

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).

№ 12.

Д е к а б р ь.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Настоящим редакция доводит до сведения, что подписчики „Казанского Медицинского Журнала“ в 1927 г. **получат бесплатно несколько приложений**, которые будут выходить под общим названием **„МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ“** и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного, практического характера.

В целях бесперебойного доставления „Журнала“ и возможной нестачи первых №№ при поздней подписке, редакция просит поспешить высылкой подписных денег.

Редакция „Каз. Мед. Журн.“

Главлит ТССР № 1315

Тираж 3000 экз.

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

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Физиологической Лаборатории Физико-Математического Факультета Казанского Гос. У-та. (Заведующий проф. А. Ф. Самойлов).

Реакция на поверхности недеятельной живой мышцы *).

И. А. Ветохина.

Реакция покойной мышцы была впервые обнаружена известным химиком Berzelius'ом, как кислая, и это понимание реакции мышцы держалось до Du-Bois-Reymond'a¹⁾, который доказал щелочную на лакмус реакцию покоящейся мышцы; наблюдавшиеся же случаи несомненной кислой реакции последней он объяснял или начинающимся гниением мышечной ткани, или ее отмиранием и окоченением, или же ее деятельным напряжением, работой. Хотя такому объяснению и противоречили те опыты Du-Bois-Reymond'a, в которых он получал щелочную реакцию у недеятельных мышц, убитых им в кипящей воде, однако представления о реакции мышц, которые шли от времен Du-Bois-Reymond'a, уцелели до наших дней. В известном руководстве по физиологии Verworn'a²⁾ реакция свежей мышцы трактуется, как щелочная, причем щелочность мышцы, показанная у Verworn'a не на лакмус, а при помощи более наглядного индикатора—фуксина, обесцвечиваемого мышечной тканью, не связана непременно с живой, свежей мышцей,—ту же самую щелочность обнаруживает и убитая мышца. Свежая живая мышца в первые моменты своего изолирования способна дать слабо-щелочную реакцию, а затем у нее обнаруживается кислая реакция.

Вещества кислого характера, которые могут быть получены от живой мышцы, — следующие: молочная, фосфорная и угольная кислоты. Исследования Fletcher'a и Hopkins'a и Meyerhof'a установили продуцирование в покойных изолированных мышцах молочной кислоты в определенных количествах, причем в случаях анаэробного существования мышцы, в индифферентном газе или в жидкости Ringer'a без кислорода, количество этой кислоты в мышце доходило в опытах последнего автора³⁾ до 0,56%. Кроме молочной кислоты, Embden'ом⁴⁾ указано присутствие в мышце фосфорной кислоты, принимающей выдающее участие во всем углеводном обмене мышцы. Конечный продукт углеводного обмена—угольная кислота, постоянно выделяющаяся, принадлежит также к числу веществ, количественно определенных в мышце. Все эти кислые продукты мышечного обмена в настоящее время не связываются ни с гниением, ни с отмиранием, или окоченением,—они признаются результатом обмена в мышце, и место, занимаемое ими в углеводном обмене последней, определено в химических уравнениях O. Meyerhof'a⁴⁾.

*) Доклад в Физиологической Секции Общества Врачей при Казанском У-те.

Однако способов, достаточно наглядно и просто обнаруживающих кислую реакцию и ее накопление у покойной мышцы, нет. Предлагаемый мною для этой цели способ основан на способности обесцвеченного фуксина принимать красный цвет в присутствии ничтожных количеств кислоты. Покойная мышца помещается в водную среду, т. е. в анаэробные условия, или в условия наибольшего отделения кислоты,—в раствор Ringer'a с обесцвеченным фуксином. С появлением вокруг мышцы хотя-бы минимального количества кислоты в жидкости обесцвеченный фуксин принимает свой обычный красный цвет, причем по интенсивности окраски можно наглядно проследить появление в растворе кислой реакции от мышечной ткани и все стадии ее усиления.

Для опытов я беру Ringer'овскую жидкость без щелочи и приготавливаю раствор в ней фуксина (Säurefuchsin Grübler'a), крепостью от 0,01 до 0,02%. Такой слабый раствор в проходящем свете представляется прозрачным и имеющим достаточно интенсивную красную окраску, которая в обычной Ringer'овской жидкости, приготовленной с двууглекислым натрием, значительно обесцвечивается, хотя все же это обесцвечивание не доходит до конца.

Приготовленная Ringer'овская жидкость с фуксином обесцвечивается затем щелочью, именно, NaOH крепостью 0,5%. На 100 куб. с. подкрашенной жидкости с 0,01% фуксина нужно около 1 куб. с. такой щелочи для полного или почти полного обесцвечивания, которое происходит очень медленно, в течение 30—40 минут. Чем дольше происходит обесцвечивание, тем больше гарантии в том, что в раствор не прибавлено избытка щелочи, и тем чувствительнее к кислоте будет приготовленный раствор. После обесцвечивания необходимо убедиться, при помощи лакмусовой бумажки, в том, что избытка щелочи нет: в случае правильно подобранного количества щелочи для обесцвечивания фуксина раствор не даст ясно-заметной щелочной реакции на лакмусовую бумажку, или эта реакция будет выражена очень слабо.

Когда раствор с обесцвеченным фуксином приготовлен, я приступаю к опыту,—наливаю в несколько пробирок этот раствор по 15 куб. с. в каждую, затем убиваю лягушку и сейчас же беру от нее различные мышечные ткани, причем, в случае надобности, отдельные отрезки тканей или органов предварительно отмываются от крови. В первой пробирке помещаются тонкие мышцы живота и боков лягушки, во второй—массивная икроножная мышца, в третьей—сокращающееся или покойное, предварительно отмытое от крови, сердце животного. Через полчаса, при обыкновенной комнатной t^0 , появляется ясно выраженная окраска вокруг мышц в первой пробирке и едва намечающаяся окраска вокруг мышц во второй и третьей пробирках. Окраска прежде всего появляется в слоях жидкости, прилегающих непосредственно к ткани, а затем она распространяется и на более отдаленные слои. Через 1 час уже хорошо заметна окраска во всех пробирках с мышцами и сердцем—с тою лишь разницей, что мышцы с большей поверхностью дают наиболее ярко выраженную окраску. В дальнейшем окраска раствора вокруг мышц усиливается в своей интенсивности и через 6—7 часов достигает maximum'a ее, причем указанная разница в окраске все же сохраняется. В течение 12—18 часов окраска распространяется на большую часть раствора, все проявляя тенденцию к увеличению, в особенности у мышц

массивного строения. Если сердце еще сокращается, то окраска обычно распространяется на всю жидкость пробирки равномерно. После этого времени заметного увеличения в окраске уже не происходит. При этом все же и после 12 часового пребывания мышц в растворе они сохраняют свою возбудимость и сократимость, в чем можно убедиться при помощи обычного раздражения электрическим током.

Применение в этих опытах жидкости, насыщенной кислородом, не дало каких-нибудь определенных указаний на увеличение или уменьшение интенсивности окраски вокруг мышц вследствие присутствия в жидкости этого тела. На сердце присутствие кислорода в жидкости сказывается благотворно, способствуя его более длительному переживанию и продуцированию кислых веществ.

Воздействие температуры на мышцу также сказывается на продуцировании ею кислой реакции, причем возрастающая температура приводит в мышце глубокие изменения вплоть до теплового оковенения, и мышца, находящаяся на границе жизни и смерти, уже перестает выделять кислоту. Для уяснения этого мною производились следующие опыты: в каждую из 8 пробирок с 15 куб. с. обесцвеченного по описанному выше способу раствора фуксина клалось по одному одинаковому отрезку мышц, от боков и живота только что убитой лягушки; при этом в первую пробирку помещалась ткань, не подвергавшаяся нагреванию, а в остальные—отрезки мышечной ткани, перед самым помещением подвергавшиеся 1-минутному нагреванию в стакане с 0,6% раствором NaCl *перед тем, как отрезки будут положены в пробирки*; при этом во вторую пробирку опускался отрезок, нагревавшийся при 30°, в третью—при 35°, в четвертую—при 40°, в пятую—при 45°, в шестую—при 50°, в седьмую—при 55° и, наконец в восьмую—при 100°C. После 3-часового пребывания отрезков в растворе наблюдалась интенсивная окраска в первых 5 пробирках, начиная же с шестой окраска значительно ослабевала, в седьмой она была еще слабее, а в восьмой, как правило, совершенно отсутствовала вокруг мышцы. Через 6 часов наблюдения наиболее интенсивная окраска оказалась в первых 2 пробирках, содержавших живые отрезки ткани, которые продолжали продуцировать кислоту, в то время, как окраска в других пробирках оказывалась уже стабилизированной.

Эти опыты с воздействием t^0 варьировались таким образом, что после 1-минутного нагревания отрезок ткани убивался в кипящем 0,6% растворе NaCl с целью фиксировать накопившуюся в мышце кислоту или предупредить ее увеличение. При этом оказалось, что после 3-часового пребывания в обесцвеченном растворе фуксина отрезков мышечной ткани, расположенных в прежнем порядке, наиболее интенсивная окраска выступала в четвертой пробирке, где был положен отрезок, подвергавшийся нагреванию в течение 1 минуты при t^0 в 40° C. В первой пробирке для контроля находилась живая мышечная ткань, а в восьмой—убитая без предварительного нагревания. Живая ткань, непрерывно продуцируя кислоту, увеличивала окраску раствора в течение еще и следующих трех часов в то время, как в других 6 пробирках окраска оставалась стабилизированной,—никакого увеличения в интенсивности окраски не происходило; в восьмой пробирке жидкость вообще оставалась неокрашенной.

Как происходит процесс появления и накопления кислот в прочих органах и тканях животного? Помещенные мною в несколько других пробирок с обезцвеченным раствором фуксина отрезки ткани гладких мышц, взятых из кишечника и яйцеводов, затем отрезки печени и нервной ткани—в виде цельного спинного мозга лягушки—показали, что по величине продукции кислот лишь нервная ткань может конкурировать с поперечнополосатыми мышцами; все другие ткани, если и продуцируют кислоту, то в несравненно меньшем количестве: вокруг гладких мышц и печени через сутки, при комнатной t^0 , появлялась лишь слабая окраска раствора.

Результаты наших опытов в связи с приведенным обзором литературы дают основание сделать следующие заключения: 1) Слабо-щелочная реакция может быть наблюдаема у живой изолированной поперечнополосатой мышцы в первые моменты ее жизни в изолированном состоянии, но эта реакция, свойственная мышце в целом, наблюдается одинаково и на убитой в кипящем физиологическом растворе мышце. 2) Живая мышца характеризуется с химической точки зрения вернее всего не щелочной, а кислой реакцией, усиливающейся в условиях анаэробного существования, причем наглядным способом обнаружения этой реакции живой мышцы служит обезцвеченный раствор фуксина в концентрации 0,01—0,02% в Ringier'овской жидкости. 3) Воздействие t^0 на изолированную мышцу двояко: во-первых, повышенная t^0 способствует, в пределах до 45°C , появлению интенсивной кислой реакции, обнаруживающейся в обезцвеченном растворе фуксина в первые же 3 часа: во-вторых, мышечная ткань, подвергнутая воздействию повышенной t^0 , скорее умирает, почему окраска раствора остается стабилизированной и, в течение длительного наблюдения, менее интенсивной, чем у живой мышцы. 4) Поперечнополосатая мышца есть ткань с наиболее деятельным выделением продуктов обмена кислого характера, и лишь нервная ткань в этом отношении может конкурировать с нею.

ЛИТЕРАТУРА.

1) E. Du-Bois-Reymond. Gesammelte Abhandlungen, Bd. II, S. 1—37, 1877.—2) M. Verworn. Physiologisches Praktikum für Mediziner, 1924, S. 195.—3) O. Meyerhof. Ergebnisse der Physiologie, Bd. 22, 1923, S. 336.—4) G. Embden. Handb. der. norm. und path. Physiologie, VIII/I, 1925, S. 370, 374, 375.

I. A. Vetochin (Kazan). Sur réaction d'un muscle inactif. D'après les recherches de l'auteur la réaction d'un muscle à l'état récemment isolé est faiblement basique (de même que la réaction d'un muscle bouilli dans une solution physiologique). Le muscle vivant est caractérisé plutôt par une réaction acide accusée par l'état anaérobe (ce que prouve la décoloration d'une solution de fuchsine à 0,01—0,02 p. c.). La température élevée (jusqu'à 45°C) fait apparaître une réaction acide intense (pendant trois heures), mais mortifie le tissu musculaire qui obtient une réaction stabilisée moins intense que pour le tissu vivant. Le tissu musculaire est un tissu aux échanges très intenses.

Посвящается светлой памяти дорогой жены Юлии.

К патологической анатомии головного мозга при тропической малярии*).

Ассистента Г. Г. Непряхина.

В последнее десятилетие, в связи с пандемическим распространением малярии в Европе, это заболевание вновь привлекло к себе внимание патолого-анатомов. Появился ряд новых исследований, касающихся преимущественно вопросов или о структуре меланина, или об участии ретикуло-эндотелиальной ткани в малярийном процессе, или же об изменениях в головном мозгу. В результате последних исследований рядом авторов была отмечена своеобразная реакция глиозной ткани с характером гранулематозного процесса.

Первое сообщение этого рода принадлежит Н. Dürck'у (1917 г.), которым обнаружены в различных отделах головного мозга, вокруг капилляров, особые разрастания глиозных ядер, напоминающие своей формой цветок маргаритки. Такие глиозные узелковые разрастания Dürck считает специфическими для малярии гранулемами подобно тому, как сифилома специфична для сифилиса и бугорок — для туберкулеза.

В том же году, но несколько ранее Dürck'a, Benda доложил о находке в оливе продолговатого мозга одного малярика маленьких воспалительных гнезд, аналогичных тем, какие Seelen находил при сыпном тифе, а в 1922 г. Benda демонстрировал мозг еще от одного случая тропической малярии, где он опять нашел в продолговатом мозгу воспалительные очаги. Эти воспалительные участки своих двух случаев Benda считает аналогичными Dürck'овским.

Во второй работе Dürck'a (1921 г.), где описывается 30 случаев тропической малярии, наблюдавшихся им в Болгарии, малярийные „гранулемы“ были налицо во всех случаях. Они встречались главным образом в подкорковом белом веществе, а также в белом веществе других областей головного мозга, в мозжечке и даже в верхнем отделе спинного мозга. В сером веществе они никогда не попадались. Число гранул было чрезвычайно разнообразно. Иногда их было очень трудно найти, в других же случаях их было очень много, и они были тесно расположены. По наблюдениям Dürck'a гранулемы могут встречаться в различных стадиях своего развития. Наиболее молодая форма — это клеточный узелок, зрелая же форма имеет фигуру цветка маргаритки. В самом

*) Доложено, с демонстрацией микроскопических препаратов и микрофотограмм, на II Всероссийском Съезде Патологов в Москве.

начале вокруг капилляра, содержащего пигмент и паразитов малярии, скопляется беспорядочная куча клеток; эта стадия очень напоминает периваскулярное скопление глиозных ядер, но, кроме глиозных клеток, среди узелка иногда встречаются полиморфноядерные лейкоциты, вскоре, впрочем, исчезающие. Оставшиеся исключительно одни глиозные клетки в дальнейшем вытягиваются и начинают приобретать радиальное по отношению к капилляру расположение; ядра их тоже вытягиваются и принимают палочковидную форму, причем среди ядер иногда бывают заметны фигуры деления. Во вполне зрелом состоянии „малярийной гранулемы“ глиозные клетки ее лежат палисадникообразно, радиальными рядами, вокруг центрально расположенного капилляра. Иногда сосуд подходит к гранулеме, как стебель к цветку; в этой стадии гранулема весьма напоминает собою фигуру цветка маргаритки. Во многих случаях, но не всегда, вокруг капилляра (resp. между ним и фигурой маргаритки) лежит узкая полоса тканевого некроза, который иногда может охватить и стенку сосуда. В некоторых случаях снаружи „маргаритки“ бывает видна еще различной ширины круговая зона кровоизлияния.

В своей работе Dürck упоминает, что Weingertner в 1 случае *m. tropicae* обнаружил в мозгу точно такие же гранулемы. Затем Dürck утверждает, что его „малярийные гранулемы“ не встречаются при других заболеваниях, кроме лишь болезни Chagas, вызываемой *Schizotrypanum Cruzi*. Интересно отметить, что в 1 случае *m. tertianae* Dürck никаких гранул не нашел.

Обнаруженные Dürck'ом и Benda изменения в головном мозгу при тропической малярии дали толчок для новых исследований. Вскоре появились дальнейшие работы, касающиеся гистопатологии головного мозга при различных формах малярии. Так, Seyfarth (1920 г.), работавший также в Южной Болгарии, подтвердил существование гранул Dürck'a, Osterlin же из 24 случаев малярии обнаружил их лишь в 7, в том числе в 1 случае трехдневной малярии. В 1922 г. Г. Робустов и в 1923—1924 г. А. Перельман тоже описали „малярийные гранулемы“,—первый в 1 случае коматозной малярии, а второй— в 1 случае *m. quartanae* и в 1 случае *m. tropicae*. М. Алексеев (1923 г.) нашел гранулемы в 2 случаях *m. tropicae*, но не мог найти их в 1 случае *m. tropicae* и в 4 случаях *m. tertianae*. Е. Фрейфельд (1924 г.) обнаружила их в 4 случаях *m. tropicae* и в 1 случае *m. quartanae*; в 3 же случаях *m. tropicae* и в 2 случаях *m. tertianae* гранулемы ею не были найдены.

Таким образом вопрос о постоянстве и, следовательно, специфичности малярийных гранул Dürck'a не был вполне подтвержден последующими исследованиями, так как гранулемы не были обнаружены в ряде случаев тропической и трехдневной малярии. Между прочим и в самой работе Dürck'a имеется указание, что известные немецкие авторы отнеслись к его сообщению о специфических изменениях в головном мозгу при малярии несколько скептически.

Целью нашей работы является проверка наблюдений Dürck'a на своем, сравнительно большом, материале, состоящем из 18 случаев коматозной формы *m. tropicae*, попавших к нам на вскрытие осенью 1922 г. и в 1923 г. в г. Астрахани. Из значительного секционного материала малярии мы отбирали для исследования только те случаи, где

незадолго до смерти в крови больных нами же были обнаружены паразиты тропической малярии (исключительно полулуния), и где на секции отсутствовали какие-нибудь осложнения, которые могли бы объяснить иное происхождение смерти. Коматозное состояние в наших случаях длилось от 1 до 8 дней. Общая продолжительность болезни в 1 случае равнялась 1 дню, в 2—2 дням, в 4—3 дням, в 2—15 дням и в 9—5, 8, 12, 16, 22, 24, 25, 30 и 35 дням. В виду невозможности во многих случаях собрать анамнез у больных, мы оставляем открытым вопрос, имела здесь место первичная или повторная малярийная инфекция.

Среди вскрытых было 10 мужчин (12, 19, 23, 27, 32, 35, 40, 48, 52 и 60 лет) и 8 женщин (17, 23, 27, 29, 41, 42, 45 и 50 лет). Вскрытия производились в первые часы (от 1 до 10) после смерти. Кусочки для микроскопического исследования брались из различных отделов коры полушарий, из corpus striatum, thalamus opticus обеих половин мозга, из варолиева моста, из продолговатого мозга, из верхнего отдела спинного мозга и из мозжечка. Фиксация—формол, Orth, Helly, абсолютный спирт, заливка—целлоидин и парафин, окраска серий срезов—гематоксилин и эозин, van-Gieson, Giemsa, Pappenheim, Scharlach R., Toluidinblau, Nigrosin, Methylgrün-Pyronin; кроме того производилась микрохимическая реакция на железо.

Макроскопические картины изменений головного мозга в наших случаях не представляли особых отклонений от того, что уже хорошо известно. Они в общем сводились к следующему: во всех случаях можно было констатировать гиперэмию и отек, различной степени, оболочек и вещества головного мозга; в 12 случаях окраска коры и серого вещества центральных узлов мозга была более темной (до шоколадно-серой), чем нормально, а в 6 случаях серое вещество было обычного и даже более светлого цвета; в 12 случаях в мягких оболочках и веществе мозга (преимущественно сером) были довольно многочисленные свежие точечные кровоизлияния. Гистологические находки, обнаруженные нами в веществе мозга и в его оболочках, в общем соответствовали тем, которые были описаны Laveran'ом, Bastianelli, Bignami, Marchiafava, Monti, Виноградовым, Афанасьевым, Певницким, Чернышевым, Маргулисом, особенно же Cerletti и др. Поэтому мы лишь вкратце перечислим главные из этих изменений, более подробно останавливаясь на изменениях в глиозной ткани.

Прежде всего следует отметить, что скопления малярийного пигмента и паразитов в крови сосудов вещества мозга и его оболочек были обнаружены нами в $\frac{2}{3}$ всех случаев (12 сл.), в $\frac{1}{3}$ же случаев (6 сл.) пигмента (resp. паразитов) здесь почти не было обнаружено в то время, как в ретикуло-эндотелии селезенки и печени его было много.

В мягкой мозговой оболочке во всех случаях отмечались явления воспаления, выражавшиеся в гиперемии сосудов, отеке различной силы, в умеренной инфильтрации лимфоцитами, сосредоточивавшейся, главным образом, вокруг сосудов, а иногда и в толще их стенок. Ни в одном случае инфильтрация эта не была настолько обильна, чтобы макроскопически воспаление могло принять гнойный характер, как это отмечает в некоторых своих случаях Dürck. В одном случае (беспигментном) воспаление мягкой оболочки имело ясно геморрагический характер.

Что касается вещества различных отделов мозга, то здесь прежде всего можно было подметить значительное расширение кровеносных сосу-

дов, преимущественно капиллярного типа. В $\frac{2}{3}$ случаев, где в мозгу были обнаружены малярийные плазмодии, они встречались, главным образом, в сосудах капиллярного калибра, большею частью образуя розетковые фигуры внутри эритроцитов. Кроме того, в этих же сосудах сосредоточивался и малярийный пигмент, как внутри красных кровяных шариков, так и в макрофагах, в полинуклеарах, в клетках спущенного и пристеночного эндотелия. Белых кровяных телец внутри сосудов было в общем мало, причем среди попадавшихся преобладали лимфоциты. Эндотелий капилляров представлялся чаще всего набухшим, мутным, содержащим иногда капельки жира. Эндотелий более крупных сосудов в общем изменен был меньше. Нередко в стенках крупных сосудов наблюдалась умеренная инфильтрация лимфоцитами, иногда с примесью единичных плазматических клеток.

В 11 случаях, где были найдены паразиты и пигмент, и в 1 случае без них—в мозгу, по преимуществу в белом веществе его, были обнаружены мелкие кровоизлияния, расположенные, как правило, вокруг прекапилляров и капилляров, вследствие чего при поперечном сечении сосуда они давали форму кольца. Малярийные паразиты внутри эритроцитов этих кровоизлияний и пигмент встречались сравнительно редко, гораздо чаще кровоизлияния были свободны от них. Некоторые, в общем немногие, кровоизлияния имели в центре, вокруг капилляра, различной ширины зону тканевого некроза (resp. глиозной ткани), иногда захватывавшего и стенки сосуда.

Периваскулярные и перипеллюлярные лимфатические пространства во всех случаях были в различной степени расширены отеком жидкостью, что особенно было заметно в белом веществе мозга. В случаях, лишенных пигмента (resp. паразитов), это расширение было выражено как будто даже сильнее, чем в остальных.

Большинство нервных клеток различных отделов мозга находилось в состоянии мутного набухания и с явлениями тигролиза. В некоторых, немногих клетках набухание было очень сильное, протоплазма представлялась светлой, иногда вакуолизированной, лишенной совсем тигроида, но содержащей жировые капельки. Набухшие ядра таких клеток были сдвинуты к периферии клеток, красились то очень слабо, то пикнотически, иногда были сморщены и изредка имели поперечную складку. Вокруг значительно измененных нервных клеток наблюдались различные картины нейронофагии. В некоторых участках мозга среди нервных волокон обнаруживались немногочисленные миэлиновые шары и округлые глыбки базофильных, повидимому, продуктов белкового распада, иногда заключенные внутри глиозных глеток.

Почти всегда в наших случаях ясно отмечалось выраженное в той или иной степени диффузное увеличение числа ядер глии, как в белом, так и в сером веществе различных отделов мозга. Иногда диффузное увеличение было настолько значительным, что глиозные ядра лежали очень близко друг к другу и местами образовали как-бы кучи их. В одних случаях количество ядер глии оказывалось больше в сером веществе, в других диффузный глиоз преобладал среди нервных волокон в белом веществе мозга. В тех случаях, где был сильный глиоз в сером веществе, явления нейронофагии представлялись наиболее яркими и отчетливыми. Особенно демонстративно почти во всех случаях обнаруживалось скопление глиозных ядер в мозжечке, в слое клеток *Pourquinier*.

Помимо диффузного глиоза, во многих случаях отмечалось особое тяготение размножившихся ядер глии сгруппировываться возле капилляров, то в большем, то в меньшем количестве. В таких случаях при продольном сечении капилляра было видно, как на некотором протяжении сосуда в пограничной зоне глиозной ткани глиозные клетки собирались в один или несколько рядов; среди клеток местами были видны фигуры деления, причем ядра глии всегда были неодинаковых размеров и различной степени окраски.

Вдоль сосуда размножившиеся глиозные клетки располагались или лишь с одной стороны, или же одновременно по обоим его сторонам. Иногда глиозные ядра скапливались у стенки сосуда в виде неправильных кучек, в некоторых случаях сливавшихся с теми ядрами, которые лежали рядами вдоль того же самого сосуда. Многие глиозные клетки, лежащие в перикапиллярных пространствах, обнаруживали различные степени амебoidного превращения, протоплазма их часто красилась метакроматически. При поперечном сечении капилляра размножившиеся ядра глии оказывались расположенными вокруг стенок его или в одиночку, или небольшими кучками, или, наконец, в виде одного или нескольких рядов. Чаще ряды ядер образовывали неполное замыкание вокруг сосуда, а изредка получалось почти вполне замкнутое кольцо из одного или нескольких рядов глиозных ядер вокруг капилляра.

Таким образом во всех наших случаях, благодаря размножению ядер глии вокруг капилляров, наблюдались образования, которые не представляют специфической особенности малярии, а свойственны и ряду других процессов, давно описанных многими авторами.

В 12 случаях, где были отмечены перикапиллярные кольцевые кровоизлияния, мы могли констатировать среди них в различном числе глиозные ядра, причем в тех кровоизлияниях, где не было центрального некроза глиозной ткани, ядра были разбросаны или в виде беспорядочных кучек, или в одиночку далеко друг от друга, перемешиваясь с эритроцитами. Общее количество глиозных ядер колебалось в отдельных кровоизлияниях от 2—3 до 10—15 штук. Иногда здесь же залегали одиночные лимфоциты.

Среди эритроцитов тех кровоизлияний, которые имели центральный пояс тканевого некроза, расположенного вокруг капилляра, число глиозных ядер всегда было больше, чем в вышеописанных, и они лежали здесь теснее и гуще, хотя в общем числе это почти никогда не превышало двух десятков. Следует отметить, что глиозные клетки, располагавшиеся среди обоих видов кровоизлияний (с некрозом ткани и без него), в некоторых случаях давали возможность ясно проследить на серии срезов их связь с теми скоплениями размножившихся ядер глии, которые на ближайших участках располагались периваскулярно вокруг соседних капиллярных ветвей или даже вокруг того же самого сосуда, около которого находилось и кровоизлияние. Ядра глиозных клеток имели всегда округлые очертания. Палочковидно удлинненных ядер, расположенных рядами радиально (по отношению к центрально лежащему капилляру) в виде цветка маргаритки, ни в одном из кровоизлияний нам обнаружить не удалось.

Таким образом наблюдавшиеся нами картины кровоизлияний (с некрозом около сосудистой ткани и без него) указывали на обычную пери-

васкулярную реакцию глии, что ясно обнаруживалось и в других местах без связи с кровоизлияниями. Некроз глиозной ткани, повидимому, влиял на увеличение глиозных ядер в кровоизлиянии, но чего-нибудь специфического, что можно было-бы рассматривать, как гранулему, нами не было обнаружено. Специфических образований, которые описал Dürck и др. авторы, мы ни в одном из наших случаев не наблюдали. Правда, в 6 наших случаях среди некоторых кровоизлияний с тканевым некрозом глиозные клетки проявляли, как это было описано Dürck'ом и др., склонность группироваться на границе некроза то в виде мелких кучек, то рядами, в виде незамкнутого кольца, а на одном препарате, на сериях срезов из *corpus striatum* у мальчика 12 лет, с продолжительностью болезни в 5 дней, нами было найдено почти правильное кольцевидное расположение глиозных ядер в кровоизлиянии на границе некроза; но дальнейшего развития с вытягиванием глиозных клеток в длину, превращением ядер в палочковидные и радиальным их расположением на подобие цветка маргаритки нами нигде подмечено не было.

Общее наше заключение, на основании приведенных исследований, таково, что описанные Dürck'ом и др. авторами „малярийные гранулемы“ представляют из себя обычную, встречающуюся при ряде патологических процессов, реакцию глии в виде размножения ядер. Это явление наблюдается как в кровоизлияниях, так и вне их, почти исключительно вокруг капилляров, и связано, очевидно, с повреждением ткани в зависимости от действия малярийного яда. Какого-нибудь особого и характерного именно для малярии расположения глиозных ядер мы не обнаружили, почему и не можем говорить о специфических малярийных гранулемах.

Периваскулярные скопления ядер глии, аналогичные Dürck'овским, были описаны многими авторами и при других, довольно разнообразных заболеваниях. Так, Ceelen наблюдал их при сыпном тифе, Slauck—при острой хорее, Spielmeier—при брюшном тифе и дизентерии, Schmidt—при геморрагическом энцефалите, Давиденков, Аммосов и др.—при эпидемическом энцефалите, Алексеев—при злокачественном малокровии, Давыдовский—при лейкоэмии, септицемии и эссенциальной тромбопении, Пожариский—при эклампсии, наконец, сам Dürck—при болезни Chagas, вызываемой *Schizotrypanum Cruzi*.

Таким образом на основании всего вышеизложенного можно с уверенностью утверждать, что описанные Dürck'ом и др. авторами „малярийные гранулемы“ не суть специфические образования вообще, и в частности они неспецифичны для малярии.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Алексеев М. Труды I Всероссийского Съезда Патологов в Ленинграде 1923 г.—2) Афанасьев. *Virch. Arch.*, Bd. 84, 1881.—3) Виноградов К. Военно-Мед. Жур., 1882, кн. IV.—4) Маргулис М. Мед. Об., 1912, № 20.—5) Певницкий А. Дисс. СПб. 1902.—6) Перельман А. Невр. Зап. Бакинского У-та, 1923, т. I; 1924, т. IV.—7) Робустов Р. Сборник статей „Малярия“. 1923.—8) Фрейфельд Е. Рус. Журн. Тропич. Медиц., 1924, № 1.—9) Черны-

шев С. Мед. Об., 1902, № 1.—10) Широкогоров И. Сб. стат. „Малярия“.—11) Алексеев, Давыдовский, Пожарисский. Докл. и прения на II Всеросс. Съезде Патологов в Москве.—12) Benda C. Münch. m. Woch., 1917, № 11; Med. Klin., 1922, № 9.—13) Cerletti U. Nissl-Alzheim. histol. u. histopatol. Arbeit., 1911, Bd. 4.—14) Dürck H. Münch. m. Woch., 1921, № 2.—15) Laveran A. Палюдизм. Рус. пер. СПБ. 1901.—16) Seyfarth C. Deut. Arch. f. kl. Med., Bd 134.—17) Slauck. Ibid., Bd. 142.—18) Spielmeyer. Münch. m. Woch., 1920, № 12.—19) Schmidt. Ziegler's Beiträge, 1905.

D-r G. G. Nepriachin (Kasan). Zur pathologischen Anatomie des Gehirns bei *Malaria tropica*.

Die vom Autor ausgeführten Untersuchungen am Gehirn von 18 Kranken, welche während des Anfalles der komatosen Form von *Malaria tropica* gestorben sind, überzeugte ihn, dass die von Dürck und anderen Autoren beschriebene Malariagranulome nichts spezifisches für *M. tropica* darstellen, sondern die Folge gewöhnlicher, in verschiedenen pathologischen Processen vorkommender Reaktion der Glia sind.

О значении пробы *Kaufmann*'а для определения скрытой декомпенсации сердца.

Врача Т. Е. Кролюницкой.

„Если при изучении болезней сердца нам постоянно приходится считаться с явлениями компенсации и декомпенсации, т. е. предельными состояниями, то, принимая во внимание, что настоящее математическое равновесие возможно только при явлениях статического, а не динамического характера, мы должны понять, что для сердца физиологическим равновесием будут постоянные колебания в ту или другую сторону от гипотетической нормы в определенных границах, которые за этими не менее гипотетическими пределами незаметно переходят уже в область патологии“ (Проф. С. С. Зимницкий. Лекции по сердечным болезням, 1923, лекц. XVIII, стр. 142).

Задачей клиники является, по возможности, определить наступление начала этой патологии в сердечной работе. Если принято у нас и у немцев говорить о достаточности и недостаточности сердца, об его компенсации и декомпенсации, — этих величинах предельного и определенного порядка, то французская школа ставит вопрос точнее, трактуя о гипосистолиях и асистолиях. В последние годы особенно много внимания уделено этому уточнению определения состояния дисфункции сердца, и, можно сказать, еще надних вопрос о недостаточности сердца был подвергнут тщательной трактовке проф. *Lian'om* (*Presse méd.*, 1926, № 46). Кроме гипо- и асистолии этот автор вводит понятие о диссистолии, характеризизуя последнюю следующими симптомами: *dyspnée d'effort*, *cyanose des extremités et élévation de la pression veineuse*.

Каждому клиницисту известно, что видимым проявлениям физической декомпенсации сердца предшествует невидимая, „ляtentная“ стадия, часто в виде временных недочетов сердца (цит. по Зимницкому, о. с., стр. 145). Для учета такого состояния потрачено много труда, но „и до настоящего времени мы не обладаем никакими простыми способами для определения начальной сердечной слабости“ (*A. Hoffman*).

Из учения о декомпенсации сердца мы знаем, что одним из явлений ее, как результатного фактора сосудистых застоев, является отек (*oedema*); но и он может носить характер скрытого, лятентного отека, не поддающегося в начальной стадии своего развития клиническому учету (*praeoedema*). Только с появлением пастозности на нижних конечностях у сердечных больных он выступает с очевидностью, и тогда мы уже говорим о видимых признаках недостаточности сердца.

Если остановиться на отеке, как опознавательном пункте декомпенсации, то та часть ее, которая характеризуется т. наз. лятентными

отеками, обычно проходит незаметно. Только пользуясь кривой веса по Schauffard'y и видя ее постепенное нарастание, можно говорить о praecoedema с большей или меньшей степенью вероятности.

Таким образом клинике необходимо выработать какой-либо метод, который позволял-бы подойти к разрешению вопроса о том, существуют ли в данном случае эти латентные отеки, которые указывают на начало инеуфициентности сердца, как мотора.

В этом направлении заслуживает внимания работа проф. Kaufmann'a, напечатанная в *Deut. Arch. f. kl. Mediz.*, Bd. 137.

В виду того, что у нас в клинической литературе этот вопрос не обсуждался, я, по предложению уважаемого проф. С. С. Зимницкого, произвела ряд наблюдений в этом направлении.

Сущность методики проф. Kaufmann'a заключается в том, что, исходя из опытов Erringer'a о растройстве всасывания из подкожной клетчатки при изменениях кровообращения, он больному, находящемуся в клино-статическом положении, дает ежечасно втечение 6 часов по 150 к. с. воды и ежечасно же собирает мочу. По прошествии первых 4 часов (предварительный период) у испытуемого ноги поднимаются на 25 сант., и опыт продолжается втечение еще 2 часов (главный период). Полученные часовые порции мочи изучаются количественно и качественно (у. в.). Само собой разумеется, что во время опыта больной ничего не ест. Kaufmann исходит из той мысли, что поднятие ног на 25 сант. в вышину улучшает гидродинамику, увеличивая пассивно отток жидкости из нижних конечностей; эта манипуляция у здорового человека с хорошим мотором, конечно, должна остаться без последствий, ибо в конечностях в норме не бывает „остатков“, каковые в виде „скрытых отеков“ появляются лишь при известных степенях дисфункции сердечного мотора.

Беря среднее арифметическое количество мочи в предварительном периоде и сопоставляя его с таковым же в главном периоде, Kaufmann у здоровых не получил, как и следовало ожидать, заметной разницы в выделении мочи, и наоборот, проба эта выпадала положительно у лиц с болезнями сердца даже в начальной степени недостаточности последнего (проба считается положительной, если разница между арифметически-средними величинами главного и предварительного периода равняется 30—180 к. с.; при этом нужно иметь в виду, что нижняя граница, т. е. 30 к. с., только тогда имеет значение, если все часовые порции являются малыми). Далее Kaufmann отмечает, что проба эта не находится в зависимости от состояния почек и дает положительные указания только при наличии легких и незначительных степеней, resp. в начальных стадиях декомпенсации. При наличии же явных отеков (oedema) она является неточною, да и по существу здесь не нужна.

Проба эта была проверена Torday'em (*Wiener kl. Woch.*, 1925, № 34), который исследовал целый ряд больных и на основании полученных результатов пришел к выводу, что этот метод в огромном большинстве случаев дает хорошие результаты; Torday, однако, не согласен с Kaufmann'ом в том, что состояние почек не играет роли в выпадении пробы.

Проверка и сопоставление пробы Kaufmann'a с методом Weber'a (*Munch. med. Woch.*, 1926, № 12) показали совпадение результатов от обоих способов, причем испытание метода Kaufmann'a на

90 больных дало следующие выводы: 1) у здоровых людей проба дает отрицательный результат, 2) у сердечных больных в начальной стадии декомпенсации проба эта положительна, 3) у почечных больных проба не дает точных указаний.

Для изучения вопроса проба Кауфманна была испытана нами у 41 больного, из которых 15 имели митральные пороки, 8—аортальные, у 5 был endocarditis lenta, у 8—myocarditis и у 5—сердечно-почечные заболевания.

Для удобства изложения и лучшего обозрения полученных результатов больные были нами разбиты на три группы: 1) сердечные больные без видимых признаков декомпенсации, 2) сердечные больные с признаками декомпенсации и 3) сердечно-почечные больные. Для иллюстрации того, как практически велось нами наблюдение по Кауфманну, возьмем один случай с диагнозом митрального стеноза и недостаточности без каких-либо следов отеков. В этом случае были получены следующие результаты:

А) В предварительном периоде (при клино-статическом положении):

Выделение мочи за	I час—	36 к. с., у. в.	1,018
"	II "	25 " " " "	1,020
"	III "	40 " " " "	1,015
"	IV "	80 " " " "	1,012

Сумма: 181 к. с., среднее арифметическ.
за 4 часа—45 к. с.

Б) В главном периоде (с ногами, поднятыми на 25 сант.):

Выделение мочи за	V час.—	150 к. с. у. в.	1,015
"	VI "	260 " " " "	1,012

Сумма: 410 к. с., среднее арифметическ.
за 2 часа—250 к. с.

Результат пробы 205—45—160 положителен: разница лежит в пределах 30—180 к. с.

Приведем теперь, в виде таблиц, результаты пробы Кауфманна, полученные нами в различных группах больных.

Рассматривая таблицу, мы должны обратить внимание, что иногда в среднем за часовой период выводилось мочи больше, чем было введено жидкости. Эта полиурия может показаться на первый взгляд странной; но, если стать на ту точку зрения, что почки могут находиться в состоянии известного раздражения, то этот diurèse provoqué понятен. Так как и в этих случаях,—как показывают, напр., случаи №№ 7, 8, 9, 12, 13 и 18,—проба Кауфманна дала различные результаты, то ей можно придать значение, если принять во внимание случай № 12. Здесь дело шло о больном, который чувствовал себя хорошо и ни на что, кроме небольшого сердцебиения, в больничной обстановке, не жаловался, да и клинических данных, говоривших определенно за какую-либо недостаточность сердца, у него не отмечалось. Проба Martinet выпадала у него приблизительно хорошо. Однако когда, после выписки из больницы, он взялся за свой обычный труд (торговля), не прошло и двух

ТАБЛИЦА I

(сердечные больные без видимых признаков декомпенсации).

№№ по пор.	Диагноз болезни.	Среднее арифметическое предварительного и главного периодов.		Разница в к. с.	Результаты пробы.
1	Ins. v. mitralis	130	200	70	+
2	»	262	350	88	+
3	Stenosis v. mitralis	205	280	75	+
4	Stenosis et ins. v. mitr.	100	205	105	+
5	»	131	137	6	—
6	»	120	171	51	+
7	»	198	240	42	—
8	Ins. vv. aortae	230	237	7	—
9	»	250	293	43	—
10	»	107	173	66	+
11	»	120	200	80	+
12	Ins. vv. aortae et mitralis	173	262	89	+
13	»	222	237	12	—
14	Myocarditis	117	130	13	—
15	»	117	130	13	—
16	»	141	162	21	—
17	Pericarditis	125	190	65	+
18	» + ins. vv. aortae	162	175	13	—
19	Endocarditis lenta	62	137	75	+

недель, как у него появились отеки, сердцебиение, одышка, и больной возвратился в клинику с выраженными явлениями недостаточности сердца. Других подобных примеров мы не имеем в своем распоряжении и потому точных выводов сделать не можем.

ТАБЛИЦА II

(сердечные больные с явными отеками resp. декомпенсацией).

№№ по пор.	Диагноз болезни.	Среднее арифметическое предварительного и главного периодов.		Разница в к. с.	Результаты пробы.
1	Stenosis v. mitr. et insuf.	175	250	75	+
2	»	101	117	16	—
3	»	170	200	30	—
4	»	124	150	26	—
5	» et arytmia perpetua	150	181	31	—
6	»	295	315	20	—
7	»	140	165	25	—
8	»	190	205	15	—
9	Endocard. lenta	125	200	75	+
10	»	130	201	71	+
11	»	105	170	65	+
12	»	105	195	90	+
13	Ins. vv. aortae	120	145	25	—
14	»	135	165	30	—
15	»	154	180	26	—
16	Myocarditis	108	162	54	+
17	Pericarditis adhaesiva	162	200	38	—
18	Myocarditis, aortitis luica	156	180	26	—

Изучение этой таблицы показывает, что действительно при наличии отеков обычно, как правило, проба Кауфманна выпадает отрицательно. Однако здесь мы встречаемся с одним очень интересным фактом, заслуживающим внимания: дело идет об *endocarditis lenta*. Как показывает изучение литературы вопроса (см. хотя-бы сводную работу Stahli в *Ergebnisse der inner. Medizin u. Kinderheilkunde*, 1924, Bd. 52, S. 414), большинство авторов стоит на той точке зрения, что отеки при этой болезни зависят от специального поражения сосудов, а не от слабости сердца. В группе II во всех случаях *endocarditis lenta* проба Кауфманна выпала положительно, как выпала она положительно в случаях этой болезни и без наличия отеков (см. табл. I, сл. № 19). Этот факт, нам непонятный, все же заслуживает быть особенно отмеченным.

ТАБЛИЦА III

(почечные и сердечно-почечные больные с отеками).

№№ по пор.	Диагноз болезни.	Среднее арифметическое предварительного и главного периодов.		Разница в к. с.	Результаты пробы.
1	Nephrosis et insuf. v. mitr.	218	417	195	+
2	Nephrosis et sten. v. mitr.	262	275	13	—
3	Nephroso-neph. chr. et sten. v. mitr.	170	220	56	+
4	Nephroso-neph. chr. et ins. v. mitr.	165	185	20	—
5	Glomerulo-neph. chr. et ins. v. mfr.	106	126	20	—

Эта таблица показывает, что при комбинации болезней почек и сердца могут получиться, при применении пробы Кауфманна, разноречивые результаты.

Исследование 10 случаев компенсированных (со стороны сердца) болезней почек дало также неопределенные результаты, не подтверждающие мнения Кауфманна о неучастии состояния почек в выпадении пробы.

Вышеприведенные исследования позволяют нам сделать следующие выводы:

1. Проба Кауфманна при компенсированных пороках сердца выпадает обычно отрицательно.
2. При начинающейся декомпенсации без наличия видимых отеков в большинстве случаев проба эта дает положительные результаты.
3. При расстройстве компенсации она обычно отрицательна.
4. У сердечно-почечных больных она не дает определенных результатов, равно как и у почечных больных с сердечной компенсацией.
5. Проба Кауфманна не решает с определенностью вопроса о наличии латентных отеков, и потому, если и имеет клиническое значение, то только относительное.

Требуются дальнейшие, более многочисленные исследования для выяснения по существу этого вопроса, имеющего значение для клиники.

Dr. T. F. Kroljunitzkaja. Ueber die Bedeutung der für Bestimmung der latenten Herzdekompensation in Vorschlag gebrachten Kaufmannschen Probe.

Der Autor gelangte auf Grund seiner Untersuchungen zu nachstehenden Ergebnissen: 1) Die Kaufmannsche Probe fällt bei kompensierten Herzfehlern gewöhnlich negativ aus. 2) Bei beginnender Dekompensation ohne sichtliche Oedeme ergiebt die Kaufmannsche Probe in der Mehrzahl der Fälle positive Resultate. 3) Bei Kompentationsstörung ist sie gewöhnlich negativ. 4) Bei Herz-Nierenkranken giebt sie keine bestimmten Resultate, ebenso wie bei Nierenkranken mit Herzkompensation. 5) Die Kaufmannsche Probe lost die Frage des Vorhandenseins latenter Oedeme nicht mit Bestimmtheit, und daher hat ihre klinische Bedeutung wenn überhaupt so doch nur relativen Wert.

Функциональная проба печени при помощи фенолтетрахлорфталейна.

Ординатора Н. А. Бачманова.

Функциональная диагностика печени при помощи красящих веществ стала возможной и дала практически ценные результаты лишь с введением в практику дуоденального зонда, позволяющего непосредственно у постели больного следить за выделением красящих веществ желчью. Одни авторы (Rosenthal, Falkenhausen и др.) применяли с этой целью синьку, другие (Lepehne, Hatieganu, Hesse, Wörner и др.)—индигокармин и третьи (Rosenthal, Рыжих и Сластников)—фенолтетрахлорфталейн и фенолтетрабромфталейн.

Фенолтетрахлорфталейн впервые был предложен для данной цели в 1909 г. Abel'em и Rowntree, которые на собаках с желчной fistulой показали, что печень является практически единственным органом, выделяющим данную краску, при введении ее в строго определенной дозе. В 1913 г. Whipple, Mason, Peightal и Clark экспериментально на собаках до и после отравления их хлороформом, фосфором и гидрозинном проделали данную пробу, определяя колориметрически содержание краски в кале через 24 часа и в моче через 5—6 часов. То же самое выполнили Rowntree, Hurvitz и Bloomfield, определяя содержание краски в кале через 48 часов и в моче через 24 часа. Оказалось при этом, что у нормальных животных краска задерживается печенью и выделяется в кишечник, в моче же не обнаруживается; у отравленных животных содержание краски в кале уменьшается, и она выделяется с мочей; количество выделенной с калом краски позволяло авторам судить о степени нарушения функции печени.

Однако этот метод, вследствие его чрезмерной сложности, не вошел в практику и был оставлен. В 1916 году Mc Neil предложил судить о задержке краски, т. е. о нарушении печеночной функции, по первому появлению ее в желчи, полученной при помощи дуоденального зонда. По этому методу работали Piersol, Bockus, Boordmann, Schonpaker и др., вводя интравенозно 150 mgr. двойной натриевой соли фенолтетрахлорфталейна. У лиц с нормальной функцией печени первое появление краски в дуоденальном соке обнаруживалось через 8 минут и при количественном определении равнялось 18—27 mgr.; у лиц с нарушенной функцией печени краска появлялась в дуоденальном соке через 13—23 мин. и в меньшем количестве (меньше 5 mgr.).

Но и этот метод был оставлен, потому что при нем, с одной стороны, большую роль играет проходимость желчных путей, а с другой—

исключена возможность точного количественного определения. В 1922 г. Rosenthal предложил новый метод, а именно, определять содержание краски в сыворотке крови и по содержанию ее судить о степени нарушения функции печени. Изучая экспериментально на животных этот метод, Rosenthal показал, что у нормальных животных при интравенозном введении 5 mgr. краски на кило веса краска быстро и постоянно исчезает из сыворотки крови и не обнаруживается в моче, между тем как у животных, отравленных фосфором, краска задерживается в сыворотке крови и выделяется медленно (в течение многих часов) с мочей. Содержание краски Rosenthal определял колориметрически при помощи водных цветных штандартов. В другой серии опытов он, перевязывая у собак общий желчный проток, наблюдал, что вскоре после перевязки, пока еще нет желтухи, а, следовательно, и поражения печеночных клеток, краска выделяется из сыворотки нормально (через 15 мин.); напротив, при развитой и долго длящейся желтухе, когда имеется поражение печеночных клеток, краска задерживается в сыворотке крови в течение 1—2 часов и выделяется с мочей. На основании этих опытов Rosenthal заключает, что степень задержки краски идет параллельно степени поражения печеночной паренхимы. Далее, желая определить степень чувствительности данной пробы, Rosenthal поставил ряд опытов на кроликах, определяя степень задержки краски в сыворотке после частичной и полной экстирпации печени и по силе задержки судя о степени нарушения печеночной функции. Краска вводилась в дозе 5 mgr. на кило веса в ушную вену, кровь для исследования бралась из v. jugularis противоположной стороны. Сначала проба ставилась на нормальном кролике, а затем—после удаления как различных частей печени, так отдельных долей и всей печени целиком. При этом оказалось, что при удалении большей доли, равной по весу $\frac{4}{5}$ (81,6%) всего органа, функция печени нарушалась на 62%; при удалении малой доли, равной по весу $\frac{1}{5}$ (19,1%) всего органа, функция нарушалась на 26,6%; наконец, при удалении всей печени она нарушалась на 100%. Далее, Rosenthal нашел, что изменения в пробе в сторону задержки обнаруживаются лишь после удаления minimum 12% по весу всей массы печени.

Кроме экспериментов на животных Rosenthal произвел целый ряд клинических наблюдений. С одной стороны он брал больных, у которых клинически не было никаких указаний на поражение печени, с другой—больных с заведомо больной печенью. У первых содержание краски в сыворотке через 15 мин. равнялось 2—6%, а через 60 минут сыворотка оказывалась свободною от краски; в моче у этих больных краска отсутствовала; у вторых краска содержалась в сыворотке через 15 мин. в количестве от 8 до 35%, через 60—от 3 до 35%, причем краска держалась в течение 2, 4 и даже 21 часа; с мочей краска выделялась в течение многих часов. На основании своих клинических наблюдений Rosenthal полагает, что данный метод легко выполняим и позволяет быстро определять функциональную способность печеночной клетки.

Для случаев, где почему-либо (гемолиз) количественного определения содержания краски произвести не удастся, Rosenthal предложил качественный способ—кольцевую пробу. Испытуемая сыворотка подкисляется

1—2 каплями 3% раствора соляной кислоты и наслаивается осторожно по стенке пробирки на 5% раствор NaOH. Если в ней есть краска, то на границе жидкостей получается кольцо от слабо- до интенсивно-фиолетового цвета. Но крови дает кольцо желтого цвета.

Кроме положительных, Rosenthal отмечает и отрицательные стороны данной пробы: 1) сравнительно малый процент (35) задержки краски при резких поражениях печени, 2) частые местные раздражения венозной стенки, 3) случайные тромбозы и 4) общую реакцию. Малый процент задержки Rosenthal объясняет тем, что краска в значительной степени диффундирует в ткани организма, что, однако, не лишает пробу специфичности, так как впоследствии краска из тканей поступает опять в печень и через нее в кишечник.

Bogen, проверяя клинически данную пробу, считает для нормальной печени задержку краски в сыворотке через 60 минут равной 3%, для частично пораженной—от 4 до 8%, для резко пораженной—свыше 8%.

Kunfi и Reiche, определявшие качественно наличие краски в сыворотке различных больных, высказываются в пользу данной пробы. „Слабая задержка,—говорит Reiche,—часто, а умеренная и резкая—всегда указывают на поражение печени“. Кроме того, Reiche отмечает, что данная проба всегда идет параллельно течению болезни. Из побочных явлений Reiche на 175 вливаний (он вводил внутривенно в среднем по 250—300 мгр. краски) отмечает в одном случае образование инфильтрата на месте инъекции, в одном—слабую реакцию и в 3 (у тяжелых сердечных больных)—однократную рвоту.

Bull и Baumann, приводя 52 наблюдения, заключают, что данная проба должна войти в лабораторную практику наравне с другими методами исследования. На 52 наблюдения авторы имели в 3 случаях тромбы ручных вен, в 4—озноб и лихорадку и в 1—лишь температурную реакцию.

Maurer и Gatewood описывают три смертных случая на почве тромбоза и эмболии при применении этой пробы и советуют с осторожностью применять ее.

Flessinger и Longchampt, определявшие содержание краски в сыворотке через 15—20 мин., думают, что данная проба, во-первых, не всегда идет параллельно степени поражения печени; во-вторых, она является не только индикатором состояния печеночных клеток вообще, но в частности индикатором состояния звездчатых клеток Kupffer'a.

Franke, имевший 30 наблюдений, считает данную пробу несомненно безопасной, а результаты ее сомнительными.

Наконец, необходимо отметить некоторые работы, в которых производилась сравнительная оценка различных проб печени, в том числе и разбираемой. Так, Piersol и Bockus предприняли сравнительную оценку метода Rosenthal'a, уробилиногеновой пробы, гэмокластических криз Vidal'a и дуоденального метода с этой же краской, причем метод Rosenthal'a во всех без исключения случаях дал более точные результаты.

Schattück, Browne и Preston, сравнивая метод Rosenthal'a с другими функциональными пробами печени и с реакцией v. d. Bergh'a, приходят к выводу, что при помощи Rosenthal'a получаются более точные данные в случаях циррозов и вторичного рака пе-

чени; в хирургической практике данная проба часто предупреждает хирурга относительно рискованности общего наркоза; наконец, в некоторых случаях, протекающих без желтухи, она прямо указывает на поражение печени.

Greene, Mc Vicar, Rowntree и Walters, испытав различные пробы печени на больных с механическими желтухами, склоняются также в пользу пробы Rosenthal'a. Greene указывает, что между методом Rosenthal'a и степенью билирубинемии имеется полный параллелизм: как содержание билирубина в крови, после удаления препятствия и восстановления нормального тока желчи, быстро уменьшается в первые дни и медленно—в последующие, так и проба Rosenthal'a, давая сначала резкое понижение, затем держится некоторое время на более высоких цифрах. Задержку краски в течение некоторого времени после удаления препятствия для оттока желчи и восстановления нормального тока ее Greene объясняет токсическим действием желтухи на печеночные клетки. Наконец, этот автор отмечает, что в некоторых случаях (токсемия беременных) проба Rosenthal'a дает положительный результат, когда еще реакция v. d. Bergh'a не дает никаких указаний.

Желая со своей стороны проверить практическую пригодность данной пробы, мы пользовались краской фирмы Gene в 7⁰/₀ растворе, которая вводилась внутривенно в дозе 0,005 на кило веса, или 1 куб. сант. 7⁰/₀ раствора на 14 кило. Точно через 1 час после того из локтевой вены другой руки шприцем, промытым стерильным физиологическим раствором, бралась кровь в количестве 8 куб. сант. и выливалась в 2 стерильных центрифугальных пробирки, по 4 куб. с. в каждую; после того как кровь свертывалась, она осторожно обводилась петлей и ставилась в центрифугу. Сыворотка, свободная от следов гемолиза, разливалась по 1 куб. сант. в 3 пробирки. Как для сыворотки, так и для штандартов мы употребляли пробирки из тонкого белого стекла, внутренний диаметр которых равнялся 7 мм., а длина—5 сант. В 1 пробирку (опытную) мы прибавляли 1—2 капли 5⁰/₀ раствора NaOH, в 2 другие (контрольные), для просветления сыворотки,—по 1—2 капли 3⁰/₀ раствора HCl. Если в испытуемой сыворотке имелась краска, то тотчас после прибавления щелочи в опытной пробирке сыворотка окрашивалась в фиолетовый цвет. Пробирки закрывались пробочками и ставились для сравнения в ящик, в котором устроено 6 гнезд, по 3 в ряд (одно против другого), отстоящих одно от другого на 3 мм. В задней стенке ящика имеется матовое стекло, а в передней, на уровне середины пробирок,—узкая щель, через которую и производилось сравнение при дневном проходящем свете. Опытная пробирка ставилась в среднее гнездо, контрольные—в боковые; сзади опытной пробирки помещалась пробирка с дистиллированной водой, сзади контрольных—водные цветные штандарты различной концентрации.

Штандарты мы готовили следующим образом: взяв 0,1 кб. сант. 7⁰/₀ раствора краски, мы смешивали его с 69,9 дистиллированной воды, причем получался 100⁰/₀ раствор (100⁰/₀ он является потому, что, употребляя 5 mgr. краски на 1 кило веса, или на 50,0 крови (кол. крови = $\frac{1}{20}$ веса тела), мы имеем на 1,0 крови 0,0001 краски; также и в нашем растворе на 1 куб. сант. воды мы имели 0,0001 краски). Из этого раствора путем соответствующего разведения мы готовили растворы в 45⁰/₀, 35⁰/₀, 25⁰/₀, 15⁰/₀, 10⁰/₀, 9⁰/₀, 8⁰/₀ и т. д. до 1⁰/₀ включительно,

а также в $4\frac{1}{2}\%$, $3\frac{1}{2}\%$, $2\frac{1}{2}\%$ и $1\frac{1}{2}\%$. Для предохранения штандартов от обесцвечивания мы при изготовлении их обыкновенно не доливали 0.1 дест. воды, а вместо нее прибавляли 0.1 5% раствора NaOH. Пробирки со штандартами закрывались пробочками, на которых отмечалась концентрация каждого из них, и заливались парафином. Точность штандартов время от времени проверялась. Если у нас имелась задержка краски, и штандарт в 10% оказывался слабым, а штандарт в 15% — сильным, то мы, оставляя штандарт 15%, сзади опытной пробирки помещали последовательно штандарты в 1, 2, 3, 4%. Положим, когда мы поместили сзади опытной пробирки штандарт в 4%, у нас окраска сравнялась; следовательно, мы усилили концентрацию опытной пробирки на 4%: задержка краски у нас равнялась, значит, $15 - 4 = 11\%$. Если при количественном определении содержание краски в сыворотке равнялось 0, то мы исключали наличие краски при помощи кольцевой пробы, для чего пользовались сывороткой одной из контрольных пробирок. Кроме того, у всех без исключения больных производилось качественное определение краски в моче. В зависимости от интенсивности окраски кольца мы отмечали результат или одним плюсом (слабо-положительная реакция), или двумя (положительная), или, наконец, тремя (резко-положительная). Кроме того у всех больных исследовалась моча на уробилин (p. Schlesinger'a) и уробилиноген (при помощи диметилпараамидобензалдегида), а в некоторых случаях ставилась реакция v. d. Bergh'a.

Всего мы поставили 51 пробу на 47 как здоровых субъектах, так и больных с разными заболеваниями. На таблице I сведены результаты исследования 32 случаев, где печень представлялась совершенно нормальной, или по клиническим данным можно было ожидать нарушения ее функции, но объективно заметных изменений с ее стороны констатировать было нельзя (за исключением случаев №№ 14 и 20, где при пальпации печень оказалась плотной и несколько увеличенной).

ТАБЛИЦА I.

№№ по пор.	Клинический диагноз.	Кр. в S через 60 м. в 0°	Краска в моче.	Уробилин.		Примечания.
				Уробилин.	Уробилиног.	
1	Здоровый	0	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
2	Здоровый	0	30' ++; 1 ч. +; 2 ч. 0	—	—	
3	Туберкулез легких .	0	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
4	Ахилия желудка . .	0	1 ч. ++; 2 ч. +; 4 ч. 0	—	—	
5	Порок сердца (комп.)	0	30' ++; 60' +; 2 ч. 0	—	—	
6	Аортит сифилитич.	0	отсутствует	—	—	
7	Почечная колика . .	0	30' ++; 60' +; 2 ч. 0	—	—	
8	Анапидный гастрит	0	отсутствует	—	—	

№№ по пор.	Клинический диагноз.	Кр. в S через 60 м. в ‰	Краска в моче.	Уробилин.	Уробилиног.	Примечания.
9	Аппендицит острый.	3 1/2	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
10	Полиартрит острый.	1 1/2	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
11	Диабет (сахарный).	4 1/2	1 ч. +++; 2 ч. ++; 4 ч. +	—	—	
12	Язва желудка	0	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
13	Рак желудка	0	1 ч. 0; 2 ч. ++; 3 ч. 0	—	—	
14	Аорт. сиф. миокард.	2	отсутствует	—	—	Печень выстоит на 2 п., плотна, болезненна.
15	Гиперсекр. желудка.	0	1 ч. +; 2 ч. 0.	—	—	
16	Эндометрит	0	1 ч. +; 2 ч. +; 4 ч. 0	—	—	
17	Мн. кисты брюш. пол.	0	1 ч. +; 2 ч. 0.	—	—	
18	Малярия	1	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
19	Рак желудка	0	1 ч. 0; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
20	Хрон. язва желудка.	4	не исследовано	—	—	Печень плотна, выстоит на 1 1/2 пальца.
21	Хрон. холецистит.	4 1/2	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
22	Диабет (сахарный).	7	1 ч. ++; 2 ч. ++; 4 ч. +	—	—	
23	Хрон. холецистит.	1 1/2	1 ч. ++; 2 ч. +; 3 ч. +; 4 ч. 0	—	—	
24	Эмпиема желчн. пуз.	6 1/2	1 ч. ++; 3 ч. +; 4 ч. +; 5 ч. 0	—	—	На опер.: желчный пуз. растянут нагноивш. жидкостью.
25	Диабет (сахарный).	4 1/2	не исследован.	—	—	
26	Малар., хрон. холец.	1	1 ч. ++; 3 ч. +; 4 ч. 0	сл.п.	—	
27	Язва duodeni	1	1 ч. +; 2 ч. +; 3 ч. 0	—	—	
28	Рак пищевода	0	отсутствует	—	—	
29	Диабет (сахарный).	4	1 ч. ++; 2 ч. ++; 3 ч. 0	—	—	Проба повторена через 2 мес
30	Невроз желудка . . .	0	1 ч. +; 2 ч. 0.	—	—	
31	Рак желудка	1	1 ч. +; 2 ч. 0.	—	—	
32	Хрон. холецистит.	4	1 ч. +++; 2 ч. ++; 3 ч. +; 80	—	—	

Как видно из этой таблицы, в 16 случаях результат пробы был отрицательный, что указывает на ненарушенную функцию печени, и в 16—проба выпала положительно; из них в 5 случаях ‰ задержки краски был очень незначителен (1 1/2 ‰), в остальных же 11—более высокий (от 1 1/2 до 7 ‰). К последним случаям относятся—4 сл. сахарного диа-

бета, 4 сл. хр. воспаления желчного пузыря, 1 сл. острого аппендицита, 1—хронической язвы желудка и 1—сифилитического аортита и миокардита. Изучая внимательно все эти случаи, давшие положительный результат реакции, мы видим, что здесь уже а priori можно было (напр., при холециститах) или должно было (напр., при диабете) ожидать ту или другую степень нарушения функции печени. Анализируя все случаи таблицы, мы должны прийти к выводу, что проба Rosenthal'я достаточно тонко отражает функциональную способность печени, и результаты ее находятся в полном соответствии с клиническими данными и заключениями.

Данные относительно остальных 19 обследованных нами случаев, где имелось ясное поражение печени,—сведены нами в таблице II.

ТАБЛИЦА II.

№№ по пор.	Клинический диагноз.	Краска в S через 60 м. в 0/0.	Время исче- зан. краски из мочи.	Уробилин.	Уробилиног.	Примечания.
33	Миелогенная лейкемия.	5	через 6 час	—	сл. п.	Печ. плотна, выст. на 3 п.
34	Сифилис печени	3	» 5 »	сл. п.	—	Реакц. v. d. Bergh'a +.
35	Катарральная желтуха.	9	» 12 »	+	—	Реакц. v. d. Bergh'a +.
36	Перв. рак печени . . .	9	» 14 »	+	—	Реакц. v. d. Bergh'a —.
37	Вторичный рак печени.	4	» 5 »	—	сл. п.	
38	Смешанный цирроз печ.	24	» 30 »	+	+	На аутопсии атроф. цир.
39	Рак поджелудочной жел.	17	» 36 »	—	—	Резк. желт.; в моче желч- ный пигмент; реакц. v. d. Bergh'a +.
40	Атрофический цир. печ.	25	» 12 »	+	+	
41	Однокам. эхинок. печени	5	» 5 »	—	—	
42	Диспептическая печень	4	» 5 »	сл. п.	—	
43	Втор. рак печ. (перв. фок. в ж.)	10	» 12 »	+	+	Печень плотна, бугриста выст. на ширину ладони.
44	Первичный рак печени	10	» 14 »	+	+	
45	» » »	15	» 12 »	+	+	Проба повт. через 3 нед.
46	Серозный полисерозит.	28	» 16 »	+	—	
47	Атрофический цир. печ.	22	» 14 »	+	—	
48	Серозный полисерозит.	9	» 8 »	сл. п.	—	Печ. плотна, выст. на 3 п. Р. v. d. Bergh'a отр.
49	» »	11	» 8 »	+	—	Проба повт. через 1 мес.
50	Однокам. эхинок. печени	4	» 3 »	—	—	
51	Серозный полисерозит.	+++	» 20 »	+	—	Всл. гэм. кол. опр. не пр.

Как видно из этой таблицы, в случаях с явным поражением печени во всех 100% имели место задержка краски в сыворотке и выделение ее с мочей в течение многих часов. В случае № 34 слабая задержка, несмотря на грубые патолого-анатомические изменения печени, объясняется тем, что проба ставилась в конце третьего курса специфического лечения, так что вполне возможна известная степень восстановления функции печеночной клетки. Случай № 35 иллюстрирует токсическое влияние на печеночную клетку долго длящейся желтухи; в данном случае проба была поставлена через неделю после исчезновения желтухи, державшейся в течение 2 месяцев. Случай № 38 интересен в том отношении, что на основании объема печени, желтухи и др. явлений мы склонны были поставить здесь диагноз цирроза типа *Na pot*, но, в виду того, что проба дала задержку, характерную для атрофических циррозов, мы решили, что здесь имеется смешанный цирроз с преобладанием атрофического. На аутопсии оказалось, что в данном случае имеется чистый атрофический цирроз; печень казалась увеличенной вследствие общего птоза.

Необходимо также отметить случай № 44, где при поступлении больного в клинику, через 3 недели после начала заболевания, вследствие чрезмерного напряжения брюшного пресса печень прощупать не удавалось: поставленная проба сразу, однако, указала на резкое нарушение функции этого органа, что и заставило высказаться в пользу злокачественного новообразования. И действительно, в очень короткое время печень начала быстро расти, и диагноз первичного рака ее стал ясен (диагноз этот подтвердился на аутопсии). Поставленная через 3 недели вторично проба у данного больного показала большую задержку, что как раз соответствовало клиническому течению.

Наконец, необходимо указать на случаи №№ 46 и 48. В первом резкая задержка краски сразу показала нам, что у больного, вероятно, имеется цирроз атрофического типа, как последствие полисерозита. И действительно, когда у больного из брюшной полости была выпущена жидкость, мы констатировали резкую атрофию левой доли и грубые изменения в правой доле. В случае № 48 проба также указала нам на резкое поражение печени, что и было подтверждено после выпускания из брюшной полости жидкости. Повторно поставленная проба показала прогрессирующую дисфункцию печени, что вполне соответствует клиническому течению.

Из осложнений, наблюдавшихся при применении данного метода, отметим в одном случае развитие поноса и в 6 случаях — местную реакцию с последующим уплотнением стенки вены. Уплотнение обыкновенно исчезало без всякого следа через несколько дней. Общей реакции и тромбозов мы не наблюдали. В одном случае, где мы ввели краску подкожно, образовался большой инфильтрат, почему надо остерегаться такого способа введения краски. Кроме того, раствор последней нужно вводить возможно медленнее.

На основании приведенных литературных данных и собственных наблюдений мы можем сделать следующие выводы:

1. У лиц с нормальной функцией печени фенолтетрахлорфтален исчезает из сыворотки крови через 60 минут и выделяется почками в течение первых 2 часов.

2. Проба с данной краской представляет собою достаточно чувствительный метод, позволяющий быстро судить о функциональной способности печени.

3. Наибольший процент задержки краски дают атрофические циррозы, желтухи различного происхождения и злокачественные новообразования печени.

4. Проба с фенолтетрахлорфтаleineм должна войти в клинику наравне с другими пробами функциональной диагностики печени.

ЛИТЕРАТУРА.

Rosenthal und Falkenhausen. *Klin. Woch.*, 1922, № 17.—
Lepehne. *Ibid.*, 1924, № 2.—Hesse und Wörner. *Ibid.*, 1922,
№ 23.—Abel and Rowntree. *Journ. of pharm. and exp. therap.*,
1909, № 1.—Whipple, Mason, Peightal. *Bul. of John Hopkins
Hospit.*, 1913, № 269.—Whipple, Peightal and Clark. *Ibidem*,
№ 273.—Rowntree, Hurvitz and Bloomfield. *Ibid.*—Piersol,
Bockus. Реф. в *Kongresszentr. f. inn. Med.*, 1923, 29, 404.—Boord-
mann and Schoonmaker. Реф. в *Surger., gyn. and obst.*, 1925,
№ 3.—Rosenthal. *J. of Am. Med. Ass.*, 1922, 23—XII.—Rosent-
hal. *Journ. of pharm. and exp. ther.*, 1924, № 5.—Rosenthal.
Journ. of Am. Med. Ass., 1924, № 14.—Rosenthal. *Ibid.*, 1925,
№ 15.—Bogen. Реф. в *Kongresszentr. f. inn. Med.*, 1923 Bd. XXX.—
Kunfi. *Klin. Woch.*, 1924, № 39.—Reiche. *Med. Kl.*, 1926, № 8.—
Bull and Baumann. *Surger., gyn. and obst.*, 1925, № 3.—Maurer
and Gatewood. *J. A. M. A.*, 1925, № 13.—Fliessinger et Long-
champ. *Presse méd.*, 1925, № 52.—Franke. *Klin. Woch.*, 1926,
№ 1.—Piersol and Bockus. *J. A. M. A.*, 1924, № 14.—Schat-
tück, Browne and Preston. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1925,
p. 510.—Greene, Mac Vicar, Rowntree and Walters. *Arch. of
int. med.*, 1925, p. 418.—Рыжих и Сластников. *Вр. Дело*, 1926,
№ 3.

Dr N. A. Batschmanoff (Kasan). Die Leberfunktionsprüfung
mittels Phenoltetrachlorphtalein.

Der Autor wandte diese Probe bei 47 Personen an teils gesunden,
teils an verschiedenen Krankheiten leidenden, dabei zeigte, dass diese
Probe eine genügend empfindliche Methode darstellt, welche schnell über
die funktionelle Fähigkeit der Leber zu urtheilen erlaubt. Bei Personen
mit normaler Funktion dieses Organs verschwindet die Farbe aus dem
Blutserum in 60 Min. und wird von den Nieren in den nächsten 2 Stun-
den ausgeschieden. In Fällen von atrophischer Cirrose, von Gelbsucht ver-
schiedener Herkunft und von bösartigen Geschwülsten der Leber wird die
Farbe am meisten zurückgehalten.

К вопросу о врожденном гидронефрозе.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Причинами развития гидронефроза, как известно, являются разнообразные препятствия для оттока мочи, возникающие в том или другом отделе мочевых путей, начиная от почки и кончая мочеиспускательным каналом. В зависимости от того, представляются ли эти препятствия врожденными, или приобретенными, различают две формы гидронефроза — врожденную и приобретенную, причем, однако, не всегда можно провести точную границу между обоими этими формами. По данным Küster'a на 530 сл. гидронефроза в 336 сл. имелся приобретенный гидронефроз и в 194 сл., по всей вероятности, — врожденный.

Врожденный гидронефроз возникает на почве приращенных аномалий в области мочевого тракта, создающих препятствия для оттока мочи. В зависимости от характера и значительности подобных препятствий он может развиваться еще в периоде утробной жизни, в первое время после рождения ребенка или в позднейшие периоды его жизни. Препятствия для оттока мочи могут быть в некоторых случаях настолько значительны, что дети уже при рождении имеют ясно выраженный гидронефроз и являются нежизнеспособными или живут недолго. Иногда гидронефротические опухоли бывают при этом так велики, что являются серьезными препятствиями при родах. Тяжелые случаи врожденного гидронефроза комбинируются, кроме того, с другими врожденными уродствами, которые в свою очередь дурно влияют на жизнеспособность плода. В более редких случаях врожденный гидронефроз наблюдается в обеих почках. Так, напр., в случ. Жуковского у маленькой девочки оказался двусторонний гидронефроз, возникший на почве интересной аномалии в расположении мочеточников: обе почки имели по два мочеточника, причем каждая почка была разделена на два этажа, из которых каждый имел по мочеточнику; два из них, шедшие от нижних отделов почек, проходили в мочевой пузырь, открываясь в нижней части его, а два другие мочеточника, шедшие из верхних этажей, оканчивались в пузыре слепыми концами, соответственно чему у ребенка имелся гидронефроз в верхних отделах обеих почек.

Кроме подобного рода ранних врожденных гидронефрозов, развивающихся в утробной жизни, или вообще проявляющихся в детском возрасте, мы различаем еще поздне врожденные гидронефрозы, возникающие у взрослых субъектов также на почве врожденных аномалий мочевого тракта, препятствующих оттоку мочи (каковы, напр., легкие сужения, перегибы, сдавления мочеточников и проч.), но выраженные вначале в столь легкой степени, что они ведут к развитию гидронефроза

весьма постепенно, уже в позднем возрасте. Многие из гидронефрозов, развивающиеся у взрослых субъектов, обязаны своим происхождением подобным врожденным аномалиям. Следует при этом сказать, что нередко в таких случаях бывает трудно или даже невозможно провести границу между врожденными и приобретенными гидронефрозами.

Что касается характера тех врожденных аномалий, которые ведут к развитию врожденных гидронефрозов, то они весьма разнообразны и могут иметь место по всему протяжению мочевого тракта. Наиболее часто подобные аномалии наблюдаются в мочеточниках. Таким образом наиболее частой и, можно сказать, обычной причиной развития врожденных гидронефрозов являются врожденные изменения со стороны мочеточников. В эту группу должны быть прежде всего отнесены врожденные препятствия для оттока мочи, находящиеся в просвете мочеточника, куда принадлежат врожденные сужения, зарощения, клапаны или заслонки, находящиеся в мочеточниках.

Врожденные сужения и зарощения (атрезии) мочеточника могут встречаться на всем его протяжении, но преимущественно в местах физиологических сужений, особенно у места отхождения мочеточника от лоханки. В пузырном устье мочеточника также наблюдаются врожденные сужения и зарощения. Мочеточник может слепо заканчиваться в стенке мочевого пузыря или не доходя до самой пузырной стенки и т. д. Причинами врожденных сужений являются аномалии в развитии мочеточников или существование в утробной жизни какого-либо болезненного процесса.

Часто также наблюдаются врожденные клапаны или заслонки в мочеточниках, состоящие преимущественно из удвоений слизистой оболочки и обращенные свободным краем в просвет мочеточника. При множественных и сильно выраженных складках мочеточники могут быть разделены рядом перегородок на значительно растянутые и совершенно непроходимые камеры. Подобные самые разнообразные складки слизистой оболочки в мочеточниках были найдены, по Федорову, у новорожденных в 50% всех случаев.

Далее причинами, вызывающими развитие врожденного гидронефроза, являются препятствия на почве уклонений в положении и ходе мочеточников, создающие сужение мочеточников и вместе с тем затруднения для оттока мочи. Такими врожденными препятствиями являются перегибы, искривления и перекручивания мочеточников вокруг своей оси. Как указывает проф. Федоров, подобные изменения встречаются чаще всего при подковообразной и дистопированной почках и при перекрестах мочеточников. Особенное значение имеют аномальные почечные сосуды, которые, при некоторых условиях, могут служить причиной развития врожденного гидронефроза (перегибы, сдавления мочеточников). Равным образом и добавочные мочеточники могут также быть первичным этиологическим моментом, вызывающим врожденный гидронефроз (перекрест мочеточников со сдавлением или перегибом одного из них).

Аномалии в отхождении мочеточников могут также играть роль в этиологии врожденного гидронефроза. Если, при выходе из почечной лоханки, мочеточник образует с нею острый угол, то он сдавливается на подобие клапана при переполнении лоханки мочей и таким образом служит препятствием для оттока мочи. Равным образом сток мочи зат-

рудняется и в том случае, когда мочеточник, вместо впадения в самую глубокую часть почечной лоханки, прикрепляется к верхней части ее.

Аномальные отношения пузырного конца мочеточников могут в известных случаях тоже являться причиной развития врожденного гидронефроза. Мочеточник может заканчиваться слепо в стенке мочевого пузыря или не доходя до нее, или же в особой полости, обособленной или сообщаемой с мочевым пузырем, уретрой, или открывающейся наружу. Аномальные окончания пузырного конца мочеточников сопровождаются обычно его сужением.

В очень редких случаях развитие врожденного гидронефроза происходит вследствие сдавления мочеточников эмбриональными остатками (напр., кистовидно перерожденными остатками Müller'овых ходов—Reliquet, остатками Wolff'овых или Müller'овых ходов—Launay, Müller'ова канала—Duvall).

Гораздо реже, чем врожденные изменения мочеточников, причиной развития врожденного гидронефроза являются врожденные изменения мочеиспускательного канала (дивертикулы, клапанообразные складки слизистой оболочки, фимоз) или мочевого пузыря (кистозное расширение нижних отрезков мочеточников или выпадение их в мочевой пузырь—ureteroceles). Препятствия, находящиеся в уретре или мочевом пузыре, большей частью ведут к двусторонней пиэлоэктазии или двустороннему гидронефрозу.

Лично нам пришлось наблюдать и оперировать следующий случай раннего врожденного гидронефроза:

Больной Л. В., 5½ мес., подкидыш, был принят в Детскую клинику Института 11/XI 1924 г. из Дома Охраны Матери и Младенца по поводу опухоли в полости живота, каковая опухоль стала прощупываться на III месяце жизни ребенка.

Ребенок представляется правильно развитым, никаких видимых пороков развития, в частности по отношению к наружным мочеполовым органам, не имеет. Отмечается бледная окраска покровов и плохо развитый подкожный жировой слой. Вес при поступлении в Детскую клинику—3300,0, а за время пребывания в клинике ребенок прибавился в весе на 840,0. Температура, стул, сон, аппетит—нормальны. Реакция Pirquet и Wassermann'a—отрицательные. Исследование мочи ничего патологического не дало. Мочеиспускание нормального типа. Исследование крови: гемоглобина—75%, лейкоцитов—19.200, эритроцитов—4.760.000; лимфоцитов 71%, юных форм—5%, переходных 5%, палочкоядерных—10%, сегментоядерных—9%. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Живот очень вздут и выдается над грудной клеткой при горизонтальном положении ребенка. В правой половине брюшной полости прощупывается эластической консистенции опухоль, передний (внутренний) край которой почти доходит до края прямых мышц, верхняя граница располагается на 1½ пальца ниже реберной дуги, нижняя прощупывается пальца на 2 ниже пупка. Опухоль глубоко вдается в правую поясничную область и дает ballotement rénal.

2/I 1925 года ребенку была произведена мною, под эфирным наркозом, операция нефрэктомии в зав. мною Хирургической клинике Института. Продолжительность операции 25 минут. Поясничным разрезом обнажена почечная опухоль, оказавшаяся гидронефрозом, и удалена, после чего в рану вставлен небольшой выводник, а остальная часть раны закрыта швами. Послеоперационное течение совершенно гладкое. Через 10 дней после операции ребенок был переведен обратно в Детскую клинику. Впоследствии нам пришлось видеть его несколько раз,—поясничная рана у него хорошо зажила, и ребенок был совершенно здоров. В дальнейшем, через несколько месяцев, ребенок погиб от кори. По нашей просьбе труп его был вскрыт помощником прозектора при кафедре анатомии д-ром М. Д. Ланковым, который отпрепаровал мочеполовые органы ребенка и доставил нам этот препарат, исследование которого в значительной степени дополнило и выяснило патологические изменения, найденные в удаленной почке.

Последняя представляла собою опухоль грушевидной формы, с голову новорожденного младенца величиною, наполненную водянистой, прозрачной, бесцветной жидкостью. Большая часть опухоли состояла из растянутой лоханки, представлявшей тонкостенный соединительнотканый мешок с гладкой наружной и внутренней поверхностью. Растянутая почка, в виде истонченного, атрофированного слоя почечной ткани, подковообразно охватывала растянутую лоханку. Поверхность ее состояла из отдельных флюктурирующих бугроватостей. Внутри полость почки представлялась разделенной перегородками на отдельные полости, сообщавшиеся с полостью лоханки. Участок мочеточника, удаленный вместе с почкой, имел вид тонкого тяжа, едва пропускавшего самый тонкий нитевидный буж.

Отпрепарованная при вскрытии ребенка, оставшая часть правого мочеточника представляла своеобразные изменения: в верхней части мочеточника имелось кистовидное расширение, величиной с грецкий орех. Ниже расширение это переходило в тонкий облитерированный тяж, в 3 сант. длиною, с небольшим колбообразным, не имевшим просвета, утолщением, которое затем непосредственно переходило в мочеточник нормального вида, с хорошо выраженным просветом. Тонкий буж, введенный в эту часть мочеточника, совершенно свободно проходил в мочевой пузырь. Пузырные отверстия обоих мочеточников были нормальны. Остальной мочеполовой аппарат ребенка—левая почка, мочеточник, мочевой пузырь и проч.—ничего патологического не представлял.

Микроскопическое исследование удаленной почки и правого мочеточника показало следующее (микроскопические препараты были просмотрены проф. И. П. Васильевым): паренхима удаленной гидронефротической почки представляет резко выраженные явления атрофии; клубочки—эмбрионального типа, мочевые канальцы расширены; имеется значительное развитие соединительной ткани в виде тяжей и полос, в области которых местами еще сохранились клубочки; мочевые канальцы являются сдавленными и постепенно исчезают, на их же месте развивается грануляционная ткань; стенки тонкостенного гидронефротического мешка состоят из плотной соединительной ткани.

Микроскопическое исследование кистовидного расширения в верхней части правого мочеточника обнаружило, что стенки этой полости имеют строение коркового вещества надпочечника со следами выраженными его слоями—*zona glomerulosa*, *fasciculata* и *reticularis*. Внутренние слои клеточных элементов, обращенные к полости кистовидного расширения, представляются резко уплотненными и содержат в довольно большом количестве кровяной пигмент. Мозговое вещество надпочечника отсутствует, корковое вещество окружено снаружи жировой клетчаткой, в которой имеется много сосудов и нервов.

Микроскопическое исследование тяжа с колбообразным утолщением, расположенного ниже кистовидного расширения, показало, что как тяж, так и утолщение состоят из плотной, склерозированной соединительной ткани.

Наконец, микроскопическое исследование мочеточника на остальном его протяжении дало картину его обычного строения: внутренняя стенка выстлана многослойным плоским эпителием, местами слущенным, хорошо выражены и остальные слои—гладкая мускулатура мочеточника и наружная соединительнотканная его оболочка.

Рассматривая вышеприведенный случай, мы видим прежде всего, что гидронефроз имел здесь место у ребенка всего нескольких месяцев от роду. Процесс в почке достиг к этому времени уже значительной степени развития, и почка с лоханкой превратилась в большой гидронефротический мешок. Уже на III месяце жизни ребенка опухоль достигла такой величины, что совершенно отчетливо прощупывалась снаружи. В виду всего этого можно думать, что ребенок родился уже с гидронефротической почкой, и что в данном случае имел место не только врожденный гидронефроз, но гидронефроз, который начал развиваться еще в течение внутриутробной жизни ребенка.

Что касается причин, вызвавших развитие гидронефроза, то, как показали препараты, полученные после смерти ребенка, причинами этими были здесь изменения мочеточника, несомненно врожденного характера, послужившие препятствием для оттока мочи из почки.

Эти врожденные изменения мочеточника в наблюдавшемся нами случае, как то следует из всего вышеописанного, были очень своеобразны и заключались не только в частичной облитерации мочеточника, но и в частичном отсутствии или недоразвитии участка его, место которого заняло своеобразное кистовидное образование со стенками, построенными из коркового вещества надпочечника.

Каким же образом можно объяснить те сложные изменения мочеточника, которые наблюдались в нашем случае? Единственно возможное, на наш взгляд, объяснение этого заключается в том, что при эмбриональном развитии плода в области формирующегося мочеточника оказался отщепившийся эмбриональный зачаток надпочечника, который повел затем к возникновению описанного кистовидного образования и послужил препятствием для развития мочеточника на некотором протяжении. Мы знаем, что подобные отщепившиеся зачатки надпочечников нередко встречаются в почках, а также иногда в других, даже отдаленных местах. Так, подобные зачатки могут располагаться в ретроперитонеальной клетчатке вблизи почки, в окружности надпочечника, вдоль *v. suprarenalis* и *v. spermatica interna*, в ретросерозной ткани вплоть до внутренних *genitalia*, в *lig. latum*, вблизи яичников, в семенном канатике, в яичке (resp. его придатке) и т. д. Как правило, в подобных отщепившихся и смещенных надпочечниках встречается только корковое вещество надпочечника (Ulrich).

В виду всего сказанного найденная в нашем случае картина делается вполне понятной, — мы имели отщепившийся и смещенный зачаток надпочечника, который, благодаря своему случайному расположению в области мочеточника, явился препятствием для его нормального развития, послужив таким образом причиной или одной из главных причин, вызвавших гидронефроз у ребенка. К сожалению, невозможность в настоящее время регулярно и в полной мере следить за текущей литературой и отсутствие под рукой некоторых исчерпывающих справочных руководств лишают нас возможности сказать, описаны ли в литературе еще случаи, аналогичные нашему. В доступных мне литературных источниках аналогичных наблюдений я найти не мог. Во всяком случае наше наблюдение должно быть отнесено в группу тех очень редких случаев, где развитие врожденного гидронефроза обязано своим происхождением изменениям в области мочеточника, возникшим вследствие присутствия здесь эмбриональных остатков или образований, каким в нашем случае явился отщепившийся смещенный зачаток надпочечника.

Prof. V. L. Bogolubov (Kazan). Sur l'hydronephrose congénitale.

L'auteur a produit une opération dans un cas d'hydronephrose congénitale chez un enfant âgé de 7 mois. Quelques mois après l'enfant meurt (rongeole). A l'autopsie on trouve une altération congénitale de l'urètre. L'urètre était oblitéré par endroits et remplacé par de kyste à parois provenant d'une substance corticale surrénale par ailleurs (examen microscopique). D'après l'auteur cette formation s'est développée de la part des parties embryonales aberrantes d'une glande surrénale placées sur le trajet de l'urètre et faisant un obstacle pour son fonctionnement normal. Elle a conditionné l'hydronephrose observée.

К клинике прободных язв желудка и 12-перстной кишки *).

И. М. Перельмана и В. В. Бабука.

Вопросу о прободных язвах желудка и 12-перстной кишки в новейшее время уделяется много внимания как в заграничной, так и в русской литературе, что объясняется значительным учащением этого тяжелого заболевания в последние годы. Отдельные авторы в заграничной литературе сообщают о десятках, даже сотнях собственных наблюдений. Так, Brütt сообщил о 165 собственных случаях этого рода, Steichele—о 60 случаях из одного учреждения. Сборная же немецкая статистика Brunner'a обнимает 470 случаев, а Schaemacher'a—748 случаев; далее, сборная статистика Radoievitch'a из французской литературы обнимает 718 случаев.

В русской литературе, напротив, число работ по данному вопросу сравнительно невелико. Наиболее крупными по количеству опубликованного материала являются у нас работы Петрашевской и Мануйлова из Обуховской больницы: первая сообщила, в 1913 г., о 56 случаях за 11 лет, второй—на XV Съезде Российских Хирургов—сообщила о 60 случаях за 10 лет. Недавно появившееся сообщение Оглоблиной о 61 случаях относится к трем Ленинградским больничным учреждениям за 15 лет. На XV же Съезде Хирургов покойный профессор Рейн сообщил о наблюдавшихся им 32 случаях за 12 лет. Далее, Пейлет, из Тверской больницы, опубликовал 43 случая прободения, наблюдавшиеся за 3 года (с 1919 г.) на 1510 оперированных по поводу язв желудка больных, Герштейн—22 случая, наблюдавшихся в течение 2½ лет, и Амбрумянц—15 случаев. Другие сообщения по этому вопросу в русской литературе касаются немногочисленных или лишь единичных наблюдений (Блументаль, Шапиро, Юзенович, Гальперн, Завьялов).

Через все работы по этому вопросу, опубликованные в последнее время, красной нитью проходит факт значительного учащения случаев прободных язв в связи с увеличением числа язвенных больных вообще. Так, Герштейн, приводя 22 случая прободных язв желудка и 12-перстной кишки за последние 2½ года, указывает на то, что за предшествовавшие 2½ года он не наблюдал ни одного случая прободения. О том же говорят авторы других работ по этому вопросу—Reinhardt, Brunner, Бабицкий, Шапиро, Блументаль.

В то же время в вопросе о прободных язвах желудка и 12-перстной кишки существует еще много спорного и невыясненного, особенно

*) Доложено в Научном Об-ве Минских Врачей, в декабре 1925 г.

что касается вопроса о диагнозе и способе хирургического лечения этого заболевания. Это-то обстоятельство и побуждает нас поделить материал в 12 случаев перфораций язвы желудка и 12-перстной кишки, наблюдавшихся и оперированных за последние 2½ года в Хирургическом отделении быв. Минской Губ. Земской Больницы и в Хирургической Факультетской клинике Белорусского Госуд. Университета, и высказать свои соображения по поводу некоторых моментов, касающихся этого практически важного вопроса.

Что касается частоты перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, то такой авторитет, как Leube, определял их число в 1,2% по отношению ко всему количеству больных с язвами желудка и 12-перстной кишки; современные же хирурги в опубликованных за последнее время работах исчисляют этот % по отношению ко всему числу оперированных по поводу язв желудка и duodeni в 20 и более. Так, Мануйлов наблюдал 60 случаев перфоративных язв, что составляет 17% по отношению ко всему числу больных с непроходными язвами желудка и 12-перстной кишки, оперированных за последние 10 лет в Обуховской больнице. Наши 12 случаев составляют тоже 17% по отношению к 70 случаям с непроходными язвами желудка и duodeni, оперированным за указанный промежуток времени.

Если в довоенное время прободение язвы желудка и 12-перстной кишки, как и язвенная болезнь желудка вообще, по литературным данным, чаще наблюдалось среди женщин, то литературные данные последнего десятилетия указывают на подавляющий перевес мужского пола в этом отношении; перфоративные же язвы желудка и duodeni почти исключительно наблюдаются у мужчин. Так, все 12 случаев прободения желудка у Завьялова относятся к мужчинам; в 22 случаях Герштейна прободение наблюдалось также лишь у мужчин; у Оглобиной на 61 случай только 3 относятся к женщинам. Наши больные все были мужчины в возрасте от 24 до 73 лет, кроме одной лишь женщины 56 лет. Быть может, такой перевес мужского пола в нашем материале зависит от того, что большинство прободных язв относится у нас к duodenum, а язвы duodeni перфорируются чаще у мужчин. Нижеследующая таблица подтверждает это наглядно:

	Прободение язв желудка.		Прободение язв 12-перст. кишки.	
	Мужчин.	Женщин.	Мужчин.	Женщин.
Schoemaker	115	123	—	—
Brunner	68	273	74	8
Perry u. Schaw	—	—	42	8
Brütt	61	28	74	2
Petren	33	43	16	2
Наши случаи	3	1	8	—

Исход операции в наших случаях, в зависимости от времени ее производства, указан в следующей таблице:

Время, протекшее от начала заболевания до момента операции.	Число случаев.	Выздоровело.	Умерло.
До 6 часов	3	1	2
6—12 часов	5	3	2
12—24 часов	1	1	—
2 суток	1	—	1
7 суток	1	1	—
10 суток	1	1	—
В С Е Г О	12	7	5

Итак в нашем материале мы получили 7 выздоровлений (58%) и 5 смертей (42%). По литературным данным % смертности колеблется от 25 до 65% (у Герштейна смертность—45%, у Оглоблиной—68%, у Пейлета—54%).

Переходя далее к разбору нашего материала в отношении этиологии, локализации язв, симптоматологии, диагностики и метода оперативного вмешательства при этом заболевании, заметим прежде всего, относительно патогенеза последнего, что можно себе представить двоякий механизм прободения язвы желудка или duodeni: либо язва постепенно раз'едает стенку желудка, а в конце концов разрушает и серозу, вследствие чего происходит истечение желудочного содержимого в брюшную полость со всеми вытекающими отсюда последствиями, либо те или иные механические причины, как перенапряжение, переполнение желудка и т. д., ведут к разрыву желудка в более слабом его месте. Механические моменты, которые можно поставить в связь с прободением, отмечаются в 5 наших случаях, причем в одном имела место плотная закуска с выпивкой, в другом, у больного с прикрытой перфорацией туберкулезной язвы, 3 раза после поднятия тяжестей появлялись острые явления прободения в область, ограниченную сращениями, в третьем и четвертом прободение язвы наступило тоже после перенапряжения желудка, а в пятом заворот верхнего отдела тонких кишек вызвал сильное расширение желудка (констатированное sub operatione), которое и послужило этиологическим моментом для прободения язвы.

В одном из трех случаев Блументаля прободение наступило также после более, чем плотного, обеда, в другом после поднятия 5 пудов муки. Brunner считает, что большинство прободений наступает после физических усилий, в пользу чего говорит преобладание перфорации у мужчин. Ряд авторов указывает, далее, в этиологии прободения язв желудка и duodeni на значение климата, времени года, токсических влия-

ний, как курение, алкоголь. Все эти факторы следует, однако, скорее поставить в связь с этиологией язвы вообще, а не с ее перфорацией в брюшную полость. В прочих наших случаях, за исключением упомянутых пяти, никакого механического момента отметить не удалось, и перфорация здесь наступала без всякой видимой причины, иногда даже в постели.

По локализации прободения на первом месте в наших случаях стоит 12-перстная кишка (8 случаев), затем желудок (4 случая). Вообще оказывается, что за последнее время значительно чаще наблюдается перфорация язв 12-перстной кишки, чем язв желудка, тогда как ранее наблюдалось обратное соотношение. Чаще всего прободная язва располагается в дуодено-пилорической области, реже по малой кривизне желудка и в области кардии, еще реже на передней или задней поверхности и вдоль большой кривизны. Из 4 случаев прободных язв желудка в 3 они располагались в привратниковой части его и в 1—на малой кривизне.

В отношении размера прободных язв наблюдается также значительное многообразие; чаще язвы бывают не больше горошины величиною, но наблюдаются, — что подтверждается и нашим материалом. — и прободения, пропускающие свободно конец пальца в просвет желудка или кишки. Значительному вытеканию содержимого из желудка или кишки в брюшную полость препятствует в некоторых случаях прикрытие этих язв соседними органами — чаще печенью или сальником.

Хотя картина разбираемой болезни хорошо известна и сопровождается типичными симптомами, все же диагностика прободения в некоторых случаях представляет значительную трудность. Чрезвычайно важным является здесь язвенный анамнез больного. До 80—90% больных с прободением язв желудка и duodeni, по указанию целого ряда авторов, как Brunner, Prader, Steichele, — имеют такой именно анамнез. Нередко, впрочем, и такие случаи, когда больные совершенно не знают о своем страдании, считая себя всегда здоровыми, как это и было в 3 из наших случаев; в 9 остальных больные указывали на бывшие у них ранее желудочные боли, связанные с приемами пищи, и другие симптомы язвы.

В одном из наших случаев, именно, у женщины с типичным язвенным анамнезом, в течение нескольких дней до перфорации наблюдались явления, характерные для status praeperforativus, — резкое усиление болей в области epigastrii, повторные рвоты с кровотечением и т. д.; несмотря на примененный здесь строгий постельный и диететический режим, у этой больной все же произошла перфорация язвы, своевременно диагностированная.

Самым характерным из симптомов прободения язвы является внезапное наступление резких болей по всему животу. Быстрый переход от кажущегося полного здоровья к тяжелому состоянию отмечается всеми авторами (Britton, Зильберберг, Лессен, и др.). При этом больной редко локализует боли в области желудка и подложечной области, как о том говорят некоторые авторы (Герштейн, Блументаль, Маслов), — гораздо чаще больные жалуются на боли по всему животу. Боли эти усиливаются при давлении рукой на живот — в противоположность болям при ileus'e, часто уменьшающимся при надавливании на брюшную стенку.

Следующим не менее важным признаком прободения является *defense musculaire*, — плоский, иногда втянутый или несколько вздутый живот с неподатливыми, как будто окостеневшими брюшными стенками. Такой вид живота патогномоничен для прободения. Лессен только на основании одного напряжения брюшных стенок предлагает предпринимать пробную лапаротомию.

Указанные симптомы настолько постоянны, что не знают почти исключения, что подтверждается также и нашими случаями, среди которых только в одном отсутствовал *defense musculaire*, во всех же остальных случаях наблюдались все указанные симптомы полностью.

Исчезновение печеночной тупости, впервые отмеченное Robert'om, считается многими также важным признаком прободения. Герштейну на основании одного только этого симптома удалось однажды распознать прободение желудка. Исчезновение это обуславливается выходением в брюшную полость, через прободное отверстие, газов, которые, благодаря своей легкости, помещаются под диафрагмой, над печенью, и дают тимпанит там, где в норме определяется, при перкуссии, тупость печени. Признак этот наблюдается, однако, лишь при значительном выходе газов из желудка в брюшную полость, в противном случае он может и не проявляться. Надо иметь еще в виду, что исчезновение или уменьшение печеночной тупости через много часов после наступившей перфорации может быть вызвано парезом и вздутием кишечных петель, помещающихся над печенью; поэтому данный признак имеет значение лишь в первые часы заболевания. Ценность этого признака еще умалывается тем, что он наблюдается не во всех случаях прободения, а только, — по литературным данным, — приблизительно в 50% случаев. У нас, напр., он был ясно выражен лишь в некоторых случаях.

Шок принадлежит к числу редких признаков перфорации. Среди нашего материала он наблюдался, напр., только в 2 случаях. При этом, если даже шок при перфорации в первое время и наблюдается, то спустя несколько часов явления его исчезают и не констатируются исследующим больного врачом.

Рвоту, как и предыдущий симптом, нужно отнести к нечастым признакам прободения. Шапиро считает на основании своих 3 случаев отсутствие рвоты даже характерным для перфорации язв желудка — факт, впервые отмеченный Traube; однако, хотя, этот припадок при прободении желудка действительно бывает гораздо реже, чем при прободном аппендиците, — нельзя не отметить и довольно частых случаев, где уже очень скоро после прободения желудка или duodeni наступает рвота. Яркими примерами этого служат наши три случая. В литературе различными авторами на этот счет приводятся различные цифры, — Brunner, напр., наблюдал рвоту в $\frac{2}{3}$ своих случаев.

Состояние пульса скорее имеет прогностическое значение, чем диагностическое, — по той причине, что частый и малый пульс не является признаком прободения, а указывает лишь на то, что перитонит зашел уже далеко, и что предпринимаемая операция имеет мало шансов на успех. Вначале же прободения в большинстве случаев пульс бывает нормальной частоты или даже замедлен, что объясняется рефлекторным раздражением блуждающего нерва.

Температура в большинстве случаев прободения язв бывает нормальной или слегка повышенной. Нужно отметить при этом, что при

перитоните аппендикулярного происхождения она гораздо чаще повышается, чем при прободении желудка. Вместе с тем можно отметить, что язык у больных, вначале влажный, к концу суток после прободения начинает становиться обложенным и сухим.

Следует еще указать при прободении на лопаточную боль (*Schulterschmerz*), характерную для острых заболеваний живота с раздражением нижней поверхности диафрагмы. Симптом этот объясняется тем, что раздражение п. *frénici*, в котором проходят также и чувствительные волокна от диафрагмы, передаваясь центрипетально, переходит на смежные III и V шейные сегменты, иннервирующие своими чувствительными волокнами область лопатки.

Принимая во внимание все, сказанное выше, можно думать, что из симптомов перфорации наиболее типичными и постоянными являются внезапное наступление болей в животе, резко выраженный *defense musculaire*, усиление болей при давлении на живот и, в большинстве случаев, язвенный анамнез больного; все же остальные симптомы, как шок, повышение температуры, учащение пульса, рвота, исчезновение печеночной тупости и др., не могут считаться патогномичными для данного заболевания.

Если диагноз прободения желудка в типичных случаях нетруден, то встречаются и такие случаи, когда его постановка представляет большие затруднения. Именно относительно таких случаев Самгородский, на II Одесском Съезде, сказал: „Картина болезни в первые периоды нетипична и дает повод подозревать, что угодно. Иногда при наличии перфорации мы имеем настолько слабые общие и местные явления, что оперируем по истечении законного времени, когда надежда на успех уже не имеет оснований“. В таких неясных случаях Лигин предложил, для выяснения диагноза, производить „минимальную лапаротомию“, заключающуюся в маленьком разрезе брюшной стенки в 3—4 см. длиной. Целый ряд хирургов также настаивает в сомнительных случаях на пробной лапаротомии, чтобы не прозевать те несколько часов, которые могут оказаться роковыми для больного.

При дифференциальной диагностике прободения язвы желудка и 12-перстной кишки следует иметь в виду следующие заболевания: заболевания органов грудной полости, как плеврит, перикардит, пневмония и т. п., острые отравления, печеночную, почечную и свинцовую колику, *ileus*, геморрагический панкреатит, тромбоз брыжеечных сосудов и, главным образом, перитониты разного происхождения, в особенности при остром аппендиците. Brütt в одном случае принял разрыв малярийной селезенки за прободную язву желудка.

Все эти заболевания имеют, однако, свои особенности, позволяющие поставить правильное дифференциальное распознавание. Затруднения для последнего могут возникнуть в особенности во втором, предательском периоде течения перитонита, между 6 и 12 час. после прободения, когда острые, бурные явления стихают, самочувствие больного несколько улучшается, и только нарастание явлений перитонита указывает на тяжесть и грозность заболевания.

Течение и развитие клинической картины при перфорации желудочно-кишечного тракта зависят от тех патолого-анатомических изменений, которые сопровождают перфоративный процесс: от острого или под-

острого характера последнего, оттого, происходит прободение в свободную полость брюшины, или в оsumкованную, с образованием ограниченных гнойников, или перфорация происходит в ретроперитонеальную клетчатку, либо в соседние органы, а также от образования т. наз. прикрытой перфорации (*gedeckte Perforation*). Не вдаваясь в подробности этого вопроса, остановимся вкратце на нашем материале.

В двух наших случаях, при существовании уже перитонита, была поставлена неправильная топическая диагностика, а именно, распознан перитонит на почве перфоративного аппендицита—на том основании, что болезненные явления и *defense* резко были выражены справа от пупка; имело здесь также значение отсутствие в анамнезе больных указаний на язв. Локализация болезненных явлений в правой подвздошной области, при перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки, как известно, объясняется тем, что очень скоро после прободения содержимое желудка или *duodeni* стекает по наружной поверхности *colonis ascendentis* в *ileo-coecal*ную область, где и обостряется перитонический процесс (*Lehnander, Moynihan, Kulenkampf*). Поэтому ошибки здесь неизбежны, и они отмечаются всеми авторами. Особой беды в том, что операция, благодаря им, начинается с разреза справа внизу живота, нет, а напротив, есть даже известная выгода, так как при подобном разрезе легче очистить брюшную полость от гнойного экссудата, который стекает в своей массе вдоль *colon ascendens*.

У одного из наших больных, доставленного с явлениями ограниченного абсцесса вокруг пупка, был поставлен диагноз абсцесса на почве перфоративного аппендицита с нетипичной локализацией; абсцесс этот был вскрыт, больной постепенно поправился, и только через год, при операции по поводу образовавшейся у больного в области пупка послеоперационной грыжи, было обнаружено, что *appendix* здесь нормален, и абсцесс был вызван перфорацией язвы желудка, которая к этому времени уже послужила исходным пунктом развития рака с обширными метастазами в железах малого и большого сальников.

Еще в одном из наших случаев, где имелось не вправляющееся выпячивание в области бедренного канала, была распознана ущемленная бедренная грыжа, несмотря на то, что явления разлитого перитонита и др. симптомы прободения были налицо. *Sub operatione* выяснилось, что, при повышенном брюшном давлении, грыжевой мешок наполнился жидким содержимым брюшной полости и симулировал ущемленную грыжу. Подобные же ошибки были в свое время допущены *Brüttom, Petrenom, Brentano, Steinthal* и *Stichele*.

Во всех остальных наших случаях диагноз был поставлен правильно. Таким образом из 12 случаев в 4 нами был поставлен неправильный диагноз. У Рейна из 32 случаев ошибочный диагноз был поставлен в 8 случаях.

Говоря о распознавании прободных язв желудка и *duodeni*, нельзя не указать на тот вред, который причиняют в данном отношении вспрыскивания больным морфия. После такого вспрыскивания наступает успокоение болей, даже расслабление брюшной стенки, врач и больной успокаиваются, и драгоценное время ранней операции откладывается. Поэтому до постановки точного диагноза при остром заболевании живота ни в коем случае не следует спешить успокаивать боли вспрыскиванием морфия,—

к последнему надо прибегать, лишь убедившись в том, что мы имеем дело с какой-либо коликой, при которой не показана немедленная операция.

В постановке диагноза „перфоративная язва“ предугадывается и терапия этого заболевания—немедленная операция, имеющая целью остановить дальнейшее поступление желудочного содержимого и удалить образовавшийся в брюшной полости выпот. Однако, если в вопросе необходимости оперативного вмешательства среди врачей почти нет разногласия, то по вопросу о методе оперативного вмешательства здесь еще не сказано последнего слова, как не сказано его и вообще в вопросе о хирургическом лечении непрободной язвы желудка и 12-перстной кишки.

В отношении удаления выпота из брюшной полости применяются обычно два способа: обильное промывание брюшной полости и удаление скопившегося выпота сухими или влажными салфетками. Метод обильного промывания брюшной полости со всеми ее углублениями и карманами теплым физиологическим раствором требует значительного количества (до 20 литров и более) последнего и некоторых, хотя и простых, специальных приспособлений для производства этого промывания. Промывание незначительным количеством раствора может только способствовать распространению инфекции по карманам брюшной полости и не должно применяться. В одном из наших случаев, оперированном через 7 часов после прободения, именно такое недостаточное промывание брюшной полости, вероятно, и послужило причиной развившегося у больного после операции, несмотря на тампонаду брюшной полости, перитонита.

Некоторые авторы (Lejars, Friedrich) принципиально отвергают метод промывания брюшной полости, считая его вредным и опасным, причем первый автор образно называет промывание брюшной полости больного обмыванием перед похоронами. Поэтому большим распространением пользуется метод сухого туалета брюшины, т. е. удаление скопившегося выпота сухими или влажными салфетками. Точно также в последнее время подвергается пересмотру вопрос о тампонаде и дренаже брюшной полости в начальных стадиях перитонита. Вместо тампонады и дренажа брюшной полости, затрудняющих дыхание больного, вредно влияющих на перистальтику кишек и дающих очень мало в смысле действительного выведения инфекции из брюшной полости, все больше сторонников в настоящее время находит метод зашивания брюшной полости наглухо.

Еще более существенным и вместе спорным является вопрос о методе операции на желудке или кишке в связи с происшедшей перфорацией. Как и при лечении непрободной язвы желудка вообще, и здесь предложен целый ряд способов, начиная с таких простых, как вшивание прободного отверстия в рану брюшной полости, тампонады прободного отверстия дренажной трубкой, обернутой сальником, простое зашивание прободного отверстия с гастро-энтеростомией или без таковой, и кончая более радикальными способами, как выжигание язвы, резекция ее и резекция части желудка вместе с язвой. По поводу многих из этих методов можно было-бы повторить все то, что известно уже по поводу хирургического лечения непрободных язв желудка вообще. Большинство хирургов применяют зашивание отверстия и обязательная, если позволяют силы больного, гастро-энтеростомия с последующим высушиванием брюш-

ной полости салфетками и зашиванием брюшной раны наглухо в начале болезни и тампонадою—при далеко зашедшем перитоните. Такой именно способ был применен и почти во всех наших случаях за исключением одного случая, где не было сделано гастро-энтеростомии (результат хороший), и другого, где применялось промывание брюшной полости (с плохим результатом для больного).

Коснувшись вопроса о терапии прободных язв желудка и 12-перстной кишки, мы не можем, хотя в нескольких словах, не остановиться на тех разногласиях, которые существуют по поводу оперативного лечения этих язв. Многие хирурги (Brütt, Haberer, Rovsing, Krogius и др.) предлагают в подобных случаях производить резекцию, желая раз навсегда избавить больного от его страданий и указывая на то, что при резекции смертность не больше, чем при обычных способах оперирования. Нужно признать, однако, что этот метод не может пока получить всеобщего признания по следующим соображениям: такое тяжелое вмешательство должно сопровождаться и большей послеоперационной смертностью; одинаковая смертность, отмечаемая резекционистами, объясняется просто тем, что к резекции прибегают обычно лишь хирурги с высокой хирургической техникой, которые при обычных способах оперирования имели бы, может быть, еще меньший процент смертности; кроме того, повидимому, далеко не все печальные случаи применения резекции опубликовываются в печати. Достаточно вспомнить, далее, случаи Гальперна, в одном из которых после резекции незаживавшей язвы при повторной операции были обнаружены язва на месте резекции и пептическая язва тонкой кишки, а в другом при 2-й операции, в связи с незаживавшей язвой, была произведена резекция желудка, при третьей же снова найдена язва на месте резекции,—чтобы сказать, что не всегда можно и ценой такой тяжелой операции получить излечение, а иногда после нее хирург рискует вместо одной язвы получить две. Правда, подобные случаи встречаются не так часто, но все же с возможностью их надо считаться. Вообще применять радикальную операцию, ухудшающую прогноз, в то время, когда дело идет прежде всего о спасении жизни больного, по нашему мнению, едва ли целесообразно. Кроме того, сторонники резекции предлагают ее для случаев свежих, рано поступающих к хирургу, и при хорошем общем состоянии больного.

Что касается дополнительной гастро-энтеростомии, то большинство авторов (Завьялов, Гальперн, Мануйлов, Герштейн, Шапиро) присоединяет ее к зашиванию язвы, если позволяют силы больного, так как операция эта создает условия, способствующие заживлению как прободного отверстия, так и самой язвы.

При слабости больного и при отсутствии после зашивания язвы сужения выхода из желудка можно обойтись и без дополнительной гастро-энтеростомии—тем более, что такой метод вмешательства дает полную возможность сделать операцию под местной анестезией, прибегая лишь к легкому эфирному оглушению, если это будет необходимо во время манипуляций в брюшной полости.

В 2 случаях проф. Micheyda, где при операции автор ограничился лишь зашиванием прободного отверстия и пластикой сальником, и которые окончились смертью больных от пневмонии на 7-й день после операции, вскрытие обнаружило, что язвы хорошо зажили. Подобных

наблюдений, касающихся быстрого зжизвления язвы после простого зашивания прободного отверстия и доказанных на аутопсии, имеется в литературе уже несколько.

По вопросу о методе оперативного вмешательства нужно высказаться в том смысле, что каждый случай необходимо индивидуализировать, принимая во внимание как состояние и силы больного, так и обстановку и технику хирурга. Лучший результат дает хирургу тот способ операции, к которому он привык и которым он лучше владеет. Не шаблон, не трафарет, а индивидуализация, учет всех моментов и обстоятельств случая—дают наилучшие результаты вмешательства.

Вопрос о прогнозе и непосредственных результатах операции прободных язв желудка и duodeni достаточно освещен в литературе. Прогноз этот стоит в непосредственной связи со временем, протекшим от момента прободения до времени оперативного вмешательства. В последнее время в иностранной литературе вопрос о прогнозе оперативного вмешательства при прободных язвах, кроме того, все больше связывается с характером и вирулентностью проникшей в брюшную полость инфекции. Очень часто брюшинный выпот при перфорации язвы желудка оказывается стерильным, что объясняется бактерицидным действием желудочного сока. В этом смысле перфорация язвы желудка прогностически является более благоприятной, чем перфорация язвы duodeni, при которой выпот в брюшную полость бывает чаще щелочным. Произведенные в отдельных случаях посевы брюшинного выпота давали как смешанный рост, так и рост чистых культур бактерий (стафилококков, пнеймококков, стрептококков и *b. coli*). Многие смертельные исходы при, казалось-бы, ранней операции можно объяснить именно тяжестью проникшей в брюшную полость инфекции. Немаловажную роль для исхода операции играет здесь, конечно, и хорошая оперативная техника хирурга, быстрая ориентировка его в брюшной полости и применение соответствующего случаю метода оперативного вмешательства.

По статистике Hartmann'a операция при прободении язвы желудка и duodeni в первые 12 часов дает 61% выздоровления, от 12 до 24 часов—уже только 44%, а после этого срока—19% выздоровлений. У Steichele из 32 больных, оперированных в первые 12 часов после перфорации, умерли 2—6%, а из 21 случая, оперированного после 12 часов, кончились смертью 18—86%. Эти цифры с убедительностью указывают на важность ранней операции для исхода ее. Среди нашего материала мы имели 4 смерти на 7 больных, оперированных в первые 12 часов после перфорации. Объяснить этот сравнительно высокий процент смертности можно целым рядом моментов. В одном из наших случаев, оперированном через 8—10 часов после прободения, через значительное перфорационное отверстие duodeni вытекло много содержимого желудка, переполненного плотной закуской, имевшей место перед перфорацией; кроме того, больной с состоянием перфорации проехал на обыкновенной крестьянской телеге 10 верст до больницы. Очевидно, тяжесть инфекции и распространение ее по всей брюшной полости сыграли здесь важную роль в развитии общего гнойного перитонита, послужившего причиной смерти больного. В 2 других случаях, оперированных через 7 ч. и 3 часа после прободения при сравнительно хорошем общем состоянии больных, также развился перитонит, несмотря на примененные

в этих случаях дренаж и тампонаду брюшной полости. Здесь причину перитонита следует усматривать, очевидно, в тяжести попавшей в брюшную полость инфекции, а в одном из этих случаев—и в промывании брюшной полости. Наконец, еще в одном случае, оперированном через 2 часа после прободения, причиной перфорации послужил заворот верхнего отдела тонких кишок с последовавшим колоссальным расширением желудка и прободением язвы duodeni, пропускаявшей два пальца. Смерть после операции последовала отчасти от интоксикации, вызванной заворотом, а также, возможно, от особенно-вирулентной инфекции, попавшей в этом случае в брюшную полость и вызвавшей, как показало вскрытие, развитие перитонита.

Процент смертности после операции при прободении язвы желудка и duodeni колеблется у различных авторов между 30% и 70%. Наши 42% смертности (5 смертей и 7 выздоровлений), если только можно выводить % при таком незначительном количестве случаев,—не выходят т. о. из рамок смертности у других авторов. Непременным условием успеха операции при перфорации язвы желудка и duodeni является правильный диагноз и возможно ранняя операция. Всякий практический врач, диагностируя или только предполагая у больного возможность перфорации, обязан немедленно привлечь хирурга к лечению такого больного, дабы не упустить благоприятного момента для оперативного вмешательства. Если до сих пор еще нам приходится встречаться с фактами поздней доставки врачами больных для операции при тяжелых с самого начала формах аппендицита, хотя здесь сознание широкой массы уже подготовлено в смысле понимания пользы раннего вмешательства, то и в отношении важности и необходимости возможно более ранней операции при перитонитах, вызванных перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки, должно быть также достигнуто полное единомыслие врачебной массы, дабы отступления от ранней доставки больных для операции наблюдались возможно реже.

Необходимо уделить больше внимания и следующему моменту: в русских крестьянских условиях, при отдаленности больниц вообще, а хирургической помощи в особенности, своевременная диагностика прободения язвы желудка и доставка таких больных для экстренной операции представляется подчас затруднительной, а иногда даже и совсем невозможной. Расширение и приближение хирургической помощи к крестьянскому населению должно явиться ближайшей задачей органов здравоохранения, и только тогда % благоприятных исходов целого ряда неотложных операций, в том числе и при прободной язве желудка и duodeni, повысится и достигнет западно-европейского уровня.

Изучение нашего материала позволяет нам сделать следующие выводы:

- 1) Если клиническая картина прободной язвы желудка или 12-перстной кишки в первые часы заболевания является типичной и легко допускает постановку правильного диагноза, то при более позднем поступлении больных к хирургу диагностика является более затруднительной. Развивающиеся к этому времени перитонитические явления, особенно справа и внизу живота, заставляют нередко предполагать наличие гнойного или перфоративного аппендицита. Небольшой разрез брюшной полости справа внизу живота с выяснением состояния аппендикса и характера имею-

щегося в брюшной полости выпота, а иногда лишь вскрытие удаленного аппендикса—выясняют природу заболевания. При отсутствии в подобных случаях аппендицита диагноз прободной язвы становится более вероятным, и следует сейчас же, проведя второй разрез по средней линии, приступить к осмотру желудка и 12-перстной кишки.

2) Для лучшего исхода заболевания необходимы правильная диагностика и ранняя операция.

3) Печальные исходы и при ранней операции (производимой ранее 12 часов от начала заболевания) могут быть объяснены характером прободения, вирулентностью попавшей в брюшную полость инфекции, а также и методом примененной операции.

4) Наиболее простым способом оперативного вмешательства при прободной язве является обшивание язвы с прибавлением гастро-энтеростомии или,—в тех случаях, где после зашивания язвы не получается сужения выхода желудка,— без таковой, затем удаление выпота из брюшной полости марлевыми салфетками и, при отсутствии гнойного воспаления брюшины, зашивание брюшной раны наглухо.

5) Вообще же способ анестезии и метод применяемой операции подлежат индивидуализации и находятся в зависимости как от состояния и сил больного, так и от подготовки и навыков хирурга.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Завьялов. Хир. этюды. Киев, 1920.—2) Рубашев. Рус. Хир. Арх., 1909, № 5.—3) Мануйлов. Труды XV Хир. Съезда.—4) Петрашевская. Ibid.—5) Блюменталь. Нов. Хир. Арх., 1922, № 6.—6) Герштейн. Нов. Хир., № 2.—7) Спасокукоцкий. Нов. Хир. Арх., 1923, № 9.—8) Гальперн. Ibid., № 9.—9) Гальперн. Ibid., № 10.—10) Богораз. Ibid., № 10.—11) Протопопов. Ibid., № 12.—12) Брайцев. Ibid.—13) Савков. Ibid., 1922.—14) Страдынь. Ibid.—15) Wolf. Вр. Об., 1922, № 11.—16) Левит. Нов. Хир. Арх., 1922, № 7.—17) Финкельштейн. Ibid.—18) Риттер. Ibid., 1923, № 11.—19) Пейлет. Вр. Газ. 1923, № 9.—20) Зильберберг. Труды II Одесского Съезда Хирургов.—21) Самгородский. Там же.—22) Маслов. Там же.—23) Лигин. Там же.—24) Болярский. Там же.—25) Заблудовский. Введение в хир. клинику.—26) Иозефович. Сб. Тринклера.—27) Зорохович. Вр. Дело, 1924, № 3—5.—28) Шапиро. Ibid., № 6.—29) Percival. Практ. Врач, 1925, № 5, реф.—30) Micheyda. Вр. Газ. 1925, № 15—16, реф.—31) Амбрумянц. Рус. Клин., 1924, № 6.—32) Соловьев. Там же.—33) Одинов. Там же, 1925, № 19.—34) Оглоблина. Вест. Хар. и Погр. Обл., кн. 14.—35) Guendet. Реф. Z. Organ. f. d. g. Chir., Bd. 33, H. 7.—36) Goth. Ibid., Bd. 32, H. 2.—37) Meyer. Z. f. Chirurgie, 1925, № 50.—38) Oehlecker. Arch. f. klin. Chir., Bd. 127.—39) Brütt. Erg. der Ch. und Orthop., Bd. 16.—40) Pavlovsky. Z. Org. f. d. ges. Chir., Bd. 32, H. 4.—41) Radoievitch. Ibid., H. 10.—42) Riese. Arch. f. kl. Chir., Bd. 127.—43) Racic. Münch. m. W., 1925, № 13.—44) Kolb. Z. f. Ch., 1924, № 34.—45) Suermond. Z. Org. f. die ges. Ch., Bd. 32, H. 8.—46) Steichele. Arch. f. kl. Chir., Bd. 123.

D-r I. M. Perelman und D-r W. W. Babuk (Minsk). Zur Klinik der perforierten Ulcera des Magens und des Duodenums.

Auf Grund der Analyse von 12 operierter Fälle des perforativen Ulcus ventriculi und duodeni (todlicher Ausgang in 5 Fällen) kommen die Autoren zum Schlusse, dass das klinische Bild der Perforation des Ulcus in den ersten Stunden so typisch ist, dass man die richtige Diagnose leicht stellen kann; in folgendem aber führen die sich entwickelnden Peritonealerscheinungen nicht selten zu diagnostischen Irrtümern, indem sie das Vorhandensein einer Appendicitis vermuthen lassen. In diesen Fällen empfehlen die Autoren zuerst einen kleinen Schnitt der Bauchwand, wie bei der Operation der Appendicitis auszuführen und dann, falls eine Appendicitis nicht zu finden ist, einen anderen Schnitt zur Besichtigung des Magens und Duodenum auszuführen. Für das einfachste Operationsverfahren beim perforativen Ulcus halten die Autoren den Verschluss des Ulcus mittels Naht mit nachfolgender Gasro-enterostomie oder ohne solche (in Fällen, in welchen die Ulcusnaht eine Verengerung des Magenausganges nicht herbeiführt).

К вопросу о признаках отделения последа.

Д-ра мед. Н. Н. Чукалова.

До настоящего времени мы не располагали ни одним признаком отделения последа, который-бы с безусловной верностью указывал, что послед у роженицы уже совершенно отделился, и потому его можно без опасности для здоровья женщины вытолкнуть наружу. Оттого в добавление к старым, давно уже известным признакам отделения последа, каковы, напр., признаки Schroeder'a и Ahlfeld'a, до самого последнего времени в медицинской печати постоянно предлагаются различными авторами все новые признаки этого рода. Таковы признаки Küstner'a-Чукалова, Mikulicz'a-Radeck'ого, Klein'a и др. Уже один этот факт свидетельствует, по нашему мнению, в пользу того, что современная акушерская мысль находится в периоде искания более надежных признаков отделения последа, чем те, которыми мы располагаем.

Указанное обстоятельство и побудило нас проверить, на родильном материале Акушерско-Гинекологической клиники Казанского У-та и Адмиралтейской б-цы, все главнейшие признаки отделения последа—на предмет большей или меньшей их надежности и практической ценности. При этом из старых признаков мы проверили общепризнанные признаки Schroeder'a и Ahlfeld'a, из новых же—признаки Küstner'a, Mikulicz'a-Radeck'ого и Klein'a. Так как, возможно, некоторые из читателей незнакомы с этими признаками, то сначала мы опишем их, а затем уже познакомим читателей с результатами нашей проверки.

Признак Schroeder'a ¹⁾). После рождения ребенка матка, до того спустившаяся дном до уровня пупка, снова несколько поднимается выше пупка и отклоняется в сторону; при этом края ее, до того плохо выраженные, начинают резко контурироваться.

Признак Ahlfeld'a ²⁾). Выступающая из половой щели по рождении ребенка пуповина, будучи отмечена на известном уровне тем или иным путем (наложением зажима, перевязкой и т. п.), по отделении последа начинает опускаться книзу и более выпячиваться наружу.

Признак Küstner'a ³⁾)-Чукалова ⁴⁾). Если положить ладонь руки, локтевой стороной, перпендикулярно тотчас выше симфиза, то

¹⁾ Zbl. f. Gyn., 1925, № 18.

²⁾ Ibid.

³⁾ Ibid.

⁴⁾ Отмечен нами впервые в русской литературе, независимо от Küstner'a, в 1922 году (Казан. Мед. Ж., 1922, № 2).

выступающий из половой щели отрезок пуповины отходит обратно в рукав при неотделившемся последе и, наоборот, не уходит, если послед уже отделился.

*Признак Mikulicz'a-Radeck'ого*¹⁾. Как только послед отделится и спустится в рукав, роженица начинает испытывать ощущение давления на прямую кишку.

*Признак Klein'a*²⁾ („Pressymptom“). Если заставить роженицу в последовом периоде тужиться, то пуповина будет совершать экскурсию вперед—при натуживании и обратно в рукав—при расслаблении брюшного пресса, до тех пор, пока послед не отделится совершенно. По отделении же последа от матки пуповина при натуживании роженицы экскурсий более не совершает.

Проверив все эти признаки на материале в 300 родов, без особого отбора отдельных случаев, как у первородящих, так и у повторных рожениц, мы получили следующие результаты:

признак Schroeder'a	нам удалось констатировать в	97%.
„ Ahlfeld'a	„ „	95%.
„ Kustner'a-Чукалова	„ „	98,5%.
„ Mikulicz'a-Radeck'ого	„ „	29%.
„ Klein'a	„ „	100%.

Если мы не смогли найти в доступной нам литературе, как часто встречаются первые три признака, если, далее, в отношении последнего из них наш материал подтверждает цифры, указываемые самим Klein'ом, то в признаке Mikulicz'a-Radeck'ого наши данные далеко не сходятся с таковыми же самого автора: Mikulicz-Radecki определяет частоту своего признака в 93,1%³⁾, мы же могли его констатировать лишь в 29%. Отчего получается такая огромная разница,—мы объяснить затрудняемся. Возможно, что Mikulicz-Radecki ждал более продолжительное,—не указываемое им в его работе,—время, мы же выводили послед тогда, когда имелись налицо признаки Schroeder'a, Ahlfeld'a и Kustner'a-Чукалова; возможно, что русские женщины менее в этом отношении чувствительны, чем немки; может быть, играет здесь роль и различное социальное положение наших рожениц и рожениц у Mikulicz'a-Radeck'ого. Во всяком случае, повторяем, объяснить разницу в цифрах мы затрудняемся.

Теперь позволим себе остановиться несколько подробнее на каждом признаке отдельно, в смысле ценности его, как индикатора отделения человеческого последа.

Признак Schroeder'a отсутствовал у наших рожениц, как это видно из приведенных выше цифр, всего лишь в 2%. Как ни мал этот процент, он все же говорит, что *всегда* пользоваться одним этим признаком мы не можем. Кроме того, этот признак зачастую не позволяет, по видимому, нам судить о том, что послед совершенно отделился, как в этом мы убедились многочисленными личными наблюдениями. Повиди-

¹⁾ Zbl. f. Gyn., 1924, № 27.

²⁾ Zbl. f. Gyn., 1926, № 25.

³⁾ Zbl. f. Gyn., 1924, № 27.

мому, поднятие дна матки часто говорит лишь за то, что послед *начинает* отделяться, но не за то, что он отделился *совсем*. По крайней мере, пытаясь выделить послед предложенным нами в свое время способом ¹⁾, а именно, надавливанием на дно матки ладонью руки, мы нередко в тех случаях, где этот признак был налицо, не получали выделения послета.

Признак A hlfeld'a, встречаясь несколько реже признака Schroe-der'a, тоже не дает возможности пользоваться им *всегда* и также не дает *полной* гарантии того, что послед отделился совершенно. Часто нам приходится наблюдать в последовом периоде, что отрезок пуповины, выпятившись несколько из половой щели, и в дальнейшем продолжал еще опускаться ниже и ниже,—другими словами, что, вероятно, послед продолжал здесь отделяться, но не отделился еще совсем. Это подтверждается и тем, что наши попытки выделить послед, производимые в то время, когда впервые выступал данный признак, нередко не приводили к цели.

Признак Küstner'a-Чукалсва мы рассматриваем, как самый надежный, и вот, почему: во-первых, он оказался у нас отсутствующим лишь в $1\frac{1}{2}\%$; во-вторых, уже а priori можно думать, что этот признак должен быть налицо лишь тогда, когда послед уже покинул полость матки и спустился в рукав, ибо, производя надавливание выше симфиза, мы давим только на матку, и, коль скоро пуповина не следует за движениями матки кверху, то надо полагать, что послед находится уже в рукаве, т. е. отделился вполне.

Признак Mikulicz'a-Radec'кого, согласно полученным нами данным, является, по нашему мнению, мало пригодным, ибо отмечается редко.

Наконец, признак Klein'a, встречающийся во всех 100%, на первый взгляд представляется поэтому наиболее ценным. К сожалению, мы убедились, что более, чем в 50% всех наблюдавшихся нами случаев, признак этот имелся налицо уже с самого момента рождения ребенка, когда, стало быть, о полном отделении послета, по крайней мере для большинства случаев, не могло быть и речи. Зависит-ли это оттого, что расслабленные брюшные стенки у многих рожениц при натуживании в последовом периоде не продуцируют достаточного повышения внутрибрюшного давления (за чем и основан данный признак), или от чего-либо другого, но во всяком случае наличие признака Klein'a, вопреки заверениям самого автора, отнюдь не дает нам гарантии в том, что послед уже вполне отделился.

Итак, на основании изложенного мы позволим себе высказать следующие положения по затронутому вопросу:

1) Лишь совокупность наличия вышеперечисленных признаков дает нам возможность с уверенностью сказать, что послед уже отделился от маточной стенки и может быть выведен из матки, притом вне зависимости от времени, прошедшего с момента рождения ребенка (в пределах нормального срока последового периода).

2) Наиболее надежным, а потому и наиболее ценным из разобранных выше признаков отделения послета является признак Küstner'a-

¹⁾ Каз. Мед. Ж., 1922, № 2.

Чукалова, как в силу постоянства его, так и потому, что наличие его делает почти несомненным нахождение послёда вне матки, resp. во влагалище.

D-r N. N. Tschukalof (Kasan). Zur Frage nach den Merkmalen der Placentablösung.

Die Prüfung von 300 Geburten der verschiedenen Merkmale, die zur Feststellung der Placentablosung vorgeschlagen worden sind (von Schroeder, Ahlfeld, Küstner-Tschukalof, Mikulicz-Radecky und Klein), überzeugte den Autor, dass keines von diesen Merkmalen einzeln genommen die unbedingte Garantie abgibt, dass die Nachgeburt von der Gebärmutterwand sich abgelöst hat; deshalb muss man die Diagnose dieser Ablösung auf Grund der Gesammtheit dieser Merkmale stellen. Das sicherste unter ihnen erscheint nach D-r Tsch. das Merkmal, welches von Küstner und unabhängig von ihm 1922 von dem Autor beschrieben worden ist.

К вопросу об оперативном лечении значительных выпадений женских половых органов¹⁾.

С. А. Драверта (Вятка).

Вопрос о лечении выпадений женских половых органов, издавна обращавший на себя много внимания со стороны специалистов и вообще практических врачей, в последние годы, по понятным причинам, стал еще более острым и неотложным. Пережитые страной военные и революционные годы вовлекли широкие круги женщин в систематическую физическую работу, часто непосильно тяжелую, а медицинская и, в частности, акушерская, помощь в то же время сократилась количественно и понизилась качественно. Поэтому вопрос о выпадениях с новым интересом стал обсуждаться в специальной литературе, в заседаниях медицинских обществ, на съездах. Такое положение вопроса дает и мне решимость высказать свои мысли по этому поводу и поделиться своим опытом в деле лечения выпадений.

Работая все время преимущественно среди населения, посвящающего себя физическому труду, я, естественно, часто встречался в своей практике с разными формами выпадений и был поставлен в необходимость подавать посильную помощь этим больным с тем или другим успехом. Неудовлетворенность существующими общеизвестными способами лечения значительных выпадений давно заставляла меня задумываться над их возможным усовершенствованием, и в результате я скомбинировал способ оперативного лечения выпадений, которым я и пользуюсь, как мне кажется, с успехом—с 1920 года до сих пор. Кроме меня, этим способом в соответствующих случаях воспользовались д-ра И. Е. Молчанов и В. А. Дьяконов в Вятской Уездной больнице и З. С. Батурина—в Вятской Железнодорожной и Тюремной больницах и остались им довольны.

Толчком к выработке предлагаемой мною операции мне послужило знакомство со способами лечения выпадений по Kocher'y, Murphy и Снегиреву. Задумавшись над предложенными ими методами лечения выпадений я решил скомбинировать их, воспользовавшись преимуществами каждого из них и сгладив их недостатки. Позднее, в 1922 г., из кратких журнальных рефератов я узнал, что покойный Витт также пришел к признанию принципа, выдвинутого Снегиревым и Murphy, но в подробностях со способом Витт'а я, к сожалению, ознакомиться не имел возможности.

Как известно, способ Kocher'a состоит в том, что, сделав срединный разрез брюшной стенки, вытягивают матку из брюшной раны до уровня внутреннего зева: здесь спереди и сзади пришивают приспечен-

¹⁾ Доложено в Вятском Медицинском Обществе в сентябре 1925 г.

ную брюшину к маточной, оставляя трубы и яичники в полости брюшины, а остальную часть разреза брюшины зашивают; затем кладут матку на зашитую брюшину и сшивают края раны брюшной стенки, прикрепляя по возможности высоко складки круглых связок с обеих сторон; в заключение зашивается кожа. Так описана эта операция в пятом издании „Оперативной Хирургии“ Kocher'a (рус. пер. 1909 г.). В „Оперативной Гинекологии“ Döderlein'a и Krönig'a. 1905 г. (рус. пер. 1907 г.), она описана несколько иначе: после перевязки обеих труб дно матки втягивается в нижний угол брюшной раны таким образом, чтобы оно лежало вне брюшной полости, и окаймляется пристеночной брюшиной. причем швы захватывают переднюю и заднюю стенки матки; когда брюшная полость будет таким образом замкнута, над вшитым дном сшивают апоневроз и мышцы и вставляют стеклянный дренаж до дна матки.

Способ Murphy состоит в том, что, сделав поперечный надлобковый разрез брюшной стенки до апоневроза, разрезают последний и остальные ткани брюшной стенки коротким продольным разрезом, через который извлекают наружу матку; разрезают ее по средней линии вдоль до области внутреннего зева, иссекают мукозу тела с частью миометрия и распластаный в виде крыльев орган пришивают к апоневрозу, после чего зашивают кожу.

Наконец, способ Снегирева состоит в пришивании выпяченного из влагалища пальцем помощника передне-бокового свода к наружному краю влагалища прямой мышцы живота выше пупартовой связи, а также выпяченного задне-бокового свода в области копчика; такое пришивание может быть выполнено или в двух указанных местах по диагонали, или в 4 точках.

Все приведенные способы, несомненно, в отдельных случаях ведут к цели, но, на мой взгляд, они не свободны от крупных недостатков. В самом деле, при способе Kocher'a, особенно при более старой его модификации, приведенной у Döderlein'a и Krönig'a, фиксация матки осуществляется при помощи пристеночной брюшины и поперечной фасции, тканей очень растяжимых, нежных, почему фиксация эта и не обещает быть особенно прочной. Сверх того тут возможны значительные боли от растяжения, когда тяжелая матка будет стремиться вниз и натягивать сращенную с ней брюшину. Пришивание складок из круглых связок— для прочности фиксации, введенное в позднейшую модификацию способа, серьезного значения иметь, разумеется, не может по понятным причинам. Способ Murphy в смысле прочности укрепления матки весьма надежен, но он сопряжен с большой травмой и сильно уродует женщину, лишая ее функций эндометрия. Наконец, способ Снегирева неудобен тем, что для основательной фиксации требует четырех отдельных разрезов, и при нем может получиться, особенно при негладком заживлении, серьезное сужение прямой кишки; наконец, способ этот может, повидимому, неблагоприятно влиять на нормальную флору влагалища.

Обсуждая описанные способы, мы видим, что в основу их положены два принципа—удаление матки от проводной линии таза у Kocher'a (в новейшей модификации его способа) и фиксация матки непосредственно за шейку—у Murphy или посредством сводов—у Снегирева. Применение обоих этих принципов при лечении выпадений женских половых органов обещает быть плодотворным, т. к. они основаны на дан-

ных физиологии и анатомии. В самом деле, извлекая матку по Kocher'у из брюшной полости и помещая ее внебрюшинно в толще передней брюшной стенки, мы, во-первых, отдаляем ее от проводной линии таза, где действие условий, смещающих ее вниз, является максимальным; во-вторых, мы ставим ее в такое положение, что внутрибрюшное давление, почти совершенно не отдавливая ее вниз, главным образом прижимает ее к передней брюшной стенке, действуя сквозь пристеночную брюшину и поперечную фасцию. Что же касается второго принципа, — фиксации матки снизу за шейку, — выдвинутого Снегиревым и Murphy, то ведь в естественных условиях матка как раз и укреплена в тазу этим своим отделом при помощи fascia endopelvina и ее отростков, — связок, образующих так называемый поддерживающий аппарат матки, который прикрепляется и дополняется в свою очередь снизу же с помощью diaphragma pelvis и diaphragma urogenitale. Когда этот прочный в норме аппарат в силу тех или других причин ослабел или частично разрушился, мы почти бессильны восстановить его; но вполне последовательно воспользоваться для его замены сходной по крепости, строению и физиологической функции тканью — брюшным апоневрозом, создав из него своего рода протез поддерживающего аппарата матки. Большое значение имеет приложение этого протеза именно к шейке матки, притом возможно низко: дело в том, что влагалищные своды очень тесно соединены с шейкой весьма прочной волокнистой тканью, составляя с ней как-бы одно целое; поэтому, укрепляя на определенном уровне шейку, мы тем самым фиксируем тут и верхнюю часть рукава. Таким образом метод фиксации шейки одинаково пригоден и достаточен как для устранения первичного выпадения влагалища, так и для устранения первичного выпадения влагалища, осложненного последующим выпадением матки. Выбор же возможно низко лежащего участка шейки для фиксации важен потому, что общеизвестно, как сильно иногда вытягивается шейка при выпадении влагалищной части, и в силу этого понятно, что, чем более книзу мы отнесем место фиксации шейки, тем возможность такого растяжения ее меньше и, стало быть, эффект фиксации прочнее.

Основываясь на приведенных выше соображениях, я выработал следующий способ оперирования значительных пролапсов женских половых органов — безразлично, развились ли они, как первичное выпадение матки, или как первичное выпадение влагалища. Делается поперечный разрез брюшной стенки по Pfannenstiel'ю, матка вытаскивается в брюшной разрез, широкие связки расправляются, и на них накладываются Kocher'овские пинцеты, по два с каждой стороны, таким образом, что один зажим захватывает вместе круглую связку, трубу и собственную связку яичника возможно близко к этому последнему, а другой зажим накладывается на те же образования возле первого, несколько медиальнее. Затем захваченные зажимами ткани перерезываются между каждой парой зажимов, и разрез широкой связки продолжается дальше книзу на необходимое в каждом отдельном случае расстояние, — иногда до самой пузырно-маточной складки. Все 4 зажима заменяются потом крепкими шелковыми лигатурами, причем периферические, у яичников, коротко срезываются, и яичники уходят на свое нормальное место, а центральные, у матки, оставляются длинными. Если пришлось рассечь широкие связки на значительном протяжении, то разрез их обшивается непрерывным швом; если же разрез

мал и не кровоточит, то он оставляется без обшивания. Мобилизованная таким образом матка выводится далеко из брюшной полости, которая затем наглухо замыкается путем сшивания непрерывным швом брюшины и поперечной фасции, начиная от верхнего угла разреза брюшины и до задней поверхности матки в области внутреннего зева, где шов закрепляется на серозном покрове матки. Маленький участок разреза брюшины впереди от выведенной наружу маточной шейки остается не зашитым и замыкается впоследствии, благодаря тесному прилеганию его краев к выступающей между ними шейке. После того берется прочная, довольно толстая шелковая нить на толстой же иголке, иголка вкладывается в нижний дистальный край разреза апоневроза около белой линии, минуя мышцу и брюшину, проводится сквозь шейку—между ее серозным и слизистым слоями у самой пузырно-маточной складки, выкалывается в апоневрозе с противоположной стороны белой линии, тоже минуя брюшину и мышцу, и нитка крепко завязывается и коротко обрезывается. Полагаю, что более прочной была-бы фиксация шейки, особенно в случаях первичного выпадения влагалища, если-бы предварительно, отделив несколько, небольшим поперечным разрезом, пузырь и сдвинув его немного книзу, пришить обнаженную от серозного листка шейку непосредственно к апоневрозу, фиксируя ее местом, лежащим ниже пузырно-маточной складки; но имеющийся у меня опыт показал, что и первый способ фиксации достаточно прочен.

Таким образом шейка, лежащая между краями оставленного незашитым маленького участка брюшинной раны и между медиальными краями обеих прямых и пирамидальных мышц, широко соприкасается с внутренней поверхностью брюшного апоневроза и крепко с ним срастается. Затем замкнутым пинцетом Кошера протыкаются, на том или ином—в зависимости от случая—уровне, симметрично на обеих сторонах, сбоку от белой линии, апоневроз и прямая мышца живота, захватывается общая культи круглой связки, трубы и яичниковой связки, оставленная у матки вместе с необрезанной лигатурой, протаскивается сквозь отверстие в апоневрозе и пришивается на его передней поверхности с помощью этой же лигатуры. В последнее время я протягиваю культю только сквозь прямые мышцы и фиксирую их лигатурами к задней поверхности апоневроза, связывая лишь концы лигатур на его передней поверхности: это технически проще, а результат получается не хуже. Наконец, накладываются 3 или 4 более тонких узловатых шелковых шва, проводимых через прямую мышцу одной стороны, вещество матки и прямую мышцу другой стороны; швы эти сближают друг с другом медиальные края прямых мышц и приводят в широкое и тесное соприкосновение переднюю поверхность матки с их задней поверхностью, обеспечивая плотное срастание этих поверхностей. Эти швы проводятся с таким расчетом, чтобы один из них лежал в области нижнего сегмента матки, один или два в области ее тела и один в области дна. После того обычным образом зашиваются апоневроз, подкожная клетчатка и кожа. Во многих случаях, но отнюдь не принципиально всегда, операция дополняется мною восстановлением промежности.

Эффект описанной операции сводится к следующему: шейка матки и столь тесно связанные с ней своды влагалища, а, стало быть, и все влагалище, получают прочную точку прикрепления в брюшном апоневрозе в самом крепком его месте, у белой линии; тело матки подкрепляет собой столь часто расходящиеся и слабые—у страдающих пролапсом женщин—

прямые мышцы живота; в то же время матка не лежит совсем неподвижно, что было-бы нефизиологично для столь подвижного органа,—напротив, она имеет возможность проделывать довольно обширные экскурсии, по направлению и силе довольно близкие к обычным, но только происходящие под влиянием иных сил, чем в норме (во-первых, при сокращении и расслаблении прямых мышц живота тесно сросшенная с ними матка не может не передвигаться вверх и вниз,—правда, на небольшое расстояние, причем этому движению матки не мешает фиксация к апоневрозу ее шейки, столь податливой обыкновенно при проляпсах, а тем более фиксация еще более растяжимых культей широких связок; во-вторых, во время сокращения всей брюшной стенки, при физических напряжениях женщины, двигается и вся матка, каковое движение ее совершается по направлению некоторой равнодействующей, слагающейся из двух движений, а именно, из перемещений органа в дорсально-вентральном и каудально-краниальном направлениях).

Указанные движения матки, подобно обычным, нормальным ее движениям, способствуют венозному кровообращению в ней и устранению обычных при выпадениях застоев и их последствий. При этом внутрибрюшное давление, прижимая матку плотнее к брюшной стенке, способствует фиксации органа и в то же время не действует выпирающим образом на шейку, помещенную значительно кпереди от направления равнодействующей брюшных сил. Таким образом сила, которая при нормальных анатомических условиях, а тем более при начавшемся проляпсе, стремится вытолкнуть матку из таза, преодолевая сопротивление поддерживающего ее аппарата,—после описанной операции лишь способствует удержанию ее на известной высоте. В этом легко убедиться, если после операции ввести во влагалище палец, приложить его слегка к влагалищной части матки и попросить больную потужиться,—сейчас же мы ощущаем, что при напряжении брюшного пресса влагалищная часть уходит от пальца более или менее вверх, а при его расслаблении возвращается на прежнее место. В этом и заключаются достоинство и смысл описанной операции.

Я предвижу возможность различных возражений против предлагаемого мною способа. Можно, напр., говорить о том, что способ этот совсем не считается с этиологией проляпса, что это—лечение чисто-симптоматическое, что данная операция грубо нарушает анатомию и не считается с физиологическими функциями матки, ее подвижностью, беременностью и т. д. На это я могу сказать, что оперативное лечение вообще всегда является симптоматическим. Создаем-ли мы костную подпорку по Albee для смещающихся позвонков при туберкулезном спондилите, делаем-ли желудочно-кишечное соустье при сужении привратника, вшиваем-ли сальник в брюшную стенку по Talma при асците, делаем-ли трахеотомию при крупе, удаляем-ли хрусталик при катаракте, делаем-ли поворот при поперечном положении и т. д., и т. д.,—мы всегда действуем только симптоматически; тем не менее все указанные мероприятия целесообразны, общеприняты и необходимы. Что же касается несогласованности предлагаемого способа с данными анатомии и физиологии, то нельзя, конечно, не признать этого факта, но в то же время надо отметить, что в данном способе имеются подробности, смягчающие эту отрицательную сторону, а именно, с анатомической стороны надо учесть применение для фиксации матки апоневроза,—ткани, по строению и свойствам близкой к фасциальной,

которая в норме фиксирует матку; приложение фиксирующей силы в области шейки тоже соответствует нормальным отношениям, так что способ этот не является уж столь противоестественным, как это могло-бы показаться на первый взгляд. С физиологической стороны я должен еще раз напомнить о том, что матка оказывается после данной операции фиксированной подвижно, причем направление движения и объем его довольно близко подходят к нормальным. Наконец, что касается беременности, то, понятно, как самая техника операции, так и получаемое новое положение матки исключают возможность и допустимость последней. Эта отрицательная сторона операции искупается, однако, тем, что оперировать значительные пролапсы приходится обыкновенно у многорожавших, часто находящихся уже в климактерии женщин. Можно было-бы еще ожидать упрека в возможности после операции жалоб со стороны пузыря—в зависимости от некоторого стеснения пространства для его расширения, но таких жалоб я ни разу не слышал: очевидно, пузырь отлично приспосабливается к создаваемым операцией условиям, расширяясь при наполнении не вверх, а в стороны.

Итак, сознавая различные слабые стороны способа, я все же вижу в нем и ряд положительных сторон, которые заставляют меня охотно пользоваться этой операцией. Прежде всего надо отметить простоту и легкость техники, ее доступность любому оператору. Далее, она требует мало времени для своего производства, что делает ее безопасной даже для женщин очень преклонного возраста; мне лично нераз приходилось производить ее у старух далеко за 60 лет, при наличии изменений в органах кровообращения и дыхания,—однако, без всяких дурных последствий. Надо еще упомянуть, что при этой операции вполне возможно раннее вставание, столь важное у данной категории больных. Затем применение здесь поперечного разреза брюшной стенки по Pfannenstiell'ю, со всеми его преимуществами, является также очень ценной стороной данной операции, особенно для больных с выпадениями, всегда имеющих ослабленные, растянутые брюшные стенки. Очень важно, далее, что операцию легко проводить не только под общим ингаляционным наркозом, но и под поясничным и особенно крестцовым эпидуральным обезболиванием, а также под местной анестезией; двумя последними способами я и пользуюсь особенно охотно. Большим преимуществом операции является, потом, отсутствие изуверения женщины и сохранение функций матки и влагалища, что имеет не только психологическое значение, но и глубокое физиологическое, если допускать инкреторную и экскреторную функцию матки и ее обратное воздействие на яичники, не говоря уже о менструации. Наконец, как я убедился из опыта, нет необходимости дополнять данную операцию восстановлением промежности, особенно в случаях первичного выпадения матки; правда, я применял часто при ней пластику промежности, но больше, так сказать, для порядка, чем из сознания ее необходимости.

Что касается прочности достигаемого при операции результата то, поскольку я могу судить по имеющимся у меня до сих пор данным, она очень удовлетворительна. Я имел возможность проследить состояние трех женщин, перенесших описанную операцию—и притом, по счастливой случайности, без дополнения пластикой промежности—по истечении более года после вмешательства; две из них были оперированы лично мной, третья д-ром И. Е. Молчановым. Все они после операции продолжали зани-

маться земледельческим трудом, а одна из них, кроме того, еще земляными работами; при исследовании результат операции у всех оказался безукоризненным ¹⁾).

В первый раз я проделал описанную операцию 9/XII 1920 г.; с тех пор до настоящего времени у меня накопился 61 случай ее. Все они, за исключением одного, закончились благополучно. Операционная рана в большинстве заживала хорошо, да и там, где этого не было,—где имело место образование гематом с нагноением подкожной клетчатки,—на конечном результате операции это несколько не отражалось. Упомянутый выше неблагоприятный исход имел место у пожилой женщины с хроническими изменениями в системе органов кровообращения и дыхания; смерть наступила после снятия швов внезапно, когда больная села в постели. Очевидно, здесь летальный исход не зависел от особенностей именно данной операции и произошел бы и после всякой другой.

Из изложенного, мне кажется, можно видеть, что предлагаемая операция является достаточно теоретически обоснованной и практически проверенной, а потому и заслуживающей дальнейшего испытания и изучения, о чем я и прошу товарищей, не претендуя особенно на приоритет в этом деле.

D-r S. A. Drawert (Wjatka). Zur operativen Behandlung grosser Prolapse der weiblichen Genitalien.

Der Autor schlägt ein neues Verfahren der operativen Behandlung des Prolapses vor, welches eine Kombination der Verfahren von Kocher, Snegireff und Murphy darstellt. Die Operation wird mit einem Schnitt der Bauchwand nach Pfannenstiel begonnen. Das Corpus uteri wird von den Adnexen abgetrennt und extraperitoneal fixiert, der obere Teil des Cervix uteri wird an die Aponeurose der Bauchwand angenäht; ausserdem wird die Aponeurose an zwei Stellen durchstoichen, durch die Oeffnungen werden die gemeinsamen Stümpfe der Ligam. rotunda, der Eileiter und der Ligam. ovarii propr. geführt und ebenfalls an die Aponeurose angenäht. Nach diesem Verfahren hat der Autor 61 Fälle von Prolaps operiert und blieb mit den erhaltenen Erfolgen sehr zufrieden. In 1 Falle ereignete sich zwar ein Exitus der aber mit der Operation scheinbar nicht in Zusammenhang stand.

¹⁾ Потом я имел возможность проконтролировать еще нескольких женщин; результат у всех оказался стойким.

К статистике заболеваемости прогрессивным параличем.

(На основании материалов о движении душевно-больных в больнице за последние 33 года).

Старшего врача **Л. И. Айхенвальда.**

Как показывает практика, заражение сифилисом в тех случаях, когда он вызывает впоследствии прогрессивный паралич, предшествует последнему в среднем за 9—12 лет. При этом метасифилис, как известно, поражает чаще мужчин, нежели женщин. Норма эта 2:1 в последнее время как будто увеличилась до соотношения 4:1 (Bleuler и др.). Для России $\%$ заболевания прогрессивным параличем по отношению к общему итогу психозов определен в 13,8 $\%$ для мужчин и в 4,3 $\%$ для женщин по Жданову¹⁾, или в 13,9 $\%$ и 6 $\%$ по Игнатьеву¹⁾.

Исчислив заболеваемость прогрессивным параличем в сравнении с прочими душевными расстройствами за период 1893—1925 г.г., т. е. за 33 года, на основании материала, собранного по Одесской Психиатрической больнице, мы можем отметить следующее:

За указанный период времени в больницу поступило всего 19,863 душевно-больных, из коих с несомненно установленными формами прогрессивного паралича 3,272, в том числе 2,600 мужчин и 663 женщины, или в $\%$ о: мужчин 20,0, женщин 9,6 и обоего пола 16,5. Таким образом по сравнению с общероссийским масштабом Одесса дает паралитиков среди душевно-больных больше, как среди мужчин, так и среди женщин. Это можно отчасти объяснить тем, что Одесса является видным портовым центром, который посещается многочисленным пришлым, неоседлым элементом.

Соотношение между пораженными прогрессивным параличем мужчинами и женщинами за указанный 33-летний период выражается у нас пропорцией 3,93:1²⁾. Наиболее близкий к этому коэффициент мы находим у Heilbronner'a и Kraft-Ebing'a—4:1; из других авторов у Schüle коэффициент этот равен 7:1, у Kraepelin'a—5:1, у Sander'a—9:1.

По нашим данным максимум заболеваний прогрессивным параличем относительно других психозов относится к 1908 (27,5 $\%$) и к 1910 г.г. (26,5 $\%$), после чего $\%$ этих заболеваний падает, снова усиливаясь в 1918 и 1919 г.г. (18,3 $\%$). Дальнейшее падение заболеваемости прогрес-

¹⁾ Л. О. Бобровский-Королько. К вопросу о прогрессивном параличе помешанных.

²⁾ На Украине за 1925 год 4:1.

сивным параличем констатируется в течение 1920—1923 г.г. (7—10,3%), а в 1924 г. % этот опять несколько повышается (11,8%).

Д-р Веноп¹⁾ дает следующие соотношения для больниц Нанта: до 1918 г. паралитики составляли здесь 12—15% всех душевно-больных, а после 1919 г.—от 5 до 11%; в больницах Сены отмечены такие данные: за 1909—1913 г.г. было 12,87% прогрессивных паралитиков обоего пола, за 1914—1919 г.г.—12,57%, за 1920—1923 г.г.—12,33%. Вычислив соответствующие итоги по Одессе, получим: за 1909—1913 г.г.—21,2% прогрессивных паралитиков обоего пола, за 1914—1919 г.г.—16,9%, за 1920—1923 г.г.—8,9%. Таким образом в то время, как по больницам Сены колебания в заболеваемости прогрессивным параличем с 1909 по 1923 г.г. крайне малы (от 0,3% до 0,5%), у нас они, наоборот, очень заметны, хотя за период 1920—1923 г.г. колебания эти все же вдвое меньше, чем за время с 1914 по 1919 г.г.

По штату Нью-Йорк за 1915—20 г.г. % заболеваний прогрессивным параличем отмечен в 13,14%, тогда как по нашим данным за этот период указанный процент равен 16,9%; наконец, по Аргентине указана очень низкая заболеваемость прогрессивным параличем, а именно, за 1909—1913 г.г.—всего 3%, а за 1919—1923 г.г.—от 5 до 6%.

Итак мы видим, что у нас в Одессе нарастание поступлений прогрессивных паралитиков было отмечено в 1908, 1910, 1918 и 1924 г.г. Возможно предположить, что в период 1919—1923 г.г. большая часть паралитиков, в связи с тяжелыми условиями жизни в г. Одессе, просто-напросто вымерла, как элемент наиболее инвалидный со стороны центральной нервной системы.

В частности мужчины дали в Одессе особенно высокий % поступлений с прогрессивным параличем в 1896 (27,6%), 1908 (30,6%), 1910 (27,6%) и 1918—19 г.г. (свыше 24%). Среди женщин же нарастание поступлений наблюдалось в 1905 (17,8%), 1908 (20,8%), 1910 (23,6%) и 1916 г.г. (15,2%); с 1920 г. по 1924 г. можно было констатировать падение, а в 1924 г. усиление заболеваемости женщин прогрессивным параличем.

Приведенные данные дают нам право отметить следующее:

1) Заболеваемость прогрессивным параличем по сравнению с прочими психозами надо признать у нас, в общем, весьма значительной,— в среднем она равняется 17% (1/6 часть всех душевно-больных).

2) Женщины по сравнению с мужчинами заболевают гораздо реже— пропорции 1:3,93.

3) 1908 год дал наибольшее количество поступлений мужчин-паралитиков (30,6%), а 1910 год—женщин (23,6%); эти же два года повысили общий итог поступлений до 27%. Это дает право думать, что наиболее неблагоприятными в смысле распространения сифилиса в Одессе были 1898 и 1900 годы.

4) Начиная с 1920 г., % паралитиков в Одессе идет на понижение (некоторое повышение его в 1924 г. можно объяснить широким распространением *lues'a* в период 1914—1916 г.г., т. е. во время усиленного передвижения войск).

¹⁾ A. Marie et V. Cohen. Bullet. de l'Acad. de Méd. 29-IV 1924.

5) Можно надеяться, что усиленная борьба с венеризмом и профилактический уклон советской медицины шаг за шагом понизят заболеваемость прогрессивным параличом, что скажется, однако, не в ближайшие же годы ¹⁾.

D-r L. I. Eichenwald (Odessa). Zur Statistik der progressiven Paralyse.

Nach Berechnungen des Autors muss die Erkrankungshäufigkeit an progressiver Paralyse in Odessa im Vergleich zu anderen Psychosen als bedeutend bezeichnet werden; sie erreicht im Mittel 17%, dabei verhält sich die Erkrankungshäufigkeit der Frauen im Vergleich zu der der Männer wie 1:3,93. Auf das Jahr 1908 trifft die grösste Erkrankungshäufigkeit der Männer an progressiver Paralyse (30,8%) und auf das Jahr 1910 — der Frauen (23,6%); in diesen beiden Jahren erhöhte sich die gemeinsame Erkrankungshäufigkeit bis auf 27%; daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die ungünstigsten im Sinne der Syphilisverbreitung in Odessa die Jahre 1898 und 1900 waren. Vom 1920 an lässt sich in Odessa eine Senkung des % der progressiven Paralytiker bemerken. Der energische Kampf gegen den Venerismus und die prophylaktische Bestrebungen der Sowjetmedizin erlauben zu erwarten, dass die Erkrankung an progressiver Paralyse noch mehr abnehmen wird, was sich aber in den nächsten Jahren noch nicht bemerkbar machen kann.

¹⁾ Прогрессивный паралич отмечен в 1925 г., по данным психиатрических больниц Украины, в 60% всех случаев душевных расстройств.

Liquor-диагностика и роль ее в профилактике neurolues'a*).

Проф. З. Н. Гржебина.

Важность исследования спинномозговой жидкости при сифилисе в настоящее время не подлежит сомнению: это рельефно вывилось на 14 Съезде Немецких Дерматологов в Дрездене, в сентябре 1925 года, где все, как один, по свидетельству Jordan'a, „требовали лечения сифилиса под контролем исследования спинномозговой жидкости“. Это подтвердилось и данными анкеты о лечении сифилиса, организованной редакцией журнала Medizinische Klinik, которая обратилась ко всем наиболее видным дерматологам с просьбой высказать свои соображения о лечении сифилиса и, в частности, о необходимости производства люмбальной пункции, причем ответ на последний вопрос дан был всеми положительный. Это было подтверждено, наконец, на II Всесоюзном Съезде Венерологов в Харькове, где, к чести русской сифилидологии, данный вопрос оказался довольно тщательно проработанным: докладчики Съезда Фельдман и Перкель, Эфрон и Гржебин, Минскер, Кричевский, Попов и Соринсон, Петров и Захарьевская и мн. др. единогласно высказывались в пользу важности liquor-диагностики. При всем том, однако, метод этот до сих пор применяется у нас почти исключительно в клинических учреждениях и по тем или иным соображениям является недоступным для массы врачей.

Причины, почему этот метод не приобрел широкого практического применения, заключаются, во-первых, в том, что значительная часть врачей,—как сифилидологов, так и невропатологов,—незнакомы с техникой люмбальной пункции, во-вторых,—в том, что пункция эта в некоторых случаях является причиной побочных явлений, иногда довольно тяжелых. Если первая причина легко устранима, так как научиться делать поясничный прокол очень легко (на технике его я останавливаться не буду, так как она подробно изложена в недавно вышедшем моем руководстве „Исследование спинномозговой жидкости при сифилисе“), то вторая причина не всегда устранима, и в определенном проценте случаев нам приходится встречаться с побочными явлениями. Что касается их причины, то на основании данных Siard'a, Pagnier, Jacobaeus'a и Frumerie, Gennerich'a, Baruch'a на первый план здесь выступает гипотеза „Stichkanaldrainage“, объясняющая побочные явления утечкой спинной жидкости через отверстие, сделанное пункционной иглой; эта гипотеза в настоящее время имеет наибольшее число сторонников.

*) Доложено на I Поволжском Съезде Венерологов в сентябре 1926 года.

Практически нас особенно интересует вопрос о частоте побочных явлений после пункций. Как это показали наблюдения мои и Эфрона (600 пункций), процент этот равняется 20, причем на долю более тяжелых осложнений приходится только около 3%. Эти данные в общем совпадают с данными Dreifus'a, у которого пункции прошли без всяких побочных явлений в 87%, дали легкие явления—в 8%, средние—в 4% и тяжелые—в 1%. Мои наблюдения за последний год (около 100 пункций) дали приблизительно такие же цифры, а именно, процент тяжелых побочных явлений равнялся у меня 3, средних—8, легких—10.

Профилактические меры против этих осложнений подробно приведены в моем руководстве, и я здесь укажу лишь на те мероприятия, которые связаны с гипотезой Stichkanal drainage: 1) во избежание истечения жидкости рекомендуется после пункции в течение 3 часов лежать вниз лицом; 2) нельзя удалять больших количеств спинномозговой жидкости; 3) для пункции надо употреблять по возможности тонкую иглу.

За последнее время в Германии для люмбальной пункции употребляется т. наз. Wechselmann'овская игла*), которая, по W., имеет некоторые преимущества в том отношении, что оставляет после себя очень маленькое отверстие; однако она имеет и свои недостатки, а именно, она слишком тонка и, благодаря этому, во-первых, она ломка, во-вторых, оперируя ею, трудно изменить принятое сразу направление иглы, в-третьих, жидкость вытекает через нее слишком медленно, в-четвертых, наконец, применяя ее, нельзя измерить давления. Мы далеки от мысли рекомендовать и Bier'овскую иглу, так как она безусловно толста, но мы с успехом применяем иглу, изготовленную Leitz'ом, под № 9627, толщиной в 0,8 мм.

В общем относительно осложнений при пункции можно сказать что, если соблюдать при последней тщательную чистоту и необходимые профилактические меры, мы в состоянии весьма значительно понизить % побочных явлений. Что касается смертных случаев, то они встречаются после пункции настолько редко, что едва-ли вследствие их мы должны отказаться от данного метода. Ведь и вливания неосальварсана иногда кончаются летально, но это не значит, что мы не должны их применять. И при хлороформировании иногда бывают смертные случаи, однако это не побуждает современных хирургов совершенно отказаться от хлороформа.

Практически весьма важно, далее, выяснить, принимая во внимание очень большое количество предложенных для liquor-диагностики реакций, какие из них наиболее пригодны. В свое время я и Минскер указали, что наиболее целесообразным нужно признать применение для практических целей 4-х реакций Nonne, которые кстати и легко выполнимы, и для производства которых совершенно достаточно 6 куб. сант. спинномозговой жидкости.

После этих предварительных сведений перейдем к оценке тех клинических данных, которые мы можем получить путем поясничных проколов. Frühwald, Mucha и Satke, Pappenheim, Эфрон,

*) Сначала вводится снабженная мандреном толстая игла в 4—8 см. длиною и с просветом 0,7 мм., игла эта прокалывает все ткани до lig. flavum, затем мандрен извлекается, и вместо него вставляется другая игла, более тонкая, но за то более длинная, которая прокалывает lig. flavum и твердую мозговую оболочку.

Гржебин и мн. другие указывают, что изменения в спинной жидкости при lues'e могут появиться уже очень рано, гораздо раньше, чем это можно было-бы даже предположить, а именно, в стадии серонегативного шанкра. Правда, наряду с авторами, обнаружившими эти изменения в liquor'e, имеются авторы, которые не могли установить их в стадии серонегативного шанкра. Базируясь, кроме литературных данных, и на своих наблюдениях, мы полагаем, что, хотя и при серонегативном шанкре могут встречаться изменения в liquor'e, однако эти изменения встречаются очень редко,—в пределах приблизительно от 0 до 10%; обычно они очень незначительны и характеризуются главным образом наличием слабого плеоцитоза.

Обращаясь затем к изучению liquor'a в стадии вторичных высыпаний, как свежих, так и рецидивных, приходится констатировать прежде всего, что здесь изменения спинномозговой жидкости встречаются, вообще говоря, значительно чаще, и нарастание процента положительных результатов можно заметить уже в стадии сероположительного склероза. % положительных результатов в этой стадии по разным авторам довольно разнообразен, колеблясь в пределах от 10 до 60%. Мои наблюдения за последний год показали, что этот процент равен 25, что вполне совпадает с прежними наблюдениями Эфрона и моими. Некоторые разногласия можно встретить и в отношении того, когда изменения эти встречаются чаще,—в стадии-ли гематогенных высыпаний, или в стадии рецидивных. Во всяком случае несомненно одно, что % положительных результатов во вторичном периоде сравнительно с первичным сильно возрастает, будучи особенно высок в конце 1-го и в начале 2-го года болезни. Кроме того, изменения liquor'a во вторичном периоде значительно разнятся от изменений при первичном склерозе и по своему качеству,—здесь встречается не только цитоз, но и другие реакции, причем все эти реакции достигают значительной силы. Между прочим замечено, что в стадии гематогенных высыпаний плеоцитоз встречается чаще, чем глобулиновые и коллоидные реакции, и что все эти реакции одинаково часто встречаются в стадии локальных высыпаний.

Мы позволим себе остановиться здесь еще на одном весьма интересном факте. Как известно, в свое время было обращено внимание (Gennerich, Gärtner, Cyranka, Schou), что при исследовании liquor'a у сифилитиков с явлениями лейкодермы и алопеции процент положительных результатов является значительно повышенным. Если обратиться к цифрам отдельных авторов, то мы увидим, что у Mucha и Satke процент этот колеблется между 33 и 36, у Lanartoviez'a равен 8,5, у Hoffmann'a—35, у Gennerich'a, Schou и Gärtner'a доходит до 60, у меня и Эфрона при лейкодерме равняется 40, при алопеции—10. Отсюда можно считать указания некоторых авторов (Богданов)¹⁾, что плешивость и лейкодерма—явления, которые сопровождаются „почти как правило, патологическими изменениями liquor'a“, очень рискованными и не соответствующими действительности.

Центр внимания при изучении свойств патологического liquor'a должен быть уделен тем изменениям, которые мы обнаруживаем при исследовании его в латентном периоде lues'a, так как именно здесь

¹⁾ Р. В. Д., 1926, № 6, стр. 530.

чаще, чем когда-либо, мы можем встретиться с положительным liquor'ом при отрицательной крови. Характеризуя изменения liquor'a при латентном сифилисе, необходимо указать, что патологический liquor здесь в общем встречается значительно реже, чем во вторичном периоде. Тем не менее изменения эти заслуживают здесь сугубого внимания в виду их тяжелого прогностического значения, — они только под влиянием особенно-энергичной терапии переходят в норму. Весьма характерным для этих изменений является еще то обстоятельство, что здесь чаще, чем в других периодах, встречается положительная R. W., — я-бы сказал, единственная, пожалуй, из реакций, претендующих на специфичность. Все вышеизложенное вполне подтверждается данными Hoffmann'a, Altman'a, Dreifus'a и др., а также наблюдениями Эфрона и моими. В течение последнего года, испытывая liquor у латентных сифилитиков, мы получили положительные результаты из 24 случаев в 6, причем все это были старые латентики, проделавшие в прошлом лишь очень незначительное лечение в виде либо неполного курса ин'екций, либо неполного курса втираний.

Если мы подведем итоги тому, что было сказано об исследовании liquor'a в латентной стадии lues'a, то увидим, что — именно та стадия, где пункция особенно необходима, так как именно здесь при видимом благополучии больного liquor может оказаться измененным, и так как здесь обычно и бывают самые тяжелые в прогностическом отношении изменения liquor'a, которые лишь под влиянием особенно-энергичной терапии переходят в норму. Особенно серьезное значение имеет положительный liquor при отрицательной крови.

Небезинтересны и те наблюдения, которые были произведены при исследовании спинномозговой жидкости в случаях третичного сифилиса. Исследованию этому ранее уделялось очень мало внимания, так как укоренилось мнение, будто комбинация третичных проявлений сифилиса с поражением центральной нервной системы представляет собою большую редкость. Однако при более внимательном изучении целому ряду авторов (Finger и Kyrle, Arzt и Fuchs, Kaga wa, Эфрон и Гржебин, Фельдман, Walther и др.) удалось подметить, что в определенном проценте случаев и при lues III могут встречаться изменения в спинальной жидкости, каковые изменения не так уже незначительны, причем % положительных результатов колеблется, по данным отдельных авторов, в пределах от 14% до 48% (наблюдения Эфрона и мои на матерьяле Г. В. И. показали, что мы встречаемся с изменениями в liquor'e при третичном сифилисе в 16,5%). Таким образом мы здесь наталкиваемся на довольно резкое противоречие: с одной стороны целый ряд авторов (Erb, Hoffmann и др.), придающих большое значение биологической роли кожи в выработке защитных сил организма, указывает, что, благодаря этому, комбинация кожных проявлений сифилиса с явлениями тертиаризма очень редка, с другой нам приходится констатировать факт наличия довольно большого процента положительных результатов исследования liquor'a при третичном сифилисе. Здесь кстати я должен отметить, что мои дальнейшие наблюдения в отношении изучения liquor'a у третичных сифилитиков совершенно неожиданно для меня дали результаты противоположные тем, какие я получил первоначально, — я ни в одном случае (из 30) не наблюдал положительного результата. Будем

надеяться, что дальнейшие наши наблюдения, помогут нам разобраться в этом чрезвычайно интересном вопросе.

Так или иначе, но и в третичном периоде сифилиса нам приходится сталкиваться с изменениями в liquor'e, причем здесь нам довольно часто приходится наблюдать положительную R. W., которая, как известно, в прогностическом отношении имеет гораздо большее значение, чем, напр., плеоцитоз во второй стадии. Все это в известной степени дает нам право считать, что при третичном сифилисе, в точно установленное для этого время необходимо производить люмбальную пункцию.

На тех результатах, которые получаются при исследовании спинной жидкости в случаях поражения центральной нервной системы, мы останавливаться не будем, так как в настоящее время в нашу задачу входит главным образом определение профилактического значения исследования спинномозговой жидкости. Мы прямо перейдем поэтому к самой главной части нашего сообщения, — к вопросу о том, когда нужно производить люмбальную пункцию?

Если обратиться к литературе, то мы увидим, что по некоторым авторам (напр., Leiberg'y) пункция в первый раз должна быть производима в стадии локальных высыпаний. Fordice считает необходимым многократное исследование liquor'a. Dreifus полагает, что пункцию необходимо производить после того, как лечение сифилиса может считаться совершенно законченным. Goldscheider и Witgenstein рекомендуют делать первую пункцию через 3 месяца после полного окончания лечения, затем повторять ее через 12 месяцев и через 2½ года. Finger и Kyrle советуют делать пункцию через 1½—2 года после лечения. Дальше всех идет в этом отношении Ravant, который рекомендует производить пункцию через 3—4 года после болезни, так как к этому времени все, что должно было пройти, уже прошло. Из сказанного видно, что разобраться в этом вопросе не так уж легко. В виду того, что общее количество поясничных проколов, сделанных либо лично мною, либо под моим наблюдением, в общей сложности приближается к 1000, я, мне кажется, также могу позволить себе высказаться по данному предмету.

Мы знаем, что наибольший процент положительных результатов исследования спинномозговой жидкости наблюдается приблизительно к концу первого года болезни. Мы знаем, далее, что эти изменения жидкости, характеризующиеся в первую очередь плеоцитозом, не являются стабильными и под влиянием лечения, а может быть, и без этого последнего переходят в норму. Оттого изменения эти не являются серьезными в прогностическом отношении, а потому и пункция в этот период, на наш взгляд, не дает никаких опорных пунктов для суждения о профилактическом значении указанных изменений. Напротив, изменения, имеющие место в латентном периоде сифилиса, отличаясь вообще сравнительно редкостью, характеризуясь часто положительной R. W. и значительно труднее под влиянием даже энергичной терапии переходя в норму, являются поэтому наиболее подозрительными в смысле наступления в будущем поражения центральной нервной системы, а потому именно это время и является, повидимому, наиболее подходящим для производства первой пункции.

Итак при первичном сифилисе и вторичных высыпаниях изменения liquor'a нестойки и прогностического значения потому не имеют;

кроме того, в это время все равно, вне зависимости от качества liquor'a, требуется самая энергичная терапия согласно требованиям современной сифилидологии; поэтому в указанные периоды сифилиса производство пункции не является обязательным. Напротив, оно, по нашему мнению, необходимо в стадии латентного сифилиса, после того, как лечение последнего является законченным, причем в случае отрицательных результатов исследования желательны повторение поясничного прокола через 4 года после болезни; если же liquor окажется патологическим, то, конечно, в дальнейшем необходимо бывает систематическое исследование.

В заключение я хотел бы сказать, что, хотя вопрос о liquor-диагностике в смысле детального ее изучения и значительно продвинулся вперед за последнее время, тем не менее многое здесь до сих пор остается неясным, а многое не совсем ясно. Так, напр., еще не выяснено окончательно, каково взаимоотношение между изменениями liquor'a и предшествующим лечением, и, если многие авторы утверждают, что в случаях патологического liquor'a в прошлом обычно не было лечения, или было плохое, то другие, напротив, приводят случаи, когда в прошлом имело место интенсивное лечение, и все же спинная жидкость оказывается измененною.

Далее, мы еще не знаем, кто в будущем будет иметь заболевание центральной нервной системы,—те-ли сифилитики, которые во вторичной стадии болезни имеют изменения в liquor'e, или же на эти изменения нужно смотреть, как на защитную функцию организма, а заболевают как раз те лютики, которые не имеют их. Часто измененный liquor во вторичном периоде, сопровождающий обильные кожные высыпания, и почти полное отсутствие кожных проявлений в прошлом у парасифилитиков как будто подтверждают защитную функцию кожи.

Далее, мы не знаем, кто из больных в латентном периоде даст больший процент положительных результатов исследования liquor'a,—те-ли, которые имели патологический liquor во вторичном периоде, или те, у кого он был нормален. Мы не знаем, наконец, обязательно-ли латентные сифилитики, имеющие измененный liquor, являются кандидатами в прогрессивные паралитики, и можно-ли быть уверенным, что человек, не имевший патологического liquor'a, застрахован от прогрессивного паралича. Небезинтересным является и вопрос, почему при прочих равных условиях мы в одних случаях имеем большой % положительных результатов исследования liquor'a в третичном периоде, в других же случаях он почти равняется нулю. Во всех этих вопросах до сих пор еще есть очень много неясного, и для разрешения их требуются длительное наблюдение и систематическое исследование liquor'a в условиях клинической обстановки. Для практических же целей можно считать достаточно обоснованными следующие выводы, касающиеся liquor-диагностики:

1. Важность исследования спинномозговой жидкости при сифилисе в настоящее время не подлежит никакому сомнению.
2. Побочные явления после пункции наступают в среднем не больше, чем в 20%, в том числе более тяжелые—не чаще, чем в 3%.
3. Побочные явления после пункции почти как правило в течение 3—4 дней проходят, не оставляя никакого следа, а потому не должны служить препятствием для ее производства.

4. Для практических целей вполне достаточны к тому же легко выполнимые „4 реакции Nonne“ (pleocytosis, R. Nonne, R. W. liquor'a и R. W. крови).

5. Изменения liquor'a при сифилисе могут наблюдаться уже в стадии серонегативного шанкра, но здесь они очень редки и незначительны; вместе с появлением положительной R. W. в крови возрастает процент положительных результатов и в liquor'e, причем особенно высок бывает процент положительных результатов реакции во вторичном периоде; в латентном периоде % положительных результатов понижается.

6. Ранние изменения чаще характеризуются наличием плеоцитоза, более поздние — наличием глобулиновых проб и положительной R. W.

7. Ранние изменения быстро исчезают под влиянием лечения, поздние переходят в норму только под влиянием энергичной терапии.

8. В первичном и вторичном стадиях сифилиса терапия последнего вне зависимости от состояния liquor'a должна быть энергичной, а потому в этих стадиях поясничный прокол можно считать необязательным.

9. Наиболее серьезное значение в прогностическом отношении, в смысле профилактики neurolues'a, имеют, повидимому, изменения, наблюдаемые в liquor'e в латентном периоде; весьма вероятно, что эти изменения представляют собою симптом затронутости центральной нервной системы, почему этот стадий и является наиболее подходящим для пункции.

10. Производить поясничный прокол в первый раз следует лишь после того, как лечение сифилиса вообще может считаться законченным. В случае, если реакции liquor'a при этом окажутся отрицательными, весьма желательно повторение пункции через 4 года (R a v a n t); если же liquor дает положительные реакции, необходим в дальнейшем систематический контроль его.

11. В виду того, что в учении о liquor-диагностике имеется еще много неясного, необходимо дальнейшее изучение данного вопроса.

Prof. S. N. Grschebin (Smolensk). Liquordiagnostik und ihre Rolle in der Prophylaxe der Neurolues.

An der Wichtigkeit der Untersuchung der Lumbalflüssigkeit von Syphilitikern wird nach dem Verfasser heutzutage nicht mehr gezweifelt. Die Nebenwirkungen der Punktion werden im Mittel nicht öfter als in 20% beobachtet, schwerere Erscheinungen nicht öfter als in 3% der Fälle. Diese Erscheinungen verschwinden in der Regel gänzlich im Laufe von 3—4 Tagen, deshalb sollten sie als Gegenanzeige für die Durchführung der Punktion nicht dienen. Für praktische Zwecke ist die Untersuchung der „4 Reaktionen von Nonne“ (Pleocytose, R. Nonne, RW der Liquors und RW des Blutes) vollständig genügend. Veränderungen des Liquors bei Syphilis können Beobachtungen des Autors zufolge schon im Stadium des seronegativen Schankers vorkommen, hier aber sind sie sehr selten und gering; gleichzeitig mit dem Eintreten der positiven RW im Blute erhöht sich das % der positiver Resultate auch im Liquor, wobei diese Zahl besonders hoch in der Secundärperiode ist; in der latenten

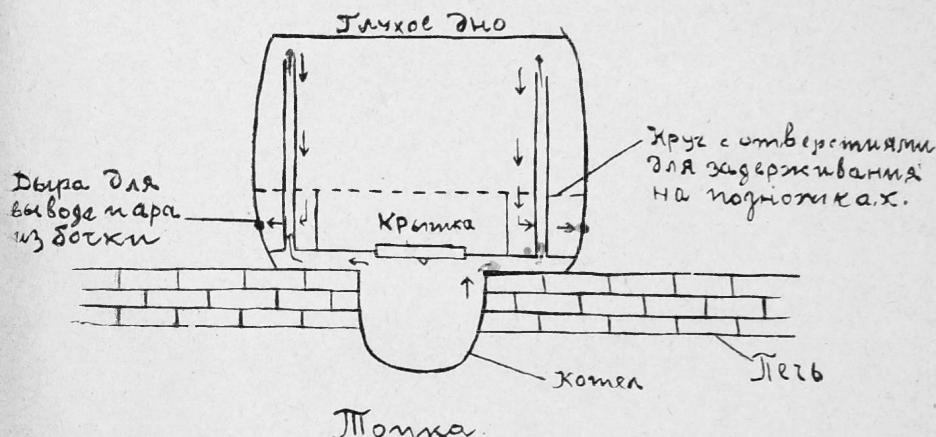
Periode erniedrigt sie sich. Früh auftretende Veränderungen der Lumbalflüssigkeit bei Lues werden durch die Pleocytose, spätere—durch die positiven Globulinproben und die positive RW gekennzeichnet; die ersteren verschwinden bald unter dem Einfluss der Therapie, die letzteren dagegen nur unter dem Einfluss einer energischen Behandlung. Im ersten und zweiten Stadium der Syphilis muss die Therapie ungeachtet der Eigenschaften des Liquors energisch sein; deshalb ist in diesen Stadien die Lumbalpunktion nicht unbedingt notwendig. Die grösste prognostische Bedeutung im Sinne der Prophylaxe der Neurolues haben wohl die Veränderungen des Liquors, welche in der latenten Periode beobachtet werden; höchst wahrscheinlich sind diese Veränderungen ein Zeichen dafür, dass das Zentralnervensystem vom Process betroffen ist; in diesem Stadium ist daher die Punktion mehr am Platze. Das erste mal soll die Punktion erst nach Beendigung der Syphilisbehandlung ausgeführt werden. Fällt das Resultat der Liquoruntersuchung negativ aus, so ist die Punktion nach 4 Jahren zu wiederholen; bei positivem Resultat ist des weiter eine systematische Kontrolle des Liquors notwendig.

Моя дезинфекционная камера.

Врача П. Гаврилова (Арский кантон Т.Р.).

(С рис.).

Врачам, работающим особенно в захолустных местах, где при больницах нет никаких приспособлений для дезинфекции одежды, белья и постельных принадлежностей и вместе нет средств для приобретения дорого стоящих и громоздких для перевозки дезинфекционных камер, но где, между тем, нужда в дезинфекции остро ощущается, я предлагаю простое приспособление для дезинфекции, устройство которого выполнимо в любом месте с небольшими затратами. Приспособление это я с успехом применял в свою бытность земским врачом в Вологодской губернии, в сводном госпитале во время Германской войны и в особенности во время гражданской войны, при эпидемиях сыпного и возвратного тифов и холеры, в участковых больницах.



Дезинфекционная камера в поперечном разрезе.

Для устройства предлагаемой мной дезинфекционной камеры нужно иметь чугунный котел ведра на 4—6, какой найдется, конечно, в любом месте, бочку, напр., из-под керосина и несколько сот кирпичей. Бочку надо особенным образом приспособить, чтобы она отвечала тем физическим требованиям, какие предъявляются стерилизатору текущим паром без повышенного давления в хирургии. Пар должен просквозить подлежащий стерилизации материал так, чтобы не осталось „мертвых“ мест, куда-бы он не имел доступа. Так как воздух тяжелее пара, то опасность получить такие „мертвые“ пространства имеется в особенности внизу стерилизатора, где может остаться воздух, не вытесненный паром. Хотя этот воздух здесь и нагреется до температуры пара, но этого будет недостаточно, так как для стерилизации нагретым воздухом нужна гораздо более высокая температура, чем температура водяного пара. Поэтому стерилизатору надо придать такое устройство, чтобы пар, войдя в него сверху и просквозив стерилизуемый материал, имел выход в нижней части стерилизатора и тем самым выгнал воздух из всей камеры последнего.

По этому принципу и устроена предлагаемая мной дезинфекционная камера. В одном из днищ бочки (см. рис.) проделывается в сере-

дине отверстие такой величины, чтобы через него можно было просунуть внутрь обычную одежду, одеяла и т. д. Отверстие это, однако, не должно быть чрезмерно большим.—надобно, чтобы оставшиеся части днища все же крепко держались. После того, как подлежащий стерилизации материал будет помещен в бочку, отверстие плотно закрывается крышкой. Сквозь это же дно, где находится отверстие, вдоль стенок бочки пропускаются 4 металлических трубки, вроде водопроводных, с открытыми концами, которые немного не доходят до другого дна и укрепляются тем или иным способом. Если таких металлических трубок достать не удастся, то вдоль стенок бочки, вместо трубок, можно пропустить сквозь дно жестяные или деревянные желоба, которые, упираясь в стенки бочки, образовали-бы четырехугольные каналы, немного не доходящие до другого дна. Трубки или каналы эти служат для пропуска пара из котла внутрь бочки. В стенках последней у того дна, в котором имеется отверстие для вкладывания материала, просверливаются между трубками или каналами четыре дыры для выхода пара. Котел вмазывается в кирпичную печь, врытую, для удобства работы, в землю настолько, чтобы верхняя часть котла и верхняя поверхность печи были на одном уровне с почвой. Вокруг котла кирпичная кладка делается так, чтобы бочка могла свободно устанавливаться на ней краями дна. Очень практично верхнюю поверхность печи вокруг котла покрыть жестью, а то случается, что пар пробивает между кирпичами ход в тонку и вместо того, чтобы пойти в бочку, проникает в эту последнюю. Печь устраивается на дворе под каким-нибудь навесом, чтобы можно было работать и в ненастную погоду. Бочка ставится над котлом тем дном, в котором проделано отверстие для вкладывания материала и сквозь которое пропущены трубки или каналы, причем она опирается краями дна в кирпичную кладку вокруг котла. Чтобы пар из котла не проникал между краями дна и кирпичной кладкой, не заходя в бочку, вокруг последней на кирпичную кладку насыпается песок или земля.

Ход пара ясен из приводимого рисунка: из котла, ударяясь в закрытое крышкой дно, пар должен идти по трубкам или каналам; поднявшись по ним в верхнюю часть бочки и встретив здесь глухое верхнее дно последней, пар устремляется вниз, проходит через дезинфецируемый материал, доходит до нижнего дна бочки и выходит из нее через дыры у нижнего дна наружу. Чтобы подлежащая дезинфекции одежда и пр. не занимала нижних частей бочки, где могут образоваться „мертвые“ пространства, к стенкам бочки или приделываются поперечные перекладины, ниже которых не опускалась-бы одежда, или на нижнее дно ставится деревянный круг на ножках, с просверленными в нем многочисленными дырами. Чтобы пар легче проник через подлежащий стерилизации материал, последний укладывается в камеру по возможности рыхло. Кожаной обуви и меховой одежды в описанном приборе дезинфецировать, конечно, нельзя, так как пар их непоправимо скоробит.

L'auteur propose la construction simple pour la désinfection des habis et du linge par la vapeur courante. Elle se compose de la chaudière et du tonneau. Le dessin demonstre la marche de la vapeur.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из Отделения Экспер. Биологии и Медицины (зав. проф. А. А. Крон-товский) Киевского Бактериологического Института.

Изучение туберкулезного бугорка при помощи тканевых культур.

Н. И. Вылегжанина (Казань).

В последнее время были сделаны интересные попытки изучить взаимодействие между тканевыми элементами и туберкулезными палочками с помощью метода тканевых культур. Целью этих работ, опубликованных главным образом в американской, отчасти в немецкой и русской медицинской печати, было выяснение спорных и темных вопросов о гистогенезе клеточных элементов, составляющих туберкулезный бугорок. Как известно, в этой области до последнего времени существуют значительные расхождения между взглядами отдельных исследователей. Даже в проблеме гистогенеза эпителиоидных клеток бугорка, которым Максимов придает центральное значение, с первых лет изучения морфологии туберкулезных поражений существует много противоречивых мнений: в то время, как Conheim, R. Koch, Мечников и др. приписывали этим клеткам исключительно гэматогенное лейкоцитарное происхождение, другие, как Baumgarten и Orth, рассматривали их только, как потомков фиксированных местных тканевых элементов. Исследования последнего времени, во первых, сгладили исключительность обоих взглядов, а во-вторых, более детально выяснили участие отдельных клеточных элементов в этом процессе.

Еще в девятисотых годах Максимов, изучая неспецифические формы воспаления, высказал взгляд, что эпителиоидные клетки бугорка представляют просто специальный тип полибластов; этим самым он приписывал им отчасти гэматогенное происхождение—из моноцитов и лимфоцитов, а отчасти местное—из блуждающих клеток соединительной ткани. Другие авторы, изучавшие этот вопрос в последнее время, приписывали различным тканевым элементам способность превращаться в эпителиоидные клетки: для соединительной ткани—фибробластам, в легочной паренхиме—альвеолярному эпителию и эндотелию капилляров, с возникновением же учения о ретикуло-эндотелиальной системе было обнаружено много фактов, говорящих за видное участие в этом процессе клеточных ее элементов.

В отношении происхождения гигантских клеток определенно признано, что единственным источником их являются эпителиоидные клетки, но в отношении способа их происхождения существует много неясного, и мнения исследователей противоречивы. Более принято думать, что образование гигантов Langhans'a является результатом amitotического, а в некоторых случаях и mitotического деления ядер без последующего деления гипертрофированной протоплазмы эпителиоидных клеток; меньшим признанием пользуется возможность простого слияния отдельных эпителиоидных клеток для образования гигантских.

Метод тканевых культур, устраняя из опыта все усложняющие влияния, исходящие от окружающих органов и от организма, как целого, а особенно исключая вмешательство гэматогенных элементов, представляется идеальным для разрешения поставленного выше вопроса. Далее, изменения, наблюдаемые в тканевых культурах, могут быть легко изучаемы как непосредственно в живом состоянии, так и после соответствующей гистологической обработки. Кроме того, гистогенез почти всех клеточных элементов, встречающихся в тканевых культурах, служив-

ших для опытов с заражением, давно уже точно известен. Это тоже значительно облегчает разрешение поставленной задачи.

Не останавливаясь подробно на методике, применявшейся различными авторами, мы отметим только, что различными исследователям для приготовления тканевых культур служили следующие органы молодых или взрослых кроликов: лимфатические узлы, селезенка, легкие, большой сальник, межмышечная клетчатка и чистые культуры белых кровяных шариков кролика. Приготовленные из этих органов тканевые культуры заражались туберкулезными палочками, причем Максимов (Chicago) употреблял палочки *t. humanus* двоякого рода: одни с высокой вирулентностью, другие—с низкой вирулентностью и быстрым ростом. Тимофеевский и Беневоленская (Томск) брали для заражения палочки *t. humanus* с малой вирулентностью, но большой токсичностью. Максимов наблюдал, что палочки первого рода слабо росли в среде, служившей для культивирования (плазма с костно-мозговым экстрактом), быстро фагоцитировались и разрушались, так что культура в конце концов самоочищалась; палочки же второго рода росли быстро.

Несмотря на некоторые биологические различия служивших для опытов туберкулезных палочек, а также на их различное поведение в среде, употреблявшейся для культивирования, качественная реакция со стороны клеточных элементов, в общем, всеми авторами описывается одинаково. В первое время в зараженных, как и в обычных (не зараженных) культурах, напр., из лимфатических узлов, наблюдается обильная эмиграция клеток из посаженного кусочка в окружающую среду. И тогда уже можно бывает отметить, что эмигрирующие клетки, главным образом ретикулярные, полибласты, приходя в соприкосновение с туберкулезными палочками, обильно их фагоцитируют. При этом Максимов со стороны фагоцитов отмечает избирательное движение в сторону колоний палочек. При попадании последних внутрь посаженного кусочка происходит поглощение их еще не освободившимися из экскантата ретикулярными клетками. Одновременно с фагоцитозом Максимов отмечает появление митозов в ретикулярных клетках и особенную их гипертрофию, касающуюся главным образом их ядра и клеточного центра. Такое изменение имеет место не только в ретикулярных клетках, фагоцитировавших палочки, но и тех, которые совсем не приходили в соприкосновение с последними. По мнению Максимова это явление обусловлено «специфическим химическим стимулом, образующимся в туберкулезных палочках». Измененные таким образом гипертрофированные ретикулярные клетки Максимов вполне идентифицирует с эпителиоидными клетками бугорков в организме.

Лимфоциты в зараженных культурах, подобно обычным, частично погибают, но большая часть их, по наблюдениям Максимова, принимает активное участие в разыгрывающихся явлениях, а именно, они собираются в местах скопления ретикулярных клеток, гипертрофируются и размножаются, принимая сначала вид полибластов, а затем—эпителиоидных клеток, одинаковых с вышеописанными клетками ретикулярного происхождения. Уже неизменные лимфоциты иногда содержат в своей протоплазме туберкулезные палочки, если же лимфоциты превращаются в полибласты, а затем в ретикулярные клетки, то они начинают интенсивно фагоцитировать. Фагоцитированные различного рода гипертрофированными клетками палочки, по наблюдениям всех авторов, определенно подвергаются внутриклеточному разрушению и перевариванию. На месте их Максимов наблюдал иногда в клетках образование особого пигмента, принимавшего после окраски фуксин-гематоксилин-эозин-азуром золотисто-желтоватый цвет. С другой стороны Максимов описывает *внутриклеточное размножение палочек*, в результате которого клетка целиком может быть ими набита. Несмотря на это, такие клетки часто не проявляют каких-либо признаков некробиоза; наоборот, они могут совершать *интенсивные амебозидные движения и митотически делиться*, причем палочки равномерно распределяются во вновь образованных клетках. Тимофеевский и Беневоленская в таких клетках наблюдали также амитотическое деление. Все эти наблюдения совершенно опровергают старое предположение, что клетки, захватившие туберкулезные палочки, не могут делиться и подвергаются некрозу под влиянием их.

Со стороны вышеописанных клеточных элементов в зараженных культурах наблюдается своеобразная способность собираться в отдельные группы или скопления, что не свойственно элементам обычных культур. Центром таких клеточных скоплений очень часто являются кучки палочек, хотя последнее и необязательно. В культурах нередко можно наблюдать—как в живом состоянии, так и на сре-

зах—подобные скопления клеток в отдалении от палочек. Главную массу этих скоплений составляют эпителиоидные клетки различного происхождения. К ним могут быть примешаны лимфоциты, находящиеся в разных стадиях изменений. Клетки этих скоплений содержат в своей протоплазме различные количества палочек. Такие скопления, по заявлению авторов (Максимов, Тимофеевский и Беневоленская), вполне аналогичны бугоркам, образующимся в животном организме. Аналогия эта еще больше дополняется тем, что в зараженных культурах, как правило, всегда наблюдается образование гигантских клеток типа Langhans'a. Правда, нередко и в незараженных культурах встречается образование гигантских клеток, но там это носит более случайный и менее постоянный характер. Начало образования гигантских клеток Максимов мог наблюдать уже на 4—6-й день после заражения культур палочками. Источником этого служат, по Максиму и Тимофеевскому с Беневоленской, главным образом ретикулярные клетки, подвергшиеся дальнейшим изменениям, превратившиеся в полибласты и эпителиоидные клетки, причем, по Максиму, все три разновидности этих клеток могут непосредственно давать начало гигантским клеткам. Кроме того указанный автор наблюдал еще, что и лимфоциты могут быть источником образования гигантских клеток. Превращение это происходит или после того, как лимфоциты доразвились уже до стадии эпителиоидных клеток, или когда они еще находятся в стадии молодых полибластов. Главным, а по Максиму даже единственным способом происхождения гигантских клеток является *слияние друг с другом отдельных, только что указанных клеток*. Это происходит таким образом, что несколько тесно лежащих клеток, часто окаймляющих кучки бактерий, начинают постепенно терять границы своей протоплазмы и образуют в конце концов одну общую протоплазматическую массу со включенными в ней палочками. По Максиму, после слияния происходит еще внутренняя реорганизация такой клетки, а именно, клеточные центры отдельных клеток сливаются между собой, занимая в тоже время центральную часть новой клетки: ядра перемещаются на периферию, а фагоцитированные палочки располагаются в свободной краевой зоне протоплазмы. После этого клетка принимает типичный вид гигантской Langhans'овской клетки. Тимофеев и Беневоленская указывают, что иногда им приходилось наблюдать и другой способ образования гигантских клеток—образование их через прямое деление ядер без последующего разделения гипертрофированной протоплазмы.

Участие других клеточных элементов (фибробластов и эндотелия) в описанных выше процессах, в общем, невелико. Превращение их в полибласты и эпителиоидные клетки Максимов совершенно отрицает. Им отмечено только со стороны этих элементов возвращение к более недифференцированному эмбриональному состоянию под влиянием туберкулезной инфекции.

Начиная с 7-го дня, в зараженных культурах наблюдаются очаги некрозов, расположенные обычно в центре туберкулезных образований. В таких местах клетки постепенно принимают гомогенный вид и содержат в своей протоплазме различные количества жировых капелек, палочек и пигментных включений. Постепенно ядра таких клеток разрушаются путем кариорецессии или кариолизиса, и участок принимает зернистый вид. Максимов в такие очаговые некрозы вполне отождествляет с казеозным перерождением бугорков в организме.

Прежде, чем остановиться на опытах с тканевыми культурами из легочной паренхимы, нужно отметить, что Lang (из лаборатории Максимова в Chicago), работая над вопросом о гистогенезе респираторного эпителия и альвеолярных фагоцитов, пришел к выводу, что последние по своим морфологическим и функциональным свойствам вполне соответствуют амебодно-подвижным гистиоцитарным элементам других тканей, напр., ретикулярным клеткам лимфоаденоидной ткани. По своему происхождению эти клетки до сих пор считались потомками альвеолярного эпителия. Но последний, по исследованиям Lang'a, происходит из особых клеток, располагающихся главным образом в перегородках альвеол (Septumzellen, Staubzellen Lang'a), а эти последние, как, следовательно, альвеолярный эпителий и свободные фагоциты, должны быть отнесены по своей натуре к элементам ретикуло-эндотелиальной системы. В дальнейшем, для упрощения изложения, мы и будем пользоваться этими данными.

В зараженных туберкулезными палочками тканевых культурах из легочной паренхимы, как показали исследования Lang'a и Тимофеевского с Беневоленской, со стороны Septumzellen и происходящих из них свободных альвеолярных фагоцитов (по Тимофеевскому и Беневоленской—со

стороны альвеолярного эпителия) наблюдаются активные изменения, по существу совершенно аналогичные тем, которые были наблюдаемы в культурах из лимфоаденоидной ткани. Названные клетки, обильно эмигрируя в окружающую плазму, активно фагоцитируют и разрушают туберкулезные палочки, затем гипертрофируются и превращаются в эпителиоидные клетки с образованием подобных бугоркам скоплений и их казеозным распадом. Тимофеевский и Беневоленская в своих культурах наблюдали образование гигантских клеток из эпителиоидных. Все эти изменения касаются равномерно зараженной культуры в целом, вне зависимости, приходят отдельные ее части в соприкосновение с палочками, или нет. Lang, подобно Максимова, объясняет это явление влиянием происходящих из туберкулезных палочек токсинов и продуктов распада, равномерно распространяющихся по всей культуре. Описанные изменения в зараженных культурах легкого Lang считает вполне возможным рассматривать, как продуктивную форму реакции. К этому же порядку он относит превращение части неиспользованных Septumzellen в перегородках сохранившихся альвеол в особую ткань, имеющую характер эмбриональной мезенхимы. Помимо продуктивного типа реакции, Lang часть изменений, наблюдавшихся в его опытах, считает возможным признавать аналогичными эксудативному процессу в легочной паренхиме. В этих случаях просветы сохранившихся альвеол посаженного кусочка были заполняемы крупными, сферическими клетками (exudate-cells), интенсивно фагоцитировавшими палочки. По происхождению они вполне одинаковы с вышеописанными альвеолярными фагоцитами. Кроме всего этого, все авторы отмечают задерживающее влияние туберкулезной инфекции на рост фибробластов в зараженных культурах легкого.

Таким образом, по Lang, в зараженных туберкулезными палочками тканевых культурах из легочной паренхимы наблюдаются такие же два типа реакции (продуктивная и эксудативная), как и в животном организме.

В тканевых культурах из сальника и межмышечной соединительной ткани, подвергавшихся заражению туберкулезными палочками, Максимова получил совершенно одинаковое по существу с вышеописанным развитие процесса, в котором принимали участие только местные тканевые элементы—гистиоциты или, по Максимова, покоющиеся блуждающие клетки.

Все вышеописанные исследования определенно выявляют роль и значение местных тканевых элементов в развитии туберкулезного бугорка. Вместе с тем исследование, главным образом Максимова, показывают, что немалое значение в этом отношении принадлежит лимфоцитам, обладающих скрытой потенцией превращения в амебOIDно-подвижные и фагоцитирующие элементы. Из опытов с заражением туберкулезными палочками чистых культур белых к овальных штриков с особой демонстративностью выявляют значение незрелых лейкоцитов в развитии туберкулезного бугорка. Оказывается, что моноциты и лимфоциты в одинаковой степени подвергаются, под влиянием туберкулезной инфекции, тем же характерным изменениям, которые происходят, при заражении, с ретикулярными клетками лимфоаденоидной ткани или с фагоцитами легочной паренхимы в тканевых культурах. Эти опыты, по мнению Максимова, не оставляют сомнения в том, что моноциты, равно как и лимфоциты, являются источником образования одноядерных фагоцитирующих элементов на поле воспаления вообще и в туберкулезном бугорке в частности. Американские исследователи M. Lewis, H. Willis и W. Lewis, работавшие над этим же вопросом, наблюдали в культурах из белых кровяных шариков превращение моноцитов в эпителиоидные клетки.

Таким образом вышеизложенные исследования дают определенный ответ на вопрос о происхождении эпителиоидных клеток бугорка: источником их являются только элементы ретикуло-эндотелиальной системы, широко разбросанные по всему организму и в зависимости от своего местоположения принимающие различный морфологический вид. В общем, однако, им всем свойственно активно участвовать как в специфических, так и неспецифических воспалительных процессах. И образование туберкулезного бугорка есть только частный случай проявления ими этого свойства. Кроме того, на основании прежних и только что рассмотренных исследований Максимова определенно утверждает, что и лимфоциты, как циркулирующие в крови, так и разбросанные в тканях вне сосудов, обладают способностью превращаться при воспалительных процессах в блуждающие фагоцитирующие элементы, совершенно одинаковые с таковыми же, происходящими из ретикуло-эндотелиальной системы. В подтверждение последнего Максимова указывает на близкое генетическое родство лимфоцитов с элементами ретикуло-

эндотелиальной системы, что он наблюдал в своих специальных исследованиях по данному вопросу. Далее опыты Максимова ясно показали, что клетки, фагоцитировавшие туберкулезные палочки, не только могут не подвергаться некрозу, но могут в этом состоянии размножаться путем митотического деления. Максимовым же в тканевых культурах было отчетливо прослежено образование гигантских клеток путем слияния друг с другом эпителиоидных клеток, или клеток, служащих источником для их происхождения, и таким образом выяснен и этот, прежде бывший спорным, вопрос.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) А. Максимов (Chicago). Tuberculosis of mammalian tissue in vitro. Journ. of Infect. Diseases, v. 34, № 6, 1924.—2) Он же. Role of the nongranular blood leucocytes in the formation of the tubercle. Ib. v. 37, № 5, 1925.—3) Он же. The histogenesis of the tubercle. Trans. of the Twenty-first An. Meeting of the Nat. Tuberc. Assoc., 1925.—4) Lang (Chicago). Ueber Gewebeskulturen d. Lunge. Arch. f. exp. Zellforschung, Bd. II.—5) Он же. The reaction of lung tissue to tuberculosis infection in vitro. Journ. of Inf. Diseases., v. 37, № 5, 1925.—6) M. Lewis. H. Willis a. W. Lewis. The epithelioid cells of tuberculous lesion. Bull. of the j. H. Hosp., v. XXXIV, № 3, 1925.—7) Д. Тимофеевский и С. В. Беневоленская. Опыты эксплантации тканей в среде, содержащей туберкулезные бактерии. Томск, 1925.—8) Они же. Explantationsversuche von weissen Blutkörperchen mit Tuberkelbazillen. Arch. f. exp. Zellforschung, Bd. II, H. 1, 1925.—9) Они же. Zur Frage über die Reaction von Gewebeskulturen auf Tuberkuloseinfektion. Virchow's Archiv, Bd. 255, H. 3.

Рефераты.

а) Физиология.

551. Антагонизм между *pancreas* и щитовидной железой, по опытам и наблюдениям Lundberg'a (Acta med. Scand., vol. LXIV, f. IV—V), несомненно существует. Отсюда есть основание испробовать инсулин, с терапевтической целью, при некоторых заболеваниях щитовидной железы, особенно тех, которые сопровождаются ее гиперфункцией. В. С.

552. Влияние внутренней секреции на вещества, стимулирующие рост организма, изучал Uchida (Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. X). Тканевые культуры (сердце куриного зародыша 8—13 дней) помещались в кровяную плазму нормальной курицы, нормальных кроликов и кроликов, лишенных щитовидной, зубной и половых желез. Измерение роста культур производилось через 24, 48 и 72 часа при помощи специального окулярного микрометра. Сравнение производилось всегда с плазмой одного и того же животного до и после операции. Оказалось, что рост культур в плазме животных, лишенных щитовидной и зубной желез, заметно задерживается. Удаление одной зубной железы оказывает очень слабое влияние на этот рост, а удаление яичников остается совсем без влияния на этот последний. А. Тимофеев.

553. Зависимость фагоцитоза от внутренней секреции изучали Ascher и Abu (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 14/15). Лейкоциты получались из экссудата, вызванного у кролика стерильной инъекцией алейроната, и подвергались действию сывороток различных животных. Оказалось, что удаление щитовидной железы, селезенки, яичников и яичек понижает фагоцитарную способность лейкоцитов. Сильнее всего в этом отношении действует тиреоидэктомия, слабее всего устранение яичек. При одновременном удалении щитовидной железы и яичников или щитовидной железы и селезенки действие оказывается более энергичным, чем при удалении этих органов в отдельности. Этому целлюлярному моменту конституции приписывается авторами более серьезное значение, чем изменениям сыворотки. А. Тимофеев.

6) Общая патология.

554. *Влияние авитаминоза В на печень.* По экспериментальным данным В. С. Зимницкого (Virchow's Arch., Bd. 261, H. 1) при авитаминозе В у голубей мужские половые железы подвергаются, резкой и быстрой атрофии, происходящей за счет жировой дегенерации генеративного эпителия; при этом продукты дегенерации (жир) рассасываются интерстициальной тканью с последующей отдачей их в кровь. Отсюда автор делает вывод, что интерстициальная ткань яичек является их трофическим органом, способным как отдавать вещества клеткам канальцев, так и воспринимать их обратно. Проф. К. Викторов.

555. *К статистике рака.* В Испании, по Gouanes (по реф. Zbl. f. Ch., 1926, № 36), с 1900 по 1907 г. умерло от рака 77,058 человек (33,555 мужчин и 43,513 женщин), причем почти $\frac{1}{4}$ приходится на случаи рака желудка. В Англии с 1901 по 1909 г. умерло от рака и других злокачественных новообразований 21,4% мужчин и 14,2% женщин: из последних 22% от рака матки и 16,8% от рака грудной железы. На 100,000 человек населения приходится раков желудка в Швейцарии 70,4, в Голландии—63,4, в Японии—40, в Шотландии 36, в Уругвае—35,6, в Сев. Америке—29,6 и в Австралии—27,9. По Renaud (Schweizer med. Woch., 1926, № 5—6) в Швейцарии ежегодно умирает от злокачественных новообразований 5,000 человек, а именно, 4,700 от рака и 300 от саркомы, что составляет 1 смерть от рака на 780 жителей или 9% по отношению к общей смертности. М. Фридланд.

556. *Об экспериментальном раке у белых мышей.* М. С. Керопиан (Сб. в память Л. В. Орлова, 1926) путем методического смазывания кожи у белых мышей донецким каменноугольным дегтем мог в 100% достигнуть развития ракового процесса у животных, переживших 100—110-дневное раздражение дегтем. Смазывание это автор производил при помощи стеклянной палочки штрихами, в области спины между лопатками; в первую неделю оно производилось через день, во вторую, третью и четвертую—через 2 дня, с пятой недели до девятой—раз в 4—5 дней, а с десятой недели до наступления канцеризации—раз в 7—8 дней. Развитию ракового процесса предшествует стадия преканкрозного состояния, наступающего у белых мышей после 8—10 методических смазываний дегтем. Действующими канцерогенно ингредиентами дегтя являются высоко-молекулярные углеводороды с температурой кипения выше 200°C. Донецкий каменноугольный деготь вполне пригоден для данной цели. И. Цимхес.

557. *Значение эндокринного фактора в патогенезе злокачественных новообразований.* Пр.-доц. Коган-Ясный (изд. «Научная Мысль», Харьков, 1926), анализируя 2 подробно исследованных клинически и патолого-анатомически случая первичного рака печени и 1 случай общего карциноматоза, в согласии с литературными данными пришел к выводу, что в этиологии злокачественных опухолей, их росте, развитии и метастазировании эндокринный фактор, особенно половые железы и гипофиз, имеют часто существенное значение. Рахлин.

558. *Этиология и терапия рака.* Opitz, Vorländer и Jung (Münch. med. Woch., 1926, № 36), исходя из того факта, что нецивилизованные народы (абиссинцы, негры, кочующие индейцы) не заболевают раком, который, однако, начинает развиваться у них, когда они начинают вести жизнь цивилизованных народов, думают, что причина рака коренится в каких-то условиях жизни, при этом свойственных лишь цивилизованным народам (пища, одежда и пр.). В связи с этим они рекомендуют обращать серьезное внимание на режим раковых больных: у последних должно быть по возможности ограничено потребление поваренной соли и, напротив, повышено потребление веществ, богатых лецитином (мозги); животные жиры в пище этих больных должны быть заменяемы растительными. При лечении рака надо иметь в виду не только уничтожение самого новообразования, но и возбуждение оборонительных сил организма. Именно с этой точки зрения авторы и объясняют целебный эффект при раке рентгеновских и радиевых лучей: они не только умерщвляют опухолевые клетки, но и вызывают какие-то важные изменения во всем организме,—под их действием происходит, напр., повышение возбуждения нервной системы в сторону ваготонии, изменяется крово-

559. *Самопроизвольное излечение рака.* Разобрав опубликованные в литературе случаи спонтанного излечения рака и саркомы, O. Strauss (Deut. med.

Woch., 1926, № 43) приходит к заключению, что, между тем как саркома способна к такому самоизлечению,—при раке последнее не наблюдается, а встречается лишь частичное обратное развитие опухоли, не имеющее значения для конечной судьбы больного. Во всяком случае практически считается с самоизлечением рака нет смысла. В. С.

6) Туберкулез.

560. *Повреждение нервов туберкулезными лимфатическими железами.* По наблюдениям А. Агнштейна (Wiener kl. Woch., 1926, № 41), если у больных с периферическими параличами п. recurrentis и п. phrenici нет ни струмы, ни аневризмы, ни признаков злокачественных новообразований в средостении, то надо подумывать о повреждении названных нервов со стороны бугорчато измененных лимфатических желез. Особенно вероятным является такое предположение, если у больных имеются признаки перенесенного туберкулеза и, особенно, если параличи существуют без изменений годами, не вызывая изменений в общем состоянии больных, а также если в анамнезе последних нет этиологических моментов для развития неврита (дифтерия, тиф etc.). Для дифференциального диагноза между туберкулезом медиастинальных желез и перечисленными выше заболеваниями (особенно раком) разбираемое повреждение нервов служить не может. В. Сергеев.

561. *Применение инсулина при тбс.* Лечение откармливанием путем одной только диеты не всегда достигает цели из-за отсутствия аппетита, как это часто наблюдается у тбс больных. В подобных случаях большую пользу приносит применение инсулина, который, усиливая аппетит, способствует введению больших количеств пищи. Unverricht (Münch. m. W., 1926, № 36) предлагает начинать применение инсулина, у амбулаторных больных, с подкожного введения 5 ед. и, если больной эту дозу хорошо переносит, то ежедневно прибавлять по 5 ед., доходя таким образом до 50 ед. ежедневно; при этом необходимо следить за содержанием сахара в крови и назначать больному до и после инъекции инсулина сахаристые вещества, чтобы избежать наступления гипогликемической реакции. Лучшим показателем успешного применения инсулина является усиление аппетита. Противопоказаниями к этому лечению являются склонность к кровохарканию и менструальный период у женщин. Наиболее подходящими для лечения инсулином являются случаи туберкулеза, протекающие хронически и без повышения t° ; впрочем, редко наблюдающиеся очаговая и температурная реакция, а также установленная более низкая чувствительность к инсулину в случаях активного тбс в сравнении с неактивными формами, делают возможным, по мнению автора, применение инсулина и при активных формах тбс. Непоследнюю роль в успехе лечения инсулином играет психическое влияние этого средства на больного, благодаря быстро наступающему улучшению аппетита. Дайковский.

562. *Применение кварцевой лампы для лечения туберкулезного перитонита.* Проф. Плетнев (Zeit. f. die ges. phys. Ther., Bd. 31, H. 2) на основании своего материала и литературных данных считает кварцевую лампу лучшим средством для лечения экссудативных форм перитонита. Продуктивные формы поддаются такому лечению труднее. Автор отмечает благоприятное действие ультрафиолетовых лучей на общее состояние и на аппетит больных. Я. В. Хорош.

2) Внутренние болезни.

563. *Диететические лечение пернициозной анемии.* Minot и Murphy (Journ. of Am. Med. Ass., 1926, № 7) предлагают обратить более серьезное внимание, чем это было до сих пор, на лечение пернициозной анемии специальной, бедной жирами диетой, состоящей главным образом из большого количества печенки, свежих овощей и фруктов. Почти у всех 45 больных, бывших под их наблюдением и находившихся на этой диете, быстро наступало ослабление анемии с уменьшением желтушного индекса и увеличением числа красных кровяных телец. Так, количество эритроцитов, бывшее к началу диеты равным 1,470,000 в 1 куб. мм. через 4—6 нед. диеты достигало 4,500,000. Одним из самых ранних признаков улучшения, приписываемого авторами исключительно этой диете, было уменьшение поносов: пациенты со склонностью к кишечной диарее уже через несколько дней после начала диеты имели один оформленный стул в день. Р. Зак.

564. *Определение кровяного давления, как способ определения анатомического состояния сердца.* Выслушивая в течение ряда лет сердце и сосуды

во время измерения кровяного давления, Kroschinski (M. m. W., 1926, № 35) обратил внимание на то, что шумы сердца функционального характера при сдавливании предплечья манжеткой теряют характер шума, приближаясь к нормальным тонам, между тем как шумы органического происхождения при этих условиях усиливаются. То же самое относится и к клапанам сосудов. Нечистые тоны, зависящие от недостаточности сосудистого тонуса, становятся при сдавливании манжетки чище и полнее; шумы же, зависящие от расширения или склероза аорты, при этих условиях становятся еще более отчетливыми. Наиболее четко этот феномен воспринимается при выслушивании сердца и сосудов в момент максимального кровяного давления. Метод выслушивания сердца и сосудов во время измерения кровяного давления может быть, таким образом, по мнению автора, использован, как вспомогательное диагностическое средство.

Дайховский.

565. *К лечению бронхильной астмы.* Применяя инъекции Na silicici у больного с открытой формой tbc, страдавшего одновременно типичными приступами бронхильной астмы, Zickgraf (M. m. Woch., 1926, № 36) случайно обратил внимание, что приступы астмы у этого больного в связи с лечением исчезли и в течение 9 месяцев не возобновлялись. Дальнейшее применение этих инъекций в 20 случаях бронхильной астмы дало столь же благоприятные результаты: в некоторых случаях приступы астмы исчезали безвозвратно, в других иногда появлялся легкий приступ, который как по силе, так и по длительности отличался от предыдущих приступов. Автор пользовался инъекциями 1—2 куб. с. 2% раствора Na silicici внутривенно; вначале вводится 0,01, и, если больной хорошо переносит эту дозу, то в последующие разы переходит к дозе 0,02. Курс лечения длится 10—14 недель. В первые 3—4 недели делается 3 инъекции в неделю, в следующие 3—4 недели—по 2 инъекции в неделю и еще через 3—4 недели—по 1 инъекции в неделю. Через 1/4 года автор рекомендует повторить курс лечения. Никаких неприятных ощущений эти инъекции больному не причиняют. Эта терапия, по мнению автора, является каузальной, так как она влияет десенсибилизирующим образом против аллергена, вызывающего приступ бронхильной астмы.

Дайховский.

566. *Желудочные боли при адгезивном плеврите и диафрагмальном перигастрите.* Plaschkes и Weiss (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) нашли, что описанные Ortner'ом, Nace и Rennen'ом желудочные боли при хроническом или зазлеченном слипчивом плеврите,—большую частью туберкулезного происхождения,—встречаются гораздо чаще, чем это до сих пор думали. Передко боли эти дают картину, чрезвычайно напоминающую боль при язве желудка. Рентгеновское исследование в некоторых подобных случаях позволяет констатировать своеобразное изменение формы желудочного дна, каковое изменение зависит от исходящего из плевры фундального перигастрита.

В. Сергеев.

567. *Новое средство для борьбы с тяжелыми легочными кровотечениями.* E. Weidinger (Wiener kl. Woch., 1926, № 41) получил прекрасные результаты от применения при обильных кровохарканиях и легочных кровотечениях стрифноина, синтетически полученного вещества, представляющего химически предварительную ступень адреналина. Средство это, выпущенное одной венской фармацевтической фабрикой в виде раствора, в ампулах, вводится внутривенно. Напротив, автор настоятельно предостерегает против применения практикующихся некоторыми врачами при легочных кровотечениях впрыскиваний морфия.

В. Сергеев.

568. *К вопросу об anaciditas.* Jarno (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 3/4) на основании большого клинического материала приходит к заключению, что hyperaciditas сопровождается уменьшенным содержанием холестерина в крови, а anaciditas, наоборот, повышенным. Сальваид,—препарат, содержащий много холестерина,—повышает содержание холестерина в крови и вместе с тем понижает кислотность желудочного содержимого.

А. Миркин.

569. *Хлорообмен при секреторных расстройствах желудка.* Holler и Blösch (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 5—6) предлагают двойную методику исследования функции желудка, мало отличающуюся от методики Kalk'a и Katsch'a. С промежутокм в один или два дня производится фракционное исследование желудочного содержимого—первый раз с водой, второй раз с кофеиновым завтраком. Гипацидные и гиперацидные желудки ведут себя по отношению к кофеиновому завтраку различно: в первом случае количество хлори-

дов и кислотность после кофеинового завтрака, сравнительно с водяной пробой, бывают или увеличены, или уменьшены, что говорит за повышенную или пониженную реактивную способность желудочных желез; гиперацидные желудки после кофеинового завтрака дают, в сравнении с водяной пробой, более низкие цифры количества хлоридов и кислотности, что заставляет думать о плохой работе железистого аппарата у гиперацидных. Вышеописанный метод позволяет различать тонкие нюансы работы желудочных желез. Как стандартные цифры, Holler и Birsch предлагают брать цифры после водяной пробы. А. Миркин.

570. *Своеобразная болезнь печени.* Edelmann (Wiener kl. Woch., 1926, № 43) наблюдал целый ряд случаев, где имел место своеобразный симптомокомплекс, слагавшийся из желтой окраски кожи (xanthomatosis cutis), резко выраженной гиперхолестеринемии при отсутствии содержания билирубина, отчетливой гипертонии, увеличения и болезненности печени, расстройств пищеварения, болей в суставах, общей слабости и нейрастенических явлений. Автор полагает, что имел здесь дело со специфическим заболеванием печени. Наблюдалось оно преимущественно у мужчин в 35—35 лет, но встречалось и у женщин. В. С.

г) Хирургия.

571. *Новое средство для ускорения образования костной мозоли при вяло заживающих переломах.* Таковым является ossophyt (Na glykokolphosphoricum), изготовляемый фирмой Boehringer в Мангейме. Düker (Zent. f. Chir., 1926, № 36) сообщает о двух случаях перелома нижних конечностей, где после 8-ми и 4-недельного безуспешного лечения гипсовой повязкой очень быстро помогли инъекции 4% водного раствора ossophyta в окружность перелома, производившиеся в количестве 10,0 раствора в неделю (в 1 или 2 приема). М. Фридланд.

572. *Жировая эмболия*, на основании обзора этого вопроса с современной точки зрения, по Landois (Deut. med. Woch., 1926, № 7), чаще всего наблюдается в возрасте 20—50 лет, вследствие обилия в этом возрасте в костном мозгу жидких жирных кислот. Достаточно 30—40 грамм жира, чтобы наступила смертельная эмболия. Задержавшись более или менее долгое время в капиллярах легкого, жидкий жир (если больной переживает острый период эмболии) распространяется большим кругом кровообращения по всем органам, вызывая в них иногда тяжелые поражения, напр., кровоизлияния и размягчение в мозгу. Диагностически особенно показательно констатирование жира в моче. Главнейшими причинными моментами жировой эмболии являются костные переломы, ортопедические операции, подкожные и, в особенности, внутривенные инъекции с терапевтической целью различных масел (эвкалиптового, камфарного и т. п.). Лучшим лечебным мероприятием при эмболии является обильное кровопускание из плечевой вены с последующим введением под кожу 2 литров физиологического раствора. М. Фридланд.

573. *Хирургическое лечение инвагинаций* у детей в возрасте от 2 мес до 2 лет произвел с 1908 по 1926 г. в 40 случаях Suermondt (Nederl. Tijdschrift v. Geneesk., I, 15, 1926; по реф. в Zent. f. Chir. 1926, № 37). Общая смертность 37,5%, 16 случаев было оперировано в течение первых 24 часов, причем смертность была равна 6,3%; 10 случаев—позже 24 часов, смертность 20%; 2 случая—через 36 часов, смертность 50%; 7 случаев—через 48 часов, смертность 86%; 5 случаев—через 3 суток, смертность 100%. Вывод ясен: необходимо самое раннее оперирование. При ileocecal'ных инвагинациях показана дезинвагинация с аппендикоэкsectией, при ileoileal'ных или colonocolon-инвагинациях показана одна дезинвагинация. М. Фридланд.

574. *Мышечно-фасциальный шов при оперативном лечении грыж.* Koontz (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) произвел гистологическое исследование тех слоев, которые соединяются обычно при оперативном лечении паховых и бедренных грыж, т. е. апоневротического и мышечного. Исследование это убедило его, что в соединении мышц с фасцией главную роль играют фиброзные составные части первой, т. е. эпимизий, перимизий и эндомизий: именно от интимности контакта этих частей с фасцией и зависит прочность сращения мышц и фасций. Поэтому перед сшиванием их необходимо позаботиться, чтобы те и другие были предварительно очищены от ареоларной ткани. М. Чалусов.

575. *К оперативному удалению рака языка.* З. Н. Рыбкина (Сб. в память проф. Л. В. Орлова, 1926) полагает, что фаринготомия по K ö p f l e i n - Орлову делает доступ к корню языка совершенно свободным и позволяет производить, при раковом его поражении, обширное удаление органов и тканей подчелюстной и верхней частей боковой шейной области одной стороны вместе с полным удалением языка. Представляя, по автору, ряд преимуществ перед другими операциями подобного типа, она должна быть предпочитаема им, как более анатомичная и менее травмирующая. *Н. Цимхес.*

576. *К лечению пилороспазма.* Н. А. Алфеев (Сб. в память проф. Л. В. Орлова, 1926) приводит 15 случаев пилороспазма, с блестящим успехом леченных пилоропластикой, причем последняя производилась частью под общим хлороформным наркозом, частью под местной анестезией по B r a u n 'у. Смертность при экстрамукозной пилоропластике равна 0. *Н. Цимхес.*

577. *О метастазах струмы.* Dreesmann (Med. Klin., 1925, № 50) сообщает об исключительном случае метастаза доброкачественной струмы. Дело шло о 30-летней женщине, которая в течение 2 лет страдала струмой, не вызывавшей никаких расстройств. После родов зоб начал несколько увеличиваться, и, кроме того, больная заметила опухоль в правой лобной области величиной с орех, тесно спаянную с костью. Опухоль в два приема (вследствие сильного кровотечения) была удалена вместе с костью и твердой мозговой оболочкой, после чего через несколько месяцев была сделана и струмэктомия. Тщательное микроскопическое исследование удаленного зоба дало картину быстро растущего коллоидного зоба, который в отдельных местах дал железоподобные отростки. Метастаз на лбу по своему микроскопическому строению представлял аденоматозную струму без атипического разрастания эпителия. На основании микроскопического исследования автор считает описанную опухоль на лбу метастазом не рака щитовидной железы, а обыкновенной доброкачественной струмы. *Л. Ратнер.*

578. *Пред-и послеоперационное лечение базедовой болезни иодом.* N i s o - l a y s e n (Deut. m. Woch., 1926, № 16) разочаровался в обычных методах предоперационного лечения базедовой болезни. Он отвергает и покойное положение, и предварительную перевязку сосудов, и рентгенотерапию, советуя вместо этих мер применять до-и послеоперационное лечение иодом. Последний, по его мнению, действует верно и быстро, не вызывая, в противоположность рентгену, сращений вокруг щитовидной железы. Но такое благоприятное действие иода автор наблюдал только при т. наз. первичной форме базедовой болезни, на вторичную же форму иодистая терапия влияет гораздо слабее. Применяется иод в течение 2—3 недель перед операцией и некоторое время после нее. Обычная доза—30 капель раствора L u g o l 'а в день. Иод, по наблюдениям автора, улучшает у больных обмен веществ, и, что еще важнее, смягчает обычно тяжелую послеоперационную реакцию; но в то же время он не в состоянии ни повлиять на расстроенную сердечно-сосудистую систему базедовиков, ни спасти их от смерти в случае наличия thymus persistens. Лично автор испытал хорошее действие иода только на 6 больных. *Л. Ратнер.*

579. *О лечении послеоперационных бронхитов и пневмоний аутогемотерапией по способу V o r s c h ü t z 'a.* V o r s c h ü t z (Deut. Zeit. f. Chir., томы 183 и 184) еще в 1923 г. сообщил о своем способе лечения послеоперационных пневмоний впрыскиванием собственной крови больных. По его предложению не встретило большого отклика в печати и, видимо, нашло мало последователей; почему статья G r a s e r 'a (Zentr. f. Chir., 1925, № 45), горячо рекомендующая этот метод и опирающаяся на большое число наблюдений, заслуживает большого внимания практикеских врачей. Техника инъекций очень проста и знакома каждому врачу. Количество вводимой крови, по G r a s e r 'у, должно быть не менее 40 куб. сант. Вливание лучше всего начинать в первый же день при повышении температуры и при появлении других симптомов бронхита или пневмонии, но оно действительно и в последующие дни. За исключением одного больного во всех остальных 60 случаях автора (аутогемотерапия применялась после больших брюшных операций, главным образом в верхней половине живота) способ V o r s c h ü t z 'a действовал без осечки, причем уже на следующий день после вливания G. наблюдал падение температуры и исчезновение всех сопутствующих явлений,—отека лица, одышки, учащения пульса, головной боли и пр. Объективные изменения со стороны легких и грудной клетки, как притушение, бронхиальное дыхание и хрипы, дер-

жались обычно значительно дольше. Суть действия аутогемотерапии заключается отчасти в неспецифическом раздражении белком кровяных телец и плазмы крови, отчасти специфическим влиянием содержащихся в крови больного антител.

Л. Ратнер.

580. *Профилактика и терапия послеоперационной тетании.* Вагнер в 50 заседании Германского Хирургического Общества выступил с заявлением, что причиной послеоперационной тетании может быть не только повреждение эпителиальных телец, но и другие моменты. В доказательство этого он приводит с одной стороны случаи тетании после операций на органах, отдаленных от шеи и никакой связи с щитовидной железой не имеющих, напр., после операций по поводу геморроя, гонита и пр., с другой—четыре собственных случая послеоперационной тетании. В одном из них приступок произошел перед предполагавшейся струмэктомией, которая была впоследствии сделана, но не вызвала нового приступа судорог; во втором случае тетания появилась в промежутке между двумя операциями: удалении обеих половин зуба, причем после операций судорог не было; у третьего больного тетания появилась накануне операции бедренной грыжи и у четвертого—после слабительного, данного перед рентгенографией по поводу перелома позвоночника. Факторами, способствующими возникновению тетании, В. считает назначаемые перед операциями слабительные, с касторовым маслом во главе, и жидкую диету. У двух больных, у которых тетания развилась через несколько дней после операции, она наступила спустя несколько часов после приема слабительных. Эти соображения дают автору право предостеречь хирургов от назначения перед операциями, особенно перед струмэктомией, слабительных и строгой диеты и даже советовать задержать стул при помощи опиятов. В случаях развития послеоперационной тетании при струмэктомиях автор получил очень хорошие результаты от пересадки паращитовидных желез крысы. В прениях Eiselsberg сообщил о своих наблюдениях над тетанией. Он семь раз пересадил эпителиальные тельца от телят и получил хорошие, но нестойкие результаты. У пяти больных он пересадил, далее, паращитовидные железы от людей—в одном случае от живого, в четырех—от только что умерших во время родов детей. Успехи пересадки были не лучшие, чем от трансплантатов телянка. Из медикаментов Е. рекомендует афенил и аммоний chloratum. Noseman рекомендует в очень тяжелых случаях тетанической комы введение сильно размельченных эпителиальных телец прямо в вену по способу Landois. Kül полагает что тетания может быть обусловлена самыми различными причинами, одна из которых—повреждение эпителиальных телец. Из других причин он упоминает о перевозбудимости вегетативной нервной системы и о расстройстве кальциевого обмена (тетания у туберкулезных, беременных, у детей с расстройством питания). Важным моментом Kül считает также отравление организма конечным продуктом белкового обмена в кишках—диметилганидином. Профилактически, кроме предложенных докладчиком средств, Kül советует принимать сахар вместе с хлористым кальцием, глицерофосфаты и раствор молочного кальция. При опасности задушения может помочь коленно-плечевое положение, при котором трахея расширяется на 1½ см. Kausch сообщил о своих 2 наблюдениях, когда вследствие саркомы была целиком удалена щитовидная железа, и никакой тетании не наступило.

Л. Ратнер.

е) Офтальмология.

81. *Как можно избежать инфекции и др. осложнений при операции катаракты?* Отвечая на этот вопрос, Axenfeld (Klin. Monatsbl. f. Aug., 1925, Bd. 75) особенно рекомендует, как усовершенствование этой операции,—применение шва-возжей на верхнюю прямую мышцу. Это предохраняет от различных осложнений и особенно от выпадения стекловидного тела, уменьшая внутриглазное давление и лучше иммобилизуя глаз, чем другие методы фиксации. Затем А. рекомендует небольшую кантотомию наружного угла (разрез ножницами до половины расстояния от наружного угла до края орбиты), как прием, облегчающий весь ход операции, особенно в случаях глубоко запавших глаз, а также позволяющий избежать соприкосновения ножа с кожей век.

В. Адамюк.

582. *О шве при операции старческой катаракты.* Elschmig (Klin. Mon. f. Aug., Bd. LXXVI) особенно рекомендует 2 способа закрывания раны старческой катаракты посредством шва. Первый состоит в проведении шва через конъюнктиву. Конъюнктивальный лоскут, прилегающий к роговице, захватывается

тонким хирургическим пинцетом у своей вершины, через него проводится спереди назад сильно изогнутая роговичная игла, снабженная тонкой, черной шелковой нитью и зажатая в иглодержатель в обратном направлении (от себя), затем раневая губа конъюнктивы, которая почти всегда отходит кзади, захватывается пинцетом на точно противоположащем месте, немного оттягивается вперед, и через нее окончательно проводится игла. Кусок нити, лежащий между губами раны, вытягивается в виде петли в одну сторону и кладется на конъюнктиву яблока, причем концы нити предварительно завязываются узлом—так, чтобы по окончании экстракции линзы сразу можно было завязать шов. При операциях катаракты вне капсулы Е. считает излишним как предварительный, так и последующий шов. Препимущество швов выявляется особенно в тех случаях, когда можно ожидать неправильного хода экстракции, напр. при миопических, сильно выступающих глазах, у очень беспокойных больных, а также у стариков с бронхитом или гипертрофией простаты. Инцизия корня радужки по Pflüger-Hess'y может быть предпринята Weske'овскими ножницами вплотную около шва; удаление катарактальных масс производится через боковые части раны, как и вправление радужки. Наложение дополнительных швов по бокам Е. считает необходимым лишь в редких случаях выпадения стекловидного тела. Во всех случаях подвывиха или вывиха линзы, при которых выпадение стекловидного тела угрожает сразу уже после лоскутного разреза, он рекомендует вправление шва Liegard'a таким образом: накладывается уздечковый шов через rectus superior, глазное яблоко фиксируется фиксационным пинцетом и отводится при операции на левом глазу—медиально, при операции на правом—латерально, концы черной шелковой нити вдеваются в две тончайших иглы, и одна из них проводится вплотную у верхнего края роговицы, в области краевого петлистого сплетения, в горизонтальном направлении, на 2 мм. в ширину, через поверхностные пластинки роговицы, а другая—на 3 мм. выше лимба параллельно первому шву через конъюнктиву—эписклеру, несколько больше в ширину; петли нити между обоими местами прикрепления остаются лежать на глазном яблоке, концы нити провизорно завязываются; затем следует обычный лоскутный разрез и дальнейшие акты экстракции. По окончании операции шов завязывается, причем, сильного затягивания его нужно избегать, во избежание искривления роговицы. Если стекловидное тело лежит в ране, то с обеих сторон накладывают еще по одному конъюнктивальному шву. Конъюнктивальный шов, наложенный первым способом, должен оставаться неделю и только у более спокойных больных удаляется на 5-й или 6-й день, роговичный же шов может быть снят после 3—4 дней.

Е. Волженский.

ж) Акушерство и гинекология.

583. *Базедова болезнь и беременность.* Jülich (Med. Klin., 1925, № 25) пытается дать ответ на весьма важные для практического врача вопросы, как влияет беременность на базедову болезнь, и является ли последняя показанием для производства аборта. Эти вопросы до сих пор остаются еще спорными, почему наблюдавшиеся J. два случая являются очень поучительными. У первой больной в самом начале беременности развилась базедова болезнь, у второй беременность вызвала рецидив бывшей несколько лет тому назад и оперированной базедовой болезни. Оба случая протекали очень тяжело и потребовали искусственного прекращения беременности. Последнее у обеих больных оказало очень благоприятное влияние на течение базедовой болезни и вызвало значительное улучшение как субъективных, так и объективных явлений.

Л. Ратнер.

584. *Лечение михорадающего аборта* Torre Blanco (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 13) проводит активно, в особенности, если инфекция ограничивается полостью матки. Ручное удаление остатков плодного яйца автор считает таким же опасным приемом, как, напр., выдавливание фурункула или карбункула. От расширения шейки при помощи дилататоров в случаях септического аборта следует отказаться и в случае нужды прибегать к hysterotomia anterior. После инструментального выскабливания матки полость ее должна быть смазана йодом. Промывания ее после выскабливания делать не следует.

А. Т.

585. *Прием для уменьшения прижатия вывавшей пуповины.* Ruiz Contreras (Zentr. f. Gyn., 1926, № 37) рекомендует, после вправления вывавшей петли пуповины, в тех случаях, когда немедленная экстракция плода невозможна или опасна, вкладывать между стенкой таза и подлежащей частью марлевый валик

толщиной в 3 сант. и длиною в 20 сант. В некоторых случаях приходится вкладывать 2 валика—один спереди, другой сзади. Концы валиков должны быть продвинуты выше тазового входа. Валики эти принимают на себя все давление подлежащей части, так что пуповина не сдавливается, и кровообращение в ней не нарушается. Пользуясь этим приемом уже много лет, автор всегда получал благоприятные результаты.

Е. Заболотская.

586. *Этиология и терапия атонии матки.* Haselhorst (D. m. Woch., 1926, № 18) систематизирует причины этой аномалии следующим образом: конституциональные аномалии, пороки развития матки, заболевания последней, нарушение иннервации, расстройства со стороны известной группы эндокринных желез, далее—причины, в основе которых лежат особенности беременности, напр., растяжение маточной мышцы при многоводии, при многоплодии или слишком обильном плоде. На первом месте в этиологическом отношении стоит аномалия родового акта. Слишком быстрые самостоятельные роды редко ведут к атонии, т. к. вызывающие их сильные схватки обычно сохраняются и дальше. Другое дело быстрое искусственное окончание родов при слабых схватках.—здесь матка должна быстро достигнуть максимального сокращения, чего сделать она не в состоянии. Слишком длительные роды при хорошей потужной деятельности могут также привести к утомлению маточной мышцы. В качестве причин, вызывающих атонические кровотечения, обыкновенно указываются, далее, аномалии прикрепления плаценты, глубокий наркоз во время родов и погрешности в технике ведения родов. Для терапии большое значение имеет профилактика, сводящаяся главным образом к правильному ведению родов и к предупреждению слишком раннего и частого применения средств, сокращающих матку. При атонических кровотечениях после рождения плода главную роль в терапии должны играть препараты гипофиза. Хорошими средствами при атонии являются также массаж, горячие и холодные души попеременно, наливание плаценты по Gabastonу, прижатие аорты, тампонада, зажатие параметриев по Heinkelю. Экстирпация матки необходима при placenta accreta. Кровотечение при хорошо сократившейся матке указывает на разрывы, которые должны быть немедленно зашиты.

А. Тимофеев.

587. *К вопросу о разрывах матки после кесарского сечения.* Чтобы выявить экспериментально вопрос о том, какие условия благоприятствуют разрыву матки при родах у женщин, перенесших ранее операцию кесарского сечения, Lachner (Sugr., gyn. u. obst., 1926, № 1) произвел ряд опытов на 32 козах, у которых матка разрезывалась в том или ином направлении (продольном или поперечном), разрез зашивался разным материалом, и затем крепость маточной стенки в зашитом месте испытывалась, путем постепенной нагрузки, на разрываемость. Оказалось, что продольно разрезанные матки разрывались при нагрузке в 18, 20 и 35 ф., поперечно разрезанные—при нагрузке в 21, 28 и 30 ф.; разрезы, зашитые иодистым катггутом, требовали для разрыва нагрузки в 25,3 ф. на кв. дюйм, зашитые хромовым катггутом—26,3 ф., а зашитые простым катггутом—32 ф.

М. Чалусов.

588. *Применение интравенозных инъекций питугландола с диагностической и терапевтической целями.* Zorn (Zentr. f. G., 1926, № 20) проверил предложенный Boehm'ом метод дифференциальной диагностики брюшных опухолей и беременности при помощи внутривенных инъекций питугландола, которые при наличии беременности всегда вызывают ясные схватки. Автор нашел, что питугландол в дозе 0,25 куб. с. через $\frac{1}{2}$ —1 мин. вызывает схватки беременной матки, тем более резко выраженные, чем ближе беременность к концу. Сердечная деятельность плода замедляется при этом до 100—60 ударов в минуту. При ранней беременности внутривенным введением 1,0 питугландола удается вызвать сокращения и тем самым точно установить диагноз беременности. Отсутствие сокращений говорит за миому и против беременности. При опорожнении матки при аборте инъекции питугландола уменьшают кровотечение и облегчают удаление плаценты. Вполне пригодны эти инъекции в конце периода изгнания, в послеродовом периоде и при атонии, в частности при кесарском сечении. На основании теоретических соображений автор предлагает этот метод для лечения разрывов матки с выходением плода в брюшную полость независимо от того, последует ли затем немедленная операция, или нет.

А. Тимофеев.

589. *Прогностическое значение картины крови при лечении рака матки лучистой энергией* изучал Holl (Arch. f. G., Bd. 127, H. $\frac{2}{3}$) и нашел, что

благоприятное клиническое течение дают случаи, где после первичного освещения наблюдается относительное и небольшое абсолютное увеличение количества лимфоцитов, а также случаи с относительно повышенным содержанием лимфоцитов до освещения. Низкое содержание лимфоцитов до лечения, дальнейшее их уменьшение или очень незначительное увеличение после первичного освещения являются признаками неблагоприятными. Случаи, где увеличения лимфоцитов не наступает и через 6 недель после освещения, кончаются плохо. В противоположность другим авторам. Н. эозинофильной картине крови прогностического значения не придает.

А. Тимофеев.

590. *Пассивную гиперэмию при лечении хронических катаров шейки* рекомендует M o e n s h (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 14/15), который проводит лечение с помощью особого стеклянного зеркала, из которого может быть выкачан воздух. Наружная часть зеркала может быть отнята, и содержимое его удалено без вынимания инструмента из влагалища. После 3-минутного отсасывания зеркало открывается, слизь, кровь и гной удаляются, и на поверхность portioⁿis vaginalis наносится 25% раствор аргиролы, после чего вновь следует 2—3 минутное отсасывание воздуха. Результаты получаются хорошие. Противопоказаниями служат острые инфекции, злокачественные новообразования и подозрение на них, а также существующая или подозреваемая беременность.

А. Тимофеев.

з) Педиатрия.

591. *Опыт лечения скарлатины антитоксической сывороткой.* Проф. Эгиз (Врач. Дело, 1926, № 17—18) провел это лечение на 40 больных. Для лечения выбирались больные с более или менее выраженной интоксикацией, поступившие в больницу в первые дни заболевания. Вводилось 50 к. с. сыворотки лошади, иммунизированной токсином в течение 9 мес. В большинстве случаев через 12—24 г. после введения наблюдалось падение t^o на 2—3 o , победнение сыпи и улучшение пульса. Так же благоприятно действовала сыворотка на токсические симптомы и на центральную нервную систему. При септических формах и в осложненных случаях антитоксин не действовал. Смертность, равнявшаяся в леченных случаях 17,5%, объясняется тем, что для лечения выбирались тяжелые случаи. Отрицательной стороной подобного лечения является сывороточная болезнь, наблюдавшаяся в 19 случаях.

Е. Кревер.

592. *Гипертиреозидизм у детей.* Если прежде гипертиреозидизм у детей считался большою редкостью, то теперь, по мнению D i n s m o r g a (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2), это интересное и часто тяжелое заболевание надо признать более частым. Обычно заболевание это следует за какую-либо инфекционную болезнь ребенка, появляется внезапно и развивается быстро. Дети с этим заболеванием бывают крайне чувствительны ко всякому хирургическому вмешательству, почему автор рекомендует за 3 мес. до тиреоидэктомии производить у них перевязку а. thyreoideae сначала с одной, а дня через 3—с другой стороны.

М. Чалусов.

593. *Успехи терапии алиментарных заболеваний у грудных детей.* Исходя из того, что современные питательные смеси, рекомендуемые при диарейных заболеваниях, как белковое молоко, пахтанье, «диететическое молоко» A d a m'a, бедны жирами, и что соотношение питательных веществ в них значительно разнится от соотношения, имеющегося в женском молоке, R o g o r s c h e l s k y (Вр. Дело, 1926, № 17—18) предлагает смесь, названную им «белковым молоком—заправкой» (белковое молоко с 4% муки, 4% сахара и 3% масла, приготовленных по способу C z e r n y - K l e i n s c h m i d't'a). Смесь эту автор рекомендует употреблять при лечении диарейных заболеваний у атрофичных и дистрофичных детей, применяя ее на 3-й—4-ый дни заболевания после пахтанья или обычного белкового молока. Большим преимуществом смеси является ее высокая калорийность (99 кал. в 100 к. с.).

Е. Кревер.

и) Физиотерапия.

594. *Рентгенотерапия послеоперационной пневмонии.* Следуя моде при-
менять рентгенотерапию при самых разнообразных по этиологии и по характеру заболеваниях. F r i e d (Klin. Woch., 1926, № 1) решил испытать этот метод лечения при послеоперационной пневмонии. Опыт был проделан на 40 больных и дал хорошие результаты: у 80% больных наступили быстрое и значительное улуч-

шение общего состояния, падение ¹⁹, появление обильной мокроты и т. п. Лечение следует начинать немедленно после появления первых симптомов болезни. Если после первого сеанса не наступает улучшения, то рентгенотерапию через 8 дней надо повторить. Применять следует низкие дозы. Сущность действия рентгеновских лучей, по Р., заключается в вызываемой ими гиперемии и в прямом влиянии на вегетативную нервную систему. Кроме послеоперационной пневмонии, автор рекомендует лечение рентгеном также при бронхо-пневмониях, генуинных пневмониях и пневмониях, сочетанных с туберкулезом.

Л. Ратнер.

595. *Диатермия и освещение кварцевой лампой при брюшных операциях.* Crile (Surg., gyn. a. obst., 1926, №2) на основании своих опытов на животных и наблюдений на людях находит применение этих средств перед и особенно после брюшных операций весьма полезным для поддержания ¹⁹ тела и оживления кровообращения. Автор горячо рекомендует пользоваться ими особенно при операциях на слабых, кахектических больных, устойчивость организма которых является сильно пониженной.

М. Чалусов.

596. *К вопросу о действии соляно-щелочных минеральных вод.* С. А. Барнава-Троицкая (Кур. Дело, 1926, № 2) провела ряд наблюдений над действием Ессентуковской воды № 17 и Баталинской. Наблюдения касались 75 больных, имевших различного рода расстройства желудочно-кишечного тракта, желчных путей, печени и др. органов. Минеральная вода давалась как натуральная, так и бутылочная. При внутреннем употреблении Ессентуков № 17, как правило, получались повышение кровяного давления, замедление пульса и дыхания. При внутреннем употреблении такого же количества Баталинской воды, типа горьких, получалось в большинстве случаев, напротив, падение кровяного давления при учащении пульса и дыхания. Автор предполагает, что изменение кровяного давления происходит здесь под влиянием солевых растворов, дающих в одном составе кислотную реакцию (Баталинская вода), в другом щелочную (Ессентуки № 17). Растворы эти, поступая в кровь, действуют одни как кислоты, другие—как щелочи.

Ю. Дубровина.

597. *Влияние грязелечения на содержание каталазы в крови артритиков.* А. Д. Бернштейн (Кур. Дело, 1926, № 5) изучал у 74 больных (69 с полиартритом и 5 с ischias) содержание каталазы в крови до грязевой ванны и после нее. Определение производилось по методу Баха и Зубковой. На основании полученных результатов автор, ссылаясь на цифры Баха и Бернштейна, полученные при опытах на животных, приходит к заключению, что колебания каталазы в крови под влиянием грязевых ванн в большинстве случаев не превышают физиологических пределов.

М. Каменцева.

598. *Влияние грязевых процедур на содержание мочевины в крови.* Лурье, Туркельтауб и Лившиц (Кур. Дело, 1926, № 5), изучая изменения в содержании мочевины в венозной крови человека под влиянием грязелечения, пришли к заключению, что грязевые процедуры не оказывают в этом отношении никакого влияния.

М. Каменцева.

к) Сифилидология и дерматология.

599. *Серодиагностика сифилиса по Mutermilch'y.* В основе этого метода лежит модификация Нечта и Bauera с применением естественного гэмолитического амбоцетора и комплемента человеческой сыворотки. Палавандов и Матусис (Вр. Дело, 1926, № 17—18) проверили его на 1009 сыворотках (преимущественно сифилитических) и пришли к выводу, что он отличается большей чувствительностью в сравнении с классической WR, простотой техники и дешевизной. (Не всякий серолог с такими выводами согласится: 1) о простоте техники не может быть речи, т. к. для каждой испытуемой сыворотки по указанному методу требуется 6 пробирок вместо 3 согласно принятой в настоящее время в СССР инструкции; 2) существенный недостаток метода—отсутствие в 5% испытуемых сывороток естественного амбоцетора и комплемента, что требует для таких сывороток дополнительной реакции в присутствии „нормальной“ сыворотки; не говоря уже о шаткости понятия „нормальной“ или смеси нормальных сывороток, такая дополнительная реакция сопряжена с большей потерей времени. Реф).

А. Вайнштейн.

600. *Хлористый Са при экземе.* Испытав внутривенные впрыскивания 10% раствора кристаллического хлористого кальция в 31 сл. экземы, причем впрыскивания эти, в количестве 5 куб. с., производились однажды в 6—7 дней, А. А. Аляевдин (Журн. для усов. вр., 1926, № 7—8) нашел, что влияние этого средства на экзему резко противоположно при первом впрыскивании и всех последующих: при первом впрыскивании кальций действует на экзематозный процесс успокаивающе, при последующих же обостряюще. Наилучшие результаты это лечение даст при хронических сухих экземах, сопровождающихся плотной инфильтрацией.

В. С.

Рецензии.

Проф. С. С. Зимницкий. *О расстройствах секреторной деятельности железодочных желез с точки зрения функциональной диагностики.* Клинические лекции для студентов и врачей. Изд. Мосздравотдела, Москва, 1926. 134 стр. (Книга премирована Экспертной Комиссией ЦКУВУ). Ц. 2 р. 40 к.

Книга проф. З. дает новое и яркое доказательство тому, как важно приложение принципов физиологического эксперимента к клиническому исследованию, и насколько продуктивной может быть мысль о необходимости выяснения динамики болезненного процесса, которое только и приводит к пониманию функционального состояния больной клетки. Как ни просто это положение, его все же приходится подчеркивать в виду того, что клиническая мысль до сих пор остается стиснутой в рамках патолого-анатомических представлений и с трудом от них отрывается. Не умаляя ни в малейшей степени значения морфологического познания, следует, однако, приветствовать каждую попытку раздвинуть границы клинического исследования в сторону применения методов, позволяющих выяснить функциональные соотношения.

Проф. З. уже известен по своему труду о функциональной диагностике болезней почек, как новатор в этом направлении, и мы с удовольствием и интересом останавливаемся на этой книге о секреторных заболеваниях желудочных желез, блестяще демонстрирующей правильность его подхода. Принцип его методики очень прост и представляет собою перенесение в клинику желудочных заболеваний данных лаборатории проф. И. П. Павлова. Руководясь ими, он мог, с помощью исследования во времени процесса секреции с применением тонкого зонда, установить определенные типы отклонений от нормы, укладывающиеся в очень простую схему: как гипер-, так и гипосекреторные отклонения могут протекать или с характером астении, когда бурная начальная реакция жел. желез сменяется быстрым падением их деятельности, или с характером инертности, когда железы эти, получив толчок, постепенно, но неуклонно развивают работу, или с характером изо-секреции—с постоянным эффектом на повторные раздражения. Кроме того наблюдаются случаи с полным отказом желез от работы в качестве функционального расстройства, не отражающего органических изменений в клетках. Многочисленные примеры при различных общих и местных заболеваниях богато иллюстрируют как эти типы работы жел. желез, так и доказательность основной мысли автора. Установив при этом, что типы отклонений в работе жел. желез при известных условиях переходят друг в друга, не исключая и возвращения к норме, проф. З. естественно переходит к рассмотрению воздействий различных терапевтических вмешательств: введения атропина, пилокарпина, адреналина, как имеющих прямое отношение к регулирующей жел. железы автономной нервной системе, затем наркотиков и средств, возбуждающих отделение, равно как применения минеральных вод и промываний желудка. Эта часть носит чисто-экспериментальный характер, благодаря чему с большой ясностью рисуется влияние указанных воздействий на нормально работающие жел. железы; а отсюда уже, путем логического построения, автор приходит к выводам о применении их при различных заболеваниях жел. желез и снова на большом клиническом материале блестяще доказывает правильность заключений, а вместе с тем и возможность подойти к желудочным заболеваниям с рациональной терапией. Талантливо разработанный материал в живом и ясном изложении настоятельно рекомендует книгу вниманию врачей в особенности.

Проф. К. Викторов

Prof. Dr. Morawitz. *Болезни крови в условиях врачебной практики*. Изд. „Врач“ в Берлине, 1926. 64 стр.

Проф. Morawitz принадлежит к числу видных немецких клиницистов. Гематология—область, в которой он является одним из авторитетов, давших ряд крупных литературных трудов и обладающих клиническим опытом. Поэтому появление его книжки не может не заинтересовать врачей.

Задачу свою автор формулирует так: „в простой и понятной форме изложить практическому врачу успехи в изучении крови, имеющие для его деятельности большое значение“... „Я... обратил особое внимание на диагностические приемы, доступные врачу в практике без содействия лабораторий“... (правильнее было-бы сказать: „при применении несложных методов лабораторного исследования“).

Я думаю, что цель, поставленная себе автором, будет в значительной мере достигнута,—что практический врач, внимательно прочитавший книжку, освежит и существенно пополнит свои знания в этой области, которая,—нужно признаться,—большою частью недостаточно освещается в клиническом преподавании и которая, думаю, теряется в массе материала в общих руководствах по внутренним болезням.

Книжка распадается на следующие главы: I) Необходимые практическому врачу методы исследования крови. II) Диагностика пернициозной анемии (Biermer's). III) Течение и лечение пернициозной анемии (Biermer's). IV) Гемолитическая конституциональная анемия (хроническая гемолитическая желтуха). V) Патология и терапия хлороза и вторичных анемий. VI) Лейкемия. VII) Лимфогранулема и другие лейкомоидные заболевания. VIII) Геморрагические диатезы. IX) Полицитемия и другие мегалосплении. X и XI) Симптоматические изменения крови.

Рекомендуя книжку вниманию известного круга читателей, я считаю нужным остановиться на том, что в ней в том или ином отношении вызывает возражения или несовсем удовлетворяет.

Почти половина сказанного о методике исследования крови посвящена исследованию свежей капли—методу, едва-ли заслуживающему такого внимания в практическом руководстве. Может быть, автор отчасти и прав, что мы слишком забросили этот метод; но все же конкурировать с исследованием в мазках он не может, и автор своей книжкой это достаточно подтверждает. Неужели практично искать в свежей капле плазмодии малярии или спирохеты возвратного тифа, когда мы имеем метод толстой капли, о котором в методике ни слова?

Техника приготовления мазка (автор отдает предпочтение мазкам на предметных стеклах) и определения по мазку лейкоцитарной формулы заслуживала-бы большего внимания, так как неправильное пользование мазками может дать совершенно извращенные результаты.

Методы окраски по Jenner-May-Grünwald описываются автором с отступлениями от общепринятой методики. Окрашивать так, как описывается в книжке, я не пробовал и потому не могу судить о результатах такой окраски.

Думая, что сосчитывание в камере красных и белых телец требует слишком много времени, чтобы получить широкое применение в практике, М. говорит о возможности приблизительной оценки содержания красных и белых телец в свежей капле; о методе Schilling's (Schätzung), несравненно более надежном для приблизительной оценки содержания белых телец,—ни слова.

Почти отсутствует также описание морфологических особенностей белых телец. О гранулоцитах сказано, что зернистости окрашиваются „яркокрасными—большие зернышки нейтрофильных лейкоцитов, голубовато-фиолетовыми—крупные зернышки тучных клеток“ (8 стр.); тут, очевидно, есть пропуск, совершенно искажающий смысл,—яркокрасная крупная зернистость, как известно, характерна для эозинофилов.

Описание морфологических особенностей клеточных элементов крови М. предпочитает давать в различных местах, приурочивая к тому, где те или другие элементы имеют наибольшее значение; так, напр., миелоциты описываются (кратко) в описании картины крови при миелоидной лейкемии (31—32 стр.). Может быть, автор хотел таким образом обойти скучное систематическое описание морфологии во вступительной части; но, думаю, в такой системе изложения есть и нежелательная сторона,—так, о миелоцитах упоминается и раньше (стр. 30 в нач.), и там этот термин остается необъясненным.

Описание миелобластов так неполно и неточно, что едва-ли поможет распознавать их; структура ядра у миелобластов яко-бы „такая же, как у миелоцитов“

(32 стр.). Может быть, М. имеет в виду форму ядра или неотчетливую структуру в препаратах, окрашенных по Jenner'y. В препаратах, окрашенных раствором Giemsa или по Parrenheim'y, структура ядер миелобластов резко отличается от структуры ядер миелоцитов и очень характерна: тонкая, равномерная, она то напоминает шарень, то представляется в виде густого войлока тонких нитей; обычно в ней отчетливо выступают ядрышки.

Нормальная лейкоцитарная („лейкоцитозная“) формула, — дана на стр. 33. — едва-ли правильно характеризует относительное содержание разных форм: нейтрофильных полинуклеаров 65—75%, лимфоцитов 20%, моноцитов 4—6%. Мне кажется, правильное было-бы дать (беря широкие границы колебаний) для нейтрофилов 55—70%, лимфоцитов 20—35%, моноцитов 4—8%.

Если достаточно. — для краткого руководства, — сказано об эозинофилии, лимфоцитозе, моноцитозе, то на нейтрофильном лейкоцитозе стоило-бы остановиться подробнее.

В некоторых вопросах гематологии мы еще не имеем единого или даже определено господствующего мнения. Для примера укажу, что имеются иные мнения, чем высказываемые автором, по следующим вопросам: 1) „Острые лейкоэмии — не септическое заболевание“ (стр. 34); многие думают, что острая лейкоэмия есть своеобразная реакция организма на инфекцию. 2) „Моноциты происходят, очевидно, из миелоидной системы“ (57 стр.); становится все более распространенным взгляд, что моноциты должны быть выделены в особую систему, как продукт ретикуло-эндотелиальной системы (гистиоциты).

Едва-ли уместно также употреблять термин „лимфемия“ в смысле „лимфатическая (лимфаденоидная) лейкоэмия“. Лимфемия, — это лейкоэмическое состояние крови при лимфатической лейкоэмии; поэтому нельзя говорить об „алейкэмическом стадии лимфемии“ (32 стр.).

Вероятно, ошибкой объясняется, что про опухоли при лимфосаркоматозе сказано, будто они „ростут, не инфильтрируя“ (38 стр.).

Про картину крови при брюшном тифе сказано, между прочим: „уменьшены в количестве больше всего нейтрофилы, меньше — лейкоциты, которые в дальнейшем течении болезни значительно прибывают в числе“ (54 стр.). — наверное не лейкоциты, а лимфоциты.

Встречается неудачный перевод: „появляются страдания в области печени“ (20 стр.); голубоватый цвет припулости десен при скорбуте (43 стр.) и т. п.

Повторю, я считаю книгу Morawitz'a заслуживающей внимания. Надеюсь, что она получит достаточное распространение, я счел излишним выдвигать ее положительные стороны. — они будут оценены читателями; сделанными же выше замечаниями я хотел-бы внести известный корректив. Книга читается легко.

Проф. Н. Горяев.

С. И. Флейшман. *Внезапные и острые заболевания нервной системы, их распознавание и лечение.* Медицинское издательство «Врач» в Берлине. 1926. 189 стр., 41 рис.

Книга представляет собой собрание лекций, прочитанных в Киевском Клиническом Институте для усовершенствования врачей. Первые шесть лекций посвящены заболеваниям большого мозга: геморрагиям, эмболии и тромбозу мозговых сосудов, травматическим повреждениям большого мозга, коматозным состояниям и энцефалитам. За ними идут две лекции о воспалении мозговых оболочек и две лекции об острых и внезапных спинномозговых заболеваниях. Далее разбираются острые заболевания периферической нервной системы и «отравления нервной системы». Следующая глава, «о гиперкинетических приступах», объединяет «некоторые острые эпизоды хронических и даже конституциональных заболеваний нервной системы»; в нее включены эпилептические приступы, экламптические, приступы тетануса, тетании, ларингоспазмы. Наконец, мы находим главы о болевых приступах и приступах функционального и эндокринного происхождения. Все указанные темы изложены понятным и для неспециалистов языком, и вообще книга может оказать существенную помощь в медицинской практике. Обращают на себя внимание лишь недостаточно проведенная классификация материала по главам, а также некоторые пробелы; так, при указании центров речи Broca и Wernicke не указывается зона Р. Marie и др. Книга издана хорошо, снабжена рисунками, заимствованными из различных руководств.

И. Русецкий.

Проф. И. Цапперт. *Сифилис у детей (врожденный и приобретенный)*. Москва, изд. Сабашниковых, 1926, 146 стр., ц. 1 р. 50 к.

Данная книга представляет перевод главы из немецкого коллективного руководства по педиатрии, вышедшего под редакцией Pfaundlera и Schlossmann'a. Надо признать очень счастливой мысль выпускать наиболее удачные главы из крупных руководств отдельными книжками.

Разбираемый труд, принадлежащий перу известного венского педиатра, содержит подробное изложение патогенеза врожденного сифилиса, патологической анатомии его (преимущественно на основании исследований сифилитических плодов) и клинической картины сифилиса в грудном, раннем детском и старшем возрасте. При описании позднего сифилиса автор особенно останавливается на явлениях со стороны нервной системы; в отделе о предупреждении сифилиса уделено место и общественной профилактике его; из методов лечения подробно изложено только применение препаратов ртути, салварсана и йода (оригинал вышел в свет в 1923 г.).

Перевод сделан хорошим языком, снабжен ценными примечаниями редактора, проф. А. А. Киселя, но не всегда правилен; так, напр., слово „homogen“, однородный, переведено „кровянистый“ (стр. 33); клетки с двумя ядрами („doppelkernige Zellen“) названы клетками с двойными зернами (стр. 34); вместо „западение“ (Einsinken) сказано „выпячивание“ (стр. 48; имеется и более важное искажение смысла (стр. 122): кондиломы у детей старше 4—5 лет не „указывают на врожденный характер заболевания“, как сказано в переводе, а наоборот, „говорят против врожденного характера“ его, как указано в оригинале. В русском издании опущены прекрасные цветные таблицы оригинала, большинство одноцветных рисунков его и литературный указатель.

Но указанные недочеты русского издания с избытком искупаются богатым содержанием книги, которая должна быть рекомендована всем врачам.

Проф. Е. Лепский.

III Поволжский Мalariaйный С'езд.

Состоявшийся в Самаре, с 3 по 8 октября тек. года, III С'езд по борьбе с малярией принял, в результате своих работ, следующие резолюции:

1. По вопросу о распространении малярии в Поволжье (по докладам д-ров Троицкого, Лившица, Листова, Запороженко, Желябовского, Трахониотовского, Синицына, Топоркова, Брайловского и др.). 1) Заслушав доклады с мест о движении малярии в Поволжье и прения по ним, С'езд констатирует, что малярия в Поволжье продолжает оставаться на чрезвычайной высоте (почти вдвое выше довоенного времени), почему необходима дальнейшая продолжительная систематическая и планомерная борьба с ней. 2) С'езд обращает внимание на усиление и продвижение местами тропической и особенно 4-дневной формы малярии, наблюдавшееся за межсезонный период (Ульяновская, Сталинградская, Саратовская и Самарская губернии), и высказывается за необходимость дальнейшего изучения порайонного распределения разных форм малярии и причин, от которых это зависит. 3) С'езд с удовлетворением констатирует, что за межсезонный период малярийные станции в целом значительно углубили свою научную и практическую работу; в частности выявился определенный сдвиг в сторону изучения комариного, водного и метеорологического факторов и научной разработки вопросов реальной борьбы с комаром, равно как и более глубокая проработка накопившегося эпидемиологического материала. 4) Большую ценность С'езд придает работам, направленным к эпидемиологическому районированию, дающему возможность подойти к изучению малярийности каждого отдельного пункта по совокупности всех его эпидемиологических условий и составить научно обоснованный план реальной борьбы с малярией. Работа должна быть продолжена всеми станциями, учитывая по отдельности: а) географическое распространение различных видов плазмодия и комара, б) детальную топографию и гидрографию отдельных заселенных пунктов, в) социально-бытовые и экономические условия, г) все местные особенности.

II. По вопросу о малярии и борьбе с ней в войсках Приволжского Военного Округа (докладчики д-ра Марковский, Автономов, Григорьев

и содоклад. инженер Ж и д к о в). С'езд констатирует, что противомаларийные мероприятия в войсках Приволжского Военного Округа намечены четко и проводятся планомерно в течение ряда лет. Настойчивая профилактическая работа военно-санитарных органов в Тощком лагере оказалась, однако, в условиях особой малярийности района недостаточно радикальной в отношении снабжения заболеваемости малярией. Учитывая топографические особенности Тощкого лагеря, единственно рациональной мерой его оздоровления С'езд признает проведение детально продуманных гидротехнических работ на территории лагеря и на прилегающей к нему территории сел Кирсановки и Тощкое. Изложенный докладчиком план этих работ, основанный на гидротехнических изысканиях, тесно увязывает интерес санитарно-оздоровительного характера с хозяйственно-экономическими интересами населения. План должен лечь в основу технической разработки проекта и его практического осуществления.

III. О работе транспортных малярийных станций (докладчики д-ра Брайловский, Покровский и Холод). Отмечая большую работу как научного, так и практического характера, проделанную железнодорожными и водными малярийными станциями по организации рациональной борьбы с малярией, С'езд считает необходимым расширение и дальнейшее укрепление существующей сети малярийных станций на транспорте, учитывая, что заболеваемость малярией транспортного населения все еще чрезвычайно высока, чему способствуют условия труда и быта транспортников.

IV. Об участии РОКК'а в борьбе с малярией. Отмечая большую работу, проделанную РОКК'ом по борьбе с малярией в Поволжье, С'езд констатирует, что, к сожалению, не все его малярийные подстанции вели работу в контакте с местными малярийными организациями. С'езд высказывает пожелание, чтобы противомаларийные учреждения РОКК'а были использованы преимущественно в сельских местностях, еще не охваченных общей противомаларийной сетью. С'езд считает необходимым ввести отчеты РОКК'а об его противомаларийной работе в программу будущих малярийных С'ездов.

V. О борьбе с малярией среди переселенцев (докладчики проф. Кушнев и д-р Орэм-Передерий). 1) Борьба с малярией среди переселенцев может вестись успешно только при правильной постановке медико-санитарного обслуживания районов переселенцев. 2) Находя медико-санитарную организацию Новоузенского уезда (Дергачевский район) недостаточной как в количественном, так и качественном отношениях, С'езд считает, что усиление санитарного надзора и укрепление медицинской сети переселенческих районов является первоочередной задачей. 3) Отмечая тяжелое положение медицинской организации районов переселения, недостаточность средств на местах, а также несистематическое и недостаточное финансирование местных органов центральными, — С'езд полагает, что отпуск средств на медико-санитарное обслуживание переселенческих районов должен быть усилен и носить сметный характер. 4) В виду того, что переселение рассчитано на ряд лет, вопросы обслуживания переселенцев медико-санитарной помощью являются сложными и заслуживающими глубокого внимания со стороны как центральных, так и местных органов НКЗдрава и НКЗема; необходимо создание четкого плана обслуживания переселенцев и более тесное сотрудничество между органами НКЗдрава и НКЗема как в Центре, так и на местах. 5) Широкое распространение малярии среди переселенцев Дергачевского района Новоузенского уезда настоятельно диктует более энергичное участие местных малярийных станций в борьбе с малярией в переселенческих районах; однако обширность заселяемого Дергачевского района и большая отдаленность малярийных станций от района заселения выдвигают на очередь организацию самостоятельной Районной Малярийной станции; С'езд рекомендует органам Здравоохранения предпринять шаги к открытию такой станции в Дергачах, Новоузенского уезда. 6) Создание более прочной медицинской организации в переселенческих районах не может охватить всех вопросов, связанных с переселением в Дергачевский район; огромное значение приобретает вопрос распространения и течения малярии среди переселенцев и усиление малярий среди местного населения в связи с переселением. С'езд считает, что разработка поставленного вопроса крайне необходима и должна проводиться как местными силами, так и центральными научными учреждениями (Гропическим Институтом). 7) Необходимо и другим губерниям Поволжья, где переселение уже началось или намечается, учитывая опыт Новоузенского уезда, немедленно приступить к подготовке по проведению борьбы с малярией в районах переселения.

VI. О работе на селе (по докладам Эпштейна и Раевского). Отмечая некоторые практические достижения за межсезонный период в отдельных губерниях в противомаларийной работе на селе, Съезд все же считает в целом эту работу недостаточной и рекомендует более интенсивно развивать ее в направлении вовлечения участкового медперсонала и самого населения в борьбу с малярией и создания на участках условий, позволяющих медперсоналу участка вести противомаларийную работу самостоятельно.

VII. О дальнейшем построении сети малярийных станций. Съезд считает правильными принципы дальнейшего развития сети малярийных станций, основанные на показателях заболеваемости отдельных районов, и признает необходимым организацию в губерниях Поволжья, особо пораженных малярией, помимо губернских и уездных станций, — районных сельских малярийных станций и отрядов. 2) Констатируя, что большинство уездных малярийных станций еще недостаточно окрепло, Съезд высказывается за необходимость расширения и укрепления их, в частности доведения числа работников уездных станций до полагающегося по Госбюджету минимального штата. Работу уездных малярийных станций необходимо стремиться довести до охвата всего уезда. 3) Организация районных сельских малярийных станций должна происходить в отдельных районах уездов с весьма высокой заболеваемостью малярией. Что касается отрядов, то они обслуживают возможно долгое время отдельные предприятия и районы, имея своей основной задачей вовлечение и подготовку участкового персонала по борьбе с малярией. 4) Съезд считает целесообразным еще раз указать на необходимость установления возможно более тесной связи между всеми малярийными станциями каждой губернии на следующих основаниях: губернские малярийные станции руководят направлением в работе всех уездных и сельских малярийных станций, как госбюджетных, так и всех других малярийных станций губернии; точно также уездные малярийные станции руководят работой сельских станций и отрядов. С целью усиления постоянной связи: а) уездные малярийные станции посылают в губернские станции копии своих отчетов; б) представители губернских станций периодически выезжают в уезд для инструктирования уездных и сельских станций; в) желательно устройство при губернских малярийных станциях конференций уездных станций. Опыт отдельных губерний показал целесообразность и возможность устройства таковых. 5) Констатируя имеющуюся связь между губернскими малярийными станциями и ведомственными (желдор., вод. и РООК), Съезд признает желательным расширение и углубление этой связи путем устройства периодических конференций при губернских малярийных станциях. 6) Съезд, констатируя крайнюю недостаточность средств малярийных станций, содержащихся на государственном и местном бюджете, считает необходимым как усиление указанных средств, так и дополнительный отпуск их из фонда Г. В частности Съезд считает необходимым дополнительные ассигнования на перевозочные средства. 7) Отмечая недостаточность средств, отпускаемых на профилактические мероприятия по борьбе с малярией, Съезд обращает внимание на необходимость увеличения отпуска таковых как со стороны государственных и местных органов, так и по линии лечебного фонда страхования и хозорганов путем ежегодных сметных ассигнований.

VIII. О направлении работ малярийных станций (по докладам с мест и д-ра Мошковского). Констатируя чрезмерный лечебный уклон некоторых станций, Съезд, как и предыдущие Поволжские Съезды, еще раз подчеркивает необходимость усиления всесторонней профилактической и научной работы малярийных станций. Съезд высказывается за необходимость усиления связи малярийных станций в их практической работе с общей санитарной организацией, при участии которой и должен проводиться единый план противомаларийной работы в каждом районе. В основу практической работы станций должно лечь планомерное и систематическое изучение района их деятельности в эпидемиологическом, гидрогеологическом и проч. отношениях, имеющее целью выяснить для каждого населенного пункта сумму необходимых противомаларийных мероприятий применительно к местным условиям. Одной из основных задач малярийных станций должно явиться выявление малярийности района, как путем организации правильного единообразного учета маляриков в своих амбулаториях и участия в организации последнего в прочих учреждениях, так и путем проведения специальных обследований отдельных групп населения.

IX. О связи малярийных станций с Тропическим Институтом. Съезд отмечает, что до сего времени связь Тропического Ин-та НКЗ с малярийными станциями продолжает быть слабой, а руководство научной деятельностью станций

недостаточным, и считает необходимым углубление и расширение этого руководства со стороны Тропического Института. Для этого Съезд считает крайне желательными: 1) установление живой связи Тропического Ин-та с малярстанциями как путем периодических командировок работников Ин-та на места, так и путем постановки отчетно-информационных докладов заведующих малярийными станциями на конференциях Тропического Ин-та при посещении ими Москвы, причем целесообразно стремиться к плановости в постановке этих докладов; 2) постоянное ознакомление Тропического Ин-та с отчетами малярийных станций и инструктирование последних по данным этих отчетов; 3) более регулярное издание журнала Тропического Ин-та с достаточно полным освещением работы малярстанций; 4) обращение особого внимания на подготовку специалистов-энтомологов, в виду их недостатка на местах, и учет и объединение энтомологических работ, проводимых малярстанциями; 5) заслушивание на областных съездах отчетных докладов Тропического Института об его деятельности.

Х. О подготовке персонала. 1) Констатируя острый недостаток в работах малярстанций со специальной подготовкой, Съезд считает необходимым всемерное использование Поволжьем курсов при Тропическом Институте НКЗ, для чего местные органы Здравоохранения должны заблаговременно озаботиться обеспечением достаточного количества мест. 2) Отмечая некоторые недочеты в постановке дела как организационного характера, так и со стороны преподавания на курсах при Тропическом Институте, Съезд считает необходимым принятие соответствующих мер к устранению этих недочетов. 3) Съезд с удовлетворением отмечает организацию первых малярийных курсов в Поволжье при Саратовской Губернской Малярийной станции. Съезд призывает работников Поволжья к максимальной их поддержке. 4) Вместе с тем Съезд высказывается за желательность организации стажирования при других крупных губернских малярийных станциях, где это представится возможным.

XI. По вопросу о регистрации Учитывая, что регистрация первичной (первоначальной) заболеваемости не отражает фактического распространения малярии, Съезд обращает внимание НКЗ на необходимость изменения существующего положения о методах регистрации. В целях достижения однообразия в регистрации маляриков амбулаториями малярийных станций, необходимо точно придерживаться правил и форм регистрации согласно изданного НКЗ сборника декретов по малярии.

XII. О биологии малярийного комара и борьбе с ним (докладчики д-ра Щербаков, Григорьев, Раевский, Япенко, Кадлец, Кузьмина, Паули, Петрищева). 1) Съезд с удовлетворением констатирует большую работу, сделанную малярийными станциями в области изучения биологии комара, отмечает резкое уменьшение количества комаров в связи с неблагоприятными метеорологическими и гидрологическими условиями текущего года, которое ставит все станции Поволжья перед необходимостью учета зимовок малярийных комаров и изучения биологии их на зимовках. 2) По вопросам борьбы с комаром Съезд считает необходимым уточнить показания для нефтевания, — применять его только там, где к нефтеванию имеются определенные показания, и избегать его в местах с неограниченным водным фактором, как, напр. в заливных лугах. 3) Опыт запыления порошкообразными ядовитыми веществами водоемов в Поволжье не дал положительных результатов; необходимо дальнейшее изучение этих методов борьбы с комаром. Существующие методы окуливания зимовок не отвечают сельским условиям Поволжья, вследствие чего желательна дальнейшая разработка методов уничтожения зимовок в сельских местностях. 4) Необходимо на всех станциях, хотя-бы крупных, систематическое и плановое изучение биологии комара и его потомства с целью учета комариного фактора.

XIII. О профилактической хинизации (по докладам Покровской и Глозман). Констатируя положительные результаты рационально поставленной массовой профилактической хинизации, в частности на транспорте, Съезд высказывается за дальнейшее проведение профилактической хинизации преимущественно среди особо пораженных групп населения при условии правильной постановки, позволяющей точный сравнительный учет результатов этого мероприятия, и подчеркивает необходимость одновременного проведения всех прочих возможных мер личной и общественной профилактики.

XIV. По вопросу о методическом поголовном обследовании различных групп населения (докладчики д-ра Листов и Лифшиц). В виду того, что малярийные индексы подвержены большим колебаниям в зависимости от сезона, Съезд, в согласии с выводами докладчиков, считает необходимым при проведении

массовых обследований населения соблюдать условия, гарантирующие правильность получаемых результатов и обращается к Тропическому Ин-ту с просьбой выработать показания к проведению массовых обследований и методику этих обследований.

XV. Об изучении помесичных малярийных кривых (по докладу д-ра Троицкого). Отмечая значительный интерес порайонной проработки многолетнего статистического материала о месячном движении малярии, Съезд считает желательным дальнейшую работу в указанном направлении с учетом как климатических и топографических, так и социально-экономических и бытовых условий каждого района.

XVI. По вопросу о врожденной малярии (доклады проф. Киселя и д-ра Муфель). Заслушав доклады о врожденной малярии, Съезд констатирует, что дальнейшие наблюдения в этой области подтверждают, что внутриутробное заражение малярией встречается весьма нередко, и что картина клинического проявления врожденной малярии чрезвычайно разнообразна. Съезд, принимая во внимание влияние врожденной малярии на растущий организм, считает необходимым в дальнейшем установление тесной связи противомаларийных учреждений с консультациями беременных и детей грудного возраста в целях проведения планомерного лечения малярии как у новорожденных, так и у беременных. Причины и условия, при которых происходит внутриутробное заражение малярией, до сего времени еще недостаточно выяснены, и в этом направлении требуются еще дальнейшие наблюдения и работа.

XVII. По вопросу о лечении малярии (докладчики проф. Кушев и Кисель и д-ра Добротин, Беляева, Соломин, Паули и Молдавская). Съезд констатирует, что и хронические формы малярии излечимы при систематическом применении хинного лечения. Излеченными, по мнению Съезда, надо считать случаи, когда наблюдение по окончании лечения длится не менее 3 лет, и когда в течение этого срока никаких ни субъективных, ни объективных клинических данных заболевания не обнаруживается, и неоднократные микроскопические исследования крови на малярию дают отрицательные результаты. Желательно дальнейшее изучение сущности действия хинина при малярии и изыскание наилучшего способа применения хинного лечения. По вопросу самоизлечения малярии необходимы дальнейшие наблюдения.

XVIII. По вопросам патологии и клиники малярии (докладчики Кушев, Топорков, Глозман, Муфель, Кадлец, Кузьмина, Вольский, Луков и Ужанский). На основании заслушанных докладов Съезд констатирует, что, наряду с практической работой на малярийном фронте, идет и интенсивная научная проработка вопросов маляриологии.

XIX. По вопросу о преподавании маляриологии на медфаках Поволжья (докладчик проф. Кушев). Учитывая широкое распространение малярии в Поволжье и недостаточную подготовку молодых врачей к борьбе с ней, Съезд считает необходимым обратить внимание НКЗдрава и Наркомпроса на желательность более углубленного преподавания маляриологии на медфаках Поволжья.

XX. О времени и месте созыва IV Поволжского Малярийного Съезда. 1) Съезд высказывается за необходимость созыва IV Поволжского Малярийного Съезда в 1927 году. 2) Местом Съезда намечается Сталинград или Казань. 3) Оргбюро IV Съезда избирается в составе Саратовской Губернской Малярийной станции и представителей Губздрава и Губернской малярийной станции того города, в котором будет созван Съезд.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 11/XI.

Г. Г. Непряхин: „Случай гамартоты правого легкого и своеобразного лимфогранулематоза“, (с демонстрацией макро- и микропрепаратов). Докладчик на вскрытии трупа мужчины 39 лет обнаружил, что правое легкое очень небольших размеров, доли и долики его незаметны, ткань его мясистой плотности и вида, без угольных скоплений. Обычной легочной ткани под микроскопом нигде не ока-

залось, — главную массу органа составляла нежная соединительная ткань, в которой в беспорядке были расположены короткие многочисленные пучки гладкой мускулатуры, волокна нервов, изолированные крупные хрящевые пластинки, жировая ткань, мелкие гнезда эпителиальных клеток, кучки лимфоцитов, многочисленные кровеносные сосуды, длинные, узкие, прямые или ветвящиеся бронхиальные ходы с цилиндрическим эпителием и образования, напоминавшие не дышавшие эмбриональные альвеолы. Воспалительных явлений нигде не было. Подобного случая в литературе не описано. Особенности лимфогранулематоза в данном случае были: резкое увеличение печени и селезенки, наличие в них крупных (до яблока) темнокрасных, с белым центром, узлов, сравнительно слабое поражение лимфатических желез, отсутствие макроскопических изменений в костном мозгу трубчатых костей. Все это дало повод на вскрытии думать об опухоли типа гемангиоэндотелиомы. Микроскопически же оказался (и в костном мозгу) лимфогранулематоз III стадии, причем в грануляционной ткани совершенно нигде не было эозинофилов. В эпителиоидных клетках встречались фуксинофильные зерна Russell'a. Среди клеток Sternberg'a находились похожие на них, но раза в два крупнее, своеобразные гиганты. Печень и селезенка были почти сплошь некротизированы и залиты кровью. В некоторых мелких венах пораженных органов в крови плавали многочисленные эпителиоидные клетки и гиганты Sternberg'a. — По поводу этой демонстрации высказались проф. И. П. Васильев, указавший на большой интерес этого случая для клиницистов с точки зрения его диагностики, и проф. Н. К. Горяев. Последний отметил, что лимфогранулематоз отличается удивительным разнообразием по своей гистологической картине, а данный случай представляет разнообразие и по своей патолого-анатомической природе. Подобные случаи чрезвычайно трудны для диагностики и заслуживают самого подробного описания.

Д-р М. Аксянцев: „Специфические и неспецифические липолитические свойства сыворотки человека и животных в диагностике и прогнозе экспериментального и клинического туберкулеза“. Доклад будет полностью напечатан в „Каз. Мед. Ж.“ — В прениях по поводу его выступали профф. М. Н. Чебоксаров, В. М. Аристовский и П. Н. Николаев и д-р В. И. Катеров.

Д-р В. Ф. Якимов: «О щелочном запасе при заболевании почек». Щелочной запас систематически был исследован автором по методу Rohonyi у 24 брайтиков в течение $1\frac{1}{2}$ —2 мес. Группа больных нефрозо-нефритом с преимущественным поражением тубулярного аппарата почки во все время наблюдения показывала цифры высокого щелочного запаса, — около и даже выше верхней границы нормы. Больные с преимущественным поражением клубочкового аппарата, но с достаточной функцией почек, имели нормальный щелочной запас, те же больные этой группы, у которых была недостаточная функция почек (задержка азота), представляли стойкое уменьшение щелочного запаса. Острое диффузное заболевание почек в первые две недели наблюдения протекало с низким щелочным запасом, по мере же клинического улучшения параллельно шло нарастание последнего. Сулемовый нефроз дал низкие цифры щелочного запаса. Между КN крови и щелочным запасом, по наблюдениям докладчика, имеется обратное соотношение: с увеличением первого наблюдается уменьшение второго, причем азотемия с большим КN крови и нормальным щелочным запасом быстро поправляется и становятся работоспособными. На основании своих наблюдений автор полагает, что 1) регуляторная функция почек в смысле сохранения кислотно-щелочного равновесия в организме при хронических заболеваниях клубочкового аппарата с недостаточностью почек и в начальном периоде острого нефрита значительно нарушается, в силу чего эти формы Брайтовой болезни протекают под знаком ацидоза; 2) клиническое улучшение болезни идет всегда параллельно с нарастанием щелочного запаса; 3) стойкое понижение щелочного запаса при сравнительно незначительной задержке КN крови у азотемиков является плохим прогностическим объективным симптомом. — По поводу этого доклада сделали замечания профф. П. Н. Николаев и М. Н. Чебоксаров.

А. Вылегжанин.

Конференции врачей туберкулезных диспансеров гор. Казани.

В конце 1925 года при Центральном Туберкулезном Диспансере были организованы конференции, имевшие целью разработку вопросов научно-практического характера и общественной борьбы с тбс. Конференции происходили 2 раза в месяц при участии не только врачей диспансеров, но и др. научных и профилакти-

ческих учреждений г. Казани, принимавших активное участие в работе конференций. Председателем конференций был избран проф. Б. А. Вольтер, секретарем—д-р М. И. Ойфебах.

Всего по октябрь месяц 1926 г. было 14 заседаний, на которых были заслушаны, кроме рефератов, следующие доклады: 1) Туберкулиновая терапия—д-р Владимирова. 2) Искусственный пнеймоторакс в терапии легочного тbc—д-р Кревер. 3) Реакция Pirquet в детском возрасте (по материалам Диспансера и детского отд. стационара)—д-р Дезидериев. 4) Иммуно-биологическая проблема тbc—д-р Ойфебах. 5) Основные принципы нашей диспансерной работы—он же. 6) Отдаленные результаты лечения в местных санаториях—д-р Дезидериев. 7) К вопросу о рентгенодиагностике легочного тbc—д-р Кревер. 8) О новейших классификациях легочного тbc—д-р Мастбаум. 9) Классификация тbc II Туб. Съезда и ее практическое применение в условиях диспансерной работы—д-ра Кудряшов и Ойфебах. 10) Кальциотерапия легочного тbc—д-р Захаров. 11) Демонстрации больного с лобарной тbc пнеймонией, леченной искусственным пнеймотораксом, и больного со спонтанным пнеймотораксом—д-р Захаров. 12) О доброкачественных экссудативных формах тbc—д-р Мастбаум. 13) К вопросу о питании тbc больных по новейшим литературным данным—д-р Кулагин. 14) О диагностике и прогнозе каверн—д-р Мастбаум. 15) Демонстрация 2 больных с подозрением на эхинококк легкого в комбинации с открытым тbc—д-р Ойфебах. 16) Санокризин в терапии легочного тbc—д-р Аксянцев. 17) X Всесоюзный Съезд бактериологов в г. Одессе—д-р Аксянцев. 18) Специфические и неспецифические ферментативные липолитические свойства сыворотки человека и животных в диагностике экспериментального и клинического тbc, в частности их ранних форм, и прогнозе—д-р Аксянцев. 19) О дезинфекции при тbc—д-р Кудряшев. 20) О работе ночного санатория—д-р Кулагин. 21) Активные профилактические прививки против тbc по Calmetteу—проф. Вольтер. 22) Лечение тbc введением экстрактов селезенки (реферат)—проф. Вольтер.

Секретарь конференций Ойфебах.

Заседания Научного Кружка при Рыбинской Врагсекции.

Заседание 27/X.

Д-р Бронников сообщил о случае *Jacks on's* овской эпилепсии, леченной оперативно. Больной после ранения молотом темянной кости вначале получил паралич правой руки и затруднение речи, а через 2 мес. у него появились эпилептиформные припадки, чрез каждые 6 дней. На 4-ом месяце ему была произведена операция—удалены осколки внутренней пластинки, давившие на твердую мозговую оболочку, и дефект закрыт куском fascia lata с жировой тканью. Больной продемонстрирован через 3 месяца после операции; припадков у него нет, речь нормальна, и функция руки восстановилась.

Д-р Синакевич сообщил о случае рецидива проляпса матки у девицы. Больная 8 лет назад получила полное выпадение матки при тяжелой работе. Половая жизнь отрицается совершенно. 6 лет назад произведены пластика промежности и какая-то брюшностеночная операция для удержания матки. Через месяц полный рецидив проляпса. Докладчик указал на редкость такого заболевания и ставит его в связь с готическим стилем телосложения больной (термин, предложенный на VI Съезде Гинекологов).

Д-р Воронков сделал доклад о Съезде Бактериологов в Одессе, обратив особое внимание на доклады по эпидемиологии скарлатины и попутно сообщив об эпидемии скарлатины в г. Рыбинске. Скарлатина здесь дала большой скачек в октябре месяце, т. е.,—как было указано в прениях,—со времени начала занятий в школах, которые, по мнению многих, являются рассадниками заразы, в виду скученности детей при передвижке их из класса в класс по современному методу учения.—Собрание высказало ряд пожеланий, необходимых для проведения их в жизнь.

Хроника*).

— На вакантную кафедру Госпитальной Хирургической клиники Казанского Университета Уч. Советом Медицинского Факультета последнего и Хирургической предметной комиссией единогласно представлен профессор В. Л. Боголюбов.

— На кафедру пропедевтики внутренних болезней в Казанском У-те Уч. Советом Медфака единогласно представлен проф. С. С. Зимницкий.

— В заседании Казанского Медфака 19/XI происходила публичная защита д-ром А. К. Цинком работы «Секрет предстательной железы». Официальными оппонентами были проф. П. А. Миславский и А. В. Вишневский и пр. доп. Н. Н. Яснитский. Работа была признана трудом высокой научной квалификации.

— Совнарком РСФСР предложил соответствующим наркоматам разработать и провести меры принудительного лечения алкоголиков.

— НКЗ'ом РСФСР разрешен (временно) отпуск из аптек без рецепта врача некоторых сильнодействующих средств по списку, устанавливаемому местными здравоохранениями.

— По разъяснению Наркомтруда практиканты и стажеры должны получать не менее 41 руб. в месяц в Москве и Ленинграде и не менее 32 руб.— в остальных местностях РСФСР.

— В наступившем уч. году во всех ВУЗах должно быть введено военное обучение студентов на I и II курсах. Весь курс военной подготовки рассчитан на 180 ч. теоретических занятий и 2 мес. практики в лагерях. Прошедшие успешно подготовку, при призыве в красную армию, должны проходить сокращенный срок службы—9 мес., после чего имеют право держать экзамен на командира запаса.

— В Украине издан новый закон о Санитарно-Технических Советах, согласно которому последние имеют своей задачей объединять и координировать деятельность органов НКЗ'ва и др. ведомств и учреждений в деле выработки и проведения в жизнь санитарно-технических мероприятий.

— По разъяснению НКЗ причиной отсутствия на рынке термометров является ненадежность их производства в СССР, ненадежность же в свою очередь зависит оттого, что у нас не вырабатывается тугоплавкое стекло.

— Научно-Технической секцией ГУС'а заслушан в истекшем уч. году ряд докладов лиц, командированных за границу для ознакомления с постановкой дела высшего образования в различных странах, причем из принятых секцией резолюций, касающихся образования врачей, особенно заслуживают внимания следующие (для выработки которых, кстати сказать, совершенно не нужно ездить за границу): 2) Главными причинами, мешающими правильной учебной работе наших высших учебных заведений, являются: а) недостаточная предварительная подготовка поступающих в них; б) невозможность усиленной проработки преподаваемых теоретических дисциплин в высших уч. заведениях вследствие ограниченности средств, отпускаемых на упражнения и семинарии, материальной небеспечечности студентов, значительной нагрузки их общественной работой; в) недостаток в учебных пособиях, особенно резко выступающий по сравнению с богатством в этом отношении американских и итальянских школ; г) недостаточность оплаты преподавательского труда и, как следствие этого, перегруженность преподавателей совместительством. 8) Необходимо стремиться к предоставлению медфакам достаточного клинического материала,

*) В будущем 1927 г. редакция, прекратив печатание в «Каз. Мед. Журн.» не представляющих никакого интереса для подписчиков рефератов на иностранных языках, взамен того значительно расширит отдел «Хроники»: помимо известий, имеющих местный интерес, здесь будут помещаться и известия, представляющие интерес для всех русских врачей, а именно, касающиеся врачей и врачебного дела правительственные распоряжения, сведения о характеризующих наш врачебный быт событиях, известия об организуемых курсах для врачей, о врачебных съездах, об юбилеях выдающихся врачебных деятелей, некрологи и пр. В этом же отделе будут помещаться сведения относительно спроса и предложения врачебного труда. Наконец, здесь подписчики нашего «Журнала» найдут сведения о важнейших событиях во врачебном мире и заграницией. Словом, отдел «Хроники» в будущем году примет приблизительно такой объем и вид, какие он имеет в настоящем № «Журнала».

Редакция.

использовав в возможной степени опыт в этом отношении французской высшей медицинской школы, широко пользующейся таким материалом в городских больницах.

— Институт Мозга организовал специальную лабораторию для изучения электромагнитных волн, излучаемых человеком во время умственной работы.

— Возбужден вопрос об учреждении Клинического Института для усовершенствования врачей в г. Хабаровске.

— В Ленинграде предполагено открыть Институт для усовершенствования зубных врачей.

— Бывшее в июне тек. г. совещание ректоров, деканов и представителей профессуры мединституты Украины решило возбудить вопрос об открытии на Украине еще одного мединститута.

— В Москве, при Гос. Невро-Психиатрическом Диспансере (пл. Восстания, № 1), организуются 4-месячные курсы для усовершенствования врачей по неврологии, психиатрии и психопрофилактике. Начало занятий с 15 XI 1926 г. Курсы рассчитаны на 50 врачей, из них 30 со стипендиями. Общежития нет. Кандидаты на курсы командировались здравотделами.

— Московское и Ленинградское общества урологов слились в одно Всероссийское Общество врачей-урологов

— В истекающем году Ленинградская Военно-Мед. академия выпустила 318 врачей, а Смоленский медфак — 153.

— По сведениям, имеющимся в ст. Рачковского (Бюлл. НКЗ., 1926, № 19), хозрасчетная аптечная сеть у нас в настоящее время достигает 75% довоенной, причем в селах не превышает 30% довоенной. Потребность в фармацевтах в РСФСР на ближайшее 5-летие исчислена в 7,400 чел., а между тем фармтехникумы за этот срок едва могут выпустить 2,500 чел. Из работающих в настоящее время 12,000 фармацевтов 5,000 не имеют надлежащей квалификации.

— Всесоюзная Библиотека имени Ленина выделила из своего фонда 23 тыс. томов медицинских книг и журналов для Омского Мединститута.

— В 1926/7 г. сеть детучреждений РСФСР будет обнимать 2,606 учреждений с 220,221 детьми, причем за содержание их отпускается 56 милл. руб.

— В Ростове н/Д с 12 по 15 янв. 1927 г. состоится II Съезд Хирургов Северо-Кавказского края. Программные доклады: 1) Бугорчатка костей и суставов (проф. В у х м а н), 2) Неотложная хирургия перитонита (проф. Ф и н к е л ь ш т е й н), 3) Неотложная хирургия кишечной непроходимости (проф. В и д е м а н), 4) Неотложная внутрибрюшная хирургия гин. заболеваний (проф. С о л о в ь е в). Заявления о докладах присылать на имя проф. Н а п а л к о в а (Ростов н/Д, у. Энгельса, № 141).

— В 1927 г. состоится в Киеве I Всеукраинский Съезд Акушеров и Гинекологов. В качестве программных вопросов пока намечаются: 1) Акушерская помощь на селе в Украине; 2) Аборт; 3) Девиации матки и их лечение.

— 20 Ноября тек. г. состоялось в Москве чествование 30-летней врачебно-общественной, научной и преподавательской деятельности главного врача Лепехинского Род. Дома и Тимистеровской больницы для послеродовых больных, профессора В л а д и м и р а Я к о в л е в и ч а И л ь к е в и ч а.

— В последних числах ноября т. г. состоится чествование П. П. Подпольского (Саратов) по поводу 25-летия его гипнологической деятельности. Редакция просит высокоуважаемого П. П. принять и от нее сердечное поздравление.

— *Больной вопрос.* В статье под таким названием, помещенной в Бюллетене НКЗ., 1926, № 19, М. Ю д и н приводит ряд красноречивых примеров, свидетельствующих, как мало у нас медперсонал имеет гарантий, что он „даже при полной его добросовестности не будет избит, а то и убит“. В Киеве родственник умершего заявил старшему врачу больницы, что он вскроет ему череп, если врач попытается вскрыть умершего. В одной больнице муж ворвался в операционную комнату, где производили операцию его жене, и заявил врачу, угрожая револьвером, что убьет его, если операция будет неудачна. В Иваново-Вознесенске больной гонорреей рабочий Феоктистов днем обил на улице азотной кислотой уважаемого всеми врача В и х м а н а, заявив, что этим он мстит врачам за причиненную ему боль при лечении. В Пензе врачам Хомутовой и Новоименову было поручено произвести отбор для санитарного лечения инвалидов инвалидного дома; когда результаты отбора стали известны, то не попавшие в санаторию инвалиды набросились с палками на врачей, которым еле удалось спастись бегством. В одном из участков Ачинского округа власти, недовольные врачом (женщиной), подговорили добывавшуюся аборта крестьянку дать врачу взятку, на что дали ей отмеченные 15 руб.; крестьянка деньги

себе присвоила, аборт сделала в другой больнице, властям же заявила, что выполнила их поручение; тогда пом. нач. милиции, в сопровождении 2 женщин, произвел обыск в больнице и на квартире у врача, причем ж.-врач раздета донага; меченых денег у ней, однако, не оказалось. Сельсовет с. Берегового предложил райздраву выгнать врача и предать суду за то, что он 5 дней пролежал больным в постели. В Красной Поляне предсельсовет отдал врачу распоряжение производить аборт всем желающим; когда врач отказался,—его стали „форменным образом травить“... И таких примеров в статье т. Ю. приведено около 2 десятков.

— *Невероятно, но факт* — под таким заглавием в № 243 «Известий ЦИК'а» описан случай, имевший место в Н.-Новгороде, в 1925 г. 10 Февраля этого года врачебно-контрольная комиссия освидетельствовала около 180 чел., начав работу с 9½ ч. у. и производя ее до наступления темноты, причем члены комиссии не успели даже выпить по стакану чая. Около 5 ч. на освидетельствование явилась служащая завода им. Кутузова г-жа Михайлова, которую комиссия признала трудоспособной. Узнав о таком решении, Михайлова тотчас же отправилась в Канавинскую страхкассу и заявила здесь, что члены комиссии, особенно ее председатель, врач Юркин и член врач Полищук, пьяны. Председатель страхкассы Кошечев тотчас вызвал к себе врачей Юркина и Полищука, предъявил им обвинение в пьянстве при исполнении служебных обязанностей и предложил доверенному врачу страхкассы Снежникову освидетельствовать их, а когда тот отказался,—вызвал 4 врачей из амбулатории. Приглашенные врачи, освидетельствовав врачей Юркина и Полищука, никаких признаков опьянения у них не обнаружили. Почему-то присутствовавшая здесь Михайлова заметила: „Здесь рука руку моет“, а кто-то предложил произвести у обвиняемых исследование желудочного содержания. Кошечев горячо ухватился за это предложение и отправил врачей в лабораторию, где у них было добыто зондом содержимое желудков. Никаких следов алкоголя в нем, однако, обнаружено не было. На другой день д-р Полищук подал местному прокурору просьбу привлечь Михайлову к ответственности за ложный донос, а Кошечева—за превышение власти. Однако, несмотря на то, что этот вопрос неоднократно потом понимался НКЗ'ом РСФСР, «в течение 20 месяцев это возмутительное дело не было разобрано, и виновные не привлечены к ответственности».

— В № 8 „Ленингр. Мед. Ж.“, на основании газетных сообщений, приводится еще ряд насилий над врачами. В Смоленске пом. зав. центр. сберегательной кассы Орлов вошел в кабинет врача Гроссмана после того, как последний кончил прием, и стал требовать, чтобы его приняли; когда Гроссман попросил его подождать, Орлов назвал его идиотом и грубо толкнул. В г. Мышкине врач Никольский, с согласия профсоюз, уволил за бездеятельность сиделку Титову; тогда близкий знакомый последней Тихомиров, бывший дворником больницы, набросился на врача и опасно ранил его в шею и руку стамеской. Из Харькова сообщают, что член завкома завода им. Рыкова Рычков нанес оскорбление действием врачу Базиланскому. В Ростове в/д один рабочий, добивавшийся получения отпуска по болезни без всяких причин, получив отказ, набросился с площадною бранью на заслуженного врача-специалиста, зверски его избил, расправился с делопроизводительницей, свалил с ног председателя комиссии, опрокинул столы и кушетку и разбил вдребезги настоящие предметы, пока не был отведен в милицию. Такие случаи будут совершенно понятны, если мы посмотрим, что пишется о врачах в газетах. В стенной газете «Красный Путь», издающейся в Москве, в управлении Курской ж. д., помещены, напр., две таких заметки: 1) «Из Здраводела нам сообщают, что до сего времени долготерпеливые рабочие и служащие нашей дороги не *поколо-*
тили ни одного врача. Невероятно, но факт». 2) „Необходимо *поколотить* тех, кто в приемном покое производит запись больных,—уж очень надолго отлучаются они от своего стола, а больные ждут часами“.

— На ст. Котляревская, Кабардино-Балкарской авт. области, покончила жизнь самоубийством популярная женщина-врач Нарциссова. Причиной самоубийства послужил поданный уволенной покойной санитаркой донос, в котором последняя обвиняла Нарциссову в том, что она неправильно уволила ее, „обесчестила“ ее разглашением „тайны“ об ее венерической болезни, сделала ей аборт без разрешения комиссии и совершила подлог, выдав ей ложный листок за все время болезни. Получив этот донос, местный Угрозыск без дальних околичностей решил арестовать Нарциссову, которая должна была спастись бегством в областной центр, Нальчик. Здесь ее уверили, что возбужденное против нее дело будет прекращено, Нарциссова возвратилась к месту службы, но здесь узнала, что

она привлечена к уголовной ответственности, причем с нее была взята подписка о невыезде. Это так подействовала на Н., что она решилась принять яд. В оставленной записке она заявила, что только смерть при существующих условиях работы сможет разрешить все сомнения по возбужденному против нее делу (Изв. ЦИК'а, № 241).

— Московским Гобсудом приговорены к 2 годам лишения свободы со строгой изоляцией заведующая яслями № 84 женщина-врач Локшина и сестра Краснопевцева за случай, имевший место в яслях с ребенком 1 ч. 3 м. Уложив детей спать, Краснопевцева вышла из палаты, не обратив внимания, что одно из окон было открыто. Ребенок, кроватка, которого стояла около окна, выбрался из нее на подоконник, а отсюда упал со 2-го этажа на мостовую и так расшибся, что через несколько дней умер. Краснопевцева была приговорена потому, что, согласно правилам, не имела права во время дежурства оставлять палату, а Локшина—потому, что ей неоднократно указывали на необходимость, в виду низких подоконников, устроить на них сетки или решетки. (Изв. ЦИК'а, № 252).

— В свое время на страницах нашего журнала («Каз. М. Ж.», 1926, № 2, стр. 226) уже обращалось внимание на значение для врачей, занимающихся оперативною деятельностью, ст. 406 Гр. Код., согласно которой и «в тех случаях, когда причинивший вред не обязан к его возмещению, Суд может обязать его возместить вред в зависимости от его имущественного положения и имущественного положения потерпевшего». Значение это иллюстрируется след. делом, разбиравшимся недавно в Московском Губсуде: заболевший в декабре 1925 г. экземой рук служащий Гусь-Хрустального комбината Бекасов обратился за помощью в Мясницкую лечебницу врачей-специалистов. Врач-рентгенолог этой лечебницы Ратнер произвел просвечивание рук рентгеном (положив руки больного на грудь). После трех сеансов на груди у Б. появилась сыпь, быстро превратившаяся в язву. Сильно страдавший от болей Б. стал ездить из Гусь-Хрустального (Владим. губ.) в Москву, где его вначале лечил врач Мясницкой лечебницы Бремнер. Лечение, однако, не помогало, и совладелец лечебницы д-р Пушкин поместил Б. в хирургическую клинику 2-го МГУ. Когда рана зажила, здесь Б-ву произвели пластическую операцию, спустя 9 дней после которой он умер при явлениях упадка сердечной деятельности. Жена умершего (инвалид 3-й группы), оставшаяся без средств к жизни с двумя детьми—дочерью 17 и сыном 12 лет,—предъявила к владельцам лечебницы д-рам Пушкину и Гдалину иск о вознаграждении за смерть мужа в размере разницы между его жалованьем (174 руб.) и пособием, получаемым ею в настоящее время от страховкассы (40 руб.). Вызванные Судом в качестве экспертов профф. Гагман (рентгенолог), Мертвынов (хирург) и Кончаловский (терапевт) пришли к заключению, что смерть больного последовала после операции, произведенной целесообразно и технически удачно,—что просвечивание рентгеном произведено Ратнером с соблюдением тех мер предосторожностей, которые обычно в таких случаях принимаются, причем дозировка была нормальной,—что ожог получился в виду особенностей организма Б., который оказался исключительно-восприимчивым к ожогу, и что наступившие осложнения не могли быть предотвращены. На основании указанного заключения Суд нашел, что владельцы лечебницы в порядке 403 ст. Гр. Код. подлежат освобождению от ответственности за причиненный ущерб. Но вместе с тем, согласно ст. 406, Суд определил взыскать с владельцев лечебницы, врачей Гдалину и Пушкина, в пользу жены умершего Б. пенсию за время со дня смерти Б. до дня суда—339 р. 20 к. и обязал их выплачивать ей в дальнейшем до достижения сыном Б. 16 лет по 64 р. 40 коп. ежемесячно, а после этого срока—по 32 руб. 20 коп. (Изв. ЦИК'а, № 225).

— По данным Хоменко (Проф. Мед., 1926, № 10) смертность на Украине в 1914 г. равнялась 26,7‰, в 1915—31,9‰, в 1916—36,1‰, в 1917—27,5‰, в 1918—28,9‰, в 1919—38,5‰, в 1920—40,3‰, в 1921—28,8‰, в 1922—35,2‰, в 1923—16,4‰.

— По данным Дейчмана (Проф. Мед., 1926, № 7—8) смертность в России за 1923—25 гг. равнялась 26,6‰, тогда как в Англии она была 11,6‰, в Швеции и Норвегии—11,4‰, в Голландии—9,9‰; рождаемость за те же годы в России была 40,7‰, а в Англии—19,7‰, во Франции—19,4‰, в Швеции—18,8‰; 1 больничная койка в РСФСР приходилась на 750 чел., в Украине—на 1000 чел., а в Швеции—на 90 чел., в Германии—на 145 чел.

— Предполагается приезд в Харьков ряда анатомов из Стокгольма для ознакомления на месте с работами кафедры анатомии Харьковского Мединститута.

— Общее число всех учащихся в высших школах Германии было в истекшем 1925/6 уч. году равно 82,602, т. е. на 13,000 больше, чем в довоенное время. В этом числе изучавших медицину было 6,438.

— Малярийным Комитетом Лиги Наций учреждена премия Darling'a за лучшую работу по малярии.

— В Италии организован Международный Союз для борьбы с проказой. Председателем его состоит проф. d'Aмато (Рим).

— Союз германских женщин-врачей возбудил пред прусским министерством народного просвещения ходатайство, чтобы женщинам-врачам чаще, чем это было до сих пор, предоставлялись ассистентские места в клиниках.

— На бывшем недавно в Дюссельдорфе собрании представителей немецкой медицинской печати проф. Aschoffом были, между прочим, возбуждены вопросы о желательности установления единообразных сокращений названий мед. журналов в цитатах и о желательности сокращения числа и объема публикуемых статей по медицине.

— На состоявшейся в сентябре 1926 г. в штате Нью-Йорк конференции по раку, привлечшей не только американских специалистов в данной области, но и таких видных иностранных ученых, как, напр., проф. Blumenthal, было, между прочим, признано, что рак—не инфекционная и не наследственная болезнь.

— 3 апреля 1927 г. будет торжественно отпразднован 100-летний день рождения отца современной хирургической антисептики J. Lister'a.

— Комитетом Гигиены при Лиге Наций собирается 24 апреля 1927 г. международная конференция по вопросу о бешенстве.

— 22 октября 1926 г. исполнилось 80 лет известному немецкому патолого-анатому F. Marchand'у.

— Германская медицинская наука понесла за последнее время целый ряд тяжелых утрат: скончался едва-ли не самый крупный из современных психиатров, E. Kraepelin, скончались видные представители германской гинекологии Oritz (Фрейбург) и Franz (Берлин).

— В Дрездене скончался известный германский педиатр проф. Heubner, а в Фиуме—Grossich, известный своим методом хирургической дезинфекции при помощи иодной настойки.

От редакции.

Нас просят сообщить, что отчет секретариата I Поволжского Венерологического Съезда появится в ближайшем будущем отдельным изданием, статья же д-ра М. Батунина, напечатанная в „Каз. Мед. Журнале“ 1926 г. № 10, является лишь личной корреспонденцией.
