургия, 1904.—4) Скачевский. Хир. Арх., 1911.—5) Мыш. Хир. Арх., 1913.—6) Deve. Принципы хирургического лечения сложных кист брюшной полости. 1912.—7) Faure et Labey. *Traité de chirurg. Dentu et Delbet.*—8) Покотило. Хир., 1911.—9) Барадулин. Хир. Арх., 1907.—10) Серебряков. Рус. Врач, 1914, № 23.—11) Вагнер. Р. Врач, 1908, № 2.—12) Городинский. Врач. Газ., 1915, № 10.—13) Шибков. Врач. Газ., 1914, № 10.—14) Шония. Хир. Арх., 1924.—15) Савков. Нов. Хир. Арх., 1924.—16) Алексинский. Дасс.

D-r V. M. Bal (Astrakan). Sur la question des échinocoques et leur traitement.

Conclusions de l'auteur: 1) L'opération de l'échinocoque de la région abdominale à la méthode „fermée“ n'est pas une opération de choix. 2) „Formolage“ des parois internes du kyste hydatique pratiqué à présent n'exclut totalement une action excitatrice du formol. 3) Examen du sang à l'éosinophilie est une méthode bien précaire pour le diagnostic de l'échinocoque. 4) Une opération des kystes hydatiques placés au fond du parenchyme des organes internes doit être pratiquée d'après la méthode à deux temps (opération de Volkmann). 5) Le choix d'une méthode d'opération de l'échinocoque doit être finement fait à l'opération même. Tous les cas dubitatifs doivent être opérés à la méthode „ouverte“.

Глухой шов брюшной раны при перфоративных аппендицитах с гнойным выпотом.

Ординатора М. А. Свешникова.

Защитительные силы брюшной полости против инфекции еще не вполне изучены; но повседневные наблюдения показывают, что силы эти значительны, и брюшина в отношении попавшей в нее инфекции иногда проявляет необычайную стойкость. Так, известно, что внутрибрюшинные воспалительные экссудаты и гнойники могут рассасываться без остатка. Известно, что после операций по поводу перфоративных язв и ранений желудочно-кишечного тракта, когда брюшная рана закрывается наглухо, брюшина может успешно справляться с оставшейся в ней инфекцией. Нередко после таких операций клетчатка брюшной раны нагнаивается, иногда в форме довольно обширной флегмоны, между тем как со стороны брюшины наблюдается лишь умеренное, скоро проходящее раздражение—явление, указывающее, насколько брюшина более стойка против инфекции, чем другие ткани. Подобных наблюдений, свидетельствующих о сильной бактерицидной и рассасывающей способности брюшины, можно привести немало. Тем не менее вопрос о том, как поступать с брюшной раной при перфоративных аппендицитах с гнойным выпотом, после удаления отростка и очистки брюшины от гноя, отдельными хирургами решается неодинаково: одни, повидимому, не рассчитывая на рассасывающую и защитительную способность брюшины, считают необходимым во всех таких случаях оставлять рану открытой, вводя в нее тампон или дренаж; другие, более уверенные в стойкости брюшины к инфекции, в тех же случаях принципиально закрывают брюшную рану наглухо, причем полагают, что дренаж брюшной полости вообще неосуществим (Rotter, Haberer).

С конца 1924 года мы начали применять глухой шов брюшной раны при перфоративных аппендицитах как с ограниченными гнойниками, так и разлитым перитонитом, но при обязательном условии удаления источника заражения—отростка. Поводом, побудившим нас отказаться от применения в этих случаях тампона или дренажа, были наблюдения над бестампонным и бездренажным лечением гнойных ран мягких тканей, давшим прекрасные результаты: без тампона и дренажа гноящиеся раны заживали быстрее, перевязки их были безболезненны и не повреждали грануляций, устранялась возможность внесения в рану вторичной инфекции, рана заживала ровным, гладким рубцом. В некоторых случаях, чтобы ликвидировать гнойник, было достаточно и одного или двухкратного отсасывания гноя шприцом.

Бестампонным и бездренажным лечением мы ставим рану в естественные, физиологические условия, наиболее выгодные для ее заживления. Напротив, тампон или дренаж, вставленные после удаления перфорированного отростка и гноя в брюшную полость, не оправдывают себя, как дренирующие последнюю, ибо отсасывающая сила их незначительна, да и скоро прекращается; ограничивающие же свойства тампона при гнойных аппендицитах не имеют значения, так как при аппендицитах с ограниченным гнойником ограничивающие спайки брюшины в окружающей гнойника уже имеются, а при аппендицитах с разлитым перитонитом ограничивать уже нечего. Тампон в этих случаях является лишь инородным телом, повреждающим брюшину и тормозящим заживление.

Пока в нашем распоряжении нет средств, которыми мы могли бы повысить активность борьбы брюшины с инфекцией, естественно будет лечение гнойных процессов в брюшной полости сводить к использованию тех защитительных сил брюшины, которые еще не пострадали. Но для этого нужно поставить брюшину в условия наиболее физиологичные и выгодные для ее успешной борьбы с инфекцией и рассасывания воспалительных продуктов. Такие условия, можно думать, создаются после удаления отростка и гноя при глухом шве брюшной раны. Исход этой борьбы будет зависеть от вирулентности инфекции с одной стороны, а с другой — от защитительных и рассасывающих сил уже пострадавшей брюшины. Элиминация бактерий из брюшной полости вовлекает в эту борьбу и другие органы; поэтому для исхода ее приобретает значение и состояние внутренних органов.

Наш материал составляют 50 больных с перфоративным аппендицитом; из них 38 имели перфорированный отросток с ограниченным гнойником и 12 — перфорированный отросток с разлитым перитонитом. Все больные были оперированы в остром периоде, за время с сентября 1924 г. по апрель 1926 г. Обычно разрез брюшной стенки производился по Lennander'у, так как при этом открывается наиболее широкий доступ к отростку. Наркоз всегда был хлороформный. Операция производилась по возможности быстро и без большой травмы, что существенно влияет на исход ее. По удалении отростка гной по возможности весь удалялся салфетками; нередко применялось промывание физиологическим раствором или риванолом 1:1000, а также вливание эфира и камфоры (за преимущества того или другого из этих способов обработки брюшной полости высказаться не представляется возможным). В заключение брюшная рана закрывалась 3-этажным швом, предпочтительно из кэтгута.

В ближайшие послеоперационные дни, для поднятия сердечной деятельности, усиления диуреза и уменьшения общей интоксикации, больным вводился физиологический раствор — в форме или ежедневных клизм, или подкожных вливаний. В первый день после операции температура обычно резко повышалась, во потом, в последующие дни, выравнивалась до нормы. Вызывать отправления кишечника мы не спешили, а для отведения газов вставляли в rectum трубку. На 3-й — 5-й день после операции рана обычно осматривалась, причем в большинстве случаев к этому времени в ране оказывалось скопление гноя, который и выпускался частичным снятием швов. Остальные швы удерживались возможно дольше, чтобы препятствовать расхождению краев раны, кото-

рое удлинняло время заживления последней и делало рубец более широким.

В одном случае нами наблюдалась обширная флегмона клетчатки в окружности раны, потребовавшая дополнительных разрезов. В остальных случаях заживление нагноившейся раны шло обычным путем *per granulationem*.

Послеоперационное лечение проводилось без больших затруднений в уходе за больными и без всяких мучений для больного во время перевязок.

Во всех оперированных нами случаях мы ни разу не наблюдали ни эвентерации, ни каловых свищей, ни послеоперационных грыж, которые нередко бывают спутниками тампонов и дренажей.

На 38 случаев перфоративного аппендицита с отграниченным гнойником наблюдалось 3 смертных исхода, на 12 случаев перфоративного аппендицита с разлитым перитонитом мы имели 8 смертных случаев. Смертельный исход в 3 случаях с отграниченным гнойником произошел: в одном случае от перитонита, в другом—от присоединившейся пневмонии, в третьем—от имевшегося ранее и обострившегося у больного хронического нефрита с отеками. Таким образом, если не считать последнего случая, то процент смертности для первой группы окажется равным 5,2. Все 8 смертельных исходов во второй группе наступили от прогрессировавшего разлитого перитонита; смертность для этой группы будет равна 66,6%.

В заключение, для сравнения, приведем цифровые данные авторов, проводивших лечение перфоративных аппендицитов с тампоном или дренажем:

Смертность в % при аппендицитах с отграниченным гнойником.	Смертность в % при аппендицитах с разлитым перитонитом.
У Ростовцева 9,8%.	У Ростовцева 81,2%.
У Rehn'a 9,4%.	У Rehn'a 53,5%.
В Обуховской больнице (Русск. Врач, 1914) 16,2%.	В Обуховской больнице . . . 79,7%.
У Herzog'a 13,7%.	У Herzog'a 100%.

Выводы: 1) Для борьбы с инфекцией брюшина обладает сильными защитительными и рассасывающими средствами. 2) Глухой шов брюшной раны после удаления перфорированного червеобразного отростка и гноя создает наиболее физиологичные условия для успешной борьбы с оставшейся инфекцией. 3) Глухой шов не влечет за собой образования эвентерации, каловых свищей и послеоперационных грыж. 4) Глухой шов упрощает уход за больным и не требует мучительных для больного перевязок, какие неизбежны при тампонаде. 5) Процент смертности при глухом шве сравнительно с данными других авторов, применявших тампонаду или дренаж,—не может быть назван высоким.

D-r M. A. Sweschnikoff (Kaluga). Die geschlossene Naht der Bauchwunde bei perforativen Appendicitiden mit eitrigem Exsudat.

Das Material des Verfassers umfasst 50 Fälle von perforativer Appendicitis, unter welchen in 38 Fällen eine circumscribte Eiterung und in 12—eine allgemeine Peritonitis sich entwickelte. Auf Grund dieser Ergebnisse spricht sich der Autor entschieden für die tamponlose Behandlung der perforativen Appendicitis aus. Seiner Meinung nach schafft die geschlossene Naht der Bauchwunde nach der Entfernung des perforierten Appendix und des Eiters eher physiologische Bedingungen für den erfolgreichen Kampf mit der zurückgebliebenen Infektion. Dieser Naht folgen keine Eventrationen, Kothfisteln und postoperative Brüche. Sie vereinfacht die Pflege des Kranken und macht die für ihn qualvollen Verbände unnötig. Die Sterblichkeit bei der geschlossenen Naht (5,2% in Fällen mit begrenzter Eiterung und 66,6% in Fällen mit allgemeiner Peritonitis) erscheint nicht sehr hoch, wenn man sie mit der Sterblichkeit nach der Behandlung mittels Tamponade vergleicht.

К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря.

Л. Цапкина (г. Бузулук, Самарской губ.).

Мне пришлось в 4 случаях произвести двустороннюю пересадку мочеточников в прямую кишку. Две из этих больных имели мочеполовые свищи на почве обширных разрушений пузырно-влагалищной перегородки после родового акта, две другие страдали запущенною формою рака с переходом процесса на мочевой пузырь. Одна из больных первой группы прослежена мной на протяжении десяти месяцев, по истечении какового срока она погибла от брюшного тифа, вторая жива до сего времени (6 месяцев). Обе больные второй группы погибли на третьи сутки после операции при явлениях сердечной слабости.

Воздерживаясь от приведения подробных историй болезни, отмечу лишь отдельные моменты применявшейся мною операции: 1) на мочеточники накладывались мною эластические зажимы немного выше бифуркации *art. iliacaе communis*; 2) пересадка их производилась во всех случаях сочетанным способом, по Тихову-Миротворцеву-Witzel'ю; 3) в целях бескровного оперирования перевязывались *art. hypogastricae* и *venae hypogastricae*, дабы гарантировать больную от ретроградного венозного кровотечения; после этого удалялись матка и мочевой пузырь.

Операция пересадки мочеточников в кишку — действительно необходимая операция, без которой в некоторых случаях обойтись совершенно нельзя; однако операции этой присущи и свои слабые стороны, и нужно еще много поработать над нею, дабы устранить эти слабые стороны: в частности, надо создать такой искусственный мочевой пузырь, который-бы по возможности исключал опасность восходящей инфекции (пиелит, пионефроз). По вопросу об образовании такого искусственного мочевого пузыря я и хотел-бы здесь высказать некоторые соображения.

В этом направлении различными авторами было предпринято много попыток; укажу здесь наиболее интересные.

1. Модлинский, вшивая мочеточники в прямую кишку, изолировал последнюю от *S. romanum*, а эту последнюю вшивал в кожу. Таким образом операция образования искусственного мочевого пузыря покупалась здесь слишком дорогой ценой, — приобретением *anus praeter-naturalis*.

2. Borelius делал анастомоз у корня сигмовидной кишки между обоими ее коленами и в изолированную таким путем кишку вшивал мочеточники.

3. Приблизительно так же поступал Müller, вшивая мочеточники в односторонне выключенную сигмовидную кишку.

4. Verhoogen вшивал мочеточники в изолированную слепую кишку, а червеобразный отросток выводил в кожу.

5. Bodri на некотором расстоянии от соесит перерезал тонкую кишку, вшивал ее на 10 сант. выше баугиниевой заслонки, а в остав-

шийся в соединении с соесит отрезок тонкой кишки вшивал мочеточники. Таким образом моча должна была пройти все толстые кишки. Эта операция была произведена только на животных.

6. Goldenberg прибавил к этому методу лишь то, что совсем закрыл место впадения тонкой кишки в соесит и вывел другой конец в кожу. Эта операция тоже была произведена только на животных.

7. Tizzoni и Poggi на собаке, оперируя двухмоментно, заменили вырезанный мочевой пузырь двусторонне выключенной петлей тонкой кишки, подшитой одним из концов к шейке пузыря. Мочеточники были вшиты в эту изолированную кишку.

8. Charut, оперируя двухмоментно, сначала изолировал участок тонкой кишки, а в дальнейшем вшивал в него мочеточники и делал анастомоз с S romanum. Эта операция была произведена тоже только на животных.

9. Спасокукоцкий оперировал очень схоже с Müller'ом.

10. Gersuny пересаживал мочеточники в rectum, изолировал rectum от сигмовидной кишки и периферический конец последней вшивал в rectum немного выше anus'a.

Таковы наиболее крупные достижения в деле образования изолированного мочевого пузыря. Все эти операции можно разделить на две группы: одна группа имеет в виду создание изолированного мочевого пузыря со сфинктером (Модлинский) или без него (Goldenberg); но покупается это ценою образования anus praeternaturalis или выведения мочи на поверхность кожи; другая группа имеет в виду образование мочевого пузыря, соединенного с кишечным трактом. Это последнее обстоятельство совершенно обесценивает достижения данной группы.

Проф. Парин говорит, что такое одностороннее выключение кишки не гарантирует от восходящей инфекции, а по Березнеговскому при этом даже создаются наиболее благоприятные условия для развития микробов.

Перечисленные попытки образования искусственного мочевого пузыря невольно заставляют подумать о другой, не менее творческой работе, направленной на создание другого органа—влагалища. В тех и других работах есть много общего, и хочется думать, что путем комбинации их можно создать искусственный мочевой пузырь, снабженный самостоятельным сфинктером,—пузырь, при котором не будет места восходящей инфекции, следующей, как говорит проф. Миротворцев, за больным со вшитыми в кишку мочеточниками, „как за человеком следует его тень“. В каком же, спрашивается теперь, направлении надо вести эту работу?

Мне кажется, для образования мочевого пузыря может быть использована всем хорошо известная операция проф. Снегирева (colporoësis)—с тем лишь добавлением, что rectum придется перерезать много выше, и излишек будет рассеечение anus'a, что делал Снегирев в целях получения искусственного влагалища; в обособленную часть recti и надо пересадить мочеточники. Хорошо пойдут сюда и операция Schoemaker'a и Schituda, которые устроили прекрасно функционировавший сфинктер заднего прохода из ягодичных мышц.

Далее, операцию Gersuny, о которой проф. Миротворцев говорит, что она мало теперь применяется и имеет почти историческое

значение, можно было-бы также модифицировать таким образом, чтобы она служила для данной цели, а именно, вместо вшивания конца сигмовидной кишки в rectum, вывести его в anus, параллельно стенке прямой кишки. При таком расположении кишек мы имели-бы в anus'e прямую кишку, выбрасывающую мочу, и сигмовидную, опорожняющую кал.

Что подобная перестановка полых органов таза вполне возможна, в этом нас убеждают такие операции, как предложенная в свое время проф. Груздевым операция образования искусственного мочеиспускательного протока из rectum, а также операция образования из прямой кишки рукава, принадлежащая Попову-Schubert'y-Strassman'y. В частности, что касается первой из этих операций, то она разрешает в положительном смысле вопрос о возможности открытия мочевого и кишечного тракта в один anus.

Операцию Goldenberg'a можно было-бы сочетать с операцией Baldwin'a, но вместо того, чтобы выводить конец кишки на поверхность кожи, как то предлагает Goldenberg, или влагалища, как предлагает Baldwin, вывести этот отрезок в anus, что и было с успехом сделано год тому назад Harmesen'ом.

Некоторый прообраз такой операции мы находим также в одном случае, описанном проф. Марковым в журнале „Хирургия“ за 1914 г. Во время удаления матки и придатков в этом случае была поранена прямая кишка, причем дефекта закрыть не удалось. Тогда автор отделил сигмовидную кишку от rectum и протянул ее периферический отрезок через просвет recti до anus'a, где фиксировал швами; правда, швы эти не удержали кишку, да и не могли удержать, так как немислимо, чтобы serosa сигмовидной кишки приросла к слизистой recti. Но все же этот случай, с нашей точки зрения, заслуживает большого внимания потому, что здесь в один anus открывались и сигмовидная кишка, и rectum.

Вообще в этом вопросе, повидимому, позволено делать очень смелые предположения, так как органы малого таза позволяют проделывать над собою, как показывает опыт, всевозможные операции.

При этом, если-бы явилась нужда усилить, или, вернее, разграничить на два отдела anus, то это можно было-бы сделать за счет использования волокон m. levatoris ani, именно ruborectal'ной его части. Sellheim в свое время широко воспользовался мускулатурой тазового дна в целях закрытия, в одном случае, пузырно-влагалищного свища. Операция образования искусственного сфинктера мочевого пузыря из m. pyramidalis и апоневроза прямых мышц по Hebel-Frangenheim'y-Stöckel'y; а равно операция образования такого сфинктера из волокон levator'a ani, как это было предложено Franz'em и недавно выполнено у нас проф. Бржозовским, — являясь лучшим доказательством того, как широко может быть использована не только мускулатура тазового дна, но даже и мускулатура передней брюшной стенки.

Надо думать, что во многих случаях при столь длительной и сложной операции будет целесообразно оперировать двухмоментно. В особенности должны мы будем прибегнуть к двухмоментной операции в тех случаях, когда после обычной операции пересадки мочеточников в rectum больному будет грозить гибель от восходящей инфекции. Тогда мы приуждены будем произвести повторную лапаротомию, отделить rectum от

S romanum и вшить эту последнюю по Снегиреву, Schoemaker'y, Schituda, или обособленно вывести в anus.

Целесообразность во многих случаях такого двухмоментного способа оперирования едва ли можно отрицать. В свое время проф. Федоров, когда ему предстояло удалить раково-пораженный мочевой пузырь, сделал эту операцию в два приема: при первой лапаротомии была произведена пересадка мочеточников в rectum, при второй, через 4 недели, удален мочевой пузырь. Такой же двухмоментный способ предлагает Albarran.

Примеру проф. Федорова надлежит последовать и при операциях по поводу тяжелых мочеполовых фистул, а также в случаях удаления матки и мочевого пузыря. При первой лапаротомии можно, напр., вывести S romanum по Снегиреву, Schoemaker'y, Schituda, или непосредственно в anus, с последующей обработкой изолированной прямой кишки по H a r m s e n'у, как это было выполнено им при создании искусственного мочевого пузыря из тонкой кишки. В случаях рака к этому можно, пожалуй, прибавить перевязку подчревных сосудов и другие мероприятия, имеющие целью задержать быстрый рост раковой опухоли. Через 4 недели после того предпринимается вторая лапаротомия, во время которой производится пересадка мочеточников в изолированную прямую кишку, а при раке—еще удаление матки и мочевого пузыря.

D-r L. Zapkine (Bouzoulouk, gouv. de Samara). Sur la question de la formation artificielle de la vessie urinaire.

L'implantation des urètères dans l'intestin dans des cas nécessitant une ablation double de l'utérus et de la vessie urinaire (fistules vesico-vaginales larges, cancer de l'uterus diffus) faut-il la pratiquer d'après l'auteur dans une partie isolée de l'intestin qu'on peut tenir en état aseptique. L'auteur conseille pratiquer cette „vessie artificielle“ dans les parties inférieures du rectum.

К поражению центральной нервной системы при пуэрперальном сепсисе.

Ординатора С. В. Кисина.

Несмотря на успехи асептики, клиника дает нам все новые и новые случаи сепсиса—послеродового и после выкидыша. Процент его за последние годы продолжает расти, причем его росту способствует несколько моментов. Прежде всего, несмотря на успехи медицины вообще, постановка дела родовспоможения в нашей действительности, к сожалению, вряд-ли изменилась за последнее время, в особенности в деревне, к лучшему. С другой стороны пережитое время настолько должно было отразиться на состоянии организма, что вполне допустимо предположение, по которому теперь человечество труднее справляется с септическим заражением, чем, напр., в довоенное время. Наконец, есть еще момент, способствующий увеличению числа сепсисов,—это искусственное прерывание беременности, значительно участвовавшее за последнее время и особенно опасное в руках невежественных знахарок и повитух.

Параллельно с увеличением как абсолютного, так и относительно количества случаев сепсиса все чаще и чаще стали встречаться также осложнения последнего, которых в медицинской литературе описано мало. К таким редким осложнениям сепсиса должны быть отнесены поражения вторичного порядка центральной нервной системы. В доступной мне акушерско-гинекологической литературе я мог найти очень мало подобного рода сообщений. Так, в русской литературе я нашел лишь 1 случай, описанный д-ром Бондыревым в „Журнале Акуш. и Женских Болезней“ за 1901 год. Автор в статье „Несколько слов о родильной горячке по поводу одного случая meningitis purulenta“, описывая свой случай, высказывает предположение, что „здесь имел место быстро и остро протекавший септический процесс, давший оседание в мозгу“. Почему поражение произошло в такой отдаленной от места внедрения инфекции области, как в мозгу, автор сказать затрудняется. Из иностранной литературы я могу привести случай Schneider'a (Monatsschr. f. G. u. G., 1925), наблюдавшего менингит при тазовой флегмоне; случай окончился смертью больной. В недавно появившейся статье Зороховича (Врач. Дело, 1926), содержащей обзор иностранной литературы по вопросу о поражении центральной нервной системы при сепсисе (не только пуэрперальном), относящиеся сюда сообщения насчитываются лишь единицами. Вот почему мы и решаемся выступить с описанием наших 2 случаев.

Случай I. Больная 19 л., доставлена в клинику в 4 часа утра 7/II 1926 г. в бессознательном состоянии, с кровотечением на V месяце беременности. Т° 37,5°.

пульс удовлетворительного наполнения. По рассказу сопровождавшей ее матери больная 2 дня тому назад побывала у какой-то женщины, которая в целях прерывания беременности ей что-то сделала. В течение первых 2 суток после того М. чувствовала себя удовлетворительно, и только вечером накануне поступления у ней наступили сильные схватки, и она скоро впала в бессознательное состояние. Хотя т° дома не измерялась, но, по рассказу матери, сильных ознобов с жаром там не отмечалось.

Status praesens: больная среднего роста, нормального телосложения и питания, находится в бессознательном состоянии, не отвечает на вопросы, при легком дотрагивании не реагирует, при более сильном раздражении двигает руками и ногами. Зрачки широкие, несколько различные по величине на обоих глазах, не реагируют на свет. Небольшая ригидность мышц конечностей и шеи. Дыхание ровное, глубокое. Пульс нормальный. Симптом Кернига отсутствует. Т° 37,5°. При вливании жидкости в рот больная глотает. Осмотреть полость рта не удается из-за спазма сжатых челюстей. Больная беспокойна, часто мечется в постели. Исследование внутренних органов не открывает ничего ненормального. Гинекологическое исследование: умеренное кровотечение, цервикальный канал раскрыт, в зеве торчит головка плода, вод нет; дно матки стоит на середине расстояния между пупком и лоном. Во время исследования плод выпел из матки, и началось сильное кровотечение. В виду безрезультатности попыток выдавливания послода по *Credé* пришлось прибегнуть к инструментальному удалению его, после чего полость матки промыта горячим раствором йода. Удаленный послед был с гнилостным запахом.

Для консультации в день прибытия к больной были приглашены терапевт и невропатолог. Первый при исследовании внутренних органов ничего особенного не нашел, невропатолог более или менее определенного диагноза также не счел возможным поставить. Решено с дальнейшей терапией выжидать.

В течение следующих суток состояние больной оставалось *in statu quo*. Вечером т° 38°. Анализ мочи особых отклонений от Н не дал. Больная мочится под себя. Стул после клизмы. Утром третьего дня т° 40°, уже с утра стали отмечаться новые мозговые явления: скопленность глазных яблок, искажение черт лица, ригидность затылка. Дыхание стало более тяжелым, пульс—более частым. Со стороны половых органов—по прежнему выделения с запахом. Невропатологом поставлен диагноз энцефалита, и, по его совету, пунктирован спинномозговой канал, выпущена часть liquor'a, и влит раствор уротропина. Одновременно сделан посев крови и спинномозговой жидкости на бульон. Полученная при пункции спинномозговая жидкость мутна, уже при непродолжительном стоянии дает значительный серовато-белый осадок, содержит белок, количество которого не определено за малым количеством жидкости. При микроскопическом исследовании капли жидкости оказалось, что весь препарат усеян лейкоцитами. В мазке, окрашенном по *Gram*'у, никаких бактерий не найдено; в окрашенном препарате по *Giemsa* обнаружены в большом количестве лимфоциты и две эндотелиальные клетки.

После пункции состояние больной продолжало ухудшаться, дыхание сделалось затрудненным, пульс начал падать, и через 20 ч. после пункции больная погибла при явлениях слабости сердечной деятельности и общего сепсиса. Посевы крови и спинномозговой жидкости дали стрептококка.

Вскрытие 12/II: *meningitis et encephalitis purulenta, oedema et cyanosis pulmonum, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatitis et renum, ecchymoses subpleurales, stenosis v. mitralis, dilatatio vesicae urinae, lien septica, endometitis gangraenosa, sepsis*.

Случай II. Больная 22 лет, поступила в клинику на 3-и сутки после родов, бывших дома, с жалобами на повышенную т°, общую слабость, плохое самочувствие. Роды срочные, первые по счету. Послед через 12 час. после рождения ребенка удален рукой участковым врачом; однако уверенности у него в удалении всего послода нет. Исследование *per vaginam*: цервикальный канал раскрыт, и в нем прощупываются куски плацентарной ткани, матка плохо сокращена, своды свободны. Т° 38,5; пульс—120. В виду этого 22/II 26 г. произведено инструментальное удаление остатков плодного яйца с промыванием полости матки горячим раствором йода. Вечером того же дня, при т° 39,7°, сделан посев крови на бульон. Посев оказался стерильным. Лохияльные выделения дали негемолитического стрептококка. Сделанный во второй раз посев также оказался стерильным. В третий раз, за 2 суток до смерти, посев крови оказался загрязненным. Кроме тонизирующих сердечно-сосудистую систему средств—камфоры, кофеина под кожу, вливаний физи-

ологического раствора и пр., больная получала интравенозные вливания колларгола 1% по 10,0, и у нее методически проводилась местная иммунизация по Безредка. Несмотря на то, что повторные исследования лохимальных введений показывали чуть-ли не исчезновение стрептококковой флоры, клиническая картина свидетельствовала об ухудшающемся течении болезни: 1° все время держалась в пределах 39°—40°, пульс был малого наполнения, 130—140 ударов в 1', исследование внутренних органов отмечало расширение границ сердца и шумы, преимущественно на грудине. Накануне 5/III и с утра 6/III больная жаловалась на сильные головные боли. 6/III, после полудня, у нее наступило резкое падение сердечной деятельности, а затем отмечена была гемиплегия всей правой половины тела; потеряна была не только двигательная способность, но и чувствительная; больная перестала говорить, впала в бессознательное состояние. Развилось затруднение при глотании. Диагноз на консультации с невропатологом—септический тромб in capsula interna; прогноз—плохой. В 12 час. ночи с 7/III на 8/III больная скончалась. К сожалению, несмотря на настойчивое требование клиники, вскрытие трупа произведено не было.

7/III, за 8 ч. до смерти, был пунктирован спинномозговой канал, и сделан посев жидкости на бульон. Посев оказался загрязненным. Извлеченная спинномозговая жидкость оказалась бледно-желтого цвета, мутноватой, содержащей следы белка. Под микроскопом в ней найдено значительное содержание лейкоцитов; в препарате, окрашенном по Граму, бактерий не оказалось, в препарате, окрашенном по Giemsa, найдены лимфоциты в большом количестве, в небольшом—нейтрофилы.

Как видно из приведенных историй болезни, в наших случаях первичная локализация была в матке, а затем появлялся очаг в центральной нервной системе. Выше уже было указано, что в литературе подобного рода поражений описано мало. Подобная редкость их теоретически более или менее понятна: в громадном большинстве случаев инфекция, сделавшись общей, дает метастазы в сердце, легкие, откуда уже могут поражаться и другие органы и среди них довольно редко—центральная нервная система. Трудно себе, затем, представить, чтобы инфекция, исходящая из матки, прошла и сердце, и малый круг кровообращения, совершенно не затронув их, как в нашем первом случае, и дала септический метастаз в какой-нибудь орган. Вернее, здесь имело место другое—не метастаз, а бактериемия: кровь, наводненная микробами, прошла через все органы, в частности, через мозг и вызвала заболевание последнего. Почему микробы из крови осели в мозгу, вызвав здесь гнойное воспаление мозговых оболочек, почему как раз оказался пораженным именно мозг, а не что-нибудь другое,—сказать трудно. Вопрос об избирательном отношении микробов к тому или другому органу при нашем современном состоянии знаний не может считаться решенным, ибо он и сейчас дебатруется в новейшей медицинской литературе. Такой же взгляд проводит и Зорохович (Врач. Дело, 1926, № 1). Говоря о поражении центральной нервной системы при сепсисе, он указывает, что здесь бывают 2 симптомокомплекса: 1) симптомокомплекс, вызванный эмболическим процессом, и 2) изолированное заболевание мозговых оболочек. Для первого необходимым условием является эндокардит, для второго симптомокомплекса, встречающегося очень редко, поражения эндокарда не требуется. Наш I случай подходит, таким образом, под 2-й симптомокомплекс, ибо, как выяснилось на вскрытии, здесь наблюдалось исключительное поражение мозговых оболочек без локализации процесса в других органах. Второй же случай, хотя вскрытие произведено не было, подходит под 1-й симптомокомплекс, так как клиническая картина здесь уже с самого начала указывала на поражение сердца.

Исследование наших случаев возбуждает и другой, очень интересный в научном отношении, вопрос. Принято думать, что спинномозговая жидкость находится в организме за надежным барьером, и что инфекция в нее даже при общем сепсисе не проникает, она остается стерильной, если, конечно, нет местного поражения нервной системы. Посев на бульон liquor'a у первой нашей больной дал того же стрептококка, который оказался у нее и в крови; но здесь было гнойное воспаление мозговых оболочек, и в liquor'e возбудитель должен был быть. Посев второго случая оказался загрязненным. Но каково положение вещей в случаях общего сепсиса без локализации в нервной системе? Найдем-ли мы и тогда возбудителя в спинномозговой жидкости? На основании теоретических предположений некоторые авторы полагают, что последняя в таких случаях должна быть стерильна. Бубличенко в своем руководстве о послеродовых заболеваниях в качестве одного из симптомов при дифференциальной диагностике указывает, что при менингите мы возбудителя найдем, при сепсисе—нет. Нам думается, однако, что такое утверждение, построенное на основании одних лишь теоретических соображений, вряд-ли особенно доказательно. Если в начале септического заболевания и можно допустить стерильность liquor'a, то в случаях тяжелого сепсиса или в состоянии близком к агоническому, когда все преграды на пути инфекции уже преодолены, и все ткани и жидкости организма наводнены микробами, их, надо думать, можно найти и в спинномозговой жидкости. Соответствующие единичные наблюдения указаны в цитированной выше статье З о р о х о в и ч а. Приводимые им некоторые авторы выращивали из liquor'a стрептококка, именно, *streptococcus viridans*, специфичность которого, как возбудителя сепсиса, однако, многими оспаривается, так как он получался и из воздуха, и из крови людей, не болевших сепсисом. Единственно доказательным случаем представляется описанный Loewenhardt'ом случай менингита при *endocarditis lenta*, когда негемолитический стрептококк получился и из liquor'a. Он же был найден и в крови. Однако в случае этом не указано, когда и при каком состоянии больного была сделана пункция.

Для проверки нашего взгляда мы провели 2 следующих опыта. У двух поступивших из деревни септических родильниц, у которых и кровь, и мазки лохимальных выделений обнаружили наличность гемолитического стрептококка, и состояние которых с момента поступления было очень тяжелым, но у которых местного поражения центральной нервной системы не было, была сделана спинномозговая пункция. В обоих случаях liquor оказался совершенно прозрачным, а в одном случае даже после долгого центрифугирования осадка не получилось. У первой больной сделанный за 2 суток до смерти посев liquor'a оказался стерильным, у второй посев, сделанный за 20 часов, дал того же возбудителя, который был найден у нее и в крови. Обе больные очень быстро погибли,—одна на 7-й день после родов, другая—на 4-й.

Эти два случая подтверждают высказанную нами выше мысль. Правда, делать какие-либо решительные выводы всего из двух случаев не представляется возможным, но нам думается, что и на основании имеющегося в нашем распоряжении материала можно предполагать что liquor cerebri spinalis не находится в организме за таким надежным барьером, который предохраняет его всегда от проникновения микробов,

и что в случаях тяжелого сепсиса возбудитель последнего в спинномозговой жидкости может быть найден.

D-r S. Kissin. Zur Erkrankung des centralen Nervensystems bei Sepsis puerperalis.

Die Erkrankung des centralen Nervensystems als Complication bei Sepsis puerperalis ist eine seltene Erscheinung. Der Verfasser beschreibt seine 2 Fälle, von denen einer einen septischen Embolus im Mark, der andere eine isolierte Meningitis purulenta darstellte. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt der Autor zum Schlusse, dass in Fällen von schwerer Sepsis oder im agonischen Zustande der Kranken der Erreger im Liquor cerebro-spinalis anzutreffen ist.

Гэмограмма Schilling'a-Arneth'a в гинекологической практике.

Д-ра Д. Д. Трубицына.

В последнее время много внимания уделялось изучению гэмограммы Schilling'a и Arneth'a со стороны ее диагностическо-прогностического значения. Сам Schilling и его сторонники до сих пор горячо защищают громадное значение гэмограммы с ее „сдвигом влево регенеративного и дегенеративного характера“ для целого ряда заболеваний, кроме специальных болезней крови. Другие авторы по этому вопросу придерживаются более умеренного и даже противоположного взгляда.

Моеves, придавая большое значение исследованию картины крови у раковых больных, на основании своих наблюдений видит в лимфопении диагностический симптом рака, в особенности при дифференциации рака от achylia gastrica, при которой он гораздо чаще находил лимфоцитоз. При этом на основании существования лимфопении при отсутствии метастатического поражения лимфатических желез Моеves предполагает, что раковые токсины препятствуют образованию лимфоцитов и разрушают их.

Hirschfeld, однако, уменьшение числа лимфоцитов при раке объясняет известным фактом существования у раковых больных нейтрофильного лейкоцитоза, вследствие чего лимфоциты представляются уменьшенными в числе относительно нейтрофилов. На основании своих исследований этот автор, а также Weinberg и др.—считают диагностику рака на основании лейкоцитарной формулы весьма шаткой.

Наши наблюдения над гэмограммой Schilling'a у женщин, страдающих раком шейки матки*), привели к следующим итогам:

Из 47 случаев операбельного рака половых органов в 28 случаях лейкоцитарная формула представляла незначительные отклонения от нормы; из 19 остальных случаев в 7 наблюдался ясный лимфоцитоз с увеличенным числом мононуклеаров при эозинофилии средней степени, а в 12 случаях—нейтрофилез, при котором в 8 случаях имела место ясно выраженная лимфопения и в 10—умеренный, но стойкий сдвиг до юных форм, с большими колебаниями палочкообразных.

На 35 случаев тяжелых неоперабельных раков маточной шейки в 14 лейкоцитарная формула не представляла никаких уклонений, кроме эозинопении, в 7 был лимфоцитоз—с эозинопенией в 3 случаях и эозино-

*) Исследование производилось по предложенной Schilling'ом дифференциальной таблице. Окраска по Giemsa, Jenner'y, Ehrlich'y, May-Grünwald, Макарову и др.

филией—в 4, в остальных же 14 случаях наблюдался ясно выраженный нейтрофилез с различной силы „сдвигом влево“ регенеративного и дегенеративного характера и полной эозинопенией—у 6 больных и нормальным числом эозинофилов—у 7.

Таким образом при раке маточной шейки лейкоцитарная формула дает довольно разнообразные колебания при одинаковых клинических данных, независимо от осложнений, метастазов и тяжести случая, и это не позволяет установить каких-либо определенных, специфических для злокачественных новообразований особенностей формулы.

Эффективного действия токсинов рака на лейкоцитарные формы нам подметить не удалось. В смысле прогностического значения гемограммы мы также не нашли в ней определенного и безусловно неоспоримого критерия. и большое место здесь приходится уделять индивидуальной стойкости организма в борьбе с болезнетворным агентом, независимо от анатомических границ поражения и силы процесса.

В последнее время в литературе встречаются работы, имеющие своей целью проверку послеоперационного лейкоцитоза и, в частности, отклонений в гемограмме Schilling'a. Так, работами Stahl'я (1921), Stein'a (1922), Schönbauer'a и Eichelter'a (1924), Scott'a (1922) и др. установлен закономерный послеоперационный лейкоцитоз нейтрофильного характера со „сдвигом влево“ и ясно выраженной лимфо-эозинопенией. Этот послеоперационный лейкоцитоз Stahl, на основании экспериментальных работ, объясняет парентеральным всасыванием белков, а эозинопению—неизбежной при операции инфекцией невинного характера. Schönbauer и Eichelter придают большое значение морфологическим изменениям картины крови, как индикатору приближающегося сепсиса.

Наши наблюдения над гемограммой Schilling'a в послеоперационном периоде касались 168 больных, подвергавшихся операции под общим хлороформно-эфирным наркозом—в 140 случаях *per abdomen* и в 28 случаях *per vaginam*. При этом выяснилось, что в случаях операций, продолжавшихся меньше часа, бывшая перед операцией нормальная картина крови в течение 24—48 часов после операции в большинстве случаев обнаруживала общий лейкоцитоз с общей нейтрофилией, незначительным увеличением юных и палочкообразных форм, незначительной эозинофилией и умеренной лимфопенией. Если, затем, не наступало никакого осложнения, и течение в дальнейшем шло благоприятно,—эти изменения исчезали через 24—48 часов. При появлении осложнения указанные изменения держались более долгое время, „сдвиг влево“ усиливался—главным образом в виде „гипорегенеративного“ сдвига по Schilling'у. Точно также после более сложных и продолжительных операций (длительностью более 2 часов) в 54% случаев наблюдался нейтрофилез с ясно выраженным сдвигом влево средней степени и лимфопенией, в остальных же 46% случаев особенно выраженного сдвига не наблюдалось, а он выступал только при наличии осложнений; не наблюдалось здесь и ясно выраженного нейтрофилеза и эозинопенией.

Таким образом, хотя на основании этих данных и нельзя вывести какого-либо строго определенного закона относительно послеоперационных изменений крови, но все же нельзя отказать формуле в некотором прогностическом значении, как показателю имеющегося осложнения. При

этом особенное значение имеет лейкоцитарный индекс, значение которого не уступает значению „сдвига влево“, если даже не больше его.

Исследование 60 случаев неполных несеptических абортов дало в общем лишь незначительные отклонения состава крови от нормальных границ—в 42⁰/₆ в сторону лимфоцитоза и в 48⁰/₆—в сторону нейтрофилии с эозинопенией. Что касается сдвига влево, то он наблюдался в умеренной степени в 36⁰/₆ всех этих случаев, причем степень его можно поставить в связь с продолжительностью кровотечения и количеством потерянной крови. После производства выскабливания и прекращения кровотечения все отклонения исчезли через индивидуально различные сроки, и восстановились нормальные соотношения.

Аналогичные соотношения наблюдались нами в 28 случаях внематочной беременности.

При исследовании гемограммы Schilling'a у 98 здоровых беременных женщин до 3 мес. беременности (перво-и повторнoбеременных) в 70⁰/₆ случаев получился незначительный нейтрофидез с небольшим увеличением палочкообразных и юных форм, число же лимфо-и моноцитов в большинстве случаев было в пределах нормы с небольшой тенденцией к понижению; в 40⁰/₆ случаев данной группы имелаcя эозинопения, а в 60⁰/₆—нормальное число эозинофилов.

Из этого числа беременных женщин 72 подвергались искусственному аборту по социальным показаниям, причем у них были произведены повторные исследования гемограммы через несколько часов после аборта, затем на второй, третий, четвертый и седьмой дни после него. В большинстве случаев, как это было после легких операций, при внематочной беременности и при неинфицированных спонтанных абортах, здесь наблюдалось в первые 1—3 дня увеличение нейтрофилов с незначительным повышением числа юных и палочкообразных форм, при соответствующем уменьшении числа лимфоцитов; число же эозинофилов, по сравнению с доабортным, в 55⁰/₆ случаев было повышено до высшей нормальной границы, а в 45⁰/₆ случаев—оставалось без изменений. Таким образом наши выводы несколько расходятся в этом случае с данными Цанова, который в своей работе проводит теорию гравидарной ваготонии и послеабортной эозинофилии, как выражения последующей симпатикотонии.

Касаясь вопроса о влиянии инфекции—как местной, так и общей—на морфологическую картину крови, Philipp выводит общее правило, по которому местная инфекция без проникновения возбудителя болезни в кровяное русло дает морфологические изменения картины крови в гораздо меньшей степени, чем общая инфекция с проникновением его в круг кровообращения. С точки зрения этого автора вирулентные возбудители соответственно их более долгому пребыванию в крови вызывают и более стойкие изменения морфологической картины последней. Таким образом он находит возможным рассматривать гемограмму в смысле диагностического метода, указывающего на септический характер заболевания, и прогностического,—определяющего тяжесть и исход последнего. При этом Schilling, Philipp и др. авторы придают большое значение в прогностическом смысле следующим моментам: тому, остается ли кривая юных нейтрофилов на одном уровне, или же она испытывает на пути падения к норме новый подъем, что служит признаком ухудшения процесса, причем это ухудшение представляется тем более грозным, чем

медленнее кривая юных форм держится на высоком пункте, или чем чаще она испытывает повышения, и чем ниже одновременно лежат кривые лимфоцитов и моноцитов с параллельным исчезновением эозинофилов.

Высокое клиническое значение в подобных случаях „сдвига влево“ подчеркивают также, на основании своих работ, Oskel, Stahl, Wollenberg и Hauer. Krebs же, полемизирующий по этому вопросу с Oskel'em, не оспаривая в принципе указанного значения сдвига влево, подчеркивает его ограниченность. Сдвиг влево этот автор считает индивидуальной, преходящей формой реакции, так как он выступает не во всех самых тяжелых заболеваниях, где, по его мнению, большее значение имеет лейкоцитарный индекс, чем сдвиг влево. При этом Krebs подчеркивает, что в отдельных случаях и тот, и другой могут оказаться малоценными.

Изучая лейкоцитарную формулу в 154 случаях воспалительных заболеваний матки и ее придатков, мы получали в острых случаях, в 64%, независимо от характера возбудителя болезни, преимущественно нейтрофильный лейкоцитоз с различной степени сдвигом влево. Лимфопения и моноцитопения выражались при этом соответственно увеличению нейтрофилов. Кривая эозинофилов колебалась в широких, индивидуально различных границах, не достигавших никогда резких степеней эозинопении. В хронических случаях тех же заболеваний нами в 33% наблюдались подобные же соотношения, а в остальных 67%—нормальная картина. Что касается септических случаев, то на нашем материале мы имели возможность проследить резкое изменение формулы с наличием сдвига влево дегенеративного и регенеративного характера, с резким— в некоторых случаях—падением лимфоцитов и эозинофилов и с указанными Philip'ом колебаниями кривой юных форм.

Все же при строго-объективной оценке полученных нами данных гемограммы рассматривать ее, как твердый критерий для постановки точного прогноза, не всегда представлялось возможным. В некоторых случаях лейкоцитарная формула не соответствовала ходу процесса и последующему исходу. Картина дегенеративного и регенеративного сдвига, при общей оценке нашего материала, часто не соответствовала указаниям Schilling'a, и в подобных случаях преимущество приходилось отдавать лейкоцитарному индексу.

Вообще интересные с биологической точки зрения явления сдвига нейтрофильных клеток не дают опоры для диагноза,—будучи одной из реакций организма на воздействие болезнетворных агентов различной натуры, они служат показателем не вида этих агентов, а, до известной степени, их силы. Что же касается прогноза, то здесь значение сдвига является ограниченным благодаря лабильности индивидуальной стойкости организма в борьбе с инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Arneth. Die qualitative Blutlehre. Leipzig, 1920.—2) Schilling. D. m. W., 1921, № 27; 1922, № 23.—3) Schüssler. Jahrb. f. Kinderh., 1924, 104, 3.—4) Ockel. Ibid., 74, 2—3; Zeit. f. kl. Med., 1923, 97, ³/₄; Klin. Woch., 1924, № 11.—5) Brandenburg. Med. Kl., 1924, №№ 1, 13.—6) Krebs. Kl. W., 1924, № 11.—7) Stahl. D. m. W., 1921, № 51.—8) Philipp u. Tuss. Zentr. f. Gyn., 1924, 41.—9) Schönbauer u. Eichelster. Wien. kl. W., 1924, № 16.—10) Stein. Wien. kl. W., 1922, № 23.—11) Цанов. Журн. Акуш. и Ж. Бол., 1924.
-

D-r D. D. Trubizin (Moskau). Das Haemogramm von Schilling-Arneth in der gynaekologischen Praxis.

Der Autor untersuchte die Leukozytärformel nach Schilling-Arneth in 47 Fällen von operablem Krebs der weiblichen Genitalien, in 35 Fällen von inoperablem Cancer colli uteri, bei 168 aus verschiedenen Gründen operierten Kranken, in 60 Fällen von nicht septischem Abort, in 28 Fällen von extrauteriner Schwangerschaft, bei 98 gesunden Schwangeren und in 154 Fällen von entzündlichen Krankheiten der Gebärmutter und ihrer Adnexe. Diese Untersuchungen führten D-r T. zu der Ueberzeugung, dass die vom biologischen Standpunkte aus interessante Erscheinungen der Verschiebung der neutrophilen Zellen für die Diagnose keine Stütze geben, da sie nur eine der allgemeinen Reaktionen des Organismus auf die Einwirkung der Krankheitsfaktoren verschiedener Natur sind; sie zeigen nicht die Art dieser Faktoren an, sondern bis zu einem gewissen Grade ihre Intensität. Was die Prognose anbelangt, so erscheint hier die Bedeutung der Leukozytenverschiebung eingeschränkt infolge der Labilität der individuellen Resistenz des Organismus im Kampfe gegen die Infektion.

Из Краевого Микробиологического Института и Кафедры Микробиологии Казанского Университета (директор проф. В. М. Аристовский) и из Инфекционной Клиники Гос. Института для усов. врачей (зав. проф. С. С. Зимницкий).

О сывороточном лечении скарлатины *).

Д-ра А. Ф. Агафонова.

В связи с работами последних лет об этиологии скарлатины снова остро встал вопрос о специфическом сывороточном лечении этой болезни. То, что вопрос этот является в высокой степени актуальным, вполне понятно, если принять во внимание тяжесть инфекции, многочисленные осложнения при ней, высокий % смертности и, подчас, полное бессилие врачей в борьбе со скарлатиной.

Наше современное представление об этиологии скарлатины облекается со взглядами, господствовавшими около 30 лет тому назад. Тогда же целым рядом лиц (Marmorek, Aronson, Moser) были предложены, для лечения этой болезни, антистрептококковые сыворотки, из которых наибольшее распространение получила сыворотка Moser'a. Я не буду вдаваться в исторический обзор и оценку лечебного действия этой сыворотки, замечу только, что впоследствии большинство врачей от нее совершенно отказалось, и лишь у нас, в Австрии и отчасти в Германии она до самого последнего времени продолжала находить применение.

Неодинаковый результат, полученный при ее применении объясняется, возможно, тем, что Moser стремился получить бактерицидную сыворотку путем иммунизации лошадей бульонными культурами стрептококков, выделенных от скарлатинозных больных, а действовала она, как показали многочисленные клинические наблюдения, главным образом, как антитоксическая сыворотка. Таким образом, по всей вероятности, центр тяжести должен лежать не в бактерицидности сыворотки, а в ее богатстве антитоксином. За это определенно говорят твердо установленные данные американских исследователей. Поэтому-то метод Moser'a и нельзя признать удачным. Кроме того до последних работ Dick'ов не был с точностью установлен факт продукции гемолитическим стрептококком токсина *in vitro*, а, следовательно, не было возможности иммунизации чистым токсином для получения мощной антитоксической сыворотки. Не совершенством метода можно объяснить общеизвестный факт значительного колебания лечебной силы различных серий сыворотки Moser'a, а отсюда и противоречивые результаты ее лечебного действия. Не было надежного способа стандартизации сыворотки для определения ее силы, приходилось идти в слепую при ее применении.

Уже Bergé высказал предположение о токсигенности стрептококка и об обусловленной именно им интоксикации при скарлатине, а проф.

*) Доложено 3/VI т. г. в О-ве Врачей при Казанском Университете.

И. Г. Савченко, в 1905 г. доказал опытами на лошадях наличие специфичного стрептококкового токсина в сывороточном бульоне, после 4-дневного выращивания в нем штаммов скарлатинозных стрептококков. Далее он видоизменил метод иммунизации лошадей с целью получения наиболее деятельной антитоксической сыворотки. После длительной иммунизации им была получена сыворотка, которая, как это видно из работ проф. В. К. Меншикова, давала значительно лучший эффект, чем оригинальная сыворотка Moser'a. К сожалению, то новое, что дали исследования проф. Савченко, видимо, не было в достаточной мере оценено, и в остальных институтах удержался оригинальный метод Moser'a.

Необходимо также отметить, что проф. В. М. Здравомыслов в 1912 г., исходя из положения, что гемолитический стрептококк выделяет истинный токсин, вел иммунизацию лошадей не только живой разводкой, но и фильтратом культур стрептококка, и получил деятельную антитоксическую сыворотку.

Следующий этапом специфической сывороточной терапии скарлатины было лечение сывороткой скарлатинозных реконвалесцентов. В 1912 г. Reiss и Jungmann развили мысль Weissbecker'a и предложили лечить тяжелые токсические случаи скарлатины сывороткой выздоровевших от нее лиц. Они вводили такую сыворотку, в зависимости от тяжести заболевания, в дозах от 40 до 100 к. с. внутривенно в первые дни болезни и в большинстве случаев наблюдали очень хороший лечебный эффект: через 9—14 часов после инъекции наступало почти критическое падение t^0 , значительное и стойкое улучшение общего состояния, резкое улучшение пульса и дыхания, побледнение сыпи. На осложнения сыворотка влияния не оказывала. Ряд клиницистов, главным образом немецких (Gläser, R. Koch, Krause, Schultz и др.), высказывается о благотворном влиянии сыворотки,—одни более сдержанно, другие восторженно.

В 1924 г. Doschez и Dick'i предложили антитоксическую скарлатинозную сыворотку, привлекая к своим работам всеобщее внимание врачебного мира. Идея получения лечебной скарлатинозной сыворотки у Doschez и Dick'ов одна и та же, именно, получение антитоксической сыворотки путем иммунизации лошадей токсином гемолитического скарлатинозного стрептококка; но метод получения у них совершенно различный: Doschez вводит под кожу лошади расплавленный агар и затем в толщу застывшего агара—культуры гемолитических стрептококков, выделенных от скарлатинозных больных; этим он преследует цель постепенной иммунизации лошади токсином, причем агаровая питательная среда защищает стрептококков от гибели под влиянием соков организма лошади, а последнюю—от общего заражения. Метод Dick'ов другой: при нем иммунизация ведется так же, как при получении дифтерийной сыворотки, т. е. лошади вводятся подкожно повышающиеся дозы стерильного токсина гемолитического скарлатинозного стрептококка, причем выбираются штаммы наиболее токсигенные. Для иммунизации тем или другим методом необходим продолжительный срок—несколько месяцев (по Doschez и Park'у—от 6 до 9 месяцев). Само собой понятно, что для получения наиболее деятельной сыворотки, богатой антитоксином, метод иммунизации играет чрезвычайно важную роль. В этом

вопросе впрочем далеко еще нет единства взглядов, и методика иммунизации находится еще в стадии разработки. Остается также открытым вопрос, достаточно ли иммунизировать одним стрептококковым токсином, или же необходима иммунизация и телами стрептококков для получения лечебной сыворотки. В Казанском Микробиологическом Институте, по указанию проф. В. М. Аристовского, применяется оригинальная методика, о которой имеет сообщить в печати д-р Н. Н. Благовещенский.

Чтобы судить о количестве антитоксина в антискарлатинозной сыворотке, мы не имеем, к сожалению, надежного и простого способа. Для целей стандартизации сыворотки непригодны лабораторные животные из-за их нечувствительности к стрептококковому токсину. Поэтому такой прекрасный и простой способ, как определение антитоксина дифтерийной сыворотки на морских свинках, неприменим к стрептококковому анти毒素у. Титровать сыворотку возможно только на людях. Для этого предложено два способа. Один из них—это наблюдение над феноменом побледнения скарлатинозной сыпи (феномен *Schultz-Clarton'a*) под влиянием внутрикожного введения разведенной физиологическим раствором поваренной соли антитоксической сыворотки. Способность сыворотки в больших разведениях давать указанный феномен свидетельствует о богатстве содержания в ней антитоксина. Нужно, однако, оговориться, что причину самого феномена нельзя считать окончательно выясненной. Сыворотка *Doschez*, по *Friedemann'u*, дает феномен погашения даже в разведении 1:1000, а по другим авторам—даже в разведении в несколько тысяч раз. Другой, более точный метод, предложенный *Dick's*ами, основан на нейтрализации токсина антитоксином. Для опыта выбираются лица с резко-положительной реакцией *Dick's*а, но не обладающие чувствительностью к белку, т. е. не дающие псевдореакции. Берется заранее уже проверенный токсин в таком разведении, чтобы в 1,0 к. с. разведенного токсина содержалось 100 кожных доз, затем готовится ряд разведений испытуемой лечебной сыворотки. Разведенные таким образом токсин и сыворотка смешиваются в равных количествах по 2,0 к. с. и ставятся в термостат на 1 час. Для контроля служит один токсин в том же разведении с добавлением лишь равного количества физиологического раствора и другой контроль—разведенная сыворотка+физиологический раствор. Далее с указанными смесями ставят кожные пробы. Если в испытуемой сыворотке содержится в достаточном количестве антитоксин, то он надело свяжет токсин, и кожной реакции на месте инъекции смеси не произойдет, тогда как контроль с одним разведенным токсином даст резкую местную реакцию. Отсюда понятно, что легко можно найти максимальное разведение сыворотки для нейтрализации определенного, строго высчитанного количества токсина и таким путем определить силу сыворотки, стандартизировать ее. *Dick's*и считают, что 1,000 кожных доз токсина способны вызвать у лиц, не обладающих иммунитетом к скарлатине, скарлатиноподобные симптомы—сыпь, лихорадку, разбитость. 20-кратное количество антитоксина, нейтрализующее указанную дозу токсина, *Dick's*и принимают за терапевтическую единицу сыворотки. Вывод этот основан на многочисленных клинических наблюдениях со скарлатинозной сывороткой. *Park* предложил считать за одну единицу антитоксина то количество его, которое нейтра-

лизует 100 кожных доз токсина. Таким образом, исходя из расчета Dick'ов, указанная выше терапевтическая единица сыворотки должна содержать 200 единиц антитоксина по Park'y. В очень тяжелых случаях и не в первые два дня болезни американскими авторами предложено применять двойную дозу сыворотки.

В американской литературе имеется уже ряд сообщений о довольно значительном числе наблюдений над применением антитоксической скарлатинозной сыворотки. Так, Dick'и опубликовали результаты сывороточного лечения 135 скарлатинозных больных. Авторы указывают, что при применении сыворотки в первые два дня высыпания они получили блестящие результаты, неудачи же наблюдались ими только при очень позднем применении сыворотки. Сывороточное лечение позволяет, по их наблюдениям, обнаружить скрыто протекающие осложнения, главным образом синусные поражения, ибо только при наличии таких осложнений t^0 не падает до нормы в ближайшие дни. Dick'и отмечают значительное уменьшение числа и тяжести осложнений у леченных сывороткой по сравнению с нелеченными.

К таким же благоприятным результатам приходит Park на материале в 260 скарлатинозных случаев, леченных сывороткой Doschez и сывороткой, приготовленной по методу Dick'ов. Лишь в небольшом % случаев, несмотря на раннее применение сыворотки, она не оказала терапевтического эффекта. Park склонен объяснять это обстоятельство либо тем, что случаи эти—не скарлатинозные, а лишь скарлатиноподобные септические заболевания, либо—что стрептококки этих больных вырабатывали другой токсин, не нейтрализующийся примененным им антитоксином. Фактических доказательств в пользу своего предположения он не приводит. Нужно отметить, что Park пользовался сыворотками, 1,0 к. с. которых нейтрализовал от 5,000 до 15,000 кожных доз.

Об очень хорошем результате лечения сывороткой Doschez сообщают также Friedemann (правда, на небольшом материале), Gardner Roob, Graham. Park и Williams приготовили сыворотку „двойного действия“, т. е. антитоксическую и вместе с тем антибактериальную, о хорошем результате применения которой сообщают Ferri, Pryer и Fisher.

Перейдем теперь к нашим собственным наблюдениям. С целью определения и сравнения лечебного эффекта мы применяли как сыворотку реконвалесцентов, так и антитоксические скарлатинозные сыворотки различных серий и различных институтов. Наши наблюдения с сывороткой реконвалесцентов многочисленны, но мы все же считаем нелишним сказать несколько слов о наших наблюдениях над лечебными и превентивными свойствами этой сыворотки, так как этому вопросу в русской литературе было уделено мало внимания.

Сыворотка реконвалесцентов была применена нами в 9 случаях тяжелой гипертоксической скарлатины. В 3 из них сыворотка была введена на 2—4-й день болезни в количестве от 30,0—40,0 к. с. внутримышечно. За введением сыворотки наступило заметное улучшение, сказавшееся в понижении t^0 , побледнении сыпи и, главным образом, в улучшении общего состояния,—купировании явлений интоксикации и улучшении сердечной деятельности. В 2 других случаях, где сыворотка вводилась приблизительно в том же количестве, но позднее,—на 4—5-й

день болезни,—вслед за кратковременным улучшением (понижение t^0 на $1,5^0$, улучшение общего состояния и пульса), последовало в дальнейшем ухудшение и целый ряд осложнений, частью септического характера. Остальные 4 случая относятся к наиболее тяжелым (гипертоксическая скарлатина). Сыворотка, за отсутствием ее в должном количестве, вводилась только в дозе около 20,0 к. с. и, как и следовало ожидать, никакого результата не оказала,—все больные этой группы погибли в течение первых суток пребывания в больнице.

Надо еще заметить, что даже в случаях с хорошим лечебным эффектом сыворотка реконвалесцентов не оказывала влияния на некротический процесс зева и не мешала наступлению ряда осложнений. На основании литературных данных и того впечатления, которое осталось от нашего собственного опыта, мы пришли к заключению, что, несомненно, сыворотка скарлатинозных реконвалесцентов обладает лечебным действием, но должна применяться в больших дозах, чем применяли мы. Круг ее применения, далее, не может не быть крайне ограничен (трудность получения больших количеств крови от выздоравливающих), и поэтому практического значения она не имеет. Более целесообразно применение ее с профилактической целью, что и было предложено Degkwitz'em в 1919 году. Наши наблюдения, проведенные в Детской клинике Казанского Университета, подтверждают ее профилактическую ценность, о чем нами было доложено на I Поволжском Съезде врачей.

При изучении лечебного действия антитоксических сывороток, полученных иммунизацией лошадей стрептококковым токсином и приготовленных в различных институтах, мы в общем вынесли такое впечатление, что терапевтический эффект этих сывороток резко меняется в зависимости, по видимому, от способа приготовления сыворотки—способа иммунизации и тесно связанного с ним содержания в сыворотке антитоксина. В нашем распоряжении были некоторые сыворотки, несомненно, обладавшие ясным терапевтическим действием, и мы склонны думать, что этот эффект зависит всецело от количества антитоксинов. К сожалению, у нас до сих пор антискарлатинозные сыворотки не стандартизируются. Между тем при стандартизации, быть может, можно было-бы более категорично высказаться о зависимости лечебного эффекта от нейтрализующей стрептококковый токсин способности сыворотки.

Благодаря тому, что мы, наблюдая действие различных серий сыворотки, находились в постоянном контакте с Казанским Микробиологическим Институтом и знали происхождение каждой серии, бывшей в нашем распоряжении, мы могли наблюдать, как в зависимости от интенсивности иммунизации одной и той же лошади изменялись и лечебные свойства сыворотки.

Антитоксические скарлатинозные сыворотки были применены нами в 38 случаях скарлатины различной тяжести. При этом 1-я серия, Казанского Микробиологического Института, 1925 года, абсолютно нас не удовлетворила, и эти случаи не вошли в указанное число наблюдений. 2-я серия того же года, примененная у 9 скарлатинозных больных, также оказалась не обладающею достаточным лечебным действием, хотя можно было уже отметить некоторое влияние ее на t^0 , сыпь и общее состояние больных. 3-я серия оказалась наиболее мощной из всех имевшихся в нашем распоряжении и дала очень хорошие результаты. Эти

факты убедили нас, во-первых, в том, что по мере иммунизации лошади возрастает лечебное свойство сыворотки, во-вторых, что, несомненно, путем длительной и интенсивной иммунизации можно получить сыворотки мощные по своему лечебному действию. Сыворотка серии № 3 или, вернее, 1-й серии 1926 г. была нами вытитрована по двум вышеуказанным методам. Феномен погашения Schultz-Charlton'a она давала в разведении 1:900, а быть может и более значительном, тогда как серия 1-я 1925 г. давала слабый феномен, и то лишь в неразведенном виде, а серия 2-я 1925 г. давала заметный феномен, но в небольших разведениях.

Кроме титрования по феномену погашения, который является не точным методом, мы применили и более точный, с нейтрализацией токсина, причем нашли, что в 10,0 к. с. сыворотки серии 1-й 1926 г. содержится 30 единиц антитоксина по Рагk'у; другими словами, одной терапевтической дозой является 60,0—70,0 к. с. этой сыворотки. Сыворотка эта была применена нами в 18 случаях скарлатины. Вводилась она внутримышечно, или внутривенно и внутримышечно, в дозе от 40,0 до 185,0 к. с.—в зависимости от тяжести и дня болезни. По тяжести заболевания, как это видно из таблицы № 1, случаи, где была применена эта сыворотка, могут быть разделены на следующие группы: 9 легких случаев, 6—средней тяжести и 3—тяжелых. По результатам действия мы разбили наши случаи также на 3 группы: с резким улучшением, просто с улучшением и с неопределенным результатом или без результата.

ТАБЛИЦА № 1.

Форма скарл.	Число случаев	Дни болезни	Количество сыворотки	Результаты:		
				Резкое ул.	Улучш.	Без рез.
Легкая	9	1—4	40—100,0	4	4	1
Средн. тяжести . .	6	3—4	50—150,0	3	3	—
Тяжелая	3	2—4	90—185,0	2	—	1
ВСЕГО . .	18	—	—	9(50%)	7(38,9%)	2(11,1%)

В случаях первой группы вслед за введением сыворотки мы наблюдали критическое падение t^0 в течение 12—18 часов, бросавшееся в глаза резкое побледнение сыпи, заметное уже через 7—8 часов, иногда полное исчезновение сыпи в первые же 24 часа после вливания сыворотки, значительное улучшение общего состояния, купирование явлений интоксикации, резкое улучшение пульса и деятельности сердца; в дальнейшем у больных этой группы шелушение оказывалось выраженным слабее обычного, а иногда почти совершенно отсутствовало. За недостатком места я не могу привести всех историй болезни данной группы, но, как пример, кратко приведу одну историю.

Ф. С., 16 лет, поступила 13/IV на второй день заболевания тяжелой скарлатиной. Обильная, резко выраженная скарлатинозная сыпь с цианотическим

оттенком; пульс 146, мягкий; границы сердца N, тоны глуховаты; конъюнктивы склер резко гиперемизированы, язык обложен; гиперемия зева, лакунарная ангина, полубредовое состояние: t° 40,3°. В 5 ч. веч. в тот же день введено 10,0 к. с. сыворотки внутривенно и 90,0 к. с. внутримышечно. Через 7 часов после вливания сыворотки сыпь заметно побледнела, сознание прояснилось, t° упала. 14/IV (на следующий день), через 17 часов после инъекции сыворотки, t° понизилась до 37,1° (т. е. произошло критическое падение ее на 3,2°), пульс 84, хорошего наполнения, сыпь резко побледнела, в зеве лишь следы гиперемии, налеты почти совершенно исчезли. В дальнейшем полное выздоровление без осложнений. Небольшое шелушение.

Во вторую группу вошли те случаи, где вслед за быстрым падением t° под влиянием сыворотки в дальнейшем наступали вечерние повышения, и t° падала до нормы в течение нескольких дней. Остальные явления улучшения были выражены также не в столь яркой форме, как в первых случаях. Сюда же отнесены нами и те случаи, где к моменту сывороточного лечения уже имелись налицо осложнения, — чаще всего адениты и отиты (последние, несмотря на общее улучшение состояния больного после применения сыворотки, развивались обычным путем). Пример:

В. Д., 6 лет, поступила 26/III 1926 г., на третий день заболевания. Характерная свежая скарлатинозная сыпь, резко заметная на ногах и нижней части живота. Лимфатические железы переднешейного треугольника увеличены и болезненны. Границы сердца N, тоны чисты, пульс частый, но хорошего наполнения. Резкая гиперемия и отечность язычка и дужек, на увеличенных, гиперемизированных миндалинах лакунарные, рыхлые, серовато-желтые налеты. t° 38,7°. В день поступления, в 6 ч. веч., введено 10,0 сыворотки внутривенно и 90,0 внутримышечно. На другой день, 27/III, через 12 часов после вливания сыворотки t° 36,9°, сыпь исчезла, оставшись лишь на внутренней поверхности бедер, язык очистился, на миндалинах остался поверхностный мутноватый налет. В дальнейшем t° колебалась от 37,3° до 38,6°, что объяснялось наличием аденита и левостороннего отита. Потом полное выздоровление.

Как в той, так и в другой группе влияние на поражение зева, не говоря уже о некротической ангине, было неособенно заметно, хотя в некоторых случаях отмечалось резкое побледнение зева и быстрое исчезновение налетов. Следя в дальнейшем за течением болезни, мы могли из осложнений отметить в первой группе лишь в одном случае аденит, во второй группе — в одном случае нефрит и в 3 — otitis m. purulenta, к которому в 1 случае присоединился мастоидит. Не располагая большим числом наблюдений, мы воздерживаемся пока от статистических сравнений частоты осложнений в случаях, леченных и не леченных сывороткой.

Сывороточные явления мы наблюдали в 5 случаях, — в одном у лица, которое раньше уже подвергалось сывороточному лечению по поводу дифтерии, причем наступила ускоренная реакция; в четырех других сывороточная болезнь протекала легко.

Что касается третьей группы, то сюда вошли следующие два случая:

И. Больная В. Ч., 20 лет, поступила 31/III 26 г. на второй день высыпания. Необильная скарлатинозная сыпь по преимуществу петехиального характера, цианотичная; границы сердца расширены, тоны глухие, пульс плохого наполнения, 136 в минуту, селезенка несколько увеличена, язык обложен, резкая гиперемия язычка и миндалин, общее состояние крайне тяжелое, повторная рвота, понос; t° 40,1°. В 7 ч. веч. в день поступления введено 20,0 сыворотки внутривенно и 65,0 внутримышечно. 1/IV, через 10 ч. после вливания, t° 37,4°, общая эритематозная краснота кожи исчезла, осталась лишь петехиальная сыпь; общее состояние изменилось мало; цианоз; рвота и понос продолжаются; границы сердца те же.

тоны глухие, пульс слабого наполнения; в зеве отечность несколько меньше; в 11 ч. дня сильный озноб и повышение t^0 до $39,8^0$, в 9 ч. веч. вторично введено 30,0 сыворотки внутривенно и 70,0 внутримышечно. 2/IV, через 8 ч. после вторичного вливания сыворотки, t^0 $37,6^0$, петехиальная сыпь стала резко отцветающей, границы сердца несколько сократились, тоны яснее, пульс сравнительно лучше, общее состояние улучшилось, полное сознание, рвоты нет. 3/IV с 10 ч. утра быстро наступившее падение кровяного давления, упадок сердечной деятельности; в 2 ч. дня exitus. На вскрытии status thymicus, тяжелое крупозное воспаление слизистой трахеи вплоть до разветвления бронхов, паренхиматозное перерождение печени и сердца. Из крови сердца, взятой через несколько часов после смерти, выкультирован гемолитический стрептококк.

Этот случай отнесен нами к третьей группе, хотя из приведенных данных видно заметное, хотя и кратковременное, влияние сыворотки. В летальном исходе здесь сыграла решающую роль, повидимому, конституция больной.

II. Больной Ф. К., 4 лет. Легкая скарлатина. На четвертый день заболевания введено 50,0 к. с. сыворотки внутримышечно. Результат неопределенный, хотя в дальнейшем полное выздоровление без осложнений.

В дополнение к сообщенным наблюдениям над применением сыворотки Казанского Микробиологического Института мы имеем возможность поделиться, правда, небольшим нашим опытом над действием сыворотки Ленинградского Института Экспериментальной Медицины, двух ее серий.

ТАБЛИЦА № 2.

Антитоксическая сыворотка Ленинградского II-го Экспериментальной Медицины, серия 8-я 1925 г.

Форма скарлатины	Число случаев	Дни болезни	Количество сыворотки	Результаты:		
				Резк. ул.	Улучш.	Без рез.
Средн. тяжести . .	2	4	50,0	2	—	—
Тяжелая	1	6	50,0	—	—	exitus от септ.-пием.
ВСЕГО . .	3	—	—	2	—	1

Сыворотка того же Института, серия 32-я 1925 г.

Легкая	1	2	100,0	—	1	—
Средн. тяжести . .	4	3—4	50,0—200,0	—	2	2
Тяжелая	3	3—6	100—200,0	1	—	2
ВСЕГО . .	8	—	—	1	3	4

Как видно из таблицы № 2, с сывороткой серии № 8 мы получили очень хороший результат, если не принимать во внимание одного случая

неудачного применения сыворотки, в количестве 50,0 к. с., на 6-й день септической скарлатины. Наблюдения с сывороткой этой серии, впрочем, малочисленны, и мы воздерживаемся поэтому от определенного вывода. Серия № 32 нас мало удовлетворила: в одном случае тяжелой скарлатины мы получили, правда, хороший результат при применении 200,0 к. с. ее (на 3-й и 4-й дни болезни по 100,0 к. с. внутримышечно); в двух других случаях отсутствие эффекта может быть объяснено поздним применением сыворотки; но зато в случаях легких и средней тяжести, где сыворотка применялась, приблизительно, в те же дни болезни, что и казанская сыворотка, но в больших количествах, мы получили мало надежные результаты. Повидимому, эта серия малодейтельна.

Большинство впрыскиваний сыворотки в нашем материале приходится на 3-й, 4-й и более поздние дни болезни. Как раз именно в эти дни, а не в первые два дня болезни, наши больные чаще всего и поступали в больницу. Само собой понятно, что успех лечения всякой антитоксической сывороткой тесно связан со временем ее применения: чем раньше она применяется, тем лучше результаты. Наш опыт со скарлатинозной сывороткой показал, что, начиная с 5-го дня болезни и далее, трудно уже рассчитывать на благоприятный результат лечения ею.

Во всяком случае факт благоприятного действия антитоксической скарлатинозной сыворотки несомненен, но вряд ли возможно отождествлять эту сыворотку, по результатам ее лечебного действия, с дифтерийной. Даже если встать на точку зрения американских исследователей об этиологической роли стрептококка при скарлатине, все же нельзя скарлатину относить всецело к группе токсических инфекций. Стрептококки не остаются, подобно дифтерийным палочкам, локализованными на слизистых оболочках, а иногда довольно скоро поступают в кровь и органы и вызывают последующую картину септицемии, при которой, понятно, антитоксическая сыворотка бессильна. Возможно-ли во всех случаях тяжелой скарлатины ранним применением сыворотки воспрепятствовать этому наводнению организма стрептококками и тем самым избежать септических форм скарлатины, покажет будущее.

Интересно сопоставить с приведенными данными сывороточной терапии скарлатины результаты, полученные нами от применения при этой болезни нормальной лошадиной сыворотки. Последняя была применена нами в 9 случаях тяжелой скарлатины, причем вводилась внутримышечно в различные дни болезни, от 3-го до 14-го, в количестве 40,0—50,0 к. с. Никакого влияния ее ни на t^0 , ни на сыпь, ни на общее состояние нам подметить не удалось.

Заканчивая наше сообщение, мы определенно высказываемся, что серотерапия скарлатины стоит на правильном пути, и в настоящее время мы уже располагаем могучим лечебным средством при скарлатине в виде иммунной сыворотки. Правда, вследствие целого ряда ближе нам неизвестных причин иммунизация лошадей сопряжена еще с некоторыми особенностями, затрудняющими быстрое приготовление сывороток с высоким содержанием антитоксина; но трудности эти, как показывают наблюдения, устранимы.

Кроме богатства сыворотки антитоксином, в действии ее, быть может, играет большую роль и авидитет сыворотки. Свойства сыворотки быстро или более медленно нейтрализовать содержащимся в ней анти-

токсинам токсин зависит от индивидуальных, ближе нам неизвестных, особенностей лошади, но не стоит в связи ни с методом, ни с продолжительностью иммунизации лошади. Недавно это было доказано Madсен'ом для дифтерийной сыворотки, и этим же автором были предложены методы для определения авидитета сывороток.

На основании приведенного материала считаем себя вправе сделать следующие выводы:

1) Антитоксическая стрептококковая сыворотка обладает хорошим лечебным действием при скарлатине, значительно укорачивая течение острого периода болезни, влияя на t^0 , сыпь, отчасти на процесс в зеве и купируя явления интоксикации.

2) Сыворотка должна быть применяема в первые же дни болезни; наилучший эффект получается при ее применении в первые три дня.

3) Сыворотка должна применяться внутримышечно, а в тяжелых случаях — обязательно и внутривенно, и внутримышечно.

4) Необходимо точно разработать и улучшить методику иммунизации лошадей стрептококковым токсином.

D-r A. Agaphonoff (Kasan). Serothérapie bei Scharlach.

Der Autor hatte die Serothérapie in 56 Fällen verschiedener Schwere Scharlaches angewendet, wobei in 38 Fällen wurde antitoxisches scarlatinöses Serum verschiedenen Serien der Instituten S.S.S.R. und in 18 anderen das Reconvalescentenserum und normales Pferdeserum angewendet. Die antitoxischen Seren verschiedenen Serien waren weit nicht identisch in ihrer therapeutischen Wirkung. Der Autor stellt eine volle Abhängigkeit des therapeutischen Effekts von der Methode und der Dauer der Immunisierung des Pferdes fest und unterzeichnet die äusserste Notwendigkeit der Standardisation des Serum, Bestimmung des Antitoxingehaltes, wie nach dem Auslöschphänomen, so auch nach dem Verfahren der Neutralisation des Toxins. Die stärksten antitoxischen Seren gaben fast in 90% sehr guten Erfolg: kritischer oder beträchtlicher Fall der T^0 , scharfes Verbleichen des Ausschages, Kupierung der Intoxikationserscheinungen; die Einwirkung auf die Veränderungen des Rachens war weniger bemerkbar. Auf dieser Weise erscheint ohne Zweifel das antitoxische Scharlachserum als mächtiges Mittel im Kampfe mit dem Scharlach. Das Reconvalescentenserum gab weniger zuverlässige Erfolge. Das Normalpferdeserum hatte keine therapeutische Wirkung erzeugt.

К вопросу об эзофагоскопии.

С. П. Яхонтова.

(С 2 рис.).

Уже не один десяток лет прошел с того времени, как эзофагоскопия сделалась достоянием врачебного искусства. Усовершенствованный инструментарий с огромной осветительной системой в наборе Brünnings'a упростил метод и дал возможность очень широко пользоваться им. В настоящее время эзофагоскопия получила полные права гражданства, хотя, к сожалению, не получила еще того широкого распространения, которого она вполне заслуживает.

Роль ее в распознавании и лечении болезней пищевода в полном смысле слова огромна. На основании только эзофагоскопии можно поставить дифференциальный диагноз между спазмом пищевода (нервным) и новообразованием последнего. Расширения пищевода также нуждаются для своего диагноза в эзофагоскопии. Последняя указывает нам, далее, имеется-ли в пищеводе простое повреждение стенок его, или сдавление его измененными окружающими органами (aneurisma aortae), имеется-ли опухоль, рубцы и т. д. Эзофагоскопом можно пользоваться и для хирургических целей: у больного удаляется кусочек опухоли, и это приносит ему иногда значительное облегчение, а главное—взятый кусочек опухоли может быть использован для микроскопического исследования. Благодаря эзофагоскопии стали, далее, получаться гораздо лучшие результаты при лечении рубцовых сужений пищевода. Но особенное значение она имеет при инородных телах, засевших в пищеводе. Можно с уверенностью сказать, что в этом случае в эзофагоскопии наука нашла поистине незаменимое средство. Эзофагоскопический инструментарий дает нам все необходимое для удачного лечения таких случаев: он дает нам возможность точно установить присутствие инородного тела на том или ином уровне пищевода, его положение в последнем, состояние пищевода в том месте, где инородное тело остановилось, и пр., а вместе с тем позволяет и легко извлечь это тело.

Насколько эзофагоскопия легка, изящна и безопасна, так как всякое движение инструмента контролируется при ней глазом, настолько же другие манипуляции, применяемые в данной области, трудны, опасны, ибо приходится действовать наощупь, втемную. Между тем и по настоящее время многие врачи держатся крепко за пережиток доэзофагоскопического периода и с легким сердцем зондируют пищевод при попадании туда инородного тела, стараясь протолкнуть последнее в желудок, или же прибегают к разным крючкам и монетоловкам с целью извлечь

тело наружу. В специальной литературе вопроса можно найти немало указаний на роковые последствия таких манипуляций. Будучи производимы втемную, последние нередко ведут к тому, что свободное ранее тело становится теперь плотно вколоченным, и тогда нередко приходится прибегать к наружной эзофаготомии. Операция же эта сама по себе дает большой процент смертности, да кроме того при ней не всегда бывает легко извлечь ущемленное инородное тело, хирургам приходится наугад захватывать его щипцами, причем неизбежны травмы пищевода. После эзофаготомии иногда остаются, затем, фистулы пищевода. В литературе описано также немало случаев, когда врач зондом прокалывал стенку пищевода, и больной умирал от периезофагальной флегмоны, медиастинита или воспаления легких, или же зонд давал прорыв в трахею, или аорту со смертельным кровотечением.

В минувшем учебном году в нашей клинике было более 50 случаев применения эзофагоскопии. Все эти случаи были проведены под местной (10% кокаин) анестезией, и только в одном случае, у ребенка 2 лет, с рубцовым сужением пищевода, для эзофагоскопии пришлось применить общий наркоз. Хорошая анестезия является важным условием удачного применения эзофагоскопии. Обычно кокаином смазывались зев (особенно корень языка) и вход в пищевод до полного подавления глоточных рефлексов, причем мы не считались с количеством кокаина, потребного для этой цели (случаев отравления кокаином нам наблюдать при этом не приходилось; если же с таковыми и пришлось бы встретиться, то большого страха они не внушали, так как уже имеется достаточно наблюдений, показывающих, насколько хорошее действие в этих случаях оказывает хлороформ). Очень важным моментом для успеха эзофагоскопии является также достаточное самообладание больного, — лица, сильно волнующиеся (большую частью женщины), сопротивляются введению инструмента, мускулатура начальной части пищевода находится у них в спазмотическом сокращении, и потому приходится откладывать эзофагоскопию до другого дня. За весь год у нас впрочем было всего двое таких больных. Эзофагоскопия у них могла быть отложена, так как спешности в осмотре пищевода не было, а вторично больные являлись более спокойными; кроме того, таким лицам пред следующим сеансом заблаговременно давался морфий или бром. По Jackson'у, правильно проведенная эзофагоскопия малоболезненна, так что для нее нужно, собственно говоря, не обезболивание, а расслабление мускулатуры. Такое расслабление мускулатуры при помощи общего наркоза необходимо для эзофагоскопии в следующих случаях: а) для извлечения или кускования большого инородного тела, б) для постановки диагноза спастического страдания, в) для исследования не поддающихся эзофагоскопии взрослых и детей. Точка зрения Jackson'a на необходимость общего наркоза в указанных случаях многими впрочем не разделяется. Проф. В. К. Трутнев думает, что только у детей, да и то не во всех обязательно случаях, необходим общий наркоз, в остальных случаях эзофагоскопия с успехом может быть проведена и под местным обезболиванием.

Обычным положением больных при эзофагоскопии в клинике является сидячее на низкой табуретке, с наклоном верхней частью туловища вперед и с запрокинутой назад головой, удерживаемой помощником. У детей при общем наркозе применяется лежащее положение на

операционном столе, причем голова выходит за край стола и удерживается помощником. Killian рекомендует при удалении инородных тел из пищевода класть больных горизонтально набок с опущенной книзу верхней половиной туловища, причем избегается наблюдавшееся многими явление исчезновения в глубину инородного тела в тот самый момент, когда оно было замечено.

В случаях, наблюдавшихся у нас в клинике, эзофагоскопия применялась: 1) для определения причины непроходимости пищевода, 2) для выяснения характера заболевания в связи с болезненными ощущениями в нем, 3) для лечения сужений пищевода, 4) для констатирования и удаления из него инородных тел.

В случаях непроходимости пищевода эзофагоскоп открывал в различных отделах его новообразования, части которых обычно брались для микроскопического исследования, а также аневризмы аорты или рубцовые сужения после ожога слизистой пищевода химическими веществами. Позволяем себе привести краткое описание некоторых случаев этой группы.

I. Больной Д., 46 лет, 31/III обратился в клинику с жалобами на затрудненное глотание пищи, которая у него останавливается в грудной части пищевода. Болезненные ощущения появились около 1 1/4 лет тому назад. При исследовании были найдены: атрофический процесс в слизистой носа, шипы на перегородке справа и слева, гной на средней раковине слева, гранулезный фарингит, боковые валики; барабанные перепонки мутны, втянуты. I/IV под местной анестезией (10% кокаин) произведена эзофагоскопия, причем на уровне 27 сант. от края зубов обнаружена опухоль на задней стенке пищевода; поверхность ее гладкая, незначительно кровотоочит; при микроскопическом исследовании опухоли последняя оказалась плоскоклеточковым раком.

II. Больной Б., 49 лет, явился в клинику 4/II 1926 г. с жалобой, что ему уже 4-й месяц что-то мешает глотать. При исследовании найдены: атрофический процесс в слизистой носа, шип у основания перегородки с обеих сторон, гипертрофия зева и гортани, увеличение IV миндалики, серая пробка в правом наружном слуховом проходе. При эзофагоскопии, произведенной 20/II, в верхней части пищевода найдена распадающаяся опухоль, под микроскопом оказавшаяся раковой.

III. Больная А., 32 лет, 26/II на амбулаторном приеме сообщила, что у нее с трудом проглатывается пища, причем появляется боль, отдающая в правое ухо. При исследовании найдены: атрофический процесс в слизистой носа, полипозная средняя раковина справа, гипертрофия нижней раковины слева, выступ на перегородке в заднем отделе справа и слева, лакуны в I миндалике; барабанные перепонки мутны, втянуты. При эзофагоскопии 27/II, на расстоянии 25 сант. от края резцов на задней стенке пищевода найдена опухоль, каковая при патолого-анатомическом исследовании оказалась плоскоклеточковым ороговевающим раком (канкротид).

IV. Больная О., 33 лет, явилась на прием 22/IV с жалобами на затрудненное глотание. При эзофагоскопии 27/IV, на расстоянии 42 сант. от зубов обнаружен разлитой сифилитический инфильтрат.

V. Больной К., 53 лет, жалуется на затрудненное прохождение пищи в грудном отделе пищевода, что стал замечать два месяца. RW отрицательна. При осмотре пищевода на уровне 28 сант. на задне-боковой (левой) стенке его обнаружена опухоль, кусочек которой взят для исследования; диагноз—рак.

VI. Больная К., 60 лет, жалуется на непроходимость пищевода; с 1925 года питается через желудочный свищ. В анамнезе lues. При эзофагоскопии на уровне 28 сант. бугристая опухоль на задней стенке пищевода; опухоль оказалась аденокарциномой.

VII. Больной Г., 44 лет, прислан 20/III одной из терапевтических клиник с предположительным диагнозом tumor mediastini. Жалобы на затрудненное глотание твердой пищи, замечаемое более 3-х месяцев. Венерические болезни отрицает.

При эзофагоскопии на уровне 35 сант. обнаружено сужение просвета пищевода вследствие выпячивания передней его стенки и сильная пульсация в этой области. Диагноз—*aneurisma aortae*.

При исследовании случаев второй группы приходилось находить эскориации на слизистой или же картину совершенно нормального пищевода. Примерами могут служить следующие случаи:

I. Больной А. 22/II обратился с жалобой на болезненное прохождение пищи через пищевод. Заметил это 3 дня тому назад после обеда. Эзофагоскоп открыл на уровне 17 сант. от края зубов эскориацию, которая смазана раствором ляписа. Несмотря на то, что больному было предложено зайти в клинику еще раз, он больше не показывался,—очевидно, чувствовал себя вполне хорошо.

II. Больная М., 39 лет, явилась в клинику в крайне возбужденном состоянии с жалобой на колющую боль при глотании, появившуюся после того, как она подавилась куском воблы. В виду крайнего волнения больной и большой чувствительности при введении эзофагоскопа, эзофагоскопия не могла быть произведена. *lege artis*, а потому отложена до следующего дня. На другой день, после предварительного приема морфия и основательной кокаинизации, пищевод был осмотрен, причем ничего патологического в нем найдено не было.

Лечение рубцовых сужений пищевода при помощи эзофагоскопии в минувшем году велось только в одном случае.

Больная А., 2 лет, принесена матерью, рассказавшей, что 7 месяцев тому назад девочка выпила крепкий раствор соды, причинив себе ожог рта и пищевода. Втечении 6 суток у ребенка был жар, из-за язв на месте ожога есть девочка ничего не могла; затем прохождение жидкости наладилось, но твердого до сих пор больная ничего глотать не может, так как оно рвотой сейчас же выбрасывается обратно. *Status praesens*: правильно сложенная, но значительно истощенная девочка; кожа бледна, подкожный жировой слой еле прощупывается; жидкую пищу принимает, твердую нет. 31/I 1926 г. эзофагоскопия под общим наркозом. Эзофагоскоп довольно свободно вошел до глубины 17 сант. от края зубов, после чего встретил препятствие. В поле зрения усмотрено было концентрическое, коническое сужение просвета с незначительным отверстием посредине; в это отверстие через эзофагоскопическую трубку введен тонкий эластический буж, прошедший до глубины 20 сант. 1/II ребенок, очевидно, чувствовал себя плохо, много плакал, ничего не ел. 2/II, однако, девочка стала немного есть, и пища у ней проходила лучше. 4/II вторично введен буж, наружный конец которого выведен через левую половину носа и укреплен *in situ*; однако, в виду беспокойства ребенка и повышенной t^o буж уже на следующий день пришлось удалить. 6/II ребенок глотал печенье. В дальнейшем ему еще несколько раз вводили буж, причем всегда ожидалось успокоения реактивных явлений после предыдущего бужирования, выражавшихся в повышенной t^o и болезненном глотании. Бужирование заметно расширяло суженное место, так как ребенок после этого ел и твердую пищу. В дальнейшем девочка еще нераз поступала в клинику, так как эффект бужирования пищевода со временем несколько уменьшался, хотя все же проходимость его оставалась значительно лучше, чем прежде. К сожалению, лечение данного случая не было закончено по причинам, от клиники не зависевшим.

Последним поводом к эзофагоскопии были существовавшие или подозреваемые инородные тела в пищеводе. Главными симптомами присутствия последних являются, как известно, болезненное глотание и непроходимость твердой пищи. Чтобы быть уверенным, что инородного тела в пищеводе, действительно, нет, осмотр пищевода эзофагоскопом производился в клинике, несмотря даже на слабую степень болевых ощущений у больного при глотании, если только он указывал на задержку тела в пищеводе. II в одном таком случае, несмотря на незначительность жалоб больной, инородное тело (кость) в пищеводе действительно было найдено.

В литературе есть указания, что эзофагоскопию при инородных телах иногда приходится делать повторно, так как при первом исследо-

вании инородное тело просматривалось. Происходит это от двух причин: или оттого, что инородное тело вплотную прилегает к стенке пищевода, а свою гладкой поверхностью смотрит в просвет последнего, так что эзофагоскопическая трубка незаметно проходит мимо тела, или оттого, что последнее скрывается в дивертикуле пищевода. В случае проф. Воячека инородное тело (зубная пластинка—протез с 3 зубами) при двукратном исследовании срывалось с щипчиков и уходило в глубину. В третий раз тела этого в пищеводе совершенно не было обнаружено, глотание всякой пищи было свободно, состояние больного хорошее, зонд проходит легко, и все же через две недели протез удалось обнаружить и извлечь.

Располагались инородные тела во всех наших случаях на глубине 20 сант от края резцов. В этом месте пищевод не имеет просвета, и для инородного тела образуется препятствие на подобие завязки мешка. В том случае, где инородное тело было больших размеров и не могло быть извлечено через трубку эзофагоскопа, извлекались и трубка, и инородное тело одновременно. К группе случаев с инородными телами в пищеводе относятся следующие:

I. Больная III., 25 лет, три дня тому назад подавилась говяжьей костью. Обращалась за помощью в одну из больниц, где дежурный врач два раза вводил ей в пищевод зонд с оливой, стараясь протолкнуть инородное тело в желудок, и отпустил больную, сказав, что в пищеводе только царапина. После зондирования больная почувствовала ухудшение, боли усилились. В клинику больная обратилась, чувствуя себя очень скверно: она испытывает сильную боль при глотании, не может ничего есть; t° $37,8^{\circ}$, а накануне вечером $38,4^{\circ}$. Шея спереди в области гортани очень болезненна при пальпации. Под местной анестезией в сидячем положении произведена эзофагоскопия (проф. В. К. Трутнев). На глубине 20 сант. от края зубов обнаружена кость, которая располагалась поперек просвета пищевода так, что острые концы ее врезывались в боковые стенки последнего. В виду этого экстракция удалась не так легко, кость срывалась со щипцов. Наконец, после некоторых усилий, удалось левый конец кости оттянуть в более подходящее для экстракции положение, после чего и вся кость легко потянулась за щипцами. Кость эта была в $3\frac{1}{2}$ сант. длиной, 0,7 сант. шириной и 3 мм. толщиной (см. рис.). В последующие дни больная показывалась в клинику; боли у ней постепенно стихли, глотание пищи наладилось, из-под наблюдения больная вышла вполне выздоровевшей. В рассматриваемом случае инородное тело значительной величины, с острыми краями, было, повидимому, закли-

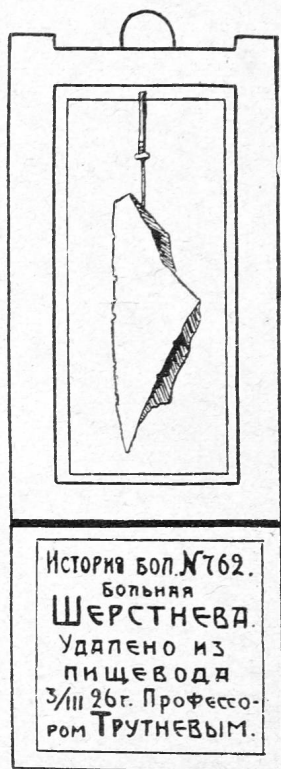


Рис. 1.

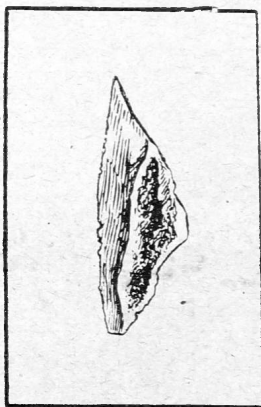


Рис. 2.

рассматриваемом случае инородное тело значительной величины, с острыми краями, было, повидимому, закли-

нено зондом врача, подававшего первой помощи. Сильная болезненность шеи и лихорадка указывали на начало перифофгита. Своевременным удалением тела удалось, однако, предотвратить развитие дальнейших опасных осложнений.

II. Больной С., 30 лет, явился в клинику с жалобой на то, что 4 дня тому назад во время ужина подавился рыбой (от судака) костью, которая застряла у него в горле. На другой день почувствовал боль при глотании пищи. В дальнейшем болезнь усилилась, и в настоящее время больному очень больно глотать даже слюну. Чувствует себя очень ослабевшим, жалуется на лихорадочное состояние, $t^{38^{\circ}}$. Левая передняя половина шеи значительно припухла, болезненна при пальпации. В тот же день произведена эзофагоскопия. На глубине 20 см. от края резцов обнаружен гнойник, из которого вышло со столовую ложку гноя. После удаления гноя показалась кость, один конец которой был вколот в левую стенку пищевода, а другой свободно выступал в просвет его. Кость извлечена щипцами. Больной поправлялся медленно, но в итоге выздоровел. Описанный случай представляет ту особенность, что пребывание инородного тела (острая рыба кость) в пищеводе осложнилась воспалением стенок последнего, причем воспаление это, сравнительно с предыдущим случаем, представляло дальнейшую степень развития, именно, образование гнойника в стенке пищевода. Больной был здесь еще ближе к дальнейшим роковым осложнениям, чем предыдущий. Всякое промедление или бужирование вслепую несомненно привели бы здесь к прободению стенки пищевода, медиастиниту и, может быть, летальному исходу.

III. Больная Б., 40 лет, явилась в клинику с жалобой на чувство давления в области грудных позвонков и боль при глотании, развившиеся после того, как она накануне подавилась рыбой костью; эзофагоскопией, введенным до уровня 20 см., обнаружена рыба кость, которая и извлечена. Гладкое выздоровление.

IV. Больная 53 лет рассказала, что накануне во время обеда (ела мясную лапшу) почувствовала небольшую боль в пищеводе на уровне конца грудины. В настоящее время чувствует только какую-то неловкость при глотании. При эзофагоскопии на уровне 20 см. найдена кость, лежавшая в поперечном положении, которая и извлечена щипцами. Несколько дней после того больная приходила в клинику; глотание пищи совершенно свободно; выздоровление. Интерес случая заключается в том, что интенсивность болевых ощущений пациентки здесь не соответствовала тем значительным размерам, которые имела кость, застрявшая в пищеводе. Неловкость при глотании, на которую жаловалась больная, в первую очередь могла наводить на мысль о существовании в пищеводе лишь экскориации. Такой предположительный диагноз без эзофагоскопии, конечно, к хорошим результатам не привел бы.

Все эти случаи, как видно из описания, несмотря на то, что некоторые больные поступили уже с явлениями перифофгита и высокой t° , окончились полным выздоровлением. Некоторые авторы при осложненных инородных телах считают эзофагоскопию нерациональной, предпочитая в подобных случаях эзофаготомию. По статистике проф. Венгловского на 47 случаев удаления инородных тел он не имел ни одного смертельного случая, хотя во многих случаях больные являлись с вколоченными инородными телами, после зондирования, с повышенной t° , ознобами, отеком шейной клетчатки и инфильтратом пищевода. Все эти явления исчезали после удаления инородного тела. Наскел настаивает, что при ущемлении зубных пластинок эзофаготомия является неизбежной в 50%.

Приведенные нами случаи еще раз подтверждают правило, что там, где не было никаких предварительных нерациональных манипуляций врача, эзофагоскопия дает гораздо лучшие результаты. Многие врачи в оправдание своих спешных, хотя и нерациональных, манипуляций в пищеводе указывают на опасности задержки в нем инородного тела. Конечно, откладывать извлечение последнего не надо, но и крайняя спешка здесь излишня. В литературе есть достаточно указаний, что инородные тела могут без дурных последствий длительное время оставаться в пищеводе. Толерантность последнего в этих случаях бывает

иногда удивительной. В случае Koenigstein'a, напр., инородное тело (зубной протез), в течение *трих* лет пролежавшее в пищеводе, не вызвало ни местной, ни общей инфекции, и единственным симптомом в первое время был только паралич возвратного нерва. Описаны случаи, где инородное тело лежало в пищеводе даже по 10—17 лет (Tarja, Schmidt, Braden-Kyle).

К осложнениям, бывающим при эзофагоскопии, кроме травм пищевода той или иной степени со всеми вытекающими отсюда последствиями (флегмона, медиастинит), относятся одышка вследствие сдавления гортани и трахеи, дисфагия, эмфизема шеи и груди и коллапс. В литературе есть указание на один случай, когда, при взятии пробного кусочка из новообразования, была захвачена слизистая на границе с опухолью; в результате развилась подкожная эмфизема, потом медиастинит и смерть. У нас в клинике никаких осложнений при эзофагоскопии не наблюдалось.

Противопоказаниями для эзофагоскопии, по Brünings'y, являются: сильное развитие аневризмы аорты, цирроз печени, некомпенсированные пороки сердца, некоторые болезни дыхательных путей (чахотка, эмфизема, стеноз) и резко выраженный артериосклероз, особенно при склонности к апоплексии. Особенно большую опасность представляет аневризма нисходящей части аорты и не только при посредственном повреждении ее введенной трубкой, но иногда и без такового, вследствие повышения внутригрудного или кровяного давления (от натуживания, волнения и т. п.).

Все перечисленные противопоказания являются, однако, условными. Единственным безусловным противопоказанием к эзофагоскопии является малоопытность исследователя. С эзофагоскопом нужно вообще обращаться с осторожностью, так как в малоопытных руках он может быть опасным инструментом. По статистике Jackson'a (1911 г.) на 616 эзофагоскопий, произведенных по поводу инородных тел, отмечено 19 случаев смерти (3%), на 740 эзофагоскопий, предпринятых для исследования страданий пищевода и его лечения, зарегистрировано 8 смертей (1%) и т. д.

Эзофагоскопия требует от оператора не только основательных теоретических знаний, но и большой практической сноровки, а главное — „особой психической установки и строгой пунктуальности“ (Оремовский).

Заканчивая обзор случаев эзофагоскопии, имевших место в нашей клинике, не могу еще раз не пожелать, чтобы эзофагоскопия получила у нас самое широкое распространение: это спасет много жизней и облегчит нашу задачу в тех случаях, где иначе мы совершенно безсильны.

D-r S. P. Jachontof (Kasan). Ueber Oesophagoskopie.

Der Autor beschreibt Fälle, welche in der oto-rhino-laryngologischen Universitätsklinik zu Kasan während des vergangenen Schuljahres zur Oesophagoscopie gelangten. Im ganzen über 50 Fälle waren zum Teil wegen Undurchgängigkeit oesophagoscopiirt, zum Teil um den Charakter der Erkrankung welche schmerzhaft Empfindungen beim Schlucken hervorgerufen hat festzustellen oder zur Behandlung von Oesophagusstricturen und zum Auffinden und zur Entfernung von Fremdkörpern. Uebersicht aller Fälle zeigt, dass die Oesophagoskopie die breiteste Anwendung bei Erkrankungen der Speiseröhre anstatt solcher Methoden, wie das Baugieren u. a., verdient.

К вопросу о *dermatitis exfoliativa universalis subacuta* (болезнь Wilson'a *).

Завед. клиникой И. А. Левина.

Классификация кожных болезней, несмотря на успехи дерматологии, и в настоящее время не является законченной. Нет единого принципа, который отвечал-бы всем требованиям ее, и та путаница, которая господствовала в 60-х годах, не говоря уже о более ранних, когда, не зная сущности большинства кожных болезней, группировали их лишь по клиническим симптомам,—не изжита и до настоящего времени. Особенно это касается заболеваний, близко стоящих к *pityriasis rubra Hebrae*, характерными чертами которых являются краснота и шелушение.

Глава об этих заболеваниях из-за их редкости, хроничности течения и терапевтического бессилия врачей при них является и до сих пор труднейшей и мало изученной,—этиология, патология и патогенез этих болезней не имеют твердых оснований. Вопрос еще более осложняется тем, что при целом ряде кожных заболеваний наблюдаются периоды, когда главными, а иногда и единственными признаками являются те же краснота и шелушение. Отсюда деление шелушащихся эритродермий по *Besnier* на первичные и вторичные. Последние *Besnier* и *Brocq* делят в свою очередь на 3 группы: 1) остро развивающиеся—при экземе, псориазе, красном лишае и *pityriasis rubra pilaris*—как самостоятельно, так особенно под влиянием раздражающего действия наружных или внутренних средств (ртуть, хризаробин, хинин, а ныне и сальварсан); 2) шелушащиеся эритродермии, развивающиеся при *mycosis fungoides* и *lymphoderma perniciosus*; 3) шелушащиеся универсальные сыпи при застарелых дерматозах у кахектичных—экземе, пемфигусе, псориазе, ихтиозе.

В 1870 г. англичане *M. Ghie, Wilks* и *E. Wilson* описали особый дерматит, сопровождающийся шелушением,—*dermatitis exfoliativa universalis*, который *Vidal*, в 1874 г., на основании своих патолого-гистологических исследований выделил в самостоятельную патологическую единицу—*dermatite généralisée*. В 1879 г. *Quinquaud* описал его, как *dermatite aigue grave primitive*, а в 1882 г. *Brocq*—как *dermatite exfoliatrice généralisée*. В дерматологической литературе встречается и еще ряд других обозначений данного заболевания: *dermatitis exfoliativa primitiva* (*Buchanan, Baxter*), *herpetide exfoliatrice d'emblée* (*Bazin*),

* Сообщено, с демонстрацией больного, на заседании Научного О-ва Врачей г. Екатеринбург 16/III 1923 г.

dermatite exfoliatrice idiopathique (Vidal, Brocq), dermatite exfoliative généralisée subaigue, maladie de E. Wilson (Brocq), dermatite exfoliative généralisée primitive (de Amicis). Установленные для этой формы клинические, а также патолого-гистологические особенности, казалось, дают ей право на самостоятельное существование, но еще и до сих пор ряд видных авторитетов дерматологии не признает за ней, по крайней мере за ее хронической формой, права гражданства.

Попытки классифицировать первичные шелушащиеся эритродермии, в виду неясности их этиологии и патогенеза, дали еще более разноречивые результаты. Их делят по началу болезни (подострое или более затяжное), по течению, по субъективным ощущениям больных, по степени инфильтрата и шелушения, по времени наступления некоторых признаков, каковы изменение ногтей, выпадение волос и пр., наконец, по исходу болезни—благоприятному или неблагоприятному. Brocq установил три их основных типа:

1. *Dermatites exfoliatives généralisées*, среди которых различаются а) *Erythèmes scalatinoformes desquamatifs recidivants ou dermatites exfoliatrices aigües benignes*, характеризующиеся острым началом, длительною высокою лихорадкой при высыпании и появлением мелких, красных, быстро сливающихся, зудящих пятен; через 3—4 дня наступает пластинчатое или отрубевидное шелушение, ногти рано отпадают, наблюдается также выпадение волос на голове и теле; приступ длится 4—6 недель, рецидивы часты, обычный исход—выздоровление. б) *Dermatite exfoliative généralisée proprement dite*—подострый и хронический. Заболевание это начинается без особых субъективных ощущений, часто появлением гиперэмированной бляшки, развивается подостро (в несколько дней) или хронически, протекает циклически в течение 3—8 месяцев; при нем наблюдается пластинчатое обильное шелушение, выпадение волос и ногтей; в начальном периоде всегда бывают лихорадочные движения. В 80% болезнь кончается выздоровлением в разные сроки, в 20%—смертью от осложнений.

2. *Dermatite exfoliative epidemique* (Saville) и *dermatite exfoliative des enfans à la mamelle* (Ritter von Rittersheim).

3. *Pityriasis rubra*, могущий проявляться в формах: а) подострой доброкачественной, б) хронической тяжелой—Hebr'овской и в) хронической доброкачественной.

Karosi, Török и др дерматологи, принимая в основном классификацию Besnier и Brocq'a различают: 1) острые и подострые случаи, 2) хронические случаи типа *dermatitis exfoliativa* и *pityriasis rubra*. Таким образом эти авторы признают хроническую форму *dermatitidis exfoliativae*, о которой совершенно не упоминает Поспелов, говорящий только об острой и подострой формах, а Jadassohn даже совершенно не допускает ее.

Lessner считает совершенно излишней детальную классификацию Brocq'a и всю обширную группу шелушащихся дерматитов делит на 4 вида: 1) *dermatitis exfoliativa chronica generalis resp. pityriasis rubra*, 2) *dermatitis exfoliativa symptomatica*, 3) *dermatitis exfoliativa infantum* Rittersheim'a и 4) *dermatitis scarlatinoformis*.

Классификация Brocq'a не всеми признается и во Франции, на ее родине. Так, Gaucher признает две основные болезненные формы:

pityriasis rubra Hebrae и dermatite exfoliative primitive, от которых он отличает pemphigus foliaceus и erythème scarlatinoforme desquamatif recidivand (доброкачественная, несмотря на рецидивы, острая форма). Но этот автор должен сознаться, что между подобными случаями и настоящим dermatitis exfoliativa имеется как-бы ряд переходных форм, которые сначала считали за scarlatinopodobную эритему, но потом по стойкости и по последующим осложнениям—за форму dermatitidis exfoliativae. Да и dermatitis exfoliativa с pityriasis rubra, по мнению Gaucher, надо рассматривать, как две формы одной и той же болезни, из коих первая—подострая и относительно благоприятная, вторая—хроническая, тяжелая.

При отсутствии единства во взглядах, при незнакомстве с этиологией и патогенезом десквамативных эритродермий неудивительно, что у одного и того же больного с такой болезнью разные авторы нередко ставят разную диагностику. Так, в 1906 г. Копаренко демонстрировал в Харьковском Дерматологическом Общ. больного с dermatitis exfoliativa, а проф. Зеленев признал у него pityriasis rubra. Нужно по возможности тщательно изучать каждый встречающийся случай шелушащейся эритродермии и предавать его гласности, чтобы подготовить для будущего, более счастливого исследователя сырой материал, из которого со временем будет воздвигнуто стройное учение о шелушащихся дерматитах. Это соображение дает мне право огласить случай данной болезни, который я наблюдал с декабря 1922 г. по май 1923 г.

12/XII 1922 г. в клинику поступил крестьянин Л., 54 л., с жалобами на красноту тела, зуд и шелушение. За неделю до этого больной, почувствовав зуд головы и заметив отек век, стал лечиться домашним способом,—2 дня подряд мылся в горячей бане; лечение это, однако, пользы не принесло, у больного появилась краснота лица и туловища. Тогда он обратился в свою больницу, где сначала получил белую, а на другой день черную, пахнущую дегтем, мазь, но и они облегчения не принесли, у больного появилось еще шелушение на лице и туловище, с чем он обратился в клинику.

Больной выше среднего роста, крепкого, правильного телосложения; глух 20 лет на почве хронического воспаления среднего уха; со стороны внутренних органов и нервной системы патологических изменений не отмечается; моча ни белка, ни сахара не содержит, pH нормальна. Кожа лица, туловища, за исключением живота, а также отчасти кожа верхних конечностей и бедер сплошь гиперемизована, с резко выраженным обильным шелушением. На животе мелкие красные пятна, тесно лежащие друг около друга, с тенденцией к слиянию, среди которых кое-где встречаются маленькие пузырьки; на голове преобладает мелкое отрубевидное шелушение,—волосистая часть ее, лицо, особенно в носо-щечных складках, борода и уши покрыты как-бы грубо размоленной, плотно приставшей мукой; на туловище и конечностях шелушение пластинчатое, причем отдельные пластинки имеют величину от $\frac{3}{4}$ до $1\frac{1}{2}$ кв. сант. При проведении рукой по коже чешуи сравнительно легко отделяются. Они белы или сероваты, сухи, лежат на коже черепицеобразно. Сама кожа суха, твердовата, натянута; кожные борозды местами резко выражены. Лицо имеет застывший вид, и мимика утрачена; веки, особенно верхнее, отечны, нижние веки слегка эктропионированы; имеется резко выраженный конъюнктивит; губы припухли, отечны, также и ушные раковины. Особенно резко выражено уплотнение кожи на ладонях и подошвах. Паховые и подкрыльцевые железы увеличены, остальные выражены слабо. Субъективно значительный зуд (хотя расчесов не видно) и ощущение жара: тело горит, когда закрыто, и мерзнет, когда открыто.

18/XII. Краснота и шелушение захватили все тело, особенно верхние и нижние конечности, где шелушение крупно-пластинчатое; зуд и бессонница; больной значительно исхудал, имеется склонность к поносам; аппетит плохой; отмечается выпадение волос на голове, бороде, туловище, под мышками и на лбке; резко бросается в глаза выпадение ресниц и бровей.

28/XII. На ладонях, подошвах и у лодыжек появились небольшие трещины. Резкое ограничение движений кисти, пальцев и стопы. Значительное утолщение и уплотнение эпидермиса подошв и ладоней, особенно в области thenar'a и hypothenar'a. Большое скопление чешуй. Пластины крупные, особенно на ладонях и подошвах, где они снимаются пластами; чешуи держатся более плотно, но вся постель и белое усыпаны ими. Кожные покровы инфильтрованы и, несмотря на прогрессирующие исхудание, натянуты, особенно на лице; мимика совершенно отсутствует. Выпадение волос везде прогрессирует, особенно под мышками и на лобке. От предложенной биопсии больной отказался.

6/I 1923 г. Ресницы и брови значительно поредели, то же наблюдается и на лобке; в подкрыльцевых ямках не осталось ни одного волоса; на бороде и голове выпадение волос продолжается. Ногти на пальцах рук и ног потеряли свой блеск, желтоваты, утолщены, рыхлы, на них появились поперечные бороздки. Паховые и подкрыльцевые железы резко увеличены.

15/I. Краснота и шелушение на туловище менее интенсивны. На верхних и нижних конечностях, особенно на предплечье, нижней части бедра и верхней части голени, шелушение еще сильно, на тыле кисти и стопы эпидермис сходит большими пластами. Припухание лимфатических желез несколько меньше. Изменение ногтей прогрессирует.

30/I. Краснота и шелушение временами уменьшаются, чешуйки на теле отрубевидны, на нижних конечностях пластинчатые; кожа местами менее гиперэмирована. Ногти в том же виде, отросли, но остричь их больной не дает.

5/II. Ухудшение: краснота и шелушение на всех покровах сильнее; t° 37,2°; больной покашливает, но перкуторных изменений со стороны легких нет; слышны хрипы.

10/II. Резкое улучшение: гиперэмия и шелушение меньше, движения кисти и стоп свободнее, трещины зажили; гиперкератоз ладоней и подошв значительно уменьшился; наклонность к поносам прекратилась, больной заметно поправляется, появляется мимика.

20/II. Шелушение на конечностях и туловище изменило свой характер: пластинки более тонки. На лице и кое-где на туловище кожные покровы почти нормального цвета. Отечность лица совершенно исчезла, и мимика почти восстановилась. Гиперкератоз ладоней и подошв почти сполна прошел, больной свободно сжимает кулаки, ходит, значительно прибывает в весе. В конце февраля, по собственному желанию, он выписался.

15/III. Л. явился для вторичной демонстрации в Обществе Врачей. Заметно пополнил, работает на фабрике. Кулаки сжимает отлично; отмечает лишь незначительную сухость кожи ладоней; на подошвах кожа нормальная, покровы лица и конечностей также почти нормального цвета, шелушения почти нет; на груди кое-где незначительными участками краснота и шелушение. Лимфатические железы лишь слегка увеличены. В подкрыльцевых ямках появились волосы, на голове и лобке они более густы, более мягки и шелковисты. Ногти в том же виде, но коротко острижены.

В последних числах апреля Л. снова поступил в клинику вследствие ухудшения, наступившего за неделю до этого, когда снова безлихорадочно развились краснота и шелушение всех покровов; однако уже через неделю по поступлении в клинику они значительно уменьшились, и в середине мая больной выписался почти без всяких болезненных явлений. Дальнейшая судьба больного мне неизвестна, но есть основания думать, что болезнь у него не возвращается.

Лечение в нашем случае состояло в ежедневных теплых продолжительных ваннах с последующим смазыванием кожи рыбьим жиром (другие мази, даже индифферентные и простой вазелин, не переносились.—получалась бо́льшая гиперэмия кожи). Внутрь, помимо других симптоматических средств, больной систематически получал мышьяк, железо, рыбий жир; применялось также усиленное питание с преобладанием молока.

Благоприятное течение и исход заболевания в данном случае, несмотря на периоды ухудшения и даже полный рецидив, довольно быстрое (в течение 2—2½ нед.) развитие полной клинической картины, уплотнение кожи, местами отек ее, а не атрофия, по преимуществу пластинчатое, а не отрубевидное шелушение, местами отторжение даже целых пластов, припухание лимфатических желез—все это дает нам право исключить

здесь pityriasis rubra Hebrae и высказаться за dermatitis exfoliativa в его подострой форме, хотя у нашего больного отсутствовал один признак, отмечаемый большинством наблюдателей, — лихорадочное состояние; но больной до поступления в клинику провел дома 7—8 дней, и возможно, что за это время оно и наблюдалось.

Сравнительно медленное развитие полной картины, преобладание шелушения над гиперемией, а не наоборот, позволяют нам исключить идиопатическую скарлатиноподобную эритему, которая развивается, как известно, при продромальной температуре 38—40°, плохом самочувствии, болях в груди, кишечных расстройствах. Через 24—48 час. при этой форме обнаруживается скарлатиноподобная краснота в пахах и нижних конечностях, откуда она распространяется по всему телу. Иногда при этом образуются группами пузырьки, потом засыхающие. На 3-й—4-й день наступает шелушение, которое к 10-му дню заканчивается, задерживаясь значительно дольше на кистях; чешуи, правда, бывают очень сходны с таковыми же при dermatitis exfoliativa; сходство еще более увеличивается, когда поражаются волосы и ногти, но в общем процесс при скарлатиноподобном дерматите более локализованный, здесь преобладает краснота, а не шелушение.

Все вышесказанное позволяет нам трактовать наш случай, как dermatitis exfoliativa subacuta.

Русская литература, насколько я мог с ней познакомиться, небогата описаниями данной болезни, — мне известны лишь случаи Кюзеля, (опубликован в протоколах Московского Венер. и Дермат. Общества за 1905 г.), Коцаренко (о котором уже упомянуто выше), Иордана (Русск. Журн. Кожн. и Вен. Бол., 1908 г.), Гефтера (там же, 1912 г.) и Панфилова (Мед. Об. за 1913 г.); наш случай, таким образом, является шестым в отечественной литературе. Притом же во всех 5 перечисленных случаях имела место хроническая, а не подострая форма болезни.

Этиология эксфолиативных дерматитов неизвестна; указывают на ознобления и нервные потрясения, на ужасы, пережитые нами в течение империалистической и гражданской войн, когда обе указанные причины могли действовать одновременно на ослабленный хроническим недоеданием организм дали нам много неврозов, отмороживаний, кровоизлияний и отеков кожи, но не дали шелушащихся дерматитов.

Картина шелушащихся дерматитов, которая наблюдается при ряде лекарственных (хинин, ртуть, сальварсан, хризаробин и т. д.) и инфекционных интоксикаций, наводит нас на мысль, — не имеем ли мы и при dermatitis exfoliativa subacuta дело с токсинами из кишечника, действующими через кровь на симпатическую нервную систему и поражающими центры сосудодвигателей и трофических нервов; за это говорят и отмечаемые авторами при данной болезни расстройства кишечника — то поносы, то запоры. С другой стороны припухание лимфатического аппарата, а в некоторых случаях и селезенки, и наличие рецидивов наводят на мысль, не идет ли здесь дело об инфекционном заболевании, причем или само заразное начало, или продукты жизнедеятельности микробов поражают симпатическую нервную систему, скорее всего центрально, ибо в некоторых наблюдениях поражение локализовалось слишком симметрично (подобный случай наблюдался мною в клинике в 1924 г. и доло-

жен в Научном Обществе Врачей при Медфаке Уральского Университета моим сотрудником д-ром Фишбейном). Для выяснения этого вопроса нужны дальнейшие наблюдения вообще и за каждым случаем в частности, так как в некоторых случаях, где вначале был поставлен диагноз *dermatitis exfoliativa*, в дальнейшем развивался *mucosis fungoides*, лейкемия, а еще чаще—псевдолейкемия.

D-r I. A. Lewin (Swerdlowsk). Zur Dermatitis exfoliativa universalis subacuta (Wilson's Krankheit).

Beschreibung eines Falles dieser Krankheit bei einem 54 J. alten Manne, wo die Krankheit unter symptomatischer Behandlung, trotz zeitweise Verschlimmerung und sogar eines vollen Recidivs, im allgemeinen aber einen günstigen Verlauf und Ausgang hatte.

К казуистике изнасилований.

(Судебно-медицинская экспертиза).

Д-ра Ц. Ю. Ротштейна.

(С 2 рис.).

В Казанском суде не так давно слушалось дело об изнасиловании девочки К. Е., 7 лет, проживающей в одном из приютов г. Казани, истопником этого приюта И. С-м, 32 лет. В качестве экспертов были командированы я и д-р Я. Д. Печников. Экспертиза была произведена нами при участии профессоров В. С. Груздева и В. П. Неболюбова и судебного врача О. И. Корчажинской.

Случай этот тем более заслуживает нашего внимания, что девочка находилась как раз в таком возрасте, который преобладает в случаях изнасилования. Так, Casper и Liman, разобрав материал в 340 случаев изнасилования, нашли, что возраст потерпевших был следующий:

от 2 ¹ / ₂	до 3 лет	8 девочек
" 3	до 6 "	59 "
" 7	до 10 "	131 "
" 11	до 12 "	55 "
" 13	до 14 "	47 "
" 15	до 18 "	23 девушки (женщины),
" 19	до 25 "	12 " "
" 30	лет	1
" 32	лет	1
" 35	лет	1
" 47	лет	1
" 68	лет	1

Из этого материала мы видим, что наибольшее число случаев изнасилования (131) относится к возрасту от 7 до 10 лет, причем из всего числа изнасилований более 74% относятся к детям моложе 12-летнего возраста.

Мержеевский приводит данные относительно 794 случаев изнасилования (в том числе 616 случаев Tardieu и 178 собранных им самим из разных источников). Возраст изнасилованных располагается тут следующим образом:

моложе 11 лет	401 случай,
от 11 до 15 "	209 "
от 15 до 20 "	125 "
старше 20 "	41 "
неизвестного возраста	18 "

И здесь, т. о., преобладают девочки до 11 лет. Сложив оба итога, мы получим 1.134 случая, из которых 599, т. е. более половины, относятся к девочкам, не достигшим 11-летнего возраста. Самой младшей из них было 18 месяцев (Tardieu).

Интересную статистику изнасилований дает Thoipol. В одном году во Франции таких преступлений было 830, из них над детьми 650 случаев, т. е. больше 78⁰/₀; в другом году таких случаев было всего 679, из них над детьми 601, т. е. больше 88⁰/₀.

Tardieu сообщает, что за 25 лет во Франции были вынесены приговоры по 22,017 делам об изнасиловании; в этом числе было 17,657 дел об изнасиловании детей, т. е. больше 80⁰/₀.

Таким образом из всех приведенных цифр явствует, что везде случаи изнасилования детей значительно преобладают над взрослыми, равняясь приблизительно 74—88⁰/₀.

Что касается возраста насильников, то он обычно относится к 20—30 годам, вообще же по литературным данным этот возраст колеблется в очень широких пределах, начиная с 9-летнего и кончая 80-летним (Winckel).

По мнению Tardieu преступления над детьми встречаются несравненно чаще в городах, особенно в больших, а по мнению Bloch'a большой процент таких преступников составляют лица, которые по обязанностям своей службы вращаются в обществе детей, как, напр., прислуга, учителя, заведующие и служащие в сиротских приютах и т. п. Приводимый нами случай подтверждает это мнение.

Девочка К. Е. показывает, что в бытность ее в приюте истопник последнего И. С. неоднократно, иногда по 3 раза в день, приходил в приют и брал ее к себе на квартиру, находящуюся тут же во дворе. Здесь, как можно судить по показаниям девочки, истопник пытался иметь с ней неоднократный coitus, чем причинял ей большую боль; часто из половых частей показывалась при этом кровь. Мать замечала, что дочь ее постоянно хворает, и потому взяла ее из приюта домой. Тут через два дня она заметила, что у дочери имеются язвы в области половых

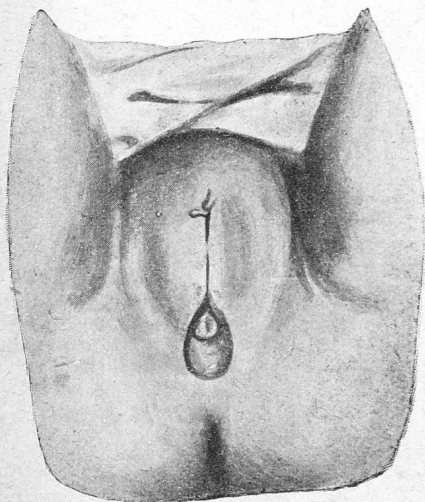


Рис. 1.

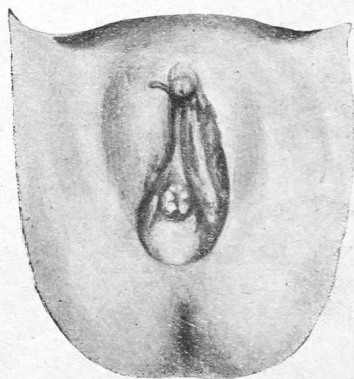


Рис. 2.

частей, и обратилась с ней в клинику проф. В. С. Груздева, где, не объясняя обстоятельств дела, просила осмотреть девочку и помочь ей. В амбулаторном журнале клиники значится, между прочим, что К. Е. больна 2 недели,—у нее распухли половые губы и идут крови. При объективном исследовании оказалось, что большие губы у девочки опухли, на внутренней их поверхности и в fossa

navicularis имеется язва с ровным, покрытым распадом дном, без воспалительного венчика; в области introitus, ниже orif. urethrae, тоже язва, покрытая некрозированной массой. Orif. urethrae изъязвлен, кровоточит. Для выяснения природы язвы с поверхности ее взят мазок для микроскопического исследования, и матери девочки было предложено зайти через день, когда выяснятся результаты исследования.—кстати, не обнаружившего в язве ни гонококков, ни Vincentовских вибрионов,—чтобы узнать, как надо лечить девочку. Мать, однако, в клинику не явилась, и девочка после этого лечилась у разных врачей, а затем поступила в Кожно-Венерическое отделение Казанского Клинического Ин-та для стационарного лечения. В это время из наружных половых частей у нее выделялась слизисто-гнойная жидкость, большие губы находились в слегка-отечном воспалительном состоянии, слизистая была несколько разрыхлена, в области fossae navicularis имелась рубцовая ткань блестяще-белого цвета, гонококки не были обнаружены, для лечения была назначена примочка из aqua plumbi. Под влиянием этого лечения воспалительные явления совершенно исчезли, выделения прекратились, и наружные половые органы девочки приняли тот вид, как это было обнаружено при исследовании во время суда.

Исследование это дало следующую картину: девочка К. Е., 8 лет, нормального телосложения, развитая соответственно своему возрасту, производит впечатление тихого, застенчивого ребенка. Цвет видимых слизистых оболочек и кожи, а равно и общее состояние здоровья уклонений от нормы не представляют. В лежачем на спине положении с согнутыми бедрами и коленками, при разведении бедер приблизительно до 70°, половая щель (рис. 1) остается замкнутой прилегающими друг к другу большими половыми губами только в верхней (передней) своей части, на протяжении $4\frac{1}{2}$ сент., в нижней же (задней)—зияет на протяжении $4\frac{1}{2}$ сент., с поперечником слева направо в $1\frac{1}{2}$ сент. и с углублением в $2\frac{1}{2}$ сент. Большие губы нормально развиты. Зияющее углубление половой щели имеет вид неправильного усеченного конуса с основанием кнаружи и верхушкой в глубину половых органов. Нижняя (задняя) поверхность конуса занята блестящим рубцом, выше которого видна розовая слизистая. При сведении пальцами больших губ в месте, где кончается их пигментированная поверхность, а также складка кожи между большими губами и внутренней поверхностью бедер, половая щель оказывается искусственно удлиненной на 3 сент. Из закрытой половой щели вверх выступает крайняя плоть клитора. Расстояние между нижним концом половой щели и задним проходом равно 1 сент.

При полном разведении бедер и больших половых губ половые органы девочки имеют следующий вид (рис. 2): малые губы совершенно деформированы, и от них осталась с левой стороны лишь небольшая складка кожи в области нижней части малой губы, а с правой—небольшой лоскуток, имеющий в длину около 1 сент. Внутренняя поверхность больших губ суха, пигментирована с обеих сторон спереди в виде полосок, имеющих в поперечнике $1\frac{1}{2}$ —1 сент., на остальном протяжении поверхность их рубцово перерождена, имеет блестящий бледно-розовый вид, нежна наощупь. Книзу (сзади) этот рубец, простираясь на протяжении 1 сент. и имея полудлунный вид, резко переходит под тупым углом приблизительно в 120° в плотный наощупь, туго натянутый рубец, идущий справа налево и поднимающийся к наружному отверстию мочеиспускательного канала, вследствие чего получается впечатление сращения с передней стенкой влагалища; с обеих сторон образующейся таким образом спайки имеются два углубления, в виде глухих карманов. При попытке провести через эти углубления хирургический зонд с пуговкой в $\frac{1}{2}$ мм., слева и под отверстием уретры это совершенно не удается, а справа зонд проходит во влагалище вдоль его стенки с некоторым затруднением. Девственная плева совершенно отсутствует. Выше рубца находится orif. externum urethrae, имеющее несравненно большую величину, чем это обычно наблюдается в данном возрасте, окруженное слизистой оболочкой нормального цвета, выступающей в виде круглого валика, и очень низко расположенное.

Гр-ну И. С. было предъявлено обвинение в половом сношении с лицом, не достигшим половой зрелости, сопряженное с растлением и заражением венерической болезнью. Следовательно, экспертизе пришлось решать прежде всего вопрос, насколько по имеющимся изменениям половых органов девочки Е. можно судить, что с нею делались попытки к половому сношению со стороны взрослого мужчины.

Если попытки к coitus'у повторяются больше, чем 1—2 раза, то наружные половые органы девочек принимают характерный вид,—у них получается, по выражению T u l m u s c h'a, „воронкообразный вход во влагалище“, являющийся как-бы прямым оттиском glandis penis. Tardieu из 270 случаев попыток к совокуплению с детьми подметил такое характерное воронкообразное расширение входа влагалища в 86 случаях, притом почти исключительно у малолетних девочек. Дно воронки занимает обычно девственная плева, которая, по Casper'у, у подвергавшихся изнасилованию детей до 10—11-летнего возраста,—а по Мержеевскому — от 7 до 9—10-летнего возраста, — почти никогда не разрушается.

У нашей больной мы имели как раз эту характерную воронку, но рубцово перерожденную. Установив этот факт, мы должны были затем высказаться по существу, т. е. были ли совершены coitus с девочкой К. Е.

В определении самого понятия о половом сношении у различных авторов существуют разные взгляды. По мнению одних (Beauni, Fritsch, С м о л ь с к и й) необходимым условием его является immissio penis in vaginam. Другие авторы (Taylor, Draper, Schütze, К о с о р о т о в) дают акту совокупления другое определение, считая его совершившимся не только при immissio penis in vaginam, но и при conjunctio membrorum, т. е. механическом соединении наружных половых частей обоих лиц.

Мы встречаемся здесь, таким образом, с двойственностью, которая может легко повести к разногласию среди экспертов, каковое разногласие и имело место в одном случае между проф. К о с о р о т о в ы м и С м о л ь с к и м. Для устраниения этой двойственности самым подходящим, по нашему, является определение понятия о совокуплении, данное проф. В. С. Груздевым: по его мнению, с физиологической точки зрения совокуплением следует считать такое соединение половых частей мужчины и женщины, при котором возможно зачатие. А это возможно, как мы знаем, и при извержении семени не только в вагину, но и в introitus vaginae женщины.

Исходя из такого определения, мы для установления факта совокупления с девочкой К. Е. могли совершенно не касаться состояния ее влагалища, а также вопроса о том, произошло ли тут immissio penis, и был, или нет, разрыв девственной плевы. Большие разрушения в наружных половых органах девочки, которые привели к полному рубцовому зарощению входа во влагалище, можно объяснить тем, что при первой попытке к coitus'у эти органы были сначала повреждены с образованием разрыва. В дальнейшем, вследствие того, что подобные попытки к совокуплению повторялись часто, нанося все большие и большие повреждения, первоначальная рана не заживала и изменила свой характер, превратившись в язву. Грануляционная ткань последней, вероятно, при каждом совокуплении разрушалась, почему размеры и глубина язвы увеличивались. Далее, вследствие нечистого содержания язвы загрязнялась, что увеличивало воспалительный процесс и делало как язвенную поверхность, так и близлежащие ткани еще менее способными к сопротивлению при повторных попытках к coitus'у.

Таким образом уже данные простого осмотра наружных половых частей девочки Е., а именно, наличие зияющего углубления с по-

перечником в $1\frac{1}{2}$ ст. и глубиной в $2\frac{1}{4}$ ст. в нижней части замкнутой половой щели, рубец, поднимающийся кверху не с переднего конца спайки больших губ, а отступя от него на 1 ст., затем разрыв промежности на 3 ст.—с очень большой вероятностью говорят за то, что с потерпевшей неоднократно имел coitus взрослый мужчина.

Dr Z. J. Rotstein (Kasan). Zur Kasuistik der Notzucht.

Ein Fall von Notzucht an einem 7-jährigen Mädchen von Seiten eines 32-jährigen Mannes, wobei sich am Eingang in die Scheide infolge wiederholter Versuche zum Coitus eine charakteristische trichterförmige Vertiefung entwickelte („trichterförmiger Eingang in die Scheide“ von T u l m u s c h).

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Психогенные причины соматических симптомов в гинекологии и акушерстве, психоанализ и психотерапия их*).

Д-ра Б. С. Тарло (Казань).

Локалистический взгляд на происхождение и лечение болезней, долго господствовавший в медицине, в частности в гинекологии, особенно утвердился во второй половине XIX века, когда целлюлярная патология Virchow'a, искавшая в органах *sedes morborum*, овладела общей медицинской мыслью. Блестящее развитие хирургии, совпавшее с победоносным шествием бактериологии, антисептики и асептики, не побуждало к переоценке этого взгляда на сущность болезни. Вскоре, однако, поднялась реакция по отношению к Virchow'sкой целлюлярной патологии. Богатые результаты серологии и гематологии, изыскания по иммунитету и пр.—трудно совмещались со старыми основными взглядами на патологию. Еще больше содействовали повороту во взглядах на сущность болезней учение о внутренней секреции и учение о конституциях (Martius).

Поворотный пункт во взгляде на гинекологическую патологическую физиологию намечался уже 20 лет тому назад, когда Bossi даже настоящие психические болезни у женщин советовал лечить гинекологическим вмешательством. Позже отдельные гинекологи также не оставляли мысли о глубокой связи между «душой» и «телом», в частности половыми органами. Утверждению последнего направления немало способствовали труды Freud'a и Breuer'a об истерии. Они обогатили наши познания введением понятий об определенных влечениях, управляющих жизнью нашего тела (взятого в целом) как сознательно, так еще более полусознательно и бессознательно. Введенные в науку новые понятия,—как „извлечение удовольствия“ (*Lustgewinn*) и „сопротивление неприятному“ (*Unlustmeiden*),—внесли значительную ясность в вопрос о некоторых этиологических моментах гинекологических заболеваний.

Расширяя учение Freud'a, ученик его Adler, основоположник индивидуальной психологии, ввел понятие „влечения к силе“ (*Machttrieb*). По его взгляду, вследствие болезненности органа создается препятствие для выявления этого влечения, и образуется маскирование этого сознания слабости, из которого затем рождается „бегство в болезнь“ (*Flucht in die Krankheit*). Под этими новыми названиями скрывается смысл, уясняющий мощные силы, способствующие проявлению условного рефлекса между „душей“ и функцией органа.

Помимо указанного психического фактора мы должны считаться с эготизмом женщины. Без этических тормозов этот эготизм вскоре должен привести к конфликтам с заложенным в личности более высоким чувством долга к обществу. Из этой борьбы, ведущейся между влечением своего „я“ и этическим „я“, может также образоваться надрыв, который, хотя и обоснован душевно, но может быть выражен органически.

Мы знаем из общей психологии женщин, что ее аффективность сильнее, чем у мужчины. Маятник настроений у нее редко стоит на индифферентном пункте,—он качается так же сильно в сторону симпатий, любви, как в сторону антипатий и ненависти.

*) Сообщено в Акушерско Гинекологической секции Общества Врачей при Казанском Университете.

Так же возбуждима фантазия женщины. Обладая способностью легко ассоциировать, последняя столь же легко поддается разным психическим расстройствам, создающим в отдельных органах условные рефлексы, в особенности часто в области половых органов, так как общее течение ее жизни и переживаний тесно связано с функциями, секретцией и инкрецией гениталий.

Раздвоение между „я“ и обществом, любовью и этикой создает, благодаря аффективности женщины и ее богатой фантазии, так называемую „двойственность“ (Ambivalenz Bleuler's), разрыв чувств, склонность, даже потребность откладывать в сексуальную сферу все психически обусловленное.

Этой психической неустойчивости, являющейся источником целого ряда гинекологических тяготений, изучению которых мы обязаны современной психологии, часто могут благоприятствовать известные соматические особенности.

Учение Kretschmer'a об условном, причинном соотношении между строением тела и характером научили нас рассматривать человека в целом. Мы, гинекологи, должны из его системы позаимствовать два частых типа: циклотимический и пизотимический.

Mathes по отношению к нашей дисциплине рельефно охарактеризовал эти два типа. К первому типу относятся женщины с пикническим *habitus*'ом, настроенные к жизни позитивно. Женщины этого типа большею частью являются образцовыми девушками, матерями и охранительницами своего домашнего гнезда. Второй, шизотимический, тип характеризует женщину астенической конституции. Эти женщины обычно тягостятся жизнью, настроены по отношению к ней негативно, пессимистически. Кортикальная гиперэстезия у подобных субъектов рождает разного рода неврозы (Angstneurose), рефлекс которых органически отражается на половой сфере.

Благоприятной почвой, способствующей образованию подобных настроений, являются: органическое недоразвитие в виде гипопластического типа, инфантилизм, птотический тип, врожденная ретрофлексия матки и общий комплекс гипо-и дисфункции яичников.

Liermann, которому мы обязаны разработкой учения о психогенетических моментах в гинекологии, ввел новое, очень удачное понятие *Vulnerabilität der Frau*, подчеркивая этим, что половая жизнь женщины на всем своем протяжении протекает у нее под знаком „раны и крови“. Таковы созревание фолликула и разрыв его, менструация, дефлорация. Беременность, роды, послеродовой период, тем более патологический исход беременности, преждевременные роды,—все это проходит под знаком травмы. Наконец, угасание сексуальной функции у пожилых женщин также сопряжено с более или менее резко выраженными аномалиями кровотечений. Неудивительно поэтому, что такое аффективное и богато-фантастическое существо, как женщина, в жизни которой красной нитью проходят „кровь и рана“, склонно очень легко уделять особое внимание этим своеобразным явлениям своих органов, важным как с филогенетической, так и родосохраняющей точки зрения.

От сильной озабоченности до страха и от последнего до невроза—только маленький шаг.

Психические причины могут обусловить каждый из главнейших гинекологических симптомов: кровотечения, бели, боли.

К душевным причинам, вызывающим расстройства менструальной функции, прежде всего относятся остро влияющие психические травмы и в особенности—аффекты неприятного свойства, как, напр., внезапные сообщения о смерти, несчастья на железной дороге, разбитые надежды, тяжелые впечатления. Наступление менструации на пути женщины к гинекологу или в ожидании операции относится к явлениям этого именно порядка.

Виды менструальных расстройств могут быть различны. По мнению Maueg'a, аменоррея военного времени объясняется этими аффектами. Интересно отметить, что одна и та же женщина может совершенно по разному реагировать на один и тот же психический инсульт, который на нее воздействовал в различное время: у нее наступает то аменоррея, то кровотечение. Обычно эти женщины до психической травмы особых отклонений от нормы не представляют, но у иных уже может быть предрасположение к восприятию душевного инсульта. Немало среди этих женщин ваготоников (80% по Mosbacher'у).

Затем имеют также значение расстройства внутренней секреции, базедова болезнь, аффективность и пр.—все это состояния, предрасполагающие к аномалиям менструации. Помимо остро влияющих душевных моментов, здесь играют роль

и длительные душевные расстройства. Известный пример такого длительного влияния мы имеем в раннем наступлении менструации у городских девиц, в противоположность деревенским. Известна также аменоррея при депрессивных психозах. Примером психогенной аномалии подобного рода может служить, наконец, аменоррея под влиянием страха беременности.

Weber полагает, что психические возбуждения, как страх, могут отводить кровь с поверхности туловища к области *splanchnicus*, а так как сосуды этой области и матки функционально общи, то становится ясным, почему маточные кровотечения могут появиться под влиянием неприятных аффектов. Менее понятно наступление аменорреи психогенного характера. Но возможно, что здесь действует общий закон физиологии,—слабый раздражитель ведет к возбуждению дилататоров с расширением капилляров, а более сильное раздражение возбуждает констрикторы с сужением капилляров.

Maueг объясняет расстройство менструальной функции изменениями во взаимоотношении желез с внутренней секрецией под влиянием психического инсульта. Допустимо, напр., что надпочечная железа, подвергаясь этому влиянию, выделяет избыток адреналина в кровь (Schur, Wiesel, Hedinger, Schut-ter).

Наконец, различное действие душевной травмы, вследствие чего в одном случае она ведет к аменоррее, в другом—к кровотечениям, может зависеть от соотношения тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы. Некоторые авторы (Weber, Citron, Kurella) полагают, что представления, внушения, самовнушение могут тоже иметь влияние на маточные кровотечения. К этому склоняется и такой критический исследователь, как Marchand.

Некоторые женщины утверждают, что интенсивным волевым актом они могут задержать у себя наступление менструации. Hegarty удавалось посредством внушения вызвать менструацию. Stemmer часто добивался психическим влиянием прекращения как преждевременно, так и в срок наступившей менструации.

Здесь могут иметь значение также заранее подготовленное представление о болезненности акта менструации, воспитание со стороны семьи и школы, форма разъяснения этого физиологического акта, религиозное чувство, чувство стыда, обычаи и т. д.

Интересным является наступление так называемой „поздней дисменорреи“, причина которой кроется в протесте против нежелательных обстоятельств жизни, в половых переживаниях и влечениях. Не без влияния на такую дисменоррею оказываются самоупреки, угрызения совести у девушек с сильным половым влечением, обращающихся к онанизму или половым сношениям и жаждающих боли, которую они воспринимают, как искупление за совершенные грехи. Вообще дисменоррея зависит также от степени полового влечения в самом начале менструального периода и в первое время половой зрелости, создавая в патологических случаях так называемый „невроз половой зрелости“. Связано ли это сексуальное переживание с определенным конституциональным типом, как это полагают Mathes и Hirsch,—Maueг сомневается.

Иногда незначительное расстройство менструальной функции, в особенности у невест, легко вызывает страх заболеть, страх потерять способность к супружеской жизни, к родовому акту,—обстоятельства, которые влекут за собой возможности физических страданий во время менструации.

Дисменоррея у молодых замужних женщин тоже может иметь психогенную почву: здесь играют роль нежелание иметь ребенка и способ посвящения мужем жены в половую жизнь.

Нужно указать еще на психотравматическую форму дисменорреи, описанную проф. Эдельбергом,—форму, которая, по его словам, современными гинекологами почти всецело игнорируется. Психотравматическая дисменоррея—это та форма, при которой менструальные боли непосредственно связаны с душевной травмой. Картина ее вполне совпадает с обычной картиной травматического невроза. Автор особенно обращает внимание на невроз от испуга (Schreckneurose).

Дик (Москва) полагает, что в понятие дисменорреи необходимо включить периодические расстройства душевной деятельности, совпадающие с менструацией. Многие случаи дисменорреи, которые раньше принимались за дисменоррею механического происхождения, должны быть отнесены к душевным переживаниям. Дисменоррея нередко исчезает, когда болезненные ощущения могут быть отвлечены к другим областям.

Целый ряд жизненных явлений у женщины, начиная с отроческого периода, проходит у нее под знаком страха. Первая менструация, дефлорация, половое сношение в первое время после дефлорации, беременность с ее осложнениями, в особенности при современных социальных условиях, наконец, целый ряд обычных гинекологических заболеваний—создают сумму беспокойств и страхов, являющихся причиной психосексуальной травмы. Последняя могла-бы быть смягчена, даже устранена, если-бы мужья были лучшими психологами, знатоками женской души и особенно были-бы более деликатными при посвящении женщины в половую жизнь.

Что касается неврозов климактерия, то, конечно, общие и местные заболевания этого периода являются большею частью следствием изменения внутрисекреторных функций, но все же некоторые заболевания имеют и чисто-психическую подкладку. Быть женой и матерью является основным содержанием жизни женщины. Исчезновение менструальной функции напоминает ей о том, что ее роль в некоторых направлениях сыграна. Много также зависит от отношения мужа к женщине в этом периоде. Перед некоторыми стареющими женщинами возникает жизненный для них вопрос,—обладают-ли они еще привлекательностью для мужа. Из опасения потерять значение в качестве полового существа может родиться стремление фиксировать на себе интерес мужа заменяющими средствами, как болезнь, вызывая этим к себе сожаление. Поэтому некоторые климактерические явления—это последняя борьба за блекнущую красоту. Но тому, как женщины вступают в климактерий, их можно разделить, по Kugler'y, на три группы, построенные La ng'oй Marholm: церебральную, сентиментальную и типа „grande amoureuse“ французских авторов. Женщина церебрального типа поглощена размышлениями над своими вазомоторными расстройствами; женщина сентиментального типа вызывает еще к жалости к ее тяжелым страданиям, а женщина типа „grande amoureuse“—это настоящая женщина и мать; она вступает в климакс с достоинством, хотя все же скорбь об угасании ее мощного святого влечения является и для нее источником депрессивного ее состояния.

И другие заболевания в области полового аппарата, не связанные с менструальной функцией, тоже могут иметь под собой психогенную почву. Сюда прежде всего можно отнести вагинизм, психогенные корни которого всесторонне изучены Walthard'ом.

Основываясь на данных физиологии, экспериментальной и клинической психопатологии, Walthard, разбирая патогенез психически обусловленных симптомокомплексов в женских половых органах, различает таковые в *pars copulationis* и в *pars gestationis*.

В первых он различает симптомокомплексы „готовности“ (*Bereitstellung*) и „защиты“. Последний выражается замыканием *partis copulationis*, т. е. судорожным сокращением мышц, препятствующих выполнению нормального полового акта (*vaginismus*) и нечувствительностью в этой области (*frigiditas*), а также „бегством в болезнь“ (*Flucht in die Krankheit*) указанной системы органов.

Психические причины вагинизма многообразны: неделикатность и грубое обращение мужа, самоупреки в половых сношениях до замужества, отвращение к предупредительным мерам или непривлекательность способа полового сношения, женственность мужа, семейные неурядицы. душевная связь с другим мужчиною,—все это может вызвать тяжелое, судорожное состояние всей мускулатуры таза и бедер. Половые перераздражения частым онанизмом играют здесь также немалую роль. Flatau указывает еще на одну из причин, ведущих к вагинизму, называя носительницу этого страдания „жертвой современного квартирного кризиса“. Walthard тоже смотрит на вагинизм, как на невроз страха в смысле условного рефлекса.

И целый ряд других расстройств половой сферы нередко имеет под собой психогенную почву, как, напр., боль в крестце, в подвздошно-паховой области, *sosyugodnia*, чувство набухания в наружных гениталиях, *pruritus*, галакторрея, и также расстройство функции мочевого пузыря в виде частого мочеиспускания и судорожного сокращения пузыря.

Бели (*fluor albus*), в особенности белые, для устранения которых еще до настоящего времени широко и часто безрезультатно применяют спринцевания, смазывания, выскабливание,—часто бывают психогенного происхождения. При отсутствии анатомических изменений они нередко являются результатом гиперсекреции астенически недостаточной железистой системы, но во многих случаях их причину надо искать в чисто-психических моментах. Представления сексуального

характера, воспоминания о половых переживаниях, вожделения, радость или печаль о прошедшем, желание иметь ребенка, страх, смущение по поводу какого-нибудь явления, забота, тоска—все это может быть их причиной, тем более, что, как мы знаем из учения Павлова, все железы вообще сильнее реагирует на мозговой возбудитель.

Объясняя появление белей, Мауег говорит, что всякого рода представления, даже бессознательные, могут повести к гиперемии и гиперсекреции желез полового аппарата. Другой путь психического происхождения белей может идти через яичники. Главным образом французские авторы полагают, что яичники имеют обширное влияние на тургор кожи наружных гениталий, секрецию половых желез, а также на питание и десквамацию эпителия влагалища и матки. Часто на психогенное происхождение белей еще указывает то обстоятельство, что при отвлечении внимания и во время работы они прекращаются, но снова появляются, когда больные предоставлены самим себе.

Могут ли душевные переживания вызывать анатомические изменения в органах, может-ли, напр., с изменением менструального типа морфологически измениться слизистая оболочка матки? Мауег, несмотря на детальное изучение вопроса, не может этого утверждать; с другой стороны Hofstätter'y удалось наблюдать пигментирование белой линии и типическую *chloasma uterinum* при множественной беременности. Sellheim высказывает предположение, что при страстном неудовлетворенном желании иметь ребенка психически может быть оказано влияние на яичники в смысле их раздражения, следствием чего могут наступить изменения в них. Родимые пятна, происхождение которых так интересует акушеров, некоторые склонны объяснять испугом беременной.

Подяпольский допускает влияние духа на тело за пределами личности в потомстве (наследственность), имеющее свое выражение в появлении родимых пятен и уродств, которые отвечают зрительным и осязательным впечатлениям матери во время беременности, воспринятым внезапно в эмотивный момент. Таким образом автор допускает психогенную наследственность. „Не парадокс,—говорит он,—что психика влияет на химию и физику“.

Далее, известно, что аборт может наступить под влиянием целого ряда душевных инсультов, как, напр., внезапный испуг, катастрофическое происшествие, взрывы, железнодорожные несчастья, землетрясение и пр. Повидимому, здесь играет роль прилив крови под влиянием указанных моментов и образование ретроплацентарных кровоизлияний. Кроме того, та же гиперемия может вызвать родовые схватки, или последние могут непосредственно возникнуть чисто-нервным путем.

Рвота беременных часто имеет психическое происхождение. Молодая женщина, жаждущая с нетерпением беременности, при задержке менструации ждет момента наступления рвоты, и последняя может под влиянием самовнушения появиться. Часто рвота появляется под влиянием неприятных аффектов, как неприязнь к мужу (протест против него), нежелание иметь ребенка по целому ряду причин (социальное положение, боязнь тяжести беременности, послеродовых заболеваний). В рвоте беременная получает союзника для достижения своей цели—освободиться от ребенка. Часто, если удается пробудить в женщине материнское чувство, то в последнем мы имеем верное средство в борьбе с рвотой беременных.

В противоположность этой группе беременных замечательно, что те из них, которые должны по каким-либо причинам скрывать свою беременность, или те, которые окончательно решили избавиться от нее, как правило, рвоты не имеют. Интересен еще тот факт, подмеченный некоторыми авторами, что при беременности от незаконного сожителства у социально неимущих, с более низким культурным уровнем, рвота бывает редко.

Наконец, душевные моменты могут влиять на течение родовых схваток. Уже в старой литературе есть указания, что аффекты неприятного свойства ухудшают хорошие схватки. Так, сообщают о влиянии разорвавшейся гранаты, появления студентов в родильной комнате и т. д. Далее, известно, что нежелание иметь ребенка по каким-либо причинам остается не без влияния на состояние родовых схваток,—понятно, в смысле ухудшения. Отдельную группу рожениц составляют те, которые уже незадолго до начала схваток родоразрешались оперативным путем под наркозом; эти роженицы даже и надежды не возлагают на естественные силы природы. К последней группе примыкают роженицы, которых родоразрешали в сумеречном состоянии; несмотря на большие преимущества последнего способа, есть основание полагать, что впоследствии он может отразиться на уменьшении способности рожать у нашей современной женщины.

Практически-важным вопросом является, естественно, распознавание гинекологического симптома психогенного характера. Сами больные редко считают причиной своей болезни психический момент, только врач может напасть на его след, особенно там, где после тщательного исследования даже под наркозом он не найдет соответствующего анатомического субстрата. Даже при определенных жалобах на какой-нибудь симптом в гениталиях не нужно забывать о человеке в целом. Необходимо при этом обращать внимание на конституцию пациентки. Естественно, что во время амбулаторного приема очень трудно пользоваться системой Kretschmer'a, требующей довольно много времени; но все же добиться определенного суждения о строении тела, о соотношении отдельных частей туловища при некотором навыке можно. Измерение наклона таза, дающее указание на весьма важную конституциональную недостаточность, благодаря измерительному прибору Flatau, усовершенствованному проф. Kirsteinom (а в последнее время А. Э. Мандельштамом), можно провести в 2 минуты (Flatau).

Такие заболевания, как вагинизм, зуд, жжение в половых органах, чувство выпадения при отсутствии соматических изменений—должны заставить подумать о психогенном их происхождении.

Sigmund Freud в своей Psychopathologie des Alltags советует при исследовании больных обращать внимание на некоторые детали, обнаруживающиеся при опросе пациентки. Иногда важнее то, что последняя охотно забывает рассказать, чем то, что она так пространно описывает; значение имеют также многочисленные бесвязные жалобы, падение в весе без явных на то оснований, плохой сон, возбужденность. Иногда настроение, выражение лица больной подсказывает, что душевно у ней не все обстоит благополучно. Характерен также способ описания своих жалоб: одни больные делают это совершенно безучастно, другие крайне возбужденно. Так как душевные влияния часто бывают психосексуальной природы, то целесообразно при отсутствии других этиологических факторов искать психосексуальный момент. Само собой понятно, тут требуется от врача много такта и ума,—необходимо уметь направлять анамнез, пытаться его углубить и заставить вынырнуть вытесненные представления из-под сознания пациентки через порог стыда, страха и маскировки; при этом нужно вооружиться хорошей дозой скептицизма, имея в виду богатую фантазию женщины.

При исследовании больных надо, далее, справляться относительно нервных заболеваний в других зонах—в сердце, голове, желудке. Flatau предупреждает, что на такого рода исследования врачу, обладающему опытом и диагностической интуицией, много времени не требуется,—сама пациентка своей потребностью исповедаться облегчает врачу его задачу. Но этот способ психоаналитически углубляться имеет и свои опасности: пациентки, в особенности с лабильным, нервным характером, склонны своим симпатиям, доверию и благодарности к врачу довольно легко придавать эротическую окраску, и, как выразился классически Freud, может наступить то, что пациентки начинают знатока их раскрытой души или ненавидеть, или любить, но последнее опаснее всего. Самый тонкий такт, объективное спокойствие и сексуальный нейтралитет будет путеводной звездой, которая выведет врача из Сциллы и Харибды.

Психотерапия в настоящее время является предметом живой дискуссии в литературе, причем находятся горячие сторонники и противники ее. В особенности гипноз, употребляемый в акушерской практике, некоторые авторы начинают переоценивать. Помимо гипноза, здесь применяется целый ряд психотерапевтических приемов, как внушение, самовнушение, психоанализ, персуазия, психосинтез, психагогика и т. д.

Günther v. Wolff, разбирая все вышеуказанные методы лечения, для целого ряда заболеваний отвергает гипноз, указывая, что человек во время гипноза—несовсем безвольное существо. Задаваясь вопросом, кого можно гипнотизировать, он прежде всего исключает истеричек, указывая, что при некоторых обстоятельствах они реагируют на гипноз приступами страха, получают судороги, а иногда параличи, благодаря чему гипноз небезразлично проходит для их здоровья.

Способ действия гипноза—чисто симптоматический: им можно устранить неосложненные расстройства сна, выключить родовую боль и боль при небольших оперативных вмешательствах. Благодарным материалом для лечения гипнозом являются особенно легкие случаи дисменорреи.

Freud в своем основном труде об истерии доказал необходимость причинного лечения. Он развил понятие о подсознательном, в котором покоятся наши забытые воспоминания, вытесненные желания и чувства, которые стоят в противо-

речи с естественными ощущениями и в заключение толкают человека „в бегство в невроз“. Здесь психоанализ открывает подсознательные процессы, разъясняет пациентке, что только бессознательное страшит, а ясное знакомство с причинами устраняет страх.

Психоанализом не ограничивается, однако, каузальный психический метод лечения. Помимо освобождения от внутренних конфликтов необходимо еще душевное воспитание—то, что называется психагогией, представляющей для врача одну из труднейших глав терапии. Flatau говорит, что предпосылка для успеха лечения психотерапией лежит в искусстве господствовать над душой женщины. Надо их душевно так воспитать, чтобы страдалицы поняли, что они должны примириться с их положением в жизни, в какое привела их судьба. Надо их убедить, что в жизни реальности проходят через эгоцентрическую призму, и что одностороннее упорство, направленное на достижение невозможных стремлений и желаний, в лучшем случае только приводит к конфликту с окружающей жизнью и к надрыву в собственной душе. Чувство своего „я“ должно быть оттеснено для блага социальных форм и законов. Разъяснениями и знакомством с естественными проявлениями собственного организма удастся устранить необоснованные страхи. Вполне справедливо некоторые психоаналитики утверждают, что большинство не так страдает от болезни, как от симптомов. Поэтому, помимо психологических влияний, не должно пренебрегать и реальной терапией, цель которой—смягчить соматические симптомы и заставить их исчезнуть из сферы сознания и внушаемости больной (Soué). Помимо этого необходимо поднять тонус у больных спортом в виде гимнастики, плавания и т. д. Свет, воздух, вода, солнце—лучшие союзники врача в деле лечения.

Нельзя не упомянуть еще об одном способе психотерапевтического лечения, который в настоящий момент живо обсуждается в специальной прессе,—это самовнушение (Autosuggestion) (Soué). Этот метод в Швейцарии, Франции, а в последнее время и в Америке создал настоящую эпидемию увлечений, так что во многих местах уже говорят о Souéизме. Некоторые увлекающиеся смотрят на этот метод, как на панацею от всех страданий, даже тяжелых органических, как, напр., рак. Но все же основная мысль этого учения правильна. Вкратце идея его такова, что человек посредством определенного внушения, которое должно сознательно исходить из самого себя, находится в состоянии влиять на свой организм. Что самое оригинальное в учении Soué,—это то, что воля при этом не только не играет никакой роли, но, напротив, при напряжении ее она только мешает. Главное—вера в свою силу.

Günther указывает, что гинекологическая психотерапия особенно применима при таких болезненных состояниях, которые могут быть обусловлены как органическими, так и психическими моментами (fluor, vaginismus, дисменорея, метрорагии, hyperemesis gravidarum). Лечение же неврозов страха, аномалий полового чувства,—короче, всех расстройств влечений и аффектов—должны быть в руках специалистов-психиатров и сексологов. Терапия должна идти при этом по двум направлениям: 1) лечение горестных переживаний (Leidenserlebnisse) и 2) попытка повлиять на органические изменения посредством внушения и самовнушения. Подтверждением возможности психофизических реакций являются классические эксперименты Павлова с искусственной желудочной fistulой у собаки.

Flatau, говоря о профилактике психогенно обусловленных гинекологических страданий, возлагает, с большими оговорками, надежду на евгенику. Очевидно, надо в лечении такого рода больных ждать и неудач, особенно у тех, у которых отсутствует вера в исцеление, а также у тех, которые даже и не желают освободиться от страданий, так как последние у них являются защитным орудием в борьбе против нежелательных явлений жизни.

В заключение необходимо подчеркнуть, что психический метод лечения имеет много недостатков и опасных сторон. Требуется много времени и терпения, затем есть опасность внушить больному то, что не соответствует действительности. Неудача психических методов—часто печальнее оперативных. С психодиагностикой так же обстоит, как и с операцией: в руках опытного и талантливого врача это—благословение, в руках других—несчастье.

Нож высоко поднял современную гинекологию, в особенности большую, но в области малой он зашел слишком далеко. По мнению Maueg'a здесь поле для психотерапии. Обе гинекологии требуют одного цельного врача.

Рефераты.

а) Физиология.

501. *О раздражении сердечных нервов гуморальным путем.* Как известно, O. Löwi показал, что при раздражении n. vagi и n. sympathici изолированного сердца содержимое его получает свойство вызывать в другом сердце соответствующий результат, т. е. замедление сокращений при раздражении n. vagi и ускорение—при раздражении n. sympathici. Исследования O. Löwi, подтвержденные одними авторами, встретили ряд возражений со стороны других экспериментаторов, которые, применяя методику Löwi, не могли подтвердить его результатов и на основании этого отвергают самую возможность переносить гуморальным путем нервное раздражение. R. H. Kahn (Klin. Woch., 1926, № 35), применив новую методику, исследовал этот вопрос. Он соединил два пульсирующие сердца стеклянной трубкой таким образом, что жидкость одного сердца переходила непосредственно в другое, и показал, что гидродинамические изменения при сокращении одного сердца не оказывают никакого влияния на сокращения другого, между тем как раздражение нервных стволов одного сердца немедленно вызывает соответственный эффект в другом сердце. Таким образом новая методика Kahn'a подтверждает открытие, сделанное O. Löwi об изменениях гуморальной среды при раздражениях сердечных нервов.

Р. Лурия.

502. *К учению о междупищеварительной фазе желудка.* Vándorfy (Arch. f. Verdauungskr., Bd 38, H $\frac{3}{4}$) экспериментально на людях показал, что секреция желудка натошак происходит путем психорефлекторных влияний. Ни в одном из своих исследований автор не видел кислотности натошак выше, чем после пищевого раздражения. Под влиянием щелочной слюны, слюны желудка, кишечного забрасывания содержимое желудка натошак подвергается значительному понижению своей кислотности, а иногда и совершенно ощелачивается.

А. Миркин.

503. *Влияние инсулина на секрецию желудка.* Detre и Sivó (Zeit. für die ges. exp. Med., Bd. 46, H $\frac{5}{6}$) произвели 2 серии опытов над влиянием инсулина на желудочную секрецию. В одной серии авторы в течение 8 дней подряд применяли подкожно инсулин и затем исследовали секрецию желудка; при этом во всех случаях секреторная деятельность желудка после инсулина оказалась повышенной. Во второй серии Detre и Sivó исследовали влияние однократного применения инсулина на желудочную секрецию, причем в большинстве случаев концентрация соляной кислоты в желудочном содержимом также повышалась, и только в небольшом числе случаев она осталась без изменений.

А. Миркин.

б) Бактериология.

504. *Новая теория бактериофагии.* Проф. Розенталь (Врач. Об., 1926, № 9) видит очень много общего между бактериофагией (феномен d'Hergelle'a) и образованием спор у бактерий: оба феномена сходны в отношении лизиса бактерий, связи с жизнью последних, устойчивости, элективного действия некоторых физических и химических агентов, самостоятельности антигенных свойств, групповых реакций и пр. В виду такого поразительного сходства между обоими феноменами автор делает предположение, не является ли таинственный бактериофагный вирус ничем иным, как спорами, которые, в виду их ничтожных размеров, можно назвать ультраспорами.

В. С.

в) Туберкулез.

505. *О частоте комбинированных форм легочного tbc.* На основании клинической картины и данных вскрытий Henius и Basch (Beitr. z. Kl. der Tbc., Bd. 63) приходят к выводу, что чистые случаи продуктивного или эксудативного tbc легких принадлежат к исключениям. Чаще всего мы наблюдаем здесь смешанные формы с преобладанием продуктивных или эксудативных изменений, причем диагностика превалирующего в данный момент характера процесса предопределяет и терапию данного случая.

М. Масбаум.

506. *К диагнозу и классификации легочного tbc.* Отвергая возможность точной прижизненной диагностики tbc, Curschmann (Tuberkulose, 1926, № 5)

указывает, что даже патолого-анатомы очень часто затрудняются микроскопически решать вопрос о характере тbc процесса. Во всяком случае существующее положение, что продуктивный тbc—это доброкачественный, а эксудативный—злокачественный,—несостоятельно. Автор присоединяется к классификации Ziegler'a, по его мнению наиболее практичной, и рекомендует при этом обращать внимание на 1) распространенность процесса по Turban'y, 2) локализацию его (верхнее, среднее, нижнее поле), 3) активность (склонный к затиханию, стационарный, прогрессирующий), 4) наличие или отсутствие лихорадки, 5) то обстоятельство, имеется открытая или закрытая форма, наконец, 6) на осложнения. В виде дополнения ставится патолого-анатомический диагноз—цирротический, пневмический, кавернозный, узловатый тbc, без детального определения характера отдельных очагов.

М. Мастбаум.

507. *Первичный и вторичный периоды тbc.* Точный клинический и рентгенологический контроль на здоровых детях дал Harms'y и Klinkmann'y (Tuberkulose, 1925, № 6/7) возможность наблюдать развитие первичного комплекса тbc и переход его во вторичный период по Ranke, причем подробный анализ серии снимков одного и того же ребенка привел авторов к выводу о превалировании во втором периоде эндогенных метастазов над экзогенными реинфекциями.

М. Мастбаум.

508. *К вопросу о тbc в грудном возрасте.* И. Н. Осипова (Педиатрия, т. X, № 2) наблюдала течение тbc процесса с момента заражения у 13 детей в возрасте до 1 г. и у 3 детей до 2 лет. У 5 из этих детей были тbc матери, у 4—чахоточные родственники, имевшие с ними близкий контакт. Общение с тbc больными, за исключением 3 случаев, было продолжительным и тесным. В 1 случае контакт с тbc матерью в течение первой недели жизни, в другом—общение с тbc родственницей 3 раза по 3 часа, третий ребенок заражается от матери, страдавшей тbc легких и гортани (в этом случае общение было 3—4 раза по несколько минут). На основании полученных данных автор пришел к след. выводам: 1) Внутритутробные формы тbc встречаются редко. 2) Заражение чаще всего наступает бронхогенным путем, и первичные локализации наблюдаются в легких и бронхиальных железах. 3) Способность реагировать на туберкулин у грудных детей с казеозными поражениями и с милиарным тbc часто остается до самой смерти. 4) Заражение тbc на первом году жизни не всегда дает летальный исход.

М. Левинсон.

509. *Кровохаркания нетуберкулезного происхождения.* А. Hoffman (Deut. med. W., 1926, № 38) обращает внимание на большой % нетуберкулезных больных, находящихся на лечении в санаториях, причем кровохарканье является наиболее частым симптомом, ведущим у них к ошибочным диагнозам. На основании анализа историй болезни автор указывает на болезни сердца, которые в ряде случаев были рассмотрены, и больные в течение многих лет подвергались санаторному лечению. В большинстве учебников имеются указания, что при митральных пороках наблюдаются незначительные кровохаркания; в большинстве своих случаев автор видел при этом легочные кровотечения, а не кровохарканья.

М. Мастбаум.

510. *Лечение чахотки ультрафиолетовыми лучами.* Combes, Huguet и Vogt'al (по отч. в журн. „Физиотерапия“, 1926) нашли, что ультрафиолетовые лучи оказывают при легочном тbc резкое действие, в виду чего их нужно применять с большим разбором и величайшей осторожностью, так как нельзя еще говорить твердо о том типе больных, где это лечение абсолютно показано. Во всяком случае дозы лучей здесь должны быть значительно ниже, чем при наружном тbc и вообще кожных заболеваниях. В виду того, что ультрафиолетовые лучи повышают аппетит вследствие повышаемого ими внутреннего сгорания необходимо при лечении ими давать больным возможность обильно питаться.

Л. Н. Клячкин.

г) Внутренние болезни.

511. *Лечение малярии препаратами кадмия.* Reitler (Wiener kl. Woch., 1926, № 33) испытал это лечение в 13 случаях малярии. У 3 больных (двое лихорадивших с m. tertiana и tropica и один носитель гамет m. tropicae) был применен раствор кадмий-натрий-тартарата с 1% содержанием кадмия, в виде внутривенных впрыскиваний (по 2,5 куб. с.), причем у 2 больных было сделано по 2 впрыскивания и у 1—одно; тотчас после первого же впрыскивания лихорадка

у больных исчезла, пропали и шизонты из крови (но не гаметы). Так как, однако, у 2 больных впрыскивания вызвали тяжелые осложнения (одышку, отек лица, поносы), то, хотя эти явления и исчезли в течение 3 дней, автор у остальных 10 больных (6—с m. tertiana, 2—с m. quartana, 1—с m. tropica и 1—с tropica и tertiana вместе) применил другой препарат кадмия, именно, кадмиол (Cadmium subsalicylum в масле, с 5% содержанием кадмия), в форме интрамускулярных инъекций, производившихся дважды в неделю (первый раз вводилось обычно 0,5 куб. сант., в следующие—по 1,0); результатом впрыскиваний было всегда быстрое понижение т° при относительно более слабом действии на паразитов. Из посторонних явлений надо отметить сильные боли в месте впрыскивания.—настолько сильные, что больные обыкновенно уже после 4-го впрыскивания отказывались продолжать лечение. *В. Сергеев.*

512. *К симптоматологии и диагностике болезни Simmonds'a.* Как известно, болезнь S. (гипофизарная атрофия) является следствием атрофии передней доли гипофиза, причем в клинической картине на первое место выступают старческий вид больных (senium praecox), преждевременное прекращение половых функций и апатичное состояние. Шерешевский (Вр. Дело, 1926, № 15—17) наблюдал клинически один случай этого заболевания у мужчины 28 лет, где болезнь развилась после травмы, и имелась смешанная картина болезни S. с несахарным диабетом. На секции обнаружена атрофия передней и средней долей гипофиза и большое количество точечных кровоизлияний в области больших ганглиев, на дне третьего желудочка и вокруг него. Автор высказывает предположение, что атрофия гипофиза явилась здесь следствием повреждения кровоизлияниями трофических центров его. *Л. Размин.*

513. *Хинин при крупозной пневмонии.* W. Berger (Wiener kl. Woch., 1926, №№ 33—35) применил хинин по Aufrecht'у в 34 случаях крупозной пневмонии и получил в большинстве случаев купирование процесса, а также уменьшение процента смертности (11% вместо 18%). Хинин вводился интрамускулярно в бедро, в первый раз в дозе 0,5 (5 куб. с. раствора след. состава: Rp. Chinini hydrochl. 2.0. Urethani 1.0, Aq. dest. 20.0; раствор стерилизовался и перед введением подогревался); на следующий день, если первая доза не давала эффекта, количество хинина повышалось до 0,7, даже до 1.0. Результаты лечения были тем более благоприятны, чем раньше от начала заболевания были начинаемы впрыскивания. Кроме того, результаты эти зависели оттого, какого происхождения была крупозная пневмония: хинин давал эффект лишь при заболеваниях пневмококкового происхождения (но не стрептококкового и др.). *В. Сергеев.*

514. *К диагностике плевральных экссудатов.* Lenk (Zentr. f. Tbc, Bd XXV, N. 7/8) восстает против распространенного мнения о неподвижности плевритических экссудатов. Исследование рентгеном при перемене больными положения позволяет, напротив, видеть подвижность экссудатов. В виду этого автор рекомендует исследование x-лучами в различных положениях больного для установок дифференциального диагноза между жидким плевритическим экссудатом и плотными отложениями в плевре. *М. М.*

515. *Клинические проявления ишемического некроза сердечной мышцы.* Ишемический некроз (myomalacia cordis Zieglera) является, по Gibson'у (Lancet, 1925, v. II, XXV), следствием закупорки веточки коронарных артерий сердца. Причиной закупорки могут служить эмболии или тромбоз сосуда, кальцификация или фиброз его стенки. В результате участок сердечной мышцы, питаемый пораженной веточкой, замещается рубцовой тканью. На внутренней поверхности рубца может отложиться тромб—источник будущих эмболий, или стенка может истончиться, что в свою очередь может повлечь разрыв сердца. Ишемический некроз может проявляться во всяком возрасте, но в большинстве он является следствием артериосклеротических изменений и поражает лиц соответствующего возраста. В ряде случаев закупорка сосуда влечет за собой внезапную смерть, в других комплекс грудной жабы; могут быть при ней и явления, зависящие от поражения проводящей системы; наконец, может не быть никаких симптомов. Иногда эмболия мозговых или брыжеечных сосудов служит первым проявлением ишемического некроза. Боли при этом страдания могут иметь разнообразную физиономию: прекардиальные, боли за мечевидным отростком, в правом и левом квадрантах живота, имитирующие печеночную колику, острый панкреатит и т. д. Липо обычно во время приступа имеет цианотический характер, сохраняющийся и после исчезновения болей. Важным симптомом служит шум трения перикарда. Пульс обычно медленный и твердый; может быть также pulsus alternans, а равно

неправильности ритма, зависящие от фибрилляции. По мнению автора хроническая недостаточность сердца у пожилых субъектов, при отсутствии сифилиса, старых ревматических поражений и пернициозной анемии, в большинстве зависит от ишемических некрозов сердечной мышцы. Если к этому присоединяется асептическая эмболия, то диагноз становится несомненным.

Л. Раскин.

516. *К вопросу о влиянии алкоголя на работу желудка.* За последние годы Ehrmann'овский алкогольный завтрак все более и более вытесняет из клиник применявшийся ранее почти 40 лет классический завтрак Boas-Ewald'a. Литературные данные дают противоречивые указания относительно величин кислотности, получающихся после алкогольного завтрака в сравнении с Boas-Ewald'овским: в то время, как одни авторы (Ehrmann, Kelling) указывают на более высокие цифры кислотности, получающиеся при первом, другие (Friedrich, Neumann) говорят обратное. Такое противоречие заставило Leddig'a (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 150, N^{3/4}) прибегнуть к проверке кислотности, получающейся после обоих завтраков. Применив у целого ряда лиц фракционный метод исследования желудочного содержимого после алкогольного и обычного пробного завтрака, автор пришел к заключению, что subacid'ные и superacid'ные желудки дают более высокую кислотность и более длительное выделение желудочного сока после алкогольного завтрака, чем после Boas-Ewald'овского. Старое правило применения алкоголя перед едой с целью лучшего пищеварения получает, таким образом, некоторое экспериментальное обоснование.

А. Миркин.

517. *Влияние электрического и механического раздражения на желудочную секрецию.* Противоречивость литературных данных о влиянии электрического и механического раздражения на желудочную секрецию заставили Delhough'a (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 150, N^{3/4}) обратиться к эксперименту на животных и людях. Автор применял интра- и экстражелудочно раздражение гальваническим (35 МА) и фарадическим (7 см.) токами и нашел, что в обоих случаях ясно обнаруживалась секреция желудка, причем гальванический ток действовал сильнее фарадического; более сильный ток вызывал и более сильную реакцию. Чем длительнее действовал ток, тем большее количество сока выделялось. Механическое раздражение желудка (массирование брюшной стенки в области желудка и непосредственное раздражение слизистой оболочки желудка зондом) определенно также вызывало секрецию желудка.

А. Миркин.

518. *Новые данные в патологии и терапии язв желудка.* На основании исследования большого числа язвенных больных Jagno (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXXVIII, N. 1—2) обнаружил у них значительное уменьшение холестерина в крови (0,06—0,08%, вместо нормальных 0,1—0,15%). Ваготония, конституция, оральные сепсис, инфекционные заболевания кишечника, условия местности, принимаемые в настоящее время за этиологические моменты в происхождении язв желудка, трактуются автором, как условия, уменьшающие % содержание холестерина в крови. Считаясь с этим, автор применил у больных с язвами желудка новый препарат «Salvasid», содержащий много холестерина. Результаты лечения оказались очень хорошими, а проверочное исследование холестерина в крови после лечения обнаружило нормальные цифры.

А. Миркин.

519. *Новые пути в лечении поносов.* Помимо поносов, зависящих от местных заболеваний кишечника и поддающихся лечению диетой и бальнео-фототерапевтическими методами, существует еще большая группа поносов, которые находятся в тесной связи с расстройствами функций различных систем организма: аномалиями общего обмена воды в тканях, нарушением корреляции эндокринного аппарата, расстройствами иммунитета, центральной и вегетативной нервной системы. Эти поносы, не уступая медикаментозному и диететическому местному лечению, часто с успехом излечиваются способами, действующими на весь организм. Основываясь на том, что парентеральное введение пептона, действуя на функцию печени, регулирующей обмен тканевой воды, обладая спазмолитическими и анти-аллергическими свойствами и производя целый ряд интимных физико-химических изменений крови, влияет на весь организм, вызывая изменение его установок (Umstellung), проф. Р. А. Лурья (Врач. Дело, 1926, №№ 14, 15) предложил лечить поносы внутримышечным или подкожным введением 5 к. с. 50% дробно стерилизованного раствора пептона Witte. Из 62 случаев острого и хронического поноса в 23 уже однократное введение пептона купировало понос, в 21 случае потребовалось повторное впрыскивание, а у 18 больных, среди которых были больные

с the кишек и язвенным колитом, лечение пептоном осталось безрезультатным. Парентеральное введение пептона не идентично с протеинотерапией, оно не дает ни очаговой, ни общей реакции, ни неблагоприятных побочных действий, а потому может применяться и амбулаторно. *Э. М.*

д) Хирургия.

520. *Причина нагноений при оставлении в тканях металлических предметов.* Для фиксации костных отломков и при костных операциях нередко употребляются никелированные и позолоченные предметы из различных металлов, каковые предметы и оставляются в тканях. Fr ünd (Zentr. f. Chir., 1926, № 37) думает, что при существовании даже на незначительном участке дефектов никелировки или позолоты возможно превращение металлического предмета в своего рода гальванический элемент, так как при подобного рода дефектах через окружающую лимфу получается соединение разнородных металлов. Это-то обстоятельство и облегчает развитие нагноений в ране. После применения однородных металлических предметов и игол, лучше всего стальных, автор, напротив, почти не видал нагноений. *И. Цимхес.*

521. *Гнойный струмит после гриппа.* Проф. Kurt Schultze (Zentr. f. Chir., 1926, № 36) наблюдал случай гнойного струмита, явившегося осложнением после перенесенной ангины и гриппа. Во время гриппа появился кровеносным путем в глубине левой части зоба нарыв, который мог вскрыться в трахею и глубокие ткани. *И. Цимхес.*

522. *Аппендэктомии при правосторонних паховых грыжах.* F. Hesse (Zentr. f. Chir., 1926, № 35) на основании 46 случаев полагает, что при операциях правосторонней паховой грыжи в $\frac{3}{4}$ всех случаях приходится сталкиваться с червеобразным отростком и прибегать к аппендэктомии. Операция эта удалась автору через грыжевой мешок в половине всех случаев, всегда под местной анестезией. Из 29 удаленных червеобразных отростков 23 были изменены патолого-анатомически и 6 нормальны. *И. Цимхес.*

523. *К технике гастро-энтеростомии.* При открытом привратнике для борьбы с попаданием желчи в желудок и желчной рвотой Kelling (Zentr. f. Chir., 1926, № 35) производит заднюю гастро-энтеростомию и в добавок еще энтероанастомоз. При этом для предотвращения образования шпор и механического сужения анастомоза автор рекомендует следить за тем, чтобы при наложении соустья круглые мышцы кишки были расслаблены, так как при сокращениях их кишечная стенка захватывается больше швом, и при наполнении желудка излишек захваченной стенки может образовать шпору. Осложнения этого автору удавалось избежать путем вставления канюли в кишку и наполнения ее воздухом. *И. Цимхес.*

524. *Трансперитонеальная нефректомия и нефропексия.* Греков (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 21, 1926), на основании своего клинического опыта, находит, что для фиксации почки наиболее надежными способами нужно признать те, где почка подвешивается за фиброзную капсулу к ребру куском фасции или апоневроза наружной косой мышцы живота. Нормальным разрезом для такой нефропексии является косой внебрюшинный разрез. Передняя чрезбрюшинная нефропексия с декапсуляцией почки и с ушиванием фасции Ge g o t a показана лишь в тех случаях, где к операции на желудке, желчном пузыре и слепой кишке желательно присоединить фиксацию значительно смещенной почки. Патологические изменения в окружности и в самой блуждающей почке, вызванные задержками мочи и расстройствами кровообращения, показывают фиксацию почки с устранением перегиба ее ножки и отодвигают на задний план вопрос о физиологической подвижности почки, играющей клинически, повидимому, лишь второстепенную роль. Многочисленные успешные случаи нефропексий, основанных на вызывании сращений вокруг почки, указывают, что почка мало страдает от этих сращений. Вскрытие брюшины при трудных нефректомиях очень облегчает операцию; под покровом отграничивающей тампонады вскрытие брюшины, даже в случаях инфицированных, не представляет особых опасностей и поэтому заслуживает более часто, чем теперь, применения, так как позволяет надежно, под контролем глаза, перевязать сосуды почки. *М. Фридланд.*

525. *Массаж предстательной железы.* По Hryntscha'ky (Wiener kl. Woch., 1926, № 39) этот способ лечения является показанным при хронических простатитах с лейкоцитами в секрете предстательной железы, а также, с известными ограничениями,—при простатических нарывах, вскрывшихся в уретру или пузырь. Из случаев гипертрофии простаты автор считает возможным пробовать применение массажа, в качестве симптоматического средства, лишь в начальных стадиях мягких, сочных аденом. При всех острых воспалительных заболеваниях предстательной железы, закрытых нарывах и туберкулезе последней он считает массаж абсолютно противопоказанным.

В. Сергеев.

е) *Акушерство и гинекология.*

526. *Образование Graaf'овых пузырьков у плодов женского пола и девочек.* По исследованию Hartmann'a (Arch. f. Gyn., Bd. 128) Graaf'овы пузырьки образуются как в яичниках плодов женского пола, начиная с VII месяца утренней жизни, так и в яичниках девочек, не достигших возраста половой зрелости. Но эти пузырьки не лопаются, а подвергаются атрезии, причем на месте их образуются corpora candidantia.

В. Г.

527. *Защитная роль параметриев во время беременности и родов.* Hofbauer (по Ber. über die gesamt. Gyn., Bd. X, H. 11), исходя из того соображения, что послеродовая инфекция часто распространяется теми же лимфатическими путями, как и рак, решил подвергнуть изучению околоматочную клетчатку, что и выполнено им на 43 матках, удаленных в разные сроки беременности, sub partu и в послеродовом периоде. На основании своих гистологических исследований автор пришел к следующим выводам: во время беременности в основании широкой связки развивается реактивный фагоцитарный вал, располагающийся главным образом по ходу маточных сосудов и состоящий из двух групп клеточных элементов—моноцитов и плазматочитов; эта защитная ткань происходит как из блуждающих клеток, так и из элементов адвентиции; описанные элементы обладают большой фагоцитарной способностью, количество их увеличивается при затянувшихся родах и в особенности при наличии инфекции, а потому в них можно видеть местную защитную реакцию организма против распространения инфекции, идущей со стороны стенок влагалища и маточной шейки.

А. Тимофеев.

528. *Биохимические исследования околоплодных вод у человека* производил Flössner и Kirstein (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 13) и могли установить там присутствие гликоальбумина, мясочной кислоты, ароматических оксикислот и деривата гистидина. Особое значение имеет нахождение бетанина, который до сих пор у человека найден только в жидкости эхинококковых кист. Это показывает, что liquor amnii представляет самостоятельный секрет, а немочуплода, как это часто принимается. Присутствие бетанина в околоплодной жидкости интересно и с другой стороны: дело в том, что по Kutschery и Askerman'у вещество это встречается лишь у низших позвоночных, а потому нахождение его в амниотической жидкости человека показывает, что биохимические процессы в зародышевой жизни человека близко стоят к таковым же у низших животных.

А. Тимофеев.

529. *Новый вероятный признак беременности.* Gauss (Zentr. f. G., 1926, № 14) давно уже подметил, что для первых месяцев беременности является характерной особая подвижность шейки матки по отношению к ее телу, вследствие чего portio vaginalis может смещаться вбок, вперед и назад без участия тела матки. Следует при этом остерегаться смещения со случаями, где мнимая подвижность может зависеть от случайной подвижности припухшей слизистой оболочки, покрывающей portio. Этот признак, в основе которого лежат те же изменения, что и при признаке Hegar'a, будучи проверен автором на 258 случаях, только два раза дал отрицательный результат. Автор считает возможным рекомендовать его в качестве вероятного признака беременности, причем считает его более точным, чем признак Hegar'a.

А. Т.

530. *Патологические и химические изменения при hyperemesis gravidarum.* Dreppan и Hicks (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 23), изучая отношение азота аммиака к общему количеству его в моче, или т. н. аммиачный коэффициент (А.-К.), пришли к следующим выводам: 1) Важны и необходимы повторные исследования А.-К. 2) При токсической форме hyperemesis количество

выделяемого амниака велико. 3) Степень увеличения выделяемого амниака указывает на тяжесть случая. 4) В токсических случаях повреждаются печень и почки. 5) В печени повреждения носят характер токсического некроза, особенно в центральных частях долек. 6) Причиной этих повреждений являются токсические вещества плода, т. к. с устранением его наступает клиническое излечение, и выведение амниака возвращается к норме, слишком же долгое выжидание с прерыванием беременности может привести к непоправимым повреждениям. 7) Невротическая форма неукротимой рвоты не сопровождается повышением выводимого амниака или дает только скоропреходящее повышение его. *А. Тимофеев.*

531. *Эндокринная система и рвота беременных.* Dickson (по Berich über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 12) отмечает при hyperemesis нарушение углеводного обмена и обеднение печени гликогеном, что, по его мнению, стоит в связи с повышенной секрецией задней доли гипофиза. В норме эта секреция регулируется гормонами грудной железы, плаценты и желтого тела. Если этих гормонов недостаточно, наступает гиперфункция гипофиза с ее последствиями. Недостаточность гликогена в печени может зависеть от избытка гормона pancreas вследствие недостатка адреналина. Механизм возникновения рвоты объясняется таким образом, что гиперфункция задней доли гипофиза ведет к увеличению отделения желудочного сока, каковой и вызывает рвоту, если не будет связан богатой белками пищей. Отсюда и терапия должна заключаться в назначении пищи белковой, не содержащей веществ, вызывающих усиление сокоотделения (мясной экстракт, алкоголь, декстрин). Хорошо действуют экстракты желтого тела, грудной железы, а в тяжелых случаях также адреналин. Профилактически автор советует беременным за 15 минут до вставания пить стакан молока. *А. Т.*

532. *Пиелит беременных.* По наблюдениям Luchs'a (Arch. f. Gyn., Bd. 127) застой мочи в верхних отделах мочевых путей в последние месяцы беременности встречается чаще, чем это до сих пор полагали: вызываемое им расширение мочеточников справа встречается по меньшей мере в $\frac{3}{4}$ всех случаев беременности, слева же—вдвое реже и значительно слабее. Обстоятельство это благоприятствует развитию у беременных пиелита, причина которого кроется, по автору, в восходящей инфекции. Лучшим профилактическим средством против этой болезни является, по L., катетеризация мочеточников. *В. С.*

533. *Лечение лues'a utробного плода.* Исследования убедили Кауля и Воднага (Arch. f. Gyn., Bd. 128), что в органах, крови и околоплодной жидкости тех плодов, матери которых во время беременности подвергались антисифилитическому лечению, можно доказать присутствие мышьяка и висмута. Переход этих веществ от матери к плоду совершается не благодаря процессам диффузии или осмоса, а вследствие активной деятельности плаценты. Раз это так, то никакая стадия беременности не может считаться слишком поздно для антиluetического лечения, причем в первую половину беременности лечение это, по отношению к утробному плоду, преследует главным образом профилактические цели, во вторую же—терапевтические. *В. Грудев.*

534. *К этиологии поздних кровотечений после родов и абортов.* Под названием поздних кровотечений Frankl (Arch. f. Gyn., Bd. 129) разумеет кровотечения, наступающие спустя неделю и более после родов и выкидышей. Обычно причиной их считают задержание в матке ворсинок последа. По Frankl'ю причину их может быть и плохое обратное развитие оставшихся в матке децидуальных частей. Обычно отслойка плодного яйца происходит в области deciduae spongiosae basalis так, что в матке остается лишь самый глубокий децидуальный слой, который обладает способностью превращаться потом в муюзу послеродового типа. Если плацента отслаивается так, что в матке остается не только губчатый слой deciduae, но и часть компактного, то участки последнего иногда также подвергаются подобному же обратному развитию, иногда же—нет. Эти не подвергшиеся инволюции участки deciduae гиалиново дегенерируют, причем задерживается обратная инволюция и сосудов, в последних персистируют иногда объемистые синусы, которые и служат источниками кровотечений. Повидимому, в указанном процессе значительную роль играет воспаление. *В. Сергеев.*

535. *Повторное кесарское сечение.* Разбор материала I Будапештской клиники и литературных данных привел Lehoszkyo-Semmelweis'a (Arch. f. Gyn. Bd. 127) к заключению, что кесарское сечение у одной и той же женщины можно

повторять три раза, причем первые 2 раза маточный разрез лучше производить интраперитонеально в области нижнего сегмента, а в третий раз—в области тела матки, причем третья операция должна быть сопровождается стерилизацией гесп. ампутацией матки (в нечистых случаях—с вшиванием культи в брюшную рану по Рогго). Впрочем здесь надо принимать во внимание желание матери и число живых детей у нее.

В. Груздев.

536. *Определение реакции влагалищных выделений при помощи лакмуса, как метод диагностики женской гонорреи.* D a n i n (Münch. m. W., 1925, № 18) с помощью особо приготовленного лакмуса и специальной бумаги считает возможным ставить диагноз хронической гонорреи на основании того, что резко-кислая реакция, остающаяся таковой же и при повторных исследованиях, исключает гоноррею. Метод неприменим в случаях острой гонорреи, а также за 2 дня до и 4 дня спустя после регул. когда реакция всегда кислая. Реактивные бумажки D a n i n'a, наклеенные на резиновый напалечник, изготовляются химической фабрикой Julia Werke под названием «Gonotest». D r P e h n (ib., № 47), подтверждая данные D., предлагает свой способ, который состоит в том, что обычная фильтровальная бумажка, смоченная свежеприготовленным раствором нейтрального лакмуса, прикладывается к стенкам рукава через зеркало, и реакция определяется in situ.

А. Т.

537. *Влияние гонорройных вульвовагинитов в детском возрасте на последующее бесплодие.* V o g t (Deut. m. W., 1926, № 13) обращает внимание на то, что уретра, шейка и прямая кишка при детской гоноррее поражаются чаще, чем это принято думать. Инфекция принимает восходящий характер вследствие антиперистальтических движений матки, причем распространению ее благоприятствуют анатомические особенности детской матки. Восходящая инфекция может оставаться скрытой и обостриться в период полового созревания. Такую возможность необходимо иметь в виду при дифференциальном диагнозе аппендицита у детей. Автор допускает, что часть случаев бесплодия с неясной этиологией, может быть, имеет в основе своей детскую гоноррею.

А. Тимофеев.

538. *Тупокаин для люмбальной анестезии* применял K o n r a d (Zentr. f. G. 1926, № 6). Автор горячо рекомендует препарат фирмы B a u e r, причем советует брать дозу в 0.06—0.075 gr., вместо указанной фирмой дозы в 0.045 gr. Перед люмбальной пункцией больной вводится подкожно 5 децимиллиграммов strychnini nitrici. Длительность анестезии 1—2 часа. Головные боли наблюдаются реже, чем при других препаратах. Рвота в 15% всех случаев.

А. Т.

539. *Хлористый цинк при неоперабельных раках.* давно уже применявшийся C z e r n y, вновь рекомендует S t e i n t h a l (Münch. m. W., 1926, № 22). Лечение состоит в том, что раковый очаг по возможности основательно выскабливается, и образовавшаяся полость туго тампонируется для остановки кровотечения, а затем прижигается 50% хлористым цинком в растворе или в виде пасты. В дальнейшем рана хорошо очищается и выполняется грануляциями. Автор приводит случай запущенного рака прямой кишки, где после такого лечения больная долгое время оставалась трудоспособной и погибла от метастаза в печени без местного рецидива процесса.

А. Т.

540. *Преимущества поперечного разреза P f a n n e n s t i e g'a.* S a g w e y (Zentr. f. G., 1926, № 14) на основании 5000 лапаротомий формулирует так: 1) Погеребный разрез наиболее соответствует анатомическим и физиологическим особенностям брюшных стенок, благодаря чему получается наилучшее их заживление. 2) Он наилучшим образом предохраняет от травматизации кишечника. 3) Он гарантирует оперированную от развития грыжи даже в случаях нагноения раны и заживления ее вторичным натяжением. 4) Он исключает возможность разрыва зашитой раны. 5) Он дает наилучшие косметические результаты. Необходимыми условиями успеха являются строжайшая асептика, тщательный гемостаз и точная техника.

А. Тимофеев.

ж) Педиатрия.

541. *Реакция осаждения эритроцитов при различных заболеваниях в детском возрасте.* С. П. Баккал и В. П. Ровинский (Педиатрия, т. X, № 2) применяли эту реакцию в 135 случаях кори, менингитов, тbc менингита, цереброспинального менингита, а также у клинически здоровых детей, причем пользова-

лись методом Westergren'a; кровь для исследования бралась в первую половину дня, независимо от приема пищи, так как влияние последней на осаждение эритроцитов авторы не замечали. На основании полученных данных Б. и Р. пришли к следующим выводам: 1) У клинически здоровых детей до наступления рибериатис получаются нормальные цифры о. э.—от 5 до 11 мм. 2) Реакция о. э. идет параллельно тяжести заболевания и течению его. 3) Феномен этот представляет тонкую, чувствительную реакцию при осложнениях. 4) Наиболее значительное осаждение эритроцитов получается при пневмонии (75 мм.), при цереброспинальном менингите (74,5 мм.), при экссудативных и кавернозных формах тbc (67—98 мм.); незначительное осаждение эритроцитов имеет место при тbc менингите (10—32 мм.) что может служить подспорьем для дифференциальной диагностики при заболеваниях с мозговыми явлениями.

М. Левинсон.

542. *Бактериологические данные о коревых пневмониях.* Некоторые эпидемии кори дают смертность до 45%; причиной такой высокой смертности почти всегда является осложнение кори бронхопневмонией. При бактериологическом исследовании трупов детей, погибших от кори, обычно находят во всех органах гемолитический стрептококк. С целью выяснить при жизни этиологию коревых пневмоний Hennig (Jahrb. f. Kindhlk., Bd. 69, H. 3—4) применял следующий способ: держа перед ртом ребенка раскрытую чашку Petri с кровавым агаром, он раздражал ему шпателем зев и тем вызывал кашлевые толчки, причем вылетающие брызги мокроты засевали питательную среду. При исследовании по этому способу 85 случаев неосложненной кори ни разу не удалось выкультивировать гемолитический стрептококк, между тем как из 25 случаев коревой пневмонии 12 дали рост такого стрептококка. В то время, как все эти 12 детей погибли, из пневмоников, не давших роста стрептококка, умерло только 15%. Отсюда Н. заключает, что причиной смерти при коревой пневмонии является стрептококковый сепсис и 2) что наличие гемолитического стрептококка в мокроте при коревой пневмонии имеет большое прогностическое значение.

Е. Ленский.

543. *К этиологии узловатой эритемы.* По спорному вопросу о том, существует ли этиологическая связь между узловатой эритемой и тbc, приводятся новые данные Kundratitz (Jahrb. f. Kindhlk., Bd. 63, H. 3—4). Наблюдавшиеся им 81 ребенок, в возрасте от 12 мес. до 13 лет, страдавшие узловатой эритемой, все реагировали очень сильно на туберкулин. Почти у всех обнаружены были при рентгеновском исследовании увеличенные бронхиальные железы или описанное Egnberg'ом временное затемнение у корня легких; у некоторых были одновременно фликтены, lichen scrophulosorum или серозный плеврит. Автор считает узловатую эритему проявлением защитной деятельности кожи, в которой обезвреживаются циркулирующие в крови тbc палочки или их продукты. В подкрепление своего мнения он произвел следующий опыт: десяти детям были поставлены мушки на месте эритемы; серозная жидкость из получившихся пузырей была смешана с туберкулином, и со смесью произведены внутрикожные реакции. В 8 случаях реакция на эту смесь была сильнее, чем на один туберкулин. Автор видит в этом доказательство того, что в узлах эритемы имеются туберкулино-подобные или усиливающие действие туберкулина вещества, и потому признает за этим заболеванием тbc этиологию.

Е. Ленский.

3) Невропатология.

544. *К патогенезу lumbago.* Между тем, как прежде в lumbago видели чистую миалгию, за последнее время авторы склонны объяснять возникновение этого заболевания артритическими и невралгическими состояниями. Loevenstein и Rácz (Wiener kl. Woch., 1926, № 39) доказали, что существует хроническая форма lumbago, при которой имеется миалгия поясничных мышц и m. iliopsoas при одновременном одностороннем или двухстороннем артритическом изменении крестцово-подвздошного синхондроза.

В. Сергеев.

545. *Лечение эпидемического энцефалита грязевыми и ранними ваннами.* За сезон 1924-25 г. В. К. Балашева и С. С. Налбанов (Курорт. Дело. 1926, № 5) наблюдали в Саках 8 случаев эпидемического энцефалита, давностью от 1½ до 12 лет, из них 6 случаев с острым началом и один — в комбинации с lues'ом. Трое больных прошли полный курс грязелечения, двое получили несколько ванных в средние лечения, остальные пользовались ранними ваннами; наряду с ваннами больным назначался вибрационный массаж, — а некоторым ручной массаж, —

мышьяк и уротропин. Единственным неоспоримым результатом у большинства из них было уменьшение в различной степени ригидности и скованности движений вместе с улучшением со стороны психики, в смысле ее большей живости и повышения интереса к окружающему.

Ю. Дубровина.

и) Физиотерапия.

546. Рентгенотерапия злокачественного гранулематоза. Gilber (по отч. в журн. „Физиотерапия“, 1926) в течение 5 лет наблюдал 15 случаев этого заболевания. Все эти случаи были подвергнуты рентгенотерапии, и в то время, как в первых четырех, где освещение производилось слабо, получились ничтожные результаты, следующие случаи, с освещением более глубоким, в общем дали благоприятный эффект—возвращение трудоспособности, сохранявшейся в некоторых случаях свыше 2 лет после прекращения рентгенизации.

Л. Клячкин.

547. Лиманотерапия вместе с протеинотерапией. Проф. Е. М. Брусиловский и д-р М. С. Туркельтауб (Курортное Дело, 1926, № 2) провели у 97 больных с тяжелыми полиартритами различного происхождения (инфекционного, тиреотоксического и пр.) комбинированное лечение лиманотерапией и протеинотерапией. Достижение в 99% исключительно-благоприятных результатов у такого рода больных, и притом в кратчайший срок их пребывания на курорте, нельзя, по мнению авторов, считать обычным следствием одного только курортного лечения, а должно быть отнесено за счет сочетания его с протеинотерапией.

Л. Н. Клячкин.

548. Кальций-ионотерапия болезней сердца. Проф. С. Б. Вермель (Физиотерапия, 1926) вводил в кровь больных Са посредством электрического тока, причем введенный таким путем Са оказывал общее действие и, в частности, влиял на работу сердечной мышцы. На основании своих наблюдений автор полагает, что такой способ лечения больных, страдающих функциональной слабостью сердечной мышцы, во много раз превосходит лекарственное лечение, в чем он убедился на ряде больных, которые с очень малыми результатами продолжительное время принимали сердечные лекарства.

Л. Н. Клячкин.

к) Болезни уха.

549. Повреждения уха у купальщиков. По Dienschapp'у (по реф. Врач. Об., 1926, № 9) все случаи внезапной смерти при плавании нельзя относить, как это обычно делают, на отказ в работе сердца,—в целом ряде случаев причиной смерти являлись повреждения уха. В особенности велика опасность для лиц с прободением барабанной перепонки: попадание воды в среднее ухо вызывает у таких лиц расстройство равновесия, погрузившийся в воду пловец совершает беспорядочные движения, не может больше ориентироваться и идет ко дну. Следует иметь в виду, что прыжки в воду у купальщиков могут уже во время самого купания вызвать прободение барабанной перепонки. Предупредить подобные несчастные случаи очень легко,—надобно только принять за правило перед купаньем вкладывать в уши сухую или, еще лучше, пропитанную маслом вату.

л) Судебная медицина.

550. Значение агглютинационных групп крови при определении отцовства. Moritsch (Wien. kl. Woch., 1926, № 34) описывает два случая, где ему этим путем удалось установить отцовство. В одном случае женщина, принадлежавшая к группе II, обвиняла мужчину в том, что он был отцом родившегося у него ребенка; исследование крови этого мужчины и ребенка показало, что первый принадлежал к группе IV, ребенок же—к группе III. Из этих данных было ясно, что обвинение женщины несправедливо,—отцом ее ребенка мог быть лишь мужчина, принадлежавший или к группе I, или к группе III; и действительно, дальнейшее исследование выяснило, что обвинительница, кроме обвиняемого, имела половые сношения и с другими мужчинами. Во втором случае дело шло о женщине, жившей с 2 мужчинами, Y. и Z., родившей ребенка и не знавшей, кто из этих мужчин был отцом последнего; знать же это ей было необходимо, так как и Y., и Z. претендовали на ее руку, она же хотела выйти замуж лишь за того, кто был действительным отцом ее ребенка. Исследование крови показало, что женщина принадлежала к группе III, ребенок—к группе II, Y.—к группе III, Z.—к группе II. Отсюда было несомненно, что отцом ребенка был Z.

В. Сергеев.

Рецензии.

Труды I Всеукраинского Съезда Терапевтов. Под редакцией прив. доц. Н. М. Когана-Ясного, проф. И. И. Файншмидта и проф. С. И. Янушевича. Изд. «Новая Мысль», Харьков, 1926, V—377 стр.

Успех I Всеукраинского Съезда Терапевтов уже довольно подобно освещен в медицинской прессе в ряде корреспонденций, где отмечалось, что особенностью этого Съезда была хорошая разработка его программных тем. В первый раз на съездах терапевтов в очередь для поставлены были профессиональные заболевания физического труда, и ряд токсикозов интересно освещен в первой части «Трудов» Съезда (доклады профф. Э. М. Когана, З. Н. Несмеловой, М. М. Павлова, д-ров Кулькова, Лукомского и др.), причем наряду с темами, разработанными специально в институтах профессиональных заболеваний Украины и Москвы, имеется интересная работа с периферии д-ра Иванова (из г. Корсуня, Киевской губ.) о функциональных кардиопатиях селян и застрахованных. — К сожалению, напечатанная в «Трудах» только в виде краткого автореферата. Современное состояние вопросов патологии и функциональной диагностики сердца, намененных второй программой темой Съезда, разработано достаточно отчетливо в докладах профф. П. Д. Стражеско, Е. А. Черникова, К. А. Егорова и др., причем они опять-таки освещены в связи с условиями физического труда (проф. С. Г. Якушевич, Л. Д. Дмитренко и др.). Ряд внепрограммных докладов по патологии, клинике и терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы и суставов удачно пополняет эту программную тему; среди них большого внимания по своему практическому значению заслуживает доклад проф. Е. А. Черникова, Н. Ф. Фролова и Ю. А. Рубашкина о влиянии Магистинских ванн на сердечно-сосудистую систему, кровь и органы движения. — вопрос, еще мало разработанный, несмотря на огромный наплыв больных в Магесту. Третьей программной теме, о патогенезе и диагностике злокачественных новообразований, посвящен ряд докладов: доклад проф. М. И. Лифшица, осветившего вопрос о происхождении новообразований с точки зрения новейших исследований английских авторов (Vagland, Gue), и интересный доклад маститого проф. Ф. Г. Яновского о современном положении диагностики рака желудка — доклад, еще раз подчеркнувший трудности распознавания этого заболевания, несмотря на многочисленные методы, — лабораторные и рентгенологические, — предлагаемые со всех сторон. Терапии новообразований в «Трудах» посвящены 2 доклада: проф. Я. А. Зильберберга (о хирургическом лечении их) и Б. К. Розенцвайга (о лучистой их терапии). Как всегда, ярко и остроумно построил свой доклад об общественной организации борьбы против раковых заболеваний проф. Н. Ф. Мельников-Разведенков, выставивший положение, что в основу противораковой борьбы должна быть положена противораковая тройка из трех обязательных частей: знания, труда и материальных средств. Волнующие терапевтов заболевания эндокринной системы особенно удачно были начаты докладом проф. I. Wolgemuth'a о симпатикотонии. Прив.-доц. П. М. Коган-Ясный, проф. Л. Б. Бухштаб, проф. В. В. Виноградов, проф. В. А. Оппель и др. в ряде системно связанных докладов дали сжатое, но яркое освещение важнейших проблем современной эндокринологии. Значительное число интересных и обстоятельных внепрограммных докладов, на которых нет возможности остановиться здесь, дополняет богатое содержание «Трудов» Всеукраинского Съезда. Являясь отражением напряженной и плодотворной деятельности терапевтов Украины, «Труды» Съезда выгодно отличаются тесной увязкой научной работы украинских клиник и больниц с задачами, выдвигаемыми ежедневно жизнью практическим работникам, что и напало особенно яркое выражение в разработке профессиональных заболеваний внутренних органов.

«Труды» Съезда Украинских Терапевтов, — кстати сказать, отлично изданные и вышедшие уже через полгода после Съезда, — служат лучшим подтверждением правильности высказанной нами еще в 1924 г. мысли (см. Врач. Дело, 1924, № 11-13) о большой пользе и необходимости организации областных научных съездов, где ценные труды периферических работников всегда найдут внимание и оценку, которых они по праву заслуживают. Теперь, когда вследствие «некоторой гиперфункции научной работы», как выразился председатель Съезда, Ф. Г. Яновский, трудно помещать подробные доклады в периодической печати, издание «Трудов» терапевтических съездов как нельзя более кстати.

«Труды» I Съезда Всеукраинских Терапевтов, являясь богатым вкладом в науку, несомненно займут почетное место в библиотеке как клиник и больниц, так и каждого врача-интервиста.

Проф. Р. Лурия.

Физическая культура, как лечебный метод. Пособие для работы на физиотерапевтической площадке и по применению физкультуры для лечебных целей. Составлено при участии профф. Кончаловского, Верзилова, Гориневского, Шенка и д-ров Егорова, Ивановского, Кишкина, Романова и Саркисова-Серазими. С предисловием Семашко, под редакцией Кишкина. Изд-во НКЗ. М. 1926. 96 стр. Цена 80 коп.

Главной особенностью книжки является то, что в ней впервые в истории научной физкультуры трактуется о последней не как о профилактическом методе, а как о *лечебном* факторе. Такое расширение рамок отечественной физкультуры является, в сущности, естественным следствием ее эволюции. Ограничиваясь вначале сравнительно узкой сферой физического воспитания, уделяя на первых порах доминирующее место физическим упражнениям, физическая культура постепенно стала утверждаться на базе общественной и личной гигиены и воздавать должное основным природным факторам.—солнцу, воде и воздуху. Таким образом могучее профилактическое начало, физкультура, не только стало пограничной областью могучего лечебного метода—физиотерапии, но начинает даже прописывать его в своем поступательном движении. Примером могут служить «корректирующие» упражнения, которые являются столь же физкультурным средством, сколько и методом врачебной (ортопедической) гимнастики. Так же неумовима грань между физкультурным солнцепользованием и физиотерапевтической инсоляцией по отношению к случаям, где нет явной патологии, но нет и полного здоровья.

Помимо принципиального интереса, книжка имеет и другие достоинства: она просто и ясно написана и содержит богатый руководящий материал, в изложении которого чувствуется большой личный опыт авторов. После предисловия и введения дано биологическое обоснование лечебного значения физических упражнений, указана роль мышечных движений при болезнях внутренних органов, охарактеризованы воздух, солнце и вода в связи с физическими упражнениями, описана методика телесных упражнений в терапии, приведены показания и противопоказания к телесным упражнениям при заболеваниях внутренних органов, органов движения и нервных болезнях, преподавания организация и ведение физиотерапевтической площадки и организация биометрического кабинета; в заключение приведен библиографический указатель.

Внутренняя увязка материала слабовата. Это, пожалуй, единственный упрек, который можно сделать книжке. Впрочем очень трудно дать более систематическое изложение предмету, разработка которого только еще начинается.

Книжку эту можно широко рекомендовать всем врачам, которые найдут в ней много практически-ценных указаний для своей повседневной деятельности.

Проф. М. Фридлянд.

Проф. А. П. Губарев. Клиническая анатомия тазовых органов женщины. М. 1926. 211 стр. С 91 рис. в тексте и V таблицами.

Как и все другие отрасли практической медицины, гинекология основывается на прочной научной базе, каковою прежде всего является анатомия женских половых частей и других тазовых органов женщины. С изучения этой-то базы и следует начинать знакомство с указанной дисциплиной, если только изучающий последнюю желает более или менее основательно и прочно овладеть ею. С этой точки зрения нельзя не признать вполне рациональным обычай предпосылать, в руководствах по гинекологии, изложению собственно-гинекологических данных описание женской половой сферы. С этой же точки зрения нельзя не приветствовать и появления труда, оригинальное название которого приведено нами выше.

Правда, описание строения женского полового аппарата входит в руководства описательной анатомии, и врач знакомится с ним уже в первые годы своего пребывания на студенческой скамье. Но преподаватели-анатомы излагают обычно это описание, опуская ближайшие приложения сообщаемых ими данных к потребностям клиники, и притом современной клиники. Такую задачу может взять на себя лишь гинеколог-клиницист, что и сделал в своей книге проф. Губарев.

Уже одно имя автора, являющегося едва-ли не самым маститым из современных русских гинекологов, ручается за успешное выполнение этой задачи. Огромный клинический и преподавательский опыт, глубокое знание анатомии, обширный литературный навык автора—сказываются в каждой строке разбираемой книжки.

Последняя делится на 4 главы, из которых первая посвящена анатомии наружных половых органов женщины (включая грудные железы), промежности

и тазового дна, вторая содержит описание внутренних женских половых частей и мочевых органов, в третьей мы находим подробное топографическое описание передней брюшной стенки и проводимых здесь при различных операциях разрезов, четвертая же глава специально посвящена описанию тазовой клетчатки. Далее идут объяснения пяти имеющихсЯ в книге анатомических таблиц.

Здесь кстати мы должны отметить, что книга проф. Губарева, соответственно своей задаче, богато иллюстрирована рисунками, среди которых много оригинальных.

Если мы, в заключение своей краткой заметки, все же позволим себе указать и некоторые недостатки книги проф. Губарева, то недостатки эти должны быть поставлены в вину не автору, а издательству: во-первых, цена книжки (3 рубля), принимая во внимание ее объем, слишком высока, — тем более, что книжка предназначена главным образом для студентов и начинающих врачей, т. е. людей, при современных условиях, с очень толстым карманом; во-вторых, в книжке неприятно режут глаза многочисленные опечатки.

В. Грудев.

Н. А. Семашко. Пути советской физкультуры. Физкультиздат. 1926. 111 стр. Цена 75 коп.

В этой книжке собраны статьи, речи и руководящие доклады, сделанные в различное время авторитетным вдохновителем советского физкультурного движения, ставшего в настоящее время столь важным фактором в строительстве нашей страны. Материал отражает социально-биологические основы физической культуры, ее физический и духовный элементы, определяет широкое содержание физкультуры и ее роль в борьбе за оздоровление труда и быта. Очень красочна маленькая глава, рисующая отношение Ленина к физкультуре. Далее рассматривается связь физкультуры с основными вопросами современности, трактуется о режиме комсомольского актива, о роли физкультуры в борьбе с профвредностями и профзаболеваниями, о физкультуре в деревне, в школе, об отношении физкультуры к половому воспитанию молодежи, подводятся первые итоги работы советской физкультуры и намечаются задачи партии в этой области. Последние страницы сорок книжки посвящены постановлениям и инструкциям высших органов Республики по важнейшим вопросам физкультурного строительства.

Перед читателем не только обрисовываются этапы пройденного, но намечаются также многообещающие перспективы будущего пути советской физкультуры. Книжка принесет большую пользу всем руководителям и участникам физкультурного движения: врачам, педагогам и культурной части нашей молодежи.

Проф. М. Фридланд.

Проф. Л. В. Блюменау. Истерия и ее патогенез. Издат. «П. П. Сойкина», Ленинград, 1926 г., 77 стр.

Можно приветствовать появление этого труда проф. Л. В. Блюменау. В ясном и удачном изложении автора пред нами поставлены вновь все еще не разрешенные вопросы об истерии. Краткое изложение «положения вопроса» дает довольно точное представление об истории теорий патогенеза этой болезни, сводя их к трем уже старым теориям: теории питуизма, теории аффективной и теории «волевой тенденции» Vonhöffer'a. Автор подвергает критике мнение Gaupr'a и Kretschmer'a, отвергающих самостоятельность клинической формы истерии, и полагает, что во многих случаях действительно можно говорить скорее об истерической реакции, чем о болезни, но что истерию можно признать болезнью в случаях с характерными симптомами и клинической картиной. «Неопределенное» же течение свойственно и другим болезням (болезни обмена веществ, хронические инфекции).

В главе о клинических фактах собран материал о наблюдаемых при истерии клинических признаках. Автор касается здесь животрепещущего вопроса об истерических расстройствах в вегетативной сфере — спазмах и парезах гладкой мускулатуры (пищевод, кишечник, кровеносные сосуды), признавая возможность их существования при истерии (вегетативная невропатия). В главе о психологии истерии делается вывод, что начальным моментом истерических расстройств является аффект, вызывающий расстройство сознания типа психической диссоциации (Jaquet), при котором путем самовнушения усиливаются и фиксируются непосредственные проявления аффекта (дрожание, спазмы), и создаются психогенные симптомы (анестезии, параличи).

Наконец, в последней главе, пытаясь дать физиологическое объяснение патогенезу истерии, автор основывается на данных школы И. П. Павлова о т. наз. внутреннем торможении. Бодрственное состояние истеричных он объясняет

хроническим частичным торможением корковых функций (автор указывает, что «теория торможения» давно указана Sollier). Торможением (размыканием) или возбуждением сочетательного коркового механизма проф. Б. объясняет наблюдаемые при истерии симптомы, ссылаясь на производимые в лаборатории И. П. Павлова опыты с переходными фазами от торможения к возбуждению полушарий, аналогичными «парадоксальной» фазе реакции Введенского для нервных волокон.

То обстоятельство, что в основе истерии лежит преобладание коркового торможения, позволяет автору считать здесь противоположными те средства, которые усиливают торможение. К последним относится и гипноз, к отрицанию которого при истерии уже пришло большинство современных невропатологов.

Работа проф. А. В. Блюменау заслуживает полного к ней внимания и послужит новым толчком к дальнейшим исследованиям истерии.

Д-р мед. П. Русецкий.

Вопросы бактериологии и иммунитета на X Всесоюзном Съезде Бактериологов, Эпидемиологов и Санитарных Врачей *).

X Всесоюзный Съезд Бактериологов, Эпидемиологов и Санитарных Врачей был создан в Одессе. Выбор места Съезда был обусловлен тем, что в нынешнем году исполнилось 10 лет со времени смерти великого гражданина Одессы, И. И. Мечникова, памяти которого был посвящен Съезд, и 40 лет со времени основания Мечниковым в Одессе старейшей бактериологической станции, ныне Санитарно-Бактериологического Института имени И. И. Мечникова. Съезд происходил с 5 по 11 сентября и был необычайно многолюден.—на него собралось со всех концов России свыше 1500 врачей, и было заявлено свыше 170 докладов. Несмотря на выделение секций и крайнее ограничение времени докладчиков (докладам несводного характера отводилось всего лишь по 10 мин), часть докладов, даже имеющих большой интерес, совсем не была принята к заслушанию, а лишь к напечатанию тезисов. Такая перегруженность Съезда, определенно мешавшая самой работе его, объясняется единственно тем, что за последние годы Н. К. З. принял за правило созывать съезды бактериологов совместно с санитарными врачами.

После первого пленарного заседания (открытие Съезда), на котором были произнесены проф. Я. Ю. Бардахом и академиком Л. А. Тарасевичем речи-воспоминания об И. И. Мечникове, Съезд с 6/IX приступил к деловой работе.

Заседания Бактериологической секции начались вопросом о *корь*.—3 доклада по этиологии и 2 посвященных наблюдениям над инъекциями сыворотки реконвалесцентов.

Только те, выделенные при *корь* микробы,—говорит проф. С. Н. Златогоров,—могут быть признаны за ее возбудителя, которые 1) выделены из крови коревых больных, 2) вызывают у животных или людей экспериментальную *корь*, и 3) токсические продукты которых нейтрализуются человеческой иммунной сывороткой. Таким требованиям отвечают микробы, выделенные Gunniscliff, Сагопиа и Харьковским Бакт. Ин-ом (Златогоров, Бурова и Наследышева), Микробы этих авторов почти во всем сходны. Это очень мелкие кокки, анаэробы, проходящие через свечу, агглютинирующиеся сывороткой коревых реконвалесцентов, а внутрикожная проба с ними положительна у неболевших и отрицательна у переболевших. На возражение проф. В. М. Аристовского, что этот последний признак не может еще свидетельствовать о специфическом отношении выделенного микроба к больному организму, т. к. после перенесенной *кори* реактивная способность кожи может ослабеть сама по себе, Златогоров ответил, что он считает это относящимся лишь к реакции на туберкулин; полагая у себя достаточно оснований считать выделенного микроба за возбудителя *кори*, он приготовил из него вакцину и применил ее на 349 детях, как будто с обнадеживающими результатами

*) Сообщено в заседании Общества Врачей при Казанском Ун-те 14/X

в 6 очагах. Только от такого метода активной иммунизации и можно ждать, до 3-4 реальных широких результатов. Профилактика по Degkwitz'y успешна, но не практична, сыворотка же взрослых может иметь лишь эпизодическое значение.

Наоборот, Великов и Дулицкий (Москва) рекомендовали широкое применение сыворотки взрослым. По наблюдениям Лациника (Одесса) сыворотка реконвалесцентов никогда не дает феномена погашения сыпи, так что в неясных случаях заболевания наличие последнего говорит против кори, за скарлатину; будучи внутривенно инъецирована за 1½—2 дня до появления коревой сыпи, она дает в окружающей инъекции белое пятно (предупреждение сыпи).

Совершенно своеобразная и крайне оригинальная, граничащая с парадоксальной, точка зрения на этиологию кори и скарлатины приведена была д-ром Утенковым (Москва). Доклад его краткому реферированию не поддается. Скажу лишь кратко, что, согласно его точке зрения, возбудитель как кори, так и скарлатины не имеет постоянных морфологических и физиологических признаков. Микробы указанных инфекций имеют как визуальную, нефилтрующуюся форму, так и авизуальную, фильтрующуюся. Можно проследить весь цикл развития их от формы плесени (или напоминающей плесень) через кокков и бацилл до авизуальной расы включительно. Т. е. описанные ранее, в виде возбудителей, микробы как при кори, так и скарлатине,—кокки, бациллы,—все это будто-бы лишь отдельные стадии развития истинного возбудителя. Представленная теория встретила отчасти недоумение, отчасти отрицательное отношение к себе.

Вопрос о профилактике *the no Calmette'y*, помимо доклада проф. Л. А. Тарасевича, имевшего вводный характер, был предметом докладов Коллектива работников Мечниковского Московского Ин-та, возглавляемого проф. С. В. Коршуном, и Украинской Комиссии (д-р М. М. Цехновицер). Подверглась изучению полученной от Calmette'a штамм BCG, главным образом с точки зрения его авирулентности и допустимости опытов с ним на людях. В общем обе комиссии пришли к одному и тому же главному выводу,—что применение культуры BCG вполне допустимо для иммунизации людей. Кормление свинок культурой BCG в количествах, соответствующих употребляемым при иммунизации людей,—никаких патологических изменений в организме животных не вызывало. Однако в оценке тех анатомических изменений, которые этот микроб вообще может вызвать в организме животного, в зависимости от дозы и способа введения его, Коллектив работников, возглавляемых проф. Коршуном, несколько расходится с Укр. Комиссией. По опытам проф. Коршуна на свинках, введенный различными путями BCG *может* вызывать в различных органах специфические туберкулезные изменения в виде *the бугорков*. Правда, при этом отмечается более слабая тенденция *the* процесса к распространению в организме, и сами бугорки носят по преимуществу эпителиоидно-фиброзный характер со склонностью к обратному развитию. Однако в легких изменения могут захватывать более или менее обширные участки ткани, вызывая временами ее изменения по типу каверн, а прививкой казеозного распада из места инъекции иногда удается вызвать образование бугорков, хотя и доброкачественных и в незначительном числе.

Вот, в этих-то пунктах как раз и имеется расхождение с Укр. Комиссией. Работа последней была проделана на громадном, по нашим условиям, опытном материале—сотнях свинок и кроликов, нескольких десятках телят и 2-х жеребят. Местные явления при инъекциях проявлялись в виде осумкованных процессов с кислотоупорными палочками, имевших гистологическое строение специфической туберкулезной гранулемы. Но в других органах убитых животных ни в одном случае на секции не было отмечено выраженного генерализованного бугоркового процесса. При введении в сердце даже до 100 мгр. культуры свинкам и до 300 мгр. телятам в легких и др. паренхиматозных органах отмечались лишь синтициальные и эпителиоидные клетки, до образования же макро- и микроскопических типичных бугорков в этих органах процесс никогда не доходил. При введении культуры *per os* наблюдались в различных органах также лишь синтициальные и эпителиоидные клетки, и то не всегда. Невсегда наблюдалось и присутствие кислотоупорных бацилл в органах. Только у кроликов, и то лишь при внутривенном введении и только в легких, обнаруживались типичные, но резко отграниченные от окружающей ткани бугорки. По поводу такого бугорка Calmette лично сказал Цехновицеру: «Подождите, эти бугорки рассосутся»,—и действительно, уже через 6 мес. после внутривенного введения культуры в легких кроликов находились вместо бугорков лишь комплексы из дегенерированных синтициальных клеток. На полную доброкачественность подобных бугорков указывает и тот факт, что животные за время

наблюдения (12 мес.) только паростали в весе. Помимо того, Цехновицером были демонстрированы на Съезде микроскопические препараты с бугорками в легких, вызванными инъекцией палочки тимофеевой травы—этого чистейшего сапрофита и рядом препараты с бугорком от BCG, причем никакой разницы в строении заметно не было. Попытки усилить вирулентность BCG путем пассажей культуры или материала, полученного из места инъекции, от одного организма к другому—всегда были отрицательны, и на протяжении 10 пассажей ни разу не получилось бугоркового процесса. Поэтому Цехновицер, как и сам Calmette, считает, что штамм BCG практически стойко атуберкулогенен.

Опыты вакцинации, поставленные на грызунах и особенно на 17 телятах с дальнейшим заражением вирулентным штаммом *tbc bov. Vallee*, показали, далее, не только безвредность вакцинации, но и ее целебное влияние: на фотографических снимках были показаны упитанные вакцинированные телята и рядом кахектические контрольные. В дальнейшем все контрольные животные погибли на 2-м месяце от миллиарного *tbc*, вакцинированные же были здоровы и нормальны ко дню Съезда.

Все эти широко поставленные и тщательно проведенные опыты с клиническим учетом состояния животных специалистами-ветеринарами позволили Харьковской Комиссии начать опыт с вакцинацией новорожденных *per os*. Привакцировано уже несколько сотен детей, из них часть в *tbc* семьях. За время наблюдения (около 8 мес.) ни одного смертного случая от *tbc* не было, дети развиваются вполне нормально. На аутопсии погибших от других причин детей следов *tbc* обнаружено не было. Комиссия считает поэтому возможным широко развернуть вакцинацию новорожденных, считая необходимым, однако, в первую очередь вакцинировать детей из *tbc* семей, как наиболее угрожаемых, что скорее всего выяснит ценность этого метода вакцинации. Принципиально в этом же духе была составлена и резолюция Съезда по данному вопросу.

Дальнейшим, наиболее злободневным предметом на Съезде была, конечно, *скарлатина*, которой было посвящено больше 2 заседаний. Разбравшиеся вопросы можно разбить на 3 категории: вопросы этиологии, специфической профилактики и серотерапии. Я позволю себе в дальнейшем объединить здесь однородные доклады. Прежде всего об этиологии. Я, пожалуй, не ошибусь, если скажу, что в этом отношении Съезд существенно-нового ничего не дал. Как и в прошлом году, проф. С. И. Златоголов в своем обзорном, критического характера докладе выступил категорическим противником стрептококковой этиологии скарлатины, склоняясь в пользу итальянской теории фильтрующегося вируса *di Cristina, Caronia i Sindoni*. Возражения против р. Dick'a, указания на невозможность отграничить скарлатинозный стрептококк от других по тем свойствам, которые считаются специфическими для него, ибо опыты (доклады д-ров Деркача, Моисеевой и Цейтлинной) показывают, что и стрептококки нескарлатинозного происхождения могут давать токсин, а при иммунизации ими получается сыворотка, обладающая свойством давать феномен погашения сыпи, не опровергнутые до сих пор факты, приведенные итальянскими авторами, наконец, уже опубликованные самим Златоголовым работы, а равно и работы из лаборатории проф. Барыкина (доклад Минервина и Выгодчиковой), свидетельствующие, что экспериментальная скарлатина может быть получена у обезьян и кроликов инъекцией профильтрованного скарлатинозного материала, не содержащего стрептококков,—все это говорит в пользу указанного взгляда. Очевидно, агент, вызывающий скарлатину, не всегда связан со стрептококком и является, в отличие от стрептококка, от которого он может быть отделен, фильтрующимся вирусом; стрептококку же лишь придают «особые» свойства скарлатинозным организмом и его продуктами.

С другой стороны оказывается (доклады д-ров Розена, Крич, Гуляевой и Скалкиной), что т. наз. экспериментальная скарлатина кроликов с тождественными человеческой скарлатине патолого-анатомическими изменениями может быть получена не только путем введения скарлатинозного материала, профильтрованного и нефильтрованного, но и путем введения культуры скарлатинозного стрептококка. Часто из крови кроликов, зараженных не только нефильтрованным скарлатинозным материалом, но и профильтрованным через свечи, выделяется стрептококк. Откуда он? Может быть, это активируются собственные стрептококки кролика, а может быть, это говорит о присутствии фильтрующейся формы стрептококка, находящейся в слизи скарлатинозного больного, фильтратом которой заражались кролики,—тем более, что имеются работы, говорящие именно в пользу фильтрующихся форм стрептококка.

Далее, данные эпидемиологического характера,—незаболеваемость скарлатиной Dick-отрицательных субъектов (данные преимущественно Америки и Польши), совпадение процента положительных pp. Dick'a по возрастам с процентом заболеваемости по этим возрастам (Данилевич, Коршун, Благовещенский), получение иммунитета от иммунизации одним токсином стрептококка (взятого не в первых генерациях,—те же авторы), наконец, успешная антитоксическая серотерапия,—все это, вместе взятое, дает основание проф. Маслаковцу и др. Данилевичу высказаться не только за огромную роль стрептококка в патогенезе скарлатины, но и считать его определенно возбудителем ее.

Т. о. и в нынешнем году мы стоим пред тем же самым вопросом об этиологии скарлатины, что и ранее, и существенно-новых, веских данных в пользу той или иной теории прошедший год нам не представил. Но, если так разноречиво решается вопрос об этиологии скарлатины, то вопросы специфической профилактики и серотерапии этой болезни с ориентацией на американских авторов ни в ком из участников Съезда возражений не возбудили, и всеми было признано, что вакцинация против скарлатины научно обоснована и должна проводиться, серотерапия—также. Вызвал разногласие лишь вопрос о характере вакцины, иммунизировать ли одним токсином или культурой, содержащей последний. Результат вакцинации людей, несмотря на разность вакцин (Харьков, Москва, Казань, Ленинград и Краснодар), почти одинаков, что имеет за собой известные основания. Тоже надо сказать и о приготовлении разных типов лечебных сывороток (Харьков, Краснодар, Одесса, Казань и Ленинград).

Благоприятные отзывы о профилактическом и терапевтическом применении сыворотки скарлатинозных реконвалесцентов дали проф. Стефанский, доц. Скродский, д-р Бардах (Одесса) и проф. Флейшер (Пермь).

Чтобы покончить со скарлатиной, упомяну еще о попытке проф. Белонковского применить местную иммунизацию против скарлатины. Автор распылял с этой целью в зева детей фильтрат живой культуры стрептококка. Опыт был проделан на трех с лишним тысячах детей без всяких осложнений. О результате иммунизации можно судить лишь в дальнейшем.

После этих злободневных вопросов остальные вопросы на заседаниях Съезда протекали уже в более спокойной атмосфере. Опуская ряд интересных лишь для специалистов-бактериологов теоретических вопросов, касающихся дифтерийного токсина и анатоксина, остановлюсь лишь на 2 более общих вопросах *дифтерии*.

Известна точка зрения Збарского, развиваемая им в последние два года, на естественный иммунитет животных к дифтерии. Д-р Зильбер не мог подтвердить полностью теории Збарского, найдя, что эритроциты нормальных свинок почти не адсорбируют токсина; адсорбируют же его эритроциты и лейкоциты тех свинок, которые заранее были обработаны токсином или даже просто белком. Т. о. адсорбционная способность крови не стоит в связи с естественным иммунитетом, как то думает Збарский, а является результатом антигенного раздражения. Обобщая этот подмеченный им факт, Зильбер вообще полагает, что в инфицированном организме новое введение того же раздражителя в виде специфической вакцины или даже просто протеина повышает адсорбционную способность кровяных элементов, жадно теперь адсорбирующих яд из болезненного очага, причем протекающая через очаг кровь выливает его оттуда. Так дается новая интерпретация механизма действия вакцино- и протениотерапии. Указанный факт непостоянной адсорбции токсина эритроцитами свинки отмечался на Съезде и другими докладчиками, но без тех дальнейших выводов, которые делает Зильбер.

Другой, затронутый на Съезде, вопрос относился к оценке эпидемиологического значения внутрикожного метода определения вирулентности дифтерийных бацилл (д-ра Башенин, Биргер, Браиловская и Трахтенберг). Вопрос этот особенно интересен тем, что связан с практически чрезвычайно важным вопросом о вирулентности бацилл, находящихся у бациллоносителей. Среди 423 бациллоносителей были найдены по этому методу у 22 % вирулентные бациллы и в 9,3%—микробы с изменчивой вирулентностью у одного и того же лица при повторных исследованиях. Установить связь заболевания с носительством удается лишь в виде исключения. Отмечается развитие вирулентного носительства вне связи с заболеванием и авирулентного—в окружности больного. Интересно, что из 22 исследованных больных у 2 бациллы, выделенные в день заболевания, оказались по разбираемому методу невирулентными. Т. о. данный опыт показывает, что этот метод пока не может служить основанием для противоэпидемических мероприятий и нуждается в дальнейшей проверке во всех его модификациях.

Переходя к вопросам *иммунитета*, упомяну опять лишь о некоторых докладах, имеющих общий интерес. После доклада общего характера проф. Барыкина об иммунитете, как функции состояния, в каком докладе проф. Б. изложил свое физико-химическое понимание иммунитета, я должен остановиться на экспериментальных работах проф. В. М. Здравомыслова о проблеме иммунитета. Кто следил за иммуно-биологической литературой последних лет, тот знает, что проф. Здравомыслов вот уже третий год проводит взгляд на характер иммунитета и в частности на образование противотел, как на процесс ферментативный, внося новые данные в построение химической теории иммунитета. Предыдущими работами его и его сотрудников показано, что такие антитела, как антитоксин, а по представленной Съезду работе (Здравомыслов и Карнаухова)—и гемолизин, могут быть получены чисто-искусственно, действием панкреатина на гот или иной антиген, причем добытый панкреатин и содержит указанные противотела. Все работы в этом направлении проводят мысль о том, что основное место выработки антител в организме есть пищеварительный аппарат, образование антител есть нечто иное, как пищеварительный ферментативный процесс, и иммунитет вообще, возможно, является общим законом пищеварительной деятельности организма. Изучая судьбу тбс бактерий, введенных свинкам парентерально, Здравомыслов нашел, что главная масса их при всех способах введения сосредоточивается в 12-перстной, тонких и толстых кишках. Тоже бывает, если вводить и просто коллоидные взвеси (кармин). Поэтому автор отрицает специфическую чувствительность кишечника к палочкам группы *coli-typhus*, указанную Безредкой, видя в этом лишь общий биологический закон, по которому все инородные тела, поступающие в организм парентерально, должны направляться в основной совершенный аппарат пищеварения—кишечник.

Остановлюсь еще на вопросе об органотаксисе, поднятом на Съезде проф. Белоновским и д-ром Миллером. Им еще ранее было найдено, что сенсибилизированные клетки обладают способностью притягивать антиген, послуживший ранее сенсибилизатором. На настоящем Съезде они сообщили о подмеченном ими факте, что той же способностью обладают ткани органов по отношению к экстрактам из этих органов. Из этих двух положений авторами делается вывод чрезвычайно важного практического значения: соединяя вакцину с хемотерапевтическими веществами, удается при инъекции частично сконцентрировать их в очаге инфекции, а присоединяя к экстрактам из органов хемотерапевтические вещества, можно направить последние в тот или иной орган по желанию. Докладчики демонстрировали при помощи эпидиоскопа соответствующие препараты. К сожалению, крайняя ограниченность времени (10 мин.) не позволила им полнее развить свои интересные мысли.

Что касается вопросов местного иммунитета, то, хотя таковой и был объявлен программным вопросом, вполне оригинальных докладов на эту тему не было.—были представлены лишь 3 доклада, преимущественно клинического характера, о применении стафилококкового антивируса (д-ра Живаго, Вайндрах и Цивчинский) с хорошим результатом и стрептококкового,—при скарлатинных осложнениях и в целях профилактики их,—тоже с хорошим результатом.

Механизму инфекции и иммунитета при золотистом стафилококке был посвящен на Съезде доклад проф. В. Л. Елина, который нашел, что инъецированные в вену кролика стафилококки захватываются клетками ретикуло-эндотелиальной системы, где они размножаются и затем вновь поступают в ток крови. Септический характер инфекции обуславливается тем, что фагоцитарная функция рет.-эндот. системы парализуется под влиянием эндотоксинов. Активный же иммунитет зависит от того, что при иммунизации клетки рет.-эндот. аппарата претерпевают специфическое превращение, делающее их способными энергичнее переваривать живых стафилококков.

Сделанных в подсекциях Съезда докладов я касаться не буду, упомяну лишь, что они имели характер, интересующий главным образом специалистов, и касались большей частью методов проверки и стандартизации оспенной вакцины, а также вопросов борьбы с бешенством и малярией.

Съезд был закрыт 11/IX речью акад. Д. К. Заболотного на украинском языке „Эпидемична микрофлора“. В дальнейшем постановлено устраивать съезды через 2 года в третий.

Н. Благовещенский.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 14/X.

Д-р Н. Н. Благовещенский: „Вопросы бактериологии и иммунитета на X Всесоюзном Съезде Бактериологов, Эпидемиологов и Санитарных Врачей“. Доклад помещается в настоящей книжке «Журнала».

Д-р мед. Н. Н. Русецкий: „О состоянии некоторых вегетативных рефлексов при грязелечении“. На основании детально проведенных исследований о действии грязи на вегетативную систему при курортном лечении в Пятигорске докладчик приходит к следующим выводам: 1) Местное грязевое лечение производит эффект на всю вегет. н. систему. 2) Непосредственное действие грязевых процедур заключается в усилении вазодилататорного дермографизма (ослаблении вазоконстрикторного д.) и появлении дистонических явлений со стороны п. vagi. 3) Поздняя реакция на грязевые процедуры представляет различные вариации, причем наиболее частой формой реакции является усиление вазоконстрикторного дермографизма и появление дистонических явлений с преобладанием понижения возбудимости со стороны п. vagi.

В административном заседании произведены перевыборы председателя Об-ва и его товарищей. Председателем был выбран проф. В. М. Аристовский, товарищами его проф. И. П. Васильев и В. К. Трутнев.

Заседание 28/X.

Г. Г. Непряхин: *К вопросу о перикардialных дисертикулах* (с демонстрацией препарата).

Р. А. Батарчуков: *I Всесоюзный Съезд Глазных Врачей.*

Г. Б. Мясник: *Некоторые данные о колебании ферментов крови у детей при различных заболеваниях.*

Все перечисленные доклады в свое время появятся на страницах «К. М. Ж.».

Гигиеническая секция.

Заседание 2/II.

Проф. В. В. Милославский: *Туберкулез и плодovitость.*

Заседание 9/II.

А. П. Смирнов: *Профессиональные вредности хлорного производства Бондюжского завода по данным обследования летом 1925 г.*

Заседание 2/III.

Л. И. Лось: *Туберкулез и кальций.*

Заседание 15/III.

Д-р Эмдин: *Профессиональные заболевания и отравления в Татарской республике в 1925 г.*

Заседание 5/X.

Л. И. Лось: *X Съезд Бактериологов, Эпидемиологов и Санврачей в Одессе. Отчет о командировке.*

Заседание 12/X.

Л. И. Лось: *Почвенные воды г. Казани* (данные химико-бактериологического исследования буровых и шахтовых колодцев Казани в 1925/6 г.).

Заседание 19/X.

Д-р Сигалевич: *Жилищные условия медработников г. Казани.*

Хроника.

— 29 Октября в публичном заседании Учебного Совета Казанского Медфака состоялась защита д-ром З. И. Малкиным работы, представленной автором в качестве труда высокой квалификации, под заглавием: «Неспецифическая терапия». Официальными оппонентами были профф. В. М. Аристовский, Н. К. Горяев и М. Н. Чебоксаров.

— Еще при Петре Великом был издан приказ о присылке в Кунсткамеру различных уродов. В № 18 своего „Бюллетеня“ НКЗ РСФСР обращается ко всем местным органам с подобною же просьбою. Трупы мертворожденных или умерших вскоре после рождения уродов, при отсутствии препятствий со стороны родителей, должны быть направляемы, в соответствующей упаковке, в Музей антропологии и этнографии при Академии Наук.

— В отмену действия Фармакопеи 1910 г. (6-е изд.) введена с 18/V новая Государственная Фармакопея (7-е изд.). Одновременно введена в действие и новая аптекарская такса.

— По новому бюджету Наркомпроса средняя ставка для профессоров ВУЗ'ов и руководителей научных учреждений установлена в 110 руб. в месяц, для преподавателей ВУЗ'ов—86 руб. Жалование ректоров ВУЗ'ов определено в 200 руб. в месяц.

— НКЮ разъяснил, что привлечение медработников к ответственности—уголовной по 114 ст. (взятничество) или дисциплинарной по 105 ст. Уг. Код. (превышение власти)—за получение вознаграждения от частных лиц может иметь место лишь тогда, когда они в силу служебной (а не профессиональной) обязанности должны были безвозмездно оказать медицинскую помощь. Отказ же в медпомощи в тех случаях, когда оказание ее не входило в круг служебных обязанностей медработников, не составляет должностного правонарушения даже при наличии отягчающих вину обстоятельств (когда отказ мог иметь опасные для больного последствия и т. д.), и в последнем случае виновные могут быть преследуемы лишь в общем порядке—по 165 ст. Уг. Код. НКЮ предложил прокуратуре и судам проливать особо-внимательное отношение к указанной категории дел и не допускать привлечения медработников к ответственности без достаточно серьезных к тому оснований (Изв. ЦИК, № 247).

— В Москве, в одном из бывших церковных зданий, устраивается первый в России крематорий. Недавно в нем установлены две трупосжигательные печи, выписанные из Германии. Каждая печь будет давать ¹⁰ до 1000° С, и полное трупосжигание в ней будет длиться не более 1 ч. 15 мин.

— В СССР существует 19 лепрозориев с 625 койками, общее же число больных проказою, по регистрации 1 апреля 1926 г., равно 646.

— По мысли И. П. Павлова в Сухуме или Закаспийском крае организуется питомник для разведения обезьян для научных опытов. Приветствуя эту мысль, не можем не отметить, что, напр., лаборатории Казанского У-та нуждаются не только в обезьянах, но и в кроликах, морских свинках и т. п. животных.

— В мае месяце буд. года предполагено созвать II Поволжский Съезд Врачей в г. Саратове. Во главе организационного комитета Съезда стоит проф. С. Р. Минотворцев.

— В г. Свердловске с 20 по 22 января 1927 г. состоится I Съезд хирургов, гинекологов, офтальмологов, ото-ларингологов и рентгенологов Уральской обл. и прилегающих губерний: Вятской, Вологодской, Архангельской, Костромской, Уфимской и Оренбургской. Программа Съезда: А) *Хирургия*: 1) Зоб. 2) Аппендицит и одновременное заболевание придатков матки. 3) Промышленный травматизм на Урале. 4) К. вопр. об оперативном лечении язвы желудка. 5) Нефротоз. 6) Курорты Уральской обл. для лечения хир. и гинек. больных. Б) *Гинекология*: 1) Внематочная беременность. 2) Лечение предлежания последа. В) *Офтальмология*: 1) Борьба с трахомой и слепотой в Уральск. обл. 2) Травматические повреждения и профессиональн. болезни глаз. Г) *Ото-ларингология*: 1) Аномалии конституции дет. возраста в отношении органов слуха и верхних дых. путей. 2) Глухонмота (совр. состояние вопроса и положение глухонемых на сев.-вост. СССР). 3) Проф. болезни ушей и верхних дых. путей. Заявления о докладах с приложением авторефератов, справки и пр. направлять по адресу: Свердловск (Уральск. обл.), Пушкинская, д. № 9, проф. В. К. Шамарину.

— Объявлен конкурс на замещение в Ленинградском Институте для усовершенствования врачей 2-х вакансий профессоров—по кафедрам социальной гигиены и кожно-венерических болезней, 1 вакансии штатного доцента—по хирургической анатомии, 5 вакансий старших ассистентов—при кафедрах соц. гигиены, тбс, урологии, физиол. химии и зубоврачебной поликлинике и 5 вакансий младших ассистентов—при кафедрах урологии, заразных болезней детей, гигиены, кожных и вен. болезней и тбс. Срок подачи заявлений—до 1/XII 1926 г.

XXШ год
издания

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

XXШ год
издания

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1927 г.

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

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

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

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

В предстоящем 1927 году

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

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

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

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

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

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

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

Фирма сущ. с 1868 г.

„И. И. МАРКОВ“

влад. И. А. ГРЮНБЕРГ.

Тел. 161—99.

магазин и мастерская

Тел. 161—99.

ХИРУРГИЧЕСКИХ и ОПТИЧЕСКИХ

ИНСТРУМЕНТОВ.

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

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

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородные заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.

Medizinische Literatur

Bücher und Zeitschriften in deutscher, englischer, französischer und italienischer Sprache liefert nach der

U. d. S. S. R.

HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Kostenlose Zusendung von Katalogen auf Wunsch
Geldübersendungen erfolgen durch die Gosbank zur weiteren
Überweisung auf das Konto der Hirschwaldschen Buchhandlung
bei der Garantie- und Kreditbank für den Osten Berlin NW7

Возможна корреспонденция на русском языке

HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Berlin NW7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816

“СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ”

приготовленная по способу

ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362

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

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ, АРТЕРИОСКЛЕРОЗ, СПИНАЛЬНАЯ СУХОТКА, ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОСОНЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,

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

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ: ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ СИФИЛИСЕ, ОНАНИЗМЕ, И.П.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р. ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОЙ ВЫБЫВАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ 42 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%. ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕБИРАЕТСЯ ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ

ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ:

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА „ЛАПЕН-МОСКВА“

МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.

ПОЧТ. ЯШ. №1025