

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском гос. университете.

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

---

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

---

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 3.

М А Р Т.

(Вышел из печати 22 марта).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.



# ВНИМАНИЮ гг. ПОДПИСЧИКОВ.

Настоящим № 3 „Журнала“ заканчивается рассылка тем из подписчиков, кои подписались в рассрочку в 3 срока и внесли лишь 2 руб. Дальнейшая высылка журнала возобновится немедленно по получении доплаты.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

НА

## „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ В 1929 г.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:

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

ДЛЯ ГОДОВЫХ ПОДПИСЧИКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБРАЩЕНИИ В РЕДАКЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ РАССРОЧКА В 2 СРОКА (ПРИ ПОДПИСКЕ И К 1 ИЮНЯ ПО 3 Р.) И В 3 СРОКА (ПРИ ПОДПИСКЕ, К 1 АПРЕЛЯ И 1 АВГУСТА ПО 2 РУБЛЯ).

Требования и деньги направлять по адресу:

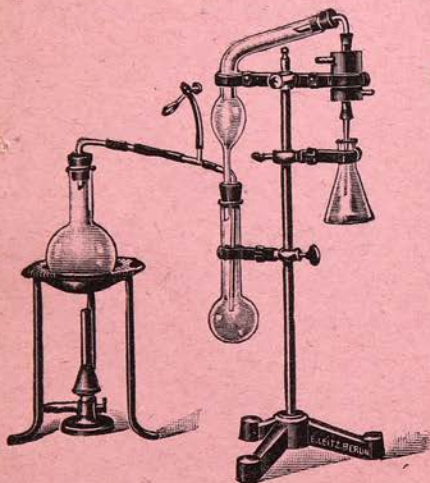
г. Казань, Редакция „Казанского медицинского журнала“.

## Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.

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



Микрокельдалевский аппарат.

По требованию специальный каталог № 31.



## Обезболивание в хирургии <sup>1)</sup>.

Проф. А. В. Вишневский.

«Divinum est opus sedare dolorem».  
*Гиппократ.*

Хирургическая помощь у людей была, несомненно, с самых первых времен существования человечества. Начало ее, как вообще всей медицины, теряется в глубине веков...

Менее древни, повидимому, попытки оказывать эту помощь при применении какого-либо болеутоляющего средства. Тем не менее, насколько можно судить по дошедшим до нас древнейшим источникам, египтяне, китайцы, греки, римляне пользовались какими-то напитками, добытыми из соков некоторых трав для уменьшения боли при хирургических операциях. Особым распространением в древности пользовался корень растения мандрагоры, настоенный на спирту. Усыпляющее его действие было известно Плинию. В средние века встречаются уже более определенные указания на применение обезболивания в хирургии. Самым распространенным методом в это время был наркоз чрез вдыхание паров так называемых „сонных губок“, введение в употребление которых связывается с именем известного средневекового хирурга Theodoricus von Cervia (1205—1298). Однако, по всем вероятностям, этот вид обезболивания был известен уже задолго до него, ибо самые старые рецепты относятся к 9-му и 10-му столетиям. Вероятнее, это средство не связано с открытием и предложением одного какого-либо отдельного лица, а сложилось постепенно в течение долгих лет из частичных наслоений коллективного опыта и наблюдений.

Вот почему, повидимому, литературные источники средних веков и дают указания на различные составы, употреблявшиеся в разные времена для приготовления „сонных губок“: сюда входили *опиум, индийская конопля, белена, болиголов, корень мандрагоры* и т. д. Этими составами губки пропитывались, высушивались, а пред употреблением для наркоза смачивались теплой водой и давались больному для вдыхания их паров. Для пробуждения больного губка смачивалась теплым уксусом и снова прикладывалась к носу. Эти предписания повторялись в течение нескольких столетий, и притом всегда отмечалось, что таким образом можно производить различные весьма значительные хирургические операции без какого бы то ни было болезненного ощущения для больного.

Некоторые из наших современников (Diepgen, Brun) задались вопросом, возможно ли на самом деле получить по указанному способу настоящий общий наркоз с глубоким сном. Brun пишет, что он в 1920 г. задал этот вопрос известному фармакологу Trendelenburgу в Ростоке, на что тот ответил совершенно отрицательно.

Trendelenburg допускает, что наркоз мог бы быть получен при посредстве „сонной губки“, но только в том случае, если бы больному было предложено выпить выжатое содержимое смоченной губки,

<sup>1)</sup> Речь, произнесенная в годичном заседании Общества врачей при Казанском государственном университете 29 января 1929 года.



или, если бы он вдыхал продукты горения, получающиеся при обжигании ее. Но об этих способах наркоза в литературе нигде не сказано ни слова. Это тем более удивительно, что „сонные губки“, как средство хирургического наркоза, употреблялись некоторыми даже после открытия эфира и хлороформа, в середине прошлого столетия. Француз Daugiol в 1847 году сообщил, что он пользовался с успехом методом Hugo von Lucca<sup>1)</sup>, собрав летом травы: *Solanum nigrum*, *Hyoscyamus niger*, *Cicuta minor*, *Datura stramonium* и *Lactuca virosa* и пропитав выжатым из них соком губки.

В 1927 году Marguéritte Louise Baug экспериментально на животных проверила действие трав и веществ, употреблявшихся для изготовления сонных губок, и пришла к выводу, что по средневековым рецептам „сонных губок“ ими усыпления животных получить не удастся. Baug полагает поэтому, что данные средневековых источников относительно способа применения „сонных губок“ неверны и, вероятно, они применялись не для ингаляционного наркоза, а скорее выжатая из них жидкость давалась пить больному. И только желанием облечь мистической тайной процедуру наркоза можно объяснить то обстоятельство, что всюду, где в литературе указывается на применение для наркоза „сонных губок“, имелся в виду наркоз ингаляционный. Мы также думаем, что больной помимо вдыхания паров губки вероятно должен был высасывать из нее ее содержимое до наступления наркоза.

Из приведенного видно, что в средние века обезболивание перед операцией предпринималось чаще, чем об этом принято думать, но оно носило весьма несовершенный характер и в огромном большинстве случаев не достигало совсем своей цели. Там же, где удавалось больного при посредстве таких веществ, как опиум, алкоголь, индийская конопля и т. п., привести к полной потере чувствительности, там он оказывался обычно на краю могилы (Baug). В состоянии же полунаркоза больной больше оказывал сопротивления хирургу, чем совсем без наркоза. Неудивительно поэтому, что эти виды обезболивания некоторыми хирургами совершенно не применялись, и хирург предпочитал изощрить свою технику в сторону быстроты производства операции, чтобы таким образом сколько возможно уменьшить страдания больного. Так было еще сравнительно недавно.

„Быстротечная, почти скоропостижная смерть постигла иногда оперированного, вследствие нестерпимой боли. Операция, как и всякий другой прием, могла причинить смертельный шок от одной только боли у особ чрезмерно раздражительных“—пишет Н. П. Пирогов, характеризуя состояние хирургии в начале своей деятельности (1830).

Понятно поэтому, что временами при таком положении вещей все методы обезболивания просто оставались и забывались на долгий срок. „Eviter la douleur dans les operations est une chimere, qui n'est pas permise de poursuivre“ говорит Velpeau.

Однако человеческая мысль не стоит на месте!.. После бесконечных смен интереса и охлаждения к наркозу при операциях, обезболивание в хирургии с начала прошлого 19-го столетия становится на проч-

<sup>1)</sup> Французы почин введения „сонных губок“ приписывают своему соотечественнику.

ную почву. Уже в 1765 году Pristley открыл кислород, а химик Humphry Davy — закись азота. В 1800 году Davy его предлагал применять в качестве anaestheticum при хирургических операциях, но ввести это средство в хирургическую практику ни ему, ни его последователям не удалось. Horace Wells, один из его последователей, вследствие постигших его неудач на пути пропаганды нового anaestheticum, покончил жизнь самоубийством, вскрыв себе сосуды в ванне. Это было в 1848 году, всего за несколько дней до того, как Медицинское Общество в Париже признало за ним честь открытия анестезирующего вещества для производства хирургических операций. В Гарфорде ему воздвигнут памятник с надписью: „Гораций Уэльс, который открыл анестезию“. Неудача Уэльса зависела от того, что он давал недостаточно газа, не располагая большими количествами его.

Счастливей его были два американца, химик Charles Jackson и зубной врач Morton, ученик Wells'a, предложившие в 1846 г. в качестве общего обезболивающего средства для хирургической практики, эфир.

Кем был открыт серный эфир — неизвестно, его знали еще в 13 веке, но о наркотических свойствах его узнали только спустя лишь полстолетия. В 1847 году новое средство было испробовано во всех странах. В России в этом году Н. И. Пирогов применил его впервые во всем мире для обезболивания при операциях на поле сражения при осаде укрепления Салты в Дагестане. В этом же году был предложен Simpson'ом хлороформ, открытый еще в 1831 году Soubeiran'ом в Париже. С введением в хирургическую практику этих двух веществ — эфира и хлороформа — человечество получило в свое распоряжение безграничное благодеяние. С этих пор стало возможно производить сложные хирургические операции планомерно в наркозе, не подвергая больных всем ужасам ощущения боли при них.

*Этот момент в истории хирургии* отмечен, как славная эра, знаменующая собой колоссальный сдвиг вперед хирургии. Через двадцать лет после этого открытия эдинбургский хирург Joseph Lister делает свое великое открытие — антисептического метода лечения ран, и два огромных по своему значению общих метода — наркоз и асептика дают возможность хирургии в ее развитии достигнуть того уровня, на каком мы ее застаем теперь. *В истории развития обезболивания* мы должны отметить, что параллельно с исканием средств для общего наркоза, все время идут попытки оперировать под местным обезболиванием, и мысль достигнуть обезболивания тканей человеческого тела на месте предстоящей хирургической операции даже едва ли не более древняя, чем идея общего наркоза. По крайней мере, поскольку можно судить по дошедшим до нас средневековым источникам, еще египтяне пыгались вызвать потерю чувствительности на коже прикладываньем жира крокодила. Другим средством у них же был камень Мемфиса, который втирался в кожу с уксусом. Вероятно это был какой-нибудь вид мрамора; при обработке его уксусной кислотой он мог выделять угольную кислоту, в счет которой и надо отнести его обезболивающие свойства (Littre).

Большим значением в древние времена пользовалось сдавление нервных стволов, как мера, уменьшающая боль при операциях. Однако этот способ в истории хирургии неоднократно оставлялся в виду его не-

которых отрицательных особенностей: болезненности от самого сдавления, возможных стойких параличей сдавливаемых нервов и даже гангрены конечности. Его применяли в глубокой древности греки, арабы; в средние века им пользовался Ambroise Paré, Schumann и др. Самое сдавление нервов осуществлялось различными способами: тугим бинтованием конечности, перетягиванием ее, пальцевым прижатием, прижатием пелотами (Moore) и т. д. В 1879 году Эсмарх ввел в целях предварительной остановки кровотечения при операциях эластический констриктор, который помимо своего прямого назначения, сыграл большую роль в дальнейшем развитии анестезии конечностей.

Данно было известно действие холода, как обезболивающего средства. С середины 16 го столетия им пользовались по совету Thomas'a Bartholinus'a. Затем это средство было забыто и только спустя 3 столетия оно вновь стали применять (Arnott и Guégard) с целью анестезии. Benjamin Richardson (1867) ввел эфирный шпрей, который в настоящее время заменен распыленным хлористого этила. Школа Салерно в средние века употребляла для целей местного обезболивания те же травы и вещества, какие употреблялись ею для изготовления сонных губок, делая из них нечто вроде припарок на местах, где предполагался разрез.

Сравним образом представление, что вещества, действующие, как наркотика, должны влиять обезболивающим образом и местно, удерживалось у хирургов очень долгое время. Agran говорит: „Que toutes les substances volatiles, aux quelles on a reconnu jusqu'à ce jour des propriétés anesthésiques générales, possèdent des propriétés anesthésiques locales, ou en application intérieur, ou sur la peau“.

Однако, на самом деле этим качеством обладали только два вещества (Aethylen chlorid и Aether hydrochloricus chloratus.).

*Далее, в качестве местно обезболивающего средства испытывались* свиная кислота, угольная кислота, электричество в различных его видах, но все эти средства не оправдали возлагавшихся на них надежд. Настоящая история современных способов местного обезболивания, в сущности говоря, начинается с открытия Alexander'a Wood'a, предложившего вводить лекарственные вещества под кожу при посредстве полых игл (1853). В его методе была дана возможность вещество вводить не только в общий круг кровообращения в силу всасывания его из подкожной клетчатки, но и подводить его непосредственно к нервам. Из этой мысли он и исходил, он лечил невралгии, впрыскивая морфий по соседству с нервными стволами.

Хирурги тотчас воспользовались этим открытием и пытались проделывать различные мелкие операции, впрыскивая больным под кожу в месте предполагаемой операции различные другие вещества: хлороформ (Hunter), глюкозид салонин (Пеликан и Köhler) и т. п. Конечно, это было тут же и оставлено, т. к. введение в ткани большинства из этих веществ сопровождалось болезненностью и раздражением их на месте введения и только лишь морфий, в силу его общего действия, позволял получить иногда некоторое понижение чувствительности при операциях. Все виды местного обезболивания, сопровождавшиеся раздражением и болью до наступления анестезии, Liebreich называл в то время „anaesthesia dolorosa“ и тогда же показал, что даже дистиллиро-



ванная вода, впрыснутая в ткань, обладает свойствами вызывать анестезию. Теперь нужно было найти вещество, которое бы само по себе обладало специфической способностью влиять на нервы и их окончания, парализуя чувствительные нервы и вызывая таким образом анестезию в тканях или на поверхности слизистых оболочек.

С открытием кокаина и его замечательных свойств местное обезболивание пошло с несравненными успехами по новому пути.

*В практику местной анестезии кокаин был введен венским офтальмологом в Гейдельберге. Koller лично не присутствовал на съезде. Он послал туда следующую телеграмму: „Лично я не могу приехать, мои опыты показали, что мы можем безболезненно оперировать на глазах, если мы впустим несколько капель 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> водного солянокислого раствора кокаина в конъюнктивный мешок“. И эту историческую телеграмму считают исходным пунктом того победного шествия местной анестезии, которое она начала с тех пор. Однако, справедливость требует указать, что еще в 1879 году, за пять лет до Koller'a на анестезирующее действие кокаина на слизистую оболочку полости рта указал русский ученый проф. Анреп.*

Вскоре кокаин был использован в ларингологии и ринологии на слизистых оболочках, а затем (1885) и при введении его в ткани (Шлезингер, Corning, Roberts, Landerer и др.), и тогда же была отмечена возможность производить при местном обезболивании кокаином не только мелкие, но и большие операции на конечностях, в брюшной полости и т. д. Замечательно, что уже и тогда многие из хирургов (Wölfler, Fränkel и др.) отмечали, что ткани надежно будут обезболены только, когда они повсюду будут пропитаны раствором cocaine'a и что на диффузию вещества не следует полагаться. В это время Corning первый делает спинальную анестезию на животном, что в будущем привело к развитию метода Bier'a. Тогда же, в 1885 году, Roberts говорит о планомерном введении раствора в ткани, т. е. выдвигает принцип, на котором в дальнейшем был построен метод инфильтрационной анестезии Reclus и Schleich'a. Наряду с этим особенности нового средства используются в другом направлении: пытаются достигнуть перерыва проводимости нервных стволов вдали от места операции и Halsted в том же 1885 году впрыскиванием кокаина в область п. alveolaris inferioris при экстракции зуба кладет начало регионарной местной анестезии, а в 1887 г. Crile сообщает об эндоневральной анестезии.

В дальнейшем по этим двум направлениям и идет разработка методов местной анестезии наряду с появлением новых менее ядовитых, чем кокаин, препаратов. И то, и другое направление в свое время находят своих сильных защитников: инфильтрационная анестезия в лице Schleich'a, а проводниковая—Braun'a.

Громадный сдвиг местная анестезия получила со времени введения Braun'ом в 1900 году адреналина, как средства, усиливающего в комбинации с кокаином, его анестезирующее действие и замедляющего диффузию его в ткани. Явилась возможность употреблять более слабые растворы кокаина без опасения быстрого проникания их в кровь и центральную нервную систему.

В 1905 году Einhorn'ом был открыт новокаин, введение которого еще более значительно подвинуло местную анестезию вперед.

С момента прочной установки общих методов наркоза хирургия свободно и радостно вздохнула в сознании преодоленных затруднений своего недавнего прошлого. Правда, тут же вслед за первыми опытами новых средств были обнаружены и их некоторые отрицательные стороны, но они на первых порах не казались столь значительными по сравнению с тем благом, какое они несли собой. Однако, в дальнейшем пришлось отметить, что втечение наркоза все же могут иногда наступать расстройтва главным образом со стороны дыхания и деятельности сердца—очень тяжелые, а иногда даже и роковые, в зависимости от чего известный % наркотизированных во время операции погибает. И вновь над торжеством науки нависла мрачная тень!...

Такой процент несчастных случаев определяется Gurl'tom—один на 2075 хлороформированных, Zahradnický—один на 2264, Neuberger'ом—один на 2060, а Schleich'ом—1:1300 по немецкой статистике и 1:1050—по английской.

Но по поводу этой статистики Врип замечает, что эти цифры надо рассматривать, как минимальные, ибо, несомненно, много случаев смертей от наркоза остаются не зарегистрированными.

Но не в цифрах одних здесь дело!... Вот что пишет по этому поводу один из русских врачей (Готтлиб), занятый этим вопросом: „Приведенные выше числа говорят нам о многих неожиданно загубленных жизнях, о несвоевременно осиротевших семьях, но не говорят о мучительных и ужасных моментах, что пережили те, которые хотели исцелить больного, а вместо того вызвали преждевременную кончину. Такие ужасные и ни с чем не сравнимые по своему трагизму моменты переживали и великие клиницисты, и последние рядовые в армии врачей. Все, имеющие дело с хлороформом или эфиром, были свидетелями тех „леденящих кровь“ сцен, когда раздаются страшные слова: „больной не дышит, пульса нет“. И счастливы еще те, которые сохраняют достаточное присутствие духа, чтобы предпринять необходимые меры спасения. А то бывает, что решительные на операционном поле и талантливые хирурги теряются и мечутся, как угорелые, не способные в эти минуты к работе мысли. И это не только единичные мучительные моменты, такие моменты, в особенности, если наркоз имеет смертельный исход, сохраняют продолжительное влияние на всю нашу душевную деятельность и сообщают ей известную окраску. Имею здесь в виду врачей с тонко развитой анализирующей нравственной личностью, которые вечно снова возвращаются к мучительному вопросу, какая степень вины падает собственно на них“.

Так писал русский врач-хирург об наркозе при операциях в 1898 г. Девяностые годы прошлого столетия были временем особого интереса к изучению вопроса острых смертей от наркоза. Это тогда (1891) в одном медицинском журнале можно было прочесть следующее сообщение: „В Англии недавно была настоящая эпидемия смертей от хлороформа. В одной больнице в течение короткого срока умерло 5 больных“.

Этот момент в истории наркоза определялся борьбой между собой двух основных Anaesthetica—хлороформа и эфира с явным перевесом на стороне первого

Помимо ингаляционного наркоза в это время практикуются и различные другие способы наркоза (интаректальный, интравенозный,

интрапариетальный, подкожный и другие). В то же время испытываются для целей наркоза и различные вещества помимо хлороформа и эфира (хлорэтил, бромэтил, изопрал, гедонал и др.), а также—и смеси и комбинации основных наркотика с различными вспомогательными веществами (морфием, пантопоном, скополамином и т. д.).

Уже одно это обилие веществ, какими пользуются для наркоза, и разнообразие методов их введения в организм показывает, что в вопросе общего наркоза не все благополучно; искания в этом направлении продолжаются, в существующих формах он, повидимому, не так уже удовлетворяет хирурга, не так он, очевидно, безопасен, каким он казался в его оценке на первых порах. Коллективный опыт хирургов всех стран отметил помимо расстройств в течение самого наркоза и так называемые его поздние последствия, в результате которых нередко наблюдаются также совершенно неожиданные смерти больных.

Острая смерть от наркоза до сих пор не получила своего ясного объяснения. Paltauf высказал гипотезу о лимфатической конституции. Kundrat пытался обосновать ее соответствующим клиническим и патолого-анатомическим материалом, характеризуя это состояние увеличением зубной железы и гиперплазией лимфатических органов. В дальнейшем „Status thymicus“ постоянно упоминается и другими авторами (Schlömicher, Strassmann, Mader, Caminiti, Laqueur, Lapointe и др.), как причина внезапной смерти от наркоза, но ближайшая сторона дела здесь все же до настоящего времени остается неясной. Delbet связывает смерть от хлороформа с разрушающим действием его на хромафинную систему. Оппель и его школа (Лисицин) согласны с ним. Оппель отмечает, что при status lymphaticus имеется обычно гипоплазия надпочечников и хлороформ может в таких случаях привести к полному параличу тонуса периферических артерий, отчего и наступает внезапная смерть, а выдающиеся английские физиологи Н. Н. Dale и P. P. Laidlaw показали, что оперативный шок зависит от гистамина—продукта, получающегося от распада белков, действующего избирательно на гладкую мускулатуру сосудистой системы. Под влиянием его сосудистая система, имеющая гладкую мускулатуру, т. е. вся артериальная и венозная до капилляров, сокращается, капиллярная же сеть остается расширенной. Она переполняется кровью, а более широкое русло обедняет ее. По учению Dale, под влиянием наркоза чувствительность организма к проявлению гистаминного шока повышается. В особенности это касается эфира и хлороформа. Killian, исследовавший этот вопрос экспериментально, подтверждает выводы Dale.

Что касается поздних последствий, то они связаны с токсическим действием наркотических веществ, заключавшимся в дегенеративных процессах крови, паренхиматозных органов, мышц нервной системы и органов внутренней секреции. Особенности и степень этих повреждений оказались различными в зависимости от того или иного средства, но самыми сильными они оказались при хлороформе (Unger, Nothnagel, Strassmann, Stommel, Ostertag, Fraenkel, Muskens и др.). Первые сообщения о поздних смертях от хлороформа были даны Casper'ом, Langebeck'ом, Thiem и Fischer'ом, Herff'ом, Fraenkel'ем, Bastianelli, Krecke и др., причем в гистологических исследованиях органов были отмечены дегенеративные процессы прежде



всего в печени и притом иногда прямо с характером острой желтой атрофии печени (Marthen, Bandler, Salen, Wallis, Cohn, Whipple, Wettstein и др.).

Guthrie, а с ним и другие авторы—Scott, Carmichael, Beattie и Telford, для объяснения столь резких и так быстро наступающих изменений со стороны печени, считали необходимым допустить существование уже до наркоза тех или других изменений со стороны печени, где наркоз явился вторым повреждающим моментом, в результате которого и развилась тяжелая картина витоксикации. Эти поздние смерти от наркоза наблюдаются, оказывается, несравненно чаще, чем смерти во время самого наркоза (akuter Narkosentod). Так, по статистике Telford'a на 1500 наркозов не менее 4 смертей, по Muskens'у на 1400 наркозов 2 смерти, по Cago на 896 наркозов одна смерть. По Guthrie и Brun'у поразительно часто встречаются поздние смерти от хлороформа у детей, что стоит в полном несоответствии с принятым взглядом о том, что хлороформ детьми переносится легко.

Приведенные выше статистические данные также совершенно не отвечают фактическому положению вещей: поздние смерти от наркоза представляют собой явление несравненно более частое, чем это может казаться на основании подсчета отдельных описаний их. Если их описания не так часты, то это объясняется только тем, что они часто просматриваются, ибо несмотря на отмеченный факт и многочисленные эксперименты по изучению поздних последствий хлороформа и эфира, в сознание хирурга поздняя смерть от наркоза входит очень медленно.

Всякий из нас знает достаточное количество случаев, окончившихся смертельно в след за произведенной в общем наркозе невинной, непродолжительной операцией, в особенности в брюшной полости, где причина смерти не была точно установлена и патолого-анатомом не вскрыта. Обычно в таких случаях говорилось об особо злокачественном „перитонеальном сепсисе“, протекшем без резких видимых явлений со стороны брюшины („перитонеальный сепсис не успел развиться“). И только в самое последнее время, благодаря особо настойчивым указаниям ряда авторов, этот вопрос в клинике оказался заостренным. В последние годы было отмечено, что особое предрасположение для проявления поздних смертельных последствий наркоза имеет определенная группа заболеваний, именно—септические заболевания брюшной полости, в особенности аппендектальные абсцессы, внутрибрюшные заболевания с расстройствами циркуляции крови (всевозможные ущемления и черекручивания).

Siprel на этом основании высказал предположение, что для отравления от наркоза имеют значение аутолитические процессы, возникающие вследствие расстройств циркуляции.

Другие авторы (Stierlin) считают, что частота наблюдаемых поздних смертей от наркоза среди заболеваний органов брюшной полости воспалительного характера или ущемлений стоит в связи с поступлением в кровь бактериальных токсинов и продуктов распада гнойных клеток, которые увеличивают ядовитое действие наркотика или повышением коэффициента абсорпции, или уменьшением сопротивляемости клеток паренхимы по отношению к наркотическому веществу.

Я считаю, что острые и хронические воспалительные процессы органов брюшной полости, помимо хорошо известной и понятной всем

связи с печенью в отношении различного рода инфекций, вызывают и постоянные изменения в органе в виде его интоксикации, при чем последняя не обязательно должна идти через кровь, но может поступать частично, быть может, в смысле избирательного по отношению к печени процесса через лимфатическую систему. В детском возрасте к тому имеется тем более возможностей, т. к. лимфатическая система здесь более выражена и более чувствительна, чем у взрослого; отсюда, быть может, и понятна большая частота поздних наркозных смертей у детей.

При этих условиях ясно, что в каждом случае воспалительного процесса в органах брюшной полости мы стоим пред неизвестностью в отношении необходимой выносливости печени для общего наркоза, который в принятых видах является уже для нее, конечно, вторым ядом.

Эти соображения сохраняют силу для обоих господствующих наркотиков, как для хлороформа, так и для эфира, ибо в отношении последнего установлено, что только неглубокий и непродолжительный наркоз имеет преимущество пред хлороформом в смысле меньших повреждающих органы влияний. Глубокий же эфирный наркоз вызывает те же повреждения, какие вызываются и хлороформом.

В последнее время имеется много клинических сообщений и экспериментальных исследований, подтверждающих это положение, которое было всегда хорошо известно клиницистам, но, неясное до конца в своей сущности, трудно поддавалось объяснению. Почин в деле выяснения его принадлежит ряду американских авторов (Henderson, Crile, Moore, Suzuki), а окончательное доказательство связано с именами Müller'a, Whymer'a, Rost'a, Rehn'a, Grauhahn'a, Boshmer'a и др., ясно показавших повреждающее действие эфирного наркоза на паренхиматозные органы. Наряду с этим Kelly, Bevan-Favill, Backer-Gröndal, Balkhausen, Maiditsch и др. сообщали о поздних смертях в зависимости от эфирного наркоза.

Ясно, что мысль о безвредности эфирного наркоза должна быть раз навсегда оставлена.

Еще раз повторяю, что старые клиницисты прекрасно это чувствовали уже давно, и не этим ли объясняется беспомощный вздох покойного Kehr'a, когда он писал: „Тот врач будет счастливым лапаротомистом, который найдет средство для наркоза, не обладающее опасностями ни хлороформа, ни эфира“. Это замечание Kehr'a, сделанное им в 1912 году, с моей точки зрения, и было лучшим резюме состояния вопроса о наркозе после пройденного им пути в течение последних нескольких десятков лет. На самом деле, к этому времени только короткие оглушающие виды эфирного (Sädek), хлор- и бром-этилового наркозов могли считаться сравнительно безопасными.

*Неудивительно поэтому, что в послевоенный период снова в хирургии встает вопрос борьбы за наркоз, ибо то, что вызывало восторг и изумление много лет тому назад, теперь уже далеко не удовлетворяет нас... Мы не хотим мириться с тем процентом смертности, который установился у нас за это время по отношению к известному рода хирургическим воздействиям и заболеваниям и в той части, где он зависит от несовершенства и вредности наркоза, стремимся его снизить.*

Заключена работа в различных направлениях... Снова поднят вопрос о предоперационной подготовке больного и о послеоперационном уходе

за ним, изучаются расстройства организма в связи с хирургической операцией. В Америке на это бросаются огромные деньги: некоторые богатые клиники устраивают специальные отделения, в которых больные готовятся к операциям иногда в течение порядочного количества времени. Отыскиваются новые средства для общего наркоза—более безопасные, более верные, совершенствуются при посредстве различной аппаратуры старые, возникают дальнейшие комбинации старых и новых средств и, наконец, разрабатываются и уточняются способы местной анестезии и т. д. Не проходит буквально ни одного сколько-нибудь значительного научного собрания, чтобы не обсуждались вопросы наркоза в плоскости новых достижений. В самое последнее время в Германии разом возникают два журнала, посвященные вопросам обезболивания. Это ли не показывает, как велико стремление разрешить вопрос обезболивания в настоящее время?! Хирург ищет для наркоза средство не только совершенно безопасное, но и простое по технике его применения, дешевое, доступное, не связывающее его дорогой аппаратурой.

Современные средства для наркоза как будто бы обогатились новым ценным приобретением, известным под именем авертина. На нем я бы хотел несколько подробнее остановиться.

Новый наркотикум, выпущенный в 1927 году немецкой химической фабрикой под № E 107 и названный впоследствии авертином, по своей химической структуре представляет собой Tribromethylenalkohol. О клиническом испытании его в том же 1927 году было доложено на съезде немецких хирургов. С тех пор новое наркотическое средство подверглось всестороннему изучению: проверялось в сравнительном эксперименте на животном (Eichholz), исследовались его фармакологические свойства—резорбция и дозировка (Straub), исследовалось состояние сосудистой системы (Killian), сердца, дыхания, нервной системы и т. д. В конце концов к настоящему времени накопилось порядочное количество данных, характеризующих его положительные и отрицательные стороны.

К ректальному наркозу со времени первого его предложения Пироговым (1847 г.) неоднократно обращались. В 1913 году в последний раз пред введением авертина его пробовали Gwathmey и Sutton в виде эфирно-масляного наркоза. Отрицательные стороны его были слишком велики, и он был снова оставлен. Теперь в авертине мы имеем новый ректальный наркоз. При обсуждении оценки его по данным литературы, которая представляется в настоящее время, несмотря на короткий период его применения, очень значительной, трудно составить себе представление о действительных качествах средства. Ибо наряду с положительными отзывами о свойствах нового наркотика имеется уже порядочное количество сообщений с регистрацией смертей от самого наркоза. Killian собрал всего 33 случая. Хотя защитники авертинового наркоза и оспаривают в некоторых из приведенных случаях действительную связь смертельного исхода с наркозом, все же свое впечатление эти сообщения оставляют. В настоящее время в Германии в отношении к авертиновому наркозу наметились три позиции (Müh sam).

Одни клиники совершенно не заняты новым наркотическим средством, другая группа клиник, получив неудовлетворительное впечатление от первых опытов с ним, оставила его или ограничила применение его в значительной степени, третья, получившая благоприятные результаты



от него, одобряет его, но все же высказывается за необходимость дальнейших исследований и наблюдений.

К отрицательным сторонам наркоза относятся общие отрицательные свойства разовых поступлений наркотика в организм при невозможности их обратного удаления в случае осложнений, трудная дозировка, внезапное падение кровяного давления, коллапс, асфиксия, продолжительный сон с опасностью аспирации слизи после наркоза и совершенное противопоказание при болезнях печени и почек (Nordmann).

Некоторые (Borchardt), кроме того, не советуют его применять и при кишечной непроходимости.

В конце концов авертиновый наркоз, даже и защитниками его, далеко не рассматривается, как наркоз выбора; по мнению Mühsam'a, он никогда не получит этого значения и достаточно, если он будет применяться не более, как в 10% всех других методов обезболивания. Killian склонен ему отвести соответствующее место только в ряду второстепенных наркотических средств, назначаемых для успокоения больных перед операцией в малых дозах, дающих спокойный сон пред ней (Dämmer Schlaf).

Sauerbruch, по инициативе которого химическая фабрика и начала свои работы по отысканию нового средства для наркоза, в прениях на съезде (1927) отзывался об авертине, примерно, в таких выражениях: „Едва ли наркоз можно считать хорошим, если больной после простой и непродолжительной операции спит несколько часов синюшный и отечный, как уремик“. Он имел 3 смертных случая.

На последнем съезде немецких хирургов снова были прения по поводу авертинового наркоза, они носили более благоприятный для него характер, но общее отношение к нему в существенных чертах осталось тем же. Вероятно, авертин переживает в настоящее время знакомую нам в истории наркоза пору увлечения новым средством. Время укажет его действительную ценность.

Что касается закиси азота, азетилен, этилена с кислородом или комбинаций этих газов с кислородом, известных под общим названием „Gas“, то они хотя и имеют много положительных сторон для комбинаций с основными наркозами и местной анестезией, но совершенно не доступны для широкого пользования ими вследствие дороговизны аппаратуры и трудности получения газа. Только богатые клиники Америки ими пользуются.

Внутривенные наркозы гедонала и перноктона не могут пока найти своего широкого применения, как мало изученные, а первый, кроме того, и как очень сложный в его проведении. Pernocton рекомендован Вum'm'ом на том же съезде немецких хирургов в 1927 году, где обсуждался вопрос и об авертине. К настоящему времени о нем имеется ряд сообщений (Schmieden und Sebening, Aleke, Haberer, Schneider, Seifert, Harttung), по которым можно судить, что перноктон скорее необходим также в качестве подсобного наркоза. Большие дозы его дают сильное возбуждение и опасны. Haberer и Harttung имели смертные случаи. Быстрое введение 10% водного раствора может вызвать падение кровяного давления с параллельно идущим расстройством дыхания (коллапс).

Эта приведенная мной историческая справка показывает, что идеального наркоза до сего времени не найдено. По исследованиям самого

последнего времени, помимо приведенных мной ниже, даже легкие виды наркозов (Aethylen), действующие в течение очень небольшого промежутка времени ( $1/2$  часа), имеют свое влияние на кислородсвязывающую силу крови (кислородный обмен в крови), почему операция, сделанная под местной анестезией, вместе с сопровождающей ее кровопотерей и травмой, не имеет того влияния на организм, как кратковременный, самый легкий наркоз сам по себе без всякой операции (Jates and Raine, Pitt).

Моя клиника, принимая посильное участие в работе по отысканию наименее опасного средства обезболивания при хирургических операциях, встала на следующую принципиальную позицию:

В клинике всякий метод общего обезболивания из известных до сих пор может встретить свои противопоказания. Наиболее ценным будет тот, который этих противопоказаний будет иметь меньше. Мы с радостью встретим и примем такой метод...

Но мы сейчас и впредь будем помнить, что невинным и безупречным не может быть ни один общий наркоз, раз действующему началу требуется пройти через кровь и так повлиять на центральную нервную систему, чтобы важнейшие ее отделы (головной и спинной мозг) пришли в состояние паралича. Это не может проходить бесследно для человеческого организма!... Состояние это связано с полной потерей сознания и чувствительности, произвольных и почти всех рефлекторных движений, значительным изменением функций сердца, легких и других внутренних органов... В огромном большинстве случаев человеческий организм, правда, справляется с предъявляемым ему во время наркоза требованием, но, во-первых, нам не дано знать насколько и какой ценой, а, во-вторых, иногда он с ним и не справляется и гибнет тут же или спустя некоторое время, и никогда мы не знаем, кто будет этой несчастной жертвой...

Мы считаем, что идеальным было и всегда будет обезболивание самого места операции без сопутствующего по возможности повреждения остальных отделов человеческого тела.

С этой точки зрения мы считаем необходимым обратиться к методам местной анестезии и притом именно к тем из них, которые наиболее точно отвечают последнему требованию—не повреждать человеческого тела в стороне от места операции, в особенности, когда дело касается важных жизненных органов.

Положив в основу требований обезболивания при операциях указанные принципы, мы с 1924 года приступили к систематической, упорной разработке метода местной инфильтрационной анестезии, каковую и продолжаем до настоящего времени.

Последний метод, известный в хирургии в течение многих десятков лет, не получил до настоящего времени широкого практического применения, ибо в том виде, как он предлагался наиболее горячими его защитниками Reclus и Schleich'ом он содержал в себе много недоговоренного, неточного, почему и легко сравнительно был побежден противниками его, отстаивавшими в анестезии принцип блокирования нервов в стороне от разреза, принцип так называемой проводниковой анестезии.

Основные возражения против инфильтрационной анестезии сводились к следующему 3 пунктам:

1. Затруднения ориентировки в пропитанных раствором тканях.
2. Практическая невозможность производить сложные операции, сочетая послойность с необходимым выжиданием момента наступления анестезии в каждом пропитанном слое.

3. Необходимость употребления для целей инфильтрации больших количеств раствора и вытекающая отсюда опасность интоксикации.

Все возражения были настолько сильны, что не было ничего удивительного, что победа осталась за защитниками проводниковой анестезии. Практическая разработка последней привела в непродолжительное время к созданию целого ряда отдельных методов ее, из которых многие казались очень ценными. Однако, в целом система проводниковой анестезии далеко не оправдала возлагавшихся на нее надежд.

Прежде всего большинство из методов ее явились сами по себе отдельными довольно сложными операциями, зачастую метод анестезии оказывается труднее самой операции. Выполняя задачу подкожного, закрытого блока нервов они никогда не дают полной уверенности в успехе проделанной процедуры, ибо точность проекции того или другого пункта нерва часто варьирует в человеческом теле в зависимости от конституции его, развития подкожного слоя жира и других условий. Бесконечное количество схем и проекций нервов, нужное для выполнения анестезии, оказывается трудным для запоминания даже людям, хорошо знакомым с анатомией. Некоторые методы проводниковой анестезии, которые были связаны с блоком нервов поблизости от центральной нервной системы (спинной мозг), признаны опасными и теперь почти оставлены, причем это обстоятельство сопровождалось новым лозунгом авторов: „прочь от центра!“

Эта участь вероятно постигнет и тот метод, который связан с разовым, внезапным блоком больших ганглиозных скоплений в животе (*Splanchnicusanaesthesia*), благодаря грубым антифизиологическим его особенностям (*Killian*).

Далее существуют методы, проведение которых сопряжено с возможностью сопутствующего поранения крупных сосудов и нервов, почему описание их сопровождается постоянными оговорками и предостережениями. Наконец, закрытое введение сравнительно сильных растворов не может быть безразличным в смысле интоксикации.

Вся сумма перечисленных обстоятельств, вероятно, и была причиной того, что проводниковая анестезия не получила широкого распространения. Отдельные ее методы, оставаясь достойным лиц, взоцрившихся в проведении их, не могли оказать влияния на распространение ее в целом. Таким образом, практическое применение ее имеет до сих пор чрезвычайно пестрый характер: оно касается обычно только отдельных операций, удающихся тем или другим лицам.

Этим, однако, я не хочу сказать, что принцип проводниковой анестезии совершенно излишен, но стремление исключительно на нем построить анестезию я считаю утопичным, ибо помимо указанных технических затруднений, которые он несет в себе, иннервация органов человеческого тела так сложна, что на этом пути будут постоянные неточности и неудачи. Вот почему мне и кажется, что в судьбе окончательного разрешения вопроса местного обезболивания этому принципу суждено будет играть лишь подчиненную роль. Жизнь для широкого поль-



зования требует метода сравнительно простого, безопасного и покрывающего наибольшее количество возможностей. Этим условиям может удовлетворить только правильно проводимый и разработанный принцип инфльтрации тканей.

Общее значение того метода инфльтрационной анестезии, который выкристаллизовался в работе моей клиники в течение ряда лет, должно быть понято прежде всего в свете реального опровержения банальных возражений против инфльтрационной анестезии.

Что касается первого возражения о затруднениях ориентировки в пропитанных тканях, то оно, как я об этом уже неоднократно высказывался в своих работах, имеет в значительной своей части просто характер недоразумения, покоящегося на первых впечатлениях лиц, мало знакомых с методом, не привыкших к нему. Правильное послойное введение раствора с использованием апоневрозов и сращений может только облегчить ориентировку в тканях, но никак не затруднить ее. Это положенно столь же ясно, как и важно в самой сущности метода. Я его хотел бы особенно подчеркнуть, поясняя, что инфльтрацией, в особенности при помощи „тугого инфiltrата“ всегда можно пользоваться для облегчения не только ориентировки в тканях, но и изоляции органов при их препаровке, ибо предпосланная ножу, она делает подчас работу последнего неузнаваемо легкой. Так будет прежде всего в обычном разрезе на конечностях в случае надобности отыскать тот или иной сосуд или нерв до самых тонких включительно, так будет часто при отсечении плотно замурованного в сращениях червеобразного отростка, когда последний выявится после солидного пропитыванья соседней париетальной брюшины и самих сращений, так будет при подсерозном выдущении желчного пузыря, при препаровке duodeni перед резекцией желудка, при отделении брюшных органов от забрюшинных и т. д., и т. д. На одно мгновение неопытный оператор может придти в смущенье при виде пропитанных тканей где-нибудь в узкой, мало знакомой ему ране, чтобы вслед за этим вознаградить себя указанными преимуществами операции.

Второе возражение относительно необходимости выжиданья во всех слоях, за исключением кожи, совершенно опровергается особенностями нашей методики. Дело в том, что, если речь идет об операциях на голове и туловище, то встречающиеся здесь нервы (не особенно толстые) успевают в нашем методе „тугого инфiltrата“ придти в состояние нечувствительности очень быстро, так что время введения раствора совершенно достаточно для этого.

Экспериментальные исследования моего сына, сделанные на нерве теплокровного животного в фармакологической лаборатории проф. В. М. Соколова, показывают, что п. saphenus кошки, в условиях его полного омыванья раствором в камере, анестезируется примерно в течение одной минуты. Т. к. мой „тугой инфiltrат“ в сущности есть своего рода ванна для нерва, то понятно, почему я произвожу перерезку сравнительно толстых нервов туловища без всякого выжиданья в ходе операции. Когда же приходится сталкиваться с толстыми стволами нервов конечностей, то здесь будут иметь место два случая. Первый—когда нерв только препаруется, а второй—когда он перерезается. Для первого случая оказывается достаточным обычное соприкосновение нерва с „ту-

гим инфильтратом“ в условиях его перинеуральной обработки, а для второго требуется при обнажении его в типичном месте обработать его еще и эндоневральной инъекцией, как это делается нередко даже и при применении общего наркоза.

Третье возражение касается необходимости употребления при сложных операциях больших количеств раствора и вытекающей отсюда опасности витоксикации. Конечно, большие, сложные операции, при системе „тугого инфильтрата“, должны потребовать большого количества обезболивающего раствора. Этому обстоятельству с самого начала надо прямо взглянуть в глаза и тут же его разрешить. Исходя из классического опыта Weigand'a, по которому сильная доза кокаина в слабых растворах не вызывает отравления, я и беру прежде всего слабый раствор, ввожу его частями в течение всей операции и большое количество его вывожу часто обратно наружу вслед за разрезом инфильтрата. Учитывая значение Са—содержащих солей раствора Ringel'a в борьбе организма с последствиями травмы (Seemen und Binswanger) я растворяю новокаин в жидкости Ringel'a и до минимума довожу прибавление к раствору адреналина. Таким образом моим раствором является 1/10% новокаина (на Ringel'e) с прибавлением 2 капель на 100,0 адреналина. Этот раствор в своей методике я безнаказанно ввожу в весьма больших количествах (до 2 литров, если понадобится)<sup>1)</sup>, не видя и следов витоксикации у своих больных и получая, как правило, идеальное заживление операционной раны.

С этим методом мы имеем возможность во всех областях человеческого тела производить все операции, включая и самые сложные, как напр., полное удаление в один сеанс всех толстых кишек. Таким образом теперь под местной инфильтрационной анестезией в моей клинике оперируется более 98% всех больных.

Отдельных случаев встречаемых нами противопоказаний к ней я здесь касаться не буду, они суть редкие исключения.

По нашему методу в настоящее время работают две местные гинекологические клиники, причем одна из них, проф. А. Н. Тимофеева, почти полностью.

Работая с указанной методикой, мы ежедневно убеждаемся в правильности ее принципиальной постановки, ибо наблюдаем неизменно процесс естественного ее усовершенствования в наших руках: что было невозможно вчера, стало возможным сегодня, что было дефектным вчера, стало идеальным сегодня. Это обстоятельство дает нам уверенность рассчитывать не повторить истории Braun'a, когда последний, проработав несколько десятков лет над разработкой проводниковой анестезии, в последней своей книжке пишет, что операцию аппендицита он производит в настоящее время, как правило, в общем наркозе и только в исключительных случаях с местным обезболиванием. Такое заявление не может звучать иначе, как тяжелый приговор над проводниковой анестезией, со стороны человека, который всю свою жизнь защищал ее.

Позволительно теперь задать себе вопрос, в какой степени указанная установка работы клиники, связанная с почти полным исключением из обихода общего наркоза, отразилась на конечной цели этого меро-

<sup>1)</sup> Примечание: вентральная грыжа — adipositas!

приятня—снизить % послеоперационной смертности. Скажу прямо, что работа с этим методом привела нас к результатам в этом отношении, о которых трудно было думать. Процент смертности в наиболее сложных отделах хирургии снизился до неузнаваемости; так, на 100 с лишним больных, оперированных по поводу заболеваний желчных путей со всеми их осложнениями и во всех возрастах, мы имеем 5 смертей. В то время как раньше общий % смертности для этого отдела хирургии в наших условиях был не менее 20%. В иных отделах хирургии смертность исчезла совершенно: на несколько сотен операций в холодном периоде аппендицита смертей не было, исчезли неожиданные, непонятные смерти... Из послеоперационных осложнений, разумеется, кроме совершенно случайных, остались только непреодоленными—легочные, которые записаны от разнообразных причин и для которых не найдено еще того волшебного средства, каким их можно было бы предупреждать или сразу останавливать. Однако и они в огромном большинстве случаев имеют совершенно легкий характер.

Объективно общая картина послеоперационного состояния наших больных лучше всего рисуется в следующих выводах моих учеников (Крестникова и Пшеничникова), изучавших ее с различных сторон.

1. Щелочной резерв крови под влиянием операций с нашим методом инфильтрационной анестезии изменен не представил.

2. Исследование рН мочи у 79 больных дало отсутствие каких бы то ни было изменений у 45% больных, в 16% было повышение рН (от 0,2—1) и в 39% было понижение рН (от 0,2—1). При этом установить закономерности изменения или зависимости числа рН мочи от операции и послеоперационного течения не удалось.

3. В отношении ацетонурии отмечаем, что зависимости ацетонурии от перенесенной операции установить не удалось.

Ацетонурия после операций на 100 больных встретилась всего только 14 раз. До операции—2 раза, в обоих случаях ацетон исчез после произведенной операции.

4. Там, где не было белка в моче до операции, никогда он не появлялся и после нее.

5. Кровяное давление, в зависимости от произведенных операций, колебалось как в сторону его повышения, так и понижения, причем это колебание у большинства больных было от 1—10 делений.

6. Содержание Са в крови после операции с анестезией по нашему методу оставалось без изменения. Колебания были настолько минимальны, что их можно было игнорировать.

В соответствии с этим и общие клинические симптомы ацидоза наблюдались у наших больных в послеоперационном периоде исключительно редко.

Не надо забывать, что последнее обстоятельство, кроме всего остального, указывает и на спокойную, правильную психическую установку наших больных в атмосфере постоянной „безнаркозной“ работы клиники.

Приведенные выводы настолько отличаются от всего того, что нам известно по этому вопросу из знакомства с данными литературы, вышедшими из иных мест, что они не могут не вселять нам бодрости и уверенности в правильно взятой нами линии в вопросе обезболивания

при хирургических операциях. Работая в современных условиях нашей действительности, мы должны помимо всего прочего твердо помнить, что мы не можем бросать тех огромных средств на предоперационную подготовку наших больных и последующий уход за ними, какие бросаются на это в З. Европе и Америке, чтобы нейтрализовать тем самым, хотя бы в известной степени, тяжелое влияние наркоза, мы не можем завозить дорого стоящей аппаратуры для разнообразных видов наркоза. В этом мы им уступаем в настоящее время, но в одном мы им не уступаем и не уступим—это в желании и умении сохранить жизнь наших больных; к этому мы успешно идем различными путями широкоразвернутой программы советской медицины. Один из них намечен и нами в скромном уголке нашей работы... Опасности наркоза при хирургических операциях должны быть обойдены широким применением местной инфльтрационной анестезии!...

---

Из Патолого-анатомического института Казанского госуниверситета. (Зав. проф. И. П. Васильев).

## К вопросу о свободных фибриновых телах в плевральной полости.

Прозектора А. В. Голяева.

Со времени введения в качестве лечебного метода при туберкулезе легких искусственного пневмоторакса в последние годы рядом фтизиатров-рентгенологов описаны в полости плевры своеобразные фибриновые тела, механизм возникновения которых пока остается неясным. Известно только, что они образуются в результате экссудативного плеврита, развивающегося нередко после наложения повторного пневмоторакса.

Недавно мы имели возможность наблюдать подобный случай при вскрытии трупа, доставленного на секцию из Центральной туберкулезной больницы Тат. НКЗва с диагнозом: ТС<sub>III</sub> praecipue productiva cum cavernis. Pneumothorax spontanea dextra et pleuritis exsudativa. Laryngitis tuberculosa. Myocarditis chr.

Краткие выдержки из истории болезни, любезно предоставленной в наше распоряжение доктором Н. М. Захаровым:

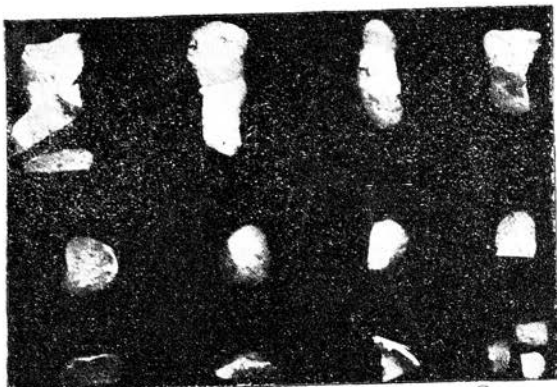
Мужч., 40 л., монтер; выше средн. роста, крепкого сложения и хорошего питания. Считает себя больным с 1925 г. Впервые, в течение 3 недель, находился на излечении в Туб. больнице в марте 1926 г. по поводу подострого продуктивного туберкулеза верхних отделов легких, преимущественно слева. Проводилось вливание солей кальция. К концу лечения значительное улучшение с прибавью в весе. В февр. 1927 г. констатировано ухудшение процесса с потерей трудоспособности, при субфебрильной  $t^0$  и с множеством ВК в мокроте. Снова назначено колючее лечение в Туб. б-це. По истечении 5 нед. лечения отмечено улучшение общего состояния, прибавь в весе;  $t^0$ —норма. Осенью этого же года наступило быстрое развитие болезни и в декабре больн. был принят в Туб. б-цу (3-й раз). Обнаружено значительное ухудшение процесса в легких при наличии каверн, субфебрильной  $t^0$  и ВК в мокроте. Среди лечебных мероприятий и в этот раз была применена кальцевая терапия.

26. II. 28 утром 6-ной внезапно почувствовал сильные боли в правой половине груди, усилившиеся к вечеру; появилась одышка и рвота;  $t^0$  дала резкий подъем до  $40^0$ ; пульс 125 в мин., число дыханий 40. Эти явления с данными пер-



куссии, аускультации и рентгеноскопии позволили остановиться на диагнозе правостороннего спонтанного пневмоторакса. Через 3 дня в полости правой плевры отмечалось наличие свободной подвижной жидкости. На 9-й день после появления пневмоторакса exi. let.

Краткие выдержки из протокола вскрытия:  
Труп крепкого сложения, удовлетворительного питания. Правая половина грудной клетки несколько расширена, межреберья сглажены. Купол диафрагмы—справа: по передней подмышечной линии—VII-ое ребро, по сосковой—на уровне



реберной дуги; слева—V-ое межреберье. Сердце увеличено и оттеснено влево от средней линии. Плевральная полость слева жидкости не содержала; листки ее слегка утолщены и в большей части свободны, лишь сзади у верхушки имеются трудно-разделяемые сращения. Справа в полости плевры около 2-х литров мутной, зеленоватого оттенка жидкости с белыми, рыхлыми, напоминающими парафиновые массы, свободно плавающими телами в количестве 14 шт. (фотограф. снимок). Форма их весьма неправильная,

преимущественно уплощенная; величина от боба до 2 больших серебряных монет, приложенных краями друг к другу. Поверхность в общем гладка и только при внимательном осмотре заметны мелкие углубления и нежные петлистые наслоения. На разрезе тела белого цвета, рыхлы (крошатся), с неясной слоистостью от различной толщины тяжей, переплетающихся между собой.

Плевральные листки справа сплошь утолщены за счет наслоений фибрина и плотно сращены фиброзной тканью в области верхушки. Нижний край верхней доли по lin. axil. ant. сращен с реберной плеврой при помощи плотного округлого тяжа, толщиной в карандаш. Вблизи места прикрепления последнего на легочной плевре заметно беловатое возвышение, как бы наслоение с миндалину величиной, с небольшим отверстием, проникающим в легкое.

Правое легкое значительно уменьшено, кожистой консистенции, оттеснено вверх и придавлено к позвоночнику. На разрезе, в верхней доле его, расположены одна обширная каверна с тонкими, гладкими стенками и 3 малых, при чем одна из последних, величиною с крупный лесной орех, лежит под плеврой и сообщается посредством вышеназванного отверстия с плевральной полостью. Паренхима верхней доли с мелкими казеозными очагами, вкрапленными среди плотных масс соединительной ткани. В средней и нижней долях ткань темно-красного цвета, безвоздушна, с отдельными одиночными—казеозными очагами. Левое легкое растянuto, в верхней доле его большая гладкостенная каверна с цирротическими изменениями и небольшими казеозными очагами вокруг. Нижняя доля без казеозных участков. Diagn. anat.: Hypertrophia cordis. Hyperplasia lienis acuta. Laryngitis ulcerosa tuberculosa. Bronchitis purul. chr. Pleuritis serosofibrinosa acuta dex. et chr. adhaesiva bilateralis partialis. Corpora fibrinosa libera cavi pleurae dex. Pneumothorax spontanea dex. per rupturam cavernae lobi super. et atelectasis pulmonis dex. Tuberculosis pulmonum, praecipue productiva, cum cavernis. Gastritis chr. Hyperaemia passiva hepatis et renum.

Микроскопическое исследование показало, что центральные части фибриновых тел (окраска по Weigert'y) состояли из петлистой, а местами гомогенной массы с небольшими скоплениями некротизированных клеток экссудата. Периферическая зона более нежно петлиста, с немногочисленными полиморфноядерными лейкоцитами и одиночными

полнобластами. С поверхности кое-где прилегали группы отчетливо красящихся таких же клеток. Красные кровяные тельца как внутри, так и на поверхности фибриновых тел, встречались в ничтожном количестве. Реакция на железо (по Nishimura) отрицательна. Каких либо включений в центральных частях этих тел, которые послужили бы остовом для дальнейшей аппозиции фибриновых масс, не обнаружено. При окраске по Ziehl-Gabett'y найдены в небольшом количестве палочки Kocha.

Впервые на существование свободных фибриновых тел в плевральной полости было указано Fleischner'ом (1922), который обнаружил их в случае искусственного пневмоторакса при исследовании б-ного рентгеном. В дальнейшем аналогичные рентгенологические наблюдения описали: Düll (1924), Maendl (1925), Poindecker (1925), Stöffel (1926), Клинковштейн и Беляева (1926), Mende (1927), Losen (1927), Wischnowitz (1927) и Sachs (1928). При этом Poindecker, Stöffel и Wischnowitz описали один и тот же случай в различные периоды болезни.

К настоящему времени известно всего 10 случаев существования свободных фибриновых тел в полости плевры, обнаруженных посредством лучей Рентгена. На вскрытии же подробный диагноз был установлен только 2 раза [Wischnowitz'ом и Помельцовым (1928)].

В первом случае дело касалось рентгенологического наблюдения Poindecker'a-Stöffеля, где величина фибринозного тела была определена с каштан; на вскрытии же были обнаружены остатки его в виде желтой, кашнеобразной массы, напоминавшей казеозный распад и заполнявшей левый френико-костальный угол. При микроскопическом исследовании масса представляла чистый фибрин (?). В случае Помельцова в левой плевральной полости было найдено 2 фибриновых образования: одно—свободное, плоское с одной и угловатое с другой стороны, величиною с куриное яйцо; другое—фиксированное небольшим тяжем с реберной плеврой, кругловатой формы, размерами с лесной орех. Поверхность обоих была гладка, желтовато-серого цвета, с точечными углублениями и заметными бороздами. Микроскопически они состояли из фибрина.

На основании изучения приведенных сообщений можно сделать некоторые выводы: фибриновые тела чаще обнаружены у мужчин: возраст больных 21—40 л. В одних случаях эти тела были совершенно свободными и легко изменяли свое местоположение при перемещении тела; в других—были фиксированными частично или плотно во френико-костальном синусе. Размеры колебались от лесного ореха до куриного и даже гусиного яйца. Чаще они существовали одиночно, реже их было 2—4 и только в нашем случае 14. Обычно они возникали в результате экссудативного плеврита, развившегося после наложения пневмоторакса, и могли находиться в полости плевры до 1½ лет, не причиняя особого страдания больным (Poindecker-Stöffel-Wischnowitz, Losen). В других случаях они полностью рассасывались через различные сроки после исчезновения экссудата и введенного газа (Düll, Maendl, Mende, Клинковштейн и Беляева). При рентгенологическом исследовании свободные фибриновые тела обнаруживались только после всасывания плевритического экссудата, так как в присутствии жидкости

их невозможно определить. Во всех случаях имел место искусственный пневмоторакс, и только нами впервые они обнаружены при спонтанном.

Относительно механизма образования фибринозных тел в плевральной полости Düll, Клинковштейн и Беляева, Stöffel, Sachs высказывают предположение, что такой причиной может быть кровоизлияние в плевру из поврежденных сосудов при наложении пневмоторакса. Кровь затем является основой для наложения фибрина. Это может быть правильно только для 1-го сл. Maendl'a, в котором налицо был обильный травматический гемоторакс, и где еще через 2 нед. после его возникновения пункция дала частью жидкую, частью коагулированную кровь. Что же касается остальных случаев указанных выше авторов, то в них нет определенных указаний на бывшее кровоизлияние. Наш случай до некоторой степени опровергает указанное допущение, так как при микроскопическом исследовании фибринозных тел в них не обнаружено присутствия крови, кроме единичных эритроцитов. Поэтому более приемлемым является предположение Fleischner'a, Poindecker'a, Mende, Lossen'a и Помельцова, что свободные фибринозные тела образуются или при выпадении свертков фибрина из богатого им экссудата, или при отрыве частиц от фибринозных наслоений плевральных листков. На это первично образовавшееся ядро впоследствии происходит дальнейшее отложение рыхлых фибринозных масс. С течением времени свертки фибрина уплотняются и затем, вследствие колебания жидкости при дыхании и движении, могут подвергаться шлифовке и принимать круглую, яйцевидную или закругленную форму.

Несколько обособленно стоит работа Brandt'a, в которой он экспериментально на собаках показал, что подобные свободные тела могут возникать в полости плевры при введении эмульсии краски scharlachrot или каменноугольного дегтя, растворенного в подсолнечном масле. Эта работа едва ли может пролить свет на выяснение генеза свободных фибринозных тел при пневмотораксе, так как в этих опытах в плевру вводились лишь раздражающие вещества, пневмоторакса же не было.

Далее Lauche упоминает о 2 случаях свободных тел плевральной полости (Reid'a—1836 и Noche—1910), в которых не было произведено гистологического исследования, и приводит 2 собственных наблюдения. В первом случае, у мужчины, 63 лет, при хроническом плеврите слева обнаружено 2 свободных тела, величиной около горошины, хрящевой консистенции, беловато-голубого цвета. На разрезе одно из них было концентрически слоистое и в центре обизвествлено; при микроскопическом исследовании в средней зоне найдены отдельные вытянутые ядра, поверхностные же слои были свободны от клеток. Второе тело содержало в центре мелкозернистый распад и на части поверхности имело волокнистую соединительно-тканную капсулу с угольным пигментом. В другом случае у 72 лет. старика в плевре было найдено свободное тело 3 мм. в диаметре, концентрически слоистое, с угольным пигментом в середине. Со стороны плевры изменений не обнаружено. В этих случаях, по мнению Lauche, имелось дело с инородными телами, вероятнее всего отшнуровавшимися подплевральными лимфатическими узлами, вокруг которых в дальнейшем происходило наслоение фибрина.

Обращаясь теперь к причинам образования свободных фибринозных тел в плевральной полости у человека, мы должны подчеркнуть, что определенных условий для возникновения их пока точно не установлено.

По нашему мнению, одним из основных условий является проникающий в полость плевры воздух (газ), ибо без пневмоторакса мы не знаем ни одного случая существования таких тел в плевральной полости. Факт же возникновения свободных фибриновых тел плевральной полости, в связи с широким применением кальциевой терапии при тbc легких (что имело место и в нашем случае), заставляет подумать и о том, что искусственное повышение солей кальция в организме больных может, повидимому, являться одним из моментов, благоприятствующих выпадению фибриновых масс из экссудата.

В заключение следует еще указать, что кроме плевральной полости свободные фибриновые тела были редко обнаружены также в полости окологрудной сумки, брюшной полости и в суставах.

Так, у Rokitansk'ogo, мы находим указание на существование в одном случае серозного перикардита многочисленных, желтоватых образований от боба до миндалина величиной. Это были „волокнистые, состоящие из белкового вещества, свертки и осадки с ясной концентрической слоистостью“. По мнению автора, в дальнейшем „они были бы преобразованы в эластически плотные тела фиброидной ткани“.

Foa экспериментально вызывал образование в брюшной полости свободных тел, как результат выпадения фибрина после инъекций нуклеопротенда; отложившиеся на поверхности таких тел „лейкоцитовидные“ клетки образовывали нежную соединительнотканную оболочку, которая при вторичной фиксации тел на брюшине начинала васкуляризоваться. Подобные тела Foa получил также после введения хлопьев фибрина. По Gierke у человека свободные фибриновые тела в брюшной полости могут возникать через отрыв частиц фибринозного экссудата, на которые в дальнейшем вновь наслаивается фибрин, а при перемещении с места на место, благодаря перистальтике кишек, тела закругляются.

При туберкулезном поражении суставов в выпоте иногда находят так называемые *concreta oryzoidea*, которые по König'у и Riese образуются из отторженного пристеночного фибрина, принимающего вследствие движения своеобразную форму рисовых телец; впрочем Goldmann, Garre и Schuchardt считают их за продукт перерождения синовиальной оболочки.

*Литература:* 1) Fleischner. Mitteil. d. Ges. f. inn. Medic. u. Kinderheilkunde. Wien, 1922, № 2.—2) Stöffel. Fortschr. a. d. Gebiet. d. Röntgenstr. Bd. 34, Hf. 4.—3) Düll. Beitr. z. Klin. d. Tuberculose, Bd. 60, Hf. 4.—4) Maendl. Ibid. Bd. 61, Hf. 2.—5) Poindecker. Ibid. Bd. 61, Hf. 2.—6) Клишковштейн и Беляева. Ibid. Bd. 63, Hf. 3.—7) Mende. Ibid. Bd. 66, Hf. 3.—8) Lossen. Ibid. Bd. 66, Hf. 6.—9) Wischnowitz. Ibid. Bd. 67, Hf.  $\frac{3}{6}$ .—10) Помельцов. Вопросы туберкулеза. 1928, № 3 —11) Brandt. Virch. Archiv. Bd. 263.—12) Lauche. Handb. d. spez. path. Anat. von Henke-Lubarsch. Bd.  $\frac{3}{1}$ .—13) Reid и Hoche. Цитир. по Lauche.—14) Gierke. Handb. d. spez. path. Anat. von Henke-Lubarsch. Bd. 4/L.—15) Foa. Цитир. по Gierke.—16) Rokitanski. Handb. d. pathol. Anat. 1844. Bd. 2.—17) Kaufmann. Lehrb. d. spez. path. Anat. 1924.—18) König, Riese, Goldmann, Garré, Schuchardt, цит. по Kaufmann'у.—19) Sachs. Zeitschr. f. Tuberculose, Bd. 49, Hf. 5.



Из Кубанского окружного химико-бактериологического института.

## Реакция отклонения комплемента при *malaria quartana*.

Проф. И. Г. Савченко и д-ра И. М. Баронова.

В 1925 году нами была опубликована в Казанск. мед. журнале работа: „Специфическая реакция отклонения комплемента при малярии“. Реакция эта, как известно, основана на том, что алкогольная вытяжка из печени маляриков содержит антиген, который с сыворотками больных соответствующей формой малярии дает отклонение комплемента.

Еще в то время у нас были опыты, показывающие, что сыворотка больных *mal. quartana* не дает отклонения комплемента ни с антигеном *mal. tertiana*, ни с антигеном *mal. tropica*. В предыдущей работе мы не упоминали об этих опытах в надежде, получив антиген *mal. quart.*, более подробно изучить это явление. Но *mal. quart.* болеют редко, а еще реже больные *mal. quart.* умирают от других каких-либо причин и попадают на вскрытие.

Только в 1927 г. прозектором I-ой совгорбольницы д-ром А. В. Абрамовым нам была доставлена со вскрытия печень субъекта, у которого в больнице при жизни находили в крови гаметы и шизонты *mal. quart.* Из этой печени нами был приготовлен антиген<sup>1)</sup> и поставлен ряд опытов с сыворотками больных различной формой малярии, у которых бактериоскопически была установлена форма малярии.

Предварительные опыты показали, что антиген *mal. quart.* дает неизменно (10 случаев) в подходящей дозе (0.03) отклонение комплемента с сыворотками больных *mal. quart.*, безразлично, находились ли там только формы шизонтов, или же были и гаметы. Очевидно, что подобно тому как и при *mal. tert.*, так и *mal. quart.* в нашем случае антигены были и для шизонтов, и для гамет, ибо у больного, труп которого попал на вскрытие, были найдены обе формы паразита.

Убедившись, что антиген наш деятелен для *mal. quart.*, мы поставили ряд опытов для выяснения его специфичности по тому же плану, которым мы выяснили специфичность антигенов *mal. tert.* и *mal. trop.* Прежде всего надо было убедиться в специфичности нашего антигена с *mal. quart.* Были поставлены опыты с сыворотками больных другими лихорадочными заболеваниями (брюшной тиф—12 опытов и туберкулез—8 опытов). Результат получился во всех случаях отрицательный. Были далее поставлены опыты с другими формами малярии (с *mal. tert.*—6 сл. и с *mal. trop.*—5 сл.); опыты ставились с тремя антигенами (*mal. tert.*, *quart.* и *trop.*). С антигеном *mal. quart.* во всех случаях результат получился отрицательный, с соответствующими же антигенами-положительный.

Убедившись таким образом в специфичности нашего антигена, мы произвели ряд исследований с сыворотками больных *mal. quart.* с целью выяснить, во всех ли случаях *mal. quart.* получается положительный результат, причем всегда делалось бактериоскопическое исследование

<sup>1)</sup> Подробности метода приготовления антигена, его титража и постановки реакции—в этом же журнале—1925 г., № 10.

крови для выяснения, находились ли там гаметы или формы шизонтов в острых случаях *mal. quart.* В 85 подряд произведенных исследованиях, где в крови обнаружены паразиты *mal. quart.*, с антигеном *mal. quart.* получился результат положительный. При этом обнаружена та же законность, что и при *mal. tert.* (см. предыдущ. статью). Во всех 44 сл. хронической *mal. quart.* с присутствием гамет в крови результат резко положительный (четыре или три плюса); в острых случаях (42), где не было гамет, а только шизонты, результат слабо положительный (два плюса).

Объясняется это теми же соображениями, которые были указаны нами в предыдущей статье, т. е., что у субъекта, у которого была взята печень для антигена, преобладали в крови гаметы.

Реакцию отклонения комплемента при малярии у нас приходится ставить по требованиям маляристанци, больниц и частных врачей во всех тех случаях, где есть подозрение на малярию, но нет паразитов в крови. Прежде эта реакция ставилась только с антигенами *mal. tert.* и *tror.*, теперь же, с июня с. г., при постановке этой реакции при подозрительных на малярию случаях, мы ввели и антиген *mal. quart.* Из 685 подозрительных по малярии случаев последняя не обнаружена в 192 сл., положительный результат с антигеном *mal. tert.* в 477 сл. и с антигеном *mal. quart.* в 16 случ.

---

Из Терапевтического отделения 3-й рабочей больницы в Киеве. (Завед. прив.-доц. д-р мед. С. О. Ромм).

## К клинике гепато-лиэнальных заболеваний.

Прив.-доц. д-ра мед. С. О. Ромм.

Из большой группы заболеваний печени в последнее время научились выделять такие формы, при которых путем спленэктомии не только устранялась желтуха, как основной симптом заболевания, но нередко удавалось приостановить и дальнейшее развитие уже наступивших цирротических изменений печени. Постепенно убеждались в том, что при известных заболеваниях, которые ставились в связь только с расстройством функции печени, селезенка также играет выдающуюся роль, как важнейший фактор заболевания. Это заставляло предполагать существование тесных взаимоотношений между селезенкой и печенью, так что можно было говорить о заболеваниях гепато-лиэнальной системы, под которой разумеется большая биологически объединенная система, в которой играют выдающуюся роль селезенка, печень и костный мозг (их ретикулоэндотелиальные элементы). Все эти три органа при нормальных условиях работают согласованно, при патологических же условиях имеет место расстройство функций гепато-лиэнальной, resp. ретикуло эндотелиальной, системы как в целом, так и отдельных ее ингредиентов в частности.

Из гепато-лиэнальных заболеваний, как отдельные нозологические единицы, нам известны: спленомегалический цирроз печени (т. наз.

morbus Banti), гемолитическая пернициозная анемия, спленомегалия типа Gaucher и хроническая гемолитическая желтуха.

Последнее заболевание наблюдается чаще всего в форме наследственной, семейной или спорадической, врожденной (тип Minkowsk'ого-Chauffard'a).

Первое описание наследственной гемолитической желтухи дал Minkowski (1900), который наблюдал 8 случаев желтухи в одной семье (в 3 поколениях). У его больных наблюдались: большая селезенка, желтушная окраска кожи и склер, резко окрашенный билирубином стул, уробилин в моче, большое скопление железо-содержащего пигмента в почечной ткани. Заболевание передавалось по наследству и появлялось, повидимому, с момента рождения. Болезнь мало беспокоила больных, не грозила их жизни, и они доживали до глубокой старости. По мнению Minkowski в основе этого страдания лежит, повидимому, особая аномалия в нормальных превращениях Hb крови, возможно, как следствие первичных изменений в селезенке. Начиная с 1900 года, эта болезнь под различными названиями описывается целым рядом французских (Gilbert, Castaigne, Lereboullet, Lovtat-Jacob и др.), английских (Barlow, Shaw), немецких (Senator, Krannhals, Pick, Claus u. Kalberlach) и др. авторов. Chauffard, наблюдавший 3 случая этой болезни, первый обратил внимание на один симптом, который сразу поставил эту болезнь в ряды болезней крови, а не печени (как это думали до него), а именно на понижение резистентности эритроцитов в отношении гипотонических растворов NaCl, что автор приписывает особой ломкости, хрупкости их („fragilité globulaire“), как выражение наследственной или врожденной аномалии со стороны эритроцитов. Кроме наследственных случаев наблюдались, повидимому, и врожденные спорадические формы; их впервые описали Bettman (1900) и Widal et Ravaut (1912). Meulengracht собрал в Дании за 4 года 50 случаев хрон. гемолит. желтухи, из коих 34 случая были им лично подробно обследованы (12 случаев оперировано). Из 34 случаев оказалось 24 наследственных, 7 спорадических и всего 3 приобретенных форм.

Таким образом, наряду с детально изученными случаями хронич. гемолит. желтухи в форме наследственной или спорадической, несомненно, встречаются, хотя и очень редко, случаи приобретенной гемолит. желтухи (тип Haуem-Widal'я).

Widal и его ученики (Abrami и Brulé) указали на те признаки приобретенной формы болезни, благодаря которым она должна считаться заболеванием, родственным наследственной и спорадической формам. Сюда относятся: пониженная резистентность эритроцитов, увеличение селезенки, желтуха гемолитического характера, признаки повышения распада крови и усиленной регенерации костного мозга. Эти приобретенные формы чаще наблюдаются у женщин в относительно более позднем возрасте, причем картина болезни не столь полная и выдержанная, как при наследственной и спорадической формах.

С легкой руки Widal'я и его школы стали часто находить приобретенные формы хрон. гемолит. желтухи, основываясь главным образом на одном кардинальном симптоме—понижении резистентности эритроцитов. Критический обзор опубликованных до последнего времени случаев пока-

зывает, что здесь часто ошибочно объединяются под видом приобретенной формы гемолит. желтухи болезненные формы различного характера. Одна часть этих случаев объединяет болезни с известной или относительно известной этиологией, как пернициозная анемия, анемия беременных, некоторые случаи *m. Banti* (спленомегалические циррозы печени), малярия, *hues* и т. д. Это—вторичные формы болезни, при которых имеется резко выраженный гемолитический или гиперспленический синдром и, как следствие его, более или менее выраженное понижение осмотической резистентности эритроцитов.

Другая часть этих случаев может быть включена в число случаев, объединенных *Brüel* в понятие „первичной“ или „криптогенетической“ приобретенной гемолит. желтухи. При этом мы имеем дело с приобретенным гиперспленическим состоянием неизвестной этиологии. Повидимому, эти гиперспленические состояния главным образом развиваются под влиянием внешних моментов, что и следует из отсутствия для них наследственной передачи.

Таким образом, до сих пор еще не разрешен окончательно вопрос об этиологии и патогенезе приобретенной формы гемолит. желтухи, а также о принадлежности ее к группе гепато-лиэнальных заболеваний. Поэтому каждый случай приобретенной гемолит. желтухи, детально разработанный, представляет клинический интерес и заслуживает описания.

Переходим к краткому описанию бывшего под нашим наблюдением случая.

Большая Р. П., 20 лет, уроженка Полтавской губ., санитарка заводской б-цы, замужняя, 18/II 25 г. поступила в Терапевтич. отдел. 3-й раб. б-цы в Киеве. Считает себя больной 3-й год со времени перенесенного сыпного тифа. После этого заболевания появились сердцебиение, одышка при физических напряжениях, периодические боли под ложечкой и в левом подреберьи; исподволь развилась желтушная окраска кожи и глаз; случайно больная обнаружила у себя увеличенную селезенку. В начале наступившей 7 мес. тому назад беременности бывали нередко тошноты и рвоты. Все время работала, хотя чувствовала большую слабость. За последние 2 недели настолько ослабела, что принуждена была лечь в заводскую б-цу, откуда в тяжелом состоянии была доставлена в Киев.

Жалуется на крайний упадок сил, сонливость, боли в подложечной области и в левом боку, сердцебиения, одышку. Из прошлых заболеваний отмечает в детстве корь и скарлатину. Менструрует с 17 лет нормально. Половая жизнь началась с 18 лет. Первые роды на 19 году, преждевременные на 8 месяце. Выкидышей не было. Настоящая беременность вторая. Кроме сыпного тифа в 1919 году перенесла еще брюшную и возвратный тифы и пневмонию в 1922 г.; малярией не болела; желтухи до сыпного тифа никогда не замечала. Никто в роду не болел желтухой и увеличенной селезенкой. Алкоголизма нет; не курит; сифилис—отрицает.

Б-ая среднего роста, правильного сложения, умеренного питания. Кожа резко бледна с желтато-зеленоватым оттенком; склеры субиктеричны; губы слегка цианотичны. Небольшой отек век и значительные отеки на ногах. Со стороны легких нет отклонений от нормы. Границы сердца нормальные. На верхушке слабый систолический шум; в сидячем положении на *v. jugularis* шум волчка. Живот напряжен, болезненность в левом подреберьи. Печень с 6-го ребра, выступает из-под реберной дуги на 3 пальца, плотная, слегка чувствительная, селезенка с 8-го ребра, выступает из-под левого подреберья до уровня пупка, плотная, гладкая, болезненная на ощупь. Дно матки на среднем расстоянии между пупком и мечевидным отростком; предлежит головка; сердцебиение плода выслушивается не ясно.  $T^{\circ}$  36,5°, пульс 96 в 1', правильный, слабого наполнения. Кровяное давление по Короткову 110/85 мм. Hg. Моча—1250 кб. см. в сутки, кислой реакции, мутная, насыщенного цвета, уд. вес—1015. Белка—0,22%; сахару—нет; реакция на уробилин—резко выражена; желчных пигментов и кислот—нет. Диазо-реакция—отрицательная. Под микроскопом: 30–40 лейкоцитов в поле зрения;



редка мало измененные эритроциты; цилиндров, клеток почечного эпителия—нет. *Испражнения*—плотной консистенции, интенсивно окрашены желчным пигментом, слабо-щелочной реакции. Реакция на кровь по Greger sen'y—отрицательная, на гидробилирубин—положительная. Под микроскопом: детрит, растительные клетки, кристаллы жирных кислот в значительном количестве; животных микропаразитов и яиц глист не обнаружено. *Исследование крови* (12/II): Капля крови очень водяниста; скорость свертывания 12'. Эритроцитов—1.140.000 в 1 куб. мм.; лейкоцитов—12.900; Hb по Sahli 25%; цветной показатель—1,2. Эритроциты интенсивно окрашены; резко выраженный анизоцитоз с преобладанием микроцитов; редка пойкилоциты; мало полихроматофилов; попадают нормобласты (8—10 на препарат); обнаружен 1 мегалобласт. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов—76%, эозинофилов—0,5%, лимфоцитов—17%, мононуклеаров и переходных—6,5%, резкая прямая и ускоренная реакция H. van den Berg h'a. При витальной окраске порочно (8%) эритроцитов с резко окрашенной сеткой (subst. granulofilamentosa); довольно часто попадают тельца Jolly. Реакция осаждения эритроцитов по Westergren'y—через 1 час=20 мм. Резистентность эритроцитов 0,72—0,48% NaCl. RW—отрицательная.

Большой 14/II в виду тяжелого состояния произведены искусственные преждевременные роды (введением бука). Родила двойню. Послеродовой период протекает нормально.

5 IV печень выступает по 1. mamillaris на 5 см., твердая, мало чувствительная. Селезенка—до уровня пупка, слегка чувствительная при пальпации. Состав крови: эритроцитов—2.340.000, лейкоцитов—6.900; Hb по Sahli 33%; цветной показатель—0,7. Скорость свертывания крови—10'. Реакция H. van den Berg h'a—положит. (прямая и ускоренная). Реакция осаждения эритроцитов—через 1 час=55 мм. Резистентность эритроцитов 0,62—0,42% NaCl. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 57%, эозинофилов 0,5%, лимфоцитов 35%, мононуклеаров и переходных 7%. Витальная окраска—сетчатых эритроцитов 12%. Пойкилоцитоз, микроцитоз, нормобласты—одиночные в препарате (5—6). В виду малочувствительности обычной терапии через 1½ мес. пребывания в б-це, большой предложена была операция спленэктомии, которая и была произведена 20 V под хлороформным наркозом (проф. А. П. Крымов).

Удаленная при операции селезенка оказалась темно-красного цвета с гладкой блестящей поверхностью, исключая 2—3 места, где имеются небольшие остатки периспленита в виде обрывков тяжей. По удалении с ножки торсионных пинцетов из сосудов селезенки выделилось много крови; тем не менее после этого вес ее оказался 940 гр. при диаметрах 28×14 см. Капсула селезенки местами утолщена; на разрезе резко красная пульпа нормальной консистенции. Под микроскопом (д-р П. Бережанский) пульпа полнокровная. Мальпигиевы тельца в небольшом числе, резко редуцированы (центров размножения почти нет) с расплывчатыми границами; контуры их неясны. Местами в сосудах фолликулов видны утолщения их стенок с сужением просвета (намечается гиалиновый метаморфоз). Трабекулы раздвинуты гиперплазированной пульпой, истончены; в синусах ее много эритроцитов; пульпа в массе состоит из молодых ретикуло-эндотелиальных клеток. Поблизости сосудов видны многочисленные зерна пигмента золотисто-желтого цвета. Пигмент лежит частью свободно, частью же фагоцитирован ретикуло-эндотелиальными элементами (дает реакцию на Fe).

Через 3 дня после операции (23/V) самочувствие у больной удовлетворительное, болей нет. Бросалось в глаза резкое уменьшение желтушной окраски кожи и склер. На 9-ый день сняты швы (заживление per primam). Осталась небольшая субъиктеричность склер и плотная попрежнему, но малочувствительная печень. Состав крови через день после операции (21/V): скорость свертыв. 8', эритроцитов 1.580.000, лейкоцитов 12.900. Hb по Sahli 25%; цветной пок.—0,83. Скорость осадк. эитр.—через час=70 мм. Резистентность эритроцитов 0,56—0,49% NaCl. Витальная окраска—сетчатых эритроцитов 6%. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов—64%, эозинофилов 1%, лимфоцитов 25%, мононуклеаров и переходных 8%. Одиночные нормобласты в препарате. Умеренное количество пойкилоцитов и микроцитов.

Спустя месяц после операции (18/VI). Скорость свертыв. 8', эритроцитов 4.340.000; лейкоцитов 7200; Hb по Sahli 58%, цветной пок. 0,67. Скорость осаждения эритроцитов—через час=78 мм. Резистентность эритроцитов 0,52—28% NaCl. Витальная окраска—сетчатых эритроцитов 6%. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 56%, эозинофилов 1,5%, лимфоцитов 42%, мононуклеаров и переходных 6,5%.

Больная 27/VI выписалась из б-цы в удовлетворительном состоянии. Осталась незначительная субиктеричная окраска кожи и склер. Печень выступает на 4 п., плотная, гладкая и безболезненная. Жалоб на тянущие боли в левом подреберьи больше нет. Одышка и головокружения исчезли. Аппетит удовлетворительный. Прибыла в весе на 11 фунтов. Трудоспособна.

Дифференциальное распознавание нашего случая не представляет затруднений. При анализе объективных данных выступает на первый план: значительное увеличение селезенки и печени, желтушная окраска кожи и склер, билирубинемия (резко положительная прямая и ускоренная реакция Н. van den Berg h'a), уробилинурия, понижение резистентности эритроцитов, высокий цветной показатель, наличие значительного количества витально окрашивающихся эритроцитов (8—12%), микроцитоз, наступивший благодаря беременности кровяной криз (резкое усиление анемии, желтухи и окраски стула). Кроме того, обращает на себя внимание обнаруженное при операции увеличенное кровенаполнение селезеночной пульпы и атрофия трабекул и Мальпигиевых телец. Из анамнестических данных заслуживает внимания то обстоятельство, что больная до 23 лет (до заболевания сыпным тифом) никогда не болела желтухой, не была малокровной, а пользовалась хорошим здоровьем и работала. Кроме того, никто из ее родных не страдал желтухой или малокровием.

Из анализа данных объективного исследования у нашей больной очевидно, что настоящее заболевание имеет лишь внешнее сходство с другими клиническими формами болезней, при которых имеется наличие т. наз. гемолитический или гиперспленический синдром, однако, последний при них не выступает в такой чистой и резко выраженной форме, как у нашей больной.

Таким образом, типичный анамнез, характерные объективные данные, патолого-анатомические особенности селезенки, течение болезни — все это говорит за несомненное наличие у больной хронической гемолитической желтухи. На основании же личного и семейного анамнеза следует допустить, что у нашей больной имеется хронич. гемол. желтуха в редкой форме — в виде *приобретенной гемолитической желтухи типа Haue t-Wid a'l'я*.

Этиология приобретенной гемолит. желтухи в части случаев еще совсем темна. Можно предположить, что в случаях приобретенной формы болезнь в сущности врожденная, но обнаруживается лишь в более позднем возрасте, а не с момента рождения. Но в таком случае приобретенная форма, как и наследственная, должна была бы передаваться по наследству потомству, чего на самом деле никогда не бывает. Стало быть, этиология приобретенной и наследственной формы при одном и том же гемолитическом синдроме должна, однако, быть различной. В этом отношении можно сделать 3 предположения: или 1) приобретенные формы вызываются одним и тем же внешним причинным моментом, нам неизвестным, или 2) повод к развитию этих форм болезни дают различные инфекции или интоксикации, или 3) возможно, что существует какой-либо специфический агент для этой болезни. Во всяком случае при приобретенной форме желтухи этиологический момент экзогенный в отличие от эндогенного при наследственной форме болезни. При обеих формах, кроме того, необходимо допустить наличие конституциональной недостаточности ретикуло-эндотелиальной системы.

В нашем случае желтуха впервые появилась после 3 тяжелых инфекций (брюшного, возвратного и сыпного тифов). Возможно, что последняя инфекция (сыпнотифозная), вслед за которой начинается заболевание, способствовала развитию болезни при наличии индивидуальной конституциональной астении ретикуло-эндотелия. Тяжелая тифозная инфекция, возможно, вызвала резкое ослабление, истощение от рождения астенической ретикуло-эндотелиальной системы и тем дала толчок к развитию гемолитического и гиперспленического синдромов.

Что касается патогенеза данного заболевания, то здесь имеет, по-видимому, место (Meulengracht) первичная и активная гиперсплениция, которая ведет благодаря усиленной выработке гемолитинов к усиленному гемолизу эритроцитов. Благодаря конституциональной астении костного мозга (Erpinger) и, возможно, тормозящему влиянию увеличенной селезенки на его функцию, регенерация красной крови не поспевает за ее распадом. Хрупкость эритроцитов, пониженная резистентность их и микроцитоз являются выражением чрезмерно усиленной патологической регенерации, т. к. эритроциты не успевают созреть, и из костного мозга выпускаются в периферическую кровь незрелые элементы. Призывом форсированной регенерации является также наличие в крови значительного % незрелых эритроцитов с витально окрашивающейся сеткой (*substantia granulofilamentosa*). Усиленный гемолиз ведет, кроме того, к гипербилирубинемии и уробилинурии, а также к плейохромии кала благодаря повышенной выработке желчных пигментов. Причиной нередко наблюдающихся при гемолит. желтухе припадков желчно-каменной болезни или воспаления желчного пузыря надо считать избыточную продукцию густой, богатой пигментом желчи.

Периодически появляющиеся т. наз. *гемолитические кризы* в виде периодических ухудшений болезни (уменьшение Hb крови и числа эритроцитов, усиление желтухи, увеличение селезенки, появление тянущих болей в ней) объясняются усилением гемолиза в зависимости от различных причин, как-то: беременность, психические влияния, охлаждение тела, физические напряжения или случайная инфекция. Механизм развития гемолитических кризов надо себе представить таким образом, что под влиянием известных факторов процесс разрушения эритроцитов в селезенке резко усиливается, а усиленно функционирующий костный мозг не успевает пополнить потери. Это ведет к усилению явлений малокровия (падает резко % Hb и число эритроцитов), селезенка резко увеличивается, в ней появляются боли и напряжение. По истечении известного времени явления гемолиза ослабевают, регенерация эритроцитов усиливается, малокровие уменьшается и селезенка становится меньше.

Что касается течения хронич. гемолит. желтухи, то чаще эта болезнь не вызывает видимых страданий у больных и они доживают до глубокой старости (Chauffard). Erpinger описал, например, случай, где больной дожил до 83 лет. Но встречаются и тяжелые случаи, когда у больных развивается тяжелое малокровие, делающее их нетрудоспособным.

Мирное, в общем, течение болезни у нашей больной на 8-ом месяце беременности сменилось периодом резкого ухудшения. Наступившая беременность вызвала под конец ее резкое обострение гемолитических явлений. После вызванных искусственно преждевременных родов боль-

ная стала быстро оправляться от гемолитического криза и через короткое сравнительно время ее болезнь приняла снова свое прежнее мирное хроническое течение.

Что касается лечения хрон. гемолит. желтухи, то обычные терапевтические мероприятия в виде гигиениодиетического, симптоматического лечения, назначения мышьяка и железа, а также лечения рентгеновскими лучами остаются большею частью безрезультатными. Новая эра в истории данного заболевания начинается со времени введения оперативного метода лечения его—спленэктомии. Первыми описали свои оперированные случаи гемолит. желтухи Vanti и Erpinger (1912—1913 гг.). Спленэктомия была этими авторами предложена из тех соображений, что причина болезни лежит не в первичной аномалии со стороны эритроцитов, а в ненормально увеличенной селезенке и изменении ее функций, почему селезенка и подлежит удалению из организма. Уже насчитываются сотни оперированных случаев с более или менее стойкими результатами, хотя в известной части случаев диагноз болезни надо считать сомнительным. И у нашей больной спленэктомия, как мы видели, дала прекрасные результаты. О прогрессирующем улучшении состава крови больной дает представление ряд анализов, произведенных до и после операции спленэктомии.

Дата	Количество эритроцитов в 1 кв. мм.	Количество лейкоцитов в 1 кв. мм.	% Нб	Index крови	Нейтроф.	Эозиноф.	Лимфоциты	Монокул. и переходн.	% витально окраш. эритроц.	Реакция осаждения эритроц.	Время свертыв. крови	Резистентность эритроцитов (миним. и макс.)
12/II	1.140.000	12.900	25	1,2	76	0,5	17	6,5	8	20 мм.	12'	0,72 0,48% NaCl
14/II искусственные преждеврем. роды												
5/IV	2.340.000	6.900	33	0,7	57	0,5	35	7	12	85 мм.	10'	0,62—0,42 „
8/V	3.680.000	9.200	43	0,68	59	4	31	6	10	102 мм.	12'	0,64—0,38 „
20/V операция спленэктомии												
21/V	1.580.000	12.900	25	0,83	64	1	25	8	6	70 мм.	8'	0,56—0,46 „
30/V	3.510.000	8.900	52	0,69	48,5	4,5	38,5	8,5	6,5	63 мм.	8'	0,54—0,28 „
18/VI	4.340.000	7.200	58	0,67	56	1,5	42	6,5	6	78 мм.	8'	0,52—0,28 „

Так, нарастает как число эритроцитов, так и % Нб, сокращается время свертывания крови, уменьшается % витально окрашивающихся эритроцитов, резистентность же эритроцитов сравнительно мало изменяется.

Само собою разумеется, что спленэктомией мы не вылечили в корне болезни, т. к. по удалении селезенки остались еще другие части ретикуло-эндотелиальной системы (печень, костный мозг, лимфатический аппарат), которые при гемолитической желтухе оказываются конституционально низкопробными и поэтому функционально недостаточными. Тем не менее операцией мы достигли значительного и стойкого улучшения у нашей больной, вернув ей трудоспособность.



В итоге можно выставить некоторые положения:

1. Приобретенная форма хронической гемолитической желтухи должна быть отнесена к группе гепато-лиенальных заболеваний, которые характеризуются заболеванием всей ретикуло-эндотелиальной системы.

2. В этиологии этой формы желтухи кроме экзогенного вредного момента, повидимому, играет видную роль недостаточность ретикуло-эндотелиального аппарата конституционального характера.

3. Причиной желтухи при данном заболевании является усиление гемолиза, благодаря гиперфункции селезенки с одной стороны и конституциональной астении костного мозга—с другой.

4. Показанием для спленэктомии, которая дает блестящий эффект при хронич. гемолит. желтухе, является усиление гемолитической функции ретикуло-эндотелия, причина которого до сих пор неизвестна.

*Литература:* 1) Banti. Sem. méd. 1912, p. 265 и Sem. méd. 1913, p. 313. — 2) Barlowa. (Цитир. по Meulengracht'y). — 3) Bettmann. Münch. med. Woch. 1900, S. 791.—4) Chauffard. Sem. méd., 1908, p. 49 и Sem. méd., 1909, p. 95. — 5) Castaigne. (Цитир. по Eppinger'y). — 6) Claus u. Kalberlach. Berlin. klin. Woch. 1906, S. 1471.—7) Eppinger. H. „Die hepato-lienen Erkrankungen“. Berlin, 1920.—8) Gaucher. (Цитир. по Eppinger'y). — 9) Gilbert et Chabrol. Presse médicale. 1914, p. 21.—10) Gilbert et Lereboullet. Sem. méd., 1903 (рефер.)—11) Hayem. Presse méd., 1898, p. 121.—12) Hirschfeld. H. „Die Erkrankungen der Milz“. Berlin, 1920.—13) Klemperer u. Hirschfeld. (Цитир. по Eppinger'y). —14) Krahnhal. Deut. Arch. f. klin. Med., 1904, B. 81, S. 596. —15) Lortat-Jacob. Révue de médecine. (Цитир. по Eppinger'y). — 16) Meulengracht. E. „Der chronische hereditäre hämolytische Icterus“. Leipzig, 1922.—17) Minkowski. (Цитир. по Meulengracht'y). —18) Mosse. Berl. klin. Woch. 1912, S. 1795.—19) Pick. Wien. klin. Woch., 1903, S. 493.—20) Senator. Berlin. klin. Woch., 1911, S. 1217.—21) Widal, Abrami et Brulé (Цитир. по Meulengracht'y). —22) Widal et Ravaut. Sem. méd., 1902.

---

(Из хирургического отдел. Артемовской окр. больницы).

## Один из методов хирургического лечения легочного туберкулеза—операция френико-экзерез<sup>1)</sup>.

Ассистента П. В. Приселкова.

Хотя русская хирургическая печать за последние годы и обогатилась работами, посвященными хирургическому лечению легочного туберкулеза путем искусственного паралича диафрагмы,—хотя этот вопрос был предметом обсуждения на многих съездах (1, 2 и 3 Всеукр. и 16 Росс. хирургов), все же окончательно разрешенным мы считать его не можем.

Желание поделиться с товарищами своим скромным опытом, подвести ему итоги и сравнить его с результатами других авторов и имеет целью эта работа.

---

<sup>1)</sup> Доложено 14 декабря 1928 г. в Артемовском научном кружке врачей.

Наша отечественная литература и опыт в этой области чрезвычайно скромны, и нам кажется достойным внимания следующий факт: в не так давно вышедшей книге проф. Дитерихса „Хирургическое лечение легочного туберкулеза“ приводится литературный указатель, обнимающий 218 трудов различных авторов, и только 5 из них принадлежат перу наших соотечественников (и то преимущественно по вопросу о пневмотораксе). Относительно небольшого опыта в данном отношении русских хирургов говорят сами за себя приводимые здесь цифры: так, проф. Дитерихс приводит лишь 21 сл., д-р Эпштейн—12, наш материал обнимает всего 26 сл., д-р Эйбера—16 сл., Ялтинского туб. инст.—72, д-ра Бабицкого—20 сл. и д-ра Белкиной—100.

Большим материалом обладает приват-доцент Розе (Харьков), но точное число случаев, принадлежащих ему, нам неизвестно.

Наконец, в работе д-ра Наливкина „Колляпс-терапия легочного туберкулеза“ приводится материал в 107 случаев Ф.-Э., произведенного в Одесской окружной больнице в течение последних 5-ти лет.

В основу всех оперативных способов лечения легочного туберкулеза (будь-то торакопластика, экзереz или искусственный пневмоторакс—методы колляпс-терапии) согласно современным клиническим наблюдениям положен принцип предоставления больному легкому функционального покоя.

Отказавшись от общего принципа воздействовать непосредственно на больную ткань или орган, хирурги при лечении легочного туберкулеза применили этот принцип как бы окольным путем—путем искусственного паралича диафрагмы, для чего в течение последних 16—17 лет были предложены три операции на грудобрюшном нерве: френико-экзереz, френикотомия и резекция n. phrenici.

Мы остановимся только на первой из этих операций. В чем сущность этой операции? По Наливкину, в результате ее мы имеем, во-первых, сдавление легкого, во-вторых, его иммобилизацию. А ведь хирургам хорошо известно, что иммобилизация при хирургическом туберкулезе (например, костном, суставном) дает благоприятный эффект. При сдавлении легкого мы создаем условия, благоприятные для рубцевания патологического процесса, а именно сдавление способствует спадению стенок полости, освобождает содержимое легкого в бронхи, сдавливает кровеносные и лимфатические сосуды—замедляет циркуляцию крови и лимфы, иначе говоря, создаются благоприятные условия для гибели туберкулезных папочек.

Замедление же тока лимфы ведет к тому, что туберкулезные токсины остаются на месте и не поступают в общую циркуляцию, благодаря чему прекращаются явления интоксикации. Но, тогда как при торакопластике и искусственном пневмотораксе мы имеем чисто механические факторы сдавления: при торакопластике путем сужения объема грудной клетки, при и. п. путем вдувания в полость плевры газа,—при экзереze же мы достигаем длительного покоя путем изменения функций диафрагмы.

Первым предложил операцию в виде френикотомии Stuertz в 1911 году при бронхоэктазиях и туберкулезных кавернах в нижних долях легкого. Независимо от него операцию разрабатывала клиника Sauerbruch'a, который еще в 1913 году сообщил о своих первых пяти случаях, а в 1914—о 26-ти. В настоящее же время его клиника

располагает сотнями случаев, разработанных его школой, рассматривающими эту операцию, как один из методов оперативного лечения легочного туберкулеза. По предложению Felix'a вместо простой перерезки нерва (френикотомии) теперь применяют выкручивание нерва — френико-экзерез.

Чтобы судить о том, что может дать операция экзереза, а также чтобы иметь более ясное представление о ходе операции, позволим себе напомнить кратко топографо-анатомические и физиологические данные, сюда относящиеся.

Как правило, *n. phrenicus* получает свои волокна из 4-го цервикального нерва, частью из пятого и очень часто из С 3. Иногда в состав его в виде исключения входят также волокна из С 6 и С 2.

По передней поверхности передней лестничной мышцы он спускается сверху и снаружи, книзу и внутрь (в 39%) и проникает между подключичной артерией и веной в переднее средостение.

Из различных вариаций в ходе нерва на практике большое значение имеют следующие:

1) а) нерв идет по наружному краю передней лестничной мышцы (10%), благодаря чему нахождение его может быть весьма затруднено и отличить его от ветвей шейного и плечевого сплетения можно лишь проследив ход нерва до места его прохождения через верхнюю апертуру (из 26 оперированных нами случаев такой ход нерва встретился всего лишь один раз);

б) нерв идет по внутреннему краю мышцы (19);

в) располагается посередине мышцы (30%); такое расположение нерва у нас встретилось в двух случаях (№№ 21 и 26);

2) Нерв не всегда бывает одиночным. По исследованиям д-ра Кутуманова на 200 трупах следует, что в 34,9% он найден двойным, в 1% — даже тройным. Это обстоятельство имеет то практическое значение, что производя экзерез с основным стволом и оставив в покое добавочный, мы не получим желательного эффекта операции. И, возможно, что те случаи, где мы не имели этого эффекта, нужно отнести за счет оставшегося просмотренного добавочного ствола.

3) Анастомозы грудобрюшного нерва с другими стволами. На основании работ д-ра Кутуманова следует, что *n. phrenicus* анастомозирует с ветвями плечевого сплетения в 12%, с подключичным нервом в 7% и с *n. sympathicus* в 6%. Очень редко наблюдался даже внутри-грудной анастомоз с блуждающим нервом. Нам на 26 случаях встретился лишь один раз анастомоз с плечевым сплетением (но возможно, что они были и просмотрены).

Несколько топографических данных. Как сказано уже выше *n. phrenicus* идет по передней поверхности *m. scal. antic.* сверху и снаружи, вниз и внутрь, лежа в большинстве случаев под мышечной фасцией, через которую он обычно хорошо контурируется. Сама мышца, вернее ее латеральный край, ограничивается плечевым сплетением, кроме того, мышцу нетрудно узнать по серебристому блестящему виду ее поверхностного сухожилия, прикрепляющегося к легко прощупываемому Лисфранкову бугорку. Большое топографическое значение имеет вторая проходящая здесь мышца — *m. omohyoid.*, которая пересекает *m. scal. antic.*, а следовательно, и проходящий по ее поверхности *n. phrenicus*. Промежуточное сухожилие этой мышцы находится как раз прямо на нерве и чрезвычайно облегчает его нахождение, самую мышцу можно видеть на расстоянии 2—3 см. от ключицы у заднего края *m. sterno-cleido-mastoid.*, который после рассечения поверхностной шейной фасции оттягивается вперед, чтобы сделать более доступным поле операции. При этом нерв всегда легче найти выше *m. omohyoid.*, так как ниже в *trig. omoclaviculare* этому часто мешает прикрепление *m. trapez.* и ключичной ножки *m. sterno-cleido-mastoid.*

Из сосудов мы здесь встречаемся с *v. jugularis externa*, которая, спускаясь вниз от уха к ключице, при экзерезе всегда попадает в операционное поле. Ее можно или оттянуть в сторону, или после перевязки резецировать. Мы всегда прибегали к первому приему.

Вторая из встречающихся при операции вен это *v. jugularis interna*, которая, располагаясь на *m. scalen. antic.* и ниже *m. omohyoid.*, всегда прикрывает нерв, почему и рекомендуется отыскивать его выше места пересечения с этой

мышцей. При повороте головы в противоположную сторону по большей части удастся найти нерв не видя внутренней яремной вены.

Из артерий необходимо отметить: 1) *art. cervicalis ascendens*, расположенная на передней поверхности *m. scalen. antic.* внутри от нерва. 2) *a. cervicalis superficialis*, пересекающую лестничные мышцы, а также и нерв. Два других, по близости находящихся артериальных ствола, а именно: *a. transversa scapul.* и *art. transv. colli* при правильном подходе к нерву в поле операции не попадают.

Кроме кровеносных сосудов в области операции приходится считаться еще и с жировой клетчаткой, выполняющей все остающееся свободным пространство надключичного вместилища, а также и с расположенными здесь лимфатическими железами, которые при значительном их опухании могут мешать быстрому нахождению нерва.

Теперь, прежде чем перейти к описанию техники операции, позволю себе кратко упомянуть о результатах экспериментальных исследований после выключения нерва на животных: *Stuertz* на кроликах установил, что после Ф.-Э. диафрагма двигалась на подобие коромысла весов, причем ее парализованная сторона опускалась при выдохе и поднималась при вдохе—явление, называемое парадоксальным дыханием. Вслед за параличом мышцы грудобрюшной преграды в силу того, что внутригрудное давление значительно ниже внутрибрюшного, операция ведет к высокому стоянию диафрагмы на парализованной стороне.

На этой стороне и *Stuertz*'ом, и *Scherelman*'ом установлено почти полное прекращение движений и потому *Scherelman* видит главное действие операции в покойном положении легкого и по теоретическим основаниям считает, что операция должна оказывать благотворное влияние на начинающийся туберкулез. Были поставлены в этом отношении специальные опыты на животных, зараженных туберкулезом. Наблюдалось непосредственно после операции паралич диафрагмы и ее парадоксальные движения, а на вскрытии—дегенерация мышечной части диафрагмы. Кроме того часто наблюдалось сморщивание грудной клетки на френикотомированной стороне и сморщивание самого легкого (через несколько недель после операции) в очень значительной степени и по преимуществу нижних его долей. Установлено, что у животных, искусственно зараженных туберкулезом, на оперированной стороне болезнь развивается лишь в незначительной степени.

На основании этих опытов можно думать, что и при человеческом туберкулезе можно рассчитывать на благоприятный результат. Таким образом можно считать установленным, что искусственный паралич диафрагмы и ее высокое стояние ведет: 1) к уменьшению полости соответствующей половины грудной клетки и 2) к соответствующему спадению и уменьшению объема легкого. Объем легкого (по *Бродскому*) у человека может упасть до  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  и количество находящегося в нем воздуха с 2400 к. с. до 800—600 к. с.

#### *Техника операции такова:*

- 1) За  $\frac{1}{2}$  часа до операции 1—2 к. с. 1% раствора морфия.
- 2) Больному придается полусидячее положение с повернутой в противоположную сторону головой, благодаря чему рельефно выступает *m. sterno-cleido-mastoid.* и дается возможность хорошей ориентировки для кожного разреза.
- 3) Местная анестезия  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % раствора новокаина, причем для френикотомии достаточна инфильтрационная анестезия линии разреза (местно, подкожно и подфасциально), для экзереза же сверх этого блокируются 3—4—5 шейные корешки на высоте 4-го позвонка. Для этого, по *Дитерихсу*, игла вкалывается по заднему краю *m. sterno-cleid-mast.* на уровне верхнего края стизовидного хряща и направляется к поперечному отростку 4-го шейного позвонка.



Кроме того, рекомендуется ввести анестезирующий раствор и под наружную ножку *m. sterno-cleido-mast.* Если же все-таки выделение нерва болезненно, то он отдельно инфильтрируется раствором.

3) Далее идет разрез кожи. До настоящего времени предложено 4 следующих кожных разреза. 1-ый, самый старый по времени, предложен *Stuertz* в 1913 году (по заднему краю *m. sterno-cleid.-mastoid.*). Этим разрезом у нас в России пользуются *Жаров* (Москва), *Бабицкий* (Киев), *Дитерихс* (Краснодар).

2-я модификация предложена *Sauerbruch*'ом. Направление разреза — от середины *m. sterno-cleid.-mast.* вниз к середине ключицы, но не доходя до нее на  $1\frac{1}{2}$ —2 см. Весь разрез—6—8 см.

3-й доступ к нерву предложен у нас в России д-ром *Кутومانовым*, который, исходя из различных вариаций расположения нерва и его побочных ветвей и анастомозов, пользуется угловым локутным разрезом. Наружная сторона угла идет несколько латеральнее разреза *Stuertz*'а в направлении от угла нижней челюсти к середине ключицы, а нижняя сторона параллельно ключице на  $1\frac{1}{2}$  см. выше ее и вперед.

II, наконец, 4-й доступ к нерву заключается в поперечном разрезе, параллельном ключице, на 1 см. выше ее, сантиметров 5—6 длиною. Им пользуется д-р *Наливкин* в Одессе.

Лично мы предпочитаем пользоваться исключительно разрезом клиники *Sauerbruch*'а по следующим соображениям: разрез *Stuertz*'а не всегда дает достаточно простора при различном расположении нерва на *m. scal. antic.*

Разрез д-ра *Кутومانова*, открывая чрезвычайно широкий доступ к нерву (давая возможность пересечь все его анастомозы) в то же время удлинляет операцию, травмирует излишне ткани и потому, насколько нам известно, не нашел себе приверженцев. Изучая операцию в хир. отд. клинического туб. института (*Розе*), мы не видели другого доступа к нерву, как только что описанный способ клиники *Sauerbruch*'а.

Этот разрез значительно меньше, проще предложенного д-ром *Кутومانовым* и хорош даже в тех случаях, где нерв идет не по переднему, а по заднему краю мышцы.

По рассечении кожи, платизмы и поверхностной шейной фасции, мы попадаем в рыхлую жировую клетчатку, в которой обычно располагаются 1—2—3 небольших лимфатических железки. Клетчатка расщепляется острым или тупым путем, железы отстраняются в сторону или удаляются. По рассечении клетчатки сразу же обнаруживается *m. scal. antic.* и на нем в виде белесоватого шнурка, тянущегося сверху и снаружи, вниз и вперед, располагается искомый нерв.

4) Нерв изолируют весьма тщательно от мышцы, которой он обычно прикрыт и через которую ясно контурируется и при френикотомии пересекается ножницами, при экзерезе же его захватывают хорошим торсионным пинцетом и пересекают выше приблизительно на  $\frac{1}{2}$  см. После этого равномерными вращательными движениями пинцета очень медленно нерв накручивается на пинцет и вырывается из глубины на 12—25 см.

Такая длина выкрученного нерва может служить гарантией того, что разрушены все добавочные корешки и анастомозы.

При рассечении нерва большинством авторов описывается толчкообразная боль в области живота, легких и верхней части плеча,—явление, наблюдавшееся и нами в большинстве случаев. Кроме того, нами наблюдался следующий симптом, по которому мы проверяли себя в действительно правильном нахождении нерва: по его освобождению, прежде чем наложить торсионный зажим, захватив нерв анатомическим пинцетом и толчкообразно подергивая его вверх—всегда получали острую быстро проходящую боль в надчревной и только после этого пересекали и экстрагировали нерв.

Следующий акт операции: 5) остановка кровотечения, лигатуры, 4—6 швов на кожу и 6) легкая повязка.

Заканчивая описание техники операции, можно в общем сделать вывод, что технически она проста, изящна, требует чрезвычайно мало времени—5—8 минут и вполне безопасна.

Хотя в литературе *Бродским* и упоминается о двух случаях поранения *v. jugularis interna* и о трех случаях перерезки блуждающего нерва, происшедших, очевидно, вследствие недостаточного знания топографии. Из русских авторов д-р *Кутومانов* также считает экзерез опасным в тех случаях, «когда внутри стволов нерва помещаются сосуды, которые, будучи разрушены при выкручивании, могут дать опасное и даже смертельное кровотечение» (цитировано по *Кутманову*).

Благодаря любезности д-ра Ткаченко, исследовавшему нервы на присутствие в них кровеносных сосудов, мы могли убедиться (в наших случаях), что таковая опасность отсутствует, так как ни макро-, ни микроскопически сколько ни будь значительных сосудов в нервах обнаружено не было.

Основными показаниями к операции на основании литературных данных и имеющегося у нас опыта служат:

1) Резко ограниченные очаги и каверны нижней доли легкого при относительно здоровом другом легком.

2) Односторонние изолированные процессы верхней доли, когда вследствие сращений этот участок пораженной ткани не поддается коллапсу искусственным пневмотораксом (Капланский, Наливкин, Штекелис).

3) Односторонние прогрессирующие формы (средней тяжести) легочного туберкулеза, где наложение искусственного пневмоторакса не удается в силу имеющихся сращений.

4) Как подсобная операция к наложению искусственного пневмоторакса и торакопластики для получения большого терапевтического эффекта Sadec и Sultan считают возможным делать ее почти пред каждым ц. пневмотораксом, по крайней мере в тех случаях, где имеются сращения между диафрагмой и легкими.

5) При тяжелых формах прогрессирующего туберкулеза легких с сильной лихорадкой, где наложение пневмоторакса не дает эффекта и где нужно выяснить, показана ли торакопластика, Sauebrusch всякой торакопластике предпосылает эту операцию и только после положительного ее эффекта приступает к пластической операции. Также поступает и Розе в Харьковском туб. институте.

Кроме туберкулезных поражений операция экзереза показана:

1) При бронхо-эктазиях, где, по Sauebrusch'у, она оказывает благотворное влияние „благодаря устранению растягивания при дыхательных движениях“.

2) При хронических плевральных эмпиемах, где операция способствует уменьшению полости.

3) Дитерихс считает ее, кроме того, показанной, как кровоостанавливающее мероприятие при невозможности наложить искусственный пневмоторакс.

4) При спазме диафрагмы при столбняке показана двухсторонняя френикотомия. Благоприятные результаты здесь наблюдал Sauebrusch.

Кроме того, Нопигманн считает, что операция абсолютно показана при том спазме диафрагмы, описанном как самостоятельное тяжелое, часто смертельное заболевание, при котором бессильна всякая терапия.

Как вы видите показания чрезвычайно широки и надо думать, что в дальнейшем эта операция и у нас будет применяться в большем раз-  
мере, чем это делается сейчас.

Противопоказаниями к ней служат:

1) Значительная эмфизема другого легкого.

2) Резко выраженная тугоподвижность грудной клетки (Дитерихс), вызванная процессом рубцевания и

3) общее тяжелое состояние больного.

Наблюдения всех авторов над больными, подвергнувшимися операции, позволяют сделать следующее резюме о действии оперативного пе-

рерыва диафрагмальных нервов: после правильно произведенной операции, несомненно, на соответствующей стороне наступает паралич диафрагмы. Этот паралич характеризуется: иногда полным покоем диафрагмы, всегда ее высоким стоянием (на 2—4 см) и не всегда ее парадоксальными движениями. Так, Вольтер мог наблюдать их лишь в пяти случаях из 26-ти, мы же, в 10 из 26-ти.

Кроме того, как следствие паралича диафрагмы, действие операции сказывается и на уменьшении жизненной емкости легких, падающей на 300—400—600 К. С. (спирометрически). К сожалению, этот факт нами проверен не был и пробел должен быть пополнен при последующих операциях.

Клинические результаты фрэнкикоэкзереза в общем можно считать вполне благоприятными. Это можно видеть из следующих цифровых данных, собранных нами у различных авторов.

А В Т О Р Ы	Излечение	Значительное улучшение	Улучшение	Без улучшения	Ухудшение	Смерть	Результат неизвестен	Всего
Fischer . . . . .	7	9	—	—	—	—	12	28
Alexander . . . . .	—	6	4	4	—	—	—	14
Gergeli . . . . .	—	48	16	9	4	12	11	100
Наливкин . . . . .	1	28	27	6	—	8	—	70
Эпштейн . . . . .	—	3	5	1	2	—	1	12
Всего . . . . .	8	94	52	20	6	20	24	224
%/о отношения . . . . .	3,6%/о	41,9%/о	23,3%/о	8,9%/о	2,7%/о	8,9%/о	10,7%/о	100%/о
Всего улучшений . . . . .		68,8%/о	—	—	—	—	—	—

Если подсчитать все случаи, где получилось выздоровление, значительное улучшение и просто улучшение, то получим сравнительно высокий процент, выражающийся числом 68,8%/о, причем следует принять во внимание, что у большинства авторов все случаи были весьма тяжелыми.

Эти благоприятные данные позволяют надеяться, что и у нас операция искусственного паралича диафрагмы должна в будущем найти более широкое применение при наличии легочного туберкулеза.

Переходя к разбору собственного материала мы, за отсутствием места, опускаем истории болезней и ограничиваемся лишь представлением этого материала в сводных цифровых данных. Всего оперировано 26 больных, из них 12 мужчин и 14 женщин.

По возрасту больные распределялись так:  
 От 15—20 лет . . . . . 7 случаев  
 „ 20—25 „ . . . . . 10 „

От 25—30	5 случаев
Свыше—30	4
Социальный состав оперированных:	
1) Крестьян	17
2) Служащих	4
3) Рабочих	3
4) Беспровизорных	2
-----	
ВСЕГО	26

Операция применялась по поводу:

1) 2-х сторон. туб. легких	15 случаев
2) Односторон.	8

ВСЕГО при туберкул.—23 сл.

3) При бронхоэктаз.	2 сл.
4) При кровохаркании	1 сл.

(рак легкого)

ВСЕГО . . . 26 сл.

На правой стороне произведено 12 операций, на левой—14. Длина экстратрированного нерва равнялась: 4—10 см—9 случаев, 10—15 см.—12 сл., 15—20 см.—4 сл., 25 см—1 сл. Средняя же величина удаленного нерва была равна 12,8 см. Непосредственный эффект, проверенный рентгенологически на 6—7 день после операции (перед выпиской больного), выразился в следующем:

1. Высокое стояние диафрагмы и ее парадоксальные движения обнаружены в 10 сл.

2 Одно поднятие диафрагмы в 9 сл.

3. Неподвижн. диафрагмы . в 3 сл.

4. Эффекта не последовало . в 1 сл.

5. Рентген не примен. . . в 2 сл.

Обследование настоящего состояния больных (срок от м-ца до 1½ года) показало такие результаты:

	Число случ.	% отнош.	Примечание:
Значительное улучшение . . . . .	10	38,5%	} 53,9%
Улучшение . . . . .	4	15,4%	
Без улучшения . . . . .	5	19,3%	
Ухудшение . . . . .	2	7,7%	
Смерть . . . . .	1	3,8%	
Неизвестно . . . . .	4	15,3%	
-----			
ВСЕГО . . . . .	26	100%	



Таким образом и наш небольшой материал дает почти тот же % улучшений, что и у приведенных выше авторов.

Пересматривая результаты наших случаев и изучая литературу вопроса, мы пришли к следующим выводам:

1) Операцию Ф.-Э. нужно рассматривать не только как вспомогательный метод, но и как радикальную операцию, имеющую свои определенные показания.

2) В 60—65% у всех авторов она дает в результате улучшение процесса, способствуя его излечению и потому имеет большое социальное значение в деле борьбы с легочным туберкулезом, как социальным бедствием.

3) Во всех без исключения случаях после операции Ф.-Э. наблюдается большое субъективное облегчение.

4) Боль в надчревной области при толчкообразном поддерживании нерва служит верным симптомом правильного его нахождения (собственное наблюдение).

5) Несмотря на простоту техники, операция во избежание описанных в литературе несчастных случаев требует полного и точного знания хирургической анатомии операционного поля, и

6) в будущем операция Ф.-Э., как дающая определенный терапевтический эффект в деле хирургического лечения легочного туберкулеза, должна получить более широкое распространение.

*Литература.* 1) Проф. Дитерихс. Хирургическое лечение туберкулеза легких.—2) Эпштейн. Вопросы туберкулеза, № 9, 1927.—3) Кутومانов. К хирургической анатомии грудобрюшного нерва. XVI съезд Российских хирургов.—4) Нопигманн. Искусственный паралич диафрагмы и его значение для терапии.—5) Наливкин.—Колляпс-терапия легочного туберкулеза.—6) Фурман. Вопросы туберкулеза, № 5, 1926.—7) Незлин. Вестник туберкулеза, 1927, 8.—8) Спасокукоцкий и Михалевский. Вестник сов. мед., 1927, г.—9) Тринклер. Основы современного лечения ран.—10) Haim E. Ztb. f. Chir., 1927, № 7.—11) Burchardt, Düpper и Mecklenburg. Med. Kl., 1927, № 4.—12) Бродский. Хирургическое лечение легочного туберкулеза. XVI съезд российских хирургов.—13) Наливкин. Труды первого Всеукраинского съезда хирургов.—14) Стратиевский. Новый хирургический архив, №№ 5—6, 1928 г.—15) Третий Всеукраинский съезд хирургов. Врач. Газета 1928, № 21.—16) Бабицкий. Журнал совр. хир., вып. 5—6.—17) Белкина. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 42.

---

Из Акушерско-гинекологической клиники Военно-медицинской академии.  
(Директор проф. Д. И. Ширишов)

## К вопросу о биологическом воздействии на беременность.

Сообщение первое.

### Влияние на беременность у кроликов сыворотки некастрированных самцов<sup>1)</sup>.

Ассистента клиники **В. Бутомо.**

Исследования по вопросу об искусственном воздействии на беременность ведутся, главным образом, в направлении прекращения или предупреждения беременности. При практическом приложении на людях эти два вопроса в настоящее время строго разделяются. Если в отношении прерывания беременности получил всеобщее признание, как единственно целесообразный, метод оперативного удаления яйца, то в отношении предупредительных против зачатия мер надо сказать, что все предложенные способы не дают постоянного эффекта.

Неудовлетворительность применяемых для предупреждения беременности средств привела к попыткам вызывать предупреждение беременности путем биологического воздействия как на яйцо, так и на сперматозоид.

Исследования здесь ведутся в двух направлениях—в смысле получения иммунитета (против сперматозоидов, желтого тела и продуктов оплодотворенного яйца) и по пути, так называемой, гормональной стерилизации. По первому вопросу—об иммунитете—почти все авторы пришли к отрицательным результатам (Метальников, Тушнов, Егоров, Скробанский, Fränkel, Askoli, Liepmann, Veit, Weichardt и другие).

В вопросе о гормональной стерилизации главные работы основаны на роли желтого тела при созревании и разрыве фолликула. Вызывая искусственно длительную циркуляцию в организме задерживающего созревание фолликулов гормона желтого тела (путем ли пересадки желтого тела от беременной—Haberlandt, Fellner, Allen и Doisy, Mahner и Siegmund и др., или инъекциями экстрактов желтого тела—Naeslund, Гудим-Левкович, Haberlandt, Knaus, Paranicolaou, Kennedy, Сахаров и Павлов и др) многие авторы могли вызывать у животных временную на 1½—3 месяца—стерильность. Исследования Haberlandt'a подтверждаются также опытами Covacs'a над стерилизацией крыс инъекциями экстракта человеческого последа.

Уже наблюдения Biedl'a, Döderlein'a, Leopold'a и др. над действием гипертиреозизма на яйцо, и опыты Leopold'a с дегенерацией яйцевых клеток после удаления надпочечника, а также исследования Vogt'a над временным стерилизующим действием на кроликов инъекций инсулина, необходимо по полученным результатам отнести к опытам воздействия на яйцо помимо усиления гормонов желтого тела.

Специально опыты гормональной стерилизации мы встречаем у Fellner'a, Parkes и Bellerby и Smith'a. Эти авторы в противоположность Haberlandt'у и его последователям стремились или прер-

<sup>1)</sup> Доложено в научном заседании при кафедре 15 сент. 1928 г.

вать деятельность желтого тела и, таким образом, вызвать новый цикл и повредить яйцо (Parkes и Bellerby, Smith) или повредить яйцо непосредственно (Fellner). Считая фолликулярный <sup>1)</sup> половой гормон антагонистом задерживающему гормону желтого тела, эти авторы и воспользовались для своих целей введением самкам женского гормона — feminin'a (Fellner), olstrin'a (Parkes и Bellerby) и follikulin'a (Smith).

Fellner на большом количестве опытов, проведенных на мышах, морских свинках и кроликах мог после инъекций больших доз feminin'a только в очень редких случаях (7 из 150) наблюдать наступление беременности, причем, необходимо подчеркнуть, что в этих случаях почти исключительно рождались одни самки.

Переноса теоретически свои опыты на людей, Fellner считает, что для достижения стерилизации женщины необходимо было бы 800 ME, которые соответствуют 10-ти последам, или 600 желтым телам, или многим тысячам овариальных таблеток.

Smith инъектировал беременным крысам follikulin и мог регулярно прерывать беременность. Parkes и Bellerby, впрыскивая беременным крысам olstrin в дозах 1—3 ME, очень часто получали прерывание беременности, причем у всех опытных (беременных) животных в вагинальном мазке отмечался стадий течки.

Резюмируя приведенные работы, мы при объяснении механизма действия женского полового гормона встречаем в них большие противоречия современным данным и в частности тому довольно прочно установленному факту, что при беременности содержание женского полового гормона в материнском организме нормально повышается (Aschheim, Zondek, Laqueur, Loewe, Fellner, Fels, Fränkel и др.).

Мы в основу своих опытов с биологическим воздействием на беременность именно и положили наличие повышенного количества женского полового гормона в организме беременной и исходили из того соображения, что все изменения, свойственные беременности, начиная с увеличения матки и т. д., большинством авторов собственно и объясняются наличием только этого повышенного содержания гормона. Задача, на мой взгляд, заключалась в том, чтобы найти такое вещество, которое бы являлось антагонистом женскому сексуальному гормону и таким образом нейтрализовало или прекращало бы свойственные беременности явления. Отдельные отмеченные в литературе данные заставили меня в этом отношении обратить внимание на мужской половой гормон.

Хотя исследования Laqueur, Hart и Jongh и указывают на то, что не только из мочи мужчин, но даже из специфических мужских, половых органов — яичек — получено вещество идентичное по биологической реакции женскому половому гормону, однако, имеются наблюдения, заставляющие думать о различии, даже антагонизме, в смысле специфического гормонального влияния одного пола на другой. Так Steinach, Lipschütz, Sand являются сторонниками специфичности пола. За специфичность половых гормонов говорят также опыты с устранением кастрационных изменений в гипофизе, которые показали, что у самцов т. н. кастра-

<sup>1)</sup> Название „фолликулярный“ применено для обозначения только получаемой известной биологической реакции, а не для выражения локализации гормона.

ционные клетки гипофиза исчезают только от введения гормона яичка, а у самок — под влиянием только гормона яичника. Антагонистическое влияние одного пола на другой доказано также опытами с парабозом (Matsuyama). По Felsy, если вводить молодым самцам мышей сыворотку из крови беременных или овариальный гормон, то отмечается задержка в развитии половых желез по сравнению с животными, обработанными сывороткой небеременных. Steinach и Kunn приводят также антагонистическое замедляющее действие женского полового гормона на развитие penis'a и семенных пузырьков.

Повреждающее действие на половые железы самцов отмечают также Fellner, Glimm и Wadeh при инъекциях feminin'a (кровозлияния в яички). Truffi от инъекций фолликулярной жидкости лошадей мышам, петухам, кроликам, морским свинкам и собакам также нашел резкое уменьшение тестикул и исчезновение сперматозоидов и сперматид; Stein и Hermann путем инъекций экстракта из желтых тел нашли замедление в дифференцировании тканей в masculina самцов; грудная же железа и uterus masculinus увеличиваются. Побуждающее к росту действие на гомологичные половые части мужского вида (мол. железу, простату и др.) инъекций женского полового гормона отмечают также и Laqueur, Jongh, Tausk, Fellner, Vintemberger, Frank и др.

Таким образом мы имеем довольно многочисленные и согласные, подкрепленные нередко авторитетными именами, исследования, из которых антагонизм между половыми железами обоих полов выступает с достаточной убедительностью. И только Bugbee, Edwin и Simond на основании опытов с ростом самцов и самок (мышей) не считают женский и мужской половые гормоны антагонистами, а также Loewe сомневается—можно ли антимаскулинную специфичность яичникового гормона отнести к нему самому или же ее следует приписать нечистоте полученного гормонального состава.

Приведенные данные, как в отношении количественного изменения овариального гормона при беременности, а также специфичности и антагонизма гормонов яичка и яичника, побудили нас испытать влияние на беременность мужского полового гормона.

Для опытов я не рискнул брать готовые продажные препараты мужской половой железы, так как наличие того, что мы характеризуем, как гормон, в них не доказано. Поэтому по аналогии с известными уже данными относительно присутствия женского полового гормона в крови, я за исходный материал взял также кровь самцов, рассчитывая в ней—в-первых—найти интересующее меня вещество,—а во-вторых—получить его значительно менее измененным в своих биологических свойствах, чем при добывании путем различных экстракций.

Методика получения действующего вещества в проведенных мною опытах была очень проста. По возможности стерильно, берется кровь, преимущественно из сердца; ставится на холод и по истечении суток образовавшаяся сыворотка отсасывается в стерильные ампулки, которые и запаиваются. Для более полного выжимания сгустком сыворотки, кровь после первого отсасывания сыворотки оставляется еще на сутки в леднике и только после вторичного отсасывания сверток выбрасывается.

Объектом исследования являлись рожавшие раньше беременные кролики в возрасте около одного года и выше. Беременность определялась



или путем осторожного прощупывания через брюшные стенки плодовых камер, а при позднем сроке — и самих плодов, или путем лапаротомии. Срок беременности в 20 опытах был известен с точностью до 12 часов, в 14-ти же случаях — в пределах нескольких (не более трех) дней.

Вначале я из-за чисто технических удобств получения материала воспользовался в первых двух опытах для введения сывороткой, полученной от самца кролика. Получив ясный эффект, я с третьего опыта перешел на сыворотку от некастрированных быков. Получив и от бычьей сыворотки также положительный результат, я с этим материалом и провел все остальные, за исключением одного, опыты. Сыворотка вводилась интравенозно.

Первые опыты, проведенные с введением одной только бычьей или кроличьей сыворотки, дали мне однако, не всегда положительный результат. Так, из пяти кроличих, три из которых были беременны сроком в 12—16 дней, а две имели срок беременности в 20 и 23 дня, только у двух инъекции сыворотки дали ясный эффект. Одной из этих кроличих (с беременностью в 14 дней) была введена 4 раза с однодневными интервалами сыворотка кролика самца в дозах 3—5—5,5 и 7 куб. см. Убитое на второй день после последней инъекции животное показало резкое уменьшение всех плодовых камер и другие признаки прекратившейся беременности и, повидному, рассасывание ее продуктов. Второй кролик, с беременностью в 20 дней, получил инъекции бычьей сыворотки, также с однодневными интервалами и в дозах 3, 5 и 6 куб. см. *pro injectione*. Через день после третьей инъекции в рогах матки было обнаружено 8 камер, из которых только три были нормально развиты и заключали в себе живые плоды, по размерам соответствующие сроку беременности; 5 остальных камер были плотны, белого цвета, величиной раза в 4 меньше нормальных и в полости своей содержали очень небольшое количество густой кровянистой жидкости и толстую decidua. При микроскопическом исследовании половых желез эмбрионов все три плода оказались самцами.

Из 3-х остальных кроликов, у 2-х при беременности сроком в 12 и 23 дня, трехкратные через день инъекции сыворотки, в общей сумме по 13 куб. см. на каждого кролика, не оказали заметного влияния на беременность. Животные родили в срок — одна восемь, а другая шесть плодов различного пола. Первой из этих кроличих вводилась сыворотка кролика, а второй — бычья. И, наконец, 5-ый кролик, с беременностью к началу опыта в 16 дней, при лапаротомии на следующий день после 3-ей инъекции бычьей сыворотки (инъекции делались через день), показал следующую картину. В брюшной полости серозный с розовой окраской трансудат в количестве 25—30 куб. см, плодовые камеры, числом девять, по размерам соответствуют беременности 12—14 дней, но стенки их толще, а сами камеры непрозрачны и плотнее, чем должны быть в этот срок беременности. Поверхность камер окрашена в розовый с фиолетовым оттенком цвет и не содержит видимых сосудов. На некоторых камерах на уровне середины их ясно можно было отметить циркулярно идущие участки ткани более бледного цвета, шириною с  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  см.

В яичниках у трех опытных кроликов не было макроскопически обнаружено желтых тел. В остальном яичники при осмотре простым глазом не отличались чем-либо от нормальных яичников при беременности.

Предыдущие, а особенно последний из приведенных опытов заставили меня несколько видоизменить метод воздействия на беременность и,

оставив за основное вещество сыворотку самцов, модифицировать ее действие. Из опытов я мог предположить, что причина отрицательных или неопределенных (5-ый опыт) результатов от впрыскиваний лежит в индивидуальной выносливости *в целом* беременного животного к вводимому веществу. Поэтому, вводя заведомо большие дозы, можно было бы ожидать всегда положительных результатов опыта. Однако, такой выход не представлялся мне целесообразным по многим, вполне понятным, соображениям. Задача сводилась к тому, чтобы создать в организме опытных животных такие условия, при которых парентерально введенная сыворотка могла бы преимущественно локализоваться в плодном яйце или вблизи него и тем оказывать более сильное влияние на объект нашего воздействия. Решение вопроса нам представлялось возможным только при условии, если удалось бы каким-либо образом повысить, без аналогичного влияния на остальные органы и ткани, захватывающую способность только клеток матки или яйца к введенной жидкости, т. е., иными словами, достигнуть местного действия сыворотки и, таким образом, получить все вытекающие отсюда преимущества в сравнении с действием на весь организм.

Для осуществления намеченной цели большое значение для нас имели известные исследования по вопросу о так называемом органотаксисе, проведенные у нас в России проф. Белоновским и Миллером. На основании выводов этих авторов выяснилось, что органы, белковый экстракт которых вводится животным одновременно с коллоидными красками или некоторыми другими химическими веществами, приобретают способность преимущественного, по сравнению с остальными частями тела, накапливания введенного с экстрактом вещества. Упомянутые работы и обусловили изменение методики при проведении всех наших последующих опытов.

В качестве активатора, — возбудителя повышенной способности тканей беременной матки к захватыванию сыворотки — нами был взят белковый экстракт (в физиологич. растворе NaCl.) небеременной кроличьей матки, который и вводился внутримышечно в количестве  $1\frac{1}{2}$ —2 кб. см. за 3—5 минут перед каждой инъекцией сыворотки.

Специальных контрольных опытов, доказывавших повышение в этих случаях концентрации введенной сыворотки в тканях матки, мною еще не ставилось, и о преимуществе такого комбинированного воздействия я могу судить пока только на основании результатов всех последующих опытов по сравнению с 5 вышеприведенными, где вводилась только одна сыворотка.

Эти опыты (с комбинированным воздействием) были проведены также на беременных кроличихах, которым внутривенно вводилась бычья, а одной — кроличья сыворотка. Инъекции сыворотки также обычно начинались с 3-х кб. см. *pro injectione* и делались через день; большинство кроликов получило по три впрыскивания (3, 5 и 5,5 кб. см. *pro injectione*), а в общей сумме 13—14 кб. см. сыворотки. В редких случаях, которые будут мною отмечены отдельно, животные за время опыта получали и меньшее и значительно большее, чем 3 инъекции, количество впрыскиваний.

Начиная с момента первого впрыскивания, ясно можно было отметить у всех, за исключением двух, опытных животных полный или

частичный отказ от пищи, меньшую подвижность, заметное до 200—300 грамм в течение 6—7 дней исхудание и незначительное (не выше 1°) повышение температуры в прямой кишке. Особенно ясно эта реакция отмечалась, начиная со второго вырыскивания. По окончании последней инъекции, если животное не убивалось или не рожало, кролики уже через 6—7 дней охотно ели, температура была в пределах нормальных колебаний и вес начинал медленно прибывать. При позднем сроке беременности, если не наступали роды или выкидыши, падение веса прогрессировало, несмотря на прекращение инъекций, кролики ели неохотно, оставались мало подвижными с субфебрильной температурой. Состояние в большинстве случаев становилось угрожающим и поэтому животное, для того, чтобы не потерять для исследования свежего материала, убивалось.

Результаты опытов в большинстве случаев проверялись путем аутопсии, в отдельных же случаях—только конечным исходом беременности или лапаротомией с осмотром плодовых камер и яичников.

Количество кроликов, подвергнувшихся комбинированному воздействию инъекций сыворотки самцов и экстракта матки, было 22, причем у 15 из них к началу опыта беременность определялась сроком от 10 до 16 дней; 7 же остальных кроликов имели более поздний срок беременности, причем три из них получили первую инъекцию за 4—5 дней до нормального срока предполагаемых родов.

Из 15 опытов, относящихся к живогным, у которых беременность не превышала 16 дней, в 12 случаях мы получили определенный и однородный эффект в смысле действия на беременность. Все плодовые камеры у них были уменьшены в размерах по сравнению с контрольными животными. Поверхность камер и перешейки между ними представлялись белого цвета (противоположность красноватозастойным у нормально беременных), были слегка морщинисты, с толстыми стенками. При разрезе таких камер иногда можно было видеть в полости их две-три капли кровянистого детрита, иногда просвет камеры был совершенно свободен от содержимого. Как правило, все камеры имели на одной из внутренних своих поверхностей толстую перерожденную decidua (доказано микроскопически), макроскопически отличающуюся от нормальной разве только большей хрупкостью и способностью более легкого отделения от стенки камеры. Один кролик этой серии был убит на десятый день после последней инъекции, причем от бывших у него при первой лапаротомии 8 камер величиною с большой грецкий орех каждая, в результате опыта на рогах матки остались небольшие, до фасолины величиною, восемь четкообразных утолщений, внутренняя поверхность которых имела рыхло сидящие на стенке остатки отпадающей оболочки. Яичники, за исключением четырех кроликов, у всех остальных имели на своей поверхности ясно видимые желтые тела; величина яичников несколько была уменьшена по сравнению с нормальной. Три кролика этой группы дали несколько отличные от описанных результаты. Приводим выдержки из протоколов опытов.

Кролик № 12. В рогах матки имеется 9 камер, из которых 4 (3 в правом и 1—в левом роге) соответствуют сроку беременности и содержат плоды. Остальные 5 камер раза в три меньше первых, бледны и на разрезе, кроме отпадающей оболочки, ничего не содержат. При исследовании сохранившихся плодов оказалось, что они мужского пола.

Кролик № 15. Из семи, имеющихся в рогах матки, камер сохранились в нормальном виде и содержали живых плодов соответственно сроку беременности 3 камеры левого рога. Все остальные камеры раза в 3—4 меньше нормальных, имели беловатую окраску, на ощупь были мягки, а в полости содержали лишь утолщенную отпадающую оболочку. Яичники нормальные без желтых тел.

Кролик № 23. Рога матки, толщиной в безмянный палец, заметных камер не содержат, снаружи покрыты массой циркулярных бледных полос, идущих в стенки рога. Между бледными участками заметны кровоизлияния. В одном роге при разрезе найден детрит шоколадного цвета, в другом—отпадающая оболочка. Яичники нормальные, содержат желтые тела.

Вторая группа кроликов, с беременностью к началу опыта в 18 и выше дней, показала очень разнообразную картину действия инъекций сыворотки на беременность, а потому мы позволим себе привести краткие выдержки из протоколов опытов каждого животного этой серии отдельно.

Кролик № 3. Родилось 3 живых плода мужского пола. Через брюшные стенки прощупываются несколько плотноватых камер величиной в лесной орех.

Кролик № 13. Погиб после 2 х инъекций. В левом роге 3, в правом—4 камеры. Из этих камер 6 наполнены кровянисто-коричневой массой, а одна содержит плод мужского пола.

Кролик № 14. После 3-х инъекций в каждом роге матки оказалось по 4 камеры, не содержавших ни плодов, ни околоплодной жидкости.

Кролик № 20. После диагностического предварительного чревосечения и одной инъекции кроличиха абортровала.

Кролик № 34. При предварительной диагностической лапаротомии обнаружены 7 камер с жидкостью и плавающими в ней плодами. Через 5 дней после 3-х инъекций все камеры уменьшились до размеров крупного лесного ореха, при разрезе жидкости не содержали и были наполнены кровянистым детритом.

Кролик № 38. Диагностическая лапаротомия обнаружила сильное растяжение стенок матки, через которые видны движения плодов. После 3 инъекций роды 9-тью плодами, из которых только 3 живы. 4 плода имеют хорошо развитую мужскую половую железу, у четырех плодов ткань половой железы так распалась, что нельзя определить ее характер. Один плод оказался недоразвитым и половых желез не имел.

Кролик № 39. Беременность 24—25 дней. После 2-х инъекций родила 8 плодов. Из 5 живых плодов у 3 половые железы мужского типа, у 2—неузнаваемо изменены. Из трех мертвых плодов у одного найдены тестикулы, а у 2—крайне измененные половые железы.

Контрольные опыты были поставлены в двух направлениях: для выяснения действия на беременность инъекций только одного экстракта матки и для определения влияния на беременность сыворотки от коров.

Для первой цели было взято три кроличихи, сроком беременности в 13, 18 и 22 дня. Каждая получила, с интервалом между впрыскиваниями в 1 день, внутримышечные инъекции экстракта небеременной кроличьей матки в количестве 2 куб. см. pro injektione. За время опыта каждое животное получило по 4 таких инъекции. Все три кролика доносили беременность до конца и родили живых плодов обоего пола (1-ая—семь, 2-ая—шесть и 3-ья—семь). Опыт животные перенесли хорошо.

Сыворотка от коров вводилась четырем кроликам, причем 2 из них подвергались инъекциям сыворотки от беременной 5-ти месяцев коровы, а 2—от небеременной молочной коровы. Кролики, которым вводилась сыворотка коров, в остальном отношении были поставлены в одинаковые условия опыта с животными, получавшими инъекции сыворотки самцов. Срок беременности у кроличих, подвергавшихся впрыскиваниям сыворотки от беременной коровы, был в 12 и 21 день; получавших же инъекции сыворотки от небеременной коровы—был 10—19 дней. Каждому из этих кроликов было произведено по четыре инъекции; промежутки между впрыски-



ваньями были в один день. Количество сыворотки соответственно равнялось—3, 5, 5 и 6 куб. см. pro injektionem. Только один кролик, получавший инъекции сыворотки от беременной коровы, на следующий день после 3-ей инъекции дал повышенные температуры до 38,7 градуса и в этот день плохо ел. Остальные кролики в течение опыта оставались бодрыми и охотно ели.

Получавшие сыворотку от беременной коровы разрешились в срок—одна 7-ю, а другая 6-ю плодами; после же инъекций сыворотки от небеременной коровы одна кроличиха родила 9 плодов, а другая 7. Через день у кроличихи с 9 плодами два погибло. Плоды развивались нормально и были обоего пола.

Резюмируя наши исследования мы, по отношению к 22-м бывшим в основном опыте кроликам, можем сделать следующие выводы.

1) Интравенозное введение сыворотки некастрированных самцов (бычьей или кроличьей) обнаружило у всех 22-х опытных беременных кроличих действие на беременность. При ранних сроках беременности (приблизительно до 16 дней) инъекции обычно вызывали прекращение беременности с исчезновением (рассасыванием) содержимого плодовых камер. При сроках беременности позже 18 дней от таких же доз введенной сыворотки также можно было наблюдать отсутствие в уменьшенных плодовых камерах плодов, плодной жидкости и последа (рассасывание), но нередко, особенно при очень поздних сроках беременности, уже после одной—двух инъекций сыворотки, наступал аборт или роды, при чем часть плодов рождалась мертвыми, часть живыми.

2. В отдельных опытах при разных сроках беременности, инъекции сыворотки влекли за собою также прерывание беременности, но не во всех камерах, причем оставшиеся и развивающиеся плоды оказывались мужского пола.

3. В случаях поздней беременности, когда после инъекции сыворотки наступали преждевременные или срочные роды, часть плодов, как живых, так и мертвых, при микроскопическом исследовании половых желез давала ясную картину мужской половой железы, половые же железы другой части плодов, как мертвых, так и живых, микроскопически были настолько изменены, что не представлялось возможным даже специалисту-эмбриологу сделать какое либо заключение о поле плодов.

---

Из Клиники детских болезней Казанского университета. (Директор проф. В. К. Меньшиков).

Посвящается проф. И. Г. Савченко.

## Лечение скарлатины антитоксической сывороткой<sup>1)</sup>.

Д-ра А. А. Беляева.

(С 3 диаграммами).

Более 30 лет прошло с тех пор, как Магмогек впервые применил для лечения скарлатины поливалентную сыворотку, полученную им путем иммунизации лошадей стрептококками, встречающимися при этой болезни. За это время медицинский мир стал свидетелем различных

---

<sup>1)</sup> Доложено в Педиатрической секции Об-ва врачей 6/II 28 г.

способов приготовления сывороток для лечения скарлатины (Argonson, Palmirski, Власьевский, Moser, Савченко, Dick и Dick, Dochez). Бактерицидная сыворотка Moser'a явилась, однако, объектом наибольшего наблюдения и оставила значительный след в литературе вопроса о серотерапии скарлатины. Можно назвать работы самого Moser'a, Pospischill'я, Escherich'a, Vokay, Heubner'a, Эгиза и Лангового, Сперанского, Меньшикова, Ключарева, Федынского и др. авторов, наблюдавших действие этой сыворотки на больных. Неодинаковые результаты ее применения, зависевшие, по всей вероятности, от различной, неучтенной и неизвестной тогда „токсигенности“ стрептококков, употреблявшихся при иммунизации лошадей, значительно ослабили интерес к этому методу лечения. С 1910 г. литературные указания относительно сыворотки Moser'a прерываются (Виленкина), встречаясь позднее лишь в виде единичных сообщений (Виленкина, Эдельман, Zikowsky, Kraus).

В новейшее время американские авторы братья Dick'и указали на роль токсина гэмолитического стрептококка при заболевании скарлатиной и приготовили антитоксическую сыворотку для лечения этой болезни. Однако, по выражению проф. F. Meyer'a, учение Dick'ов является лишь „новой переработкой старого учения новыми методами“. Еще задолго до появления в свет работ братьев Dick'ов в 1905 г. проф. И. Г. Савченко обратил внимание на присутствие токсина в бульоне с аспитической жидкостью при разводке стрептококков, выделенных в тяжелых случаях скарлатины. Приготовленная им сыворотка двойного действия была испытана В. К. Меньшиковым у 20 больных, причем дала более яркие результаты, чем сыворотка Moser'a. В 1912 г. другой ученик проф. Савченко, проф. Здравосмыслов получил также деятельную антитоксическую сыворотку.

Относительно действия антитоксической сыворотки Dick'ов в литературе накопилось уже значительное число наблюдений (Park, Zoeller, Chodzko, Preisich, Jodorovith, Friedemann и Deicher, Dabrowski и Sabocińska, Castex, Mariano и Gonzalez, Woody, Scott, Lenthe, Gordon, Husler, Эгиз, Агафонов, Лунин, Штейн, Котов и Котляренко, Розенблюм, Сапиро, Данилевич в сотрудничестве с Гороховниковой, Никитиным и Песис). При этом почти все авторы признают за сывороткой неоспоримое антитоксическое действие, выявляющееся в первые же 1—3 дня вслед за ее введением. Действие это выражается в понижении  $t^{\circ}$  на 2—3 $^{\circ}$ , замедлении пульса, улучшении общего состояния больных, побледнении сыпи и уменьшении воспалительных явлений в зева. Park, впрочем, отмечает, что в небольшом проценте случаев эффекта от сыворотки не бывает. Munk и de Korte вообще не видели ясных результатов от нее. В отношении действия сыворотки на осложнения скарлатины взгляды авторов также расходятся: в то время, как Dick'и, Friedemann и Deicher, Gordon, Штейн, Данилевич указывают, что сыворотка уменьшает процент и ослабляет тяжесть осложнений,—Эгиз, Розенблюм, Husler и отчасти Агафонов не находят возможным говорить о прямом действии сыворотки на них. Кроме того Friedemann и Deicher думают, что на существующие уже осложнения сыворотка не влияет совсем. Слабо действует она и на

детей до 3 лет (Эгиз, Данилевич). Эгиз и Лунин находят большое сходство в действии сывороток Moser'a и антитоксической. Первый из них, кроме того, видит преимущество сыворотки Dick'ов в возможности применения меньшей дозы (50 к. с.). Розенблюм считает не-обходимой проверку целесообразности применения сыворотки после 4-го дня болезни. Многие авторы отмечают существующую эмпиричность дозировки ее и заявляют о необходимости выработать более совершенные методы, определяющие, с одной стороны, ее терапевтическую силу, с другой—позволяющие очистить сыворотку от протеннов, вызывающих у больных явления анафилактики.

Таким образом здесь возникает ряд вопросов, которые могут быть разрешены лишь при дальнейшем накоплении наблюдений, углублении наших исследований и уточнении способов приготовления сыворотки. Все эти обстоятельства и указанные выше разногласия в литературе побудили нас поделиться своими впечатлениями от применения с лечебными целями антитоксической сыворотки в Детской клинике Казанского университета. Наш материал касается 37 чел., пользовавшихся сывороткой Казанского микробиологического института (проф. В. М. Аристовский), а именно, серии № 1—3 чел., № 2—2, № 3—7, № 4b—2, № 5a—2, № 5b—4, № 9—1, № 11—6, № 13—2, № 15a—2, № 15b—1, № 16b—3, № 21a—1, неизв.—1, и 10 чел., у которых была применена сыворотка Института эксп. мед.,—серии № 25—4, № 30—5 и неизв.—1. Сыворотка вводилась внутримышечно или внутривенно и внутримышечно в количестве 30—100 к. с. Иногда производилась повторная инъекция 30—60 к. с. Предметом нашего изучения были больные, леченные казанской сывороткой; препарат Института эксп. мед. имелся не в достаточном количестве, и инъекция его в некоторых случаях были произведены подкожно.

Инъекции казанской сыворотки были произведены в следующие дни болезни (таб. 1):

Таб. 1.

Дни болезни	1	2	3	4	5	7	9	10	12	22	23	Всего
Число случаев . . . . .	4	7	15	4	1	1	1	1	1	1	1	37

Как видно из этой таблицы, большая часть лечилась в первые 4 дня болезни. Лишь в 1 случае пришлось ввести сыворотку на 5-й день. Остальные больные подвергались лечению главным образом по поводу осложнений. По возрасту и полу наши больные распределялись следующим образом (таб. 2):

Таб. 2.

Пол	Возр.	1—3 л.	3—8 л.	8—15 л.	Старше 15 л.	Всего
Муж. . . . .		3	8	4	—	15
Жен. . . . .		5	12	4	1	22
Всего . . . . .		8	20	8	1	37

Переходя к характеристике наших больных, скажем, что в основу деления их по тяжести заболевания мы приняли отчасти классификацию Moser'a, хотя и вносящую некоторый субъективизм в определение прогноза болезни, но зато дающую возможность разбить больных по объективным признакам, каковыми в первые дни являются: степень интоксикации,  $t^0$ , состояние пульса, характер сыпи и род ангины. Я позволил себе некоторые случаи поставить, так сказать, на границе между разными группами, приняв обозначение напр. II--III, имея в виду, помимо первичных кардинальных симптомов, еще конституцию организма. Здесь нужно упомянуть, что лечены сывороткой были большею частью тяжелые случаи. Больных с легким прогнозом (I и I--II) мы не лечили сывороткой за исключением одного (1), подвергнувшегося лечению по поводу нефрита на 15-й день болезни.

Ниже приводится таблица результатов серотерапии (таб. 3):

Таб. 3.

Колич. случ.	Прогноз	Дни инъекц.	Колич. сыв. в куб. с.	Серия №№	Улучшение.	Относит. улучш.	Без перем.	В дальнейшем течении:			
								выздоровл.		выпис. с ослож.	mors.
								без осл.	с осл.		
5	II	2—3	50—100	1, 5b, 11, 13	1	4	—	3	2	—	—
9	II—III	1—4	50—100	1, 3, 5a, 5b, 9, 11, 15b, 21a	2	7	—	5	3	1	—
9	III	1—5	30—100	1, 2, 3, 4b, 5a, 11, 13, 16b	1	7	1	6	3	—	—
6	III—IV	1—3—4	50—110	2, 3, 15a, 16b	1	4	1	3	2	1	—
2	IV	2—3—6	80—160	11	—	—	2	—	—	—	2
31	—	—	—	—	5	22	4	17	10	2	2
%	—	—	—	—	16,1	71	12,9	54,8	32,3	6,45	6,45
Всего	—	—	—	—	87,1			38,75			

В отношении результатов лечения мы разделили наши случаи на 3 категории: случаи улучшения, относительного улучшения и безрезультатные. Об улучшении мы говорим, когда  $t^0$  приходила к норме большею частью критически через  $1/2$ —1 сутки после инъекции, в дальнейшем же, если и повышалась, то незначительно и от вторичных причин (сывороточные явления, лимфадениты). Сыпь в этой группе исчезала значительно раньше срка (на 2-й—4-й д. после введения сыворотки), а ангина бледнела и приобретала доброкачественное течение. Все это сопровождалось улучшением общего состояния и пульса, появлением аппетита и интереса к окружающему. Пример:

Г. В. (III—IV), 3 $1/2$  л., поступила на 2-й день болезни в коматозно-бредовом состоянии с похолодевшими конечностями при  $t^0$  39,1 $^{\circ}$ . Пульс очень частый, нитевидный. Сыпь цианотична. Краснота в зеве. Лакунарная ангина. По временам клонические судороги. Инъекция 70 к. с. сыворотки сер. № 2 в мышцы. В 6 ч. веч.  $t^0$  39,6 $^{\circ}$ , состояние то же, к ночи судороги прекратились. На 3-й день  $t^0$  упала



на  $2,3^{\circ}$  ( $37,4^{\circ}$ ), общее состояние и пульс удовлетворительны, сыпь резко побледнела, ангина не столь яркая. На 4-й день состояние больной вполне удовлетворительное,  $t^{\circ}$   $36,7^{\circ}$ , сыпь исчезла. Налеты исчезли на 6-й день. В дальнейшем выздоровление на 34-й день без осложнений.

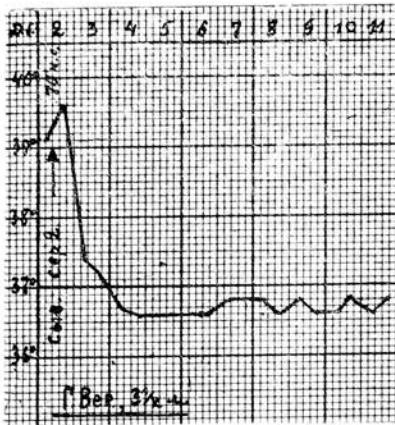


Рис. 1.

вместе с временным падением  $t^{\circ}$  бред, возбуждение и кома исчезали, появлялся аппетит, сон становился более спокойным. Пример:

Г. Лидия (III—IV), 14 л., поступила на 3-й д. при  $t^{\circ}$   $39^{\circ}$  в коматозном состоянии. Пульс едва прощупывается, дикротичен. Сыпь выражена слабо. Фибринозная ангина. 12 ч. Введ. 100 к. с. сыв. сер. 16б в мышцу. К вечеру  $38^{\circ}$ 8. Пульс полнее, но частит. 4-й д.  $37^{\circ}$ 3 —  $38^{\circ}$ 8. Пульс—удовл., ритмичный. Больная отвечает на вопросы. Сыпь еще заметна. Увелич. шейных желез, болезн. В зеве резкая гиперемия и налеты.  $T^{\circ}$  литически достигла нормы к 12 д. Сыпь исчезла к 6 д. На 27-й д. присоединилась малярия. Вып. на 40-й д.

В случаях безрезультатного лечения нельзя было отметить значительного падения  $t^{\circ}$  (снижение лишь на  $0,5^{\circ}$ — $1^{\circ}$ ) и замедления

пульса. Сыпь выступала еще ярче, или приобретала цианотичный характер, в дальнейшем отцветала лишь к 7-му—8-му дню болезни и позже. А иногда, хотя сыпь бледнела раньше, но общее состояние больных ухудшалось, и ангина из лакунарной, напр., переходила в некротическую. Если в этих случаях и наступало улучшение, то оно появлялось уже на 2-й неделе, т. е., когда скарлатина и без серотерапии может пойти на улучшение. Одним словом, прямого действия сыворотки мы в этих случаях не видели. Для иллюстрации приведем следующий пример:

И. Алексей (III—IV), 6 л., поступил на 4-й день в бредовом состоянии.  $T^{\circ}$   $39,5^{\circ}$ , пульс частый, слабый, геморрагическая сыпь на конечностях, гиперемия склер, фолликулярная ангина. Введено 50 к. с. сыворотки сер. № 15а. К вечеру  $t^{\circ}$   $39,5^{\circ}$ .

Случаями относительного улучшения мы считали те, когда  $t^{\circ}$  в ближайшие сутки после вприскивания снижалась на  $1,5$ — $2^{\circ}$ , но лишь временно (на  $1/2$ —2 дня), а затем снова повышалась вследствие присоединения тех или иных осложнений, или медленно спадала в течение 1— $1\frac{1}{2}$  нед. Одновременно с понижением  $t^{\circ}$  пульс становился полнее и ритмичнее, сыпь угасала постепенно к концу 1-й недели или несколько раньше, ангина держалась 2—3 дня в той же степени, как и до инъекции, в общем же состоянии больного замечался перелом к лучшему:

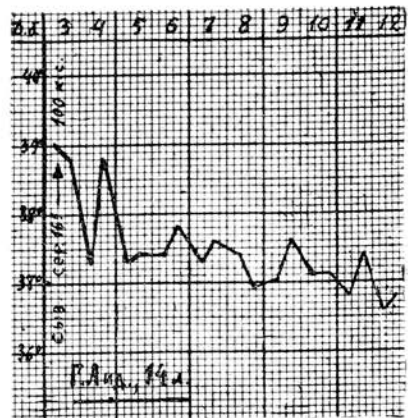


Рис. 2.

ребенок беспокоен, мечется. На 5-й день  $t^0$   $38,5^0-38,6^0$ , пульс полнее, частый; сыпь и ангина те же. На 6-й день  $t^0$   $38,6^0-38,8^0$ , пульс частый, беспокойство, раздражительность, сыпь держится, но потеряла геморрагический характер. В зеве появился некроз. На 7-й день  $t^0$   $38,3-39,5^0$ , пульс частый, удовлетворительного наполнения. состояние тяжелое, головная боль, сыпь увядает, ангина в той же мере. На 8-й день  $t^0$   $38,8-39,6^0$ , общее состояние лучше, сыпь исчезла, резкая гиперемия слизистой рта, на подбородке отечность кожи, болезненность. На 9-й день  $t^0$   $38,6-40^0$ , боль в горле, помимо некроза появились желтовато-грязного цвета некрозы, замечается увеличение шейных желез. В дальнейшем с 13-го дня белок в моче. Снижение  $t^0$  к 12-му дню и быстрое повышение до  $40,4^0-40,6^0$ . На 25-й день  $t^0$  пришла к норме. В этом случае осложнения, следовавшие друг за другом, затухали благоприятное действие сыворотки.

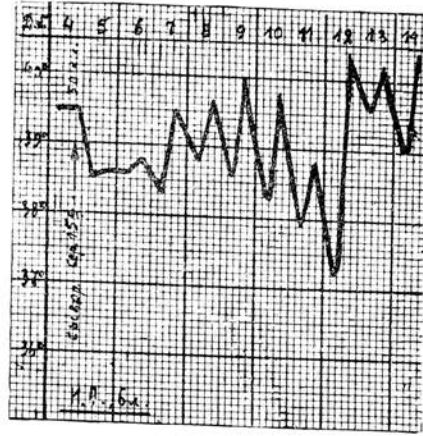


Рис. 3.

Следует отметить, что при инъекциях сыворотки  $t^0$ , почти как правило, давала сначала повышение на  $1,5^0-2^0$  в первую половину суток, следующих за впрыскиванием, а в дальнейшем уже определялся тот или иной результат. Одновременно с этим в состоянии больных иногда происходило ухудшение.

Из таб. 3 видно, что в  $87,1^0\%$  всех случаев нами был получен от сыворотки хороший или относительно хороший результат, в остальных же  $12,9^0\%$  успех был или вовсе незаметен, или был настолько слаб, что не позволял отнести его к непосредственному влиянию серотерапии. Надо оговориться, впрочем, что в последних случаях мы имели, во-первых, тяжелые формы скарлатины, дававшие уже в первые дни осложнения, могшие отчасти затуманить результат лечения, во-вторых, сюда относятся дети младшего возраста, относительно слабого действия сыворотки на которых указали Эгиз и Данилевич.

Понужно приведем результаты лечения сывороткой Института эксп. медицины (таб. 4).

Таб. 4.

Количество случаев	Прогноз	Дни инъекции	Колич. сыворотки, в к. с.	№№ серий	Улучшение	Относит. улучш.	Безперемен	В дальнейшем.		
								выздоров.		мог
								без осл.	с осл.	
1	II	3	50	25	—	1	—	1	—	—
1	II—III	3	50	30	—	1	—	1	—	—
4	III	1—4	45—100	25,30	—	1	3	2	2	—
3	III—IV	2—4	45—50	25,30	—	3	—	—	2	1
9	—	—	—	—	—	6	3	4	4	1

Здесь можно видеть тоже некоторый  $\%$  случаев, не давших результата. В общем можно сказать, что первый хороший эффект наблюдался нами преимущественно там, где мы имели явления интоксикации; но в некоторых случаях удалось подметить действие сыворотки и на такие симптомы болезни, которые должны быть отнесены к септическим (некротическая ангина, сыпь).

Одновременно мы отметили влияние сыворотки на состав крови. Вопрос этот давно уже интересовал разных авторов: уже сам Moser при испытании своей сыворотки обратил внимание на вызываемое ею колебание  $\%$  лейкоцитов; позднее такое влияние сыворотки Moser'a изучали Pirquet и Schick, Ключарев, Виленкина. Вопрос этот тем более интересен, что при скарлатине вообще наблюдается резкое изменение белой крови (Schilling, Fanconi, Ясный и Розловский, Teissier, Лебедева и Ростовцева, Зильберштейн, Петрова). Применяя антитоксическую сыворотку, Mironesco и Farcas подметили, что лейкоцитоз в первые же сутки после инъекции резко падает. Штейн, помимо этого, наблюдал уменьшение числа нейтрофилов за счет увеличения лимфоцитоза и появление или увеличение  $\%$  эозинофилов. Исследовав кровь у 15 леченных сывороткой больных, можем отчасти подтвердить указанное выше, но с оговоркой, что лейкоцитоз в первые сутки уменьшался у нас не столь резко, нейтрофилез понижался на 3—47%, эозинофилия в некоторых случаях достигала 10—21%. В случаях безрезультатного лечения отмечалось увеличение числа лейкоцитов (на 2—12 тыс.), уменьшение числа нейтрофилов (на 10—41%) и увеличение — эозинофилов (на 1—9%). Последние два явления, думается нам, могут рассматриваться, как благоприятный признак в смысле дальнейшего хода заболевания. В единичных случаях при понижении лейкоцитоза нами было замечено небольшое увеличение нейтрофилеза (на 1,5—3,5%) и уменьшение  $\%$  эозинофилов. Во всех случаях, за малыми исключениями, отмечено взаимодействие в колебании  $\%$  лимфоцитов и нейтрофилов. Общее впечатление наше таково, что сыворотка большей частью благоприятно действует на состав крови, но для категорического ответа нужны дальнейшие наблюдения.

Давая положительный ответ на вопрос о зависимости результатов лечения скарлатины от времени введения сыворотки, мы должны, однако, указать, что почти все наши больные, давшие определенное улучшение, начали лечение на 3-й день болезни, из подвергавшихся же инъекциям на первый день все получили относительное улучшение. Конечно, главную роль здесь играл характер осложнений. Действует ли сыворотка на них? По этому вопросу нет единого решения. Большинство авторов для ответа прибегает к статистическим данным, сравнивая  $\%$  осложнений у леченных и нелеченных сывороткой; но иногда оказывается, что контрольные случаи принадлежат к легким формам скарлатины, и тогда может получиться то, что мы отмечаем, напр., у Эггиза:  $\%$  осложнений у леченных значительно больше.

Если сравнивать осложнения по годам, предшествовавшим появлению антитоксической сыворотки, то, ведь, год от года может значительно отличаться по силе и характеру эпидемии. Мы прибегали к сравнению количества осложнений, наблюдавшихся при сывороточном лечении, с цифрами за 1923—28 г., относящимися к нелеченным, причем в число

последних попали как легкие случаи, так и случаи средней тяжести (II и III), оставшиеся нелеченными с целью контроля и по другим причинам. Добавив сюда 7 больных, леченных нами по поводу уже вторичных осложнений, т. е. таких больных, которые по существу могут быть названы нелеченными, мы получили следующие итоги (таб. 5):

Табл. 5.

	Всего случаев	Без осложн.		С осложн.		Mors	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нелеченные за 23—28 г.г. . .	106	56	52,8	48	45,3	2	1,9
Нелеченные за 25—28 г.г. . .	66	34	51,5	31	47	1	1,5
Леченные за 25—28 г.г. <sup>1)</sup> . .	40	21	52,5	16	40	3	7,5

Таким образом, мы видим, что среди леченных было несколько меньше осложненных случаев, особенно, если взять параллельный материал за 25—28 г.г. и учесть случаи смерти в результате осложнений. Если же учесть, что среди леченных были большею частью случаи значительной тяжести (таб. 3 и 4), где иногда отмечалось по 2—3 осложнения, то % осложненных случаев при серотерапии нужно считать еще более низким.

Укажем дальше, какие осложнения имели место у наших больных (таб. 6).

Таб. 6.

Осложнения	Число случаев	Осложнения	Число случаев
Ангина некротическая . . .	2	Пневмония . . . . .	2
Аденит без нагноения . . .	3	Плеврит . . . . .	1
„ с нагноением . . . . .	1	Нефрит . . . . .	7
Аденофлегмона . . . . .	1	Артрит . . . . .	1
Отит гнойный . . . . .	4	Септикопиемия . . . . .	2
Миокардит . . . . .	3		

Всего 27 осложнений у 18 больных

По нашему впечатлению осложнения при раннем лечении сывороткой протекают гораздо доброкачественнее. Так, напр., одно время среди нелеченных мы видели отиты, осложненные мастоидитом, тогда как даже очень значительные по тяжести отиты у леченных протекали без таких осложнений. Одновременно мы не отмечали при лечении сывороткой и тяжелых нефритов; раз появившиеся белок и другие патологические элементы мочи в течение 3—10 дней обыкновенно исчезали.

Zoeller сообщил о хорошем результате, полученном при лечении сывороткою скарлатины, сопровождавшейся альбуминурией,—белок исчез

<sup>1)</sup> Сюда включены и 9 случаев, пользовавшихся сывороткой Института эксп. мед.

у больного к 6-му дню. Тоогоод опубликовал быстрое излечение сывороткой эндокардита и миокардита при скарлатине. Это навело нас на мысль испытать действие сыворотки при развившихся уже осложнениях у нелеченных до того сывороткой больных. Для этой цели нам послужили 7 больных, из которых 6 были пользуетмы сывороткой Казанского института и 1 — сывороткой Института эксп. медицины. Результаты лечения были таковы:

I. В случае с септикопиемией сыворотка не дала улучшения; правда, в течение 3 дней  $t^0$  здесь пала с 40,1 $^0$  до 37,1 $^0$ , но затем вновь приобрела характер септической. Общее состояние также не улучшилось, и больная скончалась на 40-й день.

II. Улучшение от сыворотки мы получили в случае с уремией, на котором остановимся подробнее. Больная Е. З., 7 л., поступила на 19-й день после начала заболевания скарлатиной с головными болями, тошнотой, аммиачным запахом изо рта, незначительными отеками на лице. Левая граница сердца расширена до соска, тоны глухи, пульс напряжен. Назначена сахаристая диета. На 20-й день состояние то же, мочи 650 к. с., уд. в. 1015, в ней 1,5 $\frac{0}{00}$  белка, эритроциты, много лейкоцитов, почечный эпителий, гиалиновые и зернистые цилиндры,  $t^0$  36,6 $^0$ —36,6 $^0$ . На 21-й день головные боли усилились, рвота, мочи 450 к. с., уд. в. 1015, белка 3 $\frac{0}{00}$ ,  $t^0$  36,6 $^0$ —36,6 $^0$ . На 22-й день головная боль, беспокойство, частая рвота, затемненное сознание, мочится мало, большую частью под себя, в моче кристаллы мочевой кислоты, мочекислового аммония и щавелево-кислой извести. С 3 ч. дня клонические судороги с промежутками в 1—2 ч., сопровождающиеся рвотой и коматозным состоянием, пульс 70, слабый, иногда нитевидный, зрачки расширены, слабо реагируют на свет. С утра до 2 ч. ночи больная не мочилась; из вены извлечено 125 к. с. крови: хлорал-гидрат в клизме;  $t^0$  36,6 $^0$ —38,4 $^0$ . На 23-й день ночью и утром беспокойство, возбуждение со рвотой и судорогами; мочилась немного под себя, сознание затемнено, зрачки расширены, почти не реагируют на свет, амблиопия. при исследовании глазного дна — застойный сосок;  $t^0$  37,8 $^0$ , пульс напряжен. В 2 ч. дня введено 35 к. с. сыворотки в вену и 60 к. с. в мышцы, после чего к 4 ч. дня состояние стало значительно лучше; больная отвечает на вопросы, сама поворачивается в постели; рвота; мочилась 5 раз под себя. К вечеру собрано 200 к. с. мочи, уд. в. 1025, белка 13 $\frac{0}{00}$ , судороги прекратились,  $t^0$  38,1 $^0$ . На 24-й день состояние лучше, ночь спала,  $t^0$  37 $^0$ . Рвота и головная боль слабее. К вечеру значительное улучшение, — судорог не было, амблиопия, диурез 450 к. с., уд. в. 1020, белку 7 $\frac{0}{00}$ ,  $t^0$  37,4 $^0$ . На следующий день  $t^0$  нормальна. В дальнейшем амблиопия исчезла к 26-му дню, и судороги больше не повторялись. К 30-му дню исчезла и рвота, диурез повысился до 600—950 к. с., содержание белка уменьшилось до  $\frac{1}{2}$  $\frac{0}{00}$ . Выписана на 62-й день со следами белка. Здесь обращает на себя внимание довольно быстрое купирование после введения сыворотки уремических припадков, повышение диуреза и быстрое улучшение общего состояния с постепенным улучшением других симптомов.

III. Следующий случай скарлатинозного нефрита с 1 $\frac{0}{00}$  белка и кровью в моче (на 22-й день болезни) через день после инъекции сыворотки дал значительное улучшение в состоянии больного, падение  $t^0$  до нормы и исчезновение белка из мочи. Диурез к 27-му дню повысился с 450 до 720 к. с., уд. в. 1020—1008.

IV. Дальнейший случай нефрозо-нефрита на почве скарлатины (19-й день) кончился при лечении сывороткой безрезультатно, — у больной, находившейся под наблюдением в течение месяца после выписки, в моче оставались еще следы белка.

V. Не дал значительного результата и случай лечения отита на 7-й день болезни, за исключением падения  $t^0$  на 2 $^0$  к 9-му дню и улучшения общего состояния (сын исчезла до поступления). Больной выписался на 45-й день с относительным улучшением здоровья, но незначительное гноетечение из ушей у него еще продолжалось.

VI и VII. Последние два случая были использованы сывороткой по поводу вторично возникшего некротического воспаления в зеве после легкого сравнительно заболевания вначале (Moser II), протекавшего в обоих случаях с повышением  $t^0$  до 39 $^0$ —39,5 $^0$  и тяжелым общим состоянием. Инъекция сыворотки в одном случае дала падение  $t^0$  на 1 $^0$  через день и дальнейшее постепенное снижение в течение 4 дней. В другом случае  $t^0$  в одни сутки пала на 1,7 $^0$ . Ангина и общее самочувствие у обоих больных улучшились вскоре (через 2—3 дня).



Выше уже указано, что, по наблюдениям многих авторов, сыворотка на первичные явления скарлатины действует хорошо лишь при раннем ее введении, смягчая появляющиеся затем осложнения. Friedemann, Штейн, Garrity думают, что раннее введение ее, купируя процесс, предупреждает осложнения. Данилевич отмечает хорошее влияние сыворотки на нефриты и меньшее—на некротические ангины и адениты; впрочем, из работы этого автора неясно, лечил ли он больных по поводу нефритов, или он делает это заключение на основании сравнительной статистики. Представляя наш небольшой материал, мы хотели бы отметить, что вопрос лечения скарлатинозных осложнений (особенно некротических ангин и нефритов) стоит того, чтобы продолжать наблюдения.

Нам остается сказать еще о явлениях, связанных с серотерапией. Обращая внимание на различные сорта и серии сывороток, применявшихся нами, мы не можем отдать предпочтения по силе действия какой-либо из двух сывороток, имевшихся в нашем распоряжении. Повидимому, сыворотка Института эксп. медицины действовала слабее, но, возможно, что этому способствовало ограниченное количество ее у нас и, в некоторых случаях, подкожное введение. Нам хочется указать на другую сторону действия сывороток, зависящую, быть может, от avidität'a их (Madsen, Агафонов) или других неизвестных причин. В 4 случаях мы получили очень бурные явления, развившиеся через 1—6 часов после впрыскивания. Пример:

К. Т., 9 л. (III), поступила в первый день болезни с  $t^{\circ}$   $39^{\circ}$ , головною болью, сонливостью, бредом. Сыпь выражена слабо, катарральная ангина. Введено в вену 35 к. с. и в мышцы 65 к. с. сыворотки Казанского института сер. № 3. Через 1 час после того потеря сознания, расширение и отсутствие реакции зрачков, рвота несколько раз, недержание кала; цианоза нет, дыхание частое,  $t^{\circ}$   $37^{\circ}$ , пульс 180, нитевидный. Через 3 часа полубессознательное состояние, гиперэстезия кожи, резкая ригидность мышц, особенно конечностей, гримасничание, высовывание языка, поперхивание при попытке пить. В таком состоянии больная пробыла до 5 ч. у. второго дня. Затем постепенно все явления стали проходить и к 8-му часу она пришла в себя;  $t^{\circ}$   $37,2^{\circ}$ . К норме  $t^{\circ}$  пришла на 9-й день, urticaria исчезла на 18-й день, дальше выздоровление без осложнений. До настоящего заболевания больная сыворотками не лечилась.

В других случаях мы видели крайнее возбуждение детей, сопровождавшееся криком, попыткой бежать и др., которое в одном случае длилось два дня. При инъекции 50 к. с. сыворотки Института эксп. медиц. в одном случае мы наблюдали явления коллапса.

Другой неприятной стороной применения сыворотки мы, подобно другим авторам, считаем сывороточную болезнь. Woodу с сывороткой Dick'ов-Doshez выдел последнюю в 11%. Луниин с сывороткой Института эксп. мед. отметил 31% крапивницы, кореподобной сыпи и erythema multiforme. Данилевич—сначала 40%, а затем—24,6%, Штейн—45%. А. Ф. Агафонов с сер. № 1 сыворотки Казанского института имел лишь 27,7% легких сывороточных явлений. Нами сывороточная болезнь наблюдалась в 51,1% всех наших больных, причем Казанская сыворотка дала 48,6%. Иногда (12 сл.) она проявлялась в виде urticariae, выступавшей на 3-й—18-й день после инъекции, в других случаях (также 12) - в виде высыпания (на 5—15-й день) кореподобной сыпи, сопровождавшегося отеками лица и конечностей, болями и припуханием суставов, повышением  $t^{\circ}$  до  $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . В одном случае, помимо этого, отмечались ригидность затылка и гиперэстезия

кожи при общем возбужденном состоянии. Из казанских сывороток серия № 5а дала наиболее тяжелое состояние больных. При употреблении позднейших серий мы уже не видели такого числа случаев и такой тяжести болезни. Из первых 20 больных, леченных сывороткой Казанского института (сер. №№ 1—5b), сывороточные явления получились в 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. у остальных 17 чел. (сер. №№ 9—21a) явления эти можно было отметить лишь в 23,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, притом в более легкой форме.

Заканчивая свое сообщение, делаем выводы:

1) Антитоксическая сыворотка при раннем применении у скарлатинозных больных дает большую часть улучшения или относительное улучшение, выражающееся в ослаблении интоксикации и первичных симптомов болезни (t<sup>0</sup>, ангина, сыпь), параллельно этому может измениться состав крови, быстро приближаясь к норме.

2) В некоторых случаях явного эффекта от сыворотки не получается, но здесь, возможно, играет роль раннее появление осложнений.

3) По общему впечатлению можно говорить о действии сыворотки на осложнение—в смысле более благоприятного течения и уменьшения числа их, но для окончательного ответа необходимо по возможности произвести наблюдения с соответствующими контрольными случаями.

4) Вопрос о лечении скарлатинозных осложнений сывороткой в позднем периоде болезни стоит того, чтобы им заняться отдельно.

5) В некоторых случаях употребление сыворотки дает картину бурной реакции организма на введение, а в дальнейшем—ряд осложнений сывороточного порядка.

6) Необходимо поэтому продолжать усовершенствовать препарат как со стороны его дозировки, так и в целях очищения сыворотки от протенов.

7) Применение разных серий сыворотки Каз. ин-та показало, что позднейшие выпуски дают значительно меньше сывороточных явлений у больных.

*Литература:* 1) Агафонов. Каз. мед. ж., 1926, № 11.—2) Впленкина. Моск. мед. ж., 1925, № 5.—3) Woody. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—4) Garrity. Ref. Vp. r., 1927, № 18.—5) Gordon. Ref. Ctbl. f. Bakt., 1927, Bd. 87, № 5/6.—6) Dabrowski и Sabocińska. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 10.—7) Данилевич, Гороховникова, Никитина и Песис. Ленингр. мед. ж., 1928, № 3.—8) Escherich и Schick. Scharlach, 1912.—9) Федынский. Мед. Об., 1911.—10) Friedemann u. Deicher. D. m. W., 1928, № 21.—11) Husler. Ref. Ctbl. f. Bakt., 1927, Bd. 87, № 5/6.—12) Castex, Mariano u. Gonzalez. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 17.—13) Ключарев. Дисс., М., 1907.—14) Котов и Котляренко. Ж. микроб., т. V, в. 2, 1928.—15) Kraus. Ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—16) Лебедева и Ростовцева. Кл. мед., 1927, № 15—16.—17) Lenthe. D. m. W., 1927; ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—18) Лунин. D. m. W., 1927; ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 87, № 5/6.—19) Meyer. Научн. курс д. уч. вр., 1926, № 11.—20) Меньшиков. Р. врач., 1905, № 25.—21) Miropesco и Farcas. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—22) Moser. Jahrb. f. K., Bd. 57, H. 1.—23) Munk и de Korte. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 17.—24) Петрова. Педиатрия, 1928, т. XII, № 3.—25) Розенблюм. Кл. мед., 1927, № 15—16.—26) Савченко И. Г., проф. Р.

вр., 1905, № 25.—27) Санира. М. мед. ж., 1927, № 9.—28) Scott. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 18.—29) Сперанский. Мед. об., 1904, т. 62.—30) Teissier. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—31) Toogood. Ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—32) Zikowsky. Ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—33) Zoeller. Presse médic., 1927, № 25.—34) Schilling. Картины крови. ГИЗ.—35) Штейн. Вр. г., 1927, № 18.—36) Эгиз и Ланговой. Мед. об., 1906, т. 66.—37) Эгиз. Вр. д., 1926, № 17—18.—38) Эдельман. Педватрия, 1928, т. XII, № 3.—39) Ясный и Розловский. Вр. д., 1927, № 20.—40) Зильберштейн. Педватрия, 1928, т. XII, № 3.

---

Из клиники кожных и венерических болезней Гос. ин-та мед. знаний  
в Ленинграде (Завед. проф. А. К. Штейн).

## К вопросу о первичных меланомах кожи.

А. Имшенецкий.

(С 3 рис.).

Установленные Bloch'ом данные, касающиеся нормального пигментобразования в коже, естественно, отразились на классификации пигментных опухолей. Существует, по его мнению, две системы меланобластов: базальные клетки эпителия кожи, возникшие из эктодермы, и клетки мезодермального происхождения, залегающие в нижних  $\frac{2}{3}$  собственно кожи и находящиеся в монгольских и синих родимых пятнах. Допуская возможность возникновения меланом только из этих различных по своему происхождению клеток, Bloch, на основании их локализации, различает: 1) меланокарциномы — эпидермис, волосяной фолликул, обыкновенные родимые пятна, 2) меланосаркомы — монгольские и синие родимые пятна.

Однако, Borst, признавая существование меланоэпителиом, относит их к редким формам, так как, по его мнению, не часто удается проследить их связь с эпителием. Несмотря на изменчивость гистологической картины меланом, Dawson руководствуется при их классификации морфологическими признаками, что, повидимому, влечет за собой описание смешанных форм (Chauvenet et Dubreuilh, Friboes, Arzt).

Имеется стремление и объединять эти новообразования, так, Lubarsch называет их меланоцитобластомами. Все же преимущество классификации Bloch'a заключается в том, что она дает возможность установить происхождение элементов новообразования.

Вопрос о меланобластах мезодермального происхождения тесно связан с вопросом о так называемых монгольских пятнах. Их постоянное присутствие у японских и китайских детей послужило поводом к присвоению им такого названия. По данным Fiescher'a и Shen Shen Jü, исследовавших в этом направлении 110 китайских детей в возрасте до 12 лет, монгольские пятна, в половине случаев, бывают симметрично расположенными на коже нижней части крестца или верхней части ягодиц и колеблются в своей величине от размера горошины до ладони.

В возрасте от 7 до 12 лет большинство детей этих пятен уже не имеют и, как исключение, авторы обнаружили их у трех девочек старше 12 лет.

В дальнейшем было установлено, что можно говорить о более частом нахождении их у детей монгольской расы лишь в клиническом смысле. Исследования Adachi, нашедшего их у 2 из 7 новорожденных и у 8 из 16 детей (от 2 дней до  $2\frac{1}{4}$  лет) были проверены Bahgawu, исследовавшего гистологически кожу области крестца у новорожденных и детей кавказской расы в возрасте до 12 лет и установившего постоянное присутствие у них характерных клеток монгольских пятен. В более позднем возрасте эти клетки были находимы лишь в единичных случаях. Получающаяся положительная Дора-реакция в них позволяет считать их за клетки, способные к ферментативному процессу пигментообразования. Наряду с этим локализация этих клеток лишь в нижних  $\frac{2}{3}$  *corium*'а и морфологические особенности отличают их от обычных хромотофоров, неспособных к самостоятельной выработке пигмента.

Нахождение у обезьян (*Macacus Rhesus*) в коже предплечья аналогичных клеток (Bloch) делает неодничковое количество клеток монгольских пятен в коже представителей различных рас, особенно интересным в филогенетическом отношении. Присутствие в некоторых случаях этих клеток в коже у взрослых является, повидимому, одним из атавистических признаков. Обычная локализация в коже крестцовой области у детей и, как правило, исчезновение в более позднем возрасте—характерные особенности клеток монгольских пятен. Но возможно скопление их в значительном количестве на других местах и существование в течение всей жизни. В этом случае мы будем иметь особые образования, именно *naevi coerulei*—синие родимые пятна (*blaue naevi, naevi blues*), описанные Tiesche в 1906 году.

В качестве образчика гистологической картины подобных родимых пятен мы приводим вкратце описание следующего случая.

Б-ая А. Г., 60 лет. Клинический диагноз *Eczema chron.* На тыле левой кисти слегка возвышающееся папулезное образование величиной с чечевицу; синее, с сероватым оттенком цвета, оно наощупь несколько плотнее окружающей кожи. Покрывающая его кожа не изменена. Существует, по словам б-ой, с детства. Гистологически: эпидермис в целом несколько утончен и его нижняя граница в виде слегка волнистой линии. В клетках базального слоя обычное количество мелко-зернистого пигмента. В шиповидном слое он отсутствует совершенно. С помощью реакции серебрения на уровне базального слоя в эпителии обнаруживается нормальное количество содержащих пигмент клеток с отростками в форме дендритов. Сосочки кожи почти совершенно уплощены и пигментных клеток не содержат. В толще собственно кожи имеются тяжи пигментных клеток, идущие, главным образом, параллельно поверхности кожи, местами разветвляющиеся и дающие фигуры причудливых очертаний. Коллагенные волокна кожи, как бы сопутствуют этим тяжам, заключая между собой пигментные клетки. Последние носят соединительнотканый характер, веретенообразной формы, имеют длинные ветвящиеся отростки, соединяясь которыми они образуют тяжи. В верхней трети кожи видны единичные, содержащие пигмент клетки, меньшие по величине и имеющие более короткие отростки. Заключающийся в клетках пигмент темно-бурого, местами почти черного цвета. Полного обесцвечивания под влиянием перекиси водорода не наступает. Количество эластических волокон в коже уменьшено.

Мы видим, что хотя верхние отделы кожи и не свободны от соединительнотканых меланобластов, но максимальное их количество находится в глубине. Эпителий содержит нормальное количество пигмента и в нем нет никаких изменений, которые можно было бы поставить в связь с существующим нэвусом. Сглаживание сосочков, утончение эпителия и

уменьшение эластических волокон должно быть стнесено к возрастным изменениям в коже. Свойство пигмента, находящегося в клетках с отростками, не вполне обесцвечиваться под влиянием перекиси водорода, не позволяет, повидному, говорить об идентичности его с меланином эктодермальных меланообластов, обесцвечивающимся при этом совершенно. Глубокое залегание пигмента в соединительной ткани при обычном количестве его в эпителии объясняет нам тот синеватый цвет родимого пятна, который так облегчает его распознавание.

Изменения в коже при этих родимых пятнах отличаются от изменений, существующих при монгольских пятнах лишь большим количеством пигментных клеток, увеличением их самих и некоторым изменением формы. Принципиальной же разницы в элементах, их составляющих, нет. Такое объяснение происхождения этих родимых пятен для некоторых авторов кажется неудовлетворительным.

Отсутствие ясных переходных форм между монгольскими и синими родимыми пятнами послужило основанием для J a m a m o t o высказаться за невозможность сближения этих двух форм. K r e i b i c h рассматривает элементы синего нэвуса, как эпителиальные клетки, которые приобрели характер веретенообразных соединительных элементов и, следовательно, эту группу родимых пятен считает за эпителиальные образования. Находя при исследовании синих нэвусов, помимо клеток с отростками, обычные клетки родимых пятен, A r t h u r z z i приходит к заключению, что им не свойственны характерные гистологические изменения. В гистологическом отношении, по его мнению, трудно установить разницу между хроматофорами и клетками синего родимого пятна.

Однако, возникновение из синих нэвусов меланосарком, *melanomes malignes méenchymateux*, описанных Darier и имеющих характерное гистологическое строение, с несомненностью подтверждает мезодермальное происхождение пигментобразующих клеток этих пятен, а положительная Дора-реакция в них отличает их от хроматофоров (S a t o).

Изучение гистологической картины опухоли, возникшей из обычного родимого пятна дает возможность установить изменения в эпителии, наступающие при этом. Описание такого случая мы приводим.

23/IV 27 г. Т. К., 11 лет. Ученица балетной школы. Вскоре после появления на свет больной, ее мать обратила внимание на круглую, довольно большую, слегка возвышающуюся родинку на коже правой ягодицы. С годами она увеличивалась пропорционально росту больной и не причиняла никаких беспокойств. Около двух месяцев назад родинка начала расти быстрее и стала более темной. Последнее обстоятельство связать с ушибом родимого пятна или каким нибудь другим моментом ни мать, ни сама б-ная не могут. Родители б-ой здоровы. В семье она единственный ребенок. У прабабушки, со стороны матери, был рак языка, у деда имелись на шее и туловище участки «белой кожи» (*vitiligo?*). Дед (со стороны отца) умер от рака желудка. Из болезней перенесла корь, свинку, ложный круп.

Б-ная—брюнетка, выше своих лет, правильного телосложения, несколько худощава. Цвет кожи смуглый. На коже живота слева *taches hépatiques*. В различных местах на туловище и конечностях плоские пигментные родимые пятна размером не более конопляного зерна. Со стороны внутренних органов никаких отклонений от нормы. Моча и кровь—ничего патологического. На коже верхней трети правой ягодицы, отступя на 2 см. кнаружи от межягодичной складки, имеется участок кожи овальной формы, сине-черного цвета размером  $3\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  см. В центре этого пятна находится резко ограниченное образование правильной круглой формы около 1 см. в диаметре, выступающее на 3—4 мм. над уровнем кожи. Поверхность его неровная. Имея бородавчатый характер, она покрыта роговыми пластинками грязно-серого цвета, кое-где отстающими и довольно легко снимаемыми. Сквозь эти наслоения, особенно в трещинах между ними, просвечивает подлежащая ткань.



почти черного цвета. Края поражения спускаются круто. Они гладкие и также, как и все образование, имеют роговую консистенцию. Пигментированная кожа, окаймляющая это возвышение, нормальна по рельефу, но окрашена неодинаково: внутренняя зона имеет насыщенно черно-синий цвет в то время, как наружная окрашена светлее. Границы последней не резкие и местами видны переходящие в нормально окрашенную кожу узкие полоски пигмента, постепенно бледнеющие в своей окраске. На ощупь в подкожной клетчатке, под вышеописанным бородавчатым образованием, определяется спаянный с соседним узел величиной с голубиное яйцо, слабо подвижный, плотной консистенции, границы которого соответствуют измененному в цвете участку кожи. Болей ни самопроизвольных, ни возникающих при пальпации б-ная не испытывает.

На основании существующих изменений в клинике был поставлен диагноз меланомы и, ввиду существующего роста новообразования, нам было поручено проф. А. К. Штейн направить больную к хирургу, произвести гистологические исследования и наблюдать за б-ной в дальнейшем.

29/IX 27 г. была произведена под местной анестезией эксцизия опухоли, причем разрез был произведен возможно дальше от видимой границы залегания пигмента в коже. Месяц спустя, на месте бывшего поражения, мягкий розоватый рубец размером 4×1 см. без видимых отложений пигмента как в нем, так и в окружающей коже. Б-ная была направлена в Рентгенологический Ин-т, где ей 9/XI и 12/XI 27 г. было произведено освещение лучами Röntgen'a рубца на ягодице. Длительность каждого сеанса 10 минут. Доза 1/2 Н. Е. Д.

Несколько раз обследуя больную, мы в течение года никаких указаний на местный рецидив или возникновение метастазов не обнаружили.

При разрезе удаленной опухоли вдоль невооруженному глазу была доступна следующая картина: в толще кожи, а главным образом в подкожной клетчатке заложено новообразование овальной формы, длинным диаметром расположенное параллельно поверхности кожи. На разрезе она блестящего черного цвета. Ее верхняя граница образует грибовидной формы отросток, внедряющийся в бородавчатое образование, находящееся на коже. В различных местах от опухоли отходят в подкожную клетчатку пигментированные тяжи 1—3 м/м. длины.

Для гистологических исследований опухоль была разрезана на четыре части. Фиксация—спирт и формалин. Заливка частью в целлулоид, частью в парафин. Окраска срезов: гематоксилин-эозин, азур—эозин, Van-Gieson, Mallory, Weigert-Hart.

*Эпителий* (в области бородавчатого образования): резко утолщенный роговой слой, постепенно утончающийся к периферии, не разрыхлен, имеет несколько слоистый характер. Поверхность его неровная с кое-где отстающими довольно толстыми пластинками. В более глубоких слоях его видны отдельные трещины. Ядер роговой слой не содержит. Красочные реакции его нормальны. Стекловидный слой утолщен, раза в три шире нормы, гомогенен, окрашивается, как обычно. Зернистый слой представлен в виде 2—3 рядов сильно уплощенных клеток, содержащих небольшое количество зерен кератогиалина. Такова картина в межсосочковых отростках эпителия и в тех местах, где сосочки нормальны по длине. В эпителии же, покрывающем сильно гипертрофированные сосочки, зернистый слой отсутствует совершенно. *Шиповидный слой*: при неумноженном количестве рядов клеток высота этого слоя раза в четыре меньше обычной, что объясняется формой клеточных элементов. Они сплюснуты сверху вниз, веретенообразны, тесно прилежат друг к другу. Ядра их также имеют удлиненную форму. В базальном слое клетки кубической формы содержат обычное количество зерен пигмента. Граница между эпителием и собственно кожей выражена отчетливо.

*Эпителий* (соответственно меланотическому halo). Роговой слой, стекловидный и зернистый, нормальны. Шиповидный слой повсеместно утолщен. Количество рядов клеток в местах, покрывающих вершины сосочков кожи, равно 9—14. В языкообразных отростках эпителия, проникающих вглубь, оно достигает иногда 25 рядов. Во всех клетках нижних рядов этого слоя обильное количество мелко-зернистого светло-бурого пигмента. В некоторых участках эпителия, где явления акантоза наиболее резко выражены и где он образует различной формы продолжения, клетки имеют совершенно иную форму. Они значительно меньше по величине, полиэдрической или веретенообразной формы, окрашиваются светлее, протоплазматическая исчерченность в них отсутствует, и клетки содержат значительное

количество пигмента. Пространство, занимаемое ими, соответствует 5—10 нижним рядам клеток шиповидного слоя. Но особенно обращает на себя внимание в этих местах отсутствие связи между клетками, разрыхление слоя, приводящее к тому, что клетки лежат совершенно свободно (рис. 1). В других местах граница между эпителием и собственно кожей не различима и ясно заметно проникновение этих измененных клеток вглубь. Наряду с этим в иных участках утолщенного мальпигиева слоя можно видеть, как базальные клетки постепенно превращаются в небольшие снабженные отростками клетки, переходящие в cutis. В средних, а иногда и в верхних слоях шиповидного слоя, видны группы утративших межклеточные мостики и свои обычные очертания богатых пигментом клеток, образующих преимущественно округлой формы участки. Эпителиальные клетки, окружающие подобные гнезда, вполне нормальны. Эпителий наружных корневых влагалищ во-

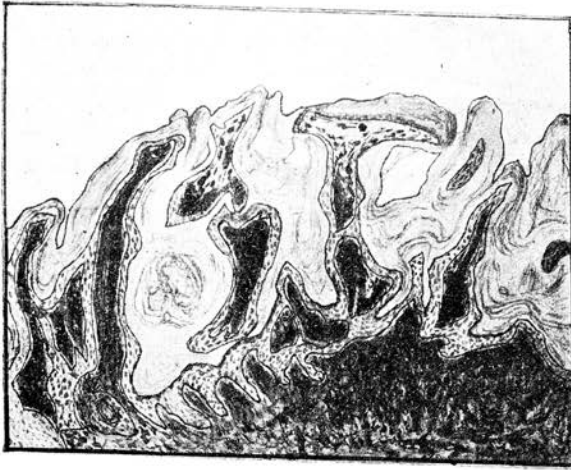


Рис. 1.

лос соответственно их верхним третям содержит много пигмента. *Собственно кожа:* соответственно участку гиперкератоза рогового слоя и атрофических изменений со стороны других слоев эпителия некоторые сосочки кожи гипертрофированы. Вытянутые в длину и будучи шире нормальных, они проникают сквозь всю

толщину рогового слоя, достигая самых верхних отделов его. Их форма самая разнообразная—копьевидная, пальцевидная, иногда они даже образуют образования грибовидной формы. Наряду с удлинненными сосочками встречаются и нормальной величины или лишь незначительно гипертрофированные (рис. 2). В тех местах препарата, где гиперкератоз постепенно уменьшается, сосочки укорачиваются и в коже, окружающей бородавчатое образование, они обычной длины. Начиная от сосочкового слоя и кончая глубокими слоями подкожной клетчатки, залегает опухоль, значительно пигментированная, состоящая из клеток различной формы, причем пигмент залегает как интрацеллюлярно, так и свободно между клетками. Верхняя граница новообразования лишь в некоторых местах отсутствует совершенно и видоиз-

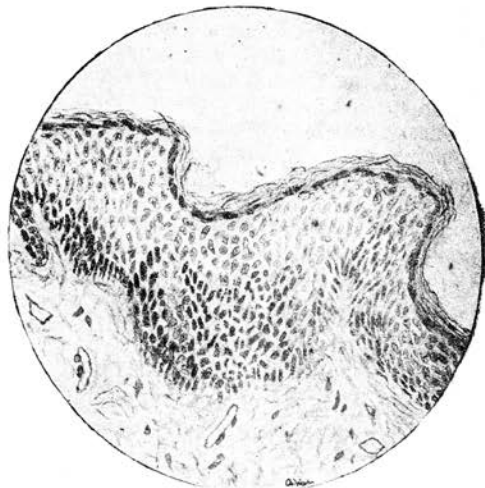


Рис. 2.

мененные эпителиальные клетки непосредственно переходят в опухоль. В других местах, главным образом там, где эпителий атрофичен, непосредственно под ним имеется узкая полоска лишенной пигмента соединительной ткани. Нижняя и боковые границы неправильны, что объясняется прорастанием опухоли.

Несмотря на разнообразие элементов, составляющих последнюю, в ней можно установить присутствие следующих основных форм: 1) Небольшие овальной формы клетки, снабженные разветвляющимися отростками в форме дендритов. Довольно тесно прилегая друг к другу, они образуют тяжи. Золотисто-желтый пигмент залегают в них в незначительном количестве, что объясняет нам, почему скопления этих клеток кажутся светлыми полями в опухоли, остальные места которой окрашены интенсивнее (рис. 3). 2) Значительно более крупные круглые клетки, заключающие в себе много пигмента. Располагаются они альвеолярно или в единичном числе лежат в различных участках. 3) В скудно по сравнению с предыдущими формами многоугольные бледноокрашивающиеся клетки. 4) Крупные соединительно-тканые клетки с отростками хроматофоры, содержащие в себе очень большое количество грубо зернистого темно-бурого, иногда почти черного пигмента. Эти клетки присутствуют в большом числе. Образуют, переплетаясь отростками, то грубую сетку, то полосу темного цвета. Сочетание всех этих клеточных форм, создает в общем довольно пеструю картину, что еще усугубляется существованием переходных форм между первыми тремя перечисленными видами клеток.

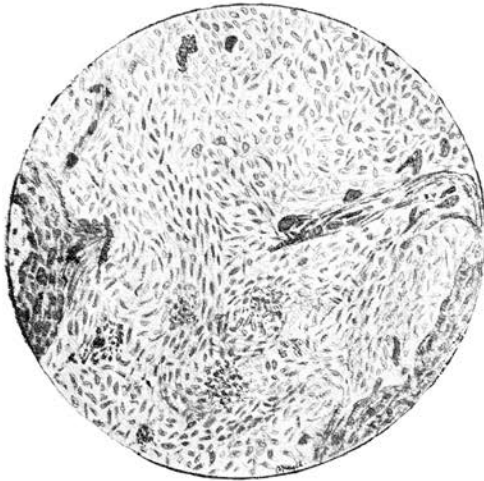


Рис. 3.

Нигде в опухоли обнаружить типичных клеток родимых пятен не удается. Что касается самого пигмента, то он, не растворяясь в кислотах и щелочах, темнея при серебрении, обесцвечиваясь под влиянием перекиси водорода и не давая реакции на железо—вполне соответствует меланину. По своему внешнему виду он неодинаков в клетках опухоли и в соединительно-тканых элементах. Во первых, он сходен с пигментом базальных клеток, от пылевидного до мелкозернистого вида, светло-бурого цвета и никогда всей клетки не заполняет; во-вторых—он темнее, обильнее и грубо зернист. Пигмент залегают между клетками опухоли и коллагенными волокнами, образуя скопления различной величины и формы зерен. В тех местах, где имеются ограниченные скопления клеток меланомы, соединительная ткань кожи отсутствует, соответственно более диффузному их расположению гиалинизированные коллагенные волокна раздвинуты и, образуя широконетчатую сеть, окружают клетки. В опухоли видны единичные обрывки эластических волокон кожи. Незначительные воспалительные изменения в *corium* заключаются в существовании скоплений лимфоидных элементов и единичных плазматических клеток. Обнаружить волосяные фолликулы, сальные и потовые железы в самой опухоли не удается.

Суммируя гистологические данные мы получаем: 1) в центральной части поражения изменения эпителия и сосочкового слоя характерные для *naevus papillaris pigmentosus*; 2) в области меланотического halo изменения в эпителиальных клетках, обычно наблюдаемые при меланоэпителиомах; 3) наличие опухоли полиморфной по своему составу, достигающей глубоких отделов подкожной клетчатки; 4) возможность проследить образование клеток новообразованных из видоизмененных эпителиальных клеток; 5) воспалительную реакцию в *cutis*; 6) гибель эластических волокон кожи в опухоли.

На основании гистологических исследований необходимо данное новообразование считать за меланокарциному.

Имеем ли мы процесс, идущий исключительно из эпителия? Отсутствие бывших здесь ранее клеток родимого пятна указывает на произошедшее их дальнейшее дифференцирование. Установить, где именно произошло слияние различно возникших клеток опухоли, в нашем случае невозможно.

Каким образом объяснимо повышенное содержание пигмента в соединительной ткани? Нарушение обычного процесса ороговения эпителиальной клетки создает в ней, по мнению Bloch'a, благоприятные условия для прохождения пигмента наружу и значительное количество меланина в соединительнотканых клетках зависит не от самостоятельно возникающего в них пигмента, а от захвата ими находящегося в тканях частью растворенного, частью в форме глыбок меланина. Это объяснение находит себе подтверждение в более крупной величине зерен меланина, отличающегося от мелкозернистого пигмента меланобластов и клеток опухоли и отрицательной Дора-реакции в соединительнотканых элементах всегда положительной в клетках меланомы. Исходя из этого, Albertini и Walthard не придают значения отсутствию в некоторых случаях тесной связи между опухолью и эпидермисом. Присутствие хроматофоров в коже только там, где имеется меланин в эпителии, позволяет Miescher'у считать их за клетки лишь транспортирующие пигмент. Только элементы меланомы могут, по мнению Ajello, вырабатывать пигмент. Но не всякая пигментированная опухоль, на что обращает внимание Müller, является меланомой. Согласно его исследованиям, присутствие клеток Langers'а, содержащих пигмент в обычных карциномах, может обуславливать вторичную пигментацию опухоли.

Не останавливаясь на той роли, которая приписывается пигменту при объяснении причин злокачественного роста, мы перейдем к некоторым данным, касающимся прэкарциноматозной стадии меланомы.

Описывая приобретенные и конгенитальные прэкарциноматозные состояния, Darier к последним относит и обыкновенные родимые пятна. Те изменения, которые могут быть обнаружены в эпителии родимых пятен у взрослых, должны быть, по мнению Kaufmann-Wolfa, рассматриваемы также, как указание на прэкарциноматозное их состояние. Легкость, с которой родимые пятна переходят в злокачественные новообразования под влиянием различных раздражающих моментов (Balina, Naegeli, Forguet et Mangue, Treuherz и др.) не может служить доказательством их прэкарциноматозного состояния и указывает лишь на соответствующее предрасположение к возникновению эпителиом. Не соответствующая друг другу распространенность родимых пятен и редкость новообразований, а также отсутствие воспалительной реакции в собственно коже при исследовании нэвусов, могут свидетельствовать против взгляда, считающего родимые пятна за прэкарциноматозное состояние меланоэпителиом.

Что касается lentigo malin des vieillards (Dubreuilh) определяемого (Miescher), как единственную существующую прэкарциноматозную стадию меланоэпителиом, то необходимо указать на существование мнения (Bloch, Darier), согласно которому lentigo malin представляет собою лишь распространенный пигментный нэвус. В клиническом отноше-

нии для меланокарцином характерным является возникновение из коричневого невуса или предварительно появляющегося пигментного пятна. В первом случае переход в злокачественное новообразование сопровождается увеличением размеров родимого пятна, значительным потемнением его окраски и появлением вокруг него меланотического halo. Возникающая в дальнейшем опухоль пигментирована в различной степени, при чем руководствоваться при прогнозе интенсивностью окраски новообразования, по мнению Lehmann'a невозможно.

Согласно описанным Darier случаям меланосарком, от эпителиальных меланом они отличаются: 1) возникновением не из коричневого, а из синего родимого пятна, 2) своеобразной сине-серой окраской самих узлов, 3) отсутствием склонности к изъязвлению, 4) более поздним увеличением в размерах регионарных желез или даже нормальным их состоянием (2 случая Darier), 5) более медленным течением и меньшей злокачественностью, 6) типичной гистологической картиной, заключающейся в скоплениях, вытянутых в длину соединительнотканых клеток, имеющих отростки и заключающих пигмент, возникший в них самих. Тесно переплетаясь, эти элементы образуют „сетку“, залегающую в лишенной пигмента склерозированной соединительной ткани. Полное отсутствие изменений в эпителии, свойственных меланокарциномам.

*Литература.* 1) Adachi. Ztschr. f. Morph. u. Antrop. 1913. Bd. 6.—2) Adachi. Anat. Anz. 1913, Bd. 22.—3) Ajello. Zbl. f. H. u. G. 1925, Bd. 18.—4) Albertini u. Walthard. Frankf. Ztschr. f. Path. 1927, Bd. 35.—5) Armuzzi. Zbl. f. H. u. G. 1928, Bd. 25.—6) Arzt. Zbl. f. H. u. G. Bd. 20. H. 1/2.—7) Bahrawy. A. f. D. u. S. 1922. Bd. 141.—8) Balina. Zbl. f. H. u. G. Bd. 17. H. 3/4.—9—11) Bloch. A. f. D. u. S. Bd. 124, 1917/18, Bd. 135 и 136, 1921.—12) Bloch. Handb. f. H. u. G. Bd. I.—13) Bloch. Paris méd. 1925. № 8.—14) Bloch. Zbl. f. H. u. G. Bd. 21, H. 1/2.—15) Borst. Allg. Pathol. d. malign. Geschw. 1924.—16) Chauvenet et Dubreuilh. Bull. et mém. de la soc. nat. de chir. 1927, № 4.—17) Darier. Bull. de l'assoc. fr. pour l'étude du cancer. 1925, № 5.—18) Darier. Précis de dermat. 1928.—19) Dawson. Edinb. med. journ., 1925. № 10.—20) Fischer und Schen Schen Jü. A. f. Schiff's u. Trop. Hyg. 1919, s. 447.—21) Forgue et Mangue. Zbl. f. H. u. G. Bd. 25, H. 7/8.—22) Friboes. Grundr. d. Histopath. d. Hautkrankh.—23) Jamamoto. A. f. D. u. S. 1925, Bd. 149.—24) Kaufmann-Wolf. A. f. D. u. S. 1923. Bd. 144.—25) Kreibich. A. of. D. u. S. 1927. № 2.—26) Lehmann. Zbl. H. u. G. Bd. 22, H. 5/8.—27) Lubarsch. Med. Klin. 1920, № 8.—28) Miescher. A. f. D. u. S. Bd. 139. H. 3.—29) Miescher. Virch. Arch. 1927. Bd. 264.—30) Miescher. Zbl. f. H. u. G. Bd. 21, H. 1/2.—31) Miescher. Ztbl. f. H. u. G. Bd. 18, H. 7/8.—32) Müller. Ztbl. f. H. u. G. 1927, Bd. 25.—33) Naegeli. Zbl. f. H. u. G. Bd. 23. H. 9/10.—34) Sato. Derm. W. 1921. Bd. 73.—35) Tieche. Über benigne Melanome (Chromatophorome) der Haut „Blaua Naevi“. Inaug. Diss. Bern, 1906.—36) Treuherz. Derm. W. Bd. 71, № 27.



Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанск. гос. института для усоверш. врачей имени В. И. Ленина. (Директор проф. В. К. Трутнев).

## Материалы к изучению групп крови у татарского населения <sup>1)</sup>.

Научного сотрудника **И. Ф. Герасимова.**

Вопрос о взаимоотношении агглютинационных групп у представителей различных национальностей представляет большой интерес. Впервые в 1919 г. Н. и L. Hirschfeld'ы подробно изучили вопрос о расовом распределении агглютинационных групп. Они исследовали кровь у 8.000 человек различной национальности, обитающих в Европе, Азии, Африке и Америке. Оказалось, что все 4 группы встречаются у всех национальностей, но взаимоотношение их различно. У некоторых народов к тем или другим группам принадлежит большее число лиц, чем к другим группам. Кроме того, немалую роль, повидимому, играет и географическое распределение национальностей. С целью цифрового выражения изомоагглютинационных расовых особенностей Н. и L. Hirschfeld'ы предложили расово-биологический индекс, который правильно уменьшается с запада на восток.

$$\text{Формула его такова: } \frac{I+II}{I+III} = \frac{0+A}{0+B} = R.V.J.$$

Индекс Hirschfeld'ов имеет тот недостаток, что не учитывает соотношения I и IV группы. В последнее время проф. Мелких предложил новую формулу расово-биологического индекса, в которую входят I и IV группы <sup>2)</sup>.

Все обследованные до сих пор национальности по агглютинационным свойствам распределяются на три типа:—европейский, переходный и азиатско-африканский. Европейский тип характеризуется значительным преобладанием II гр. над III. R. V. J. по Hirschfeld'ам колеблется от 2 до 4,5. Азиатско-африканский тип отличается от европейского, наоборот, преобладанием III гр. над II. R. V. J. по Hirschfeld'ам колеблется от 1 до 0,5. Переходный тип занимает средину между этими крайними типами. Он характеризуется уменьшением II группы и относительным (по сравнению с европейским типом) увеличением III группы. R. V. J.—от 1,0 до 2,0.

Определение реакции аггл. для каждой местности и национальности дает возможность делать важные этнографические и антропологические выводы. Многие национальности обследованы с точки зрения агглютинационных свойств крови. В частности для русских вычислен Ф. индекс Авдеевой и Грицевич (Москва) в 1,53. Вагнер для родившихся в Европейской России и Сибири—1,30, для сибиряков—1,11. Для Ленинграда Шапов и Еланский установили 1,3. Для русских

<sup>1)</sup> Доложено в секции болезней носа, горла и ушей о-ва врачей при Казанском ун-те 26/XII 1923.

<sup>2)</sup> Биологический индекс проф. Мелких представляет собой отношение (I+II) к (III+IV) или  $\frac{I+II}{III+IV} = \frac{0+A}{B+AB} = R.V.J.$

Татреспублики Шварц и Нимцовицкая определили 1,16, Лебедевский и Петрулевич 1,4, а Беляев и Чекалин 1,33 (у детей до 15 лет).

Что же касается агл. групп у татарского населения, то данный вопрос разработан недостаточно: Шварц и Нимцовицкая определили группы крови у 550 человек татар., из них 50 человек авторы не включают в ‰‰‰ отношения. Лебедевский и Петрулевич обследовали 109 человек татар—больных клиники болезней носа, горла и ушей Казанского ун-та. Беляев и Чекалин исследовали 242 взрослых и 85 детей (до 15 лет).

Летом в 1928 г. нами обследованы 641 татар Мензелинского кантона Татреспублики. Группы крови определялись по методу Vincent'a у больных и здоровых (родители больных детей) лиц, являвшихся на амбулаторный прием в больницу, а также у стационарных больных, преимущественно хирургического, гинекологического, ушного и глазного отделений. Стандартные сыворотки мы получили из Ленинграда от д-ра Еланского. С целью выяснить изменяемость групп крови у 30 стационарных больных (12 мужчин и 18 женщин) было произведено определение групп по несколько раз (до 6) в течение пребывания их в больнице (от 5 до 15-ти дней). Оказалось, что различные методы лечения как хирургического, так и медикаментозного характера не влияют на постоянство групп крови.

Сопоставляя результаты нашей работы с результатами работ других авторов по вопросу о изогемоагглютинационных группах у татарского населения, получим следующую картину.

А В Т О Р Ы	Число иссл.	Группы по J a n s k y				Биологич. индекс	Б. индекс М е л к и х
		I (‰)	II (‰)	III (‰)	IV (‰)		
Шварц и Нимцовицкая .	500	27.8	30.0	28.8	13.4	1.03	1.39 <sup>1)</sup>
Лебедевский и Петрулевич	109	27.5	33.0	28.5	11.0	1.11	1.53 <sup>1)</sup>
Беляев и Чекалин . . . .	242	27.8	31.8	25.2	10.3	1.18	1.81
Герасимов . . . . .	641	28.2	31.3	33.3	7.2	0.96	1.40

Как показывает таблица, наши цифры несколько отличаются от цифр других авторов: III группа у нас встречалась несколько чаще, чем у них. Наоборот, лиц, имеющих IV группу крови, у нас было меньше. Наш биологический индекс, по Hirschfeld'y=0,96, ниже всех авторов, поэтому его необходимо отнести к азиатско-африканскому типу. По отношению к б. индексам других национальностей он будет находится между корейцами (1,07) и аннамитами (0,83). Биологический индекс профессора Мелких резко отличается у всех авторов.

Причины такого низкого индекса по Hirschfeld'am: 1) географическое положение обследованного Мензелинского кантона Т. Р. Этот

<sup>1)</sup> Высчитано автором данной работы.

самый отдаленный кантон находится восточнее Казани и граничит с Башреспубликой. До образования Тат. Р. он принадлежал к Уфимской губернии (ныне Башреспубл.). Вагнер определял реакцию изогем. у уфимских татар и нашел б. индекс по Hirschfeld'ам равным 1,1, который нерезко отличается от нашего (0,96); 2) предки татар, как известно, вышли из Азии, и если мы примем во внимание, что б. индекс по Hirschfeld'ам понижается по направлению к Азии, то будет совершенно понятным, почему наш б. индекс относится к азиатско-африканскому типу.

По полу наш материал делится следующим образом:

	Всего	Общий %	I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)
Мужчин . . . . .	295	46	29,2	28,1	33,2	9,5
Женщин . . . . .	346	54	26,9	32,0	35,0	5,5
Всего и в среднем . . .	641	100	28,2	31,3	33,3	7,2

У женщин изогемаггл. группы II и III преобладают над одноименными группами у мужчин, I и IV группы у мужчин чаще встречаются, чем у женщин. Многие авторы (Вагнер, Рубашкин и друг.) не нашли резкой разницы в распределении групп по половому признаку и не придают поэтому большого значения разнице в группах у мужчин и женщин.

*Выводы:* 1. Расово-биологический индекс по Hirschfeld'ам у татарского населения Мензелинского кантона  $TP=0,96$ , по профессору Мелкиш  $=1,40$ .

2. Агглютинационные группы крови от лечения как хирургического, так и медикаментозного не изменяются.

3. Вопрос о распределении групп крови у мужчин и женщин требует дальнейших многочисленных исследований.

## ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Терапев. клиники им. проф. Р. А. Лур'я Каз. госуд. ин. для усов. врачей им. Ленина. (Директор проф. Р. А. Лур'я).

Посвящается товарищу доктору Е. П. Шехтер.

### Случай лабораторного заражения возвратным тифом через конъюнктиву глаза.

**Д. Ивановой.**

Случай заражения возвратным тифом работников лабораторий, имеющих дело с заразным материалом, содержащим спирохеты, а также и патолого-анатомов, являются не совсем редкими.

В старой литературе опубликованы случаи заражения д-ра Минка<sup>1)</sup> и Perls'a<sup>2)</sup> (первый заразился кровью рекуррента, второй—при вскрытии трупа), Manteuffel<sup>3)</sup> (заражение при лабораторной работе), Тушинский<sup>4)</sup> (5 случаев заражения хирургов при оперировании больных возвратным тифом). Недавно д-р Александров<sup>5)</sup> описал заражение лабораторной служительницы при чистке пробирок из-под культур спирохэт Обермейера, выращенных по методу проф. Аристовского.

В Терапевтической клинике имени проф. Дурья нам удалось наблюдать случай заболевания возвратным тифом врача, работавшего в одной из бактериологических лабораторий г. Казани.

Д-р Ш., 23-х лет, поступил в клинику 16/XII 27 года с жалобами на сильную слабость, головную боль и боли в пояснице. Заболел внезапно, за два дня до поступления в клинику почувствовав во время работы сильный озноб, длившийся около 4 часов. К вечеру озноб сменился жаром, появилась сильная головная боль и большой слег в постель. В детстве перенес: корь, скарлатину, дифтерию, краснуху и ветреную оспу. Тифозных заболеваний не было. Последние 3 месяца д-р Ш. работал в бактериологической лаборатории с культурой спирохэт Обермейера штамма проф. Аристовского. Жил в общежитии врачей, где никаких острых заразных заболеваний не было. Общения с инфекционными больными не имел, так как занят исключительно работой в лаборатории.

Поступил в клинику с № 39,8. Пульс 105 ударов в минуту. Внешний вид больного вялый, лежит без движения, сознание сохранено. Язык обложен белым налетом, дрожит. Слизистые склер и мягкого неба субмиктеричны. Болей в мышцах нижних конечностей нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме учащения пульса, изменений не отмечается. Селезенка увеличена, выступает на два пальца из-под реберной дуги, средней плотности, болезненна. Печень прощупывается под реберной дугой, болезненна. Кровь: E—4.750.000, L—4.100, Neut.—61%, J—1%, St—15%, S—45%, Mo—4%, Ly—35%, Hb—80%.

В толстой капле, окрашенной по Giemsa, и в плазме, при исследовании в темном поле, обнаружены спирохэты Обермейера. В виду несомненности рекуррента, на 2-ой день по поступлении в клинику, больному было введено внутривенно 0,45 неосальварсана, через четыре часа после вливания температура критически пала, выздоровление далее шло обычным путем. Отсутствие в настоящее время в гор. Казани заболеваний возвратным тифом и постоянное соприкосновение д-ра Ш. с культурой спирохэт Обермейера штамма проф. Аристовского не оставляют никаких сомнений, что заражение в данном случае было прямое, во время работы с вышеуказанной культурой.

Патогенность этой лабораторной культуры спирохэт Обермейера штамма проф. Аристовского была уже доказана ранее на опытах проф. Юдина, производившего прививки данной культуры больным прогрессивным параличем, а также работами Голосовкера, Вайнштейна<sup>6)</sup> и Рахлина<sup>7)</sup>, заражавшими сифилитиков этим штаммом с терапевтической целью. Осталось разрешить вопрос о путях проникновения инфекции в нашем случае. В большинстве описанных случаев лабораторного заражения возвратным тифом инфекция проникла в организм через повреждения кожных покровов, в редких случаях заражение происходило при условиях, где видимых повреждений на коже не было. В нашем же случае установить какие-либо поражения, порезы и другие нарушения целостности кожных покровов, не удалось. Кроме этого нужно отметить, что д-р Ш., работая с культурой спирохэт, соблюдал чрезвычайную осторожность и категорически отрицает возможность заражения через неповрежденную кожу. Удается установить только, что за 8 дней до заболевания, во время иммунизирования кролика 2-суточной культурой спирохэт, у д-ра Ш. нечаянно сорвалась игла со шприца и струя культуры попала в глаз экспериментатора. Как известно, для заражения рекуррентом и нет необходимости повреждения кожных покровов. Так, Шапшев<sup>8)</sup>, проверивший опыты Nicolle'a Lebaillu пришел к выводу, что зара-

<sup>1</sup> и <sup>2)</sup> Цитировано по Попову. Возвратный тиф. изд. С. Петербург, 1899.

<sup>3)</sup> Arb. aus d. kaiserl. gesundheitsanit. Berlin, 1908.

<sup>4)</sup> Терапевт. архив. 1923 г., т. I, кн. I.

<sup>5)</sup> Врачебная газета № 10 за 1927 год.

<sup>6)</sup> Казанский медицинский журнал 1926 г., № 5—6.

<sup>7)</sup> Венерология и дерматология.

<sup>8)</sup> Врачебное дело, № 12, 1926 г.

жение возвратным тифом происходит не через укусы вши, а путем втирания лимфы, вытекающей при раздавливании или незначительном повреждении вши в экскорированную кожу, а также и в слизистую носа и глаза. Manteufel<sup>1)</sup> также считает возможным проникновение спирохэт Обермейера и через неповрежденную кожу. Такой же случай собственного наблюдения приводит Mühlens<sup>2)</sup>. Fraenkel<sup>3)</sup>, кормя мышей материалом, содержащим спирохэты, получал у них выраженную инфекцию и поэтому считает возможным проникновение спирохэт через слизистые. Это предположение подтвердили Ulenhuth и Hengel<sup>4)</sup>. Schurer, говоря о путях инфекции Weißевской спирохэты, считает вполне возможным заражение и через конъюнктиву глаза.

На основании приведенных данных, мы считаем вполне возможным, что и в нашем случае заражение произошло через конъюнктиву при попадании культуры спирохэт штамма Аристовского в глаз.

По наблюдениям Мочутковского, подтвержденными и другими авторами, инкубационный период при возвратном тифе колеблется от 5—8 дней, хотя в редких случаях могут наблюдаться и несколько большие сроки инкубации.

При искусственном возвратном тифе у сифилитиков, зараженных культурой штамма проф. Аристовского, длительность инкубационного периода равнялась 4—7 дням (Голосовкер, Вайнштейн, Рахлин). В нашем же случае заболевание наступило через 8 дней после предполагаемого нами момента внедрения спирохэт через конъюнктиву глаза. Срок инкубации в 8 дней, вполне совпадающий с инкубационными периодами в случаях Мочутковского<sup>5)</sup> и лишь несколько превышающий таковые в случаях д-ра Рахлина, также подтверждает, как нам кажется, предположение наше о заражении д-ра Ш. через конъюнктиву.

Описанный случай является новым предупреждением для лабораторных работников, имеющих дело с культурами спирохэт, о необходимости соблюдать наибольшую осторожность при этих работах и думать при профилактике не только о повреждениях кожи, но и о возможности заражения через неповрежденную слизистую оболочку, например, через конъюнктиву глаза.

Из Казанской кожно-венерологической больницы Т. Н. К. З.

## О влиянии антисифилитического лечения на течение менструаций у сифилитичек.

Старш. врача больницы М. П. Батунина.

Считается установленным, что месячные, приходящие в срок регулярно, служат показателем нормального состояния женской половой сферы и, наоборот, нарушение правильности менструаций указывает на функциональное расстройство полового аппарата. Физиология и патология менструального типа настолько уже изучены, что по определенным изменениям мы можем судить о состоянии органов, участвующих в менструальном цикле—а именно яичника и матки. Новейшие исследования над действием различных белковых субстанций, а также некоторых препаратов (например, нод) показали, что орган регулирующий менструацию—яичник—оказывается довольно чувствительным к введению этих веществ. С этой точки зрения не следовало бы оставлять без внимания возможного влияния на яичник со стороны таких сильно действующих, частью токсичных препаратов, какие употребляются при лечении сифилиса. В качестве клинического критерия о состоянии яичника при лечении сифилиса могло бы служить наблюдение за правильностью менструальной функции пациентки. Вопрос о влиянии специфического лечения на течение у женщины менструаций в медицинской литературе разработан еще чрезвычайно мало. Так Lesarregé (в «Traitement de la syphilis») указывает на то, что регулы у некоторых больных при лечении Ви становились чаще

<sup>1)</sup> Arb. aus d. Kaiserl. Gesundheitsanst. Berlin. 1908 г.

<sup>2)</sup> Казанский медицинский журнал, 1922 г., № 3.

<sup>3) и 4)</sup> Цитировано по Manteufel'ю.

<sup>5)</sup> Материалы к патологии и клинике возвратного тифа. Одесса, 1878 г.



и обильнее. Levaditi пишет, что метроррагии и эрозивные бляшечки, сопровождающиеся пигментацией препуция, цитируются среди наиболее редких побочных явлений при висмутовой терапии. Такие же указания имеются у H. Fürtiga, Rudolf Ioffe (Handbuch der Salvarsantherapie—Kolle и Zieler). По Мильдеру начавшиеся регулы не составляют противопоказания для продолжения лечения. Наиболее подробно вопрос освещен и проверен клинически у Кана и Смелова, которые указывают, что практически врачу при специфическом лечении у женщин приходится решать такие вопросы: 1) нужно ли прекращать лечение во время регул, 2) как влияют специфические лечебные мероприятия (втирание ртути, инъекции, вливания) на тип месячных у сифилитичек, половые органы которых нормальны и 3) как влияет лечение на сифилитичек, у которых уже было расстройство менструаций до начала специфического лечения. В отношении первого вопроса—терапии во время менструаций—Кан и Смелов считают, что у лиц, здоровых в половом отношении и страдающих инфекционными и не инфекционными заболеваниями не гинекологического характера, лечение в большинстве случаев не изменяет менструального типа и может продолжаться во время регул без перерыва. По второму вопросу—о влиянии лечения на тип месячных констатируется следующее: «Рациональная терапия (медикаментозная, физиотерапевтическая, климатическая, бальнеологическая) имеет положительное влияние в смысле улучшения менструального типа у конституционально-малопроцентных субъектов».

Наконец, третий вопрос распадается на две части: 1) каково действие специфической терапии на больных с сифилитическим поражением половых органов и 2) каково действие специфической терапии на сифилитичек—страдающих неспецифическим заболеванием гениталий. Кан и Смелов считают, что специфическая терапия способствует нормальному течению менструального цикла, поскольку она устраняет имеющиеся сифилитические заболевания матки и яичников, у больных же с неспецифическим заболеванием внутренних половых органов констатируются несомненные изменения месячных и в таких случаях необходима строгая индивидуализация. В большинстве случаев неспецифическая терапия (ауто-гемо, серо, лакто-терапия, диатермия и т. д.) во время регул не прерывалась и вела к улучшению менструального типа. В общем Кан и Смелов делают следующие выводы: 1) специфическая терапия не противопоказается у лиц с нормальным ходом месячных и здоровым половым аппаратом. 2) Одним из элементов сложного симптомокомплекса непереносимости специфического лечения (сальварсан, стоварсол) может быть нарушение нормального типа менструаций. 3) Необходима осторожность при лечении сифилитичек с заболеванием внутренних половых органов (лучше отказаться от препаратов типа 914 и 190 во время менструаций) и в случае изменений менструального типа к худшему. 4) Изменение хода менструаций наблюдается почти исключительно при применении сложных мышьяковистых соединений (типа 914 и 190) в то время как висмут, иодистые препараты и ртуть ни разу не вызывали никаких осложнений со стороны внутренних половых органов.

Под нашим наблюдением в Казанской кожно-венерологической больнице было 272 больных сифилитичек, которые по диагнозу представляли из себя следующее: сифилис первичный—25 чел., свежий вторичный—65 чел., рецидивный—43 чел., скрытый вторичный—65 чел., скрытый третичный—27 чел., третичный активный—47 чел.; из них 172 больных, у которых внутренние половые органы были нормальны, а у остальных 100 человек имелись те или другие отклонения от нормы несифилитического характера (инфантлизм, metro-endo-metrit, salp.-oorrhoeit, ослабление мускулатуры). Диагноз ставился специалистами-гинекологами. Больные как той, так и другой группы лечились одним каким-нибудь антисифилитическим средством, или комбинацией их: инъекциями и втиранием ртути, инъекциями висмута, иодистым натром или калием per os и внутривенно, сальварсаном, стоварсолом и прививками возвратного тифа. Лечение у всех групп больных течение всего менструального периода не прерывалось. У первой группы больных, т. е. со здоровым половым трактом, цикл менструаций оставался без изменений во время всего антисифилитического лечения, за исключением 5-ти больных из 13-ти, леченных прививками возвратного тифа в сторону только опоздания менструаций на 15—32 дня. Что касается течения менструаций у второй группы, как при применении в отдельности лечения: инъекциями и втиранием ртути, инъекций висмута, вливание сальварсана, иодистого калия, так и комбинированного лечения, изменений не наблюдалось, а, наоборот, у некоторых больных даже улучшался ход менструаций. Только стоварсол (стоварсолан) и прививка возвратного тифа дали изменение в сторону запоздания регул, их обильное, болезненное течение, продол-

жавшееся на 3—6 дней больше, чем бывало раньше (в 6 случаях). В общем же на основании наших наблюдений весь арсенал специфического антисифилитического лечения, как-то: ртуть, висмут, иодистый калий и натр, сальварсан и комбинация их, как при нормальном половом тракте, так и с патологическими изменениями такого не вызывает существенных изменений в обычном течении менструаций, ввиду чего специфическое лечение этими препаратами может быть приводимо во все время менструального периода. Что касается лечения стоварсаланом, то надо производить его с большой осторожностью у сифилитичек с заболеванием внутренних половых органов неспецифического характера. При применении же лечения возвратным тифом надо всегда иметь в виду изменение менструального периода у всех сифилитичек, т. к. острые инфекции, в частности возвратный тиф, могут дать серьезные изменения (повреждение) фолликулярного аппарата яичника и нарушить менструальную функцию до степени длительных аменоррей.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть необходимость строгой индивидуализации специфического антисифилитического лечения при всяком состоянии внутренних половых органов.

### Счетная линейка для механизации вычисления срока беременности.

Д-ра Б. П. Фоменко (Ленинград).

При больших амбулаторных приемах беременных много времени отнимает подсчет числа недель, истекших со дня последних месячных до дня осмотра беременной.

Для механизации этого подсчета я предлагаю свою счетную линейку. Каждое деление этой линейки равно 1 сантиметру и на каждом делении имеются цифры, обозначающие числа месяцев, расположенные так, что каждое деление линейки соответствует одной неделе (1—7, 8—14, 15—21, 22—28, 29—4 и т. д.); соответственно этим числам над ними пишутся названия месяцев; линейка имеет всего 93 делений, вмещающих числа от 1-го января до 3-го ноября следующего года.

При установке одной ножки тазомера на деление, соответствующее неделе последних месячных, а другой ножки—на деление, соответствующее дню осмотра беременной, стрелка тазомера покажет, сколько времени прошло между этими двумя датами—тазомер, отсчитывая число сантиметров, отсчитывает в то же время число недель.

Рекомендую перед началом работы отмечать чем-либо (вкалыванием кнопки, наклейкой бумажки) деление, соответствующее дню осмотра, чтобы не разыскивать его во время работы.

Линейку легко изготовить любому чертежнику; она сбережет значительное количество времени в работе, в чем я убедился на личном опыте; откладывая от деления, соответствующего неделе последних месячных, по линейке 32 или 40 см. тазомером, можно получить ориентировочные данные о времени отпуска по декрету и времени родов; конечно, линейка дает только ориентировочные данные, но едва ли она уступит в точности вычисления разного рода акушерским календарям и акушерским часам.

На прилагаемом рисунке изображены только начальная, средняя и конечная часть линейки. Недостающие части легко восстановить.

1	7	Январь	
8	14		
15	21		
22	28		
29	4		
5	11		Февраль
12	18		
19	25		
26	4		Март
5	11		
12	18		
19	25		

3	9	Декабрь	
10	16		
17	23		
24	30		
31	6		Январь
7	13		
14	20		
21	27		Февраль
28	3		
4	10		
11	17		
18	24		

2	8	Сентябрь	
9	15		
16	22		
23	29		
30	6		Октябрь
7	13		
14	20		
21	27		
28	3		

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

### Рефлексы зрачков<sup>1)</sup>.

Д-ра И. Б. Галант (Москва).

Зрачковые рефлексы лучше всего изучены в психиатрии, где они играют большую роль при диагностике. Мюнхенский психиатр Бумке (Bumke) издал довольно объемистую монографию: „Расстройства зрачков у душевно- и нервнобольных“<sup>2)</sup>, вышедшую в 1911 г. во втором издании. Благодаря Бумке внимание психиатров и невропатологов еще больше было обращено на рефлекторные явления зрачков и в последние годы рефлексология зрачков пополнилась многими тонкостями, которым могла бы завидовать всякая другая область рефлексологии.

Рефлекторными движениями зрачков управляет довольно сложный нервно-мышечный аппарат. Dilator et sphincter pupillae, как два антагониста, служат один расширению, другой сужению зрачков. При аккомодации же вступают в действие мышцы corpus ciliare—мышца Брюке (der Brücké'sche Längsmuskel) и мышца Мюллер'а (der Müller'sche Ringmuskel). Сфинктер и мышцы цилиарного тела иннервируются глазодвигательным нервом (nervus oculomotorius). Расширение же зрачков зависит от sympathicus'a, берущего свои волокна для зрачков из centrum cilio-spinalе шейной части спинного мозга. Раздражение этих симпатических волокон вызывает расширение зрачков, паралич же этих волокон ведет к сужению зрачков.

#### 1. Аккомодация и ее расстройства.

При аккомодации функционирует sphincter pupillae, musculus ciliaris и m. rectus internus. Расстройство аккомодации известно под названием поропсии (Хейльброннер—Heilbronner), аккомодативной микропсии и макропсии, дисмегалопсии. Эти симптомы, связываемые с аккомодационной судорогой, встречаются при ауре эпилептического припадка, или как эквивалент. Продолжительность таких состояний равняется нескольким секундам или минутам. Субнормальная аккомодативная сила наблюдалась при изнуряющих заболеваниях, при малокровии, у мастурбантов: ее рассматривают как выражение симпатического невроза. При неправильной аккомодации у некоторых лиц с истерическим предрасположением наряду с микропсией и судорогой при конвергенции встречается и монокулярное раздвоение. Параличи аккомодации могут иметь своей причиной интоксикации (ботулизм); при истерии они редко встречаются.

#### 2. Реакция зрачков на конвергенцию.

При конвергенции глазных яблок получается сокращение m. sphincter pupillae и цилиарных мышц. При нормальных условиях реакция зрачков на конвергенцию живее реакции зрачков на свет. Реакция на конвергенцию при аккомодации редко когда отсутствует; чаще всего расстройство реакции на конвергенцию есть только частичное явление абсолютной неподвижности зрачков (absolute Pupillenstarre). Полное отсутствие реакции на конвергенцию при относительно хорошем светорефлексе зрачков Уттоф (Uthoff) наблюдал в нескольких случаях множественного склероза.

Конвергентные движения глазных яблок и сужение зрачков находятся в тесной функциональной связи, и центры их следует искать в пограничной части между III желудочком и aqueductus Sylvii. Все же, как нашел Франк (Frank), каждый член этой связи может быть парализован независимо от другого.

#### 3 и 4. Орбикалярный феномен зрачков и абдукционный феномен. (Orbicularisphänomen der Pupillen. Abductionsphänomen).

Вестфаль (Westphal) и Пильч (Pilcz) описали содружественное движение sphincter iridis (сужение зрачков) при замыкании век. Этот т. наз.

<sup>1)</sup> См. Каз. мед. ж. XX, № 6; XXI, № 7; XXII, № 8; XXIII, № 3; XXIII, № 12; XXIV, № 11.

<sup>2)</sup> Bumke. Die Pupillenstörungen bei Geistes- u. Nervenkranken. 2 Aufl. Jena, 1911.

орбикулярный феномен зрачков антагонистичен светорефлексу зрачков и противоречит ему, ибо при замыкании век благодаря отсутствию световых раздражений зрачки имеют стремление *расширяться*, при размыкании же век с последующим действием света на зрачки последние суживаются. При обыкновенных условиях орбикулярный феномен не может наблюдаться; наличие его устанавливается наступающим расширением зрачков при размыкании глаз после смыкания век. Орбикулярный феномен не имеет особого значения. Содружественные движения зрачков наблюдаются также при движениях глазного яблока. Бер (Behr) и Бельшовский (Bielschowsky) установили в некоторых случаях абсолютной рефлекторной неподвижности зрачков содружественное движение Sphincter iridis при латеральных движениях глазного яблока (Abductionsphänomen).

#### 5. Гальванический светорефлекс зрачков.

При электрическом раздражении глаза получают пупилломоторные явления (Бумке). Мы имеем здесь дело с феноменом, который должен рассматриваться как светореакция зрачков. При силе тока в 0,02—0,2 МА, при замыкании анода появляется световая молния, при более сильных токах движения зрачков получаются и на противоположном глазе. При частом повторении раздражения рефлекс истощается. У лиц утомленных нужно было пустить в ход более сильные токи, чтобы вызвать ощущение света и движение зрачков. У нервно-истощенных (после инфлюэнцы, тифа, потери крови, анемии, алкогольной интоксикации) наблюдалось то же явление только не при функциональных психозах и шизофрениях (Бумке и Хайман—Hauman).

Фарадические токи вызывают лишь слабые движения зрачков (Бумке, Buttin).

#### 6. Пупиллярное беспокойство и психорефлексы.

Обычно зрачки находятся в состоянии непрерывных двигательных колебаний. Колебания эти покоятся отчасти на психических, отчасти на нервных действиях. Эта игра зрачков и называется *пупиллярное беспокойство*. Степень двигательных колебаний зрачков зависит от чувственных процессов, от живых представлений, от изменений в степени внимания и от всякого рода чувствительных и сенсорных впечатлений (ощущения осязания, болевые ощущения) вкусовые ощущения, шумы и световые раздражения). Течение этих движений зрачков отличается своей медленностью. Доказано, что каждое умственное напряжение, каждый интенсивный акт внимания сопровождается движениями зрачков. Если испытуемый направляет свое внимание на удары медленно бьющего метронома, то отмечаются ритмические движения зрачков, совпадающие с ударами метронома (Бумке). Пупиллярное беспокойство есть до известной степени выражение интенсивности и колебаний в процессах нашего сознания; оно лишено самостоятельных движений. У стариков расширение зрачков на чувствительные, сенсорные и психические раздражения ослаблено (Бумке, Рунге—Runge). Пупиллярное беспокойство не зависит от кровяного давления, дыхания, аккомодации и конвергенции.

При раздражении вестибулярного аппарата вращением вокруг оси тела пупиллярное беспокойство прекращается и зрачки не реагируют на свет.

Отсутствие пупиллярного беспокойства Бумке наблюдал в 60% больных ранним слабоумием. Рунге обнаружил этот симптом у имбецилов и идиотов, при эпилептическом слабоумии, при алкогольном слабоумии, при прогрессивном параличе, при спинной сухотке. В случаях заболевания маниакально-депрессивным психозом этот симптом не обнаружен. Причиной этого симптома можно было бы рассматривать падение психической живости при дефектпсихозах (Defektpsychose). Гиппус (от ὄ ἵππος—лошадь)—повышение пупиллярного беспокойства—наблюдался при эпилептических припадках и сумеречных состояниях. Мы имеем здесь дело с болезненно повышенной игрой антагонистических—расширяющих и суживающих зрачки—мозговых раздражений.

Диагностическое значение гиппуса невелико; помимо случаев органического заболевания он наблюдался у неврастеников, паралитиков при encephalitis lethargica и при отравлении вероналом.

Димиц (Dimitz) и Шильдер (Schilder) называют пупиллярным нистагмом сокращения зрачков, комбинирующиеся при конвергенции с ритмическими конвергентными и ротаторными движениями внутрь глазных яблок. Редлик (Redlich) наблюдал при сильном пожатии руки расширение зрачков и пони-

жение реакции зрачков на свет. Он обнаружил этот феномен у здоровых, истериков и эпилептиков. Сильнее всего явление это было выражено у лиц с симпатикотоническими явлениями. Вильбранд (Wilbrand) и Зенгер (Zaenger) оспаривают, что при этом получается полная нечувствительность зрачков к свету.

### 7. Зрачки во время сна.

Во время сна зрачки сильно сужены. Причину этого сужения зрачков усматривали в сильной конвергенции глаз во время сна (Пог. Мюллер—Joh. Müller), другие подозревали паралич симпатических волокон. Может быть миоз во время сна есть признак выпадения всех чувствительных раздражений. Во время глубокого сна миоз сильнее выражен. Во время гипноза Деллькен (Döllken) никакого сужения зрачков не обнаружил. У амавротиков с широкими зрачками в бодром состоянии Вушю (Voussier) во время сна обнаружил сужение зрачков; он использовал точное наблюдение зрачков, чтобы различать настоящие сомнамбулические состояния от симулированных.

### 8. Околоушильный рефлекс и реакция боли.

При состояниях раздражения в переднем отделе глазного яблока, напр., при поражениях роговой оболочки получается миоз (сужение зрачков), причину которого надо будет усмотреть в гиперемии радужной оболочки, гср. в воспалении ее. Иначе следует смотреть на т. наз. *околоушильный рефлекс*, наступающий при легком натирании роговой оболочки или конъюнктивы и состоящий в первоначальном расширении зрачков. Из близлежащей области *trigeminus*'а можно тоже получить расширение зрачков. Наступающее тогда сужение зрачков можно было бы толковать, как орбикулярный феномен; мы имеем здесь переменное действие чувствительных раздражений и тригемино-фациальных рефлексов (Бумке). Каждое чувствительное раздражение ведет к расширению зрачка, которое обычно сопровождается с отделением слез и слюны; безразлично с какого места исходит раздражение; все же у различных лиц рефлексогенные зоны будут весьма различны. На чувствительные раздражения реакции бывают больше, чем на сенсорные и психические; они могут вести к мидриазу (расширение зрачков) с погашением светорефлекса. Проводимость окуломоторного нерва необходима для того, чтобы нервные влияния вели к расширению зрачков; при выключении симпатикуса зрачки реагируют еще на чувствительные раздражения.

Каждая боль вызывает изменения в иннервации вегетативной системы; превращение этого раздражения в расширение зрачков совершается в промежуточном мозгу. Электрическое раздражение основания промежуточного мозга вызывает у животных максимальное расширение зрачков и широкое размыкание век—это результат возбуждения субкортикального симпатического центра в *corpus subthalamicum*. Расширение зрачков наступает и тогда, когда болевое ощущение не осознается. Проходящие через *thalamus opticus* чувствительные пути лежат в непосредственной близости центрального серого вещества III желудочка.

Тепловая реакция зрачков покоится на раздражениях *trigeminus*'а.

При спяной сухотке и прогрессирующем параличе в большом проценте случаев рефлекторное расширение зрачков на раздражение кожи отсутствует; фарадическое раздражение оказывается без эффекта.

Бумке констатировал, что при *dementia praecox* чувствительные реакции зрачков исчезают, но позже, чем пупиллярное беспокойство и психорефлексы. Симулянты обладают весьма чувствительными зрачками с живыми психорефлексами. Е. Флатау (E. Flatau) описывает болевой мидриаз при сгибании головы назад.

### 9. Зрачки во время страха („Angstpupillen“).

При страхе зрачки крайне расширены и не реагируют на свет. Эксперименты на животных делают вероятным, что при возбуждении со страхом у животных выделяется повышенное количество адреналина в вены, вследствие чего гладкая мускулатура сокращается. Вероятно этот момент играет роль и у человека.

### 10. Рефлекторная неподвижность зрачков.

Рефлекторная неподвижность зрачков, пожалуй, самый старый во времени известный нам феномен зрачков. Он упоминается уже в книге итальянца Киаруджис (Chiargis), изданной в 1793 г.



Различают прямую и косвенную или консенсуальную светореакцию зрачков. Последняя количественно немного меньше прямой. При повреждениях сетчатки или п. orbis одного глаза прямая реакция вследствие слепоты может отсутствовать, косвенная же, со второго зрячего глаза на слепой, сохранена. Интенсивность движения зрачков при действии на них света зависит от того приучен ли человек к свету или темноте. Сужение зрачков при действии на них света не остается длительным; вследствие привыкания получается определенная средняя ширина зрачков.

Вторичную светореакцию зрачка можно изолировать и исследовать таким путем, что освещают особо один только глаз, чтобы, истощив светорефлексы, осветить затем другой глаз; таким путем получают вторичную реакцию изолированно.

О настоящей рефлекторной неподвижности зрачка можно лишь тогда говорить, когда глаз хорошо видит и реакция на конвергенцию сохранена, причем зрачек не реагирует ни на прямые, ни на косвенные раздражения. Перенос рефлекса расстроен при этом в центральном пункте. Его следовало бы искать между первыми оптическими центрами в *corpus geniculatum externum* и местами отхождения волокон глазодвигательного нерва для *sphincter iridis*.

Расстройство это не всегда встречается в максимальной форме, оно может постепенно развиваться. Предварительная стадия обозначается как рефлекторная вялость зрачка. Расстройство бывает одно- и двустороннее, оно может быть длительным или скоропреходящим.

При начинающейся рефлекторной неподвижности зрачков можно установить повышение реакции на конвергенцию, т. е. она наступает при конвергентном угле, при котором в нормальных условиях реакция или еще совсем не наступает или же она весьма слабая. Следует прежде всего установить, не увеличилась ли при несомненно сохраненной реакции на конвергенцию разница в амплитудах движений обоих зрачков. У стариков диагноз рефлекторной неподвижности зрачков затруднен ввиду наличия миоза. Рефлекторная неподвижность зрачков классический симптом металюзса; она встречается, однако, как резидуальный симптом сифилиса мозга, и при конгенитальном сифилисе. Часто она представляет собой ранний симптом спинной сухотки и прогрессивного паралича и встречается при этих заболеваниях в высоком процентуальном отношении, особенно при табопарализе. У душевно-больных наличие рефлекторной неподвижности зрачков говорит за прогрессивный паралич. По Бумке только 18—20% всех паралитиков обнаруживают нормальную светореакцию; отсутствие вторичной светореакции Вейлера (Weiler) обнаружил в 84%, отсутствие гальванической рефлекторной возбудимости в 87% (Бумке). К концу заболевания феномен почти всегда имеется, в то время как случаи Лисауегаовского паралича протекают без этого симптома.

О наличии этого феномена вне люэтического заболевания имеются всякого рода наблюдения. Штромайер (Stromayer) наблюдал у двух сестер двустороннюю рефлекторную неподвижность зрачков, и связывает это расстройство с врожденными дефектами в нервах мозга. Бер тоже старается свести феномен на церебральное заболевание в раннем детстве. Изолированное отсутствие световой реакции при опухолях мозга не встречается.

Временное понижение светореакции до полной неподвижности зрачков наблюдалось при алкогольном отравлении, при психической и нервной недостаточности. Длительная рефлекторная неподвижность вследствие употребления алкоголя по Вейлеру не встречается. При множественном склерозе она редко встречается. Травматическая рефлекторная неподвижность является, по Беру, не настоящей рефлекторной неподвижностью, а искаженной, не полной абсолютной неподвижностью.

Следует подчеркнуть, что неподвижность зрачков принадлежит к резидуальным симптомам энцефалита (Нонне—Ноппе). В единичных случаях указывают на отравление никотином, как на причину скоропреходящей неподвижности зрачков. (Вильбранд-Зенгер). Характер рефлекторной неподвижности зрачков в начале заболевания металюзсом, при интоксикациях и острых церебральных приступах интермиттирующих. Рефлекторная неподвижность может впоследствии перейти в так называемую абсолютную неподвижность. В единичных случаях наблюдалась рефлекторная неподвижность зрачков при дифтерии (Келльнер—Kellner).

### 11. Абсолютная неподвижность зрачков.

При абсолютной неподвижности зрачков расстроены одновременно светореакция и реакция на конвергенцию. Абсолютная неподвижность зрачков разви-

зается большей частью медленно; обе реакции слабеют постепенно (абсолютная вялость зрачков). Если к этому присоединяется еще паралич аккомодации, то можно говорить об *ophthalmoplegia interna*. Более точными методами можно доказать весьма слабую реакцию на конвергенцию. Абсолютная неподвижность по-контра на повреждениях нисходящих путей рефлекторной дуги. Абсолютно неподвижный зрачок обычно шире нормального. Абсолютная неподвижность встречается при весьма различных заболеваниях, вследствие чего диагностическое значение его не так велико, как рефлекторной неподвижности. Чаще всего она обусловлена сифилитическими заболеваниями. Чистый паралич сфинктера встречается при сифилисе мозга, при спинной сухотке, при прогресс. параличе, при старческом слабоумии, алкоголизме и органических заболеваниях мозга. *Ophthalmoplegia interna* не встречается почти никогда при чистой спинной сухотке или прогрессивном параличе. Ее наличие абсолютно не говорит против этих заболеваний, т. к. всегда возможна комбинация с другими сифилитическими изменениями. При абсолютной неподвижности зрачков тем шире, чем сильнее расстройство движения зрачков. При рефлекторной неподвижности отсутствует крайний миоз, при абсолютной неподвижности и *ophthalmoplegia interna* нет миоза.

При эпилептическом припадке зрачок обычно расширен и не реагирует, что позволяет думать об ослаблении сфинктера. Расширение остается при движениях глазного яблока и при конвергентных движениях неизменным. Все другие физиологические движения радужной оболочки выпадают; спонтанные движения зрачка в тонической стадии отсутствуют. В клонической же стадии они встречаются. В начале эпилептического припадков и во время постэпилептических психозов попадают расширение зрачков, гипусообразные движения и ограничение реактивной способности. Бумке обнаружил понижение электрической возбудимости зрачков. Сименс (Siemens) наблюдал инициальное сужение зрачков. При истерических припадках могут в исключительных случаях наблюдаться те же расстройства иннервации радужной оболочки, как и при эпилепсии. Миотическая пупиллярная неподвижность при истерическом припадке встречается почти всегда вместе с судорожной конвергенцией (Konwergenztampf).

Некоторые авторы подтверждают наличие абсолютной неподвижности зрачков при мигрени (Вестфаль, Паузелер, Вильбранд-Зенгер).

Александр наблюдал, что при эпилептическом припадке неподвижность зрачков исчезает в обоих глазах не одновременно.

### 12. Парадоксальная реакция зрачков.

Парадоксальная реакция зрачков—это обратное рефлекторное их движение, т. е. расширение при усиленном освещении и сужения при слабом освещении. Утоф и некоторые другие авторы относятся скептически к этому феномену и предполагают наличие ошибок у экспериментаторов при опытах. Пильч составил критический обзор всех опубликованных случаев парадоксальной реакции зрачков; по его мнению остается всего пять безупречных случаев с этим феноменом—случай прогресс. паралича, сифилиса мозга, туберкулезного менингита, нервного истощения травматического происхождения и люса с атрофией *nervi optici*. Парадоксальная светореакция зрачков, по мнению Пильча, весьма редкий симптом, встречающийся исключительно при тяжелых органических заболеваниях нервной системы.

Парадоксальная реакция на аккомодацию наблюдалась при истерии и мигрени. Бер утверждает, что парадоксальная реакция развивается на почве расстройственной уже реакции зрачков.

### 13. Кататоническая реакция зрачков.

Вестфаль наблюдал временную абсолютную неподвижность зрачков при кататоническом ступоре. Зрачки при этом расширены или сужены и могут иметь ненормальные формы. Феномен может быть односторонним. Светореакция при этом понижена или отсутствует совсем. Мы имеем здесь дело не с рефлекторной неподвижностью зрачков, а с расстройством иннервации всей мускулатуры радужной оболочки. Психорефлексы отсутствуют. У некоторых ступорозных больных наблюдается судорожная конвергенция с миозом в течение многих месяцев. Мейер (E. Meyer) наблюдал при давлении на т. наз. илвакальную точку расширение зрачка при недостаточной светореакции. При мидриатически-кататонической неподвижности зрачков отсутствует и пупиллярное беспокойство. Причину этого расстройства Левенштейн (Löwenstein) усматривает в потере спонтанности жизни

чувств при сохраненной суггестивности чувств; напряжения, сопровождающиеся чувством неудовольствия, вызывают торможения, ведущие к кататонической или истерической неподвижности зрачков.

#### 14. Вегетонический феномен зрачков.

Глубокий вдох может вызвать расширение зрачков, выдох—их сужение. Явление это наблюдается чаще у молодых лиц и сопровождается инспираторной аритмией сердца.

#### 15. Миотоническая реакция зрачков.

Под миотонической реакцией зрачков понимает аномально длящееся сужение зрачков при реакции на конвергенцию и необычно медленное расширение зрачков. Венгер полагает, что феномен этот мышечного происхождения.

Миотоническая реакция зрачков встречается при спинной сухотке, прогресс. параличе, наследственном сифилисе, миотонии, мигрени; Понне наблюдал ее и при тяжелом алкоголизме. Бер рассматривает миотоническую реакцию зрачков, как самостоятельную картину заболевания. Феномен этот не есть ни латентное, ни табетическое явление. Возможно, что причина его кроется в изменениях вегетативной части *oculomotorius'a*.

#### 16. Судорожные состояния *sphincter'a pupillae*.

Экспериментальные исследования показали, что электрическое и химическое раздражение определенных частей коры головного мозга влечет за собой сужение зрачков. Это обстоятельство позволяет думать, что при патологических процессах в коре головного мозга (при эпилепсии, менингите) встречается сужение зрачков и судорожная конвергенция.

При истерии наблюдаются нередко одновременно судороги *m. recti interni*, *sphincter pupillae et m. ciliaris*.

Эрленмейер (Erlenmeyer) описал клонические судороги мышц радужной оболочки истерического происхождения, которые вели к эксцентрическим расширениям зрачков с последующим их сужением („блуждающий зрачек“—*wandende pupille*). Продолжительное, сильное освещение зрачка, может вызвать рефлекторные судороги мышц радужной оболочки (Бумке).

Описанная Пильчем невротоническая реакция зрачков принадлежит к этой группе явлений. Эта реакция представляет собой персистенцию сужения зрачков после освещения.

#### 17. Коровый рефлекс Хааба (*Hirnrindreflex von Haab*) или рефлекс представления Пильча (*Vorstellungsreflex von Pilsz*).

Если в комнате, освещенной одной только свечей, зритель поставит свечу сбоку от себя и направит свой взгляд в темь, то можно заметить, что немедленно наступает сильное сокращение зрачков, если зритель при том же направлении взгляда обращает свое внимание на горящую свечу. Этот рефлекс идет через кору головного мозга и не есть результат аккомодации, конвергенции или усиленного действия света. Хеддеус (Heddeus) рассматривает корковый этот рефлекс, как содружественное аккомодационное движение. При эксперименте наступает при более или менее продолжительном пристальном взгляде, хотя бы на глаз наблюдателя, быстрое утомление и ослабление аккомодации. При возобновленном усилении внимания испытуемый аккомодирует снова, благодаря чему получается новое сужение зрачков. Хюбнеру (Hübner) не удалось вызвать этот рефлекс.

Фере (Fèré) установил, что при галлюцинациях наблюдаются соответствующие движения зрачков, смотря по тому видит ли галлюцинант картины вблизи или далеко от себя. Гольдфлам наблюдал у совершенно слепого с рефлекторной неподвижностью зрачков живую игру зрачков при представлении „светло и солнце“ (оптический феномен представления).

Кесон (Cason) пытался доказать наличие косвенных зрачковых рефлексов, напр., движений зрачков на звон колокольчика, которые сначала вызывались одновременно с освещением глаза, впоследствии же появлялись по закону условных рефлексов без световых раздражений при одном звоне колокольчика.

#### 18. Гемипоническая реакция зрачков.

„Нарушение нормальной проводимости по *tractus opticus* подает повод к развитию гемипонической неподвижности зрачков (гемипонической реакции

зрачков). Суть этого явления сводится к тому, что освещение тех частей сетчатки, которые не воспринимают световых раздражений, остается без всякого эффекта на подвижность зрачков; наоборот, освещение тех отделов сетчатой оболочки, которыми субъект воспринимает зрительные ощущения, имеет своим последствием ясное сокращение радужной оболочки. Реакция обнаруживается не только при освещении исследуемого глаза, но и при раздражении светом другого глаза (содружественная реакция). Что касается калибра зрачков при прямом освещении сразу обоих глазных яблок, то зрачок глаза на стороне поврежденного зрительного канатика бывает несколько шире зрачка глаза стороны, противолежащей больному tractus opticus.

Разрушение болезненным процессом *наружного колеччатого тела* называется по реакции зрачков совершенно так же, как и повреждение tractus opticus, т. е. сопровождается развитием гемванотической неподвижности зрачков<sup>4</sup>. (Даркшевич).

*Примечание.* В основу моей сводки по зрачковым рефлексам я положил отдел: „Störungen der Pupillenbewegungen“ в главе: „Die neurologischen Störungen bei Geisteskrankheiten“ von M. Rosenfeld. Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von Oswald Bumke. Allgemeiner Teil. III. Körperliche Störungen. Berlin. Springer. 1928, и Даркшевич. Курс нервных болезней. Том I. Общая часть. 4 изд. ГИЗ. М. П. 1923 г.—У Розенфельда и Даркшевича имеется указатель литературы по данному вопросу.

## К вопросу о кризисе санитарной организации <sup>1)</sup>.

Д-ра А. Я. Плещицера (Казань).

Все чаще появляются в медицинской печати статьи, освещающие вопрос о состоянии санитарной организации в стране, о затруднениях в этой работе и о мероприятиях по изживанию этого кризиса. Пока говорят по преимуществу санитарные врачи. Врачи других специальностей как будто не слышат этой дискуссии. Вместе с тем этот вопрос настолько актуален, что заслуживает внимания широких врачебных кругов. Ведь, если санитарные врачи и санорганизация на местах говорят о кризисе и о недостатках своей работы, то невольно напрашивается вопрос, не угрожает ли это санитарному состоянию страны и будем ли мы готовы и во всеоружии при появлении эпидемий.

О чем говорят санитарные врачи? Мехоношин <sup>1</sup> (Казань): „Казанская санорганизация отстала от жизни, деятельность ее носит большую частью чиновничье-административный характер, организационной же, общественной работы через сан-ячейки, в тесном контакте с массами и общественными организациями не ведется. При взаимоотношениях с комунхозом, с строительным управлением Татинжа, НКВД, Ветуправления, санорганизации Татнаркомздрава приходится уступать свои позиции“. Казанцев <sup>2</sup> (Казань), отвечая Мехоношину и говоря о достижениях и о недочетах санорганизации Татреспублики, подчеркивает, что специалисты лечебного дела пользуются в Татнаркомздраве большим почетом; на санитарных врачей там до сих пор смотрели, как на людей, которые „настоящего“ дела не делают, отсюда ненормальное стремление санврачей специализироваться по лечебной части. Киреев <sup>3</sup> (Калуга): „Давно пора задуматься над вопросом о засорении санитарной организации непригодным и ненужным для санитарного дела элементом. В связи с тем, что большинство намеченных санорганизациями мероприятий не осуществлялось, разбиваясь о недостаток и отсутствие кредитов, стали развиваться (порой публично) иронические восклицания „эх, санитария, санитария“, и вполне понятно, что началась обратная тяга санврачей в ряды лечебников, тем более, что и платят там лучше“. Вадерников <sup>4</sup> (Псков): „Надо, однако, открыто заявить, что, к сожалению, далеко не везде имеется тесно спаянное ядро санитарных работников, отсутствуют полное удовлетворение, а подчас и достаточная вера в свои силы и средства. Это последнее вносит долю разочарования и вынуждает некоторых призадуматься. Материальная небеспечность санврачей, недостаточность материальных ресурсов на сани-

<sup>1)</sup> В порядке дискуссии.



тарное дело, незначительная доля внимания, уделяемого работе санорганизации и все то, что в рядах санитарной организации определяется проявлением санитарного нигилизма,—все это крайне неблагоприятно отражается на притоке молодых товарищей в ряды работников санитарного дела. Санитарный нигилизм проявляется в довольно значительных размерах и по линии общественности, и по линии органов местной власти, в числе которой часто значатся и наши здравотделы". Быстролетов<sup>5</sup> (Брянск): "Таким образом работа в различных звеньях санитарной организации для подавляющего большинства санврачей сводится к одному текущему надзору, а в научно-практических обследованиях — к поставке объектов исследования. Помимо того, участковый принцип санврача в губернских и окружных городах служит отрицательным фактором, не позволяя работнику быть достаточно компетентным консультантом по всем вопросам санитарного дела. Как следствие такого положения, санитарные врачи не получают удовлетворения в своей работе и последняя становится им в тягость. В свете высказанного положения вполне понятно будет многое в том кризисе, который мы имеем". Николаев-Нагля<sup>6</sup> (Великие Луки): "Каждое дело представляет интерес тогда, когда из него видны те или иные результаты, и работа спорится в том случае, когда имеешь дело не с абстрактными вещами, а с чем-то более живым. Часто, однако, в работе санврача этой живой, так сказать, базы нет, и зависит это в большинстве случаев не от него. Последний, проводя повторные обследования и не находя улучшений, находит трату своих сил бесцельной, и тут, вот, и начинается этот „критический“ момент. Ведерников<sup>4</sup> (Исков): „Существенное значение для создания условий образования санитарного кадра имеет обеспечение санитарной организации научной базы. Однако и в этом отношении полного благополучия констатировать не приходится. Одним из оснований в создании санитарного кадра, около которого должна нарастать последующая смена—создание научных баз санитарной работы, т. е. тех условий, которые смогли бы в последующие работы вступающего в санитарные ряды вложить сознание важности, полезности, серьезности, целесообразности и интереса собственной инициативы. Санврачу должно быть обеспечено участие в работе лабораторий. Если мы обратимся к лечебникам, то несмотря на то, что лаборатории для них имеют меньшее значение, они не оторваны так от лабораторной работы, как санитарные врачи. Отрыв же санитарных врачей от лабораторий ничем не оправдываем и непонятен". Беляев<sup>7</sup> (Донбасс): „И, однако, при всех усилиях мы вочую наблюдать, что основного ядра и прочного молодого массива, который бы смог со всей ответственностью принять на себя бремя строительства санитарного дела на периферии, пронести его через горнило испытания, которых еще и сейчас не мало стоит на нашем пути, мы пока не имеем и, что самое главное, пока не видим его и в перспективе. По-прежнему продолжается „гастролерство“ на санитарных должностях, масса „попутчиков“, которые по разным случайным поводам прицепляются к нам по дороге, чтобы при первой возможности с нами расстаться, даже „не поблагодарив“ за встречу и часто за оказанную помощь. Кардинальным вопросом, который необходимо будет ставить перед собой санитарной организацией—это забота о смене, о новом кадре санитарных врачей, о молодяке, который бы смог в полной мере принять на себя и продолжить дело построения, развития и руководства санитарным делом на местах“.

Эти краткие выдержки позволяют выявить сущность тех проблем, которые выдвигаются санитарными врачами, позволяют определить сущность кризиса санитарной организации и указывают наиболее важные пункты, куда советское здравоохранение должно направить свое внимание. Несмотря на то, что санитарные врачи пицут только о больших сторонах своей деятельности, не исключается и не затушевывается вопрос об имеющихся достижениях. На фоне, несомненно, больших достижений в этой области, мы все же имеем отставание санорганизации от запросов населения страны. Это отставание дает себя чувствовать особенно остро сейчас, когда на очередь поставлены такие проблемы как индустриализация страны, культурное строительство и переустройство быта на социалистических началах. Во всю ширь встает вопрос о роли санитарных мероприятий в деле оздоровления населения, о ее значимости в профилактике заболеваемости и оздоровлении труда и быта. Ни один врач-лечебник, говоря абстрактно, не станет отрицать большой роли санитарных мероприятий в борьбе с эпидемиями, заразными болезнями, но при практическом решении того или иного вопроса он будет стоять в стороне. Население рассуждает таким образом: „дайте, раньше разбогатеем и потом уже будем говорить о серьезных санитарных мероприятиях“. Такая точка



зрения привита населению веками прошлой, дооктябрьской истории, когда подавляющее большинство населения было неграмотно и некультурно, когда на темноте миллионов масс населения строилось благополучие царского строя. В настоящее время мы имеем большой рост политической самосознательности населения, имеем большой взлет культурных запросов трудящихся масс, с каждым днем растут гигиенические навыки населения. Большая работа в области санпросвета дала свои положительные результаты — население начало сознавать пользу и необходимость соблюдения личной гигиены. Это только первый этап. Вопросы широких санитарно-гигиенических мероприятий не ставились еще перед коллективами трудящихся и потому их интерес к этим вопросам не столь значителен.

Наиболее животрепещущими и большими вопросами работы санврачей и развертывания санорганизации в целом являются привлечение кадров санитарных врачей, организационные формы и содержание работы санврача, создание научной базы, эффективность мероприятий, авторитет санорганизации и санврача.

Остановимся вкратце лишь на некоторых вопросах. Вопрос о кадрах санитарных врачей занимает внимание всех авторов и ставится в плоскости количественного и качественного его разрешения. На 1-ое октября 1927 г. число санитарных врачей в РСФСР без административного персонала было 1.246 ч. В количественном отношении в сравнении с до-октябрьским периодом имеются большие достижения. Но в качественном отношении — все авторы указывают на необходимость очищения своих рядов от гастролеров и попутчиков и необходимость переквалификации многих санврачей. В первую очередь, полагаем, должно быть обращено внимание на работу медицинского факультета. Наши медвузы готовят врача-универсалиста с определенным учебным уклоном. Студенты на школьной скамье не получают установки на большую значимость санитарных и профилактических мероприятий в нашей стране. Выпускники медицинских факультетов дают очень небольшой процент молодых врачей, намеревающихся серьезно посвятить себя работе санврача. Да, молодой врач по окончании медфака не подготовлен для самостоятельной работы в области санитарии. Медицинскими факультетами должен быть поставлен вопрос о подготовке кадров санитарных врачей, может быть для этого следует ввести 6 год обучения.

Вопрос о том, должен ли быть сохранен участковый принцип работы санврача или нужно добиваться разделения работы по специальностям во всех городах, где есть несколько санитарных врачей, должен быть решен в настоящее время таким образом, чтобы был сохранен участковый принцип работы. Ведь для большинства наших уездных и кантональных городов приходится говорить исключительно об участковом или районном принципе работы санврача из-за скудности местных бюджетов и из-за отсутствия кадров санврачей. Но и в больших губернских городах перестройка работы санврача на новых началах по специальностям по этим же причинам встречает большие затруднения, но не может, конечно, быть и нет принципиальных разногласий из-за того, чтобы в каждом районе города была группа санитарных врачей-специалистов (жилищного, пищевого, коммунального и т. д.). Подчеркивая необходимость сохранения пока районного принципа работы санврача, полагаем, что районный или участковый санитарный врач должен быть организатором всех санитарных мероприятий в своем районе. Он должен нести ответственность за санитарное состояние порученного района, он должен привлекать всех врачей, работающих и проживающих на территории его района, также население района для проведения санитарных мероприятий в жизнь и организовывать их. Эта постановка вопроса не исключает необходимости иметь санврачей-специалистов по отдельным отраслям санитарной работы в качестве консультантов.

Говоря о содержании работы санврача, следует подчеркнуть, что вполне правы те авторы, которые говорят, что санитарный врач должен быть освобожден от мелкой работы, которая может быть выполнена лицами, не имеющими высшего медицинского образования. Мы вступаем в полосу, когда перед санитарными врачами из года в год будут вставать новые задачи. Работа будет увеличиваться количественно и углубляться качественно. Наше фабрично-заводское строительство, планировка рабочих поселков, колхозное строительство должны развертываться в соответствии с требованием последних научных достижений в области санитарии и гигиены. Вопросы переустройства нашего быта на новых культурных социалистических началах упираются, с одной стороны, в область санитарии и гигиены, а с другой стороны — в поголовную грамотность всего населения. Таким образом вполне конкретно вырисовывается содержание работы санврача и, исходя из нашей предпо-

сылки, что санитарный врач должен быть организатором санитарно-гигиенических и противо-эпидемических мероприятий в своем районе, он, без сомнения, должен быть освобожден от мелочных заданий по постоянному осмотру дворов, площадей и т. д. Санитарная организация должна взять на себя инициативу и должна поставить перед широкими трудящимися массами вопросы общественной санитарии и гигиены совместно с секциями здравоохранения и коммунальными Горсовета. Мы подразумеваем не только санпросветработу в этом направлении, но, в первую очередь, работу по организации населения и использовании коллективной инициативы широких масс в строительстве и осуществлении широких санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

Размер статьи не позволяет нам хотя бы вкратце остановиться на других вопросах не менее актуальных и первоочередных, чем вышеизложенные. Рассчитывая на широкий отклик врачебных кругов, которые пополнят и изложат более подробно те вопросы, которые не были нами освещены, мы считаем возможным резюмировать положение вопроса так: 1) весь комплекс вопросов, выдвигаемых санврачами, заслуживает самого серьезного внимания не только санврачей, но и врачей-лечебников и других специальностей, 2) органы здравоохранения и сан-профилактические отделы должны взять на себя инициативу и постоянно будировать внимание всей советской общественности к этим вопросам и вовлекать их в организационное строительство санитарных мероприятий, 3) очередной задачей санорганизации на местах должно быть привлечение внимания коллективов трудящихся к проведению и строительству санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

*Литература:* 1) Гигиена и эпидемиология, 1928, № 1.—2) Ibid., 1928, № 7.—3) Вопросы здравоохранения, 1928, № 22.—4) Ibid.—5) Ibid., 1929, № 2.—6) Ibid., 7) Ibid., 1928, № 15.

## Новые способы общего наркоза.

(Заграничные впечатления о посещении хирургических клиник Австрии, Германии и Италии в 1928 году).

**Л. Г. Фишман.**

В 1927/28 году я, совместно с д-ром Рыжик, работал по вопросу о влиянии общего наркоза на функцию печени. Желая ознакомиться с новыми видами общего наркоза, а также с распространением применения того или иного вида обезболивания, я в начале мая текущего года испросил командировку сроком на 4 месяца в Германию, Австрию и Италию.

В Берлине я посетил как университетские хирургические клиники (проф. Vier'a и проф. Sauerbruch'a), так и большие хирургические отделения городских больниц (главным образом профессоров Nordmann'a, Meier'a и Gorband'a).

С переходом проф. Sauerbruch'a в Берлин, центр хирургической работы сосредоточен в Шарите. За один год работы проф. Sauerbruch произвел огромные перемены, и в настоящее время новая операционная Шарите является лучшей операционной Берлина. Работа клиники распределена таким образом, что с утра, с 8-ми часов, идут операции, причем сам профессор Sauerbruch оперирует до 11 часов, а затем 4 раза в неделю—часовая лекция. В 4 часа вечера—обход и первая перевязка оперированных больных. Во время операций проф. Sauerbruch'a обращает на себя внимание большое количество участников, причем на некоторых больших операциях (опухоль основания черепа, удаление придатка мозга) число это достигает 10—11 человек. Большинство операций клиника проводит под общим эфирным наркозом (капельный способ). В последнее время в клинике снова появился авертин, хотя совсем недавно проф. Sauerbruch выступал против этого наркоза и на 51 Германском Конгрессе демонстрировал 3 случая гангрены толстых кишек с летальным исходом. Местная анестезия применяется в клинике только при некоторых операциях (большинство операций на легком и некоторые зубы). Местная анестезия производится 1/2% раствором новокаина, в виде проводниковой анестезии. В тех случаях, когда операция производится под повышенным давлением, пользуются аппаратом Roth-Dreger'a

с эфиром. Клиника имеет огромный материал, а легочные операции Sauegrusch'a привлекают больных и врачей всего мира.

При операциях на черепе пользуются ручными дуановскими фрезами и отверстия соединяют пилой Gigli, и это не смотря на имеющийся в клинике аппарат de Martella! В случае удаления придатка мозга Sauegrusch избрал носовой доступ, но разрез делал справа от корня носа, длиной всего  $3\frac{1}{2}$ —4 сантиметра. Операционная полость шла воронкой, расширяясь в глубину, гипофизис на глубине 7 сантиметров от поверхности разреза был трудно доступен. Операция под авертиновым наркозом. Sauegrusch отметил после операции, что авертин особенно удобен именно там, где наркотизатор мешает оператору, т. е. при операциях на голове и шее. На шее я видел у Sauegrusch'a много операций по поводу зоба: он делает их типичным кохеровским способом с перевязкой всех 4 щитовидных артерий и почти всегда оставляет небольшой дренаж. Иногда эти операции он производит под местной анестезией. В случаях френикотомии разрез делает по наружному краю грудно-ключично-сосцевидной мышцы, несколько глубже указанной мышцы на m. scalenus ant. и быстро находит n. phrenicus. Особенно многочисленны в клинике операции на легких, техника которых разработана до мельчайших деталей. Проф. Sauegrusch совместно с ассистентом проф. Freiem предложил специальный инструментарий, который значительно облегчает операционную технику (гильотина и большие щипцы для концов ребер; особые щипцы и распатор для первого ребра). Торакопластика и пломба легкого идут под местной проводниковой анестезией. Операцию торакопластики у ослабленных больных делают в два момента. Разрез по внутреннему краю лопатки дугообразно книзу. Ребра обнажаются дуановским распатором, выстриваются куски в 6—7 сантиметров гильотиной и концы откусываются щипцами. На удаление всех 10—11 ребер уходит 5—6 минут. При пломбе легкого в огромном большинстве случаев дело идет о резекции 3-го ребра и заполнение полости каверны plombой в 300—350 грамм, не повреждая плевры. Особо следует отметить, что края раны сближаются резиновой лентой, края которой пришиты к липкому пластырю. Мне пришлось видеть также и различные опухоли легкого, которые все оперировались под общим наркозом при помощи аппарата Roth-Dreger'a (эфир). В случаях абсцесса легкого после опорожнения гноя следовало сильное прижигание стенок полости большим накаленным. Посещая вечерами клинику в значительный период времени, я имел возможность наблюдать много послеоперационных легочных больных и нужно сказать, что послеоперационное течение их очень тяжелое; первая перевязка на 2—3 день, когда удаляют половину дренажной трубки, больные находятся в сидячем положении и температурят в течение долгого времени.

На брюшной полости я видел самые разнообразные операции. В случаях резекции желудка, где это возможно, применяют способ Вильрот I или Вильрот II и способ Бальфура. Когда желудок не удается вывести, прибегают к желудочно-кишечному соустью. На серозу кладут узловатый шов, просвет вскрывают накаленным и закрывают непрерывным швом. Материалом для швов служит исключительно кетгут. Следует еще отметить, что все салфетки, которые приходят в соприкосновение с кишечником, подаются из горячего физиологического раствора. Операции под общим эфирным наркозом. После зашивания вокруг раны—мастизоль для удержания небольшой повязки.

После операций на печени и желчных путях в рану вставляют шелковый дренаж, в виде полой трубки. Кроме полостных операций Sauegrusch показывает студентам и различные операции на конечностях. Чтобы составить себе представление об оперативной деятельности клиники, я позволю себе остановиться на посещении клиники 24 июля совместно с группой американских профессоров, для которых Медицинским факультетом Берлинского университета были устроены специальные операционные дни и лекции в течение недели. Проф. Sauegrusch в указанный день сделал: 1) торакопластику, 2) опухоль легкого, 3) холцистэктомия и 4) гастроэнтеростомия с брауновским анастомозом. Все операции продолжались 1 час 35 минут и все присутствовавшие были восхищены отчетливостью работы всех участников операций. После этих операций была лекция-демонстрация и проф. Sauegrusch показал следующих послеоперационных больных:

- 1) после удаления псаммозы мозга (лобная доля);
- 2—3) после удаления мозговых опухолей из теменной доли;
- 4) после удаления опухоли в mediastinum (разсечена была грудная кость, швы не сняты, много рисунков);

- 5—10) торакопластика при эмпиеме на разных сроках после операции;  
 11) абсцесс легкого (абсцесс был в глубине правого легкого, рана еще не закрыта);  
 12) киста легкого;  
 13) киста легкого, больная поступила с диагнозом эхинококка;  
 14) perihcstomia;  
 15) резекция желудка (Бильрот I);  
 16) резекция желудка вместе с желудочно-кишечным соустьем;  
 17—18) эхинококк печени;  
 19) резекция слепой кишки (опухоль);  
 20) резекция отрезка толстой кишки;  
 21) резекция поперечной кишки;  
 22) ампутация прямой кишки у 20-ти летней девушки (рак);  
 23—25) ампутация прямой кишки (разные сроки).

Громкие аплодисменты всех присутствующих закончили эту лекцию-демонстрацию.

В текущем году я посещал клинику проф. Вieg'a только в дни его лекций, которые по-прежнему привлекают большую аудиторию. Читая студентам хирургическую клинику, Вieg подробно останавливается на обыденных случаях, посвящая им порой целые лекции. Во время моего посещения клиники я несколько раз присутствовал на лекциях проф. Вieg'a по поводу флегмон различных областей. Под общим эфирным наркозом вскрывают флегмону, большой ложкой выскабливают содержимое и всю полость энергично прижигают огромным раскаленным наконечником. После прижигания по бокам раны приклеивают мастизолеом полоски из полотна, на которых нашиты маленькие крючки; длинной шелковой ниткой эти крючки зашнуровывают до соприкосновения краев раны и накладывают повязку. Проф. Вieg неоднократно на лекции демонстрировал случаи после операций обширных флегмон, послеоперационное течение которых было per primam intentionem. Подобным же образом проф. Вieg поступает и с гнойным процессом в кости. Способ этот разработан проф. Кларром, причем для выжигания пользуются особым аппаратом, дающим большую поверхность накала. В клинике очень много больных с переломами трубчатых костей. Для лечения переломов костей нижней конечности пользуются Киршнеровским аппаратом. Через пяточную кость проводят электромотором крепкую струну, которая помещается затем в дугообразную пластинку, вытуклая часть которой соединяется с системой блоков. В настоящее время в клинике большинство операций делается под общим эфирным наркозом, но также много операций проводят под спинно-мозговой анестезией (тропококаин). Местная анестезия применяется в виде проводниковой анестезии лишь в редких случаях (резекция верхней челюсти и т. п.). Клиника Вieg'a сравнительно недавно начала авертиновый наркоз и хорошо разработала дозировку и методику этого наркоза. В посвященной этому наркозу лекции проф. Вieg рекомендовал его как прекрасный анестетик. Методика авертинового наркоза заключается в том, что больному вводят per rectum раствор авертина в воде от 0,13 до 0,17 pro kilo веса больного в зависимости от возраста. Проф. Вieg рекомендовал для указанной цели нижеследующую таблицу:

Возраст	Scopolamin	Narcophin	Avertin pro kilo веса б-го
15—24	0,0005	0,03	0,15—0,17
25—34	0,0005	0,03	0,14—0,15
35—60	0,00025	0,03	0,13—0,15
Свыше 60	0,00025	0,03	0,13—0,15

Раствор авертина берется из расчета 1 грамм авертина на 40 куб. с. воды, подогретой не свыше 45° дав раствору охладиться до 39°, вводят его через воронку в прямую кишку. За полчаса до операции в одном шприце вводят 0,0005 скополамина и 0,03 Narcophin'a. Проф. Вieg рекомендует кишечник накануне наркоза очищать слабительными, но без клизм.

Два раза я видел в клинике больных с жестокими невралгиями тройничного нерва. После клинической лекции им был выпрыснуто в Гассеров узел сна-



чала 2 куб. с. 1% раствора новокаина, а затем 2 куб. с. спирта. Рисунки показывали схему отыскания Гассеровского узла при помощи длинной иглы, идущей через кожу щеки, ниже скуловой дуги к овальной отверстию.

Из городских больниц я посещал в текущем году отделения профессоров Nordmann'a, Meier'a и Gorband'a.

Отделение проф. Nordmann'a в Augusta-Viktoria-Krankenhaus для меня было интересно в том отношении, что все операции проф. Nordmann делает исключительно под авертиновым наркозом. Материал отделения составляет 1350 операций (в июне месяце), причем методика и дозировка мало чем отличаются от вышеописанной, принятой в клинике проф. Vieger'a: 0,15 авертина на кило веса больного, причем для клизмы берется вода и отвар salep'a в равных частях. Раствор вводится 37°, причем общее количество авертина несколько уменьшают, и предельной дозой проф. Nordmann считает 10 грамм. Спустя несколько минут после введения раствора у больного наступает легкое головокружение, сонливость, незначительное покраснение кожи лица, и больной вскоре засыпает; через 12—15 минут обычно наступает уже стадия выносливости, в которой и производят операцию. Примерно через 2 часа больной просыпается, рвота и тошнота отсутствуют, чувствует себя бодрым и совершенно не помнит об операции. В случае, если больной спит недостаточно глубоко, дают solestin, которого идет незначительное количество. До последнего времени проф. Nordmann делал желчные операции под смешанным общим наркозом (смесь: спирт 20 куб. с., хлороформ 40 куб. с., эфир 60 куб. с.), и только недавно он начал и эти операции делать под авертиновым наркозом. Каких-либо осложнений, не взирая на такой большой материал, проф. Nordmann не видел и в настоящее время он все операции делает под авертином и горячо его рекомендует.

У Nordmann'a большой и разнообразный операционный материал, т. е. он пользуется в Берлине широкой популярностью. Мне хочется отметить, что все операции на печени он делает через срединный разрез и ко всякой лапаротомии присоединяет удаление червобразного отростка из того же разреза. Проф. Nordmann закрывает брюшную полость следующим образом: сначала проводит большой иглой проволоку через все слои брюшной стенки, но временно проволоку не закручивает. Затем, узловатым толстым кетгутом, закрывает брюшную полость — захватывая брюшину и мышцы. После этого закручивает металлические швы, о которых сказано выше, и в промежутки между ними добавляет чрезвычайно тонкие металлические швы на кожу для более тесного соприкосновения краев разреза. После больших операций проф. Nordmann переходит в септическую операцию и делает несколько гнойных операций.

Проф. Meier работает в большой больнице — Westkrankenhaus. Небольшая новая операционная имеет стеклянный потолок и стеклянную переднюю стенку. Потолок имеет значительный наклон и в жаркую погоду по нему струится водопроводная вода, охлаждающая воздух в операционной. Проф. Meier оперирует под эфирным и авертиновым наркозом, причем последний из расчета только 0,12 про кило веса больного. Раствор авертина вводится большим шприцем. Одновременно с авертином дают ephetonin (на 1 грамм авертина 0,2 ephetonin'a).

Наряду с этим в отделении бывают и операции под газовым наркозом — веселящий газ. Аппараты для газового наркоза выпущены в Германии фирмой „Nüchst“ и состоят из двух цилиндров с газом (в одном N<sub>2</sub>O, в другом кислород). Оба газа в известной пропорции поступают в смеситель, откуда по толстой трубке поступают в маску больного. Для того, чтобы газ не поступал в легкие слишком холодным, он проходит через электрический нагреватель. Больной выдыхает воздух по трубке, идущей от нижнего конца маски к стеклянному резервуару с водой. Изменяя высоту стояния трубки в воде, можно изменять давление. В тех случаях, где больной спит плохо, т. е. недостаточно глубоко для производства операции, добавляют эфир, пары которого направляются в общий смеситель. Маска плотно удерживается специальными ремнями, которые идут к металлическому кольцу у затылка больного. В течении всего наркоза лицо пациента несколько цианотично, наркотизатор постоянно меняет % поступления кислорода и техника настолько сложна, что требует специально обученного лица. К большому достоинству наркоза надо отнести то, что тотчас по прекращении поступления газа больной просыпается и чувствует себя совершенно бодрым; уже через 1½—2 часа больные могут есть. Обладая всеми преимуществами общего наркоза, веселящий газ, по исследованию многих авторов, совершенно не влияет на паренхиматозные органы. Экспериментальными работами было установлено, что газовый наркоз



является менее ядовитым, чем другие виды обезболевания; так, например, содержание молочной кислоты в крови после местной анестезии 1,45 mgr, после эфира --7,1, а после веселящего газа—1,0. Для более широкого введения газового наркоза в хирургическую практику необходимо сконструирование простого и точного аппарата и недорогого по цене, а также возможность иметь дешевый газ. В настоящее время этих условий нет еще даже в Германии. Кроме того нужны еще дальнейшие доказательства, что газовые наркотики биологически менее опасны, чем уже известные нам средства. До сих пор опубликовано 127 смертей во время наркоза веселящим газом, в связи с чем некоторые хирурги совершенно отказываются применять веселящий газ при операциях.

Разбирая эти детально окончившиеся случаи, можно их разбить на отдельные группы: 1) лабильная сосудисто-нервная система, смерть наступает не от наркотика, а от наркоза, т. е. смерть наступила бы от любого вида наркоза; 2) смерть от асфиксии из-за  $O_2$  или  $CO_2$ ; 3) смерть от  $O_2$  или  $CO_2$  без асфиксии, что объясняется специфическим ядовитым действием  $N_2O$  по отношению к данному пациенту; 4) смерть спустя значительное время после наркоза и которая с трудом может быть объяснена наркозом.

В отделении проф. Meier'a всегда много операций, особенно в брюшной полости. Не останавливаясь на деталях операций, отмечу только способ зашивания брюшной полости у тучных субъектов. На брюшину кладется узловатый шов кетгуттом, а затем накладывается несколько металлических швов с петлей по средней линии. Эти металлические швы накладываются на кожу и всю толщу подкожного жира, а петли захватывает апоневроз.

Проф. Gorb and работает теперь в Urbankrankenhaus. В виду того, что незадолго до моего приезда он получил в заведывание указанную больницу, чувствуется еще неналаженность и заметны технические и организационные недочеты. В первый же день моего посещения отделения проф. Gorb and сделал торакопластику, 2 зоба и резекцию желудка. При 2-х операциях (зобы) я видел применение с целью наркоза нового средства—pernoston'a (производное веронала). Pernoston является новым средством для внутривенного наркоза; один кубич. сантиметр этого препарата берется на 12 кило веса больного (общее количество несколько уменьшается), причем я должен отметить, что обе больные уснули мгновенно, когда врач еще только заканчивал введение 4 куб. с раствора. Однако сон не бывает достаточно глубоким. Как только больная уснула, ее перевозят в операционную и дают эфир. В одном случае я должен отметить сильную стадию возбуждения при даче эфира и значительное количество последнего во время операции. Pernoston очень удобен у нервных больных, которым впрыскивают препарат в палате еще на их койке, там они засыпают, их доставляют на операционный стол, где они и получают эфир. Но это средство дискредитировано сообщениями Hartung и Haberer'a. Hartung опубликовал 42 случая применения этого наркоза с 1 смертельным исходом, а проф. Haberer на 8 случаев имел тоже 1 летальный исход, и в настоящее время широкого распространения pernoston не получил. Pernoston выпущен немецкой фирмой Riedel.

В самом начале августа я выехал в г. Дюссельдорф, где работает проф. Haberer. В Дюссельдорфе на 500.000 населения всего одна больница, расположенная на окраине города, с 1800 кроватями—из них 300 хирургических, с обслуживающим персоналом в 47 человек. Операционный корпус имеет 3 больших асептических и 1 септическую операционных и при первом посещении производит колоссальное впечатление. Операции начинаются в 7 ч. 15 м. утра. Я посетил отделение проф. Haberer'a в течение 3-х недель; за указанное время видел огромное количество операций, из них операции на желудке привлекают много иностранцев (в том числе японцев, американцев и т. д.). Почти ежедневно видишь операции по поводу зоба, которые Haberer делает быстро и отчетливо. Разрез по Кохеру—перевязка всех 4-х шитовидных артерий. После удаления больших зобов вставляется в качестве дренажа стеклянная трубка. На зашитую рану кладут несколько листов серебряной фольги для получения тонкого косметического рубца. Техника резекции желудка разработана проф. Haberer'ом до мельчайших деталей. После вскрытия брюшной полости он обкладывает брюшную полость салфетками, смоченными в горячем физиологическом растворе; осматривает вынутый желудок и, установив язву, обвязывает брыжейку сначала по малой кривизне, а затем по большой кривизне, причем накладываются три лигатуры, т. е. при перерезке на центральном конце артерии остаются две лигатуры, на расстоянии 0,5

сант. друг от друга. Затем накладывает одну половину Леновского<sup>1)</sup> зажима на 12-ти перстную кишку и отжигает ее накалином. Другую половину Леновского зажима кладет на желудок и подшивает серозу 12-перстной кишки к задней стенке желудка, когда желудок еще не удален. После этого надрезает ножом серозу желудка циркулярно и накладывает по этому надрезу швы тонким кетгутом, т. е. по месту будущего разделения, что, по мнению проф. Haberer'a, имеет чрезвычайно важное значение в смысле предотвращения кровотечения. Снова накалином разрезает на сей раз желудок и сшивает конец в конец желудок и 12-перстную кишку. Удаляет почти весь желудок, так как считает, что только этим путем можно бороться с перепроизводством соляной кислоты. Приблизительно 82% всех резекций желудка делает по Бильрот I, 10% по Бильрот II и 8% по другим методам (Бальфур, Полия) в зависимости от случая. Нужно отметить, что показания к операции чрезвычайно расширены; приходилось видеть небольшие язвы препилорической части, когда также был удален почти весь желудок; неудивительно поэтому, что проф. Haberer сделал уже больше 2600 резекций при общей смертности в 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>%. Многочисленные рентгенограммы показывали постепенное расширение оставшейся части и, повидимому, организм приспособляется к редуцированному желудочно-кишечному тракту. Проф. Haberer оперирует или под общим наркозом (эфир) или авертин, причем авертин все больше и больше вытесняет другие виды наркоза в его клинике. В самое последнее время в клинике авертин начали давать и при экстренных операциях. Авертин дают из расчета 0,125 pro kilo больного, причем каждый растров перед употреблением испытывается с конгоротом (1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> цвета не меняет). Вообще приходится отметить, что примерно 20% больных не спят от авертина, вернее спят недостаточно глубоко для операции, и этим больным добавляют эфир, которого расходуется незначительное количество, а 5% из этих 20% совершенно не засыпают. Пожилые люди спят лучше молодых. Каких-либо серьезных осложнений от авертина клиника не наблюдала. Это относится также к наблюдениям, которые были сделаны в клиниках проф. Bier'a, Nordshanna и Meier'a.

В Вене обе хирургические университетские клиники расположены в одной больнице — Allgemeinkrankenhaus. Первой клиникой ведает проф. Aisselsberg, другой — проф. Nohrenesk, причем оба находятся в таком преклонном возрасте, что главную операционную работу несут ассистенты. Клиника проф. Aisselsberg'a оперирует почти исключительно под общим эфирным наркозом или редко под общим наркозом всасываемым газом. Даже такие операции, как грыжа (делают почти всегда по Бассини) и аппендициты (через поперечный разрез) производят под общим наркозом. Исключение составляют только большие зубы, которые из-за голосовой пробы оперируют под местной анестезией. Методика газового наркоза здесь та же, что и в других клиниках. Материал клиники очень разнообразен и ежедневно видишь 10—12 больших операций. Все операции на печени делают под общим эфирным наркозом, причем при сильно раздутых желчных пузырях отсасывают содержимое в безвоздушный балон; по окончании операции в рану вставляют небольшой тампон, смоченный в адреналине или полуторо-хлористом железе. Около операционного стола стоит таз с физиологическим раствором, который нагревается электрическими угольными лампочками, и в котором находятся компрессы для брюшной полости. На кожу — скобки; на рану — мастизоль.

В клинике проф. Nohrenesk'a оперирует приват-доцент Stein. Все операции идут под общим эфирным наркозом. Это единственная клиника, где употребляется шелк, а не кетгут в брюшной хирургии. На работе этой клиники я не буду останавливаться, как и на работе проф. Finsterer'a. Проф. Finsterer работает в больнице Франц-Иосифа и мне было интересно посмотреть его операции на желудке. Делает их он под смешанным наркозом; сначала местная анестезия — при разрезе брюшной стенки, затем во время осмотра брюшной полости — газ, а затем снова продолжает операцию под местной анестезией. Делает он чрезвычайно медленно и в настоящее время имеет очень небольшой оперативный материал, иностранцами его отделение почти не посещается.

Лучшим хирургическим отделением Вены и лучшим хирургом Вены является проф. Lorenz, работающий в куческой больнице. Новое роскошное здание прекрасно оборудовано. Материал отделения самый разнообразный, так как проф.

<sup>1)</sup> Проф. Haberer пользуется модификацией леновского зажима; изменен только замок инструмента; вместо винта сделан клемм.

Logenz пользуется в Вене большой известностью. Почти все операции делают в отделении под общим эфирным наркозом, пользуясь особой маской. Сущность маски заключается в следующем: маска представляет собой цилиндр, один конец цилиндра плотно приставляется ко рту и носу больного, а через другой вливается каплями эфир на комок ваты, который помещен на сетке, находящейся ближе к верхнему концу цилиндра. Таким образом больной дышит парами эфира. При зашивании небольших ран брюшной полости (как, например, после аппендицита) накладывают съемный шов без одного узла, берут длинную нитку с пуговицей, прокалывают все слои, непрерывный шов на брюшину, затем обратно тоже непрерывный шов на мышцы и апоневроз и выкалывают у места вкола и над пуговицей завязывают; такой же шов на кожу. Снимают этот шов не на седьмой, а на десятый день.

За небольшой период времени в отделении сделано более 400 операций по поводу омоложения. Способ разработан ассистентом отделения д-ром Doppler'ом, который предложил специальный препарат—изофенол (препарат фенола, фабрика «Норгина»). Д-р Doppler в одном подходящем случае в моем присутствии произвел эту операцию. Методика состоит в том, что он обнажает на большом протяжении бедренную артерию и обильно смачивает ее раствором изофенола. Затем через небольшой кожный разрез достает яичко, делает несколько скарификаций острием скальпеля на белочной оболочке и тоже ее сильно смачивает этим раствором: при зашивании оставляет некоторое количество этой указанной жидкости в полости яичка. Наибольший эффект в смысле улучшения общего самочувствия достигается через 5 месяцев. Мне приходилось видеть несколько больных, оперированных д-ром Doppler'ом, все они заявляли, что довольны положительными результатами операции. Незадолго до моего приезда такая операция была проделана одному из наших ленинградских профессоров.

В отделении проф. Logenz'a переливание крови, а также внутривенные вливания делают при помощи нового аппарата „Ротанда“ (предложен Jungling'ом); принцип заключается в том, что происходит не смена шприцов, как при способе Elekeger'a, а шприц ворочается у своего основания на 45°, чем достигается изменение направления струи.

Из Вены я проехал в Рим. В Римском университете имеется только одна хирургическая клиника проф. Alessandri. К сожалению за несколько дней до моего приезда сам проф. Alessandri подвергался операции, почему я и не мог видеть его операций. Клиника проф. Alessandri делает 50% операций под спинно-мозговой анестезией, 40%—под эфиром и 10%—под местной анестезией. В самое последнее время начали разрабатывать методику газового наркоза при помощи этилена. Большой железный резервуар наполнен газом, в резервуар поступает по трубке вода, которая вытесняет газ вверх и через резиновую трубку он направляется к резиновому балону, где смешивается с кислородом. Больному одевают резиновую маску в виде противогаза; короткая, но сильная стадия возбуждения. Я видел всего 8 операций под этиленовым наркозом, причем в одном случае у 14-летнего мальчика была остановка дыхания. Случай кончился благополучно, но оставил неприятное впечатление. Всего в клинике сделано около 200 операций и пока без смертельных исходов. Оперируют вдвоем, т. е. при одном ассистенте, в длинных перчатках. Оригинально устроена операционная: студенты находятся между 2-мя рядами стеклянных стен, доходящих до потолка.

## Рефераты.

### а) Физиология.

99) *Значение сердечного ушка в кровообращении.* После проработки литературы данного вопроса и личного изучения на животных анатомии и физиологии сердца, Georg Hauffe (Z. für Kreislauff. H. 21, 1928) приходит к тому, что циркуляция крови в сердце начинается с ушка, что правильное движение крови от предсердия к желудочку происходит благодаря сокращению выступающей внутрь ушка мускулатуры его, что ушко служит как бы гидравлическим прессом для атрио-вентрикулярных клапанов и вообще является мало замеченным, но весьма важным атрибутом сердца совершающим функцию последнего как насоса и одновременно нагнетающего насоса. С. М. Райский.

*б) Общая патология и патол. анатомия.*

100. *О разрывах аорты.* Paul Kaczander (Zeit. für Kreislauff. H. 22, 1928), приводя два закончившиеся смертью случая разрыва аорты и литературу вопроса, делает тот вывод, что при функционально-механических, равно как и при анатомо-гистологических изменениях стенки сосуда, последний одинаково реагирует на могущие вести к разрывам аорты травмы эндо- и экзогенного характера.  
*С. М. Райский.*

101. *Пигментация легких и несостоятельность антракоза.* André Jeusset (La presse médicale, № 3, 1928) отмечает, что при тщательном сравнительном химическом анализе частей легкого старика, окрашенных и неокрашенных угольным пигментом, в первых находят избыток железа. С другой стороны, анализ черноватой мокроты старых бронхитиков и анализ неокрашенной мокроты указывают на повышенное содержание железа в первой. Эти факты привели к особому пониманию антракоза. Учение о поглощении угля легкими приемлемо лишь в исключительных случаях; обычная пигментация легких стариков зависит от накопления железистых шлаков, отлагающихся в тканях при последовательных воспалениях, из которых tbc является наиболее ответственным. Автор приводит случаи пигментации легких детей и сельских жителей и случаи абсолютно чистых легких у стариков, живших в дымной атмосфере. Пигмент заключен главным образом в т. наз. пылевых клетках, расположенных по ходу сосудов. При исследовании мокроты оказалось, что белая и желтая мокрота на 100,0 сухого остатка имеет 10—15 mgm железа, серая—20—50, черная—100—300. Нахождение пигмента около сосудов говорит за его кровородную природу. Железо при кардиопатиях отлагается при разрешении пассивного воспаления; у стариков отлагается в результате разрешения хронических воспалений ткани; это предположение основано на том, что окрашенные клетки встречаются в воздухоносном аппарате в течение всех инфекционных процессов. Главная роль в запылении легких железом принадлежит tbc, оставляющему после себя пигментацию легких. При определении количества железа в легких животных здоровых и зараженных туберкулезом у первых его было меньше, чем у вторых.  
*В. Журавлева.*

*в) Туберкулез.*

102. *Tbc трахеи.* Обработав секционный материал Ялтинского губ. Пи-та, Добромыльский (Журнал ушн., горл., носов. бол., 1928 г. № 11—12, стр. 662) считает, что tbc трахеи, являясь всегда вторичным, сопровождается tbc гортани в половине всех случаев и поражает чаще всего нижнюю треть. Механизм заражения трахеей неясен. Tbc трахеи, особенно язвенный, вызывает пароксизмальные приступы мучительного кашля.  
*Б. Лебедевский.*

103. *О лечении кожного tbc антивирусом.* Arzt (Derm. Ztsch. Bd. 53, S. 12) применил антивирус 7 больным с явлениями кожного tbc (lupus vulgaris, erythema induratum Bazin), у которых не отмечалось явных признаков внутреннего туберкулеза. У большинства больных получилась сильная общая и местная реакция, выразившаяся повышением t°, ознобом, обморочным состоянием, покраснением и припуханием участка кожи, где был приложен антивирус. После заживления язвенных поверхностей применялись физические методы лечения (радий, рентген). Автор не делает определенного вывода относительно этого способа лечения на основании своего небольшого материала, но считает, что лечить антивирусом кожный tbc можно и притом только в больницах, под строгим врачебным контролем.  
*А. Дмитриев.*

104. *Катарр легочных верхушек или ранний инфильтрат?* Kayser-Petersen (Münch. med. Woch., 1928 г., № 7) из 304 случаев закрытых форм tbc лишь в 89 отмечает верхушечные изменения, 68% из них находятся под наблюдением свыше 2 лет, а 23%—9 и больше лет. Повидимому, верхушка создает благоприятные условия для ликвидации tbc процесса и образования заглохших, неактивных форм. Зато ранний инфильтрат во многих случаях является началом tbc легких. Обычно он представляет собою один округлый очаг, либо несколько небольших с перифокальной инфильтрацией. По течению автор различает: 1) бесследное рассасывание инфильтрата; 2) его излечение с образованием рубца, причем нередко в этот рубцовый процесс захватывается верхушка; 3) распад тканей с образованием каверны; 4) диссеминация вокруг очага и в другие отдаленные



участки. Прогноз хотя и удовлетворительный, но все же необходима осторожность. Диспансерам, по мнению автора, необходимы хороший рентген и опытный рентгенолог, ибо на них ложится обязанность вылавливать среди своих больных носителей этих ранних форм со скудными субъективными и объективными данными.

*Ойфебах.*

105. *О фтизе у диабетиков и его терапии искусственным пнеймотораксом.* D o g e n d o r f (Mediz. Klin., 1928 г., № 13) приводит 5 случаев прогрессирующего тбс у диабетиков, давших хороший результат при комбинированной терапии пнеймотораксом и инсулином. Пнеймоторакс улучшает, повидимому, усвояемость углеводов и отсюда возможность терапии диабета и без инсулина. Пнеймоцеллит, осложняющий искусственный пнеймоторакс, ведет к кратковременному понижению усвоения углеводов.

*Ойфебах.*

### г) Физиотерапия.

106. *Влияние ультрафиолетовых лучей на операционные и послеоперационные кровотечения из носоглотки.* М а т в е е в и К а м е н ц е в а (Физиотерапия, 1927, № 4), вынесли впечатление, что под влиянием ультрафиолетовых лучей в организме происходят изменения, вследствие чего понижается степень кровоточивости как во время операций на носоглотке, так, главным образом, и в послеоперационном периоде. После курса освещения у больных отмечались подъем общего состояния, улучшение носового дыхания и, в случаях гипертрофии аденоидов,—некоторое уменьшение их, а равно уменьшение набухлости слизистых носа и носоглотки.

*Л. Н. Клячкин.*

107. *Лучи Вуда, их практическое применение и значение в медицине.* М е н ь ш и к о в (Москов. мед. журн., 1928, № 2) описывает лучи Вуда; они входят в невидимую часть спектра в области ультрафиолетовых лучей (на границе спектра) и получаются от ртутно-кварцевой лампы при помощи экрана Вуда. Характерная их особенность—они заставляют флюоресцировать самые разнообразные тела с характерным для каждого тела цветом и оттенком. Благодаря указанному свойству лучи Вуда имеют большое значение в промышленности, биологии, судебной медицине, гигиене, дерматологии и т. д. (Наши немногочисленные опыты с применением лучей Вуда в серологии сифилиса для отличия сифилитических сывороток от нормальных указывают, что в данной области лучи Вуда не имеют практического значения. *Реф.*).

*А. Вайнштейн.*

### д) Рентгенология.

108. *Рентгеновская картина митральных стенозов.* Prof. H. Dietlen (Zeit. für Kreislauff. H. 23, 1928) говорит, что сравнительно редко встречающиеся чистые митральные стенозы имеют характерную рентгеновскую картину. Большею же частью рентгеновское митральное сердце фактически является изображением разных других форм патологического сердца, как напр., псевдо-стеноза (при сморщ. туб. процессе легких), одновременного существования при митральном стенозе митральной или аортальной недостаточности, хронич. гипертонии, тиреотоксикоза, миодегенерации.

*С. М. Райский.*

109. *Для лечения папиллом гортани* J o s e f S p i r a (Monatshr. f. Ohrenheilk. Bd. 62 H. 4. 1928, стр. 396) рекомендует R-лучи. После нескольких сеансов исчезает затруднение дыхания, улучшается голос. Рецидивы иногда бывают. Дозировка точно не установлена, рекомендуется осторожность во избежание повреждения весьма чувствительной детской гортани. 3 случая подвергнутых рентгено-терапии дали хороший результат.

*Б. Лебедевский.*

### е) Внутренние болезни.

110. *О влиянии приготовления пищи на усвоение ее.* Опыты H. Salomona (Arch. für Verdauungskr., Bd. 42, № 1—2) не дали разницы между усвоением пищи вареной и сырой. Последняя, впрочем, во всяком случае, каких-либо преимуществ не представляет. Скорее приходится принять, что вследствие худшего всасывания в кишечнике, сырая пища иногда может вредить.

*С. С-в.*

111. *Малярийные заболевания сердца.* Benhamoni и Marschioni (Arch. de mal. de coeur, 20, 1928) указывают на целый ряд случаев недостаточной деятельности сердца у больных, страдающих малярией. Речь идет не о миокардите, но о миокардии, т. е. о функциональной недостаточности сердца вслед-



ствие понижения его тонуса. Терапевтически следует одновременно с хином применять и *cardiasa*. Аналогичный взгляд на появление функциональной недостаточности сердца под влиянием малярии высказывает и проф. С. С. Зимницкий (Сборник трудов Казанского гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина, т. I, 1929 г.), который также приводит несколько случаев с явлениями сердечной декомпенсации, исчезнувшими только после энергичного противомаларийного лечения.

112. *Легкие формы заболеваний поджелудочной железы.* M. Einhorn (Arch. f. Verdauungs. Bd. XLIV) в течение одного года наблюдал 32 случая легких форм заболеваний панкреатической железы. Наиболее важные симптомы данного заболевания: внезапные сильные боли в верхней части живота, отдающие влево и в спину, рвота, одышка, слабость, повышение  $t^{\circ}$ . Дуоденальное содержимое мутное, с наличием значительного количества слизи, холестерина, бактерий, количество ферментов уменьшено. Повышение амилотического фермента в моче, гипергликемия и глюкозурия. Все случаи окончились выздоровлением. Лечение преимущественно консервативное.

А. Миркин.

113. *Лечение хронических поносов пептоном Witte.* Поощряемый хорошими результатами, полученными Лурья, L. Justmann (Arch. f. Verdauungskr. Bd. XLIV) применил с хорошими результатами у 100 больных с разнообразными хроническими поносами пептон Witte. В противоположность другим средствам (опий, кальций, висмут) при пептоне не бывает последующих запоров. Вместе с прекращением поносов наблюдается и улучшение общего состояния. Неудачные результаты получились главным образом при поражениях дистальных частей толстых кишок. Пептон применялся или *per os* по 0,5×3 перед едой (легкие случаи), или внутримышечно 5% à 0,25, 2 впрыскивания с однодневным промежутком между каждым.

А. Миркин.

114. *Исследование секреторной функции желудка с пивным завтраком.* Михайлов (Arch. f. Verdauung. Bd. XLIV) применял в качестве секреторного раздражителя желудочных желез 200,0 г. с. пива. Желудочное содержимое после пива выделяется в значительно большем количестве, чем при В.-Е. завтраке. В 80% всех исследований общая кислотность и свободная HCl соответствовали цифрам, получавшимся при В.-Е. завтраке. В 18%—общая кислотность и свободная HCl после пива были на 12—15% выше, чем после В. Е. завтрака. В 2% при хлебном завтраке цифры общей кислотности и свободной HCl были выше, чем после пива. Низкие цифры кислотности, получавшиеся при ахилиях (4—10), несмотря на значительную кислотность самого пива (25), объясняются по автору, нейтрализацией завтрака желудочной слизью, забрасыванием желчи, панкреатического и кишечного сока.

А. Миркин.

### ж) Хирургия.

115. *Gastroenterostomia anterior obliqua.* Под таким названием Prof. A. Stanischeff (Zentralbl. f. Chir. № 52, 1928) в 73 случ. с успехом накладывал анастомоз на переднюю стенку желудка и петлю тонкой кишки в 40—60 см. от flexura duodeno-jejunalis без Вгаиновского анастомоза. Во избежание *circulus vitiosus* автор в верхнем поле анастомоза делал перегиб тонкой кишки под острым углом, а в нижнем—наоборот.

П. Цицхес.

116. *Профилактика послеоперационной холемической кровоточивости.* E. Seifert (Zentr.l. f. Chir. № 2, 1929) предлагает при желтухе до операции подвергать больных действию искусственного солнца. Автор полагает, что при длительной желтухе происходит обеднение организма витамином D, подобно детскому рахиту.

П. Цицхес.

117. *Несколько случаев отдаленных результатов операции по Сh. Mayo при hallux valgus.* А. П. Фрумкин (Новая хирургия, т. VII, № 7, 1928) на основании полученных вполне удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов при операции по поводу hallux valgus, предлагает применять метод Mayo. Полукруглым разрезом основанием книзу отсекается и отворачивается кожа вместе со слизистой сумкой. Из внутренней поверхности суставной сумки выкраивается продолговатоовальный лоскут с местом прикрепления к основанию первой фаланги большого пальца и отворачивается кпереди. Из обнаженного плюсне-фалангового сустава вывихивается сильно выступающая головка I-ой плюсневой кости; часть последней поперечно отсекается и скусывается экзостоз

на ее боковой поверхности. В образовавшуюся между плюсневой костью и фалангой щель закладывается отвернутый ранее кпереди доску суставной сумки и укрепляется несколькими катgutовыми швами к надкостнице 1-ой плюсневой кости. Швы на кожу.

*И. Цимхес.*

118. *Желудочный химизм и желудочные операции.* Г. Е. Янзен (Новая хирургия, т. VII, № 7, 1928) произвел у 27 больных язвой желудка исследование желудочного сока до операции и спустя разные сроки после операции на желудке (15 резекций желудка, 8 гастрозентеростомий, 3 дегастрозентеростомий, 1 холецистогастростомия) и пришел к заключению, что резекция *antri pylori* является единственным хирургическим методом, надежно понижающим желудочную секрецию до незначительных остатков I фазы желудочной секреции. Это понижение секреции является стойким и сохраняется на весь последующий период жизни. Применение при антральной резекции 1-го метода Бильрота нужно считать предпочтительным, в виду сохранения при этой методике подавляющих дуоденальных рефлексов на фундальную секрецию и нормального хода возбуждения *pancreas* со стороны двенадцатиперстной кишки. Гастрозентеростомия в большинстве случаев не в состоянии стойко и сколько-нибудь значительно понизить кислую реакцию желудочного содержимого. После дегастрозентеростомии кислотность желудочного содержимого повышается в сравнении с реакцией, наблюдавшейся при существовании гастрозентеростомии.

*И. Цимхес.*

119. *О функции мошонки и лечении задержки яичек.* R. J. Haagenstein (Zentr. f. Chir., 1928, № 28) обращает внимание на температурную функцию мошонки. Разница в температуре брюшной полости и мошонки колеблется от 7,8° до 2,7°С, тогда как разница в температуре между брюшной полостью и подкожной клетчаткой брюшной стенки равняется всего 1,45°С. Автор наблюдал у детей после теплой ванны увеличение мошонки, причем яички находились внизу последней, при обкладывании же мошонки льдом наблюдается ее сморщивание, и яички подтягиваются ближе к брюшной полости. Объяснение этому следует искать в анатомическом строении мошонки: кожа ее много тоньше обычной и подкожный жир, защитник от холода, здесь отсутствует; в коже мошонки находится, кроме того, тонкий слой гладкой мускулатуры—*unica dartos*. Опытами установлено, что образование сперматозоидов в яичке зависит от температурных колебаний: ненормальное повышение t° в окружности яичка понижает выделение и даже разрушает сперматозоиды. Застаревшее в паховом канале или у выхода его яичко не может пользоваться терморегулирующей функцией мошонки, что отражается на выделительной способности сперматозоидов. Автор обращает внимание, что при лечении задержки яичка необходимо считаться с тем, сможет ли опущенное яичко воспользоваться терморегулирующей функцией мошонки.

*И. Цимхес.*

### з) Офтальмология.

120. *Тракумин при лечении трахомы.* Lauterstein (Ztschr. f. Aug. Bd. 66 Н. 1/2), основываясь на 160 случаях лечения трахомы и ее осложненной тракумином (трихлорбутилмалоновокислая медь) в виде 10% мази, приходит к следующему выводу: 1) действие тракумина слабее, чем ляпис и *supri sulfurici*, 2) после механического лечения тракумин оказывает хорошее действие на трахоматозную конъюнктиву, 3) комбинированная терапия трахомы раствором ляписа (от 1/4% до 2%) и мазью тракумина представляет самое действительное из всех до сих пор употребляемых средств при лечении трахомы: сильная папиллярная гипертрофия, а также маленькие зернышки претерпевают быстрое обратное развитие. Хорошее действие тракумина наблюдается в застарелых случаях трахоматозного паннуса и при смешанных формах с экзематозным конъюнктивитом; в свежих же случаях, при наличии инфильтрации, лечение ляписом действует лучше, чем тракумином.

*Е. Волженский.*

121. *Лечение паренхиматозного кератита прививкой малярии.* Schreiber (Ztschr. f. Aug. Bd. 66. Н. 1/2) провел в клинике Fingera лечение паренхиматозного кератита прививкой малярии в 23 случаях с 35 больными глазами и отмечает благоприятное влияние этой терапии в исчезновении светобоязни, слезотечения и блефароспазма; резкая инъекция ослабевает, глаз делается бледнее, а позже становится совершенно бледным; однако помутнение роговицы ослабевает немного, гиперемия радужки заметно уменьшается, зрачок хорошо расширяется от малых доз атропина, чего до лечения прививками малярии трудно было добиться, несмотря на обильную атропинизацию, и таким образом предупреждает

образование задних синехий. Внутриглазное давление во время приступа малярии значительно понижается; рассасывание инфильтрата и просветление роговицы происходит быстрее, чем без лечения малярией. Однако, эта терапия не гарантирует от рецидива, но смягчает течение болезни на 2-м глазу. S. Ch. делал прививку *malariæ tertianæ* по 5 куб. сантим. интравенозно, среди сальварсанного курса, большие проделывали от 6 до 9 приступов, которые купировались четырехкратным интравенозным вливанием 10% раст. *chinin bisulfur*. К противопоказаниям этого лечения относится аортит с аневризмой, миодегенерация сердца, ожирение и кахексия.

*Е. Волженский.*

122. *Перифер при болезнях глаза.* Volkman (Ztschr. f. A., Bd. 65, N 1/2) предпринял попытку применения перифера, нового неспецифического белкового вещества, вызывающего лихорадку, при лечении острых и хронических заболеваний глаз. Он провел наблюдение над 20 больными с заболеванием роговицы и увеального тракта при симпатической офталмии, при третичном люесе и метаболитических заболеваниях и пришел к выводу, что перифер можно с успехом применять преимущественно при свежих воспалительных заболеваниях глаза, когда действие молока уже исчерпано.

*Е. Волженский.*

### и) Психиатрия.

123. Krahl (Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 115 u. Bd. 117) в своих исследованиях проверяет выводы Walter'a относительно проницаемости гемато-энцефалического барьера у паралитиков и шизофреников. Прогрессивных паралитиков он исследовал до лечения малярией и после лечения, а у шизофреников он старался определить зависимость проницаемости от формы и длительности заболевания. Автор точно придерживался методики, предложенной Walter'ом: пациенты получали в течение 5 дней по 3 раза ежедневно 0,02 грамма бромистого натрия из расчета за один килограмм веса тела. На 6 день бралась кровь и спинно-мозговая жидкость, белок осаждался с помощью 10% раствора метафосфорной кислоты, жидкость фильтровалась и к фильтрату прибавлялся раствор хлористого золота. Полученная таким образом реакция определялась с помощью колориметра.

Обобщая полученные данные, автор приходит к следующим выводам: 1. Предложенный Walter'ом бромовый метод оказывается очень простым и вполне пригодным для определения степени проницаемости гемато-энцефалического барьера. 2. При прогрессивном параличе в большей части случаев наблюдается повышение проницаемости. 3. Повышенная при прогрессивном параличе проницаемость мозговых оболочек во время малярийного лечения подвергается дальнейшему повышению, за которым по окончании лечения следует понижение, доходящее в отдельных случаях даже до нормы. 4. Среди 50 случаев шизофрении автор нашел уменьшение проницаемости только в 46%, поэтому он не считает возможным рассматривать это уменьшение проницаемости как дифференциально-диагностический признак шизофрении. 5. Автор не мог установить зависимость степени проницаемости мозговых оболочек при шизофрении от формы и длительности болезни.

*М. Ксенократов.*

124. *К вопросу о параноии.* В двух работах Otto Kant (Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Ps., Bd. 108 и 110) излагает свои взгляды на происхождение параноии. Вначале Kant дает сравнительный анализ двух случаев бреда ревности. В одном из них автор видит в бреде больного стремление унижить жену, в подчинении у которой больной находился. Другой больной—алкоголик, с упавшей половой потенцией, живет с женщиной, верность которой сомнительна. В обоих случаях бред возник на почве сознания больными своей неполноценности. Но в первом случае есть известная доля самонаслаждения ущербом (Schadenfreude), причиняемым мнимыми изменениями жены, во втором случае реакция на бред выражается слезливым аффектом и адекватна действительности, кроме того, в первом случае заметна активная тенденция отстаивать правоту бредовых убеждений, во втором—склонность поддаваться влиянию и разубеждению.

Первого больного автор считает «чистым параноиком», во втором же случае происхождение бреда относят к области ошибочных умозаключений.

Бредовое построение является по автору как бы защитным актом со стороны больного, прикрывающего бредом свою недостаточность в том или ином отношении. Из последнего в психике бредовика вырастает отношение ненависти к унижающей его окружающей среде. Бред служит в этих условиях спасительным вен-

тилем, разряжающим аффективное напряжение больного и становится жизненной необходимостью для личности. Параноидное состояние, по мнению автора, есть психологически понятная, характерологически обусловленная реакция.

Таким же образом автор сравнивает и два случая суеверия: одного случая у душевноздорового и другого—у параноика.

Оба эти случая, кроме веры во сверхчувственное, сближает сознание неполноценности, но решающим моментом в оценке первого случая является влияние среды, также находившейся под властью суеверий, неумение всей среды разрешить волнующие вопросы, тогда как во втором случае больной принадлежал к высококультурной среде. Таким обр., в происхождении суеверия активным моментом служит среда, в возникновении же бреда главную роль играет индивидуально-конституциональный фактор.

И. Жилин.

125. *О бреде ревности.* Н. Gausebeck'a («Über Eiferwahn» Arch. f. Ps., Band. 84, 1928) в своей работе стремится выяснить вопрос об отношении бреда ревности к кругу параноидных заболеваний. Автор разбирает с этой стороны ряд конкретных случаев. В первом случае, разбираемом автором, бред ревности является реакцией со стороны дебильного субъекта на тяжелую для него ситуацию: это есть параноидный ситуационный психоз. Во втором случае бред ревности развился на почве параноидного расстройства у субъекта, продуцировавшего одновременно и идеи преследования, и ущерба в своей профессиональной карьере. Идеи ревности в этом случае—только часть всеохватывающего бреда преследования.

Третий случай оценивается автором, как бредовая концепция параноидной психопатки. Четвертый случай также обусловлен наследственностью, но активирующим моментом послужил алкоголизм больного. Независимо от последнего, по автору, больной должен был бы обнаруживать бредовую установку по отношению к любой женщине, с которой была бы половая близость, т. к. больной роковым образом находится во власти болезненного параноидного предрасположения ревности—«eifersuchtige Veranlagung».

В последнем, пятом, случае автора описан субъект, бред ревности которого возник, как реакция на сознание больным своей неполноценности и зависимого от жены положения, при наличии подлинной привязанности к ней. Все рассмотренные больные, по заключению автора, психопатические субъекты.

Автор, кроме приведенных 5 случаев, просмотрел 90 историй болезни, в которых содержались указания на наличие бреда ревности. Треть этих случаев была алкогольного происхождения, треть обусловлена конституционально, последняя треть касалась бреда ревности в течение других душевных заболеваний. Алкогольное влияние в генезе бреда ревности автор ставит позади параноидного предрасположения. В алкогольных случаях играет роль т. н. «парадоксальное половое расстройство», обнаруживающееся одновременно упадком потенции и повышением влечения.

Возникновение бреда ревности у женщин можно поставить в связь с пертурбацией и биологическими периодами половой жизни. Здесь оказывают влияние расстройства внутренней секреции и соответствующая переустановка психики.

И. Жилин.

### к) Педиатрия.

126. *Лечение коклюша подкожными инъекциями кислорода.* М. G. Mary, G. Voeldieu и I. Rousseau (Bulet. de la soc. de ped. № 2, 1928) на 145 больных коклюшем испытали действие кислорода и во всех случаях получили благоприятные результаты. Кислород вводился in statu nascendi при помощи нового аппарата Salvoxyl подкожно в ягодичу (сади trochanter'a в количестве 100—200—300 к. с., в зависимости от возраста, через день. После 2 инъекций у больных уже прекращалась рвота и приступы кашля делались реже и слабее. Выздоровление обычно наступало после 5—10 инъекций, т. е. спустя 10—20 дней. Введение кислорода никогда не вызвало повышения температуры и вообще никакой болезненной реакции. Не отмечено никаких осложнений, особенно со стороны дыхательных органов, ни рецидивов. Авторы подчеркивают, что во всех случаях они, кроме инъекций кислорода, никакого медикаментозного лечения не применяли и никаких противопоказаний против кислородного метода не находят.

И. Тарнопольский.

127. *Результат замены пастыня подкисленным молоком в питании младенцев.* А. В. Marfan и М. Chevalley (Soc. de ped. de Paris, № 5,



1928) на 11 детях, слабых и гипотрофиках, моложе 2-х месяцев испытали действие подкисленного молока (*S.O acidī lactici* на 1 литр цельного кипяченого коровьего молока) вместо пахтанья, которым эти дети до того вскармливались. В результате такой замены дети стали медленнее прибывать в росте по сравнению с предыдущим временем, причем 5 из них очень плохо переносяли подкисленное молоко, которое вызывало у них рвоту, понос, эритему на ягодицах, а в 3 случаях—даже холероподобное состояние. Эти явления показывают, по мнению авторов, что хорошее действие пахтанья не зависит, повидимому, исключительно от содержащейся в нем молочной кислоты, как полагают Mariott и Davidson, а главным образом от 1) казеина, который в процессе брожения делается более удобоваримым для ребенка и 2) малого содержания жира. Больше того, молочная кислота, имеющая значение в самом процессе приготовления пахтанья, должна быть после этого частично нейтрализована какой-нибудь щелочью, для каковой цели авторы постоянно прибавляют к пахтанью до  $\frac{1}{5}$  его Aq. calcis. Такая смесь лучше переносится, как показал опыт, и действует менее послабляюще, нежели чистое пахтанье.

И. Тарнопольский.

#### л) Болезни уха, носа и горла.

128. *Заболееваемость склеромой* имеет тенденцию к распространению. С 1888 по 1926 г. собрано по СССР 278 случаев. Крайченко (Журн. ушн., носов. и горлов. болезней, 1928, № 11—12, стр. 631) сообщает еще о 12 случаях, наблюдавшихся им в Уманском округе и не вошедших в эту статистику. Автор предлагает органам здравоохранения вести точную регистрацию больных, производить периодические осмотры их, подвергать периодическому лечению, принять меры к широкому ознакомлению участковых врачей с клинической картиной этой болезни.

Б. Лебедевский.

129. *Действие лиманной процедуры на тонус вегетативной нервной системы.* Калинин (Журн. ушн., нос. и горлов. бол., 1928, № 11—12, стр. 633) исследовал на кроликах влияние лиманной процедуры на содержание Са в слизистой оболочке носа. Выводы: лиманотерапия оказывает действие на уровень Са в отдельных органах, она понижает содержание Са в слизистой обол. носа.

Б. Лебедевский.

130. Соломонов (Журн. ушн., носов. и горл. бол., 1928, № 11—12, стр. 653) высказывается за применение антивируса по Безредка при хронич. гнойн.-отитах. Наличие костоеды или грануляций обуславливает худшие результаты. вполне применим гетерогенный фильтрат, каковые формы дают лучший результат. Продолжительность лечения в среднем 2—3 недели.

Б. Лебедевский.

131. *Случай периодических кровотечениях из барабанной перепонки* наблюдал Леонард Краус (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd 62 H. 4, S. 1275). Причина—варикозные изменения сосудистой сети бараб. перепонки, с одной стороны, и вазомоторные расстройства центрального происхождения—с другой.

Б. Лебедевский.

#### м) Дерматология.

132. *Исследование микробных дерматозов (экспериментальная экзема).* (Архив Биол. науч., т. 28, вып. 3, 1928). Белоусовой в 38 случаях острой и хронической экземы удалось выделить путем предварительной обработки экзематозных чешуек 2% антиформинном, особую Грам-позитивную палочку, названную ею *B. eczematicus*. В целом ряде других кожных заболеваний эта палочка не обнаружена. Будучи привита кроликам и пороссятам, она вызывает экспериментальную экзему. В сыворотке экзематозных больных людей обнаружены агглютинины и бактериолизины к указанной палочке.

А. Вайнштейн.

133. *Колебание К и Са в кровяной сыворотке при дерматозах.* Е. Nathan u. Fr. Stern (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 156 H. 2. S. 1928), определяя довольно сложной методикой колебания К и Са в сыворотке большого числа больных с различными дерматозами, приходят к выводу, что при достаточной остроте, интенсивности и распространении при дерматозах наступают изменения в содержании минералов крови. Эти изменения протекают двояко. При дерматозах типа эритемы наступает на высоте развития болезни падение К, часто повышение Са, при исчезновении же симптомов содержание минералов опять приходит к норме. При дерматозах с отеком происходит с появлением отека повышение К, нередко падение Са, редко его повышение; при неожиданном рассасывании отека часто встре-



чается субнормальное содержание К. Указывается также, что повышенные результаты ставятся в зависимость, с одной стороны, от действия протеиновых тел, с другой — от биохимических изменений при отеке, которые понижаются, как сопутствующие симптомы кожных явлений. Существуют дерматозы, при которых, наряду с явными нарушениями в вегетативной нервной системе, существуют явные продолжительные минеральные сдвиги в сыворотке; эти находки принимают симптоматическое значение. Еще и доныне не установлено, что существуют дерматозы, в основе которых лежит первичное нарушение в соотношении минеральных веществ. Работа снабжена большим количеством диаграмм.

*А. Дмитриев.*

135. *Лечение бородавок внешними* проверил М а н о й л о в (Рус. клиника № 53—54, 1928 г.) на 22 больных с явлениями распространенного процесса. В 19 случаях был достигнут определенный терапевтический эффект, в остальных процесс остался без изменений. Автор, на основании своих наблюдений, а также и литературных данных, считает, что бородавки поддаются суггестивному методу лечения.

*А. Дмитриев.*

#### *н) Общественная и бытовая медицина.*

136. *Кожные и венерические болезни среди детей школ и интернатов.* Листенгартен (Мед. мысль Узбекистана, № 12, 1928) обследовал 3721 чел. детей в возрасте от 4 до 20 лет. В ‰ отношении кожные болезни распространены значительно выше у детей интернатов, чем у детей школ. Сифилис у детей интернатов обнаружен в 0,8‰, у школьников в 0,2‰, гоноррея у первых в 0,03‰, у вторых 0‰. По мнению автора, необходимо производить предварительный осмотр детей перед поступлением их в школы и интернаты, оборудовать последние так, чтобы на каждого человека приходилась отдельная койка и достаточное количество белья, обязательно производить тщательное лечение кожных и венерических болезней, быстро изолируя заболевших и удаляя, вместе с тем, санитарно-гигиеническое состояние интернатов.

*А. Дмитриев.*

137. *К проблеме грудной жабы у врачей.* Georg Recht (Mediz. Klinik, № 45, 1928) объясняет большой процент сердечных заболеваний у врачей изношенностью сердечно-сосудистой системы и ее нервного аппарата на почве частых нервно-психических потрясений (неудача терапевтического вмешательства, внезапная смерть больного и т. д.) в сочетании с психо-физическими вредностями (торопливость в работе, отсутствие отдыха, нерегулярность в еде, короткий сон). Автором отмечается, что смерть врачей большею частью наступает внезапно, без обычно предшествующей стадии ослабления сердечной деятельности с одышками и явлениями сердечной астмы. По автору морфологическим субстратом смерти врачей является или повреждение миокарда, или же повреждение коронарных сосудов со вторичным нарушением питания сердечной мышцы; патогенезом — артериосклероз; а функциональной этиологией — припадок грудной жабы, или трепетание сердца, или, наконец, остановка его из-за сильного раздражения центрального происхождения. Подтверждая старое положение о том, что склерозированные артерии предрасположены к спазму больше, нежели здоровые, и что главную сосудосуживающую роль в коронарных сосудах играет раздражение блуждающего нерва, автор констатирует, что эти-то обстоятельства и дают большой процент стенокардий и смертных случаев среди врачей.

*С. М. Райский.*

138. *О радиологе и его этике, его правах и обязанностях,* как о специалисте, стоящем на одной высоте с высоко-квалифицированным хирургом, дает обстоятельную характеристику Р е г г у (Radiology, t. 10, № 5). Звание радиолога (рентгенолога) имеет право носить лишь специально изучивший эту дисциплину врач. К сожалению, не везде еще введено обязательное преподавание рентгено- и радиологии в высшей школе; но этот пробел должен быть немедленно заполнен. Широкие массы врачей и также публика должны знать, что можно и чего нельзя требовать от врача-радиолога. Случаи для радиотерапии должны быть тщательно подобраны. Радиолог должен отказываться лечить явно безнадежных больных, которых ему, к сожалению, «подбрасывают» терапевты и хирурги. Во всяком случае родственники больного должны быть оповещены о безнадежности лечения. Оплата труда рентгенолога должна быть гораздо выше оплаты труда хирурга. Снимки и заключения не должны даваться больному на руки, а направляться лечащему врачу. Снимки даются для целей диагноза и лечения и являются собственностью радиолога. Открытие частных рентгеновских кабинетов допустимо при условии соответственной квалификации.

*Р. Я. Гасуль.*

## Библиография и рецензии.

*Сборник трудов Государственного Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.* Том I. Казань, 1929 г., стр. 302. Ц. 3 р. 25 коп.

Казанский Институт для усовершенствования врачей существует всего 9-ый год, а деятельность его разветвляется все шире и шире. В 1925 г. Институт, празднуя свое пятилетие, выпустил обширный отчет, в котором описывалась его структура и проделанная работа за 5 лет. Уже тогда в отчете значительная его часть была посвящена рефератам работ сотрудников Института, из которых было видно, что и научная работа Института идет широко. Затем издательской комиссией при Институте были выпущены книжки д-ра Т. Д. Эпштейна — «Правовое положение и судебная ответственность врачей», проф. В. Л. Боголюбова — «О задачах усовершенствования врачей» и проф. М. О. Фридлянда — «Общая ортопедия». Научные работы сотрудников Института появлялись во всех русских и многих зарубежных медицинских журналах.

В настоящее время мы имеем перед собой прекрасный изданный отдельный том научных работ Института. Сборник издан по случаю 30-летия научно-врачебной деятельности директора Института проф. Р. А. Лурья и поэтому содержит несколько работ (всего 7) иногородних авторов, желавших почтить юбиляра; однако, в большинстве, его содержание принадлежит перу сотрудников Института (им принадлежит в сборнике 19 работ). В сборник входят работы по всем отраслям медицинских знаний. Содержание его таково: Проф. М. П. Гушинов — Лечение и потенцирование организма при помощи hystolisat'ов. Проф. С. С. Зиминский — К вопросу иккзистике малярийных заболеваний сердца. Проф. М. М. Губергрин (Киев) — Клиника агонизирующего сердца. С. А. Гроссман и А. Б. Горнштейн (Одесса) — К клинике необычного течения раков внутренних органов. Проф. П. И. Зарницын (Омск) — Новые пути в кумысолечении. Проф. И. Л. Брауде (Москва) — К вопросу о значении цистоскопического исследования перед гинекологическими операциями. К. В. Волков (Ядрип) — К учению о ретроверсии матки. Проф. Е. М. Лепский — Значение различных туберкулиновых реакций для диагностики туберкулеза у детей. Прив.-доц. Р. И. Лепская — Токсические дистрофии печени. Прив.-доц. Р. Я. Гасуль и д-р М. И. Гольдштейн — О ранних формах легочного туберкулеза у взрослых. Прив.-доц. В. А. Гусынин — Об осложнениях после гастроэнтеростомии. Л. М. Рахлин — Клинические наблюдения над течением экспериментального возвратного тифа у человека. Я. О. Дайховский — Клинико-экспериментальные наблюдения над пептонотерапией при поносах. Л. П. Виленский — К учению о функциональной диагностике ретикуло-эндотелиального аппарата. Р. И. Зак — О клиническом значении содержания кантопротейна в обезбелоченной крови при почечных заболеваниях. А. В. Вайнштейн и С. Я. Голосовкер — Двухлетние наблюдения над лечением раннего сифлиса прививками возвратного тифа. М. И. Небытова-Лукьяничкова — Об обмене углеводов у ребенка здорового и с расстройством питания. Прив.-доц. О. А. Герман и д-р М. С. Лифшиц — Менингококковый сепсис (denta). Ю. А. Ратнер — К диагностике и лечению острых гнойных остеомиелитов тазовых костей. Н. Герасимова и К. Н. Кочев — К вопросу о нормальной детской степе на основании обследования 1000 детей. Н. А. Подзоров — Клиническое течение искусственных и неполных выкидышей. А. И. Алексеева-Козьмина — Физическое развитие и состояние здоровья детей школьного возраста г. Казани в 1925—26 году. М. С. Знаменский — Аппендицит в Красной армии. Ник. Бернштейн (Москва) — Клинические пути современной биомеханики. Ал. Р. Лурья (Москва) — Экспериментальная психология и клиническая медицина.

Как видно уже из заглавий, все работы касаются важных современных вопросов медицины, написаны с полным знанием дела и потому сборник заслуживает полного внимания всех врачей и, несомненно, будет иметь успех. Желаем, чтобы научная деятельность Института росла все шире. Не сомневаемся, что в дальнейшем выпуски сборников его научных трудов будут регулярными.

Т. Юбин.

Theilhaber Adolf. *Die Bekämpfung der Krankheitsdisposition als Heilmethode.* Dargestellt von einem Frauenarzi (Hippokrates-Bücher für Aerzte,

Bd. 3). 429 Seiten mit 26 Abbildungen. Gr. 8°. 1928. Broschiert RM. 20.—Hippokrates-Verlag. Stuttgart, Leipzig, Zürich.

Книга Мюнхенского гинеколога А. Гейльхабера хочет исчерпывающим образом поучить, как можно лечить больных, преодолевая индивидуальное предрасположение к болезням. В общей части автор говорит о сущности предрасположения (Disposition) и о влиянии на него различных эндогенных и экзогенных моментов: наследственности, психического развития, гигиены; желез с внутренней секрецией, как конституциональный момент, астении, артрита, специальных раздражений; зависимость предрасположения от полового морфизма, от половой зрелости, климактерия, от детского и старческого возраста; влияние на него состава крови, функциональных и органических расстройств женских половых органов, ненормальностей нервной системы, изменения распределения соков, нецелесообразного питания, ненормального обмена веществ; влияние ранений, погоды, жары и т. д.; действие профессии, социального положения; влияние расы; значение уменьшения оборонительных телес и т. д.

Здесь же Гейльхабер точно описывает методы лечения, направленные против предрасположения, как общеизвестные, но все же оригинально примененные физические методы лечения, включая спорт и гимнастику, так и методы старой медицины: кровопускание, лечение рвотными и слабительными, или же совершенно новые методы, влияющие на инкреторные железы и на гемато-лимфоцитарные органы. Совершенно новым и оригинальным методом лечения является имплантация желез животных для преодоления предрасположения к злокачественным заболеваниям.

Специальная часть книги рассматривает предрасположение к отдельным заболеваниям, главным образом из круга специальности автора (гинекология). В заключении говорится о предрасположении к аномалиям беременности и родов.

Книга содержит необозримо большое число терапевтических советов и учит врачей уменьшать предрасположение к болезням и, таким образом, и самую заболеваемость. Она призывает к своевременному вмешательству, чтобы отстранить предрасположение к болезням и предостеречь таким образом от тяжелых болезней, лечение которых несравненно труднее их предостережения.

Для советских врачей книга Гейльхабера, как стоящая всецело на платформе профилактической представляет исключительный интерес и следует желать ей широкого распространения среди широких кругов передовых советских врачей.

*Ив. Галант* (Москва).

*Сборник здравоохранения ТССР*, № 1, декабрь 1928 г. Казань, стр. 128. Ц. 50 коп.

Давно назревшая необходимость вызвала появление этого сборника, надо надеяться лишь первого в последующем затем ряду. Ставя своей задачей освещение вопросов общественной медицины, организации здравоохранения, профилактики и т. д. в местном разрезе, сборник является безусловно необходимым спутником в работе врача Татарской Республики. Приуроченный и посвященный 10-летию Советской медицины, сборник дает с одной стороны — статистические отчетные данные о состоянии дела здравоохранения в ТССР за 10 лет, а с другой — в ярко написанной статье проф. М. М. Грана подводятся итоги организационно-идеологического строительства Советской медицины за этот период. Затем идут статьи: проф. Р. А. Лурья, трагующая о необходимости углубления работы казанских лечебно-научных учреждений и расширения сети в кантонах, проф. М. А. Дыхино — о главнейших показателях санитарного состояния ТССР, статистическая работа д-ра П. А. Кондакова об инфекционной заболеваемости в ТССР и бывшей Казанской губернии, д-ра П. А. Мехоношина — «Изда и двор крестьян Татарской Республики», трагующая о характере жилья и его санитарном состоянии на основании свыше 2500 обследований, и другие статьи. Интересно и довольно разнообразно подобран материал II и III отделов сборника о местных съездах, совещаниях, хроника с официальными постановлениями местных органов, сводки заболеваемости и т. д.

Внешне сборник производит благоприятное впечатление и цену надо считать недорогой.

*З. Блюмштейн.*

Д-р мед. П. И. Козловский. *К вопросу о питании больных, пользующихся стационарным лечением в общих больницах, в связи с пищевыми*

нормами и расклаками этого питания. Ленинград. Издание автора (Просп. 25 Октября, д. № 158), 1927 г., 46 стр., 11 таблиц.

Вопрос о питании больных в связи с эволюцией знания относительно питательной ценности пищи при различных заболеваниях нуждается в подробной разработке.

В данной брошюре автор разбирает вопрос о питании больных в стационарном отделении Ленинградской больницы в память жертв Революции (б. Маринская б-ца, на 760 коек).

Для оценки питательного значения пищи, как известно, существуют 2 способа E. Voit'a. По первому способу определяются количества питательных веществ уже в приготовленных кушаньях, а по второму — путем вычисления сырого пищевого материала, служащего для приготовления кушаний. Сюда входят: 1) размеры отбросов продуктов по сравнению с их рыночным весом, 2) состав используемой части продуктов и 3) их усвояемость. Автор довольно подробно разобрал пищевые вещества с вышеуказанных точек зрения по 2-му способу Voit'a. Рассматривая питательные вещества с точки зрения их усвояемости, автор уделяет внимание и неусвояемым питательным веществам, зная, что последние необходимы организму для того, чтобы давать чувство сытости, не утомляя излишне кишечник и не давая ему бездействовать. Приводятся 4 таблицы замен одних пищевых продуктов другими равноценными так, чтобы белковое и калорийное достоинство и усвояемость пищи не страдали. Последнее чрезвычайно важно при массовом кормлении и настоящем состоянии рынка. В указываемой больнице существует порционная система питания больных: общая и слабая порция на обед и ужин, причем ужин не жидкий. Каждая порция состоит из 2 блюд: по воскресеньям и праздничным дням из 3. Меню отвечает по требованиям физиологии, разнообразно и соответствует вкусам больных. Табл. 9 приводит меню обеда и ужина на несколько дней при общей и слабой порциях, причем первые блюда часто совпадают. При общей порции больные в среднем получали в течение дня больших калорий усвояемых 2921,25 (белков—98,08 гр., жиров—66,2 и углеводов—464,26 гр.) и не усвояемых 309,8 (белков—24,07, жиров—4,23, углеводов—41,90 гр.). При слабой же порции больные ежедневно в среднем получают больших калорий усвояемых—2570,34 (белков—92,77 гр., жиров—63,56 и углеводов—389,97 гр.) и неусвояемых 226,61 (белков—18,53 гр., жиров—3,95 и углеводов—27,78 гр.). При составлении меню и блюд для питания больных автор принимал во внимание норму пищевых веществ, установленную в мае 1924 г. отделом застрахованных Ленинградского Губздрава для больничных учреждений.

Для питания больных, которые по характеру болезни не могут пользоваться больничными общей и слабой порциями, существует в больнице III порция, не содержащая мясных и рыбных бульонов и супов, IV—ануриновая или молочно-растительная, V—для остро-заразных и тяжелых желудочных и VI—для скорбютных больных. Эти диеты разбираются автором с точки зрения показаний к употреблению и расходованию продуктов.

Разбирая подробно диеты больных с точки зрения их калорийной ценности и усвояемости, автор, к сожалению, не останавливается на содержании в пище важного в оценке современных знаний фактора—витаминов.

Отсутствие разбора ресторанной системы питания больных несколько понижает интерес данной брошюры, так как в последнее время на Западе, да и у нас в СССР, ресторанная система питания больных начинает все шире и чаще применяться. Однако, обстоятельное, короткое и ясное изложение в брошюре вопроса о питании больных, пользующихся стационарным лечением, может оказать большую помощь практическому врачу при составлении меню и оценки их.

## II. Цимхес.

Н. Ф. Альтгаузен. *Основы ухода за грудным ребенком*. Пособие для сестер-воспитательниц и матерей. Библиотека Охраны Материнства и Младенчества. Государственное медицинское издательство, Москва, 1929 г. Цена 50 коп.

Каждый, работающий в области Охраны Материнства и Младенчества, хорошо знает, что для успешной работы необходимо детальное знакомство сестер с вопросами ухода за грудным ребенком. Книжка Н. Ф. Альтгаузен даст каждой воспитательнице, и в частности сестре-обследовательнице, все те необходимые знания, без которых невозможна их работа. В книге довольно детально разобраны вопросы, касающиеся обстановки и ухода грудного ребенка как в семье,

так и в учреждении; даны и подчеркнуты факты, обуславливающие необходимость индивидуального ухода. Чрезвычайно ценны указания в отношении воспитания и игрушки грудного ребенка. Некоторым диссонансом в книжке являются неудачно выполненные рисунки.

*Е. Кливанская-Кроль.*

## **VII Всероссийский съезд по охране здоровья детей и подростков.**

(Москва, 15—20 января 1929 года).

С 15—20 января 1929 года в Москве, в Доме Съездов Наркомпроса состоялся VII Всероссийский съезд по охране здоровья детей и подростков. Съезд собрался в тот момент, когда страна Советов проводит индустриализацию своего хозяйства на социалистических началах, когда перед социально-культурным сектором ставится громадная задача культурной революции. VII-й Съезд О. З. Д. и П. привлек большой кадр врачей не только работников аппарата здравоохранения, но и врачей практиков ОЗД, педологов главным образом.

На съезде, кроме пленума, работали три секции: 1. Секция методическая, 2) Секция по вопросам труда рабочего подростка, профотбора и профориентации, 3. Секция психо-неврологическая.

На пленуме зав. отд. Охр. здор. детей и подростков В. Н. Иванов в своем докладе «Очередные задачи по охране здоровья детей и подростков» указывает, что перед охраной здоровья детей стоит задача удовлетворения растущих потребностей в деле оздоровления подрастающего поколения, особенно в связи с проведением всеобщего начального обучения, роста пионердвижения, развертывающейся сети дошкольных учреждений, растущими потребностями по обслуживанию рабочих подростков. Наконец, новое задание по обслуживанию техникумов и вузов (постановление СНК). Каковы же наши достижения по охране детей и подростков и какие задачи мы ставим себе в этой области работы в ближайшие годы. От примитивного школьно-санитарного надзора в прошлом мы перешли к охране здоровья детей и подростков, в задачи которой входят: 1) школьно-санитарный надзор, 2) врачебная педология, 3) физическая культура (врачебный контроль) и 4) санитарное просвещение. Для осуществления этих задач имеются около 1700 врачей по охране здоровья детей и подростков, а к концу пятилетия эта цифра должна вырасти до 2500, 134 детских профилактических амбулаторий-диспансеров, которые к концу пятилетия должны вырасти до—250. При профилактических детских амбулаториях имеется 1300 вспомогательных коек (дневные санатории, площадки и др.); к концу пятилетия эта цифра должна вырасти до 3810 коек. Для физически слабых детей имеются 1300 коек, а к концу пятилетия—2190. Для обслуживания нервно-психических аномальных детей имеем 1100 коек, а к концу пятилетия—2450 коек. Для обслуживания физически слабого пионера имеется около 400 коек в санаторных лагерях, а к концу пятилетия—2635 коек. Для обслуживания районов и села развертываются первичные курсы охраны здоровья детей; сейчас мы их насчитываем 50, а к концу пятилетия—350. Анализируя цифровой материал, имеем следующий процент удовлетворения по отношению к организованному детскому населению в городах: В 1928/29 году 25—30% удовлетворения, а к концу пятилетия—50% удовлетворения. В 28/29 году стоимость содержания ОЗД—7,966,000 руб. или 2,3% бюджета, а в 1932/33 году 15,375,000 или 2,7%. Если в 1926 году контингент организованных детей-подростков по линии социального воспитания равнялся приблизительно 6,000,000, то в ближайшее пятилетие эта цифра удваивается, достигает 12,000,000. На ближайшее время стоит проблема количественного охвата всего организованного детского населения и углубление качественной стороны охраны здоровья детей подростков. Петухов (представитель ВЛКСМ) выдвигает то положение, что охрана здоровья детства и юношества, имея главное стержневое направление на профилактику, на оздоровление труда и быта, должна вестись на базе активного содействия со стороны обслуживаемых и со стороны широких кругов советской общественности (профсоюзы, ВЛКСМ, Соцстрах, РОКК и др.). Представитель ВЛКСМ должен принимать участие в организационной работе здравоохранения, отвечая за известную область работы, неся определенную нагрузку в здравоохранении. Д-р М. Г. Фальк в докладе о подготовке, переподготовке и усовершенствовании врачей ОЗД и физкультуры проводит ту мысль, что правильная организация медикопедологического обслуживания детского населения требует специальной подготовки врачебного персонала—врачей-педологов и врачей по физкультуре,



теоретическое и практическое ознакомление с педологией и физкультурой студентов медузов.

Следует отметить то отрадное явление, что закрепляя одну позицию за другой, ОЗД, помимо массового обслуживания детей, ставит акцент на научно-исследовательскую работу. Наличие 3-х научных институтов ОЗД и П. (в Москве, Ленинграде, Ростове на Дону) дает уверенность, что работа по оздоровлению детей, подростков, юношества, на основе тщательного изучения их психофизического развития в связи с влиянием социальной и физической среды будет процветать, ибо она имеет под собой прочную научную базу. Московский институт ОЗД и П. имени X-летия Октябрьской революции является центральным институтом республиканского значения (Е. П. Рад и н). Институт имеет 4 отделения: 1) отделение нормального ребенка, 2) отделение психо-неврологическое, 3) отделение физически аномального ребенка, 4) врачебно педологическое, по подготовке врачей-педологов.

#### *Методическая секция.*

Доклады организационного порядка данной секции были посвящены структуре детской профилактической амбулатории (ДПА), характеру содержания ее работы. Единодушно пришли к тому мнению, что ДПА является руководящим центром, возглавляющим практическую работу по ОЗД. Лечебная работа существующих ДПА есть явление временное. Этот вид работы должен со временем перейти к специально-лечебным амбулаториям. ДПА объединяет всю практическую работу ОЗД путем осуществления самого близкого участия амбулаторий в работе врача ОЗД, тесной связи с населением (Деткомздравбыт, консультативный прием родителей), самыми детьми (Деткомздравбыт, Детсанкомы) и школой (Медведовск и й). В своем четком, прекрасно сформулированном сообщении, С. Я. Колтунов (Иваново-Вознесенск) выявляет диспансерную сущность работы ДПА, заостряет внимание на тех узловых пунктах работы, правильное построение которых устранит все препятствия на пути осуществления действительно диспансерной системы работы, а именно: 1) Вопрос о преемственности возраста охватываемых групп. 2. Действительно полный учет детской заболеваемости профамбулаториями. 3. Уточнение роли врача ОЗД, диспансерной системы. 4. Оформление патронажной работы ДПА. Одобрение в кулуарах съезда вызвал живой, практически очень ценный доклад д-ра Цейдлина А. Г. о методах и принципах комплектования школьных групп. Основные тезисы доклада таковы: правильная группировка детей в школе требует предварительного исследования детей со стороны физического состояния здоровья, изучения их социальной среды, исследования их интеллекта и одаренности и педагогическое наблюдение в отношении их поведения и успеваемости. В массовой школе вопрос формирования детских коллективов в первую очередь сводится к правильной комплектованию первых групп первой ступени, из числа вновь поступающих детей, и к отбору детей 5-й группы из числа учащихся 4-х групп. Последнее тем более необходимо, что качественный состав первых и 5-х групп в значительной степени предопределяет состав всех остальных групп 1-й и 2-й ступени. Умственно отсталые дети (олигофрены) в нормальную школу не допускаются, а направляются в соответствующие вспомогательные учреждения.

Для недостаточного обслуживания умственно отсталых детей, нужно развернуть необходимую сеть вспомогательных школ и групп.

Выяснение этиологии умственной отсталости детей становится актуальной проблемой. Профессор А. А. Кисель связывает умственную отсталость с недостаточностью щитовидной железы. По его мнению поражение щитовидной железы вызывает расстройство в умственной сфере ребенка: плохую память, отсутствие общительности и инициативы, очень трудное усвоение счета, арифметики. Из научных докладов методической секции заслуживает внимания весьма обоснованная схема диагностики конституциональных типов, изложенная проф. В. Г. Штефко и проф. А. С. Грибоедовым. Небезынтересны результаты работы комиссии по женской физкультуре при ГЦИФК (института физ. культуры). Данные научного контроля (В. В. Гориневская) говорят об огромном значении для женщины физкультуры, как улучшающей обмен веществ; упражнения специального характера укрепляют мускулатуру туловища, улучшают кровообращение брюшной полости, противодействуют вредностям школьного и профессионального труда. Благоприятные данные гинекологического обследования спортсменок, исследование реакций на различные виды физического упражнения, позволяют привлекать женщин к различным спортивным упражнениям. При обычных занятиях в школах и кружках тщательный повторный опрос о течении менструального периода вполне до-

статочен, но взрослая женщина, особенно интенсивно занимающаяся ф.-к., должна периодически подвергаться гинекологическому контролю. Моторные способности женщины направлены в сторону пластичности, ритмичности и координации движений. Эти способности должны получить отражение в программах женских физических упражнений. Вопросы изучения моторной одаренности детей и подростков, в виду отсутствия совершенной методики по исследованию психомоторной сферы, все более и более привлекают внимание целого ряда исследователей. Поэтому нельзя не приветствовать метод массовой оценки моторики у детей и подростков, предложенный Н. Н. Озерецким. При помощи метода массовой оценки моторики, возможно одновременно исследовать группы испытуемых 20—25 чел. в целях профориентации и профконсультации, психически нормальных и аномальных детей и подростков.

#### *Секция профотбора и профориентации.*

Рационализация промышленности, конвейерная система, применяемая в ряде фабрик и заводов, переход на 7 часовой рабочий день, все это в данное время остро ставит необходимость более быстрого развертывания и углубления работы по профотбору и профориентации рабочего подростка и по изучению труда подростков. Профессиональный отбор, как профилактика профессиональных болезней, является в нашей структуре здравоохранения одним из звеньев в цепи предупредительных мероприятий. Поэтому профотбор в советских условиях мыслится как врачебно-психотехнический отбор, проводимый на педологической базе. В секции профотбора, кроме обсуждения основных принципов организации профотбора и профорганизации (С. Г. Розенберг), излагается методика определения профпригодности рабочего подростка и роль врача в профконсультации. Подводится итог работы по профотбору целого ряда научных учреждений, как Московский институт профессиональных болезней имен. Обуха, Московский и Ленинградский институты ОЗД и П. Все агенты психотехники, и в том числе Н. Левитов, отмечают значительную практическую эффективность работы по профотбору подростков школы ФЗУ. Методология профотбора и профориентации должна быть расширена и углублена, при стремлении к унификации таковой. Существующие системы профконсультации в Москве представляют из себя некоторый компромисс между отбором и ориентацией. В дальнейшем надо перевести всю работу по профотбору на рельсы профориентации. М. Я. Лукомский подчеркивает значение функционального испытания сердечно-сосудистой системы при профессиональном отборе, оно является очень ценным при правильном его применении, внимательной интерпретации каждого отдельного случая. Физиолог В. В. Ефимов делится результатами, произведенного психо-физиологической секцией отделения нормального ребенка института ОЗД и П. физиологического обследования труда рабочих подростков. Физиология детского труда должна устранить утомление как результат перенагрузки, недостаточности отдыха и неправильного режима труда ребенка. Физиология труда должна вести изучение влияния труда на ребенка и подростка несколькими физиологическими методами, одним из которых исследуют состояние газообмена, другим сердечно-сосудистую систему, третьим биохимию крови. Чрезвычайно оригинальным и новым по основным идеям, весьма содержательным, был доклад проф. А. К. Барсука (Ленинградский институт ОЗД и П.) о профконсультационной работе в школах с изложением методики исследования интеллектуальных функций различных возрастных групп учащихся.

#### *Психо-неврологическая секция.*

Психо-неврологическая секция в основном представлена работами проф. Гуревича и его школы. Проф. М. О. Гуревич предлагает рабочую схему классификации психо- и невропатий в детском возрасте, взяв в основу общепринятую в настоящее время в психиатрии нозологическую классификацию Крепелина. Выдвигается значение элементов пионер-работы в системе воспитания трудных детей, которые должны пронизывать всю систему воспитательной работы в детских учреждениях психо-неврологического типа (Р. С. Фейгина). В настоящее время, когда вопрос о «нервных» детях развернулся во всей широте, в области детской психо-неврологии, кроме обязательного психоневролога в профилакт. амбулаториях, созданы специальные психоневрологические школы-санатории (М. Г. Фальк), число коих должно быть увеличено.

Наркомздрав, ставший в основу советской медицины вопросы профилактики, рассматривает борьбу с детскими нервно-психическими аномалиями как одну из своих важнейших задач в борьбе за психическое здоровье подрастающего поколения.

*А. Резников (Саратов).*

## 1-й Краевой съезд ото-рино-ларингологов на Северном Кавказе.

Б. Н. Лебедевский и С. П. Яхонтов.

1-й краевой съезд ото-рино-ларингологов на Сев. Кавказе состоялся в Ростове и Дону 17—20 июня 1928 г. Торжественное открытие съезда имело место 16 июня вечером в клубе клиник Сев.-Кавк. университета.

Председатель Оргбюро Съезда проф. Комендантов во вступительном слове отметил, что настоящий съезд является 2-м краевым съездом ларин. в Союзе. Первым надо считать заседания орг. секции Поволжского съезда, имевшего место прошлый год в Саратове. Опыт показал, что работа этих краевых съездов в значительной степени плодотворна. Собирая меньшее число участников, в сравнении с Всесоюзными Съездами, они в меньшей степени перегружены докладами и позволяют с большей тщательностью обсудить отдельные вопросы, интересующие членов съезда. Особенно это касается вопросов краевого характера, близких всем участникам съезда, в то время как на Всесоюзных съездах доклады этого порядка с меньшей живостью воспринимаются и обсуждаются. Прошлогодние работы ОРЛ секции Поволжского съезда вполне подтвердили эти положения.

После вступительного слова почетным председателем Съезда был избран проф. М. Ф. Цытович, основоположник краевых съездов специалистов по уху, горлу и носу. По заслушании ряда приветствий открытие закончилось концертным отделением.

Научная работа съезда проходила в утренних и вечерних заседаниях. Всего было 9 заседаний, происходивших в аудитории ушной клиники Сев.-Кавк. университета и привлечших внимание не только специалистов-ларингологов, но и представителей других кафедр как клинических (хирурги, окулисты, терапевты), так и теоретических (физиология, фармакология, патол. анатомия).

При съезде была организована выставка, где, помимо музея Ростовской ушной клиники с его коллекциями анатомических, патолого-анатомических препаратов, муляжей, рентген. снимков, таблиц, рисунков, диаграмм, были представлены и другие клиники—Казанская, Саратовская, Иркутская. Модели реконструкции эмбрионального носа и гортани, изготовленные казанцами, бесспорно, занимали центральное место в ряду экспонатов и живо интересовали посетителей выставки. Особая комната была отведена для отдела химической обороны; здесь таблицами, рисунками, снимками демонстрировалось применение в военной обстановке отравляющих веществ и средств обороны, а также были представлены препараты, иллюстрирующие действие о. в. на верхние дыхательные пути человека.

Первое заседание съезда было посвящено вопросу о влиянии на верхние дыхательные пути боевых отравляющих веществ. Проф. Криницкий серией микрофотограмм демонстрировал изменения слизистой бронхов под влиянием хлора. Наблюдения касаются пат.-анатомического материала, добытого при вскрытии целого ряда трупов газотравленных (на русско-германском фронте), погибших через различные промежутки времени после отравления. Последовательные стадии некротизирующего воспаления слизистой были демонстративно представлены микрофотограммами.

Другие докладчики по этому вопросу экспериментировали на животных и поделились своими наблюдениями о влиянии боевых отравляющих веществ на мерцательный эпителий (Круковер), на дыхание и кровообращение (Могильников), на слизистую верхних дыхательных путей (Ходяков), на содержание сахара в крови (Обуховский).

Первый программный вопрос—профессиональные заболевания—был представлен рядом докладов, рисующих состояние верхних дыхательных путей и ушей у лиц различных профессий. В основном докладе—Пути изучения профессиональных вредностей—д-р Бахрак указал на необходимость внести порядок в дело изучения профвредностей. Часто заключения строятся на небольшом материале, результаты различных исследователей часто несравнимы вследствие различной методики обследования, необходима для всех обследований общность номенклатуры. Д-р Савельев в у работников землечерпательного каравана мог отметить значительный % тугоухих, что он считает результатом воздействия постоянного шума и толчков при работе на землечерпательной машине. Тугоухость распространена и среди рабочих трубокотельного завода Азнефти (д-р Шульце) вследствие тех же причин. Среди палубной команды паротеплоходов д-р Друц наблюдал значительное количество (до 80%) страдающих хроническим ларингитом. Обследуя столяров, д-р Беседовская отметила у них частоту атрофических процессов в верхних

дыхательных путях. Д-ра Алабин и Гольдфарб среди рабочих полиграфической промышленности наблюдали на 1 здорового 2,5 больных со страданиями верхних дыхательных путей и ушей.

Далее был доложен ряд сообщений по второму вопросу—о заболеваемости и постановке ОРЛ помощи на Сев. Кавказе и в соседних районах. Докладчики д-р Орлов, Кац (Ростов н/Д.), Газулов, (Таганрог), Тариовский (Шахты), Черняховский (Владикавказ), Кумшатский (Новочеркасск)—обрисовали картину значительной распространенности заболеваний носа, горла и ушей в их районах, большую нужду населения в ОРЛ помощи и подчас на трудности, с какими сопряжено часто оказание этой помощи. Общее впечатление от всех сообщений таково, что основы насаждения специальной помощи в крае заложены прочно, но много еще надо сделать, чтобы вполне удовлетворить нужды населения.

Проф. Волошин (Воронеж), учти случаи склеромы верхних дыхательных путей, продемонстрировал наличие очагов этого заболевания в Воронежском крае.

Несколько докладов было посвящено проказе. Лепра—заболевание на Сев. Кавказе нередкое, особенно в области б. Войска Донского, в Кубани. В 1926 году была регистрация прокаженных, причем из 646 человек, учтенных по всему Союзу, на Сев. Кавказе было 295 случаев, или 46%. Говоря о мерах борьбы с этим заболеванием в Азербайджане, проф. Луков отметил крайне бедственное положение этого дела. Единственный лепрозорий, имеющийся в округе и осмотренный проф. Луковым, был найден в самом плачевном состоянии. Докладчик указал на необходимость отпуски средств на дело борьбы с лепрой и, в частности, необходимость субсидирования местных кафедр ринологии с целью создать условия, нужные для изучения этого тяжелого заболевания.

Д-ра Полосоньянц и Федулов указали на влияние климатических условий на заболеваемость верхних дыхательных путей. Съезд высказал мнение, что при изучении этого вопроса необходима совместная работа с метеорологами, т. к. в представленных вниманию съезда работах характеристика климатических свойств той или иной местности проведена недостаточно отчетливо.

Проф. Луков (Баку) остановился на вопросе о преподавании ото-ларингологии и подготовке специалистов. Он настаивал на необходимости преподавания этой специальности в продолжении 4 семестров (4 и 5 курс), причем в первый год студентам предлагается курс анатомии, физиологии, методики исследования, общей патологии и терапии, а на 2 ой год преподается уже клинический курс. Число лекционных часов должно быть увеличено, и предмет должен быть введен в число обязательных для сдачи в сессии госуд. экзаменов.

Для усовершенствования молодых специалистов было предложено объявление при кафедрах отдельных курсов. Последний пункт был внесен и в резолюцию съезда. В № 3-м журнала „Вестник рино-ларинго-отитрии“ есть уже объявление ОРЛ О-ва Сев. Кавказского университета об открытии таких курсов в Ростове н/Дону.

Вопросу патологии верхних дыхательных путей в связи с общим состоянием организма были посвящены следующие доклады.

Клиника проф. Цытовича (Саратов), производя опыты с различными типами дыхания, имела возможность наблюдать (Карпова, Кочурова), что введенная в организм краска (трипанблау) с неодинаковой интенсивностью выделяется из организма при различных типах дыхания. При трахеальном дыхании наблюдается задержка краски в различных органах, при ротовом и, особенно, носовом дыхании организм очищается от краски скорее.

Доклады проф. Бондаренко (Иркутск) и д-ров Бueva и Никольской (Казань) указывают на связь состояния полости носа и желуд.-кишечного тракта. Устранение патологических процессов в носу (пазухи) способствует излечению хроническ. страдания желудка и кишек. Интересен доклад д-ра Пономарева по вопросу о начальных дисменореях. Докладчик имел возможность наблюдать эффектные случаи излечения гинекологических больных после оперативного устранения болезненных изменений в носу. Д-р Николаев (Саратов) при заболеваниях носа и горла нашел изменение содержания сахара в крови, приходящее к норме после излечения этих заболеваний. Определяя изогемоагглютинационные группы у ОРЛ больных д-р Лебедевский (Казань) мог отметить уменьшение среди больных по сравнению с здоровыми частоты IV группы. Д-р Матвеев (Казань), исследуя гистологически возрождение слизистой оболочки носа после каустики, резекции раковины, прижигания кислотами, пришел к заключению, что манипуляции режущими инструментами менее всего нарушают регенерацию слизистой.



Д-р Михалотц в интересном докладе указал на возможность по антропометрическим свойствам черепного скелета предполагать склонность субъекта к тем или иным ушным заболеваниям.

Из сообщений по вопросу о придаточных полостях носа следует отметить следующее. Д-р Худоверов представил вниманию съезда очень демонстративные, безупречные с технической стороны рентгенограммы лобных пазух. Д-ра Дымшица и Пльина (Казань), проводя наблюдения над изменением слепого пятна при различных заболеваниях носа, могли констатировать увеличение скотомы и появление ангиоскотом при аденоидах, поражениях Гайморовых пазух. Оперативное лечение указанных заболеваний влечет за собою уменьшение слепого пятна и иногда исчезновение ангиоскотом. Д-ра Утробина и Буев (Казань) наблюдениями на больных и экспериментами на собаках констатировали сохранение жизненных свойств пульпы зубов после радикальной операции Гайморовых полостей. Д-р Груздкова (Казань) сообщила о нескольких случаях излечения озеи после лечения по способу Безредко.

Ряд докладов был посвящен вопросу об ушных заболеваниях. Интересно сообщение проф. Трутнева (Казань) о мастоидитах, обусловленных *b. Vincenti*. Эта форма мастоидита, как показали клинические наблюдения, по своему течению, симптомам, безуспешности оперативного лечения заслуживает быть выделенной в обособленную форму поражения сосцевидного отростка. Лечение этих мастоидитов должно проводиться при учете анаэробнозавозбудителя. Д-р Вольфсон (Казань), проводя поголовное бактериологическое исследование ушного секрета, мог отметить нередко в гною из уха наличие возбудителя *Vincenti*.

Д-р Аткарский (Саратов) в обстоятельной работе поделился опытом изучения морфологии и биологии стрептококков, выделяемых при скарлатинозных отитах и мастоидитах.

Д-р Бобровский (Казань) демонстрировал убедительные рентгенограммы сосцевидных отростков при различных формах поражения его. Рентгенограммы позволяют распознать наличие холестеатомы, гнойных очагов, воспалительные изменения слизистой ячеек без поражения кости. Они очень ценны для клинициста и значительно помогают в деле установления показаний к операции и в производстве самой операции.

Д-р Лебедевский (Казань), на основании 108 случаев первичного шва после антротомии, высказывается в пользу этого метода лечения послетрепанационных ран. В значительном % случаев шов имел успех, давая быстрое и гладкое заживление раны.

Д-ра Логинова (Саратов) и Васильева и Вольфсон (Казань) поделились опытом лечения гнойных отитов болгарской палочкой, давшим положительные результаты.

Д-р Яхонтов (Казань), анализируя вопрос об *otitis—mastoiditis mucosa* фиксирует внимание съезда на этом тяжком, нередко встречающемся заболевании, каковое может кончиться благополучно только при раннем оперативном вмешательстве. Он же, исследуя состав крови у ушных больных, наблюдал, что при заболеваниях уха, осложненных мастоидитом, состав крови резко изменяется. Анализ крови докладчик предлагает ввести в постоянный обиход в отиатрической клинике как хорошее вспомогательное средство для диагноза.

20-го июня вечером съезд закончился административным заседанием, на котором следующий краевой съезд предложено было собрать через год в г. Казани. Предложено в качестве программного вопроса выделить вопрос о придаточных пазухах, полностью же программа осталась невыработанной.

Съезд безусловно следует признать вполне удавшимся. Собралось 164 участника, среди которых были представители Воронежа, Сталинграда, Азербейджана, Саратова, Казани и даже Сибири (Иркутск). Отношение ростовцев к приехавшим членам съезда было самое внимательное и любезное, так что большего, пожалуй, и желать было трудно. Что касается материала, то им съезд был обеспечен вполне, и даже с избытком. 128 докладов представляли, конечно, непомерно большой материал, который нельзя было воспринять с должным вниманием и тщательной оценкой в 4 дня. Правда, 28 докладов организ. бюро вынуждено было снять, предложив товарищам поделиться своими выводами во время прений и представить материал к докладу на выставке съезда—но все же и оставшееся количество слишком велико. Уже на Саратовском съезде было признано, что семь докладов на одно заседание является максимальным, чтобы участники съезда слушали без утомления и принимали живое участие в прениях. Эта норма в Ростове не выполнялась. Было и по 16—20 докладов на заседание.



Общее впечатление, повторяем, получилось наилучшее: одновременно с деловым, строго-научным духом, веявшим от съезда, чувствовалось спокойное товарищеское настроение собравшихся, обеспечившее плодотворность работы съезда.

## **I Областной съезд невропатологов и психиатров Центральной черномоземной области.**

В период времени с 15 по 20 декабря 1928 г. в г. Воронеже—областном центре Ц.Ч.О.—состоялся первый областной съезд врачей невропатологов и психиатров. Съезд собрал до 50 участников, из коих большинство составляли врачи гор. Воронежа, 10 человек пришло из округов области, в качестве гостей присутствовали: проф. Кутанин М. П. (Саратов), проф. Ющенко А. И. (Ростов на Д.), зав. Психиатрической секцией НКЗ—Л. А. Прозоров (Москва).

Программа съезда состояла из двух основных отделов—организационные вопросы и научная часть. В организационном отделе были заслушаны 6 докладов, посвященных вопросам постановки невро-психиатрической помощи населению Ц.Ч.О. В резолюциях по докладам приняты нижеследующие основные положения: 1. Констатирована недостаточность неврологической и психиатрической помощи в Ц.Ч.О., т. к. имеющиеся психбольницы в Воронеже, Тамбове, Курске и Орле настолько удалены от некоторых округов, что население последних почти не пользуется психиатрической помощью; вследствие этого съезд нашел необходимым открытие в двух, наиболее отдаленных округах (Россошанском и Борисоглебском) двух окружных психбольниц на 100 кроватей каждая. 2. В целях дальнейшего продвижения психиатрической помощи населению необходимо скорейшее осуществление института областного и окружных психиатров, на обязанности которых, помимо прочих задач (опекунское дело, судебно-психиатрическая экспертиза), должно лежать также изучение психопатий населения, а также вопросы организации невро-психиатрической помощи населению. 3. Съездом признано, что психо-неврологические диспансеры наиболее соответствуют направлению советской медицины и поэтому признаются за основной вид психоневрологической помощи; работники диспансеров должны быть уравниены с персоналом психиатрических больниц в отношении правительственных льгот. 4. Отмечая недостаточность врачей-психиатров и невропатологов и учитывая то обстоятельство, что существующая университетская программа по названным дисциплинам слишком урезана, съезд считает весьма целесообразным и своевременным возбудить ходатайство о более широкой постановке преподавания невро-психиатрии в университете, что возможно при условии введения шестилетнего курса обучения на медфаке. 5. Съезд подтвердил также резолюции всех предыдущих съездов о том, что во главе психиатрических учреждений должны стоять врачи-психиатры. 6. Для психоневротиков должны быть созданы специальные стационарные лечебные заведения в виде санаторий, домов отдыха с трудовым режимом и пр. 7. Для повышения психоневрологических знаний у участковых врачей съезд считает необходимым организовать в Воронеже краткосрочные курсы для усовершенствования участковых врачей.

На съезде уделено также внимание вопросам судебно-психиатрической экспертизы, причем были вынесены нижеследующие резолютивные постановления: а) распространить применение судебно-психиатрической экспертизы на период следственного производства; б) считать невозможным помещение юных правонарушителей на общих основаниях в домах заключения совместно со взрослыми; в) полагать необходимым организацию в Областном центре кабинета по изучению личности преступника.

Вопросы борьбы с алкоголизмом нашли свое выявление в докладе проф. Кутанина М. П. «Наркомании», а также в докладе Воронежского невро-психиатрического диспансера. По этому вопросу съезд вынес нижеследующие решения: 1. Поставить борьбу с алкоголизмом на профилактические начала, причем помимо лечения должно заботиться о катамнезе, о судьбе наркоманов после их лечения, а также о соответствующей подготовке среды, их окружающей. 2. Признать необходимым организацию в области колоний для алкоголиков на 100 кроватей. 3. Считать, что комиссия по принудительному лечению алкоголиков принадлежит большая роль, почему таковые должны быть организованы по всем округам. 4. Стремиться к возможно скорому запрещению спиртной торговли, не допускать увеличения спиртных напитков во всех ее видах.

В заключение съезд признал необходимым организацию областного объединения психиатров и невропатологов. В бюро объединения выбраны: Зав. Облздравотделом д-р Радин, профф. Сергиевский С. С., Карелин В. П., прив.-доцент Субботин, врачи Спицын, Ковалев, Чеканов, Щелочилин, Куклин и др.

*К. Спицын.*

### **5-ая конференция врачей-физкультурников Германии 6—8 октября 1928 г. в Кёльне („Die Leibesübungen“ Н. XXI, 1928).**

Конференция была посвящена вопросу о факторах, влияющих на рост человека. Проф. Stive в докладе «Значение наследственности для роста человека» указал, что хотя рост зависит от вида и расы, все же величина роста и кривая увеличения тела в высоту зависит не только от наследственного предрасположения, но также и от условий окружающей среды, от питания и от физической деятельности человека.

Физическая работа влияет главным образом на рост тела в ширину. Можно ли повлиять физическими упражнениями на рост тела в высоту еще не доказано. Значение хорошего питания для роста особенно ясно было видно во время войны и голода, когда наблюдалось отставание в росте у детей. При голодании рост в высоту, как оказалось, менее страдает, чем рост во всех других направлениях. Неблагоприятно отражается на росте в высоту таким продолжительное сидение и чрезмерное умственное напряжение, особенно в школьном возрасте. В заключение автор указывает на необходимость обставить обучение детей таким образом, чтобы умственная работа этого периода жизни не накладывала тяжелого отпечатка на их физическое развитие и, тем самым, на последующую жизнь человека.

Проф. Spritzu в докладе «Влияние телесных упражнений на рост в детском возрасте» указал на то, что человек очень часто не достигает максимальной величины роста, возможной для данного индивидуума по его наследственности и конституции. Наш долг влиять на молодое поколение таким образом, чтобы повысить рост его тела. При переходе человека из ползющего в ходячее положение следует особенно тщательно следить за позвоночником: рекомендуется в этом возрасте чаще класть детей на живот, заставляя их лежать в таком положении. Слабый, неокрепший позвоночник при переходе из горизонтального положения в вертикальное легко получает искривление. Всякая продолжительная, неподвижная работа в детском возрасте должна избегаться. Для корригирования вредного влияния школы каждый ребенок каждый день должен иметь урок телесных упражнений.

Проф. Kaup сообщил «Результаты исследования влияния телесных упражнений на рост в период полового созревания». В период возмужания сильнее всего сказывается влияние наследственности и внешних условий на рост и развитие организма. В этом возрасте кривая роста испытывает особенно бурный подъем. Величина нагрузки во время работы, а также и род занятий в этом возрасте должны строго соответствовать силам подростков, они должны пользоваться достаточным отдыхом, для них должно быть обязательным физическое образование.

Прив.-доц. Kohlgauisch в докладе «Влияние телесных упражнений на взрослого человека» указал на изменения в коже, мышцах и костях под влиянием физических упражнений. Кожа под влиянием тренировки делается более упругой; подкожная жировая ткань претерпевает обратное развитие. Влияние физических упражнений на рост костей в длину наблюдалось только в исключительных случаях. Изменение формы костей можно видеть при сильных функциональных раздражениях, напр. ежедневная верховая езда или рано начатая игра в футбол вызывает genu valgum. Что касается мышц, то они усиливаются только под влиянием силовых упражнений. При этом утолщаются отдельные мышечные волокна; увеличения же количества волокон не доказано. Астеники мало расположены к наращиванию мышц, но у них под влиянием спорта увеличивается физическая работоспособность. Большое количество рентгенограмм с последней Олимпиады (в Амстердаме, 1928 г.) показало, что перетренировка в отдельных видах спорта привела к всевозможным болезненным явлениям в костях и суставах.

В прениях по докладу проводилась та общая мысль, что нашей целью должны быть не рекорды, а гармоничное развитие человека и что последнему способствует легкоатлетическое многоборье.

*Н. Герасимова.*

## Научный кружок врачей г. Уфы за 1928 г.

Президиум научного кружка врачей г. Уфы состоял из председателя Д. И. Татаринова, тов. пред. М. В. Вакуленко, В. Н. Кржановского и Т. С. Ройзенцвита, секретаря Н. М. Поддьякова, после смерти которого — В. М. Романкевич.

За отчетный год были сделаны след. демонстрации и доклады:

- 1) Вакуленко. К пластике уретры при ложном гермафродитизме.
- 2) Поддьяков. К казуистике инородных тел в бронхах.
- 3) Ройзенцвит. Лечение лучами Рентгена воспалительных заболеваний.
- 4) Репин. Этюды гипнотерапии.
- 5) Гурштейн. Клиника гипноза.
- 6) Спесивцева. Вакцинация против тбс по Сalmett'y.
- 7) Поддьяков. Демонстр. рентгенограмм инородного тела в легком.
- 8) Вакуленко. Демонстр. б-ых с обширной пластикой кожи шеи, с навесом в тазобедренном суставе по Köping'u, с сосудистыми швами подмышечной вены. Демон. препаратов резаной раны почки, тератомы околопрямокишеч. клетчатки.
- 9) Бегак. Впечатления о курортном съезде.
- 10) Мраморнов. Травматич. поврежден. железнодорожников за 4 года по данным Уфимск. железнодорож. б-цы.
- 11) Татаринов. Из клинических наблюдений над раковыми больными.
- 12) Черняк. Рентгенотерапия острых отитов и мастоидитов.
- 13) Вакуленко. К казуистике фибромы грудной полости.
- 14) Чевнецов. Демон. б-ых с пластическими операциями на лице.
- 15) Романкевич. Два случая заворота и ущемления кишек в мезентериальных отверстиях.
- 16) Поддьяков. Из впечатлений о туберкулезном съезде.
- 17) Романкевич. Простой аппарат для переливания крови.
- 18) Татаринов, Огородников и Ройзенцвит. Памяти Н. М. Поддьякова.
- 19) Косырев. Демон. б-го после удаления из мочевого пузыря инородных тел (стебли растений) и образовавшихся вокруг них камней, б-го с травмат. разрывом кишки в грыжевом мешке и б-ой с саркомой челюсти и глотки.
- 20) Романкевич. К казуистике симуляции инвалидности (6 иголок в ладони руки).
- 21) Алексеев и Чепурин. О бесповязочном лечении ран после глазных операций.
- 22) Косырев. 2 случая резекции слепой кишки.
- 23) Романкевич. Результаты исследований топографии поясничного отдела симпатической нервной системы.
- 24) Уточникова. Продувание труб, как метод лечения бесплодия.
- 25) Сперанский. К клинике лимфогранулематоза.
- 26) Косырев. Демон. б-ых с тбс брюшины и Броун-Секаровским параличем после ранения.
- 27) Романкевич. Случай разрыва пяточного сухожилия.

## Хроника.

35) Главпрофобр РСФСР решил поставить вопрос о государственных экзаменах для студентов-медиков на обсуждение ближайшего научно-методического совещания. На текущий же 1928/29 г. временно Главпрофобр постановил установить две сессии госэкзаменов: летнюю с 1 по 30 июня и осеннюю с 1 сентября по 15 октября, причем госэкзамены по клиническим дисциплинам отменяются и оставляется только четыре госэкзамена: по патологической анатомии, патологической физиологии, гигиене экспериментальной и гигиене социальной.

36) Сроками для избрания ординаторов клиник МедВУЗ'ов Главпрофобр установил 1 мая и 1 декабря каждого года. За три месяца должен быть объявлен на свободные места конкурс, о котором сообщается Главпрофобру, ЦК Медсантруда и местному отделу Медсантруда.

37) 7 марта с/г. в Совете Казанского института для усовершенствования врачей им. Ленина состоялось чествование профессора Г. А. Клячкина по слу-

чаю 35-летия его врачебной, преподавательской и научной деятельности. Переполненная аудитория тепло приветствовала юбиляра, отказавшегося от официального празднования; были подчеркнуты большие заслуги проф. Клячкина, как в создании самого Института, так и в организации отлично оборудованной физиотерапевтической клиники, где широко применяются все современные методы физиотерапии вплоть до зримого грязелечения; целый ряд представителей кафедр и командированных врачей отметили большую работу юбиляра, как пионера физиотерапии в крае, создавшего школу молодых физиатров; председатель Татотдела Медсантруд указал на большую популярность заведомой проф. Клячкиным клиники среди самых широких слоев населения. Редакция со своей стороны шлет своему многолетнему сотруднику Григорию Абрамовичу сердечные поздравления и пожелание еще долгие годы продолжать плодотворную работу.

38) В мае—июне с/г. в Ленинграде созывается *Съезд по изучению человеческого поведения* (вместо предполагавшегося Съезда по рефлексологии). Для участия в съезде привлекаются следующие научные области: нейрофизиология, рефлексология, психология, педология, психотехника, психопатология и невропатология. Съезд выдвинет в свою повестку лишь проблемы, имеющие общие, непосредственно-связующее содержание для всех психо-неврологических дисциплин и лишь такие вопросы, которые имеют либо принципиальное значение для освещения процессов человеческого поведения и структуры личности, либо общеметодологическое значение для данной дисциплины. Оргкомитет намечает следующие программные проблемы: а) вопрос о структуре личности (психофизическая проблема); б) вопрос об изменчивости личности (среда и человеческая личность); в) личность и коллектив (проблемы социальной психологии); г) методология изучения личности. Этими четырьмя вопросами исчерпывается круг проблем, обслуживающих диалектически материалистический подход к изучению человеческого поведения. Сообщения и запросы о Съезде направлять: Москва, Центр, Наркомпрос, Главнаука. Оргкомитету съезда.

39) В начале июня с. г. в Ленинграде состоится III Всероссийский съезд *урологов*. Программные темы: 1) плотные опухоли почек; 2) гонорройные заболевания семенных пузырьков. Рекомендованные темы: 1) этиология нефролитиаза; 2) гонорройные заболевания придатков мозга. Заявления о докладах и положения доставляются не позднее 15 апреля с. г. по адресу секретаря организационного бюро съезда прив.-доц. М. А. Мухаринского: Ленинград, Пушкинская, 15, кв. 1. (Русск. вестн. дерматол., № 1, 1929).

40) На 21 марта с. г. созывается областная конференция врачей Татреспублики, на которой будут заслушаны отчет Татотдела и Татбюро Врачебной секции, доклад о пятилетнем плане работы Наркомздрава и о рационализации дела Здравоохранения.

41) Ближайший интернациональный Конгресс по военной медицине состоится в Лондоне в мае 1929 г. Будут рассмотрены вопросы об эвакуации больных и раненых по водным путям на аэропланах, о короткой тропической лихорадке, о ранениях кровеносных сосудов и их последствиях и, наконец, о химическом анализе стекла и резиновых изделий, употребляемых в санитарии. В ближайшее же время состоится еще целый ряд интернациональных Конгрессов, так в апреле м-це с. г.—интернациональный Конгресс по психической гигиене в Вашингтоне и заседания постоянной интернациональной комиссии по промышленным болезням в Лионе, в августе—интернациональный Конгресс физиологов в Бостоне, а в августе 1930 г.—интернациональный конгресс по дерматологии и сифилографии в Копенгагене.

42) Президиум Оргбюро V Всесоюзного съезда по тбс предложил Тубинституту ввести в виде опыта с 1 января 1929 года, с целью проверки, принятую на IV Съезде классификацию полностью, остальные же тбс лечебно-профилактические учреждения при ее применении придерживаются старого деления по стадиям, а не по долям, как то принято новой классификацией.

43) Объединенная комиссия О-ва „Ленинизм в медицине“ и Московской научно-фармацевтической ассоциации по докладу П. П. Левинштейна: „Рационализация лекарственной помощи“ и содокладу проф. М. П. Кончаловского, разработала постановление, утвержденное вышеупомянутыми О-вами. Указав место фармакотерапии в современном состоянии медицины, затем на необходимость рационализации каталога лекарственных веществ, особенно в сторону сведения к ограниченному минимуму безусловно необходимых средств, и,

наконец, на назревшую потребность введения методов механизации и стандартизации в области рецептуры, — Комиссия в заключение отмечает, что нерационально и небрежно написанные рецепты ведут к срыву рациональной работы в аптеках и считает необходимым принять ряд решительных мер, сводящихся к следующему: „На медицинских факультетах должна быть восстановлена кафедра фармацевтической химии и фармакологии с предоставлением достаточного времени для серьезного усвоения студентами сведений о химических и физических свойствах лекарственных веществ. Курс рецептуры при кафедре фармакологии должен быть значительно расширен. Должны быть приняты серьезные меры, чтобы не выпускать из медфаков врачей, фармацевтически безграмотных. Необходимо коллективно разработать исчерпывающее и серьезное руководство по прописыванию лекарств с подробным освещением вопроса о несовместимости веществ. Должны быть выработаны жесткие правила по изготовлению и отпуску лекарств из аптек. Отношение к рецепту, как к серьезному документу, должно быть привито студентам при обучении и установлено категорическими требованиями закона“.

44) По имеющимся статистическим данным проказа начинает уменьшаться. В общем, количество больных проказой исчисляется в два миллиона, из которых на одну Индию падает сто тысяч случаев. Из скандинавских стран на Швецию падает 20, на Финляндию—40 и на Исландию—50 больных. В Норвегии имеется теперь 90 больных против 3000, зарегистрированных в 1856 г. В Японии количество больных проказой за 14 лет упало с 25.000 случаев до 16.000.

45) На средства Наркомздрава в Краснодаре открыто научно-экспериментальное отделение по этиологии и лечению проказы со стационаром.

46) Большие расстояния между отдельными медицинскими пунктами—от 100 до 250 миль—привели в Австралии к введению в жизнь для обслуживания населения медицинской помощью аэропланов, которые во многих случаях уже принесли свою пользу.

47) НКЗ опубликовал циркуляр № Б—68/50 (Вопросы здравоохранения, прил. № 3, 1929), об организации сельских акушерских пунктов с расчетом обслуживания при радиусе не свыше 3 верст до 3000 жителей. Несомненно, назревшая необходимость вызвала к жизни и организацию при отделе Охраны Матмлада курсов заочной переквалификации акушерок. Учитывая, что в порядке прохождения этих курсов, особенно на первых порах, у акушерки-курсантки возникнет масса вопросов и сомнений, а разрешить их на месте может только участковый врач, отдел Охраны Матмлада обратился к последним с горячим призывом содействовать акушеркам всеми силами в успешном проведении переквалификации. За всеми сиравками относительно прохождения курсов, подачи заявлений и т. д. надлежит обращаться по адресу: Москва, Солянка, 14, Государственный Научный Институт Охраны Материнства и Младенчества, Курсам Заочной переподготовки.

48) НКЗдравом, в отмену положений о Советах социальной помощи при тубдиспансерах, консультациях и т. д., опубликовано („Вопросы здравоохранения“, прил. № 4, 1929 г.) новое положение о Комиссии оздоровления труда и быта. Комиссии, имеющие целью привлечение трудящихся к участию в деле оздоровления труда и быта, улучшения постановки лечебной и лечебно-профилактической помощи, организуются при центральных амбулаториях или больницах, где первых нет, диспансерах, консультациях, детских профилактических амбулаториях, малярных станциях и т. д.—с широким участием представителей партийных, общественных, профсоюзных и др. организаций.

49) НКЗдрав РСФСР, согласованно с правлением Зернотреста, предложил (Вопросы Здравоохранения, прил. № 2, 1929 г.) местным здравотделам „принять ряд мер к организации медико-санитарного обслуживания совхозов Зернотреста. Должны быть открыты пункты первой помощи, амбулаторные пункты, ясли и т. д.“

50) Дагестанский отдел медсантруд, повидимому, очень поздно обратил внимание на то, что в некоторых округах Дагестанской республики медперсонал почти на все 100% состоит под судом и следствием. Профсоюз сообщил об этом Наркомюсти и указал, что создавшееся положение застывает многих работников, в особенности врачей, бросать службу в Дагестане. В связи с этим Дагнаркомюст предложил всем прокурорам округов проверить дела, находящиеся в производстве следствия и в судах, немедленно прекратив дела в случае отсутствия мотивов для возбуждения уголовного преследования. При наличии поводов к возбуждению уголовного преследования Наркомюст предложил дела закончить в течение месяца (Вопросы здравоохранения, № 2, 1929).

51) 3 февраля с/г в Харькове состоялось чествование проф. И. В. Кудинца в а по случаю 35-летия его научной и общественной деятельности.



52) 24 февраля с. г. в г. Одессе состоялось чествование проф. Е. М. Брусиловского по случаю 45-летия его научно-врачебной и общественной деятельности.

53) В Рязани погиб от руки убийцы врач Аббакумовской больницы Д. А. Яковлев. (Вопросы здравоохранения, № 2, 1929).

54) Скончались профф. Р. Уппа (Гамбург) и Л. Вгоск (Париж).

55) Недавно в Берлине основано Общество иностранных врачей, в задачи которого входят: оказание поддержки врачам-иностранцам, изучающим медицину в Германии, содействие сближению с немецкими врачами и сохранению установившихся связей с ними в будущем.

56) В текущем году к Госмедиздату перешло издание „Врачебной газеты“, „Журнала экспериментальной биологии и медицины“, „Русского тропического журнала“ и „Журнала для усовершенствования врачей“, причем последний в своей программе ставит основной задачей разработку вопросов методологии усовершенствования. Кроме того, будет выходить новый журнал „Врачебная практика“.

### Fernand Widal

В Париже в январе м-це с. г. скончался один из крупнейших терапевтов-клиницистов Fernand Widal, оставивший крупный след в нашей науке. Ему принадлежит целый ряд серологических работ, из которых особенно большое практическое значение имеет предложенная им предохранительная прививка против брюшного тифа, вполне оправдавшая себя во время мировой войны. Не меньшее значение имеет предложенная им для диагностических целей проба на агглютинацию, широко известная под именем реакции Widal'я. Ему и его ученикам принадлежит также цитодиагностика экссудатов и цереброспинальной жидкости. W. впервые описал приобретенные формы гемолитической желтухи. Громадное практическое значение приобрели в клинике многочисленные работы W. в области нефропатий: он открыл зависимость отеков от солевого обмена и один из первых предложил применение бессолевой диеты. W. и его ученикам принадлежит также большая заслуга разработки важнейших вопросов функциональной диагностики почек. За последние годы W. открыл клинические методы изучения сверхчувствительности организма при аллергических состояниях в виде так называемого гемокластического криза.

Трудно перечислить даже главнейшие работы этого великого клинициста, школа которого представляет собою один из ярких примеров блестящих достижений синтеза лабораторного эксперимента и клинического наблюдения. Исключительный по красоте лектор, обладавший способностью легко вводить слушателя на высоты современного медицинского мышления, W. привлекал к себе терапевтов всего мира. Многочисленные, блестящие сочинения Widal'я надолго останутся памятником его творчества.

### Письмо в редакцию.

Прошу многоуважаемую редакцию не отказать поместить в Журнале следующее: Американский журнал женщин врачей (Medical Woman's Journal) обратился ко мне с просьбой оповестить русских женщин-врачей, что редакция журнала, приступая к устройству библиотеки—музея произведений женщин-врачей, в г. Чикаго, просит русских женщин-врачей доставить к выставке, имеющей быть в октябре 1929 г., их печатные труды и фотографии, по адресу: Америка, 25, E. Washington, St. Chicago, Ill, Dr. Bertha Van Noosen.

С уважением д-р Анна Шабанова.

### К врачам, окончившим Казанский университет в 1904 г.

Весной этого года предполагается устройство товарищеской встречи в Казани врачей выпуска 1904 г. Товарищей-однокурсников, желающих принять участие в такой встрече просят, списаться с инициативной группой казанцев и указать желательный срок съезда. Из выпуска 1904 г. в Казани находятся следующие лица (профф. Казан. У-та): П. П. Васильев, П. А. Глушков, А. Н. Миславский, А. Н. Тимофеев. Есть уверенность, что бывшие товарищи будут обеспечены в Казани бесплатным помещением.

Проф. И. Васильев.

# СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ  
ПРОФЕССОРА Д<sup>РА</sup> БЮХНЕРА



## СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

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

**ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.**

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

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

**Пересылка и упаковка за наш счет.**

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



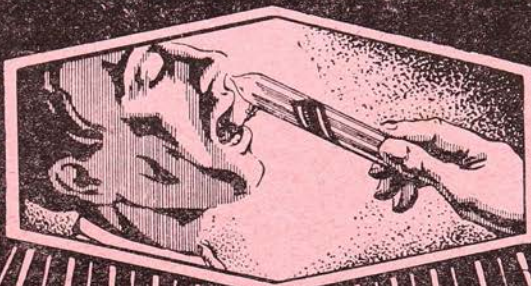
ЗАКАЗЫ  
ПИСЬМА  
И ДЕНЬГИ  
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА

№ 5  
«ГЕРЦЕНА»



## ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы—3 р. 50 к.  
6 ампулл—6 р.

Высылаются наложенным платежом без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

## CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален-Москва»





# СОДЕРЖАНИЕ.

## I. Оригинальные статьи.

	<i>Стр.</i>
Проф. А. В. Вишневский (Казань). Обезболивание в хирургии . . . . .	251
А. В. Голяев (Казань). К вопросу о свободных фибринозных телах в плевральной полости (с рис.) . . . . .	267
Проф. И. Г. Савченко и И. М. Баронов (Краснодар). Реакция отклонения комплемента при malaria quartana . . . . .	272
Прив.-доц. С. О. Ромм (Киев). К клинике гепато-лиенальных заболеваний . . . . .	273
П. В. Приселков (Артемовск). Один из методов хирургического лечения легочного туберкулеза—операция френико-эзэрез . . . . .	280
В. Бутомо (Ленинград). К вопросу о биологическом воздействии на беременность. Сообщение I. Влияние на беременность у кроликов сыворотки некастрированных самцов . . . . .	289
А. А. Беляев (Казань). Лечение скарлатины антитоксической сывороткой (с 3 крив.) . . . . .	296
А. Имшенецкий (Ленинград). К вопросу о первичных меланомах кожи (с 3 рис.) . . . . .	307
И. Ф. Герасимов (Казань). Материалы к изучению групп крови у татарского населения . . . . .	315

## Из практики.

Д. Иванова (Казань). Случай лабораторного заражения возвратным тифом через конъюнктиву глаза . . . . .	317
М. П. Батунин (Казань). О влиянии антисифилитического лечения на течение менструаций у сифилитичек . . . . .	319
Б. П. Фоменко (Ленинград). Счетная линейка для механизации вычисления срока беременности . . . . .	321

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

И. Б. Галант (Москва). Рефлексы зрачков . . . . .	322
А. Я. Плещицер (Казань). К вопросу о кризисе санитарной организации . . . . .	328
Л. Г. Фишман (Казань). Новые способы общего наркоза (заграничные впечатления о посещениях хирургич. клиник Австрии, Германии и Италии в 1928 г.) . . . . .	331
Рефераты по физиологии, общей патологии и патолог. анатомии, туберкулезу, физиотерапии, рентгенологии, внутренним болезням, хирургии, офтальмологии, психиатрии, педиатрии, болезням уха, носа и горла, дерматологии и общественной и бытовой медицине . . . . .	337
Библиография и рецензии . . . . .	346
С. Резников. VII Всероссийский съезд по охране детей и подростков . . . . .	349
Б. Н. Лебедевский и С. П. Яхонтов. I краевой съезд ото-рино-ларингологов на Северн. Кавказе . . . . .	352
К. Спицын. I Областной съезд Невропатологов и Психиатров Центральной черноземной области . . . . .	355
Н. Герасимова. Факторы, влияющие на рост человека (5 конференция врачей-физикультуристов Германии) . . . . .	356
Научный кружок врачей г. Уфы за 1928 г. . . . .	357
Хроника . . . . .	357
<b>Fernand Widal</b> . Некролог . . . . .	360
Письмо в редакцию . . . . .	360
К врачам, окончившим Казанский университет в 1904 г. . . . .	360